



Enfermería Integral

www.enfervalencia.org

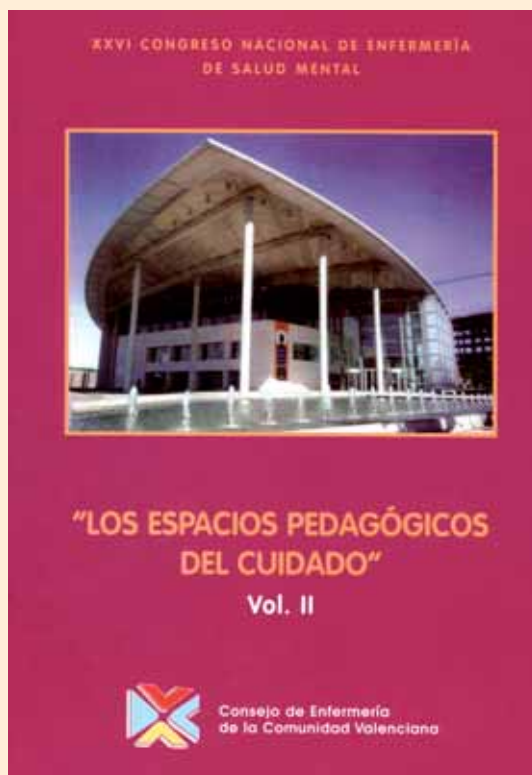
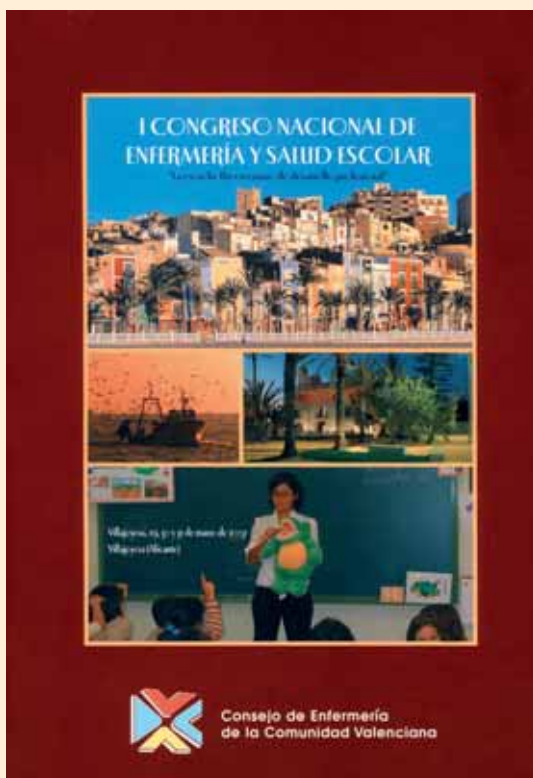
nº 87 Septiembre 2009

COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA. VALENCIA

Actualidad

- Novedades sobre las Especialidades de Enfermería.
- Convenio con la Universitat de València sobre Violencia de Género.
- I Jornada Autonómica de Deontología en Enfermería.

Publicaciones del colegio



VIOLENCIA DE GÉNERO
DENÚNCIALA



Enfermería
de la Comunidad
Valenciana

Atención a víctimas de malos tratos por violencia de género

Teléfono 016

sumario

editorial

- 3 Todos somos algo culpables en el «caso Rayan»

actualidad

- 7 La Conselleria de Sanitat se compromete a tener en cuenta el reconocimiento profesional del investigador sanitario. Fontilles creará un Centro de Formación Internacional para atender enfermedades relacionadas con la pobreza.
- 8 Novedades sobre las especialidades.
- 9 Acto de Graduación de la Promoción 2006-09 de la Escuela Universitaria de Enfermería La FE.
- 10 Nuestro compañero José Ramón Martínez Riera, elegido nuevo Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria. 7º Congreso AEC VIII Reunión Profesores Enfermería Comunitaria.
- 12 VIII Jornada de Enfermería y Salud celebrada en Valladolid.
- 13 Decreto contra las agresiones a los trabajadores sanitarios. Nueva 'web' de ayuda para las víctimas de violencia machista.
- 14 La Universitat de València y el Colegio de Enfermería firman un Convenio de Colaboración sobre Violencia de Género y su impacto en la salud de las mujeres. Presentación del libro «Antisépticos. Fundamentos de uso en la práctica clínica».
- 15 La enfermera Rosa Artal presenta al Colegio su experiencia de Cooperación en Etiopía. II Congreso de Enfermería y Salud Escolar.
- 16 Sanitat forma a los enfermeros sobre cómo intervenir y detectar casos de consumo de riesgo de alcohol. El proyecto de investigación del Colegio de Enfermería de Valencia RISK es presentado al Conseller de Sanitat.
- 17 Grupo de trabajo del Colegio de Enfermería de Valencia. Resultats d'Infermeria per a la Seguretat en les Kures (RISK). XII Congreso de Cirugía de la Obesidad Mórbida.
- 18 Conferencia – Seminario. Introducción a la Medicina Tradicional China. Convenio de colaboración con el Centro de Medicina Tradicional China Guan An Men.
- 19 Presentación de la Guía de buenas prácticas de los trastornos de la conducta alimentaria en la sede Colegial.
- 20 Las personas Mayores en España (2008). Renovado el convenio con la U.F.C. de Fortaleza (Brasil).
- 21 Convenio de colaboración con Instituto Valenciano de la Sordera-GAES, e Instituto Valenciano de la Visión. I Jornada Autonómica de Deontología en Enfermería: «La Deontología: un reto Profesional».
- 22 Interesante Jornada-Debate: Liderazgo en las direcciones de Enfermería en la sede colegial. XXII Congreso de Neonatología y Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Neonatología. I Jornada de Homeopatía "La homeopatía en los cuidados de Enfermería".
- 24 Graduación de la trigésima promoción de Enfermería del Hospital Clínic de València.

actualidadmatrona

- 25 Es el final... ¿Del verano o de qué?
- 26 Día de la matrona.

asociacióndejubilados

- 27 Fin de curso 2008/2009 Taichi de la Asociación de Jubilados del Colegio de Enfermería. Calendario de actividades de la Asociación de Jubilados y Pensionistas de Enfermería de Valencia "San Juan de Dios".
- 28 La Asociación de Jubilados de Enfermería se reunió para celebrar el fin de curso de Tai-Chi.

delegatdependència

- 29 Accessibilitat al benestar.

rincónliterario

- 30 Reflexiones de una matrona.

docenciayformación

curсыycongresos

artículoscientíficos

- 3 Protocolización de inserción y cuidados de un catéter arterial.
- 6 Microdiálisis cerebral: cuidados de enfermería.
- 11 Higiene del paciente encamado ¿Ha perdido la importancia que realmente tiene?
- 13 Síndrome X Frágil.
- 16 Evaluación de los factores de riesgo para enfermedad cerebro-vascular en mujeres en el periodo de la menopausia.
- 26 Satisfacción laboral en el personal de enfermería de la sala de oncología del Hospital Clínic de Valencia.
- 31 Estudio del absentismo en exploraciones endoscópicas digestivas.
- 34 Influencia de la administración de ibuprofeno intravenoso sobre la temperatura del recién nacido pretérmino.
- 38 Calidad de vida en personas sometidas al tratamiento de hemodiálisis.
- 42 Técnicas de posicionamiento en los prematuros.

Junta de Gobierno

PRESIDENTE

Juan José Tirado Darder

VICEPRESIDENTE

Vicente Caballero Hervás

SECRETARIO

Alejandro Sapiña Pérez

TESORERO

Antonio Núñez Hernández

VOCAL I

Jesús Juan Ribes Romero

VOCAL II

Andrés Valero García

VOCAL III

Juan Fabra Benet

VOCAL IV

María Isabel Castelló López

VOCAL V

Julio Tomás Heredia Lloret

VOCAL VI

Alicia Ten Gil

VOCAL VII

Benjamín Illana Montoya

PRESIDENTE DE HONOR

Francisco Mulet Falcó

Equipo de Redacción

DIRECTOR

Juan José Tirado Darder

SUBDIRECTOR

Jesús Juan Ribes Romero

COORDINADOR

Juan Fabra Benet

REDACTORA

Laura Almudéver Campo

COMITÉ CIENTÍFICO

Francisco Mulet, Arcadio del Real, Antonio Núñez, Vicente Caballero, Benjamín Illana, Alejandro Sapiña, Juan Caballero, M^a Isabel Castelló López, Jesús Sánchez Martos, Joaquín Peiró Martínez, Julio Heredia, Pedro Hidalgo, Ovidio Gans Cuenca, José Miguel Gallego López, José Ignacio Peñarrubia 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

Pepe Lahuerta

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 3.000.000 de Euros por siniestro y hasta un límite de 10.000.000 anuales por anualidad de seguro.

Todos somos algo culpables en el «caso Rayan»

Generalizar no sería justo y que en cada apartado de los que enumerare existen honrosas excepciones, pero creo que sí debo manifestar mi opinión en un tema que ha resultado tan mediático, que nadie se sienta especialmente criticado en esta reflexión, que ha sido fruto de la conversación con un amigo de otra autonomía y las coincidencias en nuestro pensamiento.

Entiendo que la Política Nacional paliativa que padecemos resulta en gran parte responsable, en ella las cosas solo se medio solucionan una vez ha ocurrido la desgracia y raras veces se prevén, ya que es necesario que atropellen a un transeúnte para que se coloque un semáforo.

Con todo este tema y al margen de las muestras de apoyo y las actuaciones que todos hemos tenido, cada uno debe asumir la parte de culpa que le corresponde si queremos avanzar en el bienestar y tranquilidad de los usuarios y el desarrollo de nuestra profesión.

Por eso empezaré esta reflexión por **EL GOBIERNO DE LA NACIÓN**, que por las circunstancias que fueran, se somete a ese «poder» médico, desarrollando única y exclusivamente Especialidades médicas, obviando que la Enfermera debe estar Especializada.

Para ejemplo de lo que digo, solo tenemos que recordar el Decreto de Especialidades del año 1987 que derogó aquellas especialidades que se venían impartiendo y, desde entonces, no hace otra cosa que «prometer y prometer»; ahora 22 años después aun seguimos con promesas, eso sí, acuciados por este lamentable hecho se rasgan las vestiduras, limitándose de nuevo a decir en Julio del 2009, que «revisarán» las necesidades de Especialización del decreto del 2005. Pero la realidad es que desde esa fecha no se han cumplido los plazos de desarrollo de esos Reales decretos y seguimos sin tener una especialidad por cada área de conocimiento, si comparamos nuestras siete por desarrollar los médicos ya van por cincuenta desarrolladas, hasta tal punto que es imposible ejercer la medicina sino es a través de una Especialización.

LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL. - Por ser el único y exclusivo órgano de representación de la Profesión, entendido bajo el exclusivo punto de vista legal de ser la Corporación responsable de «ordenar la actividad profesional de los colegiados, velando por la ética y dignidad profesional y por el respeto debido a los derechos de los particulares ...». No denunciando en muchos casos situaciones que para nada benefician a la profesión, y donde en algunos casos

está desbordada por el esnobismo irracional, importando teorías y conceptos que nada tienen que ver con la realidad social de la enfermera del siglo XXI. Realizando libros blancos subvencionados con mucho dinero que solo trascienden a las mesas y las presentaciones oficiales.

Pues bien, si esto es una realidad, no menos importante es la Especialización de la Profesión, donde al ciudadano, como usuario de servicios de salud, quiere que se le solucionen sus problemas puntuales, es por lo que critico a quien desde estos estamentos se dedican a impartir cursos (evidentemente pagados por las/os enfermeras/os, de forma on-line, presenciales o semipresenciales), en vez de dar una formación gratuita a demanda de quien necesite reciclarse de verdad, ya sea por un cambio en su puesto, por un contrato nuevo o por necesidades puntuales.

LAS CENTRALES SINDICALES que colaboran activamente en la Relación de Puestos de Trabajo de la categoría Profesional de Enfermero. Son las Centrales Sindicales las responsables de negociar esa catalogación de puestos de trabajo, las que participan en las Ofertas Públicas de Empleo, convocatorias de plazas y asignación de puestos de trabajo. Las Centrales Sindicales hacen muy poco porque se desarrollen las leyes



Entiendo que la Política Nacional paliativa que padecemos resulta en gran parte responsable, en ella las cosas solo se medio solucionan una vez ha ocurrido la desgracia y raras veces se prevén, ya que es necesario que atropellen a un transeúnte para que se coloque un semáforo.

Compañera te equivocaste tú y no han tenido en cuenta ni han valorado, toda la atención, cuidados, empatía y cariño que le has dedicado durante tu vida profesional a éste y todos los demás usuarios que has atendido, pero como ves todos somos un poco culpables por acción, o por omisión de lo que viene sucediendo, de lo que pasa y de lo que pasará, si bien unos tenemos más responsabilidades que otros, y siempre por algo que nos estigmatiza: la falta de unión de nuestra profesión en todo lo cotidiano.

que prevén puestos para Enfermeros generalistas y Especialistas. Al contrario, participan en eso que se conoce con el nombre de «Mesas de Contratación», y que no han sido capaces de hacer que la bolsa se abra mensualmente y que conste en ella la diferencia en la experiencia profesional, dado que no hay prácticamente más que una especialidad adscrita a puesto de trabajo, la de matrona. Pero si que asumen de buen grado las subvenciones que se les otorga para formación anualmente, con una oferta muy variopinta de cursos que en algunos casos y salvando generalidades merecerían de una actualización a las demandas reales.

LAS ESCUELAS DE ENFERMERIA, que son muy conscientes de que los alumnos de Enfermería no cuentan con los Profesores Asociados que prevé la Ley, y por el contrario, admiten que en las unidades asistenciales acudan alumnos sin que éstos tengan asignados a ningún titular de su formación.

LOS PROFESIONALES DEL SISTEMA. Los Profesionales Enfermeros, de alguna manera, también somos responsables, en la medida en que basta que se convoque un concurso de traslado para hacer valer «méritos» y acceder a ese otro puesto, sin reflexionar que ese «movimiento»

genera dos nuevas situaciones: la suya, en el nuevo puesto, y la del que llega al puesto que deja, donde también es lego. Y sobretodo permitiendo, al no reivindicar de forma contundente una formación específica antes de la incorporación en el nuevo destino y el exceso de cargas de trabajo y la presión asistencial a la que se ven sometidos, debido muchas veces al ratio deficiente en muchos departamentos, que abandonan, contentándose en salir de ahí, y el que venga que arree.

LOS QUE BUSCAN SU EMPLEO, que aceptan, obviamente y por no tener más remedio, cualquier puesto que se le ofrezca, si bien es verdad que prefieren una interinidad a una sustitución temporal. Allí van y hacen lo que ven, convirtiendo profesión en oficio y en algunos casos olvidando toda la enseñanza teórica que se les ha impartido.

LAS SUPERVISIONES Y DIRECCIONES DE ENFERMERIA, que les toca tapar huecos. Y bien que los tapan: con una persona de fuera o con esa figura que llaman «mensatel». Sin exigir de forma firme una idoneidad al puesto que se ha de cubrir, también permitiendo que en servicios coincidan como responsables enfermeros/as sin experiencia previa.

Y POR SUPUESTO LOS GERENTES, que parecen olvidar el art. 22.bis del R.D. 39/1997, apartados 4, 5 y 6, donde se desprende de forma meridiana que el trabajador que realice vigilancia, advertencia y comunicación al empresario (cosa que muchos desconocen y no hacen) no puede incurrir en responsabilidad penal.

En el caso que nos ocupa ha resultado evidente que el Gerente del hospital donde se ha dado este caso, actuó mal, al responsabilizar a nuestra compañera sin haber realizado la pertinente instrucción del caso. La duda está en que si no hubiera sido enfermera, ¿habría actuado igual?

EN DEFINITIVA, compañera te equivocaste tú y no han tenido en cuenta ni han valorado, toda la atención, cuidados, empatía y cariño que le has dedicado durante tu vida profesional a éste y todos los demás usuarios que has atendido, pero como ves todos somos un poco culpables por acción, o por omisión, de lo que viene sucediendo, de lo que pasa y de lo que pasará, si bien unos tenemos más responsabilidades que otros, y siempre por algo que nos estigmatiza: la falta de unión de nuestra profesión en todo lo cotidiano.

Pero como todo pasa, mañana volvemos a hablar de otra cosa, porque el «caso Rayan» ya no será noticia y de verdad espero que tú, que eres la que más está sufriendo, algún día no muy lejano puedas recuperar en lo posible lo que este lamentable hecho te ha quitado.

Tots som una mica culpables en el «cas Rayan»

Generalitzar no seria just i que en cada apartat dels quals enumere existeixen honroses excepcions, però crec que he de manifestar la meua opinió en un tema que ha resultat tan mediàtic, que ningú es senta especialment criticat en aquesta reflexió, que ha estat fruit de la conversa amb un amic d'altra autonomia i les coincidències en el nostre pensament.

Entenc que la Política Nacional pal·liativa que patim resulta en gran part responsable, en ella les coses solament és mig solucionen una vegada ha ocorregut la desgràcia i rares vegades es preveuen, ja que és necessari que atropellen a un transeünt perquè es col·loqui un semàfor.

Amb tot aquest tema i al marge de les mostres de suport i les actuacions que tots hem tingut, cadascun ha d'assumir la part de culpa que li correspon si volem avançar en el benestar i tranquil·litat dels usuaris i el desenvolupament de la nostra professió.

Per això començaré aquesta reflexió pel **GOVERN DE LA NACIÓ**, que per les circumstàncies que siguen, es sotmet a eixe «poder» mèdic, desenvolupant única i exclusivament Especialitats mèdiques, obviant que la Infermera ha d'estar Especialitzada.

Per a exemple del que dic, solament hem de recordar el Decret d'Especialitats de l'any 1987 que va derogar aquelles especialitats que es venien impartint i, des de llavors, no fa

altra cosa que «prometre i prometre»; ara 22 anys després encara seguim amb promeses, això sí, acuitats per aquest lamentable fet s'esquincen les vestidures, limitant-se de nou a dir al juliol del 2009, que «revisaran» les necessitats d'Especialització del decret del 2005. Però la realitat és que des d'aquesta data no s'han complert els terminis de desenvolupament d'aquests Reials decrets i seguim sense tindre una especialitat per cada àrea de coneixement, si comparem les nostres set per desenvolupar els metges ja van per cinquanta desenvolupades, fins a tal punt que és impossible exercir la medicina sinó és a través d'una Especialització.

L'ORGANITZACIÓ COL·LEGIAL.- Per ser l'únic i exclusiu òrgan de representació de la Professió, entès sota l'exclusiu punt de vista legal de ser la Corporació responsable «d'ordenar l'activitat professional dels col·legiats, vetllant per l'ètica i dignitat professional i pel respecte a causa dels drets dels particulars ...». No denunciant en molts casos situacions que per res beneficien a la professió, i on en alguns casos està desbordada per l'esnobisme irracional, important teories i conceptes que gens tenen a veure amb la realitat social de la infermera del segle XXI. Realitzant llibres blancs subvencionats amb molts diners que solament transcendeixen a les taules i les presentacions oficials.

Doncs bé, si això és una realitat, no menys important és l'Especialització de la Professió, on al ciutadà, com usuari de serveis de salut, vol que se li solucionen els seus problemes puntuals, és pel que critique a qui des d'aquests estaments es dediquen a impartir cursos (evidentment pagats per les infermeres i infermers, de forma on-line, presencials o semipresencials), en compte de donar una formació gratuïta a demanda de qui necessite reciclar-se de veritat, ja siga per un canvi en el seu lloc, per un contracte nou o per necessitats puntuals.



Entenc que la Política Nacional pal·liativa que patim resulta en gran part responsable, en ella les coses solament és mig solucionen una vegada ha ocorregut la desgràcia i rares vegades es preveuen, ja que és necessari que atropellen a un transeünt perquè es col·loqui un semàfor.

LES CENTRALS SINDICALS que col·laboren activament en la Relació de Llocs de treball de la categoria Professional d'Infermer. Són les Centrals Sindicals les responsables de negociar aquesta catalogació de llocs de treball, les quals participen en les Ofertes Públiques d'Ocupació, convocatòries de places i assignació de llocs de treball. Les Centrals Sindicals fan molt poc perquè es desenvolupen les lleis que preveuen llocs de treball per a Infermers generalistes i Especialistes. Al contrari, participen en això que es coneix amb el nom de «Mesas de contractació», i que no han estat capaces de fer que la borsa s'obri mensualment i que consti en ella la diferència en l'experiència professional, atès que no hi ha pràcticament més que una especialitat adscrita a lloc de treball, la de matrona. Però si que assumeixen de bon grat les subvencions que se'ls atorga per a formació anualment, amb una oferta molt variopinta de cursos que en alguns casos i salvant generalitats mereixerien d'una actualització a les demandes reals.

LES ESCOLES D' INFERMERIA, que són molt conscients que els alumnes d'Infermeria no contenen amb els Professors Associats que preveu la Llei, i per contra, admeten que en les unitats assistencials acudeixen alumnes sense que aquests tinguin assignats a cap titular de la seva formació.

ELS PROFESSIONALS DEL SISTEMA. Els Professionals Infermers, d'alguna manera, també som responsables, en la mesura que basta que es convoque un concurs de trasllat per a fer valer «mèrits» i accedir a aquest altre lloc, sense reflexionar que aquest «moviment» genera dos noves situacions: la seua, en el nou lloc, i la del que arriba al que ell deixa, on també és novat. I sobretot permetent, al no reivindicar de forma contundent una formació específica abans de la incorporació en la nova destinació i l'excés de càrregues de treball i la pressió assistencial a la qual es veuen sotmesos, degut moltes vegades al ràtio deficient en molts departaments, que abandonen, acontentant-se eixint d'allí, i el qui arriba que s'apanye.

ELS QUI BUSQUEN LA SEUA OCUPACIÓ, que accepten, òbviament i per no tenir més remei, qualsevol lloc que se li oferixca, si bé és veritat que prefereixen una interinitat a

Són les Centrals Sindicals les responsables de negociar aquesta catalogació de llocs de treball, les quals participen en les Ofertes Públiques d'Ocupació, convocatòries de places i assignació de llocs de treball.

Companya et vas equivocar tu i no han tingut en compte ni han valorat, tota l'atenció, cures, empatia i afecte que li has dedicat durant la teua vida professional a aquest i tots els altres usuaris que has atès, però com veus tots som un poc culpables per acció, o per omissió, del que ve succeint, del que passa i del que passarà, si bé ens tenim més responsabilitats que uns altres, i sempre per alguna cosa que ens estigmatitza: la falta d'unió de la nostra professió en tot el quotidià.

una substitució temporal. Allí van i fan el que veuen, convertint professió en ofici i en alguns casos oblidant tot l'ensenyament teòric que se'ls ha impartit.

LES SUPERVISIONS I DIRECCIONS D' INFERMERIA, que els toca tapar buits. I bé que els tapen: amb una persona de fora o amb aquesta figura que criden «mensatel». Sense exigir de forma ferma una idoneïtat al lloc que s'ha de cobrir, també permetent que en serveis coincideixen com responsables infermers/es sense experiència prèvia.

I PER DESCOMPTAT ELS GERENTS, que semblen oblidar l'art. 22.bis del RD 39/1997, apartats 4, 5 i 6, on es desprèn de forma meridiana que el treballador que realitze vigilància, advertiment i comunicació a l'empresari (cosa que molts desconeixen i no fan) no pot incórrer en responsabilitat penal. En el cas que ens ocupa ha resultat evident que el Gerent de l'hospital on s'ha donat aquest cas, va actuar malament, al responsabilitzar a la nostra companya sense haver realitzat la pertinent instrucció del cas. El dubte està en que si no hagués estat infermera, hauria actuat igual?

EN DEFINITIVA, companya et vas equivocar tu i no han tingut en compte ni han valorat, tota l'atenció, cures, empatia i afecte que li has dedicat durant la teua vida professional a aquest i tots els altres usuaris que has atès, però com veus tots som un poc culpables per acció, o per omissió, del que ve succeint, del que passa i del que passarà, si bé ens tenim més responsabilitats que uns altres, i sempre per alguna cosa que ens estigmatitza: la falta d'unió de la nostra professió en tot el quotidià.

Però com tot passa, demà tornem a parlar d'altra cosa, perquè el «cas Rayan» ja no serà notícia i de veritat espere que tu, que ets la que més està sofrint, algun dia no molt llunyà pugues recuperar en lo possible el que aquest lamentable fet t'ha llevat.

La Conselleria de Sanitat se compromete a tener en cuenta el reconocimiento profesional del investigador sanitario

Bajo el título "Nuevos horizontes en la I+D+i sanitaria y biomédica en la Comunidad Valenciana", se celebró el 10 de junio una jornada con el objetivo de establecer las bases para promover la formación y la investigación sanitaria y biomédica de nuestra Comunidad.

A lo largo de la jornada, que fue organizada por la Conselleria de Sanitat en colaboración con Medical Economics y Astellas Pharma, se abordó la situación actual de la investigación sanitaria en la Comunitat Valenciana. Según el conseller de Sanitat, Manuel Cervera, "hay que crear un ambiente favorable que motive al profesional asistencial a dedicar parte de su tiempo a la investigación, facilitando la compatibilización de la actividad investigadora a aquellos profesionales que tengan interés en ella y que dediquen su tiempo a actividades asistenciales".

Uno de los objetivos estratégicos de la conselleria de Sanitat es el reconocimiento profesional del investigador sanitario, con una adecuada valoración de este mérito en los concursos de plazas, en la carrera profesional y en los acuerdos de gestión.

Las medidas tomadas en torno a este nuevo horizonte van desde la creación de instrumentos y entidades para impulsar la actividad investigadora, hasta la elaboración de un anteproyecto de Ley de promoción de la Investigación y la Formación para la Salud que permita abordar desafíos de la investigación, el desarrollo y la innovación en nuestro ámbito.

En la actualidad, la Comunitat dispone de una excelente red de hospitales públicos y centros de investigación, con una dotación humana y material suficiente para satisfacer las necesidades de salud de la población. De hecho según los datos del Catalogo de Investigación de la Comunitat, el



89,9% de nuestros profesionales compatibilizan la actividad investigadora con la asistencial.

Cervera también destacó la apuesta de la Generalitat Valenciana hacia la investigación sanitaria invirtiendo un total de 162 millones de euros desde 2005 hasta 2009, a potenciar este ámbito en nuestra Comunitat. Muestra de ello son la puesta en marcha del Centro de Investigación Príncipe Felipe (CIPF), el Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP) y el Centro de Investigación y Asistencia Oftalmológica.

El presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), D. José Antonio Ávila Olivares, y el presidente del Colegio de Enfermería de Valencia y secretario del CECOVA, D. Juan José Tirado Darder, asistieron a la jornada que concluyó con el compromiso de que la Conselleria de Sanidad reconocerá el esfuerzo del investigador sanitario en la carrera profesional.

Fontilles creará un Centro de Formación Internacional para atender enfermedades relacionadas con la pobreza

La asociación de la lucha contra la lepra Fontilles creará un Centro de Formación Internacional y Cooperación Sanitaria para la atención de enfermedades relacionadas con la pobreza, en el Sanatorio San Francisco de Borja, situado en la provincia de Alicante.

Este centro pretende aportar la experiencia, historia y recursos humanos y materiales de Fontilles para ayudar a prevenir, controlar, eliminar o erradicar las llamadas enfermedades relacionadas con la pobreza con el objetivo de contribuir a la mejora de la salud mundial en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

La nueva instalación acogerá uno de los cursos de Leprología que desde hace más de 50 años se imparten en el propio Sanatorio a médicos y personal sanitario de todo el mundo.

Para los próximos cuatro años la asociación tiene previsto trabajar en 27 países donde se colaborará en proyectos de cooperación sanitaria en general, y en proyectos de lucha contra enfermedades relacionadas con la pobreza, a través de la formación, investigación y publicaciones especializadas.



Novedades sobre las especialidades

El Ministerio de Educación, en Julio del 2009, informa que se van a CONVOCAR LAS PRUEBAS para el acceso a las Especialidades de Enfermería, en desarrollo del Real Decreto 450/2005, de la siguiente manera:

REPRODUCCIÓN DEL DISPOSITIVO CUARTO DE LA RESOLUCIÓN DE 17/7/2009. BOE DEL 29 DE JULIO

Resolución de 17 de julio de 2009, de la Secretaría General de Universidades, por la que se establecen las bases de la convocatoria de la prueba objetiva prevista en la disposición transitoria segunda del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.

PARA VUESTRO CONOCIMIENTO QUEREMOS ANTES REPRODUCIR EL CONTENIDO DEL REAL DECRETO 450/2005. DISPOSICIÓN TRANSITORIA SEGUNDA.

Disposición transitoria segunda. Acceso excepcional al título de Especialista

1.- No obstante lo establecido en el art. 1.2, podrán acceder a un único título de Enfermero, o de ATS, Especialista de las especialidades incluidas en el art. 2 los correspondientes titulados que acrediten el ejercicio profesional y superen una prueba de evaluación de la competencia, en los términos y por el procedimiento previstos en los apartados siguientes.

2.- Los aspirantes deberán encontrarse en una de las siguientes situaciones:

a) Haber ejercido como enfermero las actividades propias de la especialidad que se solicite durante un período mínimo de cuatro años.

b) Haber ejercido como enfermero las actividades propias de la especialidad que se solicite durante un período mínimo de dos años, siempre que, además, se acredite la adquisición de una formación continuada acreditada según lo previsto en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de al menos 40 créditos en el campo de la respectiva especialidad. Dicha formación complementaria podrá realizarse durante el plazo de presentación de solicitudes establecido en el apartado 4 de esta disposición transitoria.

Se considerará cumplido el período de formación complementaria cuando el interesado acredite estar en posesión de un título de posgrado de carácter universitario que incluya una formación relacionada con la respectiva especialidad no inferior a 20 créditos o 200 horas.

En el caso de los aspirantes al título de *Enfermero Especialista en Enfermería del Trabajo*, se entenderá cumplido el período de formación complementaria cuando el interesado se encuentre en posesión del Diploma de Enfermería del Trabajo o del Diploma de ATS/DUE de Empresa y no pueda acceder al título de Enfermero Especialista de acuerdo con lo dispuesto en la disposición transitoria tercera.

c) Haber ejercido durante al menos tres años como profesor de escuelas universitarias de Enfermería y adscritas, en áreas de conocimiento relacionadas con la especialidad de que se

trate, siempre que, además, se acredite al menos un año de actividad asistencial en actividades propias de la especialidad solicitada.

3.- Los requisitos establecidos en el apartado 2 deberán reunirse con anterioridad a la fecha de publicación en el «Boletín Oficial del Estado» de la convocatoria de la prueba anual de carácter estatal en la que, por primera vez, se oferten plazas de formación en la especialidad cuyo título se aspira a obtener.

En el caso de aspirantes al título de *Especialista en Enfermería de Salud Mental*, tales requisitos deberán haber sido reunidos antes del 4/8/1998.

Lo establecido en los dos apartados anteriores se entiende sin perjuicio de que la formación complementaria pueda desarrollarse durante el plazo de presentación de solicitudes previsto en el apartado 4.

4.- Las solicitudes para la obtención del título conforme a esta disposición transitoria podrán presentarse desde la entrada en vigor de este Real Decreto. El plazo de presentación de solicitudes finalizará, para cada especialidad, a los seis meses de la publicación en el «BOE» de la convocatoria de la prueba anual de carácter estatal en la que, por primera vez, se oferten plazas de formación en la especialidad correspondiente.

En el caso de la especialidad de *Salud Mental*, el plazo de presentación de solicitudes será de dos años, contado desde la entrada en vigor de este Real Decreto.

Las solicitudes se dirigirán a la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación y se presentarán en los servicios centrales o periféricos del Ministerio de Educación y Ciencia o en cualquiera de los lugares previstos en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

La solicitud se acompañará de la documentación que acredite que el interesado reúne los requisitos establecidos en el apartado 2, especialmente los relativos al título de Diplomado en Enfermería o de Ayudante Técnico-Sanitario, a los servicios prestados en la correspondiente especialidad, a las actividades docentes realizadas por el interesado y a la formación complementaria, según corresponda. La documentación indicada podrá presentarse en originales o en copias compulsadas.

5.- Las solicitudes serán tramitadas por la Dirección General de Universidades del Ministerio de Educación y Ciencia, de acuerdo con el procedimiento general establecido en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, con las peculiaridades que se establecen en esta disposición transitoria.

Una comisión mixta, compuesta por funcionarios de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, analizará las solicitudes presentadas.

La comisión podrá solicitar informe, si lo considera necesario, a las comisiones nacionales de las distintas

especialidades, así como a la Comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias, en lo relativo a la valoración de las actividades de formación continuada no acreditada que hubieran realizado los solicitantes. A propuesta de la comisión mixta, la Dirección General de Universidades dictará una resolución que declare la admisión o exclusión de los interesados a la prueba objetiva a la que se refiere el apartado siguiente, que se notificará a los interesados en el plazo máximo de seis meses desde que concluya el plazo de presentación de solicitudes establecido en el apartado 4.

6.- *El Secretario de Estado de Universidades* e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia, a propuesta de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios del Ministerio de Sanidad y Consumo y de la Dirección General de Universidades, previo informe de la Comisión Delegada de Enfermería del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, mediante una resolución que se publicará en el «BOE», *aprobará las bases de la convocatoria de la prueba objetiva*. En las indicadas bases se determinará el *contenido de la prueba*, la composición de la comisión evaluadora, el sistema de evaluación y cuantos aspectos se consideren necesarios para su adecuada organización.

En la comisión evaluadora participarán al menos dos miembros de la comisión nacional de la especialidad afectada propuestos por la propia comisión nacional.

La prueba objetiva se dirigirá a evaluar la competencia de los aspirantes en sus ámbitos de conocimientos, habilidades

y actitudes necesarios para el adecuado ejercicio de la especialidad de que se trate.

7.- Lo establecido en esta disposición transitoria *no será de aplicación a la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica* (Matrona).

Y AHORA INDICAMOS COMO LO EXPRESA LA RESOLUCIÓN DE 17/7/2009:

Dispositivo Cuarto. Contenido y estructura de la prueba objetiva.- A estos efectos, las preguntas versarán sobre las bases científicas y tecnológicas que se consideran necesarias para la práctica actualizada de la especialidad de que se trate, estando respaldadas por el programa formativo vigente de cada una de ellas, **que será incorporado como Anexo** a la Resolución **por la que se CONVOQUEN las correspondientes pruebas**.

EN CONSECUENCIA A TODO ESTO TENEMOS QUE:

A partir de la CONVOCATORIA para cada una de las Especialidades, se establece un plazo de SEIS MESES; convocatoria que, además de su objeto, deberá contener el programa formativo.

Y tengan en cuenta que las PRUEBAS correspondientes deberán ser publicadas por el MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Así lo dispone el artículo 4º.7 del RD 450/2005. Cuyo contenido es el siguiente:

7. La convocatoria de la prueba selectiva se efectuará por el Ministro de Sanidad y Consumo (hoy de Sanidad y Política Social) y se publicará en el «BOE».

Acto de Graduación de la Promoción 2006-09 de la Escuela Universitaria de Enfermería La FE

El 16 de junio de 2009 se celebró en el Salón de Actos del Complejo Deportivo-Cultural «Petxina» de Valencia el entrañable Acto de Graduación de la Promoción 2006-2009 de la Escuela Universitaria de Enfermería «La Fe».

Tras la apertura del acto, que estuvo a cargo de la Directora de la Escuela, Dña. Esperanza Ferrer Ferrandis, las madrinas de la Promoción, Dña. Amparo Bellver Cebrian y Dña. Pilar Carrascosa Sánchez, pronunciaron una emotiva Conferencia bajo el lema «Construyendo el futuro juntos: ¿Pero donde poner la mirada?».

Tras la intervención del Delegado de Tercer Curso, D. Roberto Fernández Contreras, y el visionado de un video realizado por los propios alumnos del último curso, tuvo lugar la actuación del Orfeón Universitario y la imposición de becas por la Directora General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria de la Conselleria de Sanitat.

La Escuela Universitaria de Enfermería La Fe es un centro de formación, perteneciente a la Conselleria de Sanitat y adscrita a la Universitat de València, comprometida con la sociedad y sus instituciones, para formar titulados con competencias genéricas y específicas de la disciplina, capaces de detectar y dar respuesta a las necesidades de cuidados de las personas, respetando sus derechos, valores, costumbres y creencias. Todas sus actividades se orientan a satisfacer las necesidades y expectativas de los grupos de interés, apoyándose para ello en el compromiso de los profesionales de la comunidad académica.



Nuestro compañero José Ramón Martínez Riera, elegido nuevo Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria



La Asociación de Enfermería Comunitaria nos ha remitido la siguiente nota:

Del 4 al 6 de junio tuvo lugar en la Universidad del País Vasco, en su sede de San Sebastián, el **7º Congreso Nacional de Enfermería Comunitaria de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)**, con el lema "Enfermeras en la Comunidad: comunidad e impacto social".

El Congreso fue inaugurado por el alcalde de San Sebastián, D. Odón Elorza, el recién nombrado consejero de Sanidad del Gobierno vasco D. Javier Rafael Bengoa Rentería y Dña. Cristina Uriarte, vicerrectora del Campus Universitario de Guipúzcoa de la Universidad del País Vasco. En el mismo intervinieron destacadísimos ponentes nacionales e internacionales como la Dra. Karen Martin, la Dra. Arminda da Costa, la Dra. Julia González Alonso, Enrique Oltra, Cinta Dauff, Fco. Javier Navarro, Joana Mª Taltavull o Cristina Moreno entre otros, que abordaron temas de tanta trascendencia e impacto social como la futura Ley de Salud Pública, el estado actual de las actividades y participación comunitaria, la evidencia científica en la práctica de las actividades comunitarias o la participación enfermera en las políticas de salud. Quedó de manifiesto en todas las intervenciones la necesaria participación de los ciudadanos en la toma de decisiones sobre su salud y la imprescindible implicación de las enfermeras para situarse como referentes indiscutibles de la salud comunitaria tanto en el ámbito asistencial, como en la gestión, la docencia o la política.

Así mismo se desarrollaron la **VIII Reunión de profesores de Enfermería Comunitaria**, la **III Reunión de directivos de Enfermería Comunitaria** y la **I Reunión de alumnos**. En todas ellas se analizaron y debatieron los puntos de mayor interés de la Enfermería Comunitaria en docencia y gestión.

Otro de los aspectos destacados en el Congreso fue el análisis que se llevó a cabo sobre el futuro desarrollo y puesta en marcha de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria y del papel que la AEC debía asumir para lograr que la Especialidad fuese una realidad en el menor espacio de tiempo posible con plenas garantías de implantación y vinculación a las organizaciones sociosanitarias.

En el marco del citado Congreso se otorgó el Premio de Socio de Honor por la labor desarrollada a la primera Presidenta y fundadora de la AEC la profesora Dña. Mª Jesús Pérez Mora, quien recibió la distinción de manos de la Presidenta de la AEC.

Por último, en la Asamblea de Socios fue elegido como nuevo Presidente de la AEC D. José Ramón Martínez Riera relevando en el cargo a Dña. Francisca Anaya Cintas, quien en los últimos 5 años lo ha estado ostentando con gran esfuerzo, dedicación y eficacia. Se abre pues un nuevo periodo en la Sociedad Científica decana de la Enfermería Comunitaria de nuestro país.

