



# Investigación & Cuidados

Revista de la Organización Colegial  
de Enfermería de la Comunidad Valenciana

3<sup>er.</sup> Cuatrimestre 2013 , Vol. 11, N<sup>o</sup>. 27



## **EDITORIAL**

- La Marca Enfermera

## **ARTÍCULOS ORIGINALES**

- Esportusalud. Programa para la prevención y tratamiento del exceso de peso en la edad pediátrica
- Uso racional de los apósitos estériles modernos. Estudio piloto en Áreas de Salud de Castellón

## **ARTÍCULO ESPECIAL**

- Intervención de la enfermera especialista en salud mental en el manejo de la agitación psicomotriz mediante la relación terapéutica

## **ENFERMERÍA Y SOCIEDAD**

- ¿Qué hace una enfermera hablando de seguridad vial, de sistemas de retención infantil o de cómo y por donde cruzar la calle?

## **BIBLIOGRAFÍA COMENTADA**

## **AGENDA DE ENFERMERÍA**

## **ENFERMERÍA EN LA RED**

**DIRECTOR:**

José Antonio Ávila Olivares

**SUBDIRECTOR:**

Francisco Pareja Llorens

**COMITÉ EDITORIAL**Coordinación: M<sup>a</sup> Dolores Gil Estevan

Elena Andina Díaz

M<sup>a</sup> Pilar Bonet Manso

Manuela Domingo Pozo

Ricardo Martín Peñalver

Francisco Javier Gómez Robles

Cesar Rico Beltrán

M<sup>a</sup> Luisa Ruiz Miralles

María Torres Figueiras

Diego Ibáñez Gallardo

M<sup>a</sup> Elena Ferrer Hernández**COMITÉ ASESOR**

Antonio Núñez Hernández

Juan Fabra Benet

Jesús Ribes Romero

Jose A. Forcada Segarra

Miguel Romero Lorente

Isabel Casabona Martínez

Luis Garnes Fajardo

Encarna Martínez Hernández

José Verdú Soriano

Joseph Adolf Guirao Goris

Alberto Gálvez Toro

Modesta Salazar Agulló

Antonio Peña Rodríguez

Montserrat Angulo Perea

Belén Estevan Fernández

M<sup>a</sup> del Mar Ortiz VelaM<sup>a</sup> Teresa Pinedo Velázquez

José Ramón Martínez Riera

Vicente Bellver Capella

**COMITÉ TÉCNICO Y FINANCIERO**

Juan José Tirado Darder

Belén Paya Pérez

Francisco Mulet Falcó

Antonio Verdú Rico

Felipe Serrano Gómez

Eugenia Gordo Casañ

Isabel Castelló López

Juan Caballero García

Pedro J. Homero Arnue

**RELACIONES INTERNACIONALES**

Ascención Marroquí Rodríguez

M<sup>a</sup>. José Muñoz Reig**ILUSTRACIÓN**

Luis Mira-Perceval Verdú

Revista incluida en el Catálogo colectivo de Publicaciones periódicas de Ciencias de la Salud

Revista incluida, con carácter exhaustivo en CUIDEN y con carácter selectivo en la base de datos Bdlc

Revista sociofundadora del Consejo Iberoamericano de Editores de Revistas de Enfermería y afines (CIBERE)

**SUSCRIPCIONES**

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

c/Xàbia, 4<sup>a</sup>- 3<sup>a</sup> pta. 10 46010 VALENCIA

Teléfono 963298088

E-mail: cecova@cecova.org

Cuenta de ingreso de la suscripción: 2077-0482-16-3100518783

**ENVÍO DE TRABAJOS**

Colegio de Enfermería de Alicante

C/ Capitán Dema, 16 (Esq. Pardo Gimeno) 03007 Alicante

Tlf. 965121372 y 965123622

E-mail: cealicante@cecova.org

**EDITA**

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

**TARIFA 3 NÚMEROS (1 AÑO)**

Colegiados/as de la Comunidad Valenciana: Gratuito

Colegiados/as de otras provincias: 20 euros

Alumnos/as de Enfermería: Gratuito

# SUMARIO

**EDITORIAL**

La Marca Enfermera ..... 3  
José Antonio Ávila Olivares

**NORMAS DE PUBLICACIÓN** ..... 5

**ARTÍCULOS ORIGINALES**

Esportusald. Programa para la prevención y tratamiento del exceso de peso en la edad pediátrica ..... 6  
Gonzálvez Candela, A.  
Busquiel Guilabert, I.  
Pastor Pérez, J.  
Puig Ferrández, A.

Uso racional de los apósitos estériles modernos.  
Estudio piloto en Áreas de Salud de Castellón ..... 12  
Veses Donet, C.

**ARTÍCULO ESPECIAL**

Intervención de la enfermera especialista en salud mental en el manejo de la agitación psicomotriz mediante la relación terapéutica ..... 19  
Gómez Pascual, M.