Desde el Colegio felicitamos a nuestro compañero y expresamos nuestra satisfacción por una elección tan acertada, dado el carisma y la profesionalidad de José Ramón Martínez Riera.

7º Congreso AEC VIII Reunión Profesores Enfermería Comunitaria

La sociedad científica de Enfermería Comunitaria se definió hace 15 años como una asociación de enfermeros cuyo eje conductor sería, y es, el compromiso de servicio a los ciudadanos en la comunidad en la que éstos residen.

Para ello han utilizado como herramientas para los cuidados, el sistema público de salud proporcionando una atención avanzada, equitativa y humanista basada en la evidencia científica.

La Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), como referente de la enfermería comunitaria en España, siempre ha estado preocupada por su desarrollo y evolución tanto a nivel disciplinar, profesional, como científico. En este sentido ha sido

pionera en su seguimiento, impulsando y apoyando todas aquellas medidas, actividades o propuestas que permitieran su mayor conocimiento y mejora.

Entre las múltiples acciones desarrolladas por la AEC cabe mencionar, por su destacada importancia y difusión, las reuniones de Profesores de Enfermería Comunitaria que se han venido realizando. Coincidiendo con la celebración del 7º Congreso Nacional de la AEC, tuvo lugar a principios del mes de junio la VIII Reunión Nacional de Profesores de Enfermería Comunitaria, que coincide con un momento especialmente importante del desarrollo disciplinar enfermero que está teniendo lugar en el marco del Espacio Europeo de Educación Superior. Los nuevos planes de estudios, algunos de los cuales entrarán en vigor a partir del próximo curso, son un referente importante de análisis, reflexión y debate; así como la aprobación de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.



S E G U R O A U T O M Ó V I L

Ahora decide usted...



Nadie conoce mejor que usted sus necesidades, por eso, en A.M.A. le ofrecemos **4 modalidades** de seguros para su Automóvil.



Ahora, además, premiamos su fidelidad

Ponemos a su disposición un servicio de **Asistencia Jurídica Telefónica Especializada**, de manera totalmente gratuita para consultas en los ámbitos **personal** y **profesional**

TELÉFONO DE ASISTENCIA JURÍDICA
91 572 44 22

Toda la información que necesites sobre seguros, la tienes a tu disposición por un agente de AMA en las oficinas de tu Colegio.



40 años asegurando a los profesionales sanitarios

Infórmate sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

• A.M.A. Valencia **963 940 822**
Guillén de Castro,9 ; Edificio San Agustín 46007 VALENCIA

valencia@amaseguros.com

• A través de internet: **www.amaseguros.com**

VIII Jornada de Enfermería y Salud celebrada en Valladolid

CON LA PARTICIPACION DE LOS PRESIDENTES DE LOS COLEGIOS DE VALENCIA Y CASTELLON EN SENDAS PONENCIAS

La Asociación Española de Enfermería y Salud celebró el pasado 12 de junio un encuentro de más de 200 enfermeras en el H. Clínico Universitario de Valladolid con motivo de la implantación de los Acuerdos de Bolonia que modifican la carrera universitaria de Enfermería, que se convierte en Título de Grado, pasando de tres a cuatro años en su primer ciclo de estudios, y como novedad permite la continuidad de la formación de Post Grado mediante la figura del Master y del Doctorado pudiendo así desarrollar su plena capacidad científica e investigadora.

En el acto de Inauguración el presidente de la Asociación Española de Enfermería y Salud, D. Luis Miguel Alonso Suárez agradeció a las autoridades sanitarias del Sistema de Salud Público, Gerencia Regional y Consejería de Sanidad, su colaboración y respaldo, así como a las autoridades académicas (Universidad de Valladolid) y al Alcalde de la ciudad, D. F. Javier León de la Riva, por su hospitalidad y colaboración, quien se dirigió a los profesionales de enfermería de manera entrañable, reconociendo la importante figura y responsabilidad del colectivo en nuestro modelo de salud, y animándoles a mejorar continuamente la calidad de sus servicios a la población.

En el desarrollo científico de la jornada participó un nutrido elenco de expertos universitarios, así como la **organización Colegial de la Comunidad Valenciana** y la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería.

En el transcurso de la jornada se debatieron en profundidad todos los aspectos que rodean este cambio tan importante para la profesión enfermera, del que cabe destacar la inmensa satisfacción de poder acceder al segundo ciclo formativo, con el programa de DOCTORADO en nuestra propia disciplina, facilitando así el acceso a la INVESTIGACIÓN. Con la indiscutible repercusión que ello conlleva en la mejora de la calidad de los CUIDADOS ENFERMEROS que se prestan a la población.

Igualmente se aportó luz a la incertidumbre generada por la polémica que desde hace meses se cernía sobre las actuales enfermeras al respecto de la modificación de su título de DIPLOMADAS, que desaparece al convertirse en GRADO. Hay opiniones que incentivan a los más de 200.000 Diplomados en Enfermería de este país para que realicen un curso de acceso del título de DIPLOMADO al de GRADO, mediante unos estudios que lógicamente tienen un COSTE ECONÓMICO. Algunos ponentes manifestaron su rotunda oposición a que un tema puramente académico y competencial derivase en una operación MERCANTILISTA que sangrase económicamente, una vez más, al colectivo enfermero. Los expertos y responsables Universitarios de reconocido prestigio aclararon, que no consideraban NECESARIA la posibilidad de una reconversión masiva de todo el Colectivo Profesional al próximo título de GRADO, dado que en la evolución natural de la profesión LOS ACTUALES DIPLOMADOS PODRAN ACCEDER DIRECTAMENTE A LA FORMACIÓN POST GRADO, MASTER Y



DOCTORADO, ambas, en cualquier caso, categorías superiores al GRADO, por lo que no es imprescindible, NI NECESARIO pasar por acceder al Título de GRADO para seguir avanzando en sus estudios y mejora profesional.

Evitándose así los perjuicios que ya vivieron en su momento los ATS cuando se convirtieron, mediante un costoso y escasamente útil, curso de nivelación en DIPLOMADOS.

Luis Miguel Alonso Suárez
Presidente de la Asociación Española de Enfermería y Salud

LOTERÍA NAVIDAD

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

19.416

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

La Junta de Gobierno

Decreto contra las agresiones a los trabajadores sanitarios

La Conselleria de Sanitat está elaborando un decreto que ampare a los trabajadores sanitarios en caso de agresión. El mencionado decreto tiene por objeto promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de los riesgos derivados de las agresiones en el trabajo.

De esta manera, los responsables de Sanitat muestran un interés prioritario en crear un derecho genérico con relación a las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público, siempre bajo las indicaciones de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, y por la Organización Internacional del Trabajo.

Para ello se pondrá en marcha el Plan Integral de Prevención y Atención de las agresiones a los trabajadores. Éste incluirá acciones encaminadas a prevenir las agresiones y actos de violencia contra los trabajadores del Sector Sanitario Público de la Generalitat; y a adoptar medidas contundentes contra los agresores.

Así mismo en el decreto se menciona también la elaboración de un Registro de Agresiones, que permitirá conocer el número de agresiones que se producen, así como los centros y colectivos más perjudicados, y especialmente potenciar la toma de conciencia y la adopción de las medidas oportunas de prevención y de asistencia a las personas agredidas.

En el año 2004 la Conselleria de Sanidad y el Consejo de Enfermería de la Comunitat Valenciana (CECOVA), firmaron un convenio para la defensa de los profesionales en el ejercicio de su profesión. Éste tiene por objeto desarrollar estrategias dirigidas a incrementar la protección y asistencia de los enfermeros del Sistema de Salud de la Comunitat Valenciana, y garantizar la dignidad e intimidad personal en el trabajo de los profesionales sanitarios.

CONSEJO DE ENFERMERÍA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA
CECOVA

COMUNICADO

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SE ENCUENTRA AMPARADO EN SUS FUNCIONES POR SU COLEGIO PROFESIONAL, POR LO QUE ANTE CUALQUIER AMENAZA, COACCIÓN O AGRESIÓN DE LA QUE PUEDA SER OBJETO, SE PROCEDERÁ A INTERPONER DENUNCIA JUDICIAL POR DICHS ACTOS

| | | |
|--|--|---|
| COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE ALICANTE Tlf: 965 12 15 73/6 22 Fax: 965 22 84 07 | COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE CASTELLÓN Tlf: 964 22 81 12 Fax: 964 22 52 51 | COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE VALENCIA Tlf: 963 93 70 19 Fax: 963 93 94 28 |
|--|--|---|

Nueva 'web' de ayuda para las víctimas de violencia machista



La Asociación Vida sin Violencia ha puesto en marcha una página web informativa para ayudar a mujeres que sufren violencia doméstica. La 'web' <http://www.guiaviolenciadegenero.com> hace un acopio de información legal, sobre la salud, los cuerpos de seguridad del Estado, el empleo, la vivienda y los teléfonos de interés para las víctimas.

Hay apartados dirigidos a tres colectivos especialmente vulnerables: jóvenes, discapacitadas y extranjeras. Se ofrecen también las pautas que debe seguir una mujer que acaba de sufrir una agresión.

Las estadísticas sobre muertes por violencia contra las mujeres parecían esperanzadoras durante los primeros meses del año, pero durante las últimas semanas las cifras se han incrementado. Durante 2009 han muerto ya 25 mujeres a manos de sus parejas o ex parejas.

La Universitat de València y el Colegio de Enfermería firman un Convenio de Colaboración sobre Violencia de Género y su impacto en la salud de las mujeres

El pasado 25 de junio se firmó un convenio suscrito por el Rector de la Universitat de València, D. Francisco Tomás Vert y el Presidente del Colegio de Enfermería de Valencia, D. Juan José Tirado Darder. Al acto asistieron además, el Vicerrector de Investigación y Política Científica, D. Esteban Morcillo Sánchez, el Decano de la Facultad de Psicología, D. José Ramos López, la Profesora Dña. Manuela Martínez Ortiz, y la Vocal Matrona del Colegio de Enfermería, Dña. M^a Isabel Castelló López.

El objetivo del convenio es incrementar el conocimiento que existe respecto a la violencia de género y determinar hasta qué grado afecta en la salud de las mujeres. Con este Proyecto de Investigación se pretende que el personal más vinculado por proximidad a las mujeres víctimas de violencia, como lo son las enfermeras y matronas, contribuyan con su trabajo y con la recogida de la información necesaria para colaborar en la investigación que pretende la erradicación de esta lacra social.

La importancia de la transversalidad del conocimiento, por parte de todos los profesionales de la salud, entendemos



que será una de las intervenciones que ayuden a mejorar la atención a las víctimas de la violencia de género.

Con este convenio, el Colegio y la Universitat refuerzan la investigación en beneficio de la sociedad a la cual se deben.

Presentación del libro «Antisépticos. Fundamentos de uso en la práctica clínica»

Nuestros compañeros Vicente Tormo Maicas e Iván Julián Rochina han presentado a nuestro colegio su libro recién publicado "Antisépticos. Fundamentos de uso en la práctica clínica".

Ambos son, además de Diplomados en Enfermería, profesores del Departamento de Enfermería de la Universitat de València. Estudi General.

Como señala en el prólogo del libro Ricardo Brage (catedrático de Farmacología Clínica) "Es preciso que el Profesional de Enfermería que tiene a su cargo el cuidado de heridas y aplicación de antisépticos, conozca con minuciosidad los criterios que deben seguirse en la elección de un preparado u otro; [...] Precisamente, esta obra destaca por el arduo trabajo de revisión realizado por los autores, los cuales describen para cada compuesto sus distintas características y principios de utilización, facilitando enormemente la labor del Profesional de Enfermería".

La Biblioteca del Colegio dispone de un ejemplar de este interesante libro para la consulta de las/os colegiadas/os.

Así mismo, la librería Cano (<http://www.canolibreria.com>), que distribuye el libro, ha ofrecido a todas/os las/os colegiadas, previa presentación del carnet, un descuento del 15% sobre el precio de venta del libro.

Para quien tenga más curiosidad y quiera consultar el contenido del libro, lo puede hacer a través de la web: www.uv.es/curafisiologica



La enfermera Rosa Artal presenta al Colegio su experiencia de Cooperación en Etiopía

La colegiada Rosa Artal ha presentado al presidente del Colegio, D. Juan José Tirado Darder la «Memoria de un viaje al Hospital General Rural de Gambo de Shashemane (Etiopía). Mayo 2009» en la que detalla su experiencia de Cooperación Internacional en este Hospital.

Durante el pasado mes de mayo, Rosa formó parte de un equipo sanitario (un cirujano ortopédico, un residente de traumatología y una enfermera) de la Asociación TAMIRU-ADUNA participando como cooperante.

La actividad desarrollada por este equipo se ha centrado en las patologías médico-quirúrgicas del aparato locomotor, a través de visitas médicas, curas, intervenciones (de 1 a 3 diarias), etc.

Rosa ha agradecido al Colegio la colaboración prestada para el Proyecto y ha manifestado su alto grado de satisfacción por el trabajo realizado y su gran motivación para repetir la experiencia.

La Asociación TAMIRU-ADUNA, presidida por el Dr. Francisco Lorente (cirujano ortopédico infantil y coordinador del proyecto) viene participando en los últimos años en una labor asistencial centrada en el Hospital de Gambo gracias a la solidaridad del personal sanitario del Hospital Universitario la Fe.



El Hospital General Rural de Gambo, dirigido y subvencionado por la sociedad religiosa italiana La Consolata, funciona gracias a las donaciones económicas y materiales de hospitales tanto italianos como españoles. Cuenta con 135 camas, distribuidas de la siguiente manera: Medicina Interna (33 camas), Tuberculosis (12), Lepra (30), Cirugía (12), Maternidad (12), Pediatría (36), así como una sala de consultas externas, una de radiología-ecografía, un laboratorio-farmacia y un servicio de vacunación y cuidado prenatal.

II Congreso de Enfermería y Salud Escolar

La ciudad de Gandía acogerá los próximos días 29, 30 y 31 de octubre el II Congreso de Enfermería y Salud Escolar, bajo el lema *Haciendo realidad un proyecto educativo y asistencial*.

Los objetivos del congreso son "presentar y divulgar los resultados y experiencias obtenidas en la implementación de acciones integradas de Enfermería en Salud Escolar y reforzar el papel de la Enfermería escolar desde la triple perspectiva enfermera (asistencial, prevención de enfermedades y prevención de la salud)".

El programa contará con cuatro mesas redondas (La Enfermería escolar: ¿un mismo modelo?; La Enfermería en los colegios de Educación Especial; Posicionamiento profesional y competencias de la Enfermera escolar y; Demanda y respuesta profesional de la Enfermería Escolar).

Además también se realizarán seis talleres que abordarán distintas técnicas y protocolos de actuación de la enfermera escolar y otras temáticas.

Información General

- **Sede del Congreso:** Hotel Gandia Palace
- **Entrega Documentación:** Documentación y acreditaciones: Jueves 29 de Octubre de 2009 en la Secretaría Técnica del Congreso de 12 a 16:30 horas.
- **Fechas a recordar:**
Fecha límite de presentación de 15 de septiembre de 2009. • resúmenes
Fecha límite de presentación de 1 de octubre de • comunicaciones o posters (Trabajos completos) 2009.
- **Inscripción:**
Profesionales de Enfermería: 200 euros. Otros profesionales: 250 euros.
Estudiantes de pregrado de Enfermería: 20 euros.
Dpto. Congresos Viajes Nuestro Pequeño Mundo Avda. de la Estación, 5 - Alicante
Teléfono: 965130228 www.npmundo.com/congreso E-mail: congreso@npmundo.com



Sanitat forma a los enfermeros sobre cómo intervenir y detectar casos de consumo de riesgo de alcohol

Sanitat ha iniciado la formación de enfermeros de la Comunitat Valenciana en el área del aumento en el consumo de alcohol. En concreto, 369 enfermeros pertenecientes a siete departamentos de salud, Sagunto, La Plana, La Ribera, Gandía, Xàtiva, Elda y Elche comenzarán este programa durante el año 2009, impartido en su propio centro de salud por un técnico experto en drogodependencias de la FEPAD. La duración de los cursos es de diez horas.

El programa formativo en Intervención Breve ante consumo de alcohol consiste en una metodología propuesta por la OMS para abordar el consumo arriesgado de alcohol y evitar que los bebedores de riesgo progresen a una dependencia o desarrollen otras complicaciones con su consumo.

Las unidades didácticas se centran en conceptos generales sobre consumo de alcohol, epidemiología y prevención, la relación de los profesionales con el paciente, protocolos clínicos para la Intervención Breve, implementación y aplicación completa de esta metodología.

Según ha explicado la directora general de Drogodependencias, Sofía Tomás, "a través de este programa pretendemos que los profesionales de enfermería se impliquen en la labor de desarrollar acciones preventivas para reducir o evitar el consumo de alcohol entre la población valenciana".

De hecho, la Organización Mundial de la Salud señala la importancia que tienen los profesionales de la salud en el desarrollo y aplicación de políticas y programas eficaces.

Además, tienen una gran responsabilidad en la incorporación de la prevención y tratamientos eficaces.

Por ello, "el programa se centra en capacitar a los profesionales de estos servicios en la posibilidad de detectar si existe riesgo de consumo abusivo, por lo que va a permitir derivar adecuadamente a las Unidades de Conductas Adictivas a los pacientes con problemas de dependencia, además de advertir de las consecuencias físicas o psíquicas provocadas por el consumo de alcohol, sobre todo a bebedores habituales que no saben las consecuencias que esta sustancia produce en el organismo".

Un 16,7% de los consumidores de alcohol bebe diariamente

Por su parte, Sofía Tomás ha recordado que "la última encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas de la Comunitat Valenciana 2008, detectaba que un 16,7% de los entrevistados aseguraba que bebía diariamente esta sustancia, dentro del grupo de población que ha consumido alguna vez alguna sustancia". Así, los bebedores diarios son más frecuentes los varones, un 20,6%, frente a un 12,1% de mujeres.

De esta manera, desde la conselleria de Sanitat se pretende mediante este programa obtener mejores resultados sobre la atención a consumidores de alcohol gracias a la implicación de nuevos agentes, y concienciar sobre los efectos nocivos que esta sustancia genera en el organismo.

El proyecto de investigación del Colegio de Enfermería de Valencia RISK es presentado al Conseller de Sanitat

Los representantes del equipo investigador del Colegio, D. Juan José Tirado, presidente del Colegio, y D. Ramón Camaño, investigador principal, presentaron al conseller de sanitat los pormenores del Estudio denominado RISK (Resultats d'Infermeria per a la Seguretat en les Kures), que se va a realizar en los diferentes hospitales de la Comunidad Valencia. En el transcurso de la entrevista el Conseller manifestó su apoyo a la investigación y aseguró una estrecha colaboración desde la Conselleria.

RISK es un proyecto de investigación multicéntrico que tiene por objetivo analizar y mejorar los modelos de provisión y

planificación de los cuidados de enfermería. Para ello establece el estudio y análisis de la percepción de las enfermeras en los hospitales de la Comunitat Valenciana, así como los resultados de esa percepción en los pacientes.

El estudio prioriza el factor humano (y fundamentalmente el enfermero), dado que es un agente prioritario en la seguridad del paciente, y el equipo investigador considera de vital importancia conocer los modelos de provisión de cuidados, precisando del diseño y validación de una encuesta que investigue las dimensiones de seguridad del paciente, ratios de enfermería y calidad de cuidados, así como los resultados a través del CMBD.

Grupo de trabajo del Colegio de Enfermería de Valencia. Resultats d'Infermeria per a la Seguretat en les Kures (RISK)

Tras la presentación del trabajo de investigación RISK en la Conselleria de Sanitat, tanto el Conseller don Manuel Cervera Taulat como la Directora General de Asistencia Sanitaria doña M^a Luisa Carrera Hueso, han manifestado su apoyo y ofrecido su colaboración por el gran interés del trabajo poniendo a disposición del Colegio los datos necesarios para su elaboración, También han enviado desde la propia Conselleria una carta informativa a los Gerentes de los distintos Departamentos de Salud donde se informa sobre el mismo y se indica el

inicio de la investigación en el próximo mes de septiembre.

Desde estas líneas manifestamos nuestro sincero agradecimiento a la Conselleria de Sanitat, a los Gerentes de los Departamentos de Salud, a las Direcciones de Enfermería y a todo el personal de Enfermería, por su importante y necesaria participación en este programa de investigación pionero en toda España, que permitira conocer en profundidad la realidad de los hospitales de esta comunidad para diseñar futuras politicas de mejora.

XII Congreso de Cirugía de la Obesidad Mórbida

A propósito del XII Congreso de Cirugía de la Obesidad Mórbida, que se celebrará en Valencia los días 10, 11, 12 de Marzo del 2010, desearía realizar una breve reseña sobre esta patología.

La obesidad es la enfermedad metabólica crónica más prevalente en los países desarrollados y una de las enfermedades con mayor incremento en el llamado "segundo mundo". La OMS la reconoce como epidemia global y un grave problema de salud pública. Se estima que en el mundo hay 250 millones de adultos obesos y muchos más presentan sobrepeso (antesala de la obesidad). En España la prevalencia de obesidad es del 14,5% (13,4% en hombres y 15,7% en mujeres). En nuestro país, de cada dos individuos uno presenta sobrepeso u obesidad en la edad adulta. En los últimos 30 años se ha triplicado la incidencia de la obesidad en la población infanto-juvenil. El 26,3% de nuestros niños están en riesgo de obesidad (sobrepeso) y el 13,9% ya son obesos.

La obesidad mórbida posee la característica de estar asociada a una gran comorbilidad: cardiovascular, ginecológica, pulmonar, psicológica, metabólica, ósea, tumoral y de

mortalidad. A lo anterior hay que añadir el influjo personal que esto conlleva: rechazo en el entorno personal, económico, bajas laborales, mayor uso de asistencia médica, incapacidades, etc...

La elección terapéutica y las expectativas variarán en función del grado de obesidad. Para identificar a esta población se recomienda el empleo del IMC (Índice de Masa Corporal) como indicador de adiposidad corporal, se calcula dividiendo el peso medido en kg por la talla medida en metros al cuadrado. En un individuo normal su IMC se sitúa entre 18,5 y 24,9. Por encima de 30 se diagnostica obesidad y entre 25 y 30, sobrepeso. También es importante conocer la distribución de la grasa corporal, central o periférica, siendo la primera de mayor riesgo, de ahí que la circunferencia de cintura patológica - se considera tal, cuando es mayor de 102 cm en varones y 88 en mujeres - correlacione con mayor riesgo cardiovascular.

Lo anterior justifica que los sanitarios nos intereseamos por dicha patología, así como por todo aquello relacionado con la misma. El abordaje terapéutico tanto pre como postoperatorio es multidisciplinar, relacionado con la comorbilidad antes descrita, por tanto el ámbito de trabajo es extenso. Aprovecho la ocasión que me brinda nuestro Colegio para alentaros a asistir y/o participar en dicho evento puesto que enfermería tendrá un apartado propio e independiente donde podremos dar a conocer todos aquellos trabajos relacionados con esta patología. Seguiremos dando noticias y referencias sobre dicho congreso. Os esperamos.

Margarita Pardo Domingo

Supervisora de Cirugía General, Torácica y Mx. Facial.
Hospital Clínico de Valencia.

www.seco2010.es



Conferencia – Seminario Introducción a la Medicina Tradicional China



Día: 29 de septiembre, de 18 a 20 h.

Dirigido: Enfermeros

Objetivo: explicar los beneficios de la medicina china y lo que ésta puede conllevar a la práctica clínica.

La Fundación Europea de Medicina Tradicional China es una fundación privada integrada por entidades públicas y privadas, tanto del estado español, de la Unión Europea, como de la R.P. China. La Fundación tiene como objetivo principal la difusión de la medicina china y la acupuntura, bajo criterios de calidad y rigor científico.

Medicina Tradicional China Un sistema sanitario y su arsenal terapéutico

Carlos Llopis, doctor en farmacia por la Universitat de València, especialista en fitoterapia tradicional china, profesor de la Escuela Superior de MTC, secretario de la Fundación Europea de MTC

La medicina china como todo sistema sanitario tiene como objetivo preservar y recobrar la salud del individuo. Pero como medicina energética, la medicina china busca el equilibrio energético como fin para conseguir el restablecimiento de la salud.

El entendimiento de la enfermedad según la medicina china, se fundamenta principalmente en dos teorías que componen los cimientos de la propia doctrina que son la

teoría de Yin-Yang y la teoría de los cinco elementos o de los cinco movimientos.

Únicamente la primera de ellas, la **teoría de Yin-Yang**, puede explicar perfectamente cada uno de los estados patológicos por los que pasa un individuo, entendiendo al organismo como un ente energético que se encuentra en total equilibrio con su entorno. Así cuando una de las energías aumenta la otra disminuye, dando lugar al estado patológico que corresponde al desequilibrio energético entre el Yin-Yang. Si se consigue el equilibrio, desaparecen los síntomas clínicos y se restaura la salud, en cambio si se mantienen los desequilibrios, entonces, la patología sigue progresando.

La medicina china dispone de diferentes técnicas terapéuticas para la consecución de todos estos objetivos, que se pueden diferenciar en cinco grandes bloques:

-Acupuntura: se trata de la inserción de finísimas agujas en determinados puntos, altamente energéticos, los puntos acupunturales, que favorecen la circulación energética y por ende, el equilibrio energético, con lo que se conseguirá el restablecimiento de la salud y combatir la enfermedad.

-Moxibustión: aplicación de calor en estos mismos puntos acupunturales. Esta transmisión de calor mejora las funciones terapéuticas de las agujas. Suele utilizarse combinada con la acupuntura.

-Tuina: técnicas manipulativas y masajes, incidiendo en el recorrido de los meridianos y en los mismos puntos acupunturales.

-Fitoterapia: uso de materias medicinales en la terapéutica clínica, no sólo de origen vegetal, sino también de origen animal y mineral.

-Qi Gong: ejercicios efectivos en el control y desarrollo de la energía y de su circulación.

Independientemente de la técnica terapéutica que sea de utilidad, siempre se sigue el mismo principio terapéutico, recuperar el equilibrio energético. Para ello también pueden ser de utilidad las combinaciones entre dichas técnicas terapéuticas y en combinación con la medicina occidental, tal como se está llevando a cabo en muchos hospitales de la R.P. China, con resultados muy prometedores a nivel médico y económico.

Convenio de colaboración con el Centro de Medicina Tradicional China Guan An Men

Dentro de las relaciones institucionales del Colegio, se ha firmado un convenio de colaboración con el Centro de

Medicina Tradicional China Guan An Men – Escuela Superior de Medicina Tradicional China.

En la reunión han estado presentes la Directora de Relaciones y Comunicación de dicho centro, Dña. María Marqués Ruiz y el presidente del Colegio de Enfermería, D. Juan José Tirado Darder.

El Centro MTC Guan An Men es una entidad que tiene entre sus fines, la formación en materia de medicina tradicional



El Centro MTC Guan An Men es una entidad que tiene entre sus fines, la formación en materia de medicina tradicional china y la divulgación de la misma mediante su práctica en centros autorizados por la Conselleria de Sanitat.

china y la divulgación de la misma mediante su práctica en centros autorizados por la Conselleria de Sanitat.

La Escuela Superior de MTC, adscrita a la **Fundación Europea de MTC** y fundada en 1989, es pionera en el campo de la docencia de la medicina china en España.

A lo largo de la reunión, el Colegio de Enfermería se ha comprometido a dar a conocer todas las ventajas que dicho centro ofrece a los colegiados del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia, entre los que cabe destacar importantes descuentos en las tarifas para realizar estudios de MTC y las primeras visitas en cualquiera de sus clínicas.

Presentación de la Guía de buenas prácticas de los trastornos de la conducta alimentaria en la sede Colegial

La Asociación Valenciana de Familiares de Enfermos con Trastornos Alimentarios: Anorexia y Bulimia (AVALCAB) ha presentado en el Colegio de Enfermería de Valencia, a los medios de comunicación, una «Guía de Buenas Prácticas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria», con la presencia de D. Juan Luis Rodríguez, presidente de AVALCAB; D. Juan José Tirado, presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia; y D. Joaquín Clemente, presidente de la Unión de Periodistas Valencianos. Además, también participaron en el evento, Antonio Rubio, periodista y miembro de la comisión ejecutiva de la Unión de Periodistas, y Sara Vilana, trabajadora social d'AVALCAB y quien se encargó de realizar una extensa explicación de los contenidos de la guía.

Dicha guía se ha presentado a los medios de comunicación desde la convicción del enorme poder que ostentan los medios de comunicación para la difusión y establecimiento de modas y costumbres.

Este libro pretende contribuir hacia un tratamiento más adecuado de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y sus efectos, a la aceptación de los diversos modelos de belleza y la instauración de hábitos alimentarios saludables, así como a evitar que se difundan conductas contrarias a la salud y que se instale definitivamente la costumbre de valorar a las personas exclusivamente por su aspecto físico.

La guía se encuentra en la biblioteca del Colegio a disposición de los colegiados/as de enfermería.

Dicha guía se ha presentado a los medios de comunicación desde la convicción del enorme poder que ostentan los medios de comunicación para la difusión y establecimiento de modas y costumbres.



Las personas Mayores en España (2008)

El informe Las Personas Mayores en España 2008 representa el quinto macroestudio bienal que realiza el IMSERSO sobre la situación de las personas mayores.

El estudio ha considerado indicadores demográficos, de salud, económicos y de servicios sociales. Estos datos han dibujado un retrato robot de las personas mayores de 65 años en este bienio que nos permite conocer mejor sus formas de convivencia, su vida cotidiana, su experiencia de envejecer y sus actitudes, valores y emociones en la vejez.

Los mayores de 65 años: un retrato robot

Un hecho importante en la evolución de la población española y mundial es el incremento de personas de edad avanzada, que han superado los 80 años y en algunos casos hasta los 100.

En los últimos años un hecho relevante en la orientación demográfica es el considerable aumento de las personas octogenarias.

La comparación internacional de este proceso de envejecimiento posiciona a España en el cuarto lugar dentro de los países más envejecidos del planeta.

Las últimas cifras de Naciones Unidas sitúan a España como el segundo país más envejecido del mundo en 2050 con un 33,2% de población mayor.

Usuarios de una muy bien valorada sanidad pública

- Es la población con mayor porcentaje de personas con sobrepeso (aproximadamente el 50% de los hombres mayores).

- Son los menos fumadores, especialmente ellas (ellos han dejado mayoritariamente de fumar, de ellas muy pocas fumaba).
- Los que menos alcohol consumen actualmente (especialmente ellas).
- Son la población que sufre más accidentes domésticos (el 61% de sus accidentes son en casa o en las escaleras).
- El 48,5% de los varones piensa que su salud es buena, cifra que baja al 33% en el caso de las mujeres.
- Es la población que más medicamentos consume (hipertensión y reuma).
- No son los que más utilizan las urgencias, sin embargo, es la población que sufre más hospitalizaciones (el 15,25% ha sido hospitalizado en los últimos 12 meses).
- Es la población más satisfecha con el sistema sanitario público (el 78% dice que funciona bien o bastante bien) y lo prefieren al privado.

Discapacidad y dependencia

- La discapacidad entre los mayores afecta más a las mujeres; sin embargo hasta la edad de 50 años las tasas son más elevadas entre los varones.
- La mayoría no necesita ayuda para sus actividades esenciales (68,1%).
- De los que necesitan ayuda, mayoritariamente es para utilizar el transporte (20,5%) y acudir al médico (18,7%). Para comer, tan sólo necesita ayuda el 2,5% y para vestirse el 6,7%.
- Un tercio de los mayores (37,9%) considera que "entrar en la vejez" tiene más que ver con la salud que con la edad.

Renovado el convenio con la U.F.C. de Fortaleza (Brasil)

Con la visita efectuada por el Rector de la Universidad Federal de Ceará en Fortaleza (Brasil), Dr. Jesualdo Pereira Farias, y la Vicerrectora de Relaciones Internacionales, la profesora Dña. María Elías Soares, ha sido renovado el Convenio de Colaboración entre la citada Universidad y el Colegio de Enfermería de Valencia, representado en la firma por el Presidente D. Juan José Tirado Darder y el Tesorero y Encargado de Relaciones Internacionales D. Antonio Núñez Hernández.

El acto de la firma se efectuó el pasado mes de junio en la sede del Colegio, y tras la firma los representantes de ambas instituciones resaltaron la importancia de los deseos de ampliación de colaboración y las buenas relaciones entre el Colegio y la UFC.

Tanto el Rector Dr. Jesualdo como la profesora Dña. María Elías destacaron las instalaciones colegiales, la organización

y la atención a los colegiados por parte del Colegio resaltando la acreditación por AENOR a la calidad de los servicios que se ofrecen desde la organización colegial de Valencia.

Además, los representantes brasileños pudieron visitar al completo las instalaciones colegiales y disfrutaron de la visión de la Ciudad de Valencia que es un referente mundial en innovación y arquitectura urbana.



Convenio de colaboración con Instituto Valenciano de la Sordera-GAES, e Instituto Valenciano de la Visión

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

(Teléfono atención al cliente: 902 39 39 40)

Dichas condiciones consistirán en las siguientes ventajas:

1. Revisiones auditivas completamente gratuitas.
 2. Prótesis auditivas (Audífonos) y sus accesorios: 15% de descuento o financiación sin intereses hasta 24 meses.
 3. Complementos auditivos: 10% de descuento.
 4. Ventajas exclusivas por pertenecer al Club GAES:
 - Atención y servicios preferentes para el titular.
 - Importantes descuentos en reparaciones.
 - Ofertas preferentes en prótesis auditivas y complementos auditivos.
 - 24 pilas gratuitas por audífono durante 3 años.
 - Suscripción gratuita a revista GAES.
 - 3 años de garantía en todas las adaptaciones y cobertura de riesgo total.
 - Programa de 10 visitas de seguimiento (control de audición y de los audífonos) durante el periodo de garantía.
 - Devolución del importe pagado por la adaptación en caso de que el cliente no se adaptara satisfactoriamente en un periodo de 6 meses.
- * Ventajas no acumulables a otras ofertas.

EL INSTITUTO VALENCIANO DE LA VISIÓN ofrece unas condiciones especialmente favorables a los asociados y empleados del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia, así como, a todos



sus familiares directos(cónyuge, hijos, padres y hermanos) debidamente acreditados.

(web: www.ivv.es)

Dichas condiciones consistirán en las siguientes ventajas:

EXAMEN VISUAL GRATUITO

1. Examen optométrico completo. Gratuito.
2. Toma de tensión intraocular (Campaña previamente de detección de galucoma). Gratuita.
3. Medida de Agudeza Visual. Gratuita.
4. Exploración Fondo de Ojo. Gratuito.
5. Video Examen Ocular (VEO). Gratuito.
6. Consulta previa a cirugía refractiva. Gratuita. (Operación LASIK miopía, hipermetropía y astigmatismo). Consulta precios especiales y financiación gratuita hasta 12 meses.
7. Hasta un 15% de descuento o financiación gratuita hasta 6 meses en monturas, cristales, gafas de sol y lentes de contacto.

* Ventajas no acumulables con otras ofertas.

I Jornada Autonómica de Deontología en Enfermería: «La Deontología: un reto Profesional»

Fecha: 13 de Noviembre de 2009.

Lugar: Salón de Actos Colegio de Enfermería de Valencia. Retransmitida por Videoconferencia a los Colegios de Alicante y Castellón.

Organiza: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. Colegios de Enfermería de Alicante, Castellón y Valencia.

Inscripciones: En los Colegios de Enfermería de Alicante, Castellón y Valencia.

Matrícula: Gratuita y por riguroso orden, limitada al aforo del local.

En esta jornada se presentará el proyecto del Código Deontológico de la Comunitat Valenciana, en el cual se está trabajando desde la fundación del Grupo de Bioética del CECOVA.

Se van a reunir algunos de los mejores expertos en Bioética, como D. Vicente Bellver, D. Juan Carlos Siurana, D. Jesús Conill o D. Manuel Lillo, así como otros expertos en derecho, quienes a través de mesas redondas y conferencias informaran sobre la ética enfermera y el marco deontológico de la Enfermería en la actualidad.

Interesante Jornada-Debate: Liderazgo en las direcciones de Enfermería en la sede colegial

La Jornada se desarrolló en el salón de actos del Colegio de Enfermería de Valencia y simultáneamente, por videoconferencia, en las sedes de los Colegios Oficiales de Enfermería de Alicante y Castellón.

La jornada se centró principalmente en los cambios que está sufriendo la gestión sanitaria y por tanto, también la asistencia. Como parte de estos cambios, el papel de las enfermeras sigue siendo de vital importancia tanto en el desarrollo de nuevas funciones y responsabilidades como en liderar la transformación de los servicios y organizaciones. Muchas enfermeras interesadas en la gestión y el liderazgo participaron activamente en esta Jornada de Debate.

Por todo ello, los enfermeros nos hacemos las siguientes cuestiones:

- ¿Estamos siendo capaces los líderes de enfermería de prosperar en estos medios complejos y en estas nuevas formas de organización?
- ¿Es necesario un cambio en las formas de pensamiento de los Directivos de Enfermería?



- ¿Cómo reaccionan los demás ante este ejercicio de liderazgo?

Para responder a algunas de estas sugerencias se organizó este foro, cuyo principal objetivo era el de compartir experiencias, debatir reflexiones y plantear propuestas de futuro.

XXII Congreso de Neonatología y Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Neonatología

Los próximos días 14, 15 y 16 de octubre, el Palacio de Congresos de Valencia acogerá el XXII Congreso de Neonatología y Medicina Perinatal de la SEN y el II Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Neonatal (S.E.E.N).

Las supervisoras del Hospital La Fe, Dña. M^a José Borràs Vañó y Dña. M^a José Angel Selfa, han solicitado colaboración al Colegio de Enfermería.

Para este evento se han organizado mesas redondas, simposiums, conferencias, de gran actualidad y que cuenta con la participación de las nuevas generaciones de neonatólogos de nuestro país junto a conferenciantes de gran relevancia internacional.



Inscripción e información del congreso en el web:
www.geyseco.es/neonatalogia

I Jornada de Homeopatía “La homeopatía en los cuidados de Enfermería”

Fecha: Día 20 de octubre.
Horario: de 17h30 a 19h. Gratuito.
Lugar: Salón de actos del Colegio de Enfermería.
Información: Secretaría, horario oficina.
Telf: 963 937 015

¿Qué hay detrás de
una caja que te dice

NO?

Sólo **VENTAJAS**

Crédito **NO**mina Bancaja

NO pagues comisiones.
NO pagues intereses durante 6 meses.

Un crédito para conseguir hasta 10 veces tu sueldo sin pagar comisiones ni intereses durante 6 meses. Un crédito sujeto a las condiciones habituales de aprobación, que puedes devolver hasta en 7 años en condiciones preferentes.

El Crédito **NO**mina Bancaja. El **NO** nunca ha sido tan positivo.

Entra en www.bancaja.es y descubre todas las ventajas de tener tu **NO**mina Bancaja.

Crédito
NO
mina
Bancaja

Si **NO** es bueno para ti, **NO** es bueno para nosotros.

www.bancaja.es

Graduación de la trigésima promoción de Enfermería del Hospital Clínic de València



El pasado viernes día 26 de junio tuvo lugar el acto de Graduación y Entrega de Diplomas de la Trigésima Promoción de la Diplomatura de Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería y Podología del Hospital Clínic de València.

El acto, que se celebró en el pabellón polideportivo de la Universitat de València, estuvo presidido por el Director de la Escuela Universitaria de Enfermería, D. Julio Fernández Garrido, quien animó a los recién enfermeros para que afronten el nuevo reto de su futuro profesional, y agradeció a los padres por el sacrificio que han hecho para que sus hijos estudiaran Enfermería. Para finalizar su discurso, Fernández pronunció "ya no somos profesores y alumnos, sino compañeros de viaje y estoy orgulloso de viajar con unos compañeros como vosotros".

A continuación, la profesora Dña. Amparo Benavent Garcés procedió a una lección magistral bajo título Tres anys de camí, un trajecte des del "saber ser" i "saber fer" fins a ser

infermera. A lo largo de esta ponencia, Benavent intentó motivar a los alumnos para que reflexionaran sobre aquello que han aprendido y sobre todo lo que les queda por aprender.

Posteriormente los alumnos agradecieron al profesorado la paciencia y dedicación que han tenido con ellos a lo largo de los tres años de estudios.

Así mismo, los profesores Dña. Josefa Gabaldón Coronado y D. Ricardo Brage Serrano, padrinos de la XXX promoción, también agradecieron a los alumnos la distinción que les han hecho como padrinos y les motivaron para seguir aprendiendo una profesión tan dura y a la vez tan enriquecedora.

Y para finalizar, se hizo entrega de los Premios Extraordinarios de la Diplomatura de Enfermería de la promoción 2005-2008, así como los Diplomas a los 197 alumnos que este año han finalizado sus estudios de enfermería.

El acto concluyó con el Gaudeamus Igitur ofrecido por el Orfeón Universitario.



Es el final... ¿Del verano o de qué?

Bien compañeras, se acerca el final del verano y muchas aún estaréis disfrutando de unas merecidas vacaciones, otras posiblemente estéis ya incorporadas y preparando los libros para el regreso de vuestros hijos al colegio. Todo vuelve ¿a la normalidad, a la rutina?

Me gustaría que fuese a la normalidad, pero me temo que a lo largo de este año y del siguiente van a surgir bastantes cambios. Y no me refiero sólo al tema de traslados o incorporaciones de las aprobadas en la última OPE, sino que, se nos avecinan tiempos duros en lo que respecta a nuestra profesión y a nuestra especialidad.

Entre otras cosas, lo que no ha cambiado, es lo de todos los veranos,... "no hay matronas"... "hay que doblar"... "hacer guardias extras", etc... Ya veremos que pasa este invierno con la maldita gripe A y la falta de personal.

La verdad es que no te puedes relajar un momento, a la que menos lo esperas, surge algo que nos hace estar de nuevo en "pie de guerra". Ya os informaré más detenidamente.

Por el momento, deciros que este semestre ha sido muy completo en cuanto a la formación y actividades diversas, gracias a todas por ser tan receptivas, y por ello, el último trimestre seguimos en la misma línea, intentando siempre daros lo mejor, para ser mejores profesionales y dar oportunidad a todas las que desean actualizar conocimientos o ampliar otros.

Por otra parte, deseaba daros las gracias por la respuesta que tuvisteis en la celebración del Día de la Matrona. Sé que fue una fecha un poco rara, San Juan, pero a veces las circunstancias son las que mandan y no podía ser antes.

Lo importante es que creo que los temas, que parecían tan obvios y que todo el mundo conocía, resultó que muchas lo agradecieron por la gran desinformación que tenían. Ese día también nos sirvió a muchas para encontrarnos antes del verano y despedirnos para las vacaciones, en fin, de nuevo, muchas gracias.

Una cosa que me preocupa es que el colectivo se "acomode" (que no se implique) y no surjan iniciativas para mejorar o hacer cosas nuevas que expresen lo buenas profesionales que somos y lo necesarias para una gran parte de la sociedad para la que trabajamos. Sino demostramos diariamente la excelencia de nuestro trabajo, el día menos pensado, otra profesional realizará todo lo que hayamos dejado de hacer nosotras.

Quería comentaros que por fin se ha firmado el convenio con la Universidad para el tema de violencia de género y que organizaremos una presentación para todas aquellas que estén interesadas en participar, la recompensa no será económica pero sí curricular.

Al respecto, se ha organizado una jornada para hablar de temas Deontológicos y Éticos de los profesionales, enfermeros y matronas, donde se presentará el nuevo Código Deontológico de la Comunidad Valenciana. En esto no estamos exentas de conocerlo y de cumplirlo, también nos compete y debemos



estar informadas para luego no lamentar determinadas situaciones por puro desconocimiento.

En fin no quiero que os aburráis leyendo, prefiero contaroslo personalmente cuando nos veamos, que seguro será pronto en alguna de las actividades que hemos organizado para este último trimestre, y del que paso a informaros y feliz regreso de nuevo a un nuevo curso escolar.

OCTUBRE

Jornada: "La importancia de los folatos en la etapa pregestacional"

Organiza labs. MERCK. Día 2 de octubre a las 17h. Inscripciones gratuitas hasta completar aforo. Lugar: Salón de actos Colegio de enfermería. Más información: Secretaría del colegio en horario oficina. Telf. 963937015.

Curso de Actualización en Lactancia Materna:

Días 13, 15, 20, 22, 27, 29 y 3, 5 y 12 de noviembre. De 16h a 20h. Solicitada acreditación EVES y Comité Formación IHAN. Duración 40 horas. Plazas Limitadas. Coste 20€. Lugar: Aulas del Colegio de Enfermería. Información: Secretaría, horario oficina. Telf: 963 937 015.

II Seminario Internacional.

Organiza: Asociación Nacional de Matronas. Días 15, 16 y 17. Lugar: UCM. Facultad de Medicina. Sala Ramón y Cajal. Más información: www.seminariointernacionalmatronas09.com y asociacionnacionalmatronas@gmail.com



Curso de Control de Bienestar Fetal en ALZIRA (2ª edición).

Días: **14, 19, 21, 26 y 27 de octubre.** De 16h a 20h. Solicitada Acreditación EVES. Lugar: Salón de Actos del Hospital de la Ribera (Alzira). Plazas limitadas. Coste 20€. Inscripciones: Secretaría Colegio de Enfermería de Valencia, horario de oficina. Telf: 963 937 015.

Máster en Sexología y Salud Sexual (1ª edición)

Organiza: Universidad de Valencia. De octubre 2009 a enero 2011. Más información: www.adeit.uv.es/postgrado/9711420. Plazo de inscripción hasta el 19 septiembre 2009.

NOVIEMBRE

Curso de Homeopatía para Matronas. Días **3, 5 y 10,** de 16h a 20h. Duración 12 horas. Gratuito. Plazas limitadas. Aulas del Colegio de Enfermería. Información: Secretaría, horario oficina. Telf: 963 937 015.

Curso de Reanimación en el Recién Nacido. (7ª edición). Días **9, 11, 16, 18 y 23** Solicitado acreditación EVES. Duración 20 horas. Plazas limitadas. Coste 60€. Aulas del Colegio

de Enfermería. Información: Secretaría, horario oficina. Telf: 963 937 015

I Jornada de Deontología de los Colegios Profesionales de Enfermería de la Comunidad Valenciana.

Organiza: CECOVA (Consejo de Enfermería de la CV). Día **13 de noviembre.** De 9h30 a 14h y de 16h30 a 20h. Lugar: Salón de Actos del Colegio de Enfermería de Valencia Inscripciones gratuitas (en los tres colegios provinciales) hasta completar aforo.

DICIEMBRE

Taller de sutura y anudado (para matronas)
Se harán dos grupos de mañana y tarde.

- **Grupo A,** día 9 de diciembre de 16h a 20h30.
- **Grupo B,** día 10 de diciembre de 9h30 a 14h. Plazas limitadas (20) y por riguroso orden de inscripción. Precio: 15€.
Lugar: Colegio de enfermería de Valencia. Secretaría en horario oficina. Telf: 963937015.

Día de la matrona

Organizados por el Colegio Oficial de Enfermería de Valencia (Vocalía IV) y la Associació de Comares de la Comunitat Valenciana, los actos de conmemoración del Día de la Matrona se han desarrollado el 24 de junio de 2009 con la participación de un nutrido grupo de profesionales de la Enfermería Obstétrico-Ginecológica.

La Jornada fue inaugurada por nuestro presidente, Don Juan José Tirado Darder, en el Salón de Actos del Colegio.

Los temas tratados en la jornada fueron:

- Colegio profesional y asociaciones científicas
- Competencias y autonomía profesional de las matronas
- Presentación de la nueva e interesante WEB de recursos para matronas www.recursosmatrona.com.

Tras un interesante debate entre las/os participantes, la jornada fue clausurada con la intervención de Consuelo Catalá Pérez, portavoz de Igualdad por el Grupo Socialista en les Corts Valencianes, con una ponencia sobre «Maternidad en el Siglo XXI. Deseo y derechos».

Al finalizar, se sirvió un cóctel.

Mª Isabel Castelló López, la Vocal IV - Matrona del Colegio, ha manifestado su satisfacción respecto al desarrollo de la



jornada, tanto por la excelente acogida y participación de las/los colegiadas/os, como por el debate y la comunicación y reflexión establecidas ayer en torno a estos temas de tanta vigencia, actualidad e importancia para nuestro quehacer profesional de cada día. Así mismo, ha destacado la colaboración de varios laboratorios en la presentación de novedades y productos farmacológicos relacionados con nuestro trabajo de Matronas.



Fin de curso 2008/2009 Taichi de la Asociación de Jubilados del Colegio de Enfermería

Los Jubilados de Enfermería celebraron el fin de curso de taichi en el cauce del río con los jardines de fondo.

Para la celebración de este especial y emotivo Fin de curso, la Asociación organizó el pasado 4 de junio de 2009 en los jardines del cauce del río Turia una exhibición de taichi con la colaboración de los Jubilados de Aldaya, que también practican habitualmente esta actividad.

Según nos cuentan los miembros de la Asociación, la fiesta fue verdaderamente interesante, dada la cantidad de personas que participaron y el nivel que demostraron en la ejecución de los diversos ejercicios. Así mismo, nos cuentan que esperan para el año próximo seguir con la actividad y hacerla extensiva cada vez a más miembros de la Asociación dados los múltiples beneficios que se obtienen de este ejercicio físico en cuanto a salud, equilibrio, encuentro, etc.

Como sabéis, el Taichi es sólo otra de las actividades que la Asociación organiza, para consolidar este colectivo que no renuncia a sus señas de identidad como Enfermeras y Enfermeros, a pesar de haber dejado ya de ejercer activamente la profesión.

Os recordamos que desde el pasado mes de mayo, la Asociación de Jubilados del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia cuenta con un espacio propio dentro de la web del Colegio, en el que van ofreciéndonos noticia de sus actividades, los trabajos ganadores de los Concursos literario y fotográfico organizados para la celebración de la festividad de San Juan de Dios, etc.

Os animamos encarecidamente a conocer este espacio de encuentro y, por supuesto, a participar: **el blog de la Asociación de Jubilados.**



Esta foto corresponde a la fase de ejercicios de calentamiento y estiramientos muscular.



En esta foto se puede observar uno de los ejercicios con los abanicos, realizando movimientos de coordinación, plasticidad y belleza.

Calendario de actividades de la Asociación de Jubilados y Pensionistas de Enfermería de Valencia "San Juan de Dios"

La Asociación de Jubilados y Pensionistas de Enfermería invita a todos los jubilados de este colegio a participar en las actividades existentes y a las previstas para el próximo octubre.

Previsión para comenzar a mediados de Octubre

Curso básico de informática. Windows XP o Vista.

El curso está pensado para las personas que no tienen ningún conocimiento de informática, pero que tienen la intención de aprender.

Al terminar el curso, deben de saber:

- abrir carpetas, guardar archivos, abrir archivos, archivar fotos, abrir fotos, grabar CD, DVD, USB y otros medios de archivos.
- Correo electrónico (E-mail) abrir su propio correo, enviar y recibir correo electrónico, navegadores y sus funciones.
- Navegar por la red, páginas WEB, buscadores (GOOGLE).
- Microsoft Word, hacer escritos, corrección ortográfica y algunas aplicaciones sencillas.
- Conocimientos de unidades de almacenamiento de datos, MB, GB, TB.
- Nociones de CPU y sus componentes, teclado, ratón, impresoras, y scanners, etc.

Los interesados deben de ponerse en contacto con el colegio para apuntarse. Los grupos se formaran por orden de llamada y serán de unas 20 alumnos.

Otras actividades que van a continuar son:

- Tai-chi, dos días por semana en horario de mañanas.
- Juegos de Bolos, Golf y Tenis con la consola Wii.
- Grupo de teatro, si hay voluntarios.

Como siempre todos los lunes de 17 a 19 horas estaremos en el Colegio para atender a todo el que quiera estar en la asociación de jubilados.

Teléfono: 963937015

Correo electrónico: jubiladosenfervalencia@gmail.com

Blog: www.jubiladosenfervalencia.blogspot.com

La Asociación de Jubilados de Enfermería se reunió para celebrar el fin de curso de Tai-Chi

El pasado día 19 de Junio, la Asociación de Jubilados de Enfermería de Valencia, celebró una comida de fin de curso de Tai-Chi. El próximo mes de Octubre comenzaremos de nuevo la practica de este magnifico ejercicio deportivo al que te invitamos si tú quieres.

Teléfono de contacto: 963937015,
E-mail: jubiladosenfervalencia@gmail.com

La asociación de jubilados de enfermería de Valencia ha entregado una placa a D. Francisco Mulet Falcó por su labor, colaboración y dedicación a esta asociación, la entrega la hace en nombre de todos los miembros del consejo Doña María Antonia Moscardó Jarque, Presidenta de la asociación de jubilados, en este acto le acompaña el Presidente del Ilustre Colegio de Enfermería de Valencia, D. Juan José Tirado Darder.





Josep Algarra i Donet

Accessibilitat al benestar

Fa dos anys i mig que es va aprovar la legislació que el PSOE i el govern de Zapatero presentava com la "quarta pota" de l'estat del benestar. Des d'aleshores més de 6.000 valencians dependents han mort sense que la protecció d'això estat de dret i de benestar els arribara. Fa poc els dependents i els seus familiars denunciaven el bloqueig de la llei i quedava la seua aplicació en funció dels recursos que pogueren –o volgueren– dotar els governs autònoms, en el nostre cas una Generalitat governada pel PP, que és igual que si ho fora del PSOE (uns governs autònoms que, recordem-ho, no tenen capacitat financera real pròpia perquè els recursos econòmics –tret del cas d'Euskadi i Navarra– són transferits per l'estat. Una llei que és una broma, de mal gust, una llei que es pot complir o no, quedant en paper mullat a discreció dels interessos de cada partit en cada moment. Una llei, el naixement de la qual és el autobombo i la cerimònia de la confusió que abandona els ciutadans dependents i les seues famílies al hostatge dels interessos propagandistes del 'règim'.

Al País Valencià la llei de dependència ni s'aplica ni s'aplicarà, tenint en compte la deriva dels esdeveniments, que semblen ser els mateixos que van caracteritzar la LISMI, llei d'integració dels 'minusvàlids', que no va ser mai complida, i aprofità per a col·locar o recolocar molts fills i allegats del franquisme en l'Administració. Igual que la Llei de Dependència, els drames personals per esta paràlització es poden comptar per desenes de milers, mentre el PP i el PSOE, se passen la pilota de teulada a teulada...

No hi ha tampoc sistema judicial que siga garant de la igualtat davant de la llei ni dinamitzador de les relacions entre els entes jurídics, personals, laborals, polítics o socials,



perquè en la seua natura està el seu comportament: la pròpia dependència del règim del que és hereu, el règim franquista, la continuació del qual seguim patint. Per això el ciutadà, amb el bon olfacte de la intuïció, desconfia profundament d'un sistema jurídic, imprevisible, insegur, pendent absolutament dels gestos dels elements claus del poder polític, sense independència per actuar com i quan toca.

Les milionàries aportacions de l'erari públic als bancs, que no han parat de guanyar diners, pel 'sanejament' dels seus comptes sí que han arribat, mentre que els diners públics no apareixen quan es tracta de fer política que defensen realitats de justícia i benestar social. Quantes persones pul-lulen pels INEMS, agències de col·locació, etc, sense que ni tansevol puguen arribar a aspirar a un lloc de treball, perquè la seua capacitat de treball puga revertir en el conjunt, perquè no hi ha 'empresa' privada que els puga treure un benefici.

Podrien eixos diners públics, ser manegats per una banca pública, semipública, caixes d'estalvi, de manera que serviren per engegar projectes de profit tant econòmic com polític i social? ACCESIBILITAT també és igualtat, solidaritat, benestar, justícia i llibertat.



Reflexiones de una matrona

El otro día me comentaba una compañera: *“¿sabes que a lo mejor son estas la últimas oposiciones y traslados? Me quedé un poco perpleja pero después pensé que podía tener razón. Que por el camino que vamos, la tendencia será privatizar todo lo que se pueda, además de lo que ya se ha hecho con algunos hospitales.*

Esta reflexión duró 1 minuto porque a continuación yo le dije: *“eso no es lo peor que nos puede pasar, lo peor es que me he enterado que cuando aprueben la nueva especialidad de enfermería comunitaria, a lo mejor lo que peligra es nuestro puesto de trabajo en Atención Primaria”.*

Claro que, si yo me quedé perpleja ella se quedó con la boca abierta sin saber (o sin poder) decir ni palabra y prometo que no era una competición de a ver quién decía la última noticia más fuerte, ni siquiera era un cotilleo de peluquería, pero lo cierto es que lo que surgió después fue una serie de “lamentos” del tipo: “eso no puede ser” “no será cierto” “¿Qué vamos a hacer?”...Y esto es lo que pienso y es lo que no pude contestarle a ella pero tras reflexionar.....:

Pues eso, esa es la gran pregunta que ahora me hago: ¿Qué vamos a hacer? O quizá la pregunta sería: ¿Qué es lo que no hemos hecho?

Primero responderé en voz alta (para mí, para ti amiga mía y para quién quiera leer esto) a la segunda parte.

En mi modesta opinión y alzando un “MEAS CULPA”, hemos dejado que se nos fuera de las manos el programa tan fantástico como era el de Atención a la Mujer Climatérica, que como todas recordaréis, se creó en Valencia y fue pionero en España. Hemos dejado de hacer el programa de Prevención de Cáncer Ginecológico y Mama, hemos dejado de hacer la Planificación Familiar, hemos dejado de hacer la Educación Afectivo Sexual en los colegios y en adolescentes, hemos dejado de hacer, y más grave, la Educación para la Salud Materno-Infantil, mal llamada “Preparación al parto”.

Hemos dejado de hacer....tantas cosas que las matronas habíamos logrado en la década de los 90, que lo que hemos conseguido no solo es retroceder en nuestras competencias, ya asumidas, sino que se formarán otros especialistas para hacer no solo todo eso sino también el control del embarazo, ¿porque no? ¿Qué es lo único que no podrían hacer, tactos vaginales? Se envían al ginecólogo. Ya sufrimos esto hace unos años, con enfermeras generalistas, la diferencia es que ahora serán especialistas y no precisamente matronas.

Algunas podréis pensar que claro, “la carga de trabajo es mucha, la epidural ha hecho que no vengan, etc...” como excusas, pero lo cierto es que para la administración cuando un profesional no es rentable por su poca productividad, pues ponen a otro que les sea más rentable y que sí esté dispuesto a hacer todas aquellas parcelas que otros dejan (o dejamos) y que al no reclamar como propias, son como tierra de nadie.



Por supuesto que lo que dirán será que no hay matronas, claro, y es verdad pero aquí es dónde viene la respuesta a la primera parte, la solución es formar más especialistas matronas, aunque para ello haya que reestructurar las unidades docentes, estar unidas y sobre todo, hacernos valer en el día a día en nuestro puesto de trabajo, realizar los programas, lo que podamos siempre es mejor que nada y si para ello hace falta formarse o reciclarse o actualizarse o innovar en las áreas educativas, pues luchemos por ello.

Si nos quedamos impasibles, algún día lo lamentaremos y luego vendrán las quejas y las reivindicaciones, compañeras, serán en vano y tarde.

Una vez aprobada esa especialidad, (y no creo que sea en un futuro muy lejano) no habrá nada que hacer, aún teniendo la nuestra ya aprobada oficialmente y publicada en el BOE.

Lo triste de todo esto, es que al final siempre consiguen que parezca que nos peleamos entre nosotros, entre profesionales de enfermería, y ¿quién acaba ganado? Pues como siempre, la administración. ¿No sería más sensato habernos reunido y ver que áreas no pertenecen ya a alguna especialidad? No tengo nada en contra de los otros compañeros pero quién haya hecho ese programa formativo no ha pensado ni respetado lo que otros colectivos ya tenían asignado como competencias propias de esa especialidad, en este caso, la nuestra.

No sé si lograremos algo, pero para algunas luchadoras como yo, el participar activamente en defender nuestra profesión será como un consuelo para el alma.

Bueno amiga mía, estas son las cosas que pienso y que aquel día, en nuestro fortuito encuentro no te conté, pero ahora que lo sabes, espero poder contar contigo, iremos juntas y no renunciaremos sin antes no haber contado al mundo lo buenas profesionales que somos, aunque algunas más que otras.

Una Luchadora y matrona
Col. Nº 12.783

Curso-Taller búsqueda de información en internet para enfermería



Justificación

La implantación de nuevas tecnologías junto con el acceso a la información ha transformado el ámbito en el que se desenvuelven los profesionales de la salud y en nuestro caso la enfermería.

La gestión del conocimiento supone la capacidad que todos tenemos que adquirir, empresas y ciudadanos que nos permita adaptarnos a los cambios que se van produciendo no solo en la Sociedad Globalizada del Siglo XXI, también en nuestro entorno más cercano tanto laboral como personal.

La implantación de sistemas de información en el ámbito sanitario y de nuevos sistemas de gestión van a facilitar el trabajo de los profesionales pero requiere la transformación hacia un profesional de enfermería con habilidades en el uso de la informática y en la búsqueda de información. No solo tendremos que conocer las herramientas informáticas a nivel usuario tendremos que tener acceso a un información especializada de calidad.

Los profesionales tendrán nuevos retos y por ello necesitan adquirir habilidades en la búsqueda de información, no solo para orientar a los usuarios también para realizar trabajos de investigación, completar su formación o responder a preguntas para la mejora de su práctica clínica.

Objetivo

Los participantes en el curso adquirirán las habilidades necesarias para iniciarse en ese mundo complejo de la World Wide Web, serán capaces de realizar búsquedas básicas en Internet. También aprenderán a realizar otro tipo de búsquedas, más específicas y elaboradas. Diferenciarán las formas y la calidad de presentación de la información en la red: Portales, Páginas Web, Blog, etc.

Desarrollo

El Curso-Taller tendrá dos bloques de 4 horas, cada bloque consta de una primera parte de desarrollo teórico con ejercicios

prácticos que faciliten la adquisición de los conceptos básicos para aplicar las habilidades necesarias en la búsqueda de información, con un descanso de 20 minutos. La segunda parte consta de ejercicios relacionados con los conceptos aprendidos sobre supuestos planteados por los alumnos o resolución de problemas planteados en las búsquedas.

Contenido

1ª Sesión: Introducción a Internet, cómo se desarrolló y su evolución hasta hoy. Búsqueda en Internet: lenguaje natural. Utilización de operadores booleanos y truncadotes. Dónde buscar la información. Ejercicios prácticos.

2ª Sesión: Búsqueda de información específica. Diferentes fuentes de información en Ciencias de la Salud, Portales, Web, Listas, etc. Ejercicios prácticos. Búsqueda de información orientada a la investigación.

Requisitos

Conocer el manejo básico de Internet a nivel usuario.

Material

Cada alumno dispondrá de una terminal de ordenador. El profesor dispondrá de uno para desarrollar la clase. Todos los ordenadores tendrán conexión a Internet.

Alumnos

Grupos de 15-20 personas.

Evaluación

Se realizará una encuesta de evaluación de la actividad en los diferentes aspectos de ésta. Evaluación de los contenidos del curso, de la calidad de estos, y del profesor, así como de los materiales entregados.

Profesorado

Antonia Herraiz Mallebrera
DUE. Licenciada en documentación.

Duración: 8 horas - **Gratuito**

Aula de informática

Grupo 1: Días 14 y 16 de octubre, de 16 a 20h

Grupo 2: Días 4 y 6 de noviembre, de 16 a 20h

IV Gen
INSTITUTO VALENCIANO DE GENÉTICA

Instituto Valenciano de Genética (IVGEN)

Calle Colón, 1 - 7ª planta

Tel pacientes: 902 929 793

46004 Valencia

Tel profesionales: 902 929 794

www.ivgen.es

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

Calle Bachiller, 1

46010 Valencia

Tel: 963 390 991

opal@uv.es



Centro de Psicología TESEO

Plaza Musico Ivars, 7

3º derecha

46920 Mislata (Valencia)

Tel: 659 262 518

teseo@teseocp.com

www.teseocp.com

Jornadas de formación para el desarrollo del programa nutrición y salud (NUSA) de DANONE S.A.

Salón de actos del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia. Inscripción gratuita a partir del 1 de octubre en el Colegio o llamando al tf: 963937015.

Plazas limitadas por orden de inscripción.

Bases sobre Alimentación Equilibrada. Alimentos funcionales.

Medidas dietéticas en la Hipercolesterolemia y medidas dietéticas en la Prevención y tratamiento del Estreñimiento.

Alimentación de las personas con Diabetes.

El Programa NUSA es una iniciativa de DANONE enfocada a:

1. La colaboración en la formación del personal sanitario con las autoridades y entidades sanitarias.

2. La colaboración y realización de programas destinados a promover la educación sanitaria de la población, en coordi-

nación con el personal sanitario. Dentro de estos programas sirva como ejemplo LOS DIBBITTS, Proyecto de Educación Diabetológica Infantil, que cuenta con el respaldo del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Enmarcadas en las actividades que desarrolla el Programa NUSA, se desarrollan Sesiones Formativas dirigidas a personal sanitario: Enfermeros, Médicos y Farmacéuticos. La ponente en estas Sesiones será Dña. Ana María Alcalá Berga, Lic. en Ciencias Biológicas perteneciente al Área de formación del Programa NUSA. A los asistentes inscritos se les entregará la documentación relativa a cada sesión.

Duración: 9 horas; Grupo 1: días 6, 27 de octubre y 3 de noviembre, de 16 a 19 horas.

Curso de quemados para enfermería

Justificación

El número de quemaduras que se producen en el ámbito doméstico, laboral, y cada vez más en accidentes de tráfico, continua siendo una causa muy frecuente de demanda de cuidados sanitarios, tanto en Atención Primaria como en Hospitalaria.

La formación en esta área asistencial aportaría por tanto una mayor calidad en toda la red sanitaria.

Los objetivos generales del curso son:

- Aprender a diagnosticar las quemaduras.
- Conseguir el tratamiento local más eficaz en atención primaria.
- Trasladar a los pacientes que necesiten ingresar en condiciones óptimas.

La dinámica docente se desarrolla a través de:

- Claves expositivas con apoyo visual.
- Talleres prácticos.

El programa constaría de 20 horas lectivas repartidas en cuatro módulos:

Módulo 1:

- Historia del tratamiento de las quemaduras
- Epidemiología y prevención
- Presentación del centro de Quemados del H. La Fe.

Módulo 2:

- Anatomía y fisiología de la piel
- Diagnóstico de las quemaduras

Módulo 3

- Criterios de traslado.
- Quemado crítico

Módulo 4:

- Tratamiento local de las quemaduras.
- Apósitos y sujeciones.
- Secuelas

Profesorado. Centro de Quemados. Hospital Universitario «La Fe»

Duración: 20 horas; Matrícula: 30€ (se devolverá al finalizar el curso); Grupo 1: días 14, 15, 16, 17 y 18 de diciembre, de 16 a 20 horas.

Cursos de valencià (2ª convocatoria)

Els cursos de preparació per a les proves de la Junta Qualificadora de Coneixements en Valencià es faran de forma semi-presencial. Tots els alumnes que no han aprovat en la 1ª convocatoria tenen el dret d'assistir a les classes de la 2ª convocatoria.

- Nivells: Elemental, Mitjà i Superior.
- Període de matrícula: a partir del 15 de setembre.
- Començament i presentació del curs: dijous 24 de setembre a les 17'30h en l'aula d'informàtica.
- Preu matrícula 2ª convocatòria, setembre 2009: 30 Euros.
- Formalització matrícula: Omplir la fitxa d'inscripció en el Col·legi d'Infermeria o en el acte de presentació dels

curs, junt al justificant d'ingrés en concepte de matrícula en el compte de la CAM:

2090 – 0365 – 19 – 0040100103.

- Horari classes presencials: dimarts i dijous de 16 a 19h, en l'aula d'informàtica.
 - Octubre: 1, 6, 8, 13, 15, 20, 22, 27 i 29.
 - Novembre: 3, 5, 10, 12, 17, 19, 24 i 26.
- Data de les proves 2ª convocatòria:
 - Elemental: 14 de novembre.
 - Mitjà: 21 de novembre.
 - Superior : 28 de novembre.

Més informació: www.enfervalencia.org

Actividades formativas cuarto trimestre 2009

Formación continua gratuita

ÁREA DE VALENCIA

Aulas del Colegio Oficial de Enfermería

Taller de Búsqueda de Información en Internet

Duración: 8 horas

- grupo 1: días 14 y 16 de octubre, de 16 a 20 horas.
- grupo 2: días 4 y 6 de noviembre, de 16 a 20 horas.

Taller de vacunas en situaciones especiales: "viajeros y profesionales sanitarios"

Duración: 8 horas

- grupo 1: días 19 y 21 de octubre, de 16 a 20 horas.
- grupo 2: días 26 y 28 de octubre, de 16 a 20 horas.
- grupo 3: días 2 y 4 de noviembre, de 16 a 20 horas.

Taller de Desfibrilación automática externa: "Enseña a salvar una vida"

Duración: 8 horas

- grupo 1: días 19 y 21 de octubre, de 10 a 14 horas.
- grupo 2: días 28 y 30 de octubre, de 16 a 20 horas.
- grupo 3: días 2 y 4 de noviembre, de 10 a 14 horas.
- grupo 4: días 24 y 26 de noviembre, de 16 a 20 horas.
- grupo 5: días 10 y 11 de diciembre, de 16 a 20 horas.

Taller de Sondaje Vesical (1ª parte): "Unificación de criterios"

Duración: 4 horas

- grupo 1: día 26 de octubre, de 16 a 20 horas.
- grupo 2: día 23 de noviembre, de 16 a 20 horas.
- grupo 3: día 30 de noviembre, de 16 a 20 horas.

Taller de Sondaje Vesical (2ª parte): "Análisis de dificultades"

Duración: 4 horas

- grupo 1: día 28 de octubre, de 16 a 20 horas.
- grupo 2: día 25 de noviembre, de 16 a 20 horas.
- grupo 3: día 2 de diciembre, de 16 a 20 horas.

Jornadas de Formación para el Desarrollo del Programa Nutrición y Salud (NUSA) de DANONE, S. A.

Duración: 9 horas

- grupo 1: días 6, 27 de octubre y 20 de noviembre, de 16 a 19 horas.

CREDITOS SOLICITADOS A LA COMISION DE FORMACION CONTINUADA DEPENDIENTE DEL MINISTERIO DE SANIDAD

Curso de Formación y Actualización en Terapia Intravenosa Periférica.

Duración: 20 horas

Matrícula: 30 € (se devolverá al finalizar el curso)

- grupo 1: días 9, 10, 11 y 12 de noviembre, de 16 a 21 h.
- grupo 2: días 16, 17, 18 y 19 de noviembre, de 16 a 21 h.
- grupo 3: días 30 de noviembre y 1, 2 y 3 de diciembre, de 16 a 21 horas.

Curso de Actividad Física, Nutrición y Salud para Enfermería.

Duración: 25 horas

Matrícula: 30 € (se devolverá al finalizar el curso)

- grupo 1: días 30 de noviembre y 1, 2, 3 y 4 de diciembre, de 16 a 21 horas.
- grupo 2: días 14, 15, 16, 17 y 18 de diciembre, de 16 a 21 horas.

Curso de Quemados para Enfermería.

Duración: 20 horas

Matrícula: 30 € (se devolverá al finalizar el curso)

- grupo 1: días 14, 15, 16, 17 y 18 de diciembre, de 16 a 20 horas.



FECHAS DE INSCRIPCIÓN:

A PARTIR DEL 1 DE OCTUBRE
Y HASTA QUE SE COMPLETEN LOS GRUPOS.
EN LA SECRETARÍA DEL COLEGIO
O LLAMANDO AL TELÉFONO 963 937 015

Formación para matron@s y enfermer@s

OCTUBRE

JORNADA: "LA IMPORTANCIA DE LOS FOLATOS EN LA ETAPA PREGESTACIONAL"

Dirigido a matronas. Organiza labs. MERCK, Día 2 de octubre a las 17h. Inscripciones gratuitas hasta completar aforo. Lugar: Salón de actos Colegio de Enfermería. Más información: Secretaría del colegio en horario oficina. Telf. 963937015

CURSO DE ACTUALIZACION EN LACTANCIA MATERNA

Dirigido a matronas y enfermería. Días 13, 15, 20, 22, 27, 29

y 3, 5 y 12 de noviembre. De 16h a 20h. Solicitada acreditación EVES y Comité Formación IHAN. Duración 40 horas. Plazas Limitadas. Coste 20€. Lugar: Aulas del Colegio de Enfermería. Información: Secretaría, horario oficina. Telf: 963 937 015.

II SEMINARIO INTERNACIONAL DE MATRONAS.

Organiza: Asociación Nacional de Matronas. Días 15,16 y 17. Lugar: UCM. Facultad de Medicina. Sala Ramón y Cajal. Más información: www.seminariointernacionalmatronas09.com asociacionnacionalmatronas@gmail.com

I JORNADA DE HOMEOPATIA "LA HOMEOPATIA EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA" DIRIGIDO A ENFERMERIA

Día 20 de octubre. Horario de 17h30 a 19h. Gratuito. Salón de actos del Colegio de Enfermería. Información: Secretaría, horario oficina. Telf: 963 937 015

CURSO DE CONTROL DE BIENESTAR FETAL EN ALZIRA (2ª EDICION).

Dirigido a matronas. Días: 14, 19, 21, 26 y 27 de octubre. De 16h a 20h. Solicitada Acreditación EVES.

Lugar: Salón de Actos del Hospital de la Ribera (Alzira). Plazas limitadas. Coste 20€. Inscripciones: Secretaría Colegio de Enfermería de Valencia, horario de oficina. Telf: 963 937 015.

MASTER EN SEXOLOGIA Y SALUD SEXUAL (1ª EDICION)

Organiza: Universidad de Valencia. De octubre 2009 a enero 2011. Más información: www.adeit.uv.es/postgrado/9711420. Plazo de inscripción: hasta el 19 septiembre 2009.

NOVIEMBRE

CURSO DE HOMEOPATIA PARA MATRONAS

Días 3, 5 y 10. Horario de 16h a 20h. Duración 12 horas. Gratuito. Plazas limitadas. Aulas del Colegio de Enfermería. Información: Secretaría, horario oficina. Telf: 963 937 015.

CURSO DE REANIMACION EN EL RECIEN NACIDO. (7ª EDICION).

Dirigido a matronas y enfermería. Días 9, 11, 16, 18 y 23. Solicitado acreditación EVES. Duración 20 horas. Plazas limitadas. Coste 60€. Aulas del Colegio de Enfermería. Información: Secretaría, horario oficina. Telf: 963 937 015

I JORNADA DE DEONTOLOGIA DE LOS COLEGIOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.

Dirigido a matronas y enfermería. Organiza: CECOVA (Consejo de Enfermería de la CV). Día 13 de noviembre. De 9h30 a 14h y de 16h30 a 20h. Lugar: Salón de Actos del Colegio de Enfermería de Valencia Inscripciones gratuitas (en los tres colegios provinciales) hasta completar aforo.

DICIEMBRE

TALLER DE SUTURA Y ANUDADO

Dirigido a matronas. Se harán dos grupos de mañana y tarde. Grupo A, día 9 de 16h a 20h30.

Grupo B, día 10 de 9h30 a 14h.

Plazas limitadas (20) y por riguroso orden de inscripción. Precio: 15€. Lugar. Colegio de enfermería de Valencia. Secretaría en horario oficina. Tel 963937015.

A los Colegiados del Colegio Oficial de Enfermería



Colegio Oficial de Enfermería de Valencia

OFERTA ESPECIAL
Renovación del permiso de conducir

25% DESCUENTO

Gestión en TRÁFICO GRATUITA.
+ 8 fotos gratis.



AMPLIOS HORARIOS
De 9,15 A 13 H.
Y DE 16 A 19,30
(SABADOS DE 10 A 13 H.)



IPMT
Instituto de Psicología y Medicina de Tráfico

RENOVACIÓN DEL PERMISO DE CONDUCIR
CERTIFICADOS MEDICOS
96 362 32 78

C./ Gascó Oliag, 8 - 1ª - 1ª - 46010 Valencia
e-mail: ipmt@ipmt-valencia.com

www.ipmt-valencia.com

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

Realización de certificados médicos de: conductores, armas, seguridad, patrón de barco, gruas, animales peligrosos...

Congresos

II CONGRESO BRASILEIRO DE MEDICINA DE EMERGENCIA

FECHA: Del 23 al 26 de septiembre de 2009
LUGAR: Fortaleza- Ceara. Brasil. Centro de Convenções
INFORMACIÓN: www.socemu.org.br

CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

FECHA: Del 1 al 3 de octubre de 2009
LUGAR: Asturias
INFORMACION: Secretaría Técnica Viajes El Corte Inglés
 Tel: 985963253
 Fax: 965241657 E-mail: congresofaecap2009@viajeseci.es

II CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA NEONATAL (SEEN)

FECHA: Del 14 al 16 de octubre de 2009
LUGAR: Valencia. Palacio de Congresos
INFORMACIÓN: Secretaría Técnica Grupo Geysco, S.L.
 Tel: 902369497
 Fax: 902369498 E-mail: neonatología@geyseco.es
 Web: www.geyseco.es/neonatologia.htm

14º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA HEMATOLOGICA

FECHA: Del 15 al 17 de octubre de 2009
LUGAR: Torremolinos - Málaga
INFORMACIÓN: Organiza Asociación Nacional de Enfermería Hematológica. Secretaría Técnica C/ Adrianonº 16 1º 41001 Sevilla Tel: 954227259 Fax: 954293319
 E-mail: secretaria@aneh.es / info@globaldecongresosyviajes.es

XXXI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA UROLÓGICA

FECHA: Del 20 al 23 de octubre de 2009
LUGAR: Gijón - Asturias
INFORMACIÓN: Secretaría Técnica XXXI Congreso Enfuro 2009. Azul Congresos, S.L. C/ Uria nº 68 - 1º D 33003 Oviedo
 Tels: 984051604 y 984051671 Fax: 984281671
 E-mail: congresoenfurogijon@azulcongresos.com

XXIII CONGRESO NACIONAL DE ASEEDAR - TD

FECHA: Del 21 al 23 de octubre de 2009
LUGAR: Santander - Palacio de Exposiciones
INFORMACIÓN: Secretaría Técnica Eventia. Bilbao.
 Tel: 944051400
 Fax: 944398873 E-mail: aseedar09@eventia.es
 Web: www.santander09.aseesar-td.org

I CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

FECHA: 23 y 24 de octubre de 2009
LUGAR: Madrid. Centro de Congresos Príncipe Felipe. Hotel Auditorium
INFORMACIÓN: Secretaría Científica-Técnica Fabula Congreso C/ Las Naves 13, 3º - 2. 28005 Madrid Tel y Fax: 914735042
 E-mail: eugeniavidal@fabulacongress.com

II CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA Y SALUD ESCOLAR "HACIENDO REALIDAD UN PROYECTO EDUCATIVO Y ASISTENCIAL"

FECHA: Del 29 al 31 de octubre de 2009
LUGAR: Gandia (Valencia)
INFORMACIÓN: Dpto. Congresos Viajes Nuestro Pequeño Mundo - Alicante
 Tel: 965228297 Fax: 965135787
 Web: www.npmundo.com/congreso
 E-mail: congreso@npmundo.com

XIV CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA RADIOLÓGICA

FECHA: Del 28 al 30 de noviembre de 2009
LUGAR: Lanzarote
INFORMACIÓN: Sociedad Española de Enfermería Radiológica. C/ Alcoi, 21 08022 Barcelona Tel: 932530983
 Fax: 932124774
 Web: www.enfermeriaradiologica.org
 E-mail: seer@enfermeriaradiologica.org

Cursos

52º CURSO INTERNACIONAL DE LEPROLOGIA

FECHA: Del 28 de septiembre al 2 de octubre de 2009
LUGAR: Fontilles Sanatoroi San Francisco de Borja
INFORMACIÓN: Sanatorio San Francisco de Borja. Fontilles 03791 Vall de Laguar (Alicante)
 Tel: 0034965583350
 Fax: 0034965583376
 E-mail: rosana@fontilles.org

XXV EDICIÓN UNIVERSIDAD DE VERANO DE TERUEL

CURSO: "ASISTENCIA PEDIÁTRICA AL INICIO DE LA VIDA: APEGO Y ALIMENTACIÓN DEL RECIEN NACIDO"
FECHA: Del 1 al 3 de octubre de 2009
LUGAR: Teruel. Campus Universitario.
INFORMACION: Universidad de Teruel.
 Tel: 978618118 / 978600004
 Web: http://uvt.unizar.es

Premios

II CERTAMEN DE NARRATIVA BREVE SOBRE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA "LA BELLEZA ESTÁ EN TU INTERIOR"

ORGANIZA: AVALCAB Asociación Valenciana para la lucha contra la Anorexia y la Bulimia

TEMAS: Algún aspecto de la realidad de los Trastornos Alimentarios en cuanto a lo que se refiere a imagen corporal, las dietas, los estereotipos de belleza actual, el culto al cuerpo, la insatisfacción corporal, el exceso de perfeccionismo, la búsqueda de la felicidad

DOTACIÓN: se establecen tres premios: Un primer premio de 1.500€, un segundo premio de 750€ y un tercer premio de 500€. Todos ellos se cobrarán mediante vales de compra de CONSUM para canjear por dicho importe en productos de cualquiera de sus supermercados Consum y Consum Basic

PLAZO DE PRESENTACIÓN: Hasta el 16.10.09

FALLO DEL JURADO: Viernes 27-11-09 a las 19 horas en el salón de actos del M.I. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia

INFORMACIÓN: AVALCAB C/ Lérida, 12 pta 8ª 46009 Valencia
Tel: 963462120 ó 629639182 Web: www.avalcab.com

PREMIO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA 11ª EDICIÓN. - CANTABRIA

ORGANIZA: Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" - Cantabria

TEMAS: Proyectos de Investigación sobre la Práctica Enfermera, en cualquiera de sus vertientes: Asistencial, Docente o de Gestión.

DOTACIÓN: Primer premio de 4.000€ para el mejor proyecto presentado. Accésit de 1.500€

PLAZO DE PRESENTACIÓN: Hasta el 16.10.09

FALLO DEL JURADO: En una Jornada Científica a celebrar el día 11 de diciembre de 2009

INFORMACIÓN: Unidad de Investigación y Calidad de Enfermería
Secretaría Técnica Teléfono: 942203517 E-mail: denjcm@humv.es

30 CERTAMEN DE ENFERMERIA SAN JUAN DE DIOS Y I CERTAMEN DE FISIOTERAPIA SAN JUAN DE DIOS

ORGANIZA: Escuela de Enfermería y Fisioterapia "San Juan

de Dios" integrada en la Universidad Pontificia Comillas de Cienpuzuelos - Madrid

TEMAS: Ejercicio profesional de la Enfermería pasado y/o presente en los diversos aspectos: - Cuidados en todos sus ámbitos -Administración y Gestión - Docencia.

Ejercicio profesional de la Fisioterapia pasado y/o presente en los diversos aspectos: - Atención de Fisioterapia en todos sus ámbitos -Administración y Gestión - Docencia

DOTACIÓN: Trabajo de investigación: Premio de 7.000 €. Proyecto de investigación: Premio 5.000€

PLAZO DE PRESENTACIÓN: Hasta el 22 de enero de 2010

FALLO DEL JURADO: El día 12.03.2010

INFORMACIÓN: Secretaría Técnica Avda. San Juan de Dios, 1
Tel: 918933769 Fax: 918930275 Cienpuzuelos - Madrid

E-mail: sjuandedios@euef.upcomillas.es

Web: www.upcomillas.es

IV EDICION PREMIO NACIONAL INVESTIGACIÓN "DIEGO MANZANO LOPEZ" 2009-2010

ORGANIZA: FAMDIF-COCEMFE Federación de Asociaciones Murcianas de Personas con Discapacidad Física y/u Orgánica y Asociación Regional Murciana de Hemofilia

TEMAS: Temas relacionados con las discapacidades físicas y/u orgánicas en cualquiera de los ámbitos social, sanitario, biológico, psicosocial o educativo

DOTACIÓN: Premio dotado con 6.000€ y la publicación del trabajo ganador por la Universidad de Murcia

PLAZO DE PRESENTACIÓN: Antes del 31 de marzo de 2010

FALLO DEL JURADO: Se hará público durante el segundo trimestre del 2010 y su entrega coincidirá con la "Gala de Entrega de Galardones al Compromiso Social de las Personas con Discapacidad Física de la región de Murcia, que se celebrará en el Teatro Romea de Murcia, con motivo del Día Europeo e Internacional de las Personas con Discapacidad.

INFORMACION: FAMDIF - COCEMFE Tel: 968292826

Fax: 968292816 E-mail: famdif@wanadoo.es

Web: www.famdif.org y la Asociación Regional Murciana de Hemofilia El Palmar (Murcia)

Tel: 968886650 Fax: 968884576

E-mail: hemofiliamur@teleline.es

Masters

MASTER EN INFERMERIA I SALUT ESCOLAR

Centre Internacional de Gandia

DURACIÓ: 72 crèdits ECTS

TITULACIÓ A QUE S'ASPIRA: Màster en Infermeria i Salut Escolar

PREINSCRIPCIÓ: De l'1 de juny al 30 de setembre de 2009 en la web: www.adeit.uv.es/postgrau

MATRÍCULA: Del 5 al 30 de octubre de 2009

www.adeit.uv.es/postgrau

MÉS INFORMACIÓ: Cnetre Internacional de Gandia de la Universitat de València. Palau Ducal. C/ Duc Alfons el Vell, 1 46701 Gandia Tel. 962959630 i 962959631

Fax: 962959632

E-mail: cig@uv.es

PRIMER MASTER UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

ORGANIZA: CEU Universidad Cardenal Herrera

SISTEMA: Los recursos docentes previstos para la realización del Master Complementan el uso de las nuevas tecnologías por medio de una plataforma informática que servirá como Campus Virtual con el fin de facilitar la comunicación entre profesor-alumno. Dicho Campus Virtual servirá tanto para asistir a clases teóricas como para participar en foros de debate sobre casos.

CONTACTOS: Dr. Jorge M Barcia González Secretaría Técnica Monzones

E-mail: monzones@uch.ceu.es

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.
7. En la cubierta figurará subrayado y en mayúsculas, el título del trabajo y nombre del autor o autores; puesto de trabajo que desempeñan; institución a la que pertenecen; año de realización del trabajo y si han recibido algún tipo de ayuda de investigación o beca para subvencionar el trabajo realizado, mencionando el origen de la misma.
8. Todos los originales se acompañarán de una autorización manifestando el deseo de que el trabajo sea publicado por ENFERMERIA INTEGRAL, haciendo constar el nombre, número de colegiado, D.N.I. y firma de cada uno de los autores.
9. El Consejo de Redacción solicita de los autores, siempre dentro de sus posibilidades, la aportación de fotografías ilustrativas en aquellos artículos que lo requieran.
10. El Consejo de Redacción de la revista Enfermería Integral y la institución que la edita no se responsabiliza de las opiniones vertidas en los trabajos publicados.
11. Los trabajos aceptados quedarán en propiedad de la revista y no podrán ser reimpresos sin la autorización expresa de la misma. A sus autores se les enviará un certificado de aceptación y, si es posible, la fecha aproximada de su publicación.
12. Los trabajos no aceptados serán remitidos a sus autores, bien para su corrección y posterior publicación, o bien, notificándole, al mismo tiempo, su no aceptación definitiva.

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

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

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

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

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

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

5. Pel que fa a la redacció dels originals, sobretot si són resultat d'un treball d'investigació, caldrà que s'estructuren en els següents apartats: Introducció, Material i Mètode, Resultats, Discussió, Conclusions i Bibliografia. Aquesta es redactarà en fulles a part i seguint les recomanacions de la Convenció de Vancouver: cognom dels autors seguit de la inicial del nom; títol de treball i títol abreviat de la revista segons l'Índex 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.

7. En la coberta figurarà, subratllat i en majúscules, el títol del treball i nom del l'autor o autors; lloc de treball que desempenen 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.

Protocolización de inserción y cuidados de un catéter arterial

El acceso arterial es una práctica común en las unidades de Cuidados Intensivos cuya inserción y cuidado está a cargo del personal de Enfermería. Pretendemos realizar un recordatorio de las indicaciones y complicaciones, así como las normas de inserción y cuidado estandarizadas tras la revisión bibliográfica.

Palabras Clave: Cuidados Intensivos, Cateterización arterial, acceso vascular.

Rebeca Ivars Nules.

DUE. UCI. Hospital Francesc de Borja. Gandia.

Antonio Martínez Sabater

DUE. UCI. Hospital Francesc de Borja. Gandia.

Profesor Asociado Universidad de Valencia.

Introducción

La canalización arterial es una técnica enfermera frecuentemente utilizada en las unidades de Cuidados Intensivos. Es una técnica relativamente nueva. En 1941 se describe el estudio de Farinas de canalización de la aorta mediante un catéter uretral canalizado por vía femoral mediante la exposición quirúrgica del vaso, en 1947 se inicia la monitorización invasiva de la TA, en 1949 con cánulas plásticas intraarteriales y a partir de 1950 Seldinger con su técnica utilizando la guía metálica.

Desde entonces se ha logrado mejoras en los sistemas y materiales más adecuados con catéteres y cánulas menos trombogénicos y más uniformes (1).

El objetivo de la Canalización arterial es:

- obtener la monitorización continua de la Tensión Arterial sistémica y otros parámetros hemodinámicos derivados como la Presión Arterial Media,
- la extracción de analíticas seriadas sin necesidad de puncionar repetidamente al paciente, ya que está demostrado menor incidencia de complicaciones que cuatro punciones arteriales.
- Monitorización de la respuesta a la administración de fármacos vasoactivos (dopamina, noradrenalina, etc.)

La selección del lugar de punción va a depender del estado general y hemodinámico del paciente, de la accesibilidad y de las indicaciones médicas. La arteria radial es la más utilizada ya que la mano tiene una adecuada circulación colateral a través de la arteria cubital, aunque también pueden ser de elección la pedia (garantizada la perfusión por la tibial posterior) y la femoral (aunque presenta un alto riesgo de infección por ser una zona séptica)

Material necesario (foto 1)

- Set de cateterización arterial, en nuestra unidad utilizamos el modelo de Arrow internacional 18g de 8cm o el Seldicath 3f
- Paños, gasas, bata y guantes estériles.
- Mascarilla y gorro desechables
- Povidona yodada 10%
- Seda nº 1
- Instrumental estéril: porta, pinzas de disección y tijeras u hoja de bisturí.



Foto 1. Material

- Kit transductor
- Cable de conexión al monitor.
- Manguito de presión
- Bolsa de suero fisiológico 500ml
- Crema anestésica (Emla)
- Apósito transparente estéril y apósito hemostático absorbible.

Procedimiento

1. Si el paciente está consciente se le informará de la técnica a realizar y se procederá, en función de la urgencia, a la aplicación de la crema anestésica, ya que por vía tópica es necesario aproximadamente 60 minutos para la producción del efecto deseado. Prepararemos el material necesario.
2. Dado que nos encontramos ante un acceso vascular hemos de mantener un nivel de limpieza y asepsia necesario. La zona de punción ha de estar limpia (tras cortar el vello, sin rasurar), limpiar la zona con agua y jabón, secar y aplicar povidona yodada realizando círculos hacia el exterior desde el punto en donde se hará la punción y dejar secar durante dos minutos. Se debe aplicar desde el codo a la muñeca. El lavado de manos quirúrgico, aunque se utilicen guantes, sigue siendo la principal medida de asepsia. Utilizaremos guantes y bata estériles para la canalización, al igual que utilizaremos gorro y mascarilla, al tratarse de una



Foto 2. Localización pulso.

técnica invasiva. Utilizaremos paños estériles teniendo en cuenta que cuanto mayor sea el campo, más asépticas serán las manipulaciones.

3. Localizaremos la arteria radial mediante la palpación del pulso con los dedos índice y corazón (**foto 2**), comprobaremos la circulación colateral mediante la maniobra de Allen, que consiste en comprimir la arteria radial y cubital simultáneamente hasta que la mano quede pálida, a continuación se libera la presión sobre la arteria cubital y deberemos observar como se recupera el color normal de la mano. Se considera normal un tiempo de 7seg., de 7 a 14 seg. como indeterminado y mayor a 14 seg. como anormal.
4. Procederemos a la canalización de la arteria mediante la Técnica de Seldinger (**fotos 3, 4 y 5**), que consiste en puncionar con una aguja de 18G en un ángulo de 30° con respecto al plano cutáneo. Una vez que el bisel se encuentra en la luz de la arteria (salida de sangre roja pulsátil), se introduce el fiador por el extremo más blando, que debe deslizarse sin encontrar ningún tipo de resistencia. Retiramos la aguja, ejerciendo presión con gasas en el punto de punción e introducimos el catéter a través del fiador. Retiramos el fiador y conectamos al kit del transductor a través de la llave de tres pasos con alargadera que incluye.



Foto 3. Técnica de Seldinger.



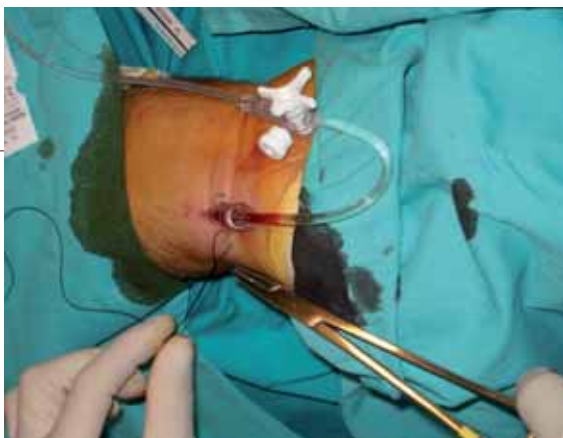
Fotos 4 y 5. Técnica de Seldinger.

5. Fijaremos el catéter con dos puntos de sutura (seda 0 o 1/0), limpiamos la zona con suero fisiológico y aplicaremos nuevamente povidona yodada. Si fuera necesario, se aplicará el apósito hemostático. Taparemos con un apósito estéril transparente. (**foto 6**)
6. Fijaremos el transductor en el brazo a nivel de la aurícula derecha, realizando un calibre del sistema a nivel de la atmósfera. (**foto 7**)
7. Hincharemos el manguito de presión a 300mmHg para asegurar un flujo de 3ml/h a través del transductor así mantenemos el catéter permeable y evitamos la formación de coágulos en la punta. Existe discrepancia bibliográfica respecto a la utilización de heparina, según el estudio de Kamala y colaboradores no hubo diferencia significativa de la incidencia de trombosis, oclusión, sepsis entre los grupos con y sin heparina.
8. Valoraremos la onda de presión en el monitor que nos muestra el ciclo cardíaco, apreciando la muesca dicrotica que representa el cierre de la válvula aórtica. (**foto 8**)

Mantenimiento

Una vez colocada la vía arterial dentro de los cuidados a realizar para evitar complicaciones tendremos en cuenta:

- Inspeccionar la zona de inserción del catéter buscando posibles signos de infección cada 24h.
- Se cambiará el apósito transparente cada 48h como mínimo, desinfectando el punto de punción con povidona yodada.
- Minimizar el número de manipulaciones y entradas al sistema empleando siempre una técnica aséptica.



Fotos 6 y 7. Fijación del catéter y calibración.

- Tras cada extracción de muestra de sangre se limpiará adecuadamente el catéter presionando la válvula del transductor. Deberemos tener en cuenta que para la obtención de muestras para laboratorio es necesario desechar 3ml de sangre.
- La cápsula se mantendrá a la altura de la línea media axilar y se calibrará al inicio de cada turno.
- Respecto a la retirada del catéter, deberemos colocar el manguito de presión por encima del catéter inflándolo 20mmhg por encima de la tensión arterial del paciente para evitar hemorragias, retirar la fijación a la piel, retirar catéter y cultivar la punta; tras esto comprimir el punto de punción durante al menos 5 min. mientras retiramos el manguito de presión, colocamos un apósito y vigilaremos el sangrado.
- Es importante registrar todos los procedimientos de enfermería, inserción, cuidados, etc.

Complicaciones

Las complicaciones de la cateterización arterial pueden ser minimizada mediante una correcta técnica, tamaño apropiado, localización y control de la curva y sistema de lavado continuo. Las complicaciones que pueden aparecer son:

- Infección bien por contaminación intraluminal o extraluminal, por ello es importante mantener una técnica aséptica en la inserción y manipulación del catéter y la utilización adecuada de antisépticos y por eso es importante la revisión de manifestaciones locales (inflamación, enrojecimiento, dolor, hinchazón etc.) y generales (bacteriemia, fiebre, endocarditis etc.).



Foto 8. Comprobación de la curva.

- Hematoma en la zona de punción por técnica traumática.
- Hemorragia debido a un fallo en las conexiones del sistema o presión muy baja en la bolsa del suero.
- Lesión del nervio contiguo durante la punción.
- Tromboembolismo por la expulsión de un coágulo a la circulación.

Bibliografía

1. Llanio N, R. y Perdomo G., G. Propedéutica Clínica y Semiología Médica. Tomo I. Ediciones Ciencias Médicas. La Habana
2. <http://www.uvs.sld.cu/Members/csoler/abordaje-arterial/?search-term=barr> (consultado el 02/05/2008)
3. Shah P, Shah V. Infusión continua de heparina para la prevención de la trombosis y la oclusión del catéter en neonatos con catéteres venosos centrales percutáneos colocados periféricamente (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
4. Andreu C., Saez J. Protocolos de enfermería en la preparación de un quirófano de cirugía cardíaca. Enfermería Integral . Marzo 2006. Pág. 6-9
5. Arias Rivera S. et al. Determinación del volumen mínimo desechable en la extracción analítica a través de un catéter arterial. Enferm Intensiva 2004;15(3)123-134
6. Proehl Jean A. Procedimientos en Enfermería de Urgencias. Elsevier España 2005. ISBN 8481748439
7. San Juan Miguel Sanz, MI et al. Validación de un protocolo de enfermería para el cuidado del acceso vascular. Rev. Soc Esp Enferm Nefrol 2003 6(4): 70-75 Barrington KJ. Catéteres arteriales umbilicales: uso de heparina (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
8. Grané Mascarell N. et al. Revisión de los criterios de exclusión en un ensayo clínico sobre funcionalidad de catéteres arteriales. Nure Investigación nº19, Noviembre-Diciembre 05
9. Torné Perez E. en http://www.enferpro.com/tarterial_.htm Consultado el 30/04/2008
10. Prakesh S. Shah et al. Heparina versus placebo. Pediatrics March 2007; 119:284- 291
11. Panadero Carcavilla E., Cobos Hinojal S. Técnica de Seldinger, en <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion3/capitulo46/capitulo46.htm>. Consultado el 30/04/2008
12. Llanos Ortega I. Inserción de catéteres arteriales. <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion3/capitulo48/capitulo48.htm>

Microdiálisis cerebral: cuidados de enfermería

Carmona, JV

Profesor Titular. Universidad CEU Cardenal Herrera. Moncada. Valencia.

Gallego, JM

Enfermero. Unidad de Reanimación. Hospital Clínico Universitario. Valencia. Profesor Asociado. Dpto. de Enfermería. E.U.E. Universidad de Valencia.

Santos, A

Plá, D

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

Sevilla, A

Machado, C

Estudiante de Enfermería. Universidad CEU Cardenal Herrera. Moncada. Valencia.

Roses, P

Enfermera. Hospital General de Castellón.

La microdiálisis cerebral (MC) es un tipo de monitorización invasiva continua, que permite detectar variaciones bioquímicas regionales de muchas sustancias, conocidas como marcadores isquémicos.

Glucosa, glicerol, lactato y piruvato son las más analizadas. La instauración de este sistema de monitorización requiere un aprendizaje y una disposición de recursos técnicos y humanos que en el momento actual limitan su uso a determinadas unidades de pacientes neurocríticos. El objetivo de nuestro artículo es describir y analizar este tipo de técnica, así como, los cuidados de enfermería que necesita su monitorización.

Palabras Clave: Microdiálisis cerebral, monitorización, traumatismo craneoencefálico grave (TCEG).

Introducción

El diagnóstico de las lesiones secundarias, en el paciente con traumatismo craneoencefálico grave (TCEG), isquemia cerebral, etc., se basa, en la monitorización de variables encefálicas y sistémicas.

La monitorización continua de la presión intracraneal (PIC) es esencial en los pacientes con TCEG, pero son necesarios otros métodos que detecten los cambios fisiopatológicos que producen las lesiones neurotraumáticas.

Los traumatismos craneoencefálicos cerrados, se clasifican según su gravedad, atendiendo a la Escala del Coma de Glasgow (GCS):

- TCE severos o graves: GCS < 8.
- TCE moderados: GCS de 9 - 13.
- TCE leves: GCS 14 - 15.

Actualmente, la monitorización de la función del sistema nervioso, que disponemos puede clasificarse según la **tabla 1**.

Las mediciones de la presión intracraneal (PIC), presión de la perfusión cerebral (PPC), flujo sanguíneo cerebral (FSC) o la presión tisular de oxígeno (PtiO₂), entre otras, únicamente son parámetros que muestran datos indirectos sobre ciertos elementos del tejido cerebral, así como, de sus características físicas. La microdiálisis cerebral, nos ofrece la repercusión de todos estos factores sobre el metabolismo cerebral.

En este artículo pretendemos esquematizar la técnica de microdiálisis cerebral, indicaciones y sobre todo los cuidados de enfermería.

Material y método

La microdiálisis cerebral ofrece una importante información neurometabólica que complementa la información aportada por otras variables como la PIC la PPC o SJO₂.

Se puede afirmar que la muerte neuronal es de etiología múltiple y no siempre es debida a procesos isquémicos.

Podemos hablar también, de la apoptosis (muerte celular programada), la que se produce por la acción de radicales libres y la producida por la acumulación de metabolitos procedentes de los trastornos del metabolismo. También, en situaciones de glucólisis anaerobia, se producen sustancias que se

TABLA 1

| |
|---|
| HIDRODINÁMICA CEREBRAL Presión intracraneal (PIC) |
| HEMODYNÁMICA VASCULAR CEREBRAL Presión de la perfusión cerebral (PPC) Determinación del flujo sanguíneo cerebral (FSC) Doppler transcraneal (DTC) |
| METABOLISMO CEREBRAL Saturación mixta de O ₂ del bulbo de la yugular (SvjO ₂) Niroscopia: Oximetría cerebral no invasiva (NIRS) Presión tisular de oxígeno (PtiO ₂) Temperatura cerebral (T ^a -ti) |
| BIOELÉCTRICA DEL SNC Y PERIFÉRICO Electroencefalograma (EEG) Potenciales evocados (PE) Electromiografía de los pares craneales (EMG) |
| NEUROBIOQUÍMICA DEL SISTEMA NERVIOSO Microdiálisis cerebral |
| COMPLEMENTARIA Doppler precordial Ecocardiografía transesofática (ETE) |

acumulan en el espacio extracelular y que incrementan el daño neuronal (caso del ácido láctico).

La liberación de glutamato incrementa la entrada de calcio hacia el interior de la célula lo que ocasiona despolarización y muerte celular por acumulo de calcio intramitocondrial.

La microdiálisis cerebral es una técnica que se basa en el principio del intercambio de solutos a través de una membrana semipermeable que imita el funcionamiento de un capilar y que sus principales objetivos son monitorizar la disponibilidad tisular de diferentes metabolitos, los elementos que son liberados por las células y las consecuencias celulares de la hipoxia-isquemia titulares.

La membrana semipermeable está situada en el extremo distal del catéter de microdiálisis, permitiendo el intercambio de solutos entre una solución (de composición conocida) neutra y el líquido que se encuentra en el espacio extracelular del tejido que se estudia (figura 1).

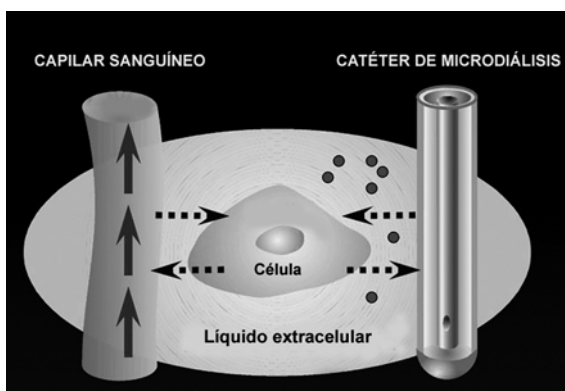


Figura 1. Microdiálisis cerebral (principio de intercambio de solutos).

En cuanto a la colocación del catéter, la experiencia clínica indica que en las lesiones focales es conveniente implantar dos catéteres de microdiálisis en el parénquima encefálico, uno en el tejido sano y un segundo en el área de penumbra; en lesiones difusas se colocará un único catéter cerebral. En la mayoría de los casos el catéter se coloca a través de un orificio de trépano con apertura de la duramadre, utilizando una técnica percutánea idéntica a la empleada en la colocación del sensor de presión intracraneal (PIC) intraparenquimatoso. Este catéter de microdiálisis puede adaptarse a un tornillo roscado de dos o tres luces o colocarse de forma individual a través de una pequeña craneotomía, tunelizándolo unos centímetros para asegurar de esta forma su posición y como consecuencia reducir el riesgo de infecciones (figura 2).

La propia técnica lleva implícita la inserción de un catéter de fino calibre (0.60 mm de Ø externo) de doble luz, que incluye una membrana semipermeable y dotado de una punta de oro en su extremo distal (figura 3).

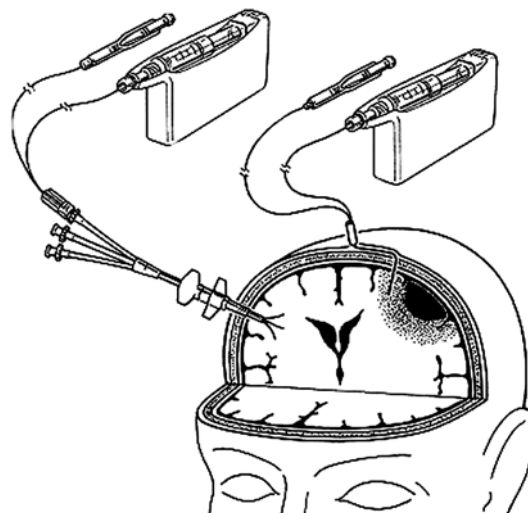


Figura 2. Esquema de implantación de dos catéteres de microdiálisis. (Tomado de: Poca MA, Sahuquillo J, Vilalta A. Microdiálisis cerebral: fundamentos e indicaciones en el paciente neurocrítico. En: Net A, Marruecos-Sant L (eds.). El paciente neurocrítico. Barcelona: Ars Medica, 2006; 75-90).

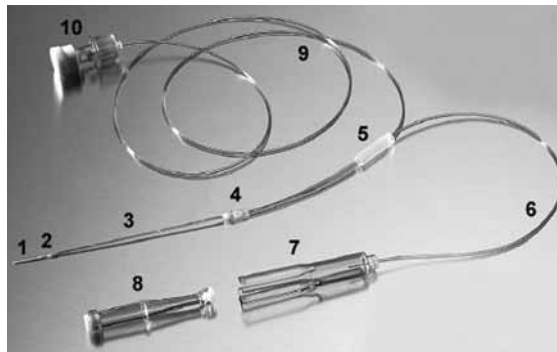


Figura 3. Catéter de microdiálisis cerebral: 1) Punta de oro. 2) Membrana (polietersulfona) de diálisis. 3) Eje del catéter. 4) Cruz (polisulfona) de mezcla de líquido. 5) Tapón de silicona. 6) Tubo (poliuretano) de líquido de salida. 7) Frasco (policarbonato) receptor. 8) Microvial (poliestireno + santoprene). 9) Tubo (poliuretano) de líquido de entrada. 10) Conector (policarbonato) Luer-lock.

Figura 4. Ampollas de 5 mL de volumen con solución isotónica estéril (ClNa 147 mmol/L, ClK 2.7 mmol/L, ClCa 1.2 mmol/L y Cl:Mg 0.85 mmol/L) especiales para perfusión en microdiálisis cerebral.



Una luz se conecta a una bomba de perfusión precisa que administra una solución isotónica de composición conocida, cloruro sódico al 0.9% o Ringer (sin lactato), a una velocidad de 0.1 - 5 mcg/L/min. La figura 4 muestra ampollas con solución isotónica conocida. Por la segunda luz



Figura 5. Microviales para microdiálisis cerebral.

del catéter, se recoge en un microvial la solución cargada con los metabolitos tisulares. Los microviales (figura 5) se sustituyen entre diez y sesenta minutos. Estos microviales (analizados a cabecera del paciente) permiten cuantificar glucosa, lactato, piruvato, glicerol, glutamato y urea (tabla II), como marcadores de lesión mediante técnicas enzimáticas. Pero, para que esta información cerebral tenga resultados relevantes, debemos compararlos con otros que nos ofrecen en un catéter diferente colocado en tejido subcutáneo (metabolismo extracerebral).

| Aminoácidos excitadores | Glutamato, aspartato, glicina |
|--|----------------------------------|
| Aminoácidos inhibidores | Ácido gamma-aminobutírico (GABA) |
| Aminoácidos neutros | Valina, ispleucina, taurina |
| Ácido láctico, pirúvico, glucosa, iones, purina, poliaminas, etc. | |

Todas estas sustancias son, al menos, marcadores de isquémica cerebral focal. En la práctica clínica se monitorizan principalmente cuatro metabolitos: glucosa, lactato, piruvato y glicerol.

La *glucosa* se considera el sustrato energético más importante del encéfalo y es el metabolito que se determina con más frecuencia. Cuando desciende la glucosa del encéfalo paralelamente al O_2 tisular (P_{tIO_2}) conservándose la glucosa periférica se puede afirmar que existe una disminución del flujo sanguíneo capilar.

El *lactato* intersticial se produce como metabolito intermedio de la glucólisis aerobia, pero se genera en grandes cantidades en la anaeróbica, en un intento de incrementar la producción de ATP. Cuando se detectan niveles elevados de lactato en el encéfalo, es posible que proceda del metabolismo aeróbico o anaeróbico, en este segundo caso por una situación de hipoxia tisular. Para conocer si ha sido por vía aeróbica o anaeróbica, se determina paralelamente el *piruvato*; un incremento de lactato acompañado con un descenso de piruvato.

El *glicerol* es un componente principal estructural externo de la capa lipídica de la membrana celular. El glicerol se desprende de la membrana, en situaciones de falta de energía celular constituyendo así un marcador bioquímico de lesión tisular. En la tabla III, se muestran los valores de referencia.

| | |
|-------------------------|------------------------|
| Glucosa | 2 mm/L (36 - 40 mg/dL) |
| Lactato | 2 mm/L (18 - 20 mg/dL) |
| Piruvato | 120 mcm/L - 0.15 mg/dL |
| Lactato/piruvato | 15 - 20 (Isquemia >25) |
| Glicerol | 20 - 50 mcm/L |
| Glutamato | 10 mcm/L |

Como se ha explicado anteriormente, el catéter de microdiálisis cerebral es de pequeño tamaño y muy flexible. Contiene en su extremo una membrana semipermeable de diálisis con una longitud de 10 á 30 cm. A través de esta membrana se produce el paso de las moléculas, que difunden a favor de un gradiente osmótico. La luz interna del catéter contiene una solución libre de moléculas a estudiar, generalmente cloruro sódico al 0.9% o Ringer (sin lactato).

Cada catéter, el cerebral y el sistémico, se acopla a una bomba de infusión continua (figura 6). La bomba de microdiálisis perfunde la solución que circula dentro del catéter a una velocidad constante y predeterminada.

El microdializado obtenido, que contiene moléculas procedentes del espacio extracelular, fluye a través de la luz externa del catéter y se recuperan en el microvial, en éste, se recoge la muestra con los metabolitos que se desean analizar.



Figura 6. Bomba de perfusión precisa para microdiálisis cerebral.



Figura 7. Analizador compacto portátil de microdiálisis cerebral.

El analizador (figura 7) realiza mediciones mediante técnicas enzimáticas y fluorimétricas del microdializado, también cuantifica los cambios que se han producido en la composición inicial de la solución.

Indicaciones

Actualmente, las aplicaciones clínicas de la microdiálisis cerebral son la monitorización del paciente con lesión

cerebral de origen isquémico, hemorragia subaracnoidea y sobre todo traumatismos craneoencefálicos graves.

En los pacientes con lesión cerebral isquémica, además de realizar el seguimiento de la evolución metabólica del tejido, la microdiálisis cerebral puede ser de ayuda para determinar marcadores bioquímicos que a su vez nos permita predecir una mala evolución de lesiones isquémicas, facilitando la decisión de aplicar rápidamente medidas terapéuticas (técnicas descompresivas craneales o inducción a la hipotermia, entre otras), pudiendo mejorar de forma muy significativa el pronóstico de este tipo de pacientes.

No cabe duda que los traumatismos craneoencefálicos graves son la patología sobre la que se dispone de mayor experiencia clínica en el uso de la microdiálisis cerebral.

Cuidados de enfermería

Generales y específicos

- Control de constantes vitales, fundamentalmente PA aumentada, disminución de la FC y alteración del patrón respiratorio (cualquier cambio puede ser indicio de algún problema) y de la temperatura (central y periférica, registrando la diferencia). Las variaciones continuas de temperatura podrían indicar una afectación del centro termorregulador.
- Controlar y vigilar la analgesia y la sedación del paciente.
- Mantener la vía aérea permeable. Controles de gasometría y sobre todo los cuidados de enfermería que requiere un paciente durante la ventilación mecánica.
- Controlar y actuar ante una posible crisis convulsiva (carro de PCR cerca del paciente).
- Mantener la posición corporal del paciente con el cabecero a 30°.
- Evitar estímulos ambientales excesivos como luz o ruido.
- Tanto la inserción del catéter como el cambio del sistema (antes de cinco días) lo realizará el neurocirujano mediante técnica aséptica, colaborando el personal de enfermería en todo el proceso.
- Controlar la permeabilidad del sistema, cantidad y aspecto.
- Controlar y registrar los parámetros obtenidos en la microdiálisis cerebral.
- Evitar manipulaciones innecesarias y acodamientos del sistema.
- Manipular todo el sistema con la máxima asepsia.

La microdiálisis cerebral es una técnica que se basa en el principio del intercambio de solutos a través de una membrana semipermeable que imita el funcionamiento de un capilar y que sus principales objetivos son monitorizar la disponibilidad tisular de diferentes metabolitos, los elementos que son liberados por las células y las consecuencias celulares de la hipoxia-isquemia titulares.

La membrana semipermeable está situada en el extremo distal del catéter de microdiálisis, permitiendo el intercambio de solutos entre una solución (de composición conocida) neutra y el líquido que se encuentra en el espacio extracelular del tejido que se estudia.

- Controlar las conexiones del circuito.
- Vigilar el estado del punto de salida del catéter: cura aséptica del punto de inserción y de las conexiones al menos cada 24 horas y siempre que el apósito esté mojado/manchado.
- Comprobar el apósito en cada turno y valorar la presencia de posibles fugas.
- Movilizar al paciente con la máxima precaución para que no se desplace el catéter.
- Aseo de la cabeza del paciente "en seco".
- Controlar el nivel de conciencia y la reacción pupilar: Escala del Coma de Glasgow y respuesta pupilar (tamaño, forma y simetría de las pupilas), avisando al médico ante cualquier alteración importante. *(Que ambas pupilas estén midriáticas y arreactivas es un signo claro de aumento de la presión intracraneal (PIC), que avisa de que posiblemente se esté produciendo una herniación de la parte superior del tronco encefálico. Cuando esto ocurre la situación es de urgencia vital, debiéndose actuar de inmediato para disminuir la PIC y realizar una TAC craneal para confirmar la causa desencadenante y poder tratarla).*
- Vigilar y observar posibles posturas patológicas y respuestas motoras asimétricas.

- Realizar y registrar un balance hídrico por turno.

Conclusiones

La microdiálisis cerebral puede ofrecer una información metabólica precoz en una lesión tisular cerebral. Esta técnica ofrece una información bastante superior a la de cualquier otro sistema de monitorización.

La práctica clínica ha demostrado que la microdiálisis cerebral constituye un sistema de monitorización muy sensible, cuya información metabólica puede anticiparse a la información que ofrece tanto la clínica como la radiología.

Generalizándose su uso, aportará nuevos conocimientos que nos permitirán conocer más profundamente la fisiopatología de los pacientes neurocríticos y como consecuencia de ello, actuar de una forma más efectiva en el tratamiento y sus cuidados.

Bibliografía

1. **Alessandri B, Landolt H et al.** Application of glutamate in the cortex of rats: a microdialysis study. *Acta Neurochir Suppl (Viena)* 1996; 67: 6-12.
2. **Bellander BM, Cantais E, Enbländ P et al.** Consensus Meeting on Microdialysis in Neurointensive Care. *Intensive Care Med* 2004; 30: 2166-2169.
3. **Berger C, Schabitz WR, Georgiadis D, Steiner T, Aschoff A, Schwab S.** Effects of hypothermia on excitatory amino acids and metabolism in stroke patients: a microdialysis study. *Stroke* 2002; 33: 519-524.
4. **Coles Jp.** Regional ischemia after head injury. *Curr Opin Crit Care* 2004; 10: 120-125.
5. **Delgado JM, Defeudis FV, et al.** Dialytrode for long term intracerebral perfusion in awake monkeys. *Arch Int Pharmacodyn Ther* 1972; 198: 9-21.
6. **Gupta Ak.** Monitoring the injured brain in the intensive care unit. *J Postgrad Med* 2002; 48: 218-225.
7. **Hutchinson PJ, O'Connell MT, Al Rawi PG y cols.** Clinical cerebral microdialysis: a methodological study. *J Neurosurg* 2000; 93: 37-43.
8. **Hutchinson PJ, O'Connell MT, Al Rawi PG y cols.** Clinical cerebral microdialysis: determining the true extracellular concentration. *Acta Neurochir Suppl* 2002; 81: 359-362.
9. **Johnston AJ, Gupta AK.** Advanced monitoring in the neurology intensive care unit: microdialysis. *Curr Opin Crit Care* 2002; 8: 121-127.
10. **Kandel ER, Schwartz JH.** Directly gated transmission at central synapses. En *Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM (eds). Principles of neuronal science.* New York; Elseviser 1991; 53-172.
11. **Landolt H, Langemann H, et al.** Neuroheminal monitoring and on-line pH measurements using brain microdialysis in patients in intensive care. *Acta neurochir Suppl (Viena)* 1994; 60: 475-478.
12. **Peerdeman SM, Girbes AR et al.** Changes in cerebral interstitial glycerol concentration in head-injured patients; correlation with secondary events. *Intensive Care Med* 2003; 29: 1825-1828.
13. **Poca MA, Sahuquillo J et al.** Actualizaciones en los métodos de monitorización cerebral regional en los pacientes neurocríticos: presión tisular de oxígeno, microdiálisis cerebral y técnicas de espectroscopia por infrarrojos. *Neurocirugía* 2005; 16: 385-410.
14. **Poca MA, Sahuquillo J, Vilalta A.** Microdiálisis cerebral: fundamentos e indicaciones en el paciente neurocrítico. En: *Net A, Marruecos-Sant L (eds).* El paciente neurocrítico. Barcelona: Ars Medica, 2006; 75-90.
15. **Ungerstedt U.** Microdialysis in neurointensive care. Results of a consensus conference on how and when to use it. X Simposium de monitorización de la presión intracraneal y de la hemodinámica cerebral. Barcelona, noviembre 2003.
16. **Ungerstedt U, Rostami E.** Microdialysis in neurointensive care. *Curr Pharm Des* 2004; 10: 2145-2152.

Higiene del paciente encamado ¿Ha perdido la importancia que realmente tiene?

Durante los años de estudios y las prácticas realizadas nos hemos concienciado de la enorme importancia que tiene la higiene corporal en los pacientes encamados, tanto por la información que recibimos sobre su estado de salud y su estado de ánimo, como por los múltiples beneficios que le podemos proporcionar al paciente. Pero al mismo tiempo hemos percibido en la realidad cotidiana de los centros hospitalarios una pérdida de la importancia de la higiene, reducida a una simple rutina. Por ello, planteamos una reflexión a tener en cuenta: devolverle a la higiene del paciente la trascendencia que tiene, participando del proceso junto a las auxiliares, realizándolo metodológicamente. E incluso ir más allá: que el paciente siga los ciclos diarios de lavarse y vestirse como cuando estaba sano.

Zoraida Bosch Riera
Inmaculada Gómez Casanova
Montiel M^a Micó Cuñat
María Oltra Moragues
 Estudiantes de Tercer Curso de Enfermería en la
 Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir

Palabras Clave: Higiene corporal, paciente encamado, beneficios de la higiene

Introducción

Somos un grupo de estudiantes de 3º de enfermería de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, de la sede de Alzira. Durante estos 3 años de estudios en clase se nos ha explicado reiteradamente la higiene del paciente y la importancia de ésta, por lo que durante nuestras prácticas nos hemos fijado muchísimo en cómo se realiza y la importancia que para el paciente realmente tiene.

Según Virginia Henderson las necesidades de higiene y arreglo del paciente es uno de los catorce cuidados básicos de enfermería, y para Florence Nightingale la limpieza personal y del entorno es uno de los principios que deben regir la enfermería, y estamos totalmente de acuerdo con ellas. (1)

Hemos realizado prácticas en diferentes hospitales y residencias de la tercera edad y en todos ellos hemos llegado a la misma conclusión, creemos que es una práctica diaria que la mayoría de las veces se realiza como mero hecho de repetición, como rutina y esta rutina nos hace perder la importancia que realmente tiene la higiene diaria del paciente.

Por todo esto nos planteamos: ¿actuamos con profesionalidad?, ¿delegamos con responsabilidad?, ¿actuamos consecuentemente?

Metodología

El lavado diario de nuestros pacientes encamados nos da mucha información sobre éstos. Mientras lavamos al paciente podemos observar el estado de su piel, el estado de hidratación de ésta, la circulación sanguínea, rozaduras de las sábanas, enrojecimientos de zonas por presión, etc., ya no solo del estado de la piel, sino simplemente prestándole un poco de atención al paciente podremos observar o sacar alguna conclusión del estado de ánimo de éste, de cómo se encuentra o de si ha descansado o no la noche anterior.

El lavado debería ser integral, de la cabeza a los pies, con agua templada y jabón neutro, haciendo hincapié en los ojos, en la boca, en los pliegues cutáneos, axilas, ingles, zonas interdigitales, debajo de los pechos en las mujeres y debajo de los testículos en el hombre. Para el lavado de los genitales deberíamos cambiar el agua. Seguidamente deberíamos secar bien cada zona del cuerpo e hidratarla (2).

El lavado proporciona al paciente muchos beneficios, pues le aporta (3)(4):

- Una reducción del riesgo de complicaciones derivadas de la falta de higiene como infecciones de piel y genitales.
- Un bienestar físico y psíquico.
- Frescura a la piel al eliminar la sudoración y eliminar las células muertas de la piel.

El lavado diario de nuestros pacientes encamados nos da mucha información sobre éstos. Mientras lavamos al paciente podemos observar el estado de su piel, el estado de hidratación de ésta, la circulación sanguínea, rozaduras de las sábanas, enrojecimientos de zonas por presión, etc., ya no solo del estado de la piel, sino simplemente prestándole un poco de atención al paciente podremos observar o sacar alguna conclusión del estado de ánimo de éste, de cómo se encuentra o de si ha descansado o no la noche anterior.

Además de todas las ventajas que nos proporciona a nosotras el lavado del paciente, con éste conseguimos también que el paciente se sienta a gusto, cómodo, en definitiva que se vea mejor, que él mismo note que huele bien, que gusta a su familia y a la gente que le rodea y que no por el hecho de estar encamado presenta unas condiciones infrahumanas.

- Favorece la circulación de la sangre dado que al lavar estamos masajeando al paciente.
- Evitamos edemas parpebrales y erosiones corneales al realizar el lavado de los ojos.
- Con la higiene de la boca evitamos infecciones, caries, sequedad y grietas en los labios y la lengua.

Además de todas las ventajas que nos proporciona a nosotras el lavado del paciente, con éste conseguimos también que el paciente se sienta a gusto, cómodo, en definitiva que se vea mejor, que él mismo note que huele bien, que gusta a su familia y a la gente que le rodea y que no por el hecho de estar encamado presenta unas condiciones infrahumanas.

Discusión

La higiene del paciente es algo que hace ya algún tiempo delegamos en las auxiliares, es verdad que nos restó trabajo pero con ello también perdimos información de nuestros pacientes. Por eso creemos que al ser una tarea tan importante deberíamos prestarle la atención que realmente merece y realizarla más minuciosamente, con esto queremos decir que no solo las auxiliares deben prestarle atención, sino también nosotras mismas, nosotras somos las responsables de esta tarea por lo que no se nos

Creemos que todo el personal sanitario deberíamos pararnos a pensar en muchas de estas preguntas y si realmente estamos actuando con profesionalidad, y si llegamos a aportar los beneficios que la higiene corporal proporciona al paciente encamado.

debería de pasar por alto ya que es igual o mucho más importante que la mejor y más innovadora técnica de enfermería.

El lavado con productos milagrosos que, según sus comerciales, limpian, hidratan y perfuman en un solo gesto, ¿realmente proporcionan higiene a nuestros pacientes?

Por otro lado pensamos que se debería fomentar el lavado de manos y dientes del paciente después de las comidas, esto proporcionaría al paciente encamado una mayor satisfacción y bienestar. Y, ¿porqué no, lavarlos y estirarles las sábanas antes de ir a dormir? Pensemos que el paciente ha permanecido todo el día en la misma cama sin levantarse, o en el mejor de los casos levantándose durante unas pocas horas, pensemos que en esa cama ha comido, ha hecho sus necesidades fisiológicas y ha sudado pues normalmente la temperatura de la habitación es elevada. ¿Nos gustaría a nosotros? Si estuviésemos en esa situación, ¿tendríamos un sueño reparador por las noches?

La gente sana ¿no se lava la cara y los dientes, se viste y se hace el pelo por la mañana? ¿y por la noche para acostarse no se ducha y se pone el pijama? Si una persona sana se lava y se viste varias veces al día por motivos de higiene y de comodidad ¿por qué una persona enferma que permanece 24 horas en una misma cama no puede tener las mismas condiciones de higiene que cuando estaba bien?

Conclusión

Creemos que todo el personal sanitario deberíamos pararnos a pensar en muchas de estas preguntas y si realmente estamos actuando con profesionalidad, y si llegamos a aportar los beneficios que la higiene corporal proporciona al paciente encamado.

Bibliografía

1. Benavent Garcés A, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Corriente del pensamiento enfermero I: modelos y teorías desde 1859 hasta 1969. En: Fundamentos de Enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE, SL); 2001. p. 161-170
2. Domínguez Pedrera MA, García Buendía F, de Oro Prol, A, Pereira Aragüete A. Tema 9: Higiene del enfermo. En: Manual del auxiliar de enfermería. Madrid: Fundación de Auxiliares de Enfermería; 1995. p. 62-72
3. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Cuidados básicos. En: Manual de procedimientos de enfermería. Dirección para la gestión de asistencia especializada. Valencia: Servici Valencià de Salut; 1991. p. 41-57
4. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Capítulo V: Procedimientos relacionados con el aseo e higiene del paciente. En: Guía de Actuación de Enfermería: manual de procedimientos. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2003. p. 111-129
5. Centro de Humanización de la Salud. Manual básico para Gerocultores y Auxiliares Geriátricos. Madrid: Centro de Humanización de la Salud; 1999.

Síndrome X Frágil

Existe un gran número de enfermedades de carácter genético englobadas en el término genérico de "retraso mental". Gracias a los avances científicos se está pudiendo determinar y clasificar cada una de ellas, e ir relacionándolas con una alteración genética concreta que ocasiona disfunciones neurológicas y características fenotípicas y conductuales especiales. Una de estas alteraciones genéticas es el denominado Síndrome del Cromosoma X Frágil (SXF), síndrome que a pesar de ser poco conocido ocupa el segundo puesto de enfermedades mentales tras el síndrome de Down, y el primero en cuanto a origen hereditario. Este artículo expone el origen del síndrome, así como sus principales características, haciendo hincapié en la importancia de un diagnóstico precoz, un enfoque multidisciplinar y en que todo el personal relacionado con los individuos afectados debe trabajar de forma coordinada persiguiendo el mismo objetivo.

Ramos Girona, M^a Rosario
Enfermera. Unidad de Reanimación. Hospital Dr. Peset. Valencia

Palabras Clave: Síndrome X frágil, síndrome de Martin & Bell, retraso mental hereditario.

Introducción

El Síndrome del Cromosoma X Frágil (SXF), llamado también síndrome de Martin & Bell, ocupa el segundo puesto de enfermedades mentales tras el síndrome de Down, y el primero en cuanto a las de origen hereditario. Es un síndrome desconocido para la población en general, e incluso es poco conocido por la mayoría de los profesionales, tanto del ámbito sanitario como de la educación, por lo que su diagnóstico suele ser tardío y muchas veces erróneo.

A pesar de que el SXF es una de las enfermedades genéticas más comunes en los seres humanos, se estima que entre el 80-90% de las personas afectadas no han sido correctamente diagnosticadas, ya que no se han realizado estudios a gran escala entre la población.

El número de personas afectadas se cree que se sitúa entre 1 de cada 1200 varones y de 1 de cada 2000 mujeres, siendo portadores/as sin llegar a estar afectados 1 de cada 700 personas, lo que supone un 10% de los varones deficientes psíquicos y una proporción algo inferior en las mujeres.

Origen genético del síndrome

Cada persona posee 23 pares de cromosomas. Una de estas parejas determina el sexo con el que se nace, correspondiendo al sexo femenino la posesión de dos cromosomas de tipo X, mientras que en el caso del sexo masculino se presenta un cromosoma de tipo X y otro de tipo Y. El origen de este síndrome está relacionado con una alteración en el cromosoma X, como las mujeres poseen dos cromosomas del tipo X suelen verse menos afectadas, ya que en el caso de presentar la anomalía característica del SXF en uno de ellos, la información genética presente en el otro puede compensar en cierto grado las deficiencias que este síndrome produce. Sin embargo en el caso de los varones, al poseer un único cromosoma de tipo X, si éste se ve afectado el síndrome se manifestará con toda seguridad.

Según sea el padre o la madre el portador las consecuencias serán distintas: un padre portador puede transmitir el cromosoma X afectado a sus hijas pero nunca a sus hijos pues a

estos les trasfiere el cromosoma Y (Figura 1). La madre portadora tiene un 50% de posibilidades de transmitir el cromosoma X alterado a cada uno de sus hijos o hijas.



Figura 1. Esquema de la transmisión genética del Síndrome X Frágil

En 1943 Martin y Bell publicaron un trabajo sobre una familia con retraso mental ligado al cromosoma X, que más tarde demostró tratarse de un caso de SXF. En 1969 se descubrió que al realizar un cariotipo de células provenientes de un individuo afectado se podía observar un lugar frágil cerca de la base del cromosoma X, siendo este el motivo por el que se dio el este nombre al síndrome. No obstante, el cariotipado ha resultado ser una técnica de diagnóstico que ofrece falsos resultados en muchos casos, por lo que actualmente está desestimada. En 1991 los científicos identificaron un gen, al que denominaron FMR-1 (del inglés *Fragile X Mental Retardation*), como causante del SXF. Este gen codifica para una proteína denominada FMRP, que de forma normal se expresa en numerosos tejidos, es necesaria durante toda la vida del ser humano y se sabe que juega un papel importante en el normal desarrollo del cerebro.

En 1992 se desarrolló un test basado en el ADN. El diagnóstico se realiza mediante un análisis de sangre con técnicas de diagnóstico molecular, siendo bastante preciso, pudiendo detectar tanto a portadores como a individuos totalmente afectados. Teniendo en cuenta la posibilidad de error que presenta el cariotipado, todos aquellos diagnósticos anteriores al desarrollo de la técnica de biología molecular no pueden ser considerados totalmente fiables. Además la detección del SXF por biología molecular ha posibilitado el diagnóstico prenatal y preimplantacional.

Una vez se han realizado las pruebas, si aparece un individuo positivo estaría indicado que toda la familia se haga las pruebas para diagnosticar a los afectados y a los posibles portadores del cromosoma X frágil. Con ello lo que se conseguirá es que las personas afectadas reciban la ayuda más adecuada lo antes posible, tanto en la vertiente médico-psicológica como en el ámbito escolar. Por otra parte, en el caso de los portadores, resulta evidente la implicación de este diagnóstico en la planificación familiar.

Síntomas

Los síntomas que presenta este síndrome son variados, oscilan desde leves a severos, pero siempre acompañados de retraso mental.

Al tratarse de un síndrome, las manifestaciones fenotípicas y neurológicas pueden ser muy variables entre los individuos afectados, pudiendo presentarse algunos, pero no necesariamente todos, de los síntomas siguientes:

1- Rasgos físicos:

- Cara alargada y estrecha. Orejas grandes y prominentes. Frente amplia. Mandíbula inferior prominente (**Figura 2**).
- Macrocefalia.
- Paladar ojival.
- Dientes apelonados.
- Infecciones de repetición en el oído medio.
- Voz bronca.
- Inestabilidad de las articulaciones.
- Hiperlaxitud articular en las manos.
- Hipotonía muscular en la infancia
- Pies planos, en un 50% de los casos.
- Escoliosis.
- Estrabismo, en un 25-50% de los casos.
- Afecciones del sistema cardiocirculatorio prolapso en la válvula mitral, en un 80% de los adultos. Dilatación de la aorta ascendente. Soplo cardíaco.
- En el caso de varones, macroorquismo, o testículos grandes en un 80% de los casos, lo que se pone en evidencia a partir de la pubertad.

2-Rasgos neurológicos:

- Hiperactividad y falta de atención: los individuos afectados tienen dificultad para concentrarse en un solo asunto, les es muy difícil mantener un tema de conversación,

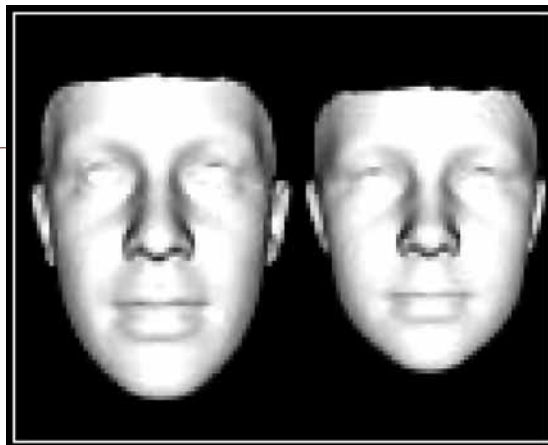


Figura 2. Rasgos faciales: fenotipo SXF (izquierda) y normal (derecha)

ya que pasan de una cosa a otra con rapidez. En muchas ocasiones se diagnostica el SXF por el estudio de la hiperactividad. Es frecuente que presenten una timidez extrema y suelen evitar enfrentarse a la mirada directa de otras personas.

- Presentan desorden de ideas y pensamientos comunicados de forma rápida, reiterativa y a veces incomprensible.
- Impulsividad: no piensan las cosas, ya que cuando quieren algo lo desean de inmediato. Primero hacen las cosas y luego las piensan.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Comportamiento altamente imitativo.
- A menudo poseen un lenguaje grosero, utilizando frases insultantes.
- Autismo: en muchos de estos niños hay rasgos de características autistas como aleteo de las manos, timidez, mantenimiento escaso de la mirada, aversión a ser tocados, rabietas injustificadas y propensión a morderse las manos.
- Preferencia por las rutinas. Si se ven alteradas les genera desconcierto y turbación.
- Problemas de aprendizaje, especialmente en el área de las matemáticas y en la lectura.
- Convulsiones y epilepsia.
- Normalmente son niños cariñosos, siempre según el alcance de su retraso mental.

En las mujeres todos estos rasgos son más leves si no están afectadas, pero todas presentan cierto grado de retraso mental y problemas en el aprendizaje.

Tratamiento

Hoy en día el SXF no tiene tratamiento médico curativo, pero sí paliativo para algunos de sus síntomas.

Es fundamental seguir dos vías: por un lado el tratamiento médico y farmacológico, y por otro, la intervención en el ámbito educativo.

El tratamiento médico es conveniente que sea supervisado por médicos especialistas en el SXF, generalmente neuropediatras, quienes mediante un programa planificado de intervención establecen las revisiones oportunas para la determinación de las necesidades de intervención, y redirigen

al paciente hacia los especialistas correspondientes. Debe estar encaminado a mejorar determinados problemas, siendo los más usuales:

- Paladar hendido.
- Otitis de repetición del oído medio, usualmente tratada administrando antibióticos y colocando drenajes. Si esto no es efectivo pueden surgir problemas de audición y de lenguaje.
- Pies planos, debido a la laxitud de las articulaciones, que se pueden corregir mediante aparatos ortopédicos y fisioterapia.
- Estrabismo, que se puede corregir mediante la utilización de parches oculares, ejercicios y, en último caso, la cirugía.
- Prolapso en la válvula mitral y anomalías cardíacas.
- Hernias.
- Convulsiones, que suelen desaparecer en la adolescencia.
- Hiperactividad. La mayoría de los niños y 1/3 de las niñas la padecen, y para su tratamiento se utilizan estimulantes porque estimulan la dopamina y el sistema de neurotransmisión de la norepinefrina y este efecto mejora la atención, la hiperactividad, la inhibición y la coordinación visual motora. Con este tratamiento se mejora la atención académica, las rabietas y disminuyen sus frustraciones. Es eficaz en un 60-70% de los niños en edad escolar siendo de eficacia menor en adolescentes y preescolares. Estos estimulantes pueden producir efectos secundarios como taquicardia, falta de apetito, trastornos del sueño, aumento de la tensión arterial y tics. A los niños en edad preescolar se les suele tratar con ácido fólico pues no tiene efectos secundarios, pero no todos los profesionales están de acuerdo.
- Cambios de humor: es un problema frecuente en los adolescentes, existiendo casos de agresividad física y verbal. Si el tratamiento psicológico no funciona se administra antipsicóticos. En las mujeres suelen aparecer depresiones.
- Ansiedad y comportamientos obsesivos ante situaciones nuevas o de pánico. Se suelen tratar con tranquilizantes a dosis bajas para que no produzcan efectos secundarios adictivos.

La intervención educativa esta encaminado a que los niños/as con este síndrome se incorporen a la sociedad lo mejor posible. Las terapias a aplicar son:

- Estimulación precoz, que se tiene que empezar en los primeros años de vida para desarrollar y ampliar sus capacidades y habilidades.
- Logopedia, terapia del habla y del lenguaje: son alteraciones muy frecuentes, en los varones se aprecia mayor rapidez en el habla, ritmo irregular y dispraxia. Hay que realizar movimientos finos y rápidos con la lengua y los labios. Para un mayor aprendizaje se suelen asociar imágenes con sonidos o palabras, complicándose la

situación cuando se va avanzando y se pasa a situaciones más subjetivas. Tienen una gran capacidad de imitación, lo que ha de ser aprovechado en el proceso de aprendizaje para que aprendan por imitación comportamientos adecuados. La adaptación a nuevos ambientes y personas hará que el tratamiento en un principio sea complicado.

- Plan individual educativo (adaptación curricular): todos los profesionales del ámbito educativo que están en contacto con el niño deben de estar informados de las características del síndrome, entender sus limitaciones y trabajar conjuntamente siguiendo un mismo propósito. En la etapa de educación es importante estar en un colegio de integración por la capacidad de aprendizaje por imitación. No es bueno exigirles demasiado, pues su nivel de aprendizaje tiene un límite de desarrollo y son más lentos en la adquisición de habilidades y conocimientos. En estos niños es bueno que asistan a clases de apoyo dentro de su propia escuela, así como la utilización de nuevas tecnologías como la informática.
- Terapia ocupacional: una vez terminado el periodo escolar es aconsejable continuar en centros de aprendizaje y talleres ocupacionales, ya que su desarrollo será satisfactorio debido a sus buenas habilidades motoras. No hay que descartar que los individuos afectados puedan realizar de adultos un trabajo remunerado e independizarse de la familia viviendo en pisos tutorados, dependiendo en gran medida de su grado de afectación.

Lo más importante es abordar el tratamiento de una forma global y multidisciplinar. Todas aquellas personas que estén trabajando con un niño/a con el SXF tienen que tener el mismo objetivo, por lo que es fundamental una coordinación estrecha entre médicos, profesorado, padres y terapeutas para que el niño se pueda desarrollar lo mejor posible dentro de la comunidad.

Bibliografía

1. Ashley CT, Wilkinson KD, Reines D, Warren ST. FMR1 protein: conserved RNP family domains and selective RNA binding. *Science* 1993; 262: 563-565.
2. Baumgardner TL, Reiss AL, Freund LS, Abrams MT. Specification of the neurobehavioral phenotype in males with fragile X syndrome. *Pediatrics* 1995; 95: 744-752.
3. De Diego Y, Hmadcha A, Carrasco M, Pintado E. Síndrome X frágil y discapacidad mental hereditaria. Madrid. Edita: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1999.
4. Ramos FJ (coord.). El síndrome X frágil. Material educativo de la Fundación Nacional del X frágil de Estados Unidos. Madrid. Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1999.
5. Tejada MI (dir.). Síndrome X frágil. Libro de consultas para familias y profesionales. Madrid. Edita: . 2006.
6. Verkerk AJMH, Pieretti M, Sutcliffe JS, Fu Y-H, Kuhl DPA, Pizzuti A, Reiner O, Richards S, Victoria MF, Zhang F, Eussen BE, van Ommen G-JB, Blonden LAJ, Riggins GJ, Chastain JL, Kunst KB, Galjaard H, Caskey CT, Nelson DL, Oostraand BA, Warren ST. Identification of a gene (FMR1) containing a CGG repeat coincident with breakpoint cluster region exhibiting length variation in fragile X syndrome. *Cell* 1991; 65: 905-914.

Evaluación de los factores de riesgo para enfermedad cerebro-vascular en mujeres en el periodo de la menopausia

Ana Cláudia Silva Lemos

Enfermera. Especialista en Rehabilitación. Becaria de Iniciación Científica, PIBIC/FUNCAP/UFC. Miembro Investigador del NUPEN - Nucleo de Investigación y Extención em Enfermería Neurológica do DENF/FFOE/UFC.

Maira de Ciero Miranda

Doctora em Enfermería. Docente del DENF/FFOE/UFC. Orientadora de la Monografía.

Maria Corina Amaral Viana

Docente de la Universidad Regional do Cariri. Enfermera de la Secretaria de Salud del Estado do Ceará.

Zuila Maria de Figueiredo Carvalho

Post-Doctora em Enfermería por La Universidad Nueva de Lisboa-Portugal. Profesor Asociado II de La UFC. Docente del Programa de Postgrado en Enfermería DNF/FFOE/UFC. Co-Orientadora de la Monografía.

El estudio busca investigar los factores de riesgo más frecuentes que pueden desencadenar un ataque vascular encefálico en mujeres en el periodo post-menopausia, estudiar los datos de laboratorio relacionados con el riesgo de Accidente Vascular Encefálico, tales como: colesterol total y fracciones, triglicéridos y glucosa e identificar el conocimiento de las mujeres y los medios de prevención de esa enfermedad. El inicio es cuantitativo transversal de carácter exploratorio y descriptivo. Fue realizado en el ambulatorio de climatério de un hospital de la atención a la salud de la mujer de Fortaleza –Ceará– Brasil. La población fue 40 mujeres con edad entre 55 y 65 años. Los datos fueron recogidos por un cuestionario y mediciones antropométricas. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad. Los resultados muestran que el 45% de las mujeres eran hipertensas y el 10% diabéticas; los parámetros de laboratorio evidencian que un 45% presentaron niveles de colesterol total y LDL en la categoría límite. No son fumadoras un 90%; son sedentarias un 55%. Los factores de riesgo son diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares. En las mujeres estudiadas, un 42,5%, tenían sobrepeso, la mayoría un 85% no utilizaba terapia de reposición hormonal y el 97% que afirmaron ya haber oído hablar del accidente vascular encefálico. Se concluye que las mujeres poseían varios factores de riesgo para el accidente vascular cerebral, tenían tres factores de riesgo lo que ya sirve de estado de alerta, sin embargo, a pesar de todo eso, eran mujeres razonablemente informadas sobre el mantenimiento del estado de su salud y buscaban mantener hábitos de vida saludables, a través de la adopción de la práctica de ejercicios físicos, de una buena alimentación a pesar, de las dificultades financieras.

Palabras Clave: Ataque Vascular Encefálico, Enfermería, factores de riesgo, menopausia

Introducción

Varios factores están relacionados a las complicaciones de la salud de la mujer en el periodo del climatério. Se sabe que la disminución o falta de estrogénios requiere un acompañamiento para prevenirse riesgos cardiovasculares, de entre ellos el Ataque Vascular Encefálico (AVE) (nueva nomenclatura utilizada en Brasil para el Accidente Vascular Cerebral (AVC).

En el mundo a cada 90 segundos una persona muere de accidente cerebral. En Brasil de acuerdo con el último estudio hecho por el Ministerio de la Salud, en 2004, el AVC es la primera causa de muerte en el País, con 90.930 óbitos, superando el infarto agudo del miocárdio, que registró 5.482 óbitos (1).

Es hecho que las enfermedades cardiovasculares se presentan como primera causa de óbito en Brasil, en Ceará y en Fortaleza. Destacándose como causa de mortalidad las enfermedades cerebrovasculares, solamente en Fortaleza el año de 2005 fueron 895 muertes por AVE, o sea, lo AVE correspondió un 39,7% de las muertes por enfermedades cardiovasculares ese mismo año. Ya de enero a agosto de 2006 de las personas que buscaron el hospital para recibir tratamiento, un 20,3% de ellas murieron durante la internación (2).

Podemos afirmar que esa enfermedad acarrea un impacto económico muy elevado, tanto para el país como

para el individuo acometido, pues este tendrá que alejarse de sus actividades laborales, quedándose muchas veces a depender de una jubilación pagada por el gobierno; y, el país costeará la prestación de cuidados a esas personas por periodo prolongado, una carga muy elevada para el estado.

De entre los varios factores que podrían estar influenciando en ese aumento de los índices de mortalidad por AVE, tal vez algunos de ellos merecer un destaque más acentuado.

Podríamos citar el estrés cada vez más presente en nuestro cotidiano y el aumento de la expectativa de vida. Cuando colocamos esa realidad de estrés y aumento de la expectativa de vida podemos analizar la cuestión de la mujer, insertada en una coyuntura social, y relacionarlo con esos dos factores. La mujer debido a todo un contexto social en el cual está insertada hace décadas y su lucha por derechos iguales pasó a tener una jornada doble, o sea, ella trabaja y gana dinero, y está asumiendo cada vez más el papel de generadora de recursos financieros para el sostén de su familia; además, de asumir su papel de madre, que muchas veces se siente culpable por no tener tiempo para los hijos (3).

Si no bastara toda esa "carga social" que la mujer carga, ella aún pasa por un momento muy delicado en su vida, el llamado climatério (4). Ese alargamiento del periodo post-menopáusico debido al aumento de la longevidad en la población femenina requiere un acompañamiento de salud

con vista a prevenir condiciones patológicas comprobado y relacionadas con la bajada de estrógenos, los cuales son protectores contra la aterosclerosis y, consecuentemente, de las enfermedades cerebrovasculares.

Tras lo expuesto antes nuestro interés en realizar este estudio fue abierto a partir de las vivencias académicas en salud de la mujer, se puede percibir que la mayoría de las mujeres en el periodo del climatério desconocía esa fase natural de sus vidas y eran descuidadas en relación a la salud y poseían hábitos de vida inadecuados. Esto nos inquietaba y nos llevaba a que interroguemos, ¿porque esas mujeres actúan de esta forma tan descuidada?, ¿Cuáles los motivos para tal actitud? y ¿Será el desconocimiento sobre la enfermedad?

La importancia de este estudio está centrada en dos aspectos, uno porque viene a llenar la laguna existe en la literatura sobre esa temática y el otro, se constituye de una estrategia de educación en salud mirando a la prevención de esa enfermedad.

Objetivos

- Investigar los factores de riesgo más frecuentes que pueden desencadenar un ataque vascular encefálico en mujeres en el periodo post-menopausia.
- Recopilar datos laboratoriales relacionados con el riesgo de AVE: colesterol total y fracciones, triglicéridos y glucosa
- Identificar el conocimiento de las mujeres sobre el AVE y los medios de prevención de esa enfermedad.

Metodología

Estudio cuantitativo transversal de carácter exploratorio y descriptivo. La investigación fue realizada en el ambulatorio de climatério de un hospital de referencia en la atención a la salud de la mujer de Fortaleza – Ceará – Brasil. La población fue comprendida por 40 mujeres en la post-menopausia atendidas en el referido ambulatorio los meses de septiembre y octubre de 2007, y que obedecían a los siguientes criterios:

- Edad entre 55 y 65 años, en esa franja estaría la mujer que se encuentra en el periodo post-menopáusico y, consecuentemente, con significativa bajada de estrógeno que presenta riesgo aumentado para enfermedades cardiovasculares, de entre ellas el AVE (5). El estrógeno tiene efecto cardioprotector, según Maturama et al. (6);
- poseer exámenes de laboratorio recientes de colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos y glucosa sanguínea en el momento de la entrevista;
- última regla hace más de cinco años (que es uno de los criterios para definición de periodo post-menopausia en la opinión de Santos et al. 5, el otro es la edad mínima de 55 años) o que fue sometida la anexectomía bilateral, histerectomía con anexectomía o simplemente histerectomía.

Como instrumento de colecta de datos fue utilizado un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas que fueron respondidas en la presencia del investigador y que contemplaban variables socioeconómicas y datos referentes a antecedentes personales (hipertensión, enfermedad cardiovascular, tabaquismo, actividad física, diabetes, etilismo, uso de terapia de reposición hormonal, datos de laboratorio de los lípidos séricos y glucemia y dieta alimentaria), historia familiar (diabetes, hipertensión y enfermedad cardíaco-cerebro-vascular) y ginecológica (edad de la menopausia, tiempo de menopausia y tipo de menopausia). Además, de preguntas para evaluación del conocimiento de esas mujeres acerca de la temática AVC.

Posteriormente a la aplicación del cuestionario, se realizaron mediciones antropométricas. Los datos antropométricos fueron la estatura, el peso corporal, circunferencias abdominales, de la cintura y de la cadera. La estatura y el peso fueron obtenidas con el auxilio de una balanza del propio servicio. Las mujeres utilizaban ropas leves y sin calzados, en la posición ortostática con los pies juntos. Estas medidas fueron utilizadas para el cálculo del Índice de Masa Corpórea (IMC) -peso (en Kg) dividido por el cuadrado de la altura (en m)-, y, posteriormente, clasificadas como siendo de bajo peso, normal, sobrepeso, obesidad y obesidad grave según la clasificación de la OMS.

La circunferencia abdominal (CA) fue medida al nivel de la cicatriz umbilical a finales del movimiento expiratorio. La relación cintura-cadera (RCQ) fue calculada por la división entre los valores de la medida de la cintura -medida al nivel de la última costilla- por la medida de la cadera -medida al nivel de los trocánteres femorales- estando el individuo en posición ortostática. Posteriormente, los valores de CA y RCQ fueron categorizados en normales- que según Mancini (7), son valores de 90 cm y 0,8cm, respectivamente, en mujeres- y alterados. Estas medidas fueron obtenidas a través de cinta métrica.

Los datos recogidos fueron analizados cuantitativamente y presentados a través de tablas simples y relativas y gráficos, utilizándose el programa Excel Office 2003.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Institución y obedeció a los criterios éticos de investigación con seres humanos, de acuerdo con La Resolución en el 196, de 10 de octubre de 1996, del Consejo Nacional de Salud. Todas las participantes suscribieron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido conteniendo las debidas informaciones.

Presentación y Discusión de los Resultados

Fueron analizados todos los cuestionarios de las 40 mujeres entrevistadas. Según las variables socio-económicas investigadas, se obtuvo que un 70% eran casadas, un 82,5% tenían enseñanza fundamental incompleto, un 70% eran dueñas-de-casa, en un 75% la renta familiar de hasta tres salarios mínimos (500 €) y un 57,5% eran procedentes de la capital - llamando la atención que un 42,5% eran procedentes del interior del estado.

Tabla 2. Evaluación de los factores de riesgo para AVE en mujeres con menopausia según datos de los exámenes laboratoriais presentados en la entrevista. Fortaleza, Ceará, 2007.

| Presente | Parámetros de Laboratorio | | | | | | | | | |
|--------------|---------------------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | CT* | | HDL | | LDL | | TG* | | Glicemia | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Sí | 34 | 85,0 | 25 | 62,5 | 31 | 77,5 | 30 | 75,0 | 22 | 55,0 |
| No | 6 | 15,0 | 15 | 37,5 | 9 | 22,5 | 10 | 25,0 | 18 | 45,0 |
| Total | 40 | 100 | 40 | 100 | 40 | 100 | 40 | 100 | 40 | 100 |

* CT= Colesterol Total - TG= Triglicéridos.

** OBS: Los niveles de glucosa en ayuno adoptados como normales fueron entre 70 y 99mg/dl (Sociedad Brasileña de Diabetes, 2007). Ya los valores de CT, TG, HDL y LDL adoptados como referencia fueron los recomendados por el III Consenso Brasileño de Dislipidemias; siendo clasificados como normales los valores tenidos como deseables y los limítrofes.

Tabla 1. Evaluación de los factores de riesgo para AVE en mujeres con menopausia según presencia o no de hipertensión arterial y diabetes mellitus diagnosticados. Fortaleza, Ceará, 2007.

| Presente | Hipertensión | | Diabetes | |
|--------------|--------------|------------|-----------|------------|
| | n | % | N | % |
| Sí | 18* | 45 | 4 | 10 |
| No | 22 | 55 | 36 | 90 |
| Total | 40 | 100 | 40 | 100 |

Fonte: Respondentes*

Todas las hipertensas andaban con tratamiento medicamentoso

Del 45% mujeres que eran hipertensas, un 55,5% ya hacían tratamiento para hipertensión por lo menos cinco años, y, de estas, un 22,2% utilizaban medicamentos anti-hipertensivos más de diez años. De las 10% mujeres diabéticas, un 50% se trataban hace más de cinco años, y un 75% de ellas eran también hipertensas, o sea, presentaban dos importantes factores de riesgo independientes factores influenciadores directos de la aterosclerosis (5) para AVE. Según Cantu et al. (8), si la persona es hipertensa y diabética la oportunidad de tener un AVE aumenta cerca de 12 la 15 veces más.

Los medicamentos utilizados por esas mujeres para el tratamiento de estas enfermedades son los que forman parte de los programas de hipertensión y diabetes del ministerio de la salud - Brasil.

La HAS influencia significativamente en la clínica y en el desarrollo de las complicaciones cardio y cerebrovasculares de la aterosclerosis. Se cree que la mujer en el periodo

post-menopáusico tiene cerca de 2,2 veces más oportunidad de desarrollar HAS comparada con las mujeres en el periodo pre-menopáusico (9).

Varios estudios confirman esa angosta relación entre el AVE y la hipertensión arterial sistemática (HAS). Uno de ellos el realizado por Pires et al. (10), en la ciudad de São Paulo, con pacientes acometidos por AVEI, demostró que un 87,8% de ellos eran hipertensos (siendo 85,5% hombres y 90,3% mujeres); siendo que la mayoría absoluta de los pacientes, cerca de un 78%, con HAS presentó tanto alteraciones en los niveles de presión arterial sistólica (PAS) como en los niveles de presión arterial diastólica (PAD). Estudios realizados en Cuba con pacientes que sufrieron un AVC también evidenciam esa angosta relación, en un de ellos cerca de un 84,4% de los pacientes acometidos por AVEI y AVEH eran hipertensos, concluyéndose que la HAS puede desencadenar tanto procesos isquémicos como hemorrágicos (11), siendo la hipertensión moderada en un 36,88% de los casos presente en esos pacientes (12).

Diversos estudios han confirmado la importancia del DM como factor de riesgo para AVC, sin embargo, en la actualidad, aún es incierto si el control estricto de los niveles glucémicos reduce el riesgo de AVE, pero es consenso que el control de los otros factores de riesgo que coexisten con El DM es imprescindible (2). Sin embargo, según Pires et al.(10) el DM representa uno de los principales factores de riesgo para AVC, en su estudio un 19,9% de los casos de AVCI estaban asociados con DM. Entre un 21,1% y un 28,92% (de los pacientes acometidos por AVE, en Cuba, eran diabéticos, siendo que en el primer estudio el DM sólo se quedó detrás del tabaquismo y los pacientes ya poseían el principal factor de riesgo que era la HAS (11,12). (Tabla 2)

De las 18 mujeres que tuvieron los niveles de glucosa alterados, 15 de ellas no poseían diagnóstico de diabetes.

Ente las mujeres entrevistadas un 45% presentaron niveles de CT y LDL, respectivamente, en la categoría limítrofe, que

para CT está entre 200 y 239mg/dl y para LDL está entre 130 y 159 (III Consenso sobre dislipidemias). Niveles estos que indican que la persona debe quedarse en alerta y modificar algunos hábitos de vida, como alimentación, práctica de ejercicios físicos, parar de fumar etc., a fin de no entrar en la categoría de niveles elevados para esas variables.

Las dislipidemias representan un factor de riesgo destacado en varios estudios. Están presente en un 15,6% de los pacientes que fueron acometidos por AVEI según Pires et al. (10), y en un 53,3% de los pacientes sin especificación del tipo de AVE Cherkásova et al. (11). La hipercolesterolemia estaba presente en un 17,22% de los pacientes hipertensos que vivieron un episodio de AVE (12).

La mujer en el periodo de la menopausia ha alterado su perfil lipídico de manera desfavorable debido a la bajada estrogenica con aumento del CT, del LDL y de los TG y disminución de los niveles de HDL (13). Sin embargo, lo que fue observado en la muestra investigada fue lo opuesto de esto. La gran mayoría de las mujeres tenía niveles normales de LDL, HDL, CT y TG.

Lo que podría explicar este hecho percibido en las mujeres estudiadas es que de las 34 que tenían niveles de CT normales, un 47% practicaban ejercicios físicos regularmente y más de tres veces por semana y un 53% no practicaban ejercicio físico, sin embargo un 100% de ellas no eran fumadoras y un 72,2% tenían una alimentación pobre en grasas y frituras. De las 16 que practicaban actividad física, también un 75% de ellas no eran fumadoras y un 81,2% tenían una dieta pobre en grasas y frituras. Sabemos que el tabaquismo, la actividad física y la dieta alimentaria representan parámetros significativos en la determinación del perfil lipídico de adultos según el III Consenso sobre Dislipidemias.

El tabaco, por ejemplo, disminuye los niveles de HDL (11). La actividad física tiene efecto opuesto a lo del tabaco, o

sea, ella eleva los niveles de HDL (8). Según estudio realizado por Araña et al. (12) con pacientes hipertensos que tuvieron AVE se observó que un 27,5% de ellos eran sedentarios antes de la ocurrencia del primer episodio de accidente cerebrovascular. Otro realizado por Guedes y Gonçalves (14), puede concluirse que la práctica de ejercicios físicos regularmente y vigorosamente, independientemente, del sexo y de la edad, es importante en el favorecimiento de un perfil lipídico adecuado para los adultos. (Tabla 3)

De las 36 mujeres que respondieron que no son tabaquistas (un 55,0%) eran ex-fumadoras menos de cinco años; un 17,0% habían abandonado el tabaco más de cinco años y el 28,0% más de diez años. De las 4 mujeres que se dijeron fumadoras, 2 consumían de 1 a 5 cigarrillos por día y las otras dos consumían de 5 a 10 cigarrillos por día.

Por tanto es consenso que el tabaquismo aumenta el riesgo de AVEI en cerca de dos veces, además de ser un importante factor de riesgo para el desarrollo de HAS. Diversos estudios confirmaron que el hábito de fumar aún esta muy presente en nuestra población; en un estudio realizado con pacientes con AVEI, un 46,9% de ellos eran fumadores (siendo 60,4% hombres y 30,9% mujeres) (10). Entre un 46,38% citado por Araña et al. (12) y un 57,3% referido por Cherkásova et al. (11) de los pacientes con AVE son fumadores según estudios realizados en La Habana (Cuba). Los un 46,38% además de que sean fumadores eran hipertensos, siendo el hábito de fumar el factor más encontrado en esa población estudiada.

Otras características también influencian en el grado de riesgo del tabaco, son ellas: cantidad de cigarrillos consumida durante el día y tiempo de tabaquismo. Según el Nurses Health Study, las mujeres que fuman más de 25 cigarrillos por día tienen 2,7 veces más oportunidad de tener un AVE. La suspensión del cigarrillo por cuatro o cinco

Tabla 3. Evaluación de los factores de riesgo para AVE en mujeres con menopausia según presencia o no de factores de riesgo modificables. Fortaleza, Ceará, 2007.

| Presente | Factores de riesgo | | | | | |
|--------------|--------------------|------------|-----------|------------|--------------|------------|
| | Tabaquismo | | Etilismo | | Sedentarismo | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Sí | 4 | 10,0 | 2 | 5,0 | 22 | 55,0 |
| No | 36 | 90,0 | 38 | 95,0 | 18 | 45,0 |
| Total | 40 | 100 | 40 | 100 | 40 | 100 |

años no disminuye el riesgo, este es igual a lo de los fumadores activos. El riesgo de los fumadores pasivos es igual a lo de los fumadores activos según Cantu et al. (8), entendiéndose por fumador activo aquella persona que fuma diariamente, independientemente del número de cigarrillos, por lo menos un mes (15).

Las consecuencias degenerativas ocasionadas por largos periodos de utilización del cigarrillo son vigentes por muchos años en la vida de los individuos fumadores. Algunos autores creen que el abandono del tabaco irá a reducir el riesgo de AVC en dos a cinco años. Ya otro autor dice que el riesgo del tabaco como causante del AVE disminuye gradualmente hasta llegar al normal de los individuos no-fumadores después de diez años del cese del hábito de fumar (16). Pires et al. (10) concluyó que un 50% de los pacientes que sufrieron un AVEI abandonaron el cigarrillo hace algún tiempo (no fue especificado), ante esto él concluyó que los daños causados por el tabaco persistieron por largo tiempo, principalmente en aquellos individuos cuyo consumo de cigarrillos aconteció por muchos años.

De las dos mujeres que dijeron consumir bebida alcohólica frecuentemente, relataron que este hábito estaba restringido a los finales de semana y que el consumo era en pequeña cantidad.

Segundo Pires et al. (10) la frecuencia de etilismo fue del 35,1% (siendo 57,5% hombres y 9,8% mujeres) entre individuos que sufrieron un AVEI en la ciudad de São Paulo. Esta estadística refuerza el hecho de que son los hombres los "grandes" consumidores de alcohol (10). Estudios han demostrado que el alcohol podría aumentar el riesgo para AVE, a través del desarrollo de hipertensión arterial, estado de hipercoagulación o arritmias cardíacas (8).

Entre las mujeres que practicaban alguna actividad física, la mayoría, 55,5% realizaban actividades por lo menos tres

veces por semana, siendo la actividad física más realizada por ellas la caminata el 32,5%.

Es recomendada la práctica de ejercicios físicos de forma regular por lo menos tres veces por semana y durante por lo menos 30 minutos, esto reduce considerablemente el riesgo de enfermedades cardiovasculares, incluyendo el AVE (1).

Por lo tanto, la práctica de ejercicios aeróbicos es bastante valiosa para el individuo, pues acarrea varias ventajas a nivel biológico, como: aumento de los niveles del buen colesterol (HDL), aumento de la sensibilidad a la insulina, reducción de la presión arterial, equilibrio del peso corporal y reducción significativa de los niveles de TG (III Consenso Brasileño sobre Dislipidemias). (Tabla 4)

Las mujeres entrevistadas que afirmaron tener historia de hipertensión y diabetes en la familia, todas dijeron que eran los afectados por esas enfermedades sus parientes de primer grado, principalmente padre y madre.

De las 27 mujeres que dijeron tener historia de DCV en la familia, 44,4% afirmaron que tenían historia de AVC en la familia, siendo 9 (un 75%) parientes de primer grado. Estudio realizado en la ciudad de São Paulo con pacientes con AVEI, se observó que el 17,3% de esos pacientes poseían historia familiar de AVEI (10).

Si una persona posee alguien de la familia con historia de AVC, esto servirá como alerta para que esa persona adopte medidas de prevención contra la ocurrencia de un AVE en su vida, pues la historia familiar es un factor que potencia el riesgo de otros factores de riesgo. Y si este familiar es de primer grado, el riesgo de la persona de tener un AVE es cerca de 2,3 veces mayor comparado con una persona sin historia familiar de infarto cerebral. Cuando la persona tiene historia familiar de cardiopatía isquémica, este riesgo es de 2,1 veces mayores (8).

Tabla 4. Evaluación de los factores de riesgo para AVE en mujeres con menopausia según historia familiar de enfermedades crónicas y cardiovasculares. Fortaleza, Ceará, 2007.

| | Factores de riesgo | | | | | |
|----------|--------------------|------|--------------|------|---------------------------------|------|
| | Diabetes | | Hipertensión | | Enfermedad cardiovascular (DCV) | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Presente | | | | | | |
| Sí | 16 | 40,0 | 29 | 72,5 | 27 | 67,5 |
| No | 24 | 60,0 | 11 | 22,5 | 13 | 32,5 |
| Total | 40 | 100 | 40 | 100 | 40 | 100 |

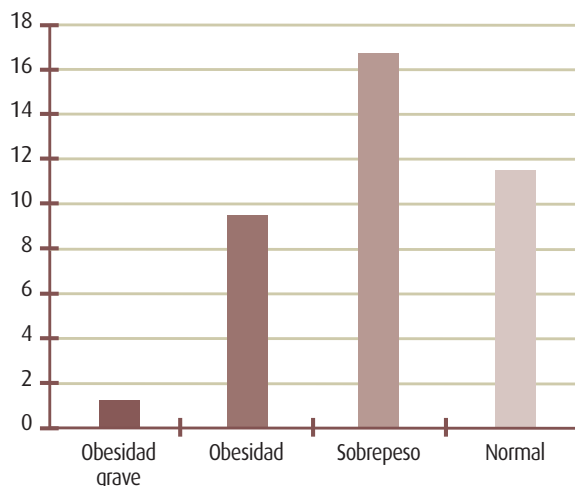
Tabla 5. Evaluación de los factores de riesgo para AVE en mujeres con menopausia según categorización en normal y alterado de la circunferencia abdominal (CA) y de la relación cintura-cadera (RCQ) para evaluación de la obesidad central. Fortaleza, Ceará, 2007.

| Clasificación | Mediciones | | | |
|---------------|------------|------------|-----------|------------|
| | CA | | RCQ | |
| | n | % | n | % |
| Normal | 15 | 37,5 | 7 | 17,5 |
| Alterado | 25 | 62,5 | 33 | 82,5 |
| Total | 40 | 100 | 40 | 100 |

La distribución de la grasa corporal también es predictor de AVE (8); siendo, por lo tanto, adoptados como parámetros normales: circunferencia abdominal igual a 1 metro en hombres y 90cm en mujeres y relación cintura-cadera (RCQ) igual a 1 metro en hombres y 85cm en mujeres (7).

La obesidad central (obesidad abdominal) presente en niveles elevados parece asociarse con los eventos cardiovasculares. Para Gámez et al. (18) *“los adipocitos intraabdominales poseen una actividad lipolítica más elevada, enviando mayor cantidad de ácidos grasos al hígado”*.

Figura 1. Evaluación de los factores de riesgo para AVE en mujeres con menopausia según categorización del Índice de Masa Corpórea (IMC). Fortaleza, Ceará, 2007.



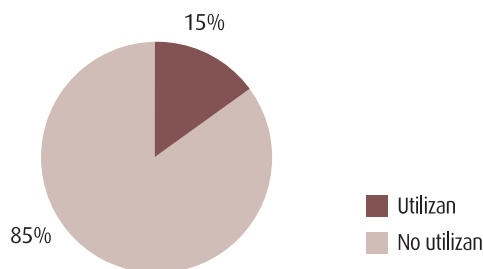
El IMC es un método cuyo cálculo es rápido y simple, siendo el más utilizado para evaluación del estado nutricional del individuo adulto (7). La categorización fue basada en los valores adoptados por la OMS para ese patrón, siendo estos: normal el individuo que presenta IMC entre 18,5 y 24,9; sobrepeso valores entre 25 y 29,9; obesidad valores entre 30 y 39,9 y obesidad grave ≥ 40 .

Se pudo observar que gran parte de las mujeres estudiadas, (un 42,5%), tenían sobrepeso, o sea, están en estado de alerta para el peso, y en este caso la principal medida a ser adoptada es el asesoramiento para la adopción por parte de esas mujeres de hábitos alimentarios más saludables y práctica de ejercicios físicos (III Consenso Brasileño sobre Dislipidemias).

De las 11 mujeres que eran obesas, el 54,5% de ellas eran también hipertensas. Un estudio realizado con pacientes con AVE concluyó que la asociación de HAS y obesidad con la ocurrencia de esa enfermedad fue estadísticamente significativa, siendo la ausencia de obesidad un factor protector (11).

Araña et al (12) en el estudio con pacientes hipertensos acometidos por AVE, un 22,12% de ellos eran obesos. Ya el estudio analítico realizado por Cherkásova et al (11) con pacientes con AVE, ese porcentual de obesos fue del 41,1%.

Figura 2. Evaluación de los factores de riesgo para AVE en mujeres con menopausia según utilización de la Terapia de Reposición Hormonal (TRH). Fortaleza, Ceará, 2007



Podemos observar que la gran mayoría de las mujeres no utilizaba TRH, gran parte de ellas relató que no utilizaba porque tenía contra-indicaciones para esta terapia, como, por ejemplo, alteraciones mamarias en 65%. Otras el 15%, dijeron que no utilizaban la terapia prescrita por falta de condiciones financieras, y las otras 20% no supieron decir el porqué de que no utilizaran esa terapia (no habían tenido ningún esclarecimiento acerca de ese asunto).

Mucho se ha hablado sobre los beneficios paralelos de la TRH sobre la sintomatología climatérica, como son la mejora de los síntomas vasomotores y atroficos urogenitales (19); alteraciones en el patrón lipídico de forma favorable con el uso de estrógenos conjugados (20).

Ademas del supercitado, la TRH representa una importante terapéutica para las mujeres climatéricas sintomáticas, siendo sus beneficios apuntados por muchos estudios que

confirmaron una protección cardiovascular por el estrógeno exógeno. Sin embargo, fue con la publicación de dos grandes estudios prospectivos, efectuados y controlados con placebo (21, 22), el Women's Health Initiative Study Group (WHI) y el Heart Estrogen Replacement (HERS), que se planteó el cuestionamiento acerca de los riesgos cardiovasculares que la TRH podría traer para la paciente que la está utilizando.

Por lo tanto, no es recomendado por muchos estudiosos, actualmente, que se utilice la TRH con el objetivo de prevenir eventos cardiovasculares (8); y todos los cuidados deben ser tomados al utilizar esta terapéutica por tratarse de una terapia no totalmente inofensiva (23). Es consenso entre varios autores que otros estudios sean realizados, excluyéndose las limitaciones de los citados arriba por Aldrighi et al. (21) y Botell y Despaigne (23).

Los gráficos 3, 4 y 5 a que están presentados abajo son referentes a los antecedentes ginecológicos de las mujeres entrevistadas, que representan significativa importancia para evaluación del riesgo para AVE.

Figura 3. Evaluación de los factores de riesgo para AVE en mujeres con menopausia según tipo de menopausia. Fortaleza, Ceará, 2007.

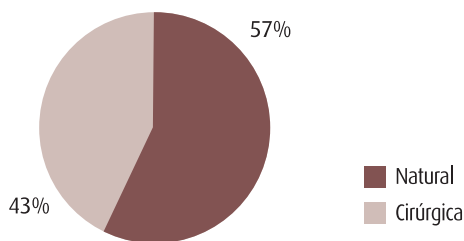
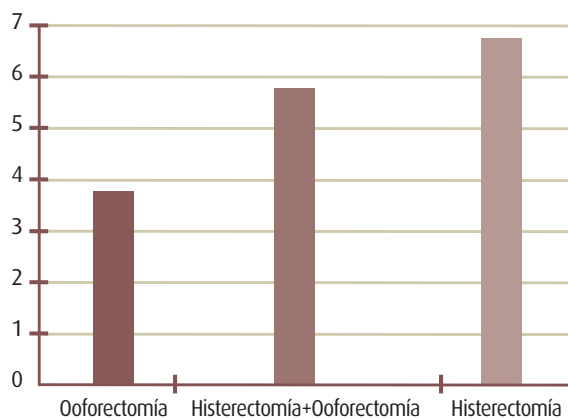


Figura 4. Evaluación de los factores de riesgo para AVE en mujeres con menopausia según acto quirúrgico desencadeador de la menopausia. Fortaleza, Ceará, 2007.

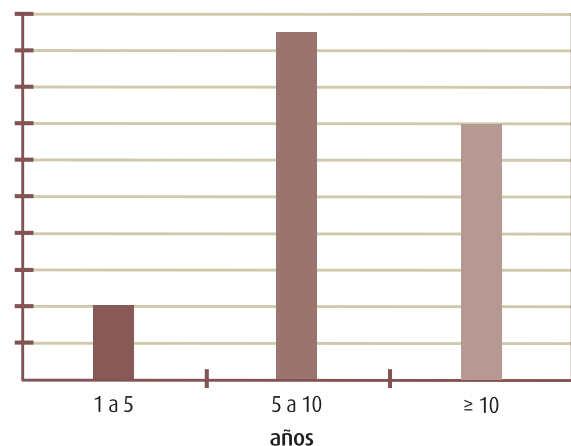


El tiempo de menopausia está relacionado al tiempo que la mujer permanece destituida de estrógeno, influenciando en el riesgo para enfermedades cardiovasculares, de entre ellas el AVE.

Las mujeres que se someten a estas intervenciones quirúrgicas viven una menopausia con sintomatología mucho más exacerbada debido a la retirada abrupta de la fuente de estrógenos. Existen también consecuencias sobre el sistema cardiovascular y esquelético de esas mujeres como manifestaciones a largo plazo. Esta situación ha sido corroborada por estudios desde la década de 50 que demostraron que mujeres anexitomizadas presentan mayor incidencia de aterosclerosis coronaria (24) y el riesgo para enfermedades cerebrovasculares es cerca de siete veces mayor en mujeres anexitomizadas (20).

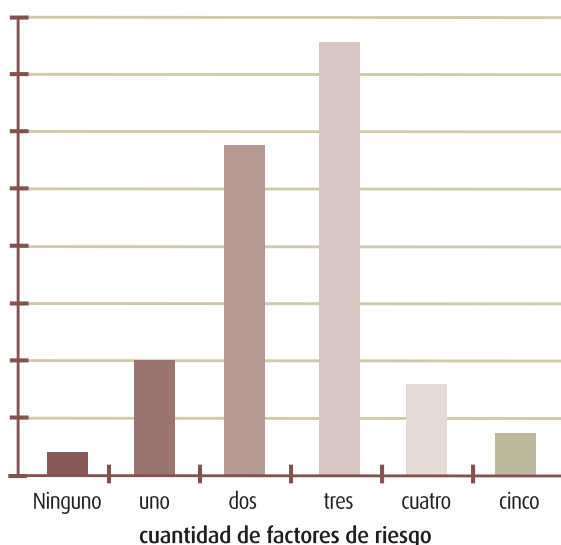
En la teoría, la histerectomía simple con conservación de los ovarios no traería repercusiones orgánicas o metabólicas para la mujer, sin embargo lo que se observa en la práctica no es esto. Algunos autores sugieren que durante el acto quirúrgico podría ocurrir "una reducción aguda en el flujo sanguíneo ovarico debido a la ligadura de los ramos anexiales de los floreros uterinos" (24). Acerca de esa cuestión aún existen muchas dudas y pocos esclarecimientos firmados, lo que se supone es que la histerectomía podría afectar la función ovariana debido al compromiso de la irrigación para los ovarios durante el acto quirúrgico o que el útero produciría una substancia que contribuiría para el funcionamiento ovarico normal (24).

Figura 5. Evaluación de los factores de riesgo para AVC en mujeres con menopausia según tiempo de menopausia. Fortaleza, Ceará, 2007.



El tiempo de menopausia está relacionado al tiempo que la mujer permanece destituida de estrógeno, influenciando en el riesgo para enfermedades cardiovasculares, de entre ellas el AVE. Dos mujeres 5% tuvieron menopausia precoz.

Figura 6. Evaluación de los factores de riesgo para AVE en mujeres con menopausia según cantidad de factores de riesgo presentados. Fortaleza, Ceará, 2007.

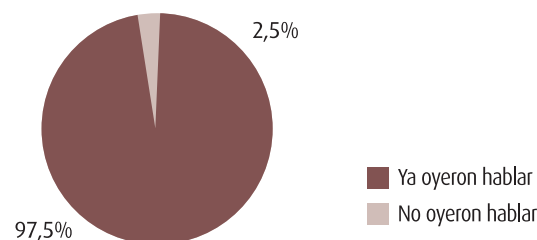


Fue sorprendente la presencia de más de un factor de riesgo para enfermedad cerebrovascular en las mujeres analizadas. La coexistencia de múltiples factores aumenta considerablemente la probabilidad de ocurrir un episodio de AVE. Ese resultado demostró claramente la necesidad de orientación y acompañamiento de esa clientela a fin de recoger medidas de prevención y control de los factores de riesgo modificables y terapéutica medicamentosa específica como en la hipertensión, diabetes e incluso la reposición hormonal en los casos indicados, garantizando a la mujer menopausica una vida larga y con salud.

Fue sorprendente la presencia de más de un factor de riesgo para enfermedad cerebrovascular en las mujeres analizadas. La coexistencia de múltiples factores aumenta considerablemente la probabilidad de ocurrir un episodio de AVE.

Ese resultado demostró claramente la necesidad de orientación y acompañamiento de esa clientela a fin de recoger medidas de prevención y control de los factores de riesgo modificables y terapéutica medicamentosa específica como en la hipertensión, diabetes e incluso la reposición hormonal en los casos indicados, garantizando a la mujer menopausica una vida larga y con salud.

Figura 7. Evaluación de los factores de riesgo para AVE en mujeres con menopausia según conocimiento sobre AVE. Fortaleza, Ceará, 2007.



OBS: el término más conocido por cerca de un 90% de ellas fue derrame, y no AVC.

El 97% que afirmaron ya haber oído hablar del AVE, estas obtuvieron esa información a través, en orden decreciente: de la televisión 45%, de amigos y parientes 42,5% y de servicios de salud 12,5%.

Ya 39 de las entrevistadas que dijeron haber oído hablar del AVE, cuando cuestionadas sobre cuáles eran los factores de riesgo para esa enfermedad, respondieron, en orden decreciente de veces y cada una de las respuestas fue citada. Las siguientes respuestas fueron: "presión arterial" (18 veces), "cigarrillo" (6 veces), "preocupación" (6 veces), "bebida" (4 veces), "dolor de cabeza fuerte" (3 veces), "no alimentación adecuada" (3 veces), "rabia" (3 veces) y nerviosismo" (2 veces); las otras respuestas sólo fueron citadas una vez. Resaltándose los un 28,2% que no supieron responder a ese cuestionario; en el momento de la entrevista, estas mujeres fueron informadas sobre cuáles eran los factores de riesgo para esa enfermedad, siendo orientadas de cómo evitarlos o controlarlos.

Considerando que los periodos de la menopausia y post-menopausia representan fases muy delicadas en la vida de la mujer, y en los cuáles son más incidentes las enfermedades crónico-degenerativas, como es el caso del AVE, es de suma importancia que los profesionales de salud estén más atentos para esta clientela, principalmente los enfermeros que son educadores en salud por formación.

Cuando cuestionadas sobre si ellas adoptaban alguna medida para prevenir esa enfermedad, el 55% de ellas hablaron que sí, 12,5% hablaron que no y el 32,5% no supieron responder. De las 22 que dijeron sí, las medidas de prevención mencionadas fueron: “buena alimentación” 27,2%, “tomar el medicamento” el 27,2%, “hacer ejercicio” 18,2% y evitar “alimentos grasos” 13,7%.

Conclusión

Considerando que los periodos de la menopausia y post-menopausia representan fases muy delicadas en la vida de la mujer, y en los cuáles son más incidentes las enfermedades crónico-degenerativas, como es el caso del AVE, es de suma importancia que los profesionales de salud estén más atentos para esta clientela, principalmente los enfermeros que son educadores en salud por formación. Por lo tanto, es de suma importancia que nosotros enfermeros estemos abiertos a este tipo de población, pues sólo la educación con el objetivo de control de los factores de riesgo

es de suma importancia que nosotros enfermeros estemos abiertos a este tipo de población, pues sólo la educación con el objetivo de control de los factores de riesgo para el AVE hará que los índices de esa enfermedad específicamente en esa población sean disminuidos, visto su crecimiento tanto en nuestro estado como en nuestra ciudad.

para el AVE hará que los índices de esa enfermedad específicamente en esa población sean disminuidos, visto su crecimiento tanto en nuestro estado como en nuestra ciudad. Luego, sólo la detección y el control de los factores de riesgo irán a conseguir una significativa reducción de la incidencia y recidiva del AVE.

Se pudo percibir con ese estudio que los servicios de salud son carentes en programas que traten de esta clientela en nuestra ciudad, pues fue difícil encontrar un establecimiento de salud que atendiera esa demanda de mujeres menopausicas, constituyéndose una traba importante en la prevención de esa enfermedad, pues la prevención es la más poderosa arma a ser utilizada con concienciación de las mujeres de que son necesarios cambios en el estilo de vida, sobre todo en la menopausia.

Gran parte de la clientela del estudio poseía el perfil de las personas que recogen servicios del Sistema Único de Salud (SUS), teniendo renta familiar baja, grado de estudio “insatisfactorio” (la mayoría tenía sólo la enseñanza fundamental incompleto) y la mayoría de las mujeres eran amas-de-casa.

Las mujeres poseían varios factores de riesgo para el AVE, un 40% tenían tres factores de riesgo lo que ya sirve de estado de alerta, sin embargo, a pesar de todo eso, eran mujeres razonablemente informadas sobre el mantenimiento del estado de su salud y buscaban mantener hábitos de vida saludables, a través de la adopción de la práctica de ejercicios físicos, de una buena alimentación (a pesar, de las dificultades financieras).

Percibimos con este estudio que las mujeres ya habían oído hablar sobre el AVE (siendo que el término más conocido por ellas fue derrame), siendo las principales fuentes de información sobre este asunto la televisión, evidenciando cuanto el medio tiene un papel social importante en la prestación de esclarecimientos a la población, y a través de amigos y parientes, resaltando el papel de las personas de multiplicadores de las orientaciones en salud cuya condición debe ser valorada por el enfermero en la atención de su clientela.

Otro aspecto percibido fue que las mujeres no eran ajenas a la temática en cuestión, pues cuando cuestionadas sobre lo que podría causar el AVE, gran parte de las mujeres respondió satisfactoriamente, apuntando como principales factores de riesgo: presión alta, cigarrillo, bebida y mala alimentación, sin embargo cuando cuestionadas si adoptaban alguna medida para prevenir el AVE, muchas se confundieron o no supieron responder.

Se quedó bastante claro que las mujeres en la menopausia representan una clientela de riesgo elevado para complicaciones en su estado de salud sobre todo por la privación del estrógeno, representando una fase compleja en el ciclo de vida de la mujer, donde ocurren alteraciones físicas y psicológicas. Las mujeres deben ser orientadas desde su fase reproductiva de la necesidad permanente de acompañamiento por un profesional de salud para que pueda entrar en la

menopausia de forma natural y controlando los posibles factores de riesgo que podrán impedirle tener una vida llena y saludable en las edades más avanzadas.

Referencias

1. Brasil. Ministerio da Saude. Acidente Vascular Encefálico. Disponível em ><http://bvsmms.saude.gov.br/php/index.php><. Acesso em 20/03/2009.
2. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. In: Informações em Saúde. Disponível em: ><http://www.saude.ce.gov.br/internet/>< Acesso em 10/03/2007.
3. LIMA, C.A.S. A mulher acometida de acidente vascular cerebral. Cuidados de enfermagem no processo de reabilitação. Fortaleza, 2003. Dissertação de Mestrado-Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará-UFC.
4. FAVARATO, M.E.C.S.; ALDRIGHI, J.M. A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v.47, n.4, p.339-345, out./dez.2001.
5. SANTOS, R.D e MARTINEZ, T.L.R. Fatores de risco para doença cardiovascular: velhos e novos fatores de risco, velhos problemas! Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, São Paulo, v.46, n.3, p.39-47, jun.2002.
6. MATURAMA, M.A.; IRIGOYEN, M.C; SPRITZER, P.M. Menopause, estrogens, and endothelial dysfunction: current concepts. Clinics, v.62, n.1, p.77-86, fev.2007.
7. MANCINI, M. Métodos de avaliação de obesidade e alguns dados epidemiológicos. Revista da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO), edição 11, disponível em: ><http://www.abeso.org.br/revista11/metodos.htm><. Acesso em: 01/10/2007.
8. CANTU, C; TALAMAS, O; MEJIA, A et al. Prevencion primaria de la enfermedad vascular cerebral. Revista de Investigación Clínica, México, v.54, n.3, p.247-256, mayo./jun.2002.
9. DESPAIGNE, D.A.N; OSORIO, Y.L. Menopausia, hipertensión arterial y terapia de reemplazo hormonal. Revista Cubana de Endocrinología, Havana, v.14, n.1, p.32-37, ene./abr.2003.
10. PIRES, S.L; GAGLIARDI, R.J; GORZONI, M.L. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, São Paulo, v.62, n.3b, p. 844-851, set.2004.
11. CHERKÁSOVA, L.F; ZAYAS, N.D; RODRÍGUES, I.M.G. Estudio de factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular em el Policlínico Docente "Doctor Carlos J. Finlay". Revista Cubana de Medicina General Integral, Havana, v.20, n.1, ene./feb 2004.
12. ARAÑA, M.C.O; MACHÍN, L.M.F; GONZÁLEZ, V.M et al. Ocurrencia de enfermedad cerebrovascular en pacientes hipertensos. Revista Cubana de Medicina General Integral, Havana, v.18, n.5, p.322-325, sep./oct.2002.
13. HAYASHIDA, S.A.Y e HALBE, H.W. Normatização do climatério In: HALBE, H.W; FONSECA, A.M; BAGNOLI, V.R; PINOTTI, J.A. Ginecologia endócrina e climatério: procedimentos. São Paulo: SARVIER; p.28-30. 1995.
14. GUEDES, D.P e GONÇALVES, L.A.V.V. Impacto da prática habitual de atividade física no perfil lipídico de adultos. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, São Paulo, v.51, n.1, p.72-78, fev. 2007.
15. FERNANDEZ, A. F; CAO, Y.C; DELGADO, L.S. Hábito de fumar. Repercusión sobre el aparato cardiovascular. Revista Cubana de Medicina General Integral, Havana, v.21, n.3-4, p.31-34, may./ago 2005.
16. AL-DELAIMY, W.K.; WILLETT, W.C.; MANSON, J.E.; SPEIZER, F.E; HU, F.B. Smoking and mortality among women with type 2 diabetes. The Nurses Health Study Cohort. Diabetes Care, v.24, p.2043-2048, 2001.
17. MATSUDO, S.M; MATSUDO, V.R; ARAÚJO,T; ANDRADE, D; ANDRADE, E et al. Nível de atividade física da população do estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, Brasília, v.10, n.4, p.41-50, out. 2002.
18. GAMEZ, A.A; SOTOLONGO, O.G; FELINCIANO, V et al. Síndrome metabólica como factor de riesgo en la enfermedad cerebrovascular. Revista Cubana de Medicina Militar, Havana, v.34, n.4, p.15-23, oct./dic.2005.
19. ZAHAR, S.E.V; ALDRIGHI, J.M; PINTO, A.M.N; CONDE, D.M; ZAHAR, L.O; RUSSOMANO, F. Qualidade de vida em usuárias e não usuárias de terapia de reposição hormonal. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v.51, n.3, p.133-138, mio/jun.2005.
20. NÁPOLES, M.R.S; CHANG, I.M.M; VASALLO, R. Lípidos, menopausia quirúrgica y terapia estrogénica. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, Havana, v.25, n.1, p.1-9, mar.2006.
21. ALDRIGHI, J.M.; MANSUR, A.P; ALDRIGHI, C.M.S. Recomendações da AMERICAN HEART ASSOCIATION sobre terapêutica de reposição hormonal no climatério e prevenção secundário. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v.47, n.4, p.286-287, out./dez. 2001.
22. ROZENFELD, S. Terapia hormonal para a menopausa (TH): múltiplos interesses a considerar. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.437-422, mar./abr.2007.
23. BOTELL, M.L e DESPAIGNE, D.A.N. Lipoproteína a, aterosclerosis y terapia hormonal de reemplazo. Revista Cubana de Medicina General Integral, Havana, v.21, n.3-4, p.1-8, may./ago.2005.
24. MACHADO, L.V. Repercussões da histerectomia e ooforectomia na menopausa. In: PINOTTI, J.A; HALBE, H.W; HEGG, R. Menopausa. São Paulo: ROCA, p.309-315. 1995.

Se quedó bastante claro que las mujeres en la menopausia representan una clientela de riesgo elevado para complicaciones en su estado de salud sobre todo por la privación del estrógeno, representando una fase compleja en el ciclo de vida de la mujer, donde ocurren alteraciones físicas y psicológicas. Las mujeres deben ser orientadas desde su fase reproductiva de la necesidad permanente de acompañamiento por un profesional de salud para que pueda entrar en la menopausia de forma natural y controlando los posibles factores de riesgo que podrán impedirle tener una vida llena y saludable en las edades más avanzadas.

Satisfacción laboral en el personal de enfermería de la sala de oncología del Hospital Clínic de Valencia

Santacatalina Roig, E.
Enfermero. Servicio Oncología.
Hospital Clínic de Valencia

El personal de enfermería suele verbalizar sentimientos de desencanto hacia su profesión motivados por un escaso reconocimiento social, dificultad para conciliar la vida familiar y profesional, horarios de trabajo, etc. El estudio trata de conocer, a través de 50 indicadores, el grado de satisfacción laboral de las enfermeras del grupo de estudio y su relación con las 6 variables sociodemográficas consideradas.

Introducción

La satisfacción laboral puede definirse como un “estado emocional positivo o placentero resultado de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto” (Locke 1976). Otros autores consideran la satisfacción laboral como una actitud o un conjunto de actitudes desarrolladas por el sujeto hacia su situación de trabajo (Harpaz 1983). Cook (1981) descompone el contexto del trabajo en los 14 aspectos del mismo que más se repetían a lo largo de los cuestionarios de medida que analizó: satisfacción con la supervisión, con la organización, con los compañeros de trabajo, con las condiciones de trabajo, con las posibilidades de promoción, con la carrera laboral, con la paga, con los subordinados, con la seguridad en el trabajo, satisfacción extrínseca general, con la clase de trabajo, con la cantidad de trabajo, con el desarrollo personal y con la satisfacción intrínseca general. Las distintas definiciones que diferentes autores han ido aportando desde presupuestos teóricos, no siempre coincidentes, reflejan la multiplicidad de variables que pueden incidir en la satisfacción laboral; las circunstancias y características del propio trabajo y las individuales de cada trabajador condicionarán la respuesta afectiva de éste hacia diferentes aspectos del trabajo.

La primera teoría completa centrada en el campo de la satisfacción laboral es la formulada por Herzberg (1959), denominada teoría bifactorial de la satisfacción según la cual son distintos e independientes los factores que contribuyen a la satisfacción y los que provocan insatisfacción. Los denominados factores higiénicos, que son extrínsecos al trabajo, son los que determinan la insatisfacción laboral, mientras que los factores motivadores, que son intrínsecos al trabajo, determinan la satisfacción. Factores higiénicos son el salario, la política de la compañía y el estilo de supervisión. Factores motivadores son la responsabilidad, el gusto por el trabajo, el reconocimiento y la promoción. De las críticas a esta teoría surge el llamado método comparativo que propugna examinar las condiciones en las que se desarrolla la satisfacción o insatisfacción y sus correlaciones a nivel de absentismo e inestabilidad.

El personal de enfermería suele verbalizar sentimientos de desencanto hacia su profesión motivados por un escaso reconocimiento social, dificultad para conciliar la vida familiar y profesional, horarios de trabajo, etc. Este desen-

canto se manifiesta también en el elevado número de plazas de enfermería vacantes que existen en la sala de Oncología. Esto nos lleva a la formulación de las siguientes hipótesis de trabajo:

1. *El personal de enfermería oncológica del Hospital Clínic de Valencia está poco satisfecho con su trabajo.*
2. *La edad influye en el grado de satisfacción de modo que el personal más antiguo estará menos satisfecho.*
3. *La insatisfacción conduce a una alta afiliación sindical.*
4. *El sistema de trabajo a turnos genera insatisfacción.*

En cuanto a la medición de la satisfacción en el trabajo existen numerosas técnicas e instrumentos. A la hora de plantear este estudio se han considerado diferentes cuestionarios: la Escala General de Satisfacción (Overall Job Satisfaction) desarrollada por Warr, Cook y Wall en 1979, el cuestionario de satisfacción de necesidades de Porter y los cuestionarios de satisfacción S21/26 de Meliá J.L., et al. y el cuestionario S4/82 de Meliá J.L. y Peiró J.M. Otro cuestionario estudiado ha sido el elaborado para el estudio “Satisfacción laboral y factores asociados en el personal de enfermería del Hospital de Navarra” cuyos autores son Urricelqui, A. y Sanz, A.C.

Objetivos del estudio

- Detectar el grado de satisfacción laboral del personal de enfermería del Servicio de Oncología del Hospital Clínic de Valencia.
- Determinar los factores que influyen en el grado de satisfacción experimentado por las enfermeras.

Material y métodos

Población de estudio

La población objeto del estudio es la totalidad de la plantilla de enfermería de la sala de oncología del Hospital Clínic de Valencia (18), tanto fijo (5) como eventual (13), que hayan ejercido durante al menos un año en este servicio y exceptuando al que en este momento está de baja por maternidad (2).

| VARIABLES | CATEGORÍAS | Nº | % |
|------------------------------------|------------|----|------|
| SEXO | Hombre | 5 | 27,8 |
| | Mujer | 13 | 72,2 |
| EDAD | 26-30 | 3 | 16,7 |
| | 31-35 | 4 | 22,2 |
| | 36-40 | 1 | 5,6 |
| | 41-50 | 7 | 38,9 |
| | 51-60 | 3 | 16,7 |
| ESTÁ SINDICADO | SI | 13 | 72,2 |
| | NO | 5 | 27,8 |
| TIPO DE CONTRATO | Eventual | 13 | 72,2 |
| | Fijo | 5 | 27,8 |
| AÑOS TOTALES EJERCICIO PROFESIONAL | 5-10 | 3 | 16,7 |
| | 11-15 | 5 | 27,8 |
| | 16-20 | 3 | 16,7 |
| | >20 | 7 | 38,9 |
| AÑOS EN ONCOLOGÍA | 1-10 | 13 | 72,2 |
| | 11-20 | 2 | 11,1 |
| | >20 | 3 | 16,7 |

Características de la muestra
Figura 1

Diseño y variables del estudio

Del análisis de los cuestionarios citados anteriormente se ha tomado como base el desarrollado por Urricelqui, A. y Sanz, A.C., sobre el cual se han substituido (3, 8, 10, 13, 24, 29, 37, 42, 50) y reformulado (2, 17, 19, 21, 22, 28, 33, 34, 36, 39, 40, 44) algunos ítems, aunque manteniendo el número de estos en 50. También se han ampliado los puntos de anclaje de la escala del cuestionario (escala tipo Lickert) a siete en lugar de los cinco del cuestionario tomado como base.

El cuestionario consta de:

- seis variables sociodemográficas y laborales: edad, sexo, antigüedad en la profesión, antigüedad en la sala de oncología del H. Clínic, tipo de contrato y sindicación.
- cincuenta ítems para medir la satisfacción laboral con siete alternativas de respuesta: muy insatisfecho, bastante satisfecho, algo insatisfecho, indiferente, algo satisfecho, bastante satisfecho y muy satisfecho.

La puntuación total se obtiene de la suma de las elecciones del encuestado en cada uno de los cincuenta ítems, de manera que si asignamos un valor 1 a muy insatisfecho y

correlativamente hasta asignar un valor 7 a muy satisfecho, esta oscilará entre 50 y 350, de modo que una mayor puntuación se corresponde con una mayor satisfacción laboral.

El de Cronbach del cuestionario elaborado es de 0.93 lo que indica una consistencia interna apreciable.

Trabajo de campo

El cuestionario se entregó personalmente a cada uno de los enfermeros/as del servicio de oncología en el mes de noviembre de 2004. Una vez cumplimentadas las encuestas se depositaban en un sobre habilitado en el propio servicio de donde se recogían para su posterior análisis.

Análisis estadístico

El estudio estadístico se realizó con el programa informático SPSS 10.0.

Con el test de Kolgomorov-Smirnov se ha comprobado que la muestra sigue una distribución normal.

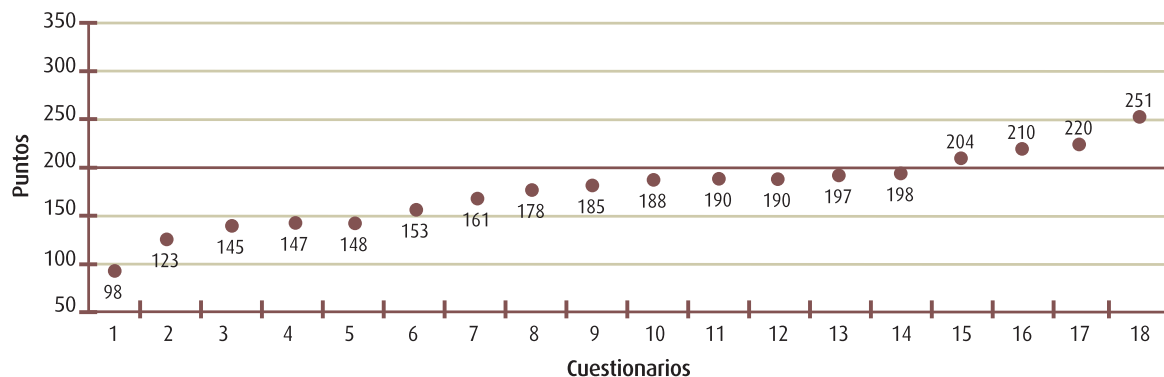
La coherencia interna del cuestionario se ha comprobado mediante el índice alfa de Cronbach.

Para relacionar las distintas variables sociodemográficas y laborales con la satisfacción laboral global se han utilizado las pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney (dicotómica) y Kruskal-Wallis (para K grupos), con un intervalo de confianza del 95%. El tamaño reducido de la muestra (aunque se trata de toda la población a estudio) nos lleva a aceptar valores de p situados en el margen de la significación estadística.

Resultados

La puntuación de los cuestionarios presentados se sitúa entre el mínimo de 98 (bastante insatisfecho) y el máximo de 251 (algo satisfecho), siendo la media de 177 (algo insatisfecho). La mediana es de 187 (algo insatisfecho) y se encuentra más cercana al centil 75 (199) que al centil 25 (148), por lo que se trata de una distribución ligeramente asimétrica.

Como puede observarse en la figura 2 la mayoría de los cuestionarios obtienen una puntuación por debajo de 200 que refleja insatisfacción laboral global.



Puntos obtenidos en los cuestionarios
Figura 2

| | |
|---|------|
| El trato y las relaciones con el paciente | 5.67 |
| Relación con tu inmediato superior | 5.67 |
| Relación con las enfermeras/os que pertenecen al servicio de oncología | 5.56 |
| La forma en la que el supervisor/a de tu unidad desempeña sus funciones | 5.39 |
| La calidad de los cuidados que prestas a tus pacientes | 5.22 |
| Consideración personal que te merece tu trabajo | 5.17 |
| Relación con los familiares del paciente | 5.11 |
| Reconocimiento que obtienes por parte del paciente | 5.06 |
| Las tareas y actividades que realizas en tu jornada habitual | 5.00 |

Ítems con puntuación > 5
Figura 3

| | |
|--|------|
| El reconocimiento e incentivos que recibes en función de tu rendimiento y la calidad de tu trabajo | 1.33 |
| El nivel de ingresos en relación con las obligaciones y responsabilidades de tu trabajo | 1.33 |
| El grado de cumplimiento de la normativa laboral: permisos, licencias, jornada, festivos | 1.61 |
| Toxicidad del puesto, riesgo de contraer infecciones o enfermedades profesionales | 1.61 |
| Los recursos humanos disponibles para cubrir ausencias en la plantilla | 1.72 |
| Las oportunidades de promoción que te ofrece tu trabajo | 1.78 |
| El sistema de sustituciones del personal por ILT o vacaciones | 1.83 |
| Las oportunidades de traslado a otros servicios del hospital | 1.89 |
| Facilidades que te ofrece la empresa para la asistencia a cursos de formación | 1.94 |

Ítems con puntuación < 2
Figura 4

La puntuación media de los 50 ítems se sitúa en 3.54.

La mayor satisfacción laboral del personal de enfermería oncológica procede del trato con los pacientes, con los familiares del paciente y con los compañeros de trabajo, además percibe que el paciente reconoce su trabajo. Se destaca pues, que la mayor satisfacción laboral que obtiene enfermería procede de las relaciones interpersonales. También está satisfecho con las tareas y actividades que realiza y con la calidad de los cuidados que presta. A diferencia de otra clase de trabajos, enfermería guarda muy buena relación con su inmediato superior y además está satisfecho con la forma en la que se supervisa su trabajo (figura 3).

Por el contrario la menor satisfacción tiene que ver con variables relacionadas con la empresa. Por una parte aquellas variables que guardan relación con el salario y los incentivos, las relacionadas con el cumplimiento de la normativa laboral: permisos, licencias, jornada, festivos, etc., y las que tienen que ver con promoción, traslados, substituciones y facilidades para asistencia a cursos de formación (figura 4). Se trataría de los llamados factores higiénicos de Herzberg, que son extrínsecos al trabajo, y que determinan la insatisfacción laboral. De entre los factores higiénicos descritos por Herzberg, en este grupo de trabajo se salva la

supervisión que se ejerce sobre los trabajadores.

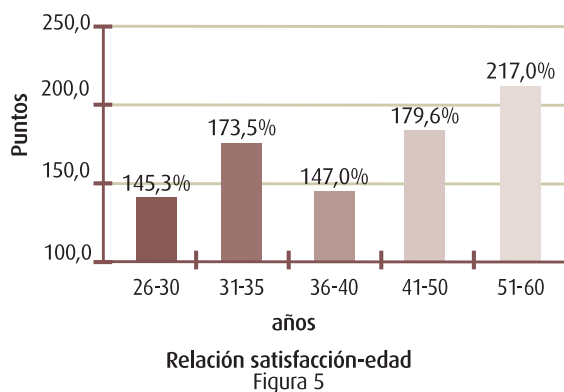
Estos parámetros que obtienen una menor puntuación por parte del personal de enfermería son también aquellos sobre los que más fácilmente se podría incidir para lograr mejoras en el grado de satisfacción de este colectivo.

La satisfacción media medida factor por factor (3.54) es inferior a la sensación global de satisfacción expresada por los enfermeros en el ítem 1 (4.06) (En general, ¿cómo te encuentras de satisfecho/o con tu trabajo?). Esta diferencia quizá se explique porque la respuesta a este ítem se haya realizado tomando sólo en consideración aspectos relacionados con los contenidos esenciales del trabajo, es decir, aquellos que Herzberg denominaría factores motivadores, obviando aquellos otros relacionados con la política de la empresa que son los que obtienen peores calificaciones.

Del estudio también se desprende que, contrariamente a la hipótesis planteada, el sistema de turnos actual del hospital no es uno de los elementos más importantes en la generación de insatisfacción para la enfermería del servicio de oncología. En concreto, la media de puntuación obtenida por el ítem 7 (El sistema de turnos de trabajo a que se ve sometido tu puesto) es de 3.39, ligeramente inferior a la media de todos los ítems que es de 3.54, considerándose como *Algo Insatisfecho*.

Relación satisfacción-edad.

De los datos obtenidos se observa, contrariamente a lo planteado en la hipótesis, que en el grupo objeto de estudio, el aumento de la edad no conlleva menor satisfacción laboral. Entre las enfermeras de oncología es justamente el grupo de mayor edad (51-60 años) el que está más satisfecho, obteniendo una media de 217.0; por el contrario el grupo menos satisfecho es el de menor edad (26-30 años) con una media de 145.3 (figura 5).



Es interesante destacar como el grupo de menor edad, el de 26-30 años, se sitúa en una calificación de Bastante Insatisfecho frente al grupo de mayor edad, el de 51-60, que se sitúa en niveles de Algo Satisfecho.

Relación satisfacción-sexo

No se observan diferencias significativas en relación al sexo.

Relación satisfacción-tipo de contrato.

Si se analiza el comportamiento de la satisfacción en relación al tipo de contrato del personal objeto de estudio se concluye que aquellos con contrato fijo están más satisfechos que los que tienen contrato eventual (209.2/164.5) ($p=0.014$). (Figura 6)

Relación satisfacción-años totales de profesión

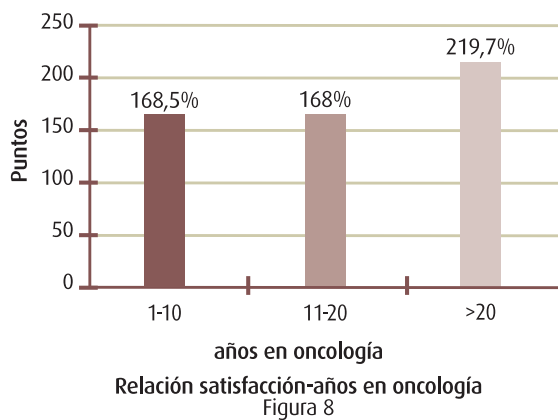
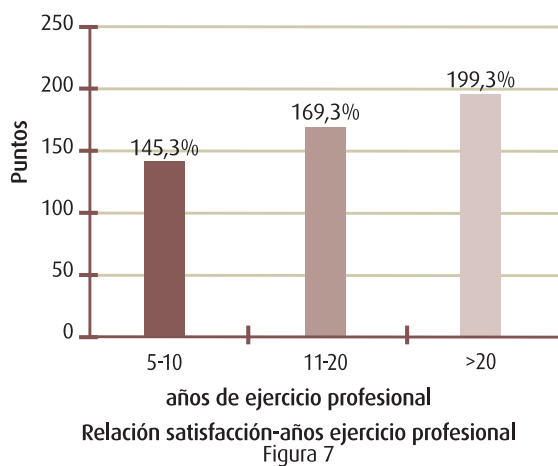
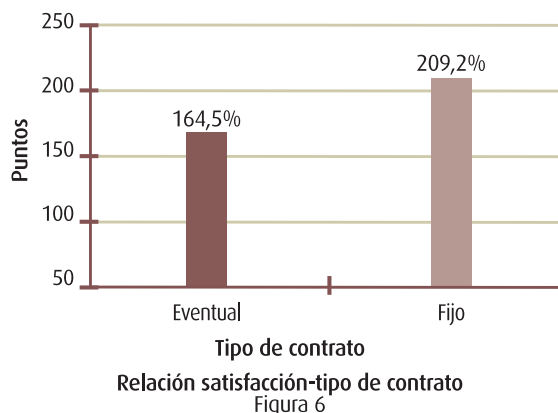
En nuestra población de estudio la satisfacción laboral aumenta en aquellos grupos que presentan una más dilatada experiencia profesional ($p=0.083$). (Figura 7)

Relación satisfacción-años totales en oncología

A lo largo de las dos primeras décadas de ejercicio profesional en la sala de oncología no se observan diferencias en cuanto a satisfacción laboral. En cambio, el personal que lleva más de 20 años en oncología se muestra más satisfecho que el resto ($p=0.068$). (Figura 8)

Relación satisfacción-afiliación sindical

Una de las hipótesis del estudio se refiere a que la falta



de satisfacción laboral conduce a una elevada afiliación sindical. En este sentido se observa como en nuestra población de estudio existe un elevado porcentaje de afiliación sindical: el 72.2% de las enfermeras/os está sindicada frente al 27.8% que no lo está.

No se observan diferencias significativas en el grado de satisfacción entre el personal afiliado y el no afiliado.

Discusión

El estudio realizado, a pesar de la dificultad que conlleva medir un concepto tan abstracto y complejo como es la satisfacción laboral, permite determinar la valoración subjetiva que los profesionales dan a cada una de las variables que se les plantea.

La media de los resultados globales obtenidos muestran que existe una cierta insatisfacción (Algo insatisfecho) y que ésta deriva fundamentalmente de la política de la empresa. La mayor parte de los indicadores peor valorados por las enfermeras son, a su vez, los más susceptibles de reversión con una adecuada política de personal y de comunicación por parte de la empresa. La alta afiliación sindical de la enfermería oncológica (72.2%) se puede entender como fruto de la insatisfacción de este colectivo con la política de personal de la empresa.

Por el lado positivo destacan aquellos parámetros relacionados con el paciente, con el equipo de enfermería y con el contenido de trabajo, en sintonía con el trabajo de Urricelqui, A y Sanz, A.C., si bien, en nuestro estudio, hay que señalar la alta valoración que se concede a la relación con el inmediato superior y la forma en que este ejerce la supervisión. Buena parte de la satisfacción laboral que obtiene la enfermería procede del trato con el paciente (ítem más valorado) y de las actividades que realiza en torno al paciente, hasta el punto que se destaca como el principal factor motivador de estos profesionales. Una acertada política de recursos humanos debería tomar en consideración este hecho y, en consecuencia, potenciar la formación en recursos y habilidades de los profesionales de enfermería para que la relación enfermera-paciente sea lo más satisfactoria posible. Por el contrario, los enfermeros dan una calificación de 1.94 (sobre 7) a las facilidades que da la empresa para la asistencia a cursos de formación, situándose dentro de los elementos que más insatisfacción producen.

La edad y la antigüedad se configuran como variables significativas con relación a la satisfacción laboral aunque en sentido contrario a lo planteado en la hipótesis; la satisfacción laboral aumenta con la edad obteniéndose diferencias importantes en los grupos extremos de edad. El hecho de que el personal más antiguo sea también el más satisfecho puede guardar relación con que suele tener contrato fijo, tiene más derechos laborales (traslados, elección de turno, etc.), y su remuneración es mayor (trienios) pero además, puede haberse producido algún tipo de selección, ya que este personal no se ha sumado al paulatino abandono que se produce en esta especialidad en cuanto se tiene ocasión para ello (sólo 3 enfermeras tienen la plaza en oncología de 19 que componen la plantilla).

Conclusiones

- El personal de enfermería de la sala de oncología del Hospital Clínic de Valencia se encuentra *Algo insatisfecho*.
- Los principales factores motivadores son la relación con el paciente, con el equipo de enfermería y el contenido del trabajo.

- El profesional de enfermería considera que su trabajo está poco reconocido.
- Uno de los factores que genera más insatisfacción entre las enfermeras está relacionado con el cumplimiento de la normativa laboral por parte de la empresa.
- Los profesionales de enfermería de la sala de oncología presentan una alta afiliación sindical.
- El personal de mayor edad y experiencia es el más satisfecho.
- No se observan diferencias en relación al sexo.
- El sistema de turnos de trabajo no destaca como uno de los principales factores generadores de insatisfacción laboral.
- Los enfermeros consideran como muy insatisfactoria las facilidades que da la empresa para la asistencia a cursos de formación.
- La formación en habilidades de comunicación debería ser un objetivo de la empresa para reforzar el efecto motivador de la relación enfermera-paciente.
- Una buena gestión de recursos humanos podría atenuar muchos de los factores generadores de insatisfacción en este colectivo.

Bibliografía

1. Locke, F.L. (1976). The nature and causes of job satisfaction. En M.D. Dunnette (Ed.), Handbook of Organizational and Industrial Psychology. Chicago: Rand McNally.
2. Lucas Marín, A. y García Ruiz, P. Sociología de las organizaciones. Editorial Mc Graw Hill. 1ª Edición 2002.
3. Pérez Bilbao J; Hidalgo Vega M. Satisfacción Laboral: escala general de satisfacción. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Notas Técnicas de Prevención 394-1995.
4. Corbetta, Piergiorgio. Metodología y Técnicas de Investigación Social. 1ª Edición. 2004. McGraw-Hill.
5. Meliá, J.L.; Peiró, J.M. (1998). Cuestionario de Satisfacción Laboral S4/82.
6. Cook, J.D. et al. (1981). The Experience of Work. Academia Press. London.
7. Warr, Cook y Wall. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. Journal of Occupational Psychology, 1979, 52, 129-148.
8. Urricelqui, A; Sanz A.C. Satisfacción laboral y factores asociados en el personal de enfermería del Hospital de Navarra. Revista Rol de Enfermería 1997; 23(5): 33-36.
9. Hargaz, I (1983). Job Satisfaction: Theoretical Perspectives and a Longitudinal Analysis. New York. Libra Publishers.
10. Herzberg, F., Mausner, B y Snydermann, B.B. (1959). The Motivation to Work. New York, Wiley.
11. Bravo, M.J. La satisfacción laboral en los profesionales sanitarios: elaboración de un instrumento de evaluación. BID. TL 03802.
12. Zurriaga R, Bravo M.J., Peiró J.M. La satisfacción laboral en profesionales sanitarios de organizaciones públicas y privadas. Revista de Psicología del Trabajo y Organizaciones. 1990; 16:67-73.
13. Fernandez Alonso, J.A. Satisfacción laboral en un centro hospitalario: un análisis del cuestionario de Porter. Revista de Psicología del Trabajo y Organizaciones. 1994; 28:39-61.
14. Alfaro de Prado Sagrera, A.M. Medición de la satisfacción laboral mediante el cuestionario de satisfacción de necesidades de Porter. Revista de Psicología del Trabajo y Organizaciones. 1999; 15:63-76.
15. García, E., Gil, J., y Rodríguez, G. Cuadernos de Estadística. Análisis Factorial (7). Edit. La Muralla, S.A./Edit. Hespérides, S.L.
16. Norman y Streiner. Bioestadística. Edit. Harcourt. Componentes principales y análisis de factores. 15: 129-142.

Estudio del absentismo en exploraciones endoscópicas digestivas

Diferentes estudios realizados sobre las listas de espera en la Sanidad Pública concluyen, que el tiempo que transcurre desde que el paciente pide cita con el especialista, hasta establecer un diagnóstico y tratamiento (tras la realización de las pruebas diagnósticas necesarias), es de unos cuatro meses de media, periodo que se prolonga si el tratamiento requiere de una intervención quirúrgica.

Dado que el absentismo produce una disminución en la cantidad de turnos disponibles, y por tanto de exploraciones realizadas, decidimos realizar un estudio en el Servicio de Endoscopia Digestiva para valorar si actuando sobre el mismo, disminuiría el tiempo de espera para ser atendido por nosotros.

Introducción

Actualmente, uno de los principales problemas con los que se encuentran los gestores de la Sanidad Pública, sino el que más, es el del control del gasto sanitario. Pero también existen otros muy importantes, como es el de reducir las listas de espera.

Existen dos líneas básicas de actuación para reducir las listas de espera: aumentar la oferta de servicios o disminuir la demanda.

En el primer caso, el aumento implicaría una mayor financiación o una mejora en la gestión, incrementando la productividad de los recursos asignados.

Diferentes estudios realizados en varias comunidades autónomas concluyen que el absentismo de los pacientes en consultas externas de especializada y de pruebas diagnósticas está alrededor de entre un 12% y un 15%.

También reconocen que dar citas para tres, cuatro o seis meses, hace que a la gente se le olvide, que sintiéndose mejor decidan no acudir o bien que busquen otras alternativas como por ejemplo la medicina privada.

La percepción inicial que teníamos en nuestro trabajo diario, era que la población, al igual que ocurre en otras esferas de la sociedad, reclama que se cumplan sus derechos como ciudadano en materia sanitaria, pero por otro lado, pensamos que no siempre cumple con sus obligaciones.

Dichas obligaciones vienen descritas en la Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de Abril. En su artículo 11, apartado 3 dice:

“Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones terapéuticas y sociales”.

También a nivel de la Comunidad Valenciana, en el DOGV nº: 4.430 del 31 de enero de 2003, en su Título IX, artículo 31, describe las obligaciones del paciente y la primera de ellas dice:

“Hacer buen uso de los recursos, prestaciones asistenciales y derechos, de acuerdo con lo que su salud necesite y en función de las disponibilidades del sistema sanitario”.

Margaix Margaix, Luis Gomez Garcia, Francisca Rubio Valverde, Amparo Zaragoza Gradoli, Rosa Enfermer@s de la Unidad de Endoscopias del Hospital de la Ribera. Alzira.

Palabras Clave: Absentismo. Gasto sanitario. Paciente. Endoscopia Digestiva

Decidimos realizar un estudio prospectivo sobre el número de pacientes que no acuden a la cita de una exploración endoscópica digestiva, y al mismo tiempo recabar datos acerca de las causas del absentismo, y valorar si todo ello repercutiría en poder realizar una mejor gestión y por consiguiente reducir la lista de espera.

Material y método

El periodo que hemos valorado es de 6 meses (Abril 2008 - Septiembre 2008 ambos inclusive).

Nuestra actividad diaria habitual consiste en la realización de 10 gastroscopias y 6 colonoscopias de pacientes ambulatorios, más las exploraciones de pacientes ingresados.

En el estudio se incluyeron los pacientes que tenían cita de forma ambulatoria. No se tuvieron en cuenta los pacientes ingresados.

Además, dos días a la semana, se realizan exploraciones bajo sedación anestésica, lo que supone, por una parte añadir otro tipo de exploración como es la CPRE (Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica), y por otra, disponer de mayor número de recursos materiales y sanitarios (anestésista, enfermería, etc).

Nuestra lista de espera habitual es de unos 30 días para las gastroscopias y de 45 para las colonoscopias. En los casos que se requiere sedación por parte del servicio de anestesia puede ser de varios meses.

La percepción inicial que teníamos en nuestro trabajo diario, era que la población, al igual que ocurre en otras esferas de la sociedad, reclama que se cumplan sus derechos como ciudadano en materia sanitaria, pero por otro lado, pensamos que no siempre cumple con sus obligaciones.

Decidimos realizar un estudio prospectivo sobre el número de pacientes que no acuden a la cita de una exploración endoscópica digestiva, y al mismo tiempo recabar datos acerca de las causas del absentismo, y valorar si todo ello repercutiría en poder realizar una mejor gestión y por consiguiente reducir la lista de espera.

Creamos una base de datos en la que se incluían los siguientes parámetros:

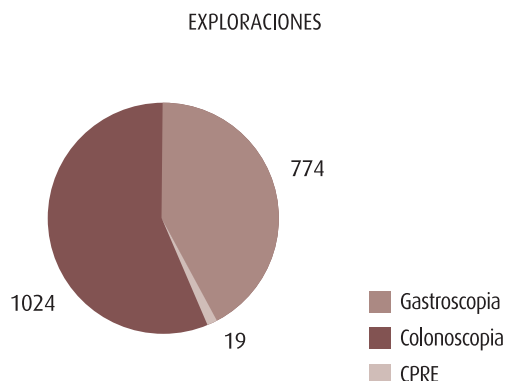
1. Exploración a realizar.
2. Si precisa sedación o no.
3. Si acude el paciente.
4. Si acude, pero no se realiza, conocer si es debido a un error del personal sanitario o del paciente.
5. Si ha avisado en caso de no acudir.
6. Si el aviso se produce con suficiente antelación para poder programar a otro paciente.
7. Si el paciente ha avisado, conocer si la información llega al personal de endoscopias.
8. Motivos por los que no acude.
9. Si es necesario darle nueva cita.

El método para recopilar los datos fue mediante llamada telefónica a los pacientes que no acudieron. Por otro lado el servicio de admisión nos comunicaba las ausencias de aquellos pacientes que lo notificaban vía telefónica o de presencia en el Hospital.

Resultados

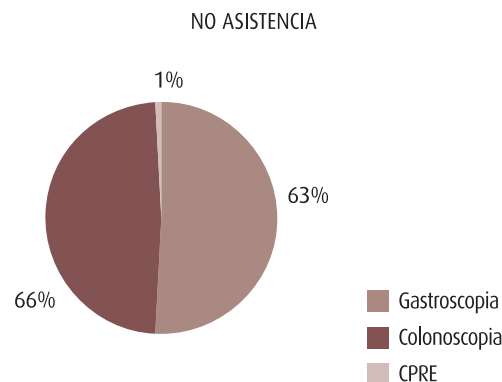
Los resultados que hemos obtenido son los siguientes:

1. Durante este periodo se citaron para una exploración endoscópica digestiva un total de 1817 pacientes, distribuidos de la siguiente forma:
 - Gastroscopias: 774
 - Colonoscopias: 1024
 - CPRE: 19



2. No acudieron a su cita programada 130 pacientes, (7.15%).
Por exploraciones se distribuyeron del siguiente modo:

- 63 Gastroscopias
- 66 Colonoscopias
- 1 CPRE



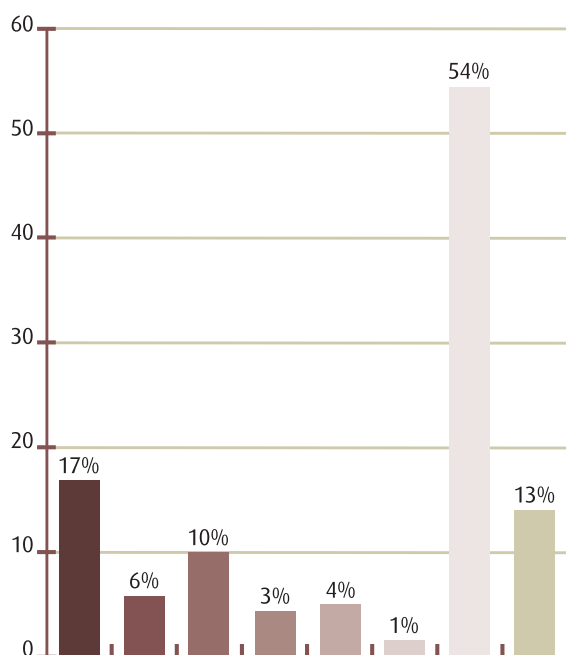
3. Pacientes programados con sedación anestésica que no asistieron: 6
4. A 22 pacientes no se les realizó la exploración por algún error, bien por las condiciones en que tenía que venir preparado (ayunas, analítica, limpieza de colon, etc) o bien por la citación.
 - Errores debidos al paciente: 11 casos.
 - Errores debidos al personal sanitario o administrativo: 11 casos.
5. Pacientes que avisaron que no iban a asistir: 15.
De éstos 15, avisaron con suficiente antelación 3 de ellos.

6. Hubo que dar nueva cita en 33 casos.

7. Los motivos de no acudir fueron los siguientes:

- No quiere hacérsela: 17
- Enfermedad: 6
- Olvido: 10
- Confusión por teléfono: 3
- Mejoría: 4
- Miedo: 1
- No se localiza al paciente: 54
- Otros: 13

MOTIVOS DE NO ASISTIR



- No quiere
- Confusión de citación
- No se localiza
- Enfermedad
- Mejoría
- Otros
- Olvido
- Miedo

CONCLUSIONES

En nuestro Hospital, el absentismo a una exploración endoscópica durante este periodo ha sido inferior en un 5-7% respecto a otros Hospitales de diferentes comunidades autónomas.

Las 130 ausencias, unidas a 33 recitaciones suman un total de 166 citas que no estuvieron disponibles para otros pacientes. Se distribuyeron del siguiente modo:

- 82 gastroscopias

- 80 colonoscopias
- 1 CPRE.

Supone una reducción de 10 días de citación de gastroscopias y de 12 en colonoscopias en un periodo de seis meses, lo que equivaldría a unos 2 días por mes en cada una de ellas.

Aunque estos datos indiquen que el absentismo en endoscopias no afecta mucho a la lista de espera, y que siempre puedan existir causas por las que el paciente no se presente (enfermedad, error en la citación, olvido, etc), pensamos que se debe realizar educación para la ciudadanía en el sentido de la responsabilidad que tiene el paciente en el uso de los recursos sanitarios.

Por otra parte, el personal sanitario y administrativo, deberá conocer los circuitos establecidos, para evitar errores que conlleven a suspender una exploración o el absentismo del paciente.

Por último, mencionar que algunos hospitales españoles, aprovechando las nuevas tecnologías, han establecido un sistema por medio del cual envían un mensaje al teléfono móvil del paciente tres días antes de una cita para recordársela, acompañando un número de teléfono donde el paciente pueda llamar si no va a acudir. Con ello han conseguido disminuir el absentismo en un 3.5%.

Bibliografía

1. Manual de Administración y Gestión Sanitaria. Lamata, F. Ediciones Díaz de Santos S.A. 1ª edición, 1998.
2. Gestión Sanitaria para los profesionales de la Salud. Villalobos, J. Editorial McGraw-Hill. 1ª edición. 2007.
3. Administración Hospitalaria. Malagón Londoño, G. ISBN: 84-79039627-3. Código: 5. Año 2000.
4. Economía y Salud. Economía, gestión económica y evaluación económica en el ámbito sanitario. Gisbert i Gelonch, R. ISBN: 844581180-0. Código: 1. Año: 2002.
5. El control del gasto sanitario. López-Casasnovas, G. / García, A. / Pellisé, L. ISBN: 840700236-4. Código: 1. Año: 2001.

Aunque estos datos indiquen que el absentismo en endoscopias no afecta mucho a la lista de espera, y que siempre puedan existir causas por las que el paciente no se presente (enfermedad, error en la citación, olvido, etc), pensamos que se debe realizar educación para la ciudadanía en el sentido de la responsabilidad que tiene el paciente en el uso de los recursos sanitarios.

Influencia de la administración de ibuprofeno intravenoso sobre la temperatura del recién nacido pretérmino

Fuentsanta Molina Fernández
Amparo Genovés Casquete
M^a Luisa Muñoz Illescas
Eva Pérez Lafuente
Enfermeras

Palabras Clave: Ibuprofeno, persistencia del ductus arterioso, termorregulación, recién nacido prematuro.

El ibuprofeno es un fármaco ampliamente usado en pediatría como antiérmico y por sus efectos antiinflamatorios. En el momento actual, se utiliza como tratamiento médico de la persistencia del ductus arterioso en el recién nacido pretérmino.

La termorregulación es uno de los factores críticos en la supervivencia y en la estabilidad del recién nacido prematuro a todos los niveles. Cualquier alteración de la misma puede repercutir en el resto del organismo inmaduro y a la vez puede ser síntoma de mayores complicaciones, originando graves consecuencias fisiológicas. Por ello, es importante que el personal de Enfermería tenga amplios conocimientos de los riesgos que la inestabilidad térmica puede acarrear a estos pacientes

Introducción

En la vida intrauterina, existe una comunicación entre la aorta y la arteria pulmonar necesaria para la circulación fetal que debe cerrarse con las primeras respiraciones del niño, al aumentar la saturación de oxígeno en su sangre. Si esto no ocurre hablamos de la persistencia del ductus arterioso (PDA).

El ibuprofeno pertenece al grupo de los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y, como tal presenta una actividad antiinflamatoria, analgésica y antipirética. Es un inhibidor no selectivo de la ciclooxigenasa, que produce una reducción de la síntesis de prostaglandinas implicadas en la persistencia del ductus después del nacimiento. Se cree que este efecto es el principal mecanismo de acción del ibuprofeno en esta indicación.(1-4)

No se recomienda el uso de ibuprofeno en niños menores de 6 meses⁸, pero a determinadas dosis se ha extendido su uso para el tratamiento de la PDA en pretérminos menores de 34 semanas (1, 5, 7), sustituyendo en muchos casos a la indometacina por su igual eficacia y menores efectos secundarios (6).

Otros efectos fisiológicos de los AINES descritos en neonatos incluyen alteración del ciclo del sueño, aumento del riesgo de hipertensión arterial, alteraciones del flujo cerebral, disminución de la función renal, trastornos en la termorregulación y alteración del balance hidroelectrolítico (4). Las complicaciones más estudiadas en neonatos han sido la reducción del flujo urinario y cerebral y el aumento de la creatinina, pero existe poca información sobre el resto de efectos y, entre ellos, los trastornos de la termorregulación (1, 5, 7, 13).

Por otra parte hay referencias que afirman que los AINES tienen muy poco o ningún efecto antiérmico en condiciones de normotermia (10, 11, 12).

La termorregulación es uno de los factores críticos en la supervivencia del recién nacido pretérmino (RNPT) a todos los niveles. Cualquier alteración de la misma puede repercutir en el organismo inmaduro, originando graves conse-

cuencias como: bradicardias, apnea, aumento del distrés respiratorio, disminución de la perfusión periférica, hipoglucemia, acidosis metabólica, etc. (9, 13)

La monitorización y el mantenimiento de la temperatura corporal para conservar un ambiente térmico neutro debe ser un objetivo prioritario del personal de enfermería; de ahí nuestro interés por este tema.

Objetivo

El objetivo de nuestro estudio es valorar si las dosis de ibuprofeno administradas para el tratamiento de la PDA influyen en la termorregulación del prematuro, produciendo una disminución de la temperatura, como ocurre en otras edades.

Material y método

Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Clínico de Valencia; se trata de una unidad de nivel III-B, con capacidad para 10 camas de intensivos en la cual se asiste a todo recién nacido salvo si requiere cirugía cardiovascular compleja.

Se revisaron las Historias Clínicas de los recién nacidos diagnosticados ecocardiográficamente de PDA entre noviembre de 2003 y julio de 2008, incluyendo en el estudio aquellos niños que recibieron ibuprofeno intravenoso.

Las variables registradas fueron la edad gestacional (EG), peso al nacimiento (PN) y sexo, así como las temperaturas del niño y de la incubadora las 8 horas previas y posteriores a la administración de ibuprofeno (1442 mediciones en total).

La presentación de ibuprofeno intravenoso utilizada fue PEDEA® (Orphan Europe), a las dosis recomendadas de 10 mg/kg en una primera dosis y dos dosis más de 5 mg/kg con un intervalo de 24 horas (1, 6, 8).

El análisis estadístico se realizó mediante el procedimiento T-Test-Pairs para comparar medidas intrasujeto, así como la prueba T de Wilcoxon, del programa SPSS para Windows en su versión 15.0.

Resultados

En el periodo estudiado 87 niños fueron diagnosticados ecocardiográficamente de PDA. De ellos, 31 (16 niños y 15 niñas) fueron tratados con ibuprofeno intravenoso; el resto se cerraron espontáneamente o con indometacina. La mediana (rango) de la edad gestacional fue de 27 semanas (24-36) y la media (desviación estándar) del peso al nacimiento de 971 gramos (356). (Tabla 1)

Como se aprecia en la Tabla 2, al analizar los datos de temperatura de la incubadora se observó una tendencia a

precisar un aumento de la misma (mayor con la dosis de 10 mg/kg) para mantener un ambiente térmico neutro en el niño después de la administración de ibuprofeno, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. (Figura 1)

No hubo diferencias en cuanto a la temperatura en los niños antes y después, siendo incluso la tendencia a aumentar tras la administración de la dosis de ibuprofeno. (Figura 2)

Sí que se observó una clara disminución de la temperatura corporal, cuando el niño presentaba temperatura mayor de

Tabla 1. Características de la muestra

| MUESTRA (n) | TOTAL: 31 | NIÑOS: 16 NIÑAS: 15 |
|----------------------------|-------------|--------------------------|
| EDAD GESTACIONAL (semanas) | MEDIANA: 27 | RANGO: 24-36 |
| PESO NACIMIENTO (gramos) | MEDIA: 971 | DESVIACIÓN ESTÁNDAR: 356 |

Tabla 2. Diferencia temperatura de incubadora

| DIFERENCIA TI PREVIA-MEDIA TI POSTERIOR | MEDIA | DESVIACIÓN STÁNDAR |
|---|-----------|--------------------|
| DOSIS 10 Y 5 mg. | - 0,04584 | 0,53590 |
| DOSIS 10 mg. | - 0,06333 | 0,69902 |
| DOSIS 5 mg. | - 0,02763 | 0,45464 |

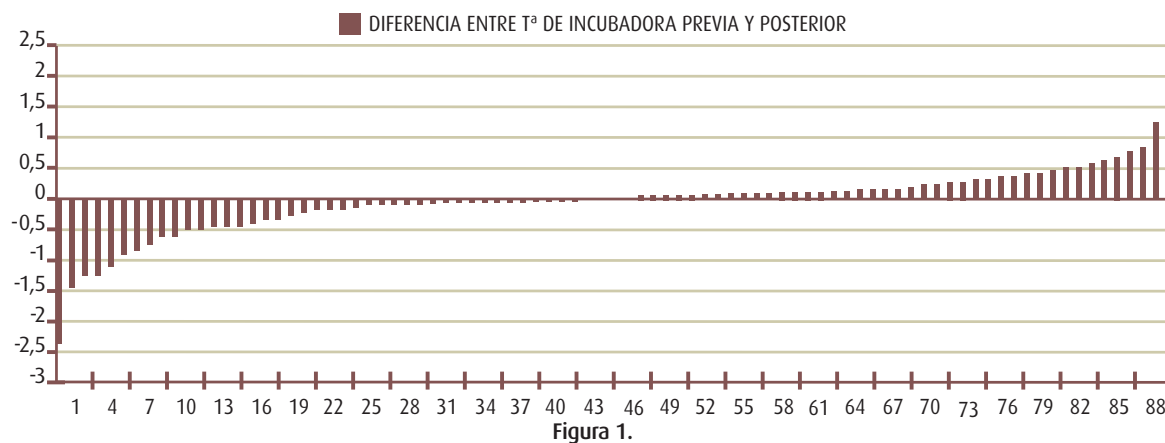


Figura 1.

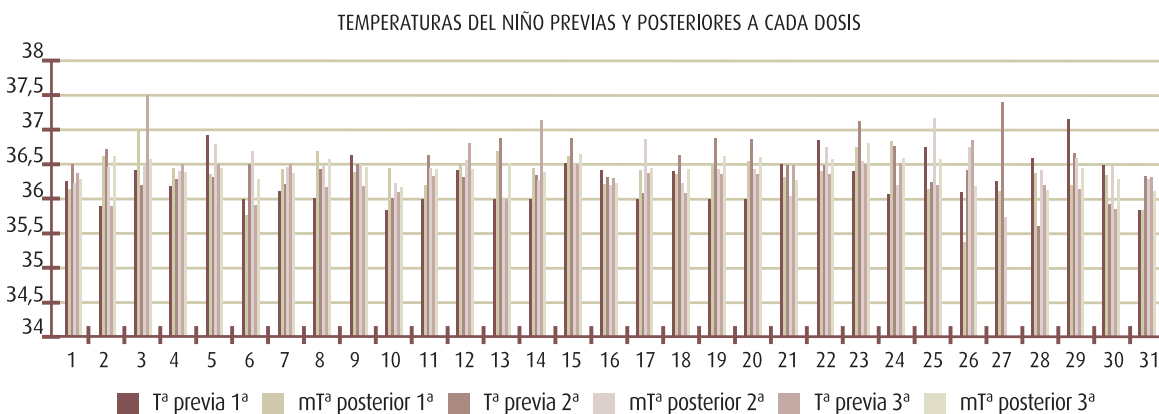


Figura 2.

36,8 °C previa a la administración del ibuprofeno, independientemente de la dosis. Si comparamos los valores con sus correspondientes temperaturas de incubadora, se

observa que éstas apenas se modifican, mientras las temperaturas del niño sí disminuyen en todos los casos. (Figuras 3 - 4)

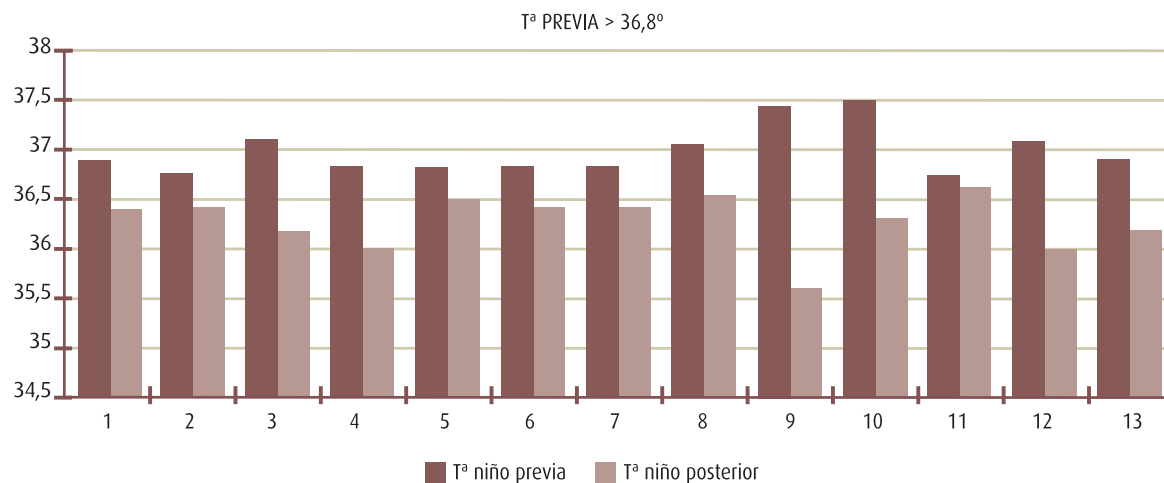


Figura 3.

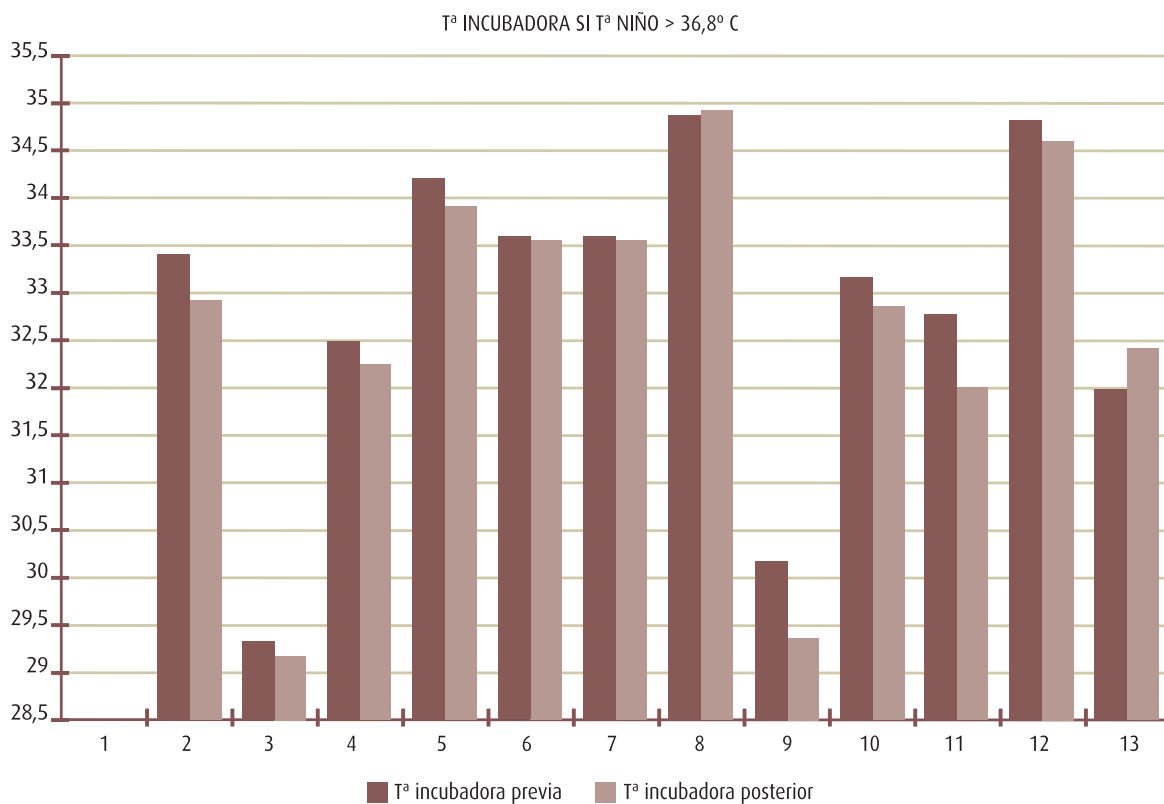


Figura 4.

Conclusiones

Los correctos cuidados de Enfermería dirigidos a mantener un ambiente térmico neutro en el neonato, manejando temperatura y/o humedad de la incubadora, pueden haber influido en atenuar el efecto, siendo en este caso beneficioso para el prematuro.

En muchos casos las temperaturas de la incubadora se modificaron, contrarrestando una posible disminución de la temperatura corporal del niño atribuible al fármaco; tal vez por esto, no encontramos en nuestro estudio evidencia clara del efecto hipotérmico con las dosis administradas de ibuprofeno, sí en algunos casos distermia. Por ello podría ser la temperatura de incubadora la variable a tener en cuenta.

Sí que se confirma su efecto antipirético en condiciones de hipertermia, hecho que añade importancia a la vigilancia de la temperatura corporal al administrar el ibuprofeno.

Otro aspecto a tener en cuenta, es la larga vida media del fármaco, que en neonatos puede llegar a ser de hasta 43 horas, pudiendo variar la temperatura en un periodo posterior al estudiado.

Todo esto junto a la naturaleza retrospectiva del estudio y el reducido tamaño de la muestra, pueden ser las limitaciones de nuestro trabajo.

No obstante, creemos que abre la puerta a futuros trabajos de tipo prospectivo sobre este tema, en el que el papel de enfermería es fundamental

Es importante que el personal de Enfermería tenga amplios conocimientos de los riesgos que la inestabilidad térmica puede acarrear a estos pacientes, planteando la necesidad de realizar un protocolo en la unidad para unificar criterios de manejo de la temperatura y la humedad de las incubadoras.

Bibliografía

1. Aranda, JV; Thomas, Ronald Aranda. Systematic Review: Intravenous Ibuprofen in Preterm Newborns. *Seminars in Perinatology*; June 2006 (Vol 30) Issue 3: 114-120.
2. Carabaño Aguado, I; Jiménez López, I; López-Cerón Pinilla, M et al. Eficacia de ibuprofeno y paracetamol como antitérmicos. *Anales de Pediatría*; 2005 (Vol 62) Número 02: 117-122
3. Índice de drogas. Disponible en: <http://ar.geocities.com/indice-drogas/>
4. Morris, JL; Rosen, DA; Rosen, K. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents in Neonates. *Review Article. Pediatric Drugs*; 2003 (6) 5:385-405.
5. Aranda, JV; Varvarigou, A; Beharry, K; Bansal, R; Bardin, C; Modanlou, H et al. Pharmacokinetics and protein binding of intravenous ibuprofen in the premature newborn infant. *Acta paediatrica*; 1997(86) 3: 289-293.
6. Plasencia García, I; Callejón Callejón, A; Roper, S; López Mendoza, S; González, M; Callejón Callejón, G. Ibuprofeno frente a indometacina en el tratamiento del ductus arterioso persistente (DAP). *Boletín de Pediatría Sociedad de Pediatría Asturias, Cantabria y Castilla y León* ; 3/2006 (46) 197.
7. Ohlsson A, Walia R, Shah S. Ibuprofeno para el tratamiento del conducto arterioso persistente en neonatos prematuros y/o de bajo peso al nacer (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane*

En muchos casos las temperaturas de la incubadora se modificaron, contrarrestando una posible disminución de la temperatura corporal del niño atribuible al fármaco; tal vez por esto, no encontramos en nuestro estudio evidencia clara del efecto hipotérmico con las dosis administradas de ibuprofeno, sí en algunos casos distermia. Por ello podría ser la temperatura de incubadora la variable a tener en cuenta. Sí que se confirma su efecto antipirético en condiciones de hipertermia, hecho que añade importancia a la vigilancia de la temperatura corporal al administrar el ibuprofeno.

Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

8. Vademecum.es. CMP Medicom Editorial, S.A. Madrid.

9. Nascimento Tamez, R; Pantoja Silva, MJ. Control Térmico. En: *Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Asistencia del recién nacido de alto riesgo*. 2ª ed. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, 2003. p. 27-32.

10. Valsecia, Malgor. Analgesicos, antipiréticos y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). *Drogas tipo aspirina*. Cap7, p.117. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/catedras/farmacologia/temas_farma/volumen4/cap7_aines.pdf

11. Dawson J, Moreno González A, Taylor M, Peter J. W. Reide. *Lo esencial en farmacología*. Elsevier España, 2005.(4) p 58.

12. Florez J, Armijo JA, Mediavilla A. *Farmacología humana*. 4ª Ed. Elsevier España MASSON,S.A, 2004. (4) p.378.

13. Cloherty J, Eichenwald E, Stark A. *Manual de cuidados neonatales*. 4ª ed. Masson. 2005 (12) p 167-171.

Es importante que el personal de Enfermería tenga amplios conocimientos de los riesgos que la inestabilidad térmica puede acarrear a estos pacientes, planteando la necesidad de realizar un protocolo en la unidad para unificar criterios de manejo de la temperatura y la humedad de las incubadoras.

Calidad de vida en personas sometidas al tratamiento de hemodiálisis

Oliveira, Fernanda Celedônio de

Mestranda da Universidad Federal do Ceará – UFC. Especialista em Nefrologia. Enfermera do Serviço de Apoio ao Renal Agudo – SARA e Hospital Geral de Fortaleza – HGF em Fortaleza / CE.

Barrêto, Suélida Menezes

Mestranda da Universidad Federal do Ceará – UFC.

Alves, Maria Dalva Santos

Doctora en Enfermería. Prof^a. Asociada I – Jefe del Departamento de Enfermería de la Universidad Federal do Ceará – UFC.

Costa, Maria Suêuda

Doctora en Enfermería por la Universidad Federal do Ceará – Auditora de la Secretaria de Salud de Fortaleza

Silva, Maria Josefina da

Profesor Ajunto IV - Departamento de Enfermería de la Universidad Federal do Ceará - UFC

Fernandes, Ana Fátima Carvalho

Profesor. Ajunto IV - Departamento de Enfermería de la Universidad Federal do Ceará - UFC

El aumento en la prevalencia de las enfermedades renales crónicas modifica los objetivos de la atención a la salud, siendo preconizada la monitorización regular de la calidad de vida de las personas mantenidas en hemodiálisis. Objetivó analizar la producción científica sobre el tema calidad de vida en personas que realizan tratamiento de hemodiálisis. Estudio descriptivo y bibliográfico, realizado online - Literatura del Sistema de Información en Ciencias de la Salud (BIREME), abril a junio de 2008. Se analizó por variables: categoría de las especialidades; año de publicación; tipo de publicación; instrumentos de evaluación de la calidad de vida y metodología utilizada. Fueron seleccionados ocho investigaciones: tres de Enfermería, cuatro de Medicina y una de la Psicología, entre 2003 la 2007; investigación de campo, con abordaje quantiquantitativa; el instrumento más utilizado fue Medial Outcomes Study Questionnaire 36 – Ítem Short Form Health Survey (SF – 36). Se concluyó que calidad de vida se hizo un importante criterio en la evaluación de la efectividad de tratamiento e intervenciones en el área de la salud.

Palabras Clave: Calidad de vida; Diálisi renal; Insuficiencia renal crónica

Introducción

En los días actuales, el binomio salud y enfermedad no es centrado, únicamente, en los aspectos biológicos, pero sí relacionado a las características de cada sociedad, donde tanto la concepción de salud y enfermedad cuanto el enfermo son considerados en el contexto social (1).

La enfermedad crónica como comportamiento de crisis y choque, con el reconocimiento del diagnóstico, puede resultar en episodios agudos. La familia ayuda a reorganizar los recursos materiales y emocionales para soportar y superar la situación (2).

La enfermedad renal es caracterizada por una alteración de la función renal que se mantiene por periodo variable, resultando en la inabilidad de los riñones para ejercer sus funciones básicas de excreción y mantenimiento de la homeostase hidroelectrolítica del organismo, pudiendo caracterizarse de dos formas: Insuficiencia Renal Aguda – IRA e Insuficiencia Renal Crónica - IRC, ambas a depender de la evolución de la enfermedad (3, 4).

Esa enfermedad renal crónica constituye importante problema de salud pública. La prevalencia de pacientes mantenidos en las diversas modalidades de la diálisis en Brasil aumenta considerablemente. De 24.000 pacientes que dializavam en 1994, esa cantidad saltó para 59.153 pacientes en 2004. La incidencia crece cerca de un 8% al año (5).

Referida como un diagnóstico caracterizado por un conjunto de signos como la pérdida progresiva e irreversible de la función renal de depuración, la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), conocida, también en, su fase más avanzada como IRC Terminal, se caracteriza por una reducción drástica del número de

néfrons presentes en los riñones que ya no consiguen mantener la normalidad del medio interno del individuo (4).

Infelizmente, esa situación no se mantiene por tiempo indefinido. Con mayor o menor rapidez, la totalidad de los pacientes con enfermedad renal crónica a partir de un cierto nivel de destrucción renal, ocurre progresión para la fase terminal, en la cual se hace necesario someter el paciente a la diálisis o trasplante renal.

Las razones para esa naturaleza progresiva de la IRC aún no están claras. Una serie de evidencias, sin embargo, sugiere que esa progresión es, en la verdad, el precio a pagarse por la relativa preservación de la función renal ante la progresiva destrucción de néfrons.

Pacientes portadores de IRC en fase terminal presentan una serie de señales y síntomas que configuran el cuadro clínico de uremia. La fisiopatología de ese proceso mórbido envuelve la pérdida de la capacidad de excreción de solutos tóxicos por el riñón, incapacidad de mantener el equilibrio hidroelectrolítico y ácido-básico del organismo, también efectuado por el riñón y alteraciones hormonales sistemáticas. De ahí surge la necesidad de iniciarse el tratamiento de hemodiálisis, que es el método de la diálisis más comumente empleado (6).

El procedimiento de hemodiálisis es realizado en los hospitales y o clínicas (unidades de terapia renal sustitutiva), de dos la tres veces por semana, de acuerdo con la prescripción médica, cuyo objetivo es extraer las sustancias nitrogenadas tóxicas de la sangre y remover el exceso de agua (7). En el intervalo entre las sesiones de hemodiálisis, el paciente puede ejercer sus funciones normales de trabajo, sin

embargo, como las toxinas van acumulándose en el cuerpo, es necesaria mayor restricción alimentar, siendo preciso mayor control, principalmente en la ingesta de agua y sal.

El aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas modifica profundamente los objetivos de la atención a la salud, dejando cada vez más de ser considerada simplemente la "curación" y pasando a tenerse atención en la mejoría "de la vida" de los pacientes, teniendo se preconizado la monitorización regular de la calidad de vida percibida por los pacientes mantenidos en hemodiálisis.

La expresión calidad de vida es ampliamente utilizada en los discursos e investigaciones de los profesionales de salud. Muchas veces, sin embargo, no es comprendida como *"la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores nos cuáles él vive y en relación a sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones"* (8).

La relación entre salud y calidad de vida existe aunque de forma incipiente, desde el nacimiento de la Medicina social, en los siglos XVIII y XIX. Solamente en la década de 1980, sin embargo, durante la I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, ocurrida en Canadá, el término salud fue por primera vez relacionado oficialmente con calidad de vida. La Carta de Ottawa define Promoción de la Salud como la denominación conferida al proceso de capacitación de la comunidad para actuar en la mejoría de su calidad de vida y salud, incluyendo mayor participación en el control de este proceso. Describe *salud como el mayor recurso para el desarrollo social, económico y personal, así como una importante dimensión de la calidad de vida* (9).

Desde entonces, han sido creados diversos indicadores, en la tentativa de mensurar la calidad de vida de las personas. Estos son desde las tentativas de relacionarla con renta y escolaridad, como el Índice de Calidad de Vida - IQV, hasta otros que asocian calidad de vida con el bienestar, presente o no en las respuestas del individuo, delante de situaciones subjetivas de la vida.

En el concerniente a la área de la salud, algunos indicadores son generales como el WHOQOL - 100, WHOQOL - Bref, Medical Outcomes Study Questionnaire 36 - Ítem Short Form Health Survey (SF - 36) y otros específicos, como a Escala de Estresores en Hemodiálisis, Kidney Disease Quality of Live Short Form (KDQOL - SF), que son aplicados en grupos de personas que presentan patologías en común y se refieren la enfermedades crónicas.

Se pretende con este artículo, a la luz de los trabajos publicados sobre calidad de vida en personas sometidas a la hemodiálisis, ampliar el espectro de percepción y, consecuentemente, de actuación del equipo interdisciplinar, y en especial de la enfermera, en lo que se refiere al establecimiento de nuevas tendencias en la práctica asistencial, viabilizando trabajos relacionados con la mejoría de la promoción de la salud en los portadores de enfermedades crónicas.

Objetivo

Analizar la producción científica sobre el tema calidad de vida en personas que realizan tratamiento de hemodiálisis.

Metodología

Estudio del tipo descriptivo y bibliográfico. La colecta de datos fue realizada online - Literatura del Sistema de Información en Ciencias de la Salud (BIREME), cuya recoge fue hecha por palabras, calidad de vida y hemodiálisis, durante los meses de abril a junio de 2008. La BIREME se subdivide en dos grandes áreas, de entre ellas, Ciencias de la Salud en General y las Específicas. En las Ciencias de la Salud en General, fueron encontrados 5716 artículos y, de entre ellos, seleccionado el Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) con 720 artículos y, después de refinada la investigación, resultaron en cinco artículos que privilegiaron el objeto de estudio, conforme expuesto en el Cuadro 1.

En la otra gran área de la BIREME - Especializadas, encontramos 1181 artículos y escogemos la Base de Datos de Enfermería (BDENF) con 261 artículos. Después del refinamiento, encontramos otros tres artículos (Cuadro 1), que atendieron a los criterios establecidos en nuestro objetivo.

Entre las producciones encontradas, fueron seleccionadas las que tuvieron como campo de investigación el Brasil y objetivo de estudio o área temática relacionada al profesional de salud, independientemente de la especialidad, identificando y destacando, en esta área específica, los cuantitativos de las producciones científicas de Enfermería con las otras especialidades. De esa forma, los artículos fueron seleccionados manualmente desde los títulos de los trabajos encontrados, totalizando ocho investigaciones.



Esas producciones fueron analizadas conforme las siguientes variables: categoría de las especialidades (Medicina, Enfermería y otros); año de publicación; tipo de publicación (investigación, estudio de caso y revisión); instrumentos de evaluación de la calidad de vida; y metodología utilizada.

La colecta de datos ocurrió por el preenchimento de un instrumento, contiendo las variables mencionadas, con base en la lectura de cada investigación. Enseguida, fueron realizados las agrupaciones, el recuento, la organización de los datos en cuadros.

Resultados, Análisis y Discusión

La análisis de la producción científica referente a la temática calidad de vida en personas sometidas la hemodiálisis, observamos que algunas características importantes necesitaban ser resaltadas, como, por ejemplo, el limitado número de trabajos encontrados sobre la temática en las bases de datos consultadas.

En relación a la distribución de los artículos según variables, como el año de publicación, áreas de conocimiento y los periódicos en que los artículos fueron publicados, discutiremos los datos cuanto el análisis del Cuadro 1.

Al examinar la categoría de las especialidades, encontramos tres trabajos en el área de la Enfermería, cuatro de Medicina y uno de Psicología. Así, al identificar los aspectos relacionados a la producción científica del asunto investigado, percibimos reducido abordaje del tema. Ese resultado puede significar mayor necesidad de trabajos que recojan la calidad de vida en personas sometidas la hemodiálisis y, específicamente, en el aspecto relacionado a la practica de los enfermeros. De esa forma, este demuestra ser campo aún poco explorado, lo cual, en las actuales concepciones de salud, preconizadas en la conferencia de Alma-Ata, se preocupa en comprender el ser humano además de la lógica de la enfermedad.

Otro punto destacado se relacionó al año de las publicaciones, pues constatamos que ocurrieron entre los años de 2003 la 2007. Entonces, fue encontrado el año de 2003, un artículo, en 2004, un artículo, en 2005, tres artículos, en 2006, un artículo y en 2007, tres artículos. Con efecto, se percibe que la calidad de vida en personas que realizan hemodiálisis aún es poco estudiada, sugiriendo que una gran parte

de los profesionales aún no estan atentos a su importancia.

El dibujo de las publicaciones fue clasificado de dos formas: tipo y abordaje metodológico. En relación al tipo de trabajo presentado, hubo un predominio de artículos de investigación de campo - ocho. En el aspecto metodológico, observamos que la mayoría de los trabajos se encuadra en un abordaje cuantitativo y cualitativo, al mismo tiempo con siete y uno en el abordaje cualitativo.

El cuadro II posibilita un análisis de la relación de distribución de los trabajos cuanto a los tipos de instrumentos utilizados en la evaluación de la calidad de vida, las dimensiones abordadas por estos instrumentos, la relación de los hallazgos de mayor relevancia de acuerdo con las dimensiones propuestas en los instrumentos utilizados.

Los instrumentos de evaluación de la calidad de vida se dividen en dos grupos, los indicadores genéricos (aplicados a las personas, independientemente de la patología) y los específicos (de acuerdo con la especialidad). Todos los artículos analizados utilizaron indicadores genéricos de la calidad de vida, además de otros instrumentos, para contextualizar la investigación en el ambiente de la clínica renal, de acuerdo con los objetivos propuestos. Los instrumentos específicos para pacientes renales crónicos encontrados en los trabajos fueron: estresores relacionados al tratamiento de hemodiálisis, ESRD-SÍ - severidad de la IRCT y cuestionario desarrollado para anotar presencia de comorbidades por el nefrologista. Los investigadores también realizaron búsquedas en los prontuarios, registros de la unidad de diálisis, colecta de exámenes laboratoriais, instrumento específico para colecta de datos sociodemográficos y escala de apoyo social.

Conforme ou quadro II, encontramos cinco artigos que utilizaram ou instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, Medial Outcomes Study Questionnaire 36 - Item Short Form Health Survey (SF - 36), criado por Ware e Sherbourne; siendo que un de ellos utilizó una versión originada del SF - 36, ou Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL - SF), que para fines de este estudio, analisamos juntamente com los articulos que utilizaron el SF - 36, em razão de la similaridade de las escalas estudiadas.

El SF - 36 fue validado como capaz de detectar cambios del nivel de calidad de vida que ocurren al largo del tiempo, siendo constituido de 36 ítems, que suministran puntuación en ocho dimensiones de la calidad de vida: capacidad funcional (CF), limitación por aspectos físicos (AF), dolor (DF), estado general de salud (SG), vitalidad (VIT), aspectos sociales (AS), aspectos emocionales (AE), salud mental (SM), y los aspectos resumidos como componente físico resumido (CFR) y componente mental resumido (CMR) (10). De estas, destacamos el aspecto físico como lo de mayor predominio en los trabajos analizados. De modo general, hubo correlación positiva entre tiempo de HD y SM; escolaridad y AE; hemoglobina y VIT, y correlación negativa entre Edad y CF; correlación lineal y negativa entre edad y AF; tiempo de HD y AE; AF, dolor y VIT; género femenino con AF y SM.

Los sujetos en hemodiálisis, de modo general, presentaron mejores resultados en el dominio psicológico, en razón del hecho relatado de que crean que lo trasplante renal sea a cura para la enfermedad, siendo la creencia basada en las campañas sobre la donación de órganos, información por parte del equipo de trasplante o en la propia convicción cuanto a la cura.

Otro indicador genérico verificado en estos artículos surgió en 1995, elaborado por la Organización Mundial de Salud – OMS; El WHOQOL-Bref, que consiste en 26 cuestiones, extraídas del WHOQOL – 100 y evalúa cuatro dominios: físico, psicológico, relación social y medio ambiente (8). Ese instrumento fue utilizado en el artículo IV y detectó que todos los dominios del WHOQOL – Bref mostraron poder de discriminar los sujetos en relación a la severidad de la enfermedad, siendo destacada la correlación negativa entre la severidad de la enfermedad (IRC) y los dominios físicos y relación social.

La mayoría de los sujetos encara el tratamiento como modalidad dolorosa, sufrida, angustiada, con limitaciones físicas, sociales y nutricionales, dificultando, muchas veces, la interacción paciente –sociedad– familia. Se consideran vulnerables a la muerte, diariamente, siendo los riesgos numerosos, desde la periodicidad de la conducción a los centros de hemodiálisis hasta el transcurrir de las sesiones (11).

El artículo II se trata de un estudio survey que evalúa las capacidades físicas, sociales y emocionales. Utilizó el instrumento genérico Mc Master Health Index Questionnaire – MHQ, que fue desarrollado para investigar la calidad de vida de personas en condiciones crónicas y contiene 48 cuestiones combinadas en escalas y cuestiones cerradas y tuvo como resultados las dificultades para realización de ejercicios físicos y del paciente en mantener la autonomía. Demostró, también, que el común de la gente estudiada mostró satisfacción en relación a la vida y a la salud y lo trasplante renal se presentó como el principal proyecto de vida de esos sujetos.

Los sujetos en hemodiálisis, de modo general, presentaron mejores resultados en el dominio psicológico, en razón del hecho relatado de que crean que lo trasplante renal sea a cura para la enfermedad, siendo la creencia basada en las campañas sobre la donación de órganos, información por parte del equipo de trasplante o en la propia convicción cuanto a la cura. Estiman que la calidad de vida de los pacientes trasplantados sea mejor, principalmente relacionada a los aspectos físicos y sociales. (11)

El artículo VIII utilizó el Índice de Calidad de Vida – IQV, abordando los aspectos de salud, educación, transporte, renta y habitación y seguridad; escala de apoyo social y *estresores* en hemodiálisis (escala creada en 1982, que incluye los varios *estresores* presentes en tratamiento de hemodiálisis. Los *estresores* más comunes en orden decreciente son 29 ítems, siendo seis psicológicos y 23 psicosociales cuyos principales son pérdida de la función renal, limitación de las actividades físicas, el tratamiento prolongado, el cansancio, las caídas musculares, el factor económico, los cambios de la apariencia física, la restricción hídrica, la fístula arteriovenosa, náuseas y vómitos). Entre los resultados encontrados, se destacó una asociación entre *estresores* y el tratamiento de HD. El apoyo social se relaciona a la importancia de la satisfacción de la calidad de vida.

Consideraciones finales

A pesar de los instrumentos citados y de otros existentes, entendemos que la reversión del modelo asistencial está claramente aconteciendo en todos los niveles de atención a la salud. Es necesaria mayor comprensión del hecho de que la persona, cuyo aspecto primordial de su vida es el funcionamiento insuficiente del sistema renal, es quien puede verdaderamente evaluar su vida y la salud, y que esos instrumentos pueden y deben servir de parámetro para la enfermera, en conjunto con la persona que recibe sus cuidados, direccionar su plan de trabajo.

Con este artículo, se espera contribuir para lo estímulo de la producción científica de la Enfermería en el campo del desarrollo de trabajos en el área de calidad de vida, en personas sometidas a tratamiento de hemodiálisis, principalmente en lo que se refiere a lo retorno de esas personas a la convivencia social. Otro aspecto se refiere al despertarse de los profesionales cuanto al “empoderamiento” de los pacientes atendidos en esos servicios. De esa forma, la calidad de vida se hizo importante criterio en la evaluación de la efectividad de tratamiento e intervenciones en el área de la salud.

Referencias

1. Minayo MCS. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 1991; 25(3):233-38.
2. Cruz J. El paciente, la familia y el equipo de salud frente a la enfermedad crónica. Actual. Enferm., 1998, 1(4).
3. Daugirdas JT. Manual de diálisis. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
4. Riella MC. Principios de nefrología e distúrbios hidroelectrolíticos. 4ª ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2003.
5. Romão Jr JE. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. J Bras Nefrol, 2004.
6. Bresolin NL, Dias CB, Hung J. Nefrología Intervencionista. In: Cruz J, Cruz HMM, Kirsztajn GM, Barros RT. Atualidades em nefrología. 10ª ed. São Paulo: Sarvier, 2008. p.77.
7. Smeltzer SC, Bare BG. Histórico e Tratamento de Pacientes com Diabetes Mellitus. In: Brunner e Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002; 2: 34-43; 935-47.
8. Whoqol G. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W. Quality of life assessment: international perspectives. Heigelsberg: Springer Verlag; 1994. p 41-60.
9. World Health Organization - WHO. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Carta de Ottawa. Ministério da Saúde/IEC, Brasília, 1986. p.11-18.
10. Ciconelli, RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida: medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36). São Paulo, 1997, 143p. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade Federal de São Paulo, 1997.
11. Karina H, Michele TK, Dora MS, Marcos CM, Bianca RGP. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. Rev. Acta Paulista de Enfermagem. 2008; 21(spe):203-06.

Técnicas de posicionamiento en los prematuros

M^a Victoria Orejón Lagunas
M^a Carmen Rodríguez Dolz
M^a Carmen Pérez García
Elena Gimeno Donat
M^a Isabel Cabañas Mejías
M^a Carmen Barberá Ventura
Enfermeras del Centro Neonatal. Hospital Clínico de Valencia

Las técnicas básicas de Posicionamiento en los prematuros son importantes para su adecuado Desarrollo Neonatal y evitar posibles problemas músculo-esqueléticos en el futuro.

Palabras Clave: Posicionamiento. Prematuros. Desarrollo neonatal.

Introducción

En el ambiente intrauterino, el feto mantiene una postura en flexión contra las paredes uterinas que permite su normal desarrollo postural. Al nacer, el prematuro pierde las condiciones que el útero le proporcionaba para mantenerse en flexión (con contención y orientado hacia la línea media) debido a la falta de madurez neurológica para mantener la flexión y los movimientos contra la fuerza de gravedad.

Objetivos

- Promover la estabilidad fisiológica.
- Facilitar la flexión de extremidades y tronco.
- Favorecer el equilibrio y la capacidad de centralización (para succionar, sentarse, gatear, caminar, etc.).
- Disminuir el estrés, el gasto calórico y de oxigenación.
- Reforzar el sistema motor: facilitando el movimiento del cuello y evitando la deformidad de la cabeza.

Técnicas de posicionamiento

SUPINO:

- Colocar la cabeza en la línea media del cuerpo.
- Evitar la flexión excesiva de cuello.
- Evitar tracción hacia atrás con las tubuladuras de ventilación mecánica o CPAP.
- Rodillas en semiflexión con los pies dentro de los bordes del nido.
- Flexión de las extremidades hacia la línea media y sobre el tronco.



PRONO: (posición más cómoda para el recién nacido)

- Alternar la posición de la cabeza (lados derecho e izquierdo).

- Prevenir la excesiva extensión de cabeza ubicando el extremo de la almohada a la altura de la línea mamilar con los brazos alrededor de ésta para evitar la retracción de hombros. O bien, en posición paralela al cuerpo para elevar el hemitórax.
- Alinear cabeza y tronco.



DECÚBITO LATERAL:

- Mantener una postura en flexión (evitando el arqueamiento del cuerpo y la hiperextensión de la cabeza).
- Promover el contacto (mano con mano, mano a la boca o mano a la cara).
- Alternar sobre hemicuerpo derecho e izquierdo.



Problemas por una postura incorrecta

- **Deformidad craneal** con posibles úlceras por presión debido a una posición asimétrica de la cabeza.
- **Retracción y rotación externa de hombros** con aducción escapular debido a una posición persistente de los brazos en W.
- La preferencia para uno de los lados ocasiona un **aumento de la extensión del cuello**.

- Disminución del diámetro torácico anteroposterior debido a una posición supino prolongada.
- La posición de «rana» sin apoyo produce **abducción y rotación externa de las caderas y, tobillos y pies invertidos.**

Consecuencias de la mala alineación músculoesquelética

HIPEREXTENSIÓN DE CUELLO Y RETRACCIÓN DE HOMBROS

- Consecuencias músculoesqueléticas:
 - Acortamiento de extensores de cuello con excesiva lordosis cervical.
 - Acortamiento de aductores de escápula.
- Limitaciones funcionales:
 - Interfiere con el desarrollo del control en línea media en supino.
 - No control de la cabeza en prono y sentado.
 - Dificultad para organizar la postura en supino.
 - Dificultad para llevar los brazos a la línea media del cuerpo.



PIERNAS DE RANA

Consecuencias músculoesqueléticas:

- Acortamiento de aductores de cadera (abducción y rotación externa de caderas).
- Acortamiento de banda iliotibial.
- Incremento de torsión externa de la tibia.

Limitaciones funcionales:

- Interfiere con las transiciones desde prono y sentado.
- Causa retraso en la adquisición del gateo.
- Prolonga la marcha con amplia base y pies hacia fuera.



PIES INVERTIDOS

Consecuencias músculoesqueléticas:

- Los músculos que llevan hacia dentro el pie están sobrelongados.

Limitaciones funcionales:

- Pies pronados en bipedestación.
- Retrasan el desarrollo de talón - dedos en la marcha.



Utilización de las diferentes técnicas

DECÚBITO SUPINO

- Cuando el niño está inestable.
- Primeras 24 h con Alta Frecuencia.
- Observar el movimiento torácico y la distensión abdominal.
- Con almohadilla escapular: mejor permeabilidad de la vía aérea y promueve la comodidad.
- Colocación de catéteres umbilicales, drenajes torácicos y métodos invasores.
- Intervenciones quirúrgicas y post-intervenciones.
- Técnicas de enfermería (canalización de vía central «epicutáneo» o vía periférica, sondaje vesical y orogástrico, etc.) y exploraciones médicas.



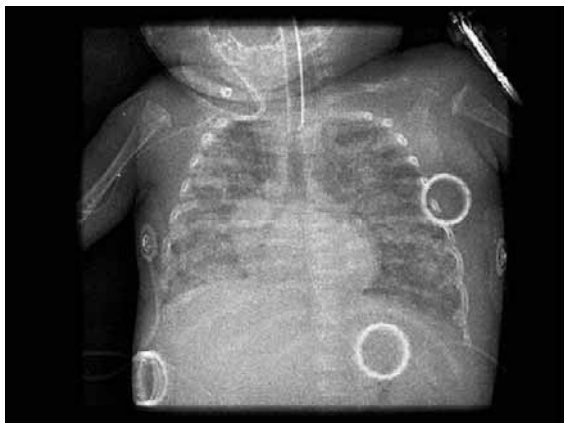


DECÚBITO LATERAL

- Atelectasia de pulmón (sobre el lado contrario del que apoya).
- Tolerancia digestiva.
- Alimentación por sonda (mejor en decúbito lateral derecho).
- Evitar la deformidad del cráneo.
- Mayor posibilidad de contacto consigo mismo (mano, cara, boca).

DECÚBITO PRONO

- Atelectasia de pulmón: sobre el lado contrario.
- Mayor confort y favorece el sueño.
- Tolerancia digestiva.
- Facilita mejor la oxigenación.
- Facilita la flexión y el control de la cabeza.
- Estimula la succión (con las manos cerca de la boca).
- En caso de vómitos, menor riesgo de aspiración.
- Disminuye las apneas.
- Con almohadilla paralela al niño, para elevar el hemitórax, mejora la alineación del tubo endotraqueal con la tráquea.



NIDOS O COLUMPIOS

- Se utilizan como elementos de apoyo para dar contención. Un prematuro dentro de la incubadora sin elementos

de apoyo le causa: inseguridad, aumento de la actividad motora, mayor gasto calórico e irritabilidad.

- Se pueden hacer con toallas o sábanas, y deben ser proporcionales al tamaño del niño (sin inmovilizarlo).
- Ofrecen mayor confort, tranquilidad, contención y seguridad.
- Evitan los pies invertidos y la postura en «rana».



Conclusiones

La correcta aplicación de las técnicas básicas de posicionamiento promueve la alineación estructural que junto a una maduración adecuada del sistema neurológico favorecen el desarrollo funcional de la postura y el movimiento. Un adecuado posicionamiento contribuye a:

- Mejorar la estabilidad fisiológica mediante posiciones en las que el organismo requiera menor esfuerzo y gasto calórico.
- Mantener el sistema musculoesquelético en las mejores condiciones para un normal desarrollo.

Bibliografía

1. Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Tamez - Silva. Ed. Panamericana.
2. Posicionamiento. [Internet, acceso 5 de junio de 2008] www.prematuros.cl/webdiciembre05/posicionamiento.htm

La correcta aplicación de las técnicas básicas de posicionamiento promueve la alineación estructural que junto a una maduración adecuada del sistema neurológico favorecen el desarrollo funcional de la postura y el movimiento.

Exclusivo para miembros
de TecnoCredit

¿Quién no ha necesitado una buena ayuda al iniciar un proyecto?

TecnoInicio: el préstamo que necesita para empezar

¿Está pensando en montar su propio negocio? Un despacho de abogados, una gestoría, una agencia de publicidad... ¿Pequeño o grande?

En SabadellAtlántico estamos **al lado de los profesionales** con iniciativa y queremos ayudarlo a empezar con confianza y seguridad. Por esta razón hemos creado **TecnoInicio**: un préstamo exclusivo para miembros de Tecnocredit con el que **podrá**

financiar todos los gastos iniciales en condiciones especiales. Un Préstamo que le cubre hasta el **100 % de la inversión** y que podrá pagar en un plazo máximo de **cinco años**.

Aprobeche una vez más las ventajas que su colegio profesional ha acordado con Banco Sabadell disfrutando de **TecnoInicio**. Porque hay ayudas que nos hacen más fácil empezar.

Infórmese en cualquier oficina de **SabadellAtlántico** o **Solbank**, llamando al **902 323 222** o en **www.tecnocredit.com**

TecnoInicio es un producto que se enmarca en el acuerdo de colaboración con el **Colegio Oficial de Enfermería de Valencia (CECOVA)**.