**ENFERMERÍA Y SOCIEDAD**

¿Qué hace una enfermera hablando de seguridad vial, de sistemas de retención infantil o de cómo y por donde cruzar la calle? ..... 27  
Gil Estevan, MD.

**BIBLIOGRAFÍA COMENTADA** ..... 28

**AGENDA DE ENFERMERÍA** ..... 29

**ENFERMERÍA EN LA RED** ..... 30

**Fe de erratas:**

Por un error en la edición de la revista N<sup>o</sup>26 en la página 19 la traducción del título en inglés no pertenece al artículo en cuestión "Salud sexual durante el embarazo y puerperio: factores de pérdida y recuperación" siendo la traducción correcta "Sexual health during pregnancy and postpartum: loss and recovery factors"

Diseño y maquetación:  
AROA Diseño y Comunicación  
ISSN: 1698-4587  
Dep. legal: M-22516-2004

LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA NO SE HACE RESPONSABLE DEL CONTENIDO  
DE LOS ARTÍCULOS

## La Marca Enfermera



**U**nos de los primeros objetivos que se marcó José Manuel García-Margallo, cuando toma posesión del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación fue el de potenciar la Marca España. Para tal fin, el 29 de

junio de 2012 publicaba el BOE el *Real Decreto 998/2012, de 28 de junio, por el que se crea el Alto Comisionado del Gobierno para la Marca España*. Al frente del mismo es nombrado Carlos Espinosa de los Monteros, a quien pude escuchar en una conferencia en la Universidad CEU-Cardenal Herrera de Valencia, bajo el título “Marca España: Una empresa de todos”, el pasado mes febrero.

En ella dejó muy claro que el objetivo de la Marca España es mejorar la imagen de nuestro país, tanto en el interior como más allá de nuestras fronteras, en beneficio del bien común. Remarcó que la imagen de cualquier marca la hacemos todos con nuestro trabajo pero al mismo tiempo la podemos destruir entre todos. Y enfatizó que todos los países desarrollados y emergentes, en la medida de sus posibilidades, dedican tiempo y esfuerzo a promover su imagen porque un principio de marketing es “o te ocupas de tu marca u otros se ocuparan de ello y los demás son competidores, no amigos”

La mercadotecnia, en inglés marketing, dispone de principios y prácticas que bien entendidas y aplicadas pueden favorecer el desarrollo de una buena marca de empresa, de una ciudad o de una profesión, en el caso que nos ocupa de la profesión enfermera.

En este terreno es de obligada referencia Luis Bassat, uno de lo mejores publicistas del mundo, quien conoce muy bien el proceso que conlleva la construcción de una marca con valoración social. En su obra “El libro rojo de las marcas”, tras el oportuno ejercicio metafórico de traslación del mundo empresarial al mundo profesional, indica las claves para poderlo conseguir: *Si realmente queremos entender qué es una*

*marca, debemos empezar por preguntarnos qué significado tiene el producto en la vida del consumidor. Solo cuando el producto esté definido y comprendido por el consumidor, en sus propias palabras y conceptos, tendremos ante nosotros una marca fuerte y con un futuro prometedor. Y eso, en mercados saturados en los que existe una gran competencia, supone una importante ventaja, señala.*

Para conseguir una buena Marca es fundamental disponer de un buen Producto, y en el mundo del marketing y la publicidad se dice que un gran producto es aquel que satisface una necesidad, y además los clientes así lo identifican. Pero debemos tener muy presente que estamos en un mundo globalizado, tecnológico y muy competitivo donde los buenos productos son copiados o imitados inmediatamente por una competencia que nace en este contexto en búsqueda de un nicho alternativo de clientes o un mercado de sobrevivencia. Es por ello que hay productos que cada vez se parecen más los unos a los otros, siendo necesario disponer de unas señas de identidad propias si se quiere sobrevivir.

Situándonos en el terreno de la Enfermería, cabe preguntarse sí el llamado “producto” enfermero es bueno, diferenciado e identificado por los ciudadanos, y sí el mismo satisface eficazmente las necesidades de cuidados de éstos, aportando valor añadido. Una pregunta que debemos responder como colectivo, pues casi todas las marcas han nacido de grandes productos y, sin un buen Producto Enfermero es muy difícil construir una buena Marca Enfermera. En una sociedad de tanta complejidad es fundamental identificar nuestras diferencias competitivas como profesión, esto es ¿qué podemos ofrecer que no ofrezcan otros? ¿Qué aportamos las enfermeras al Producto Sanitario? ¿Cómo sumamos en el equipo interdisciplinar?

La profesión enfermera se tiene que desarrollar en un contexto social caracterizado por una población más longeva, el aumento de las patologías crónicas y el incremento de la dependencia; En un contexto económico basado y enfocado a la eficiencia y la sostenibilidad;

## ■ Investigación & Cuidados

Y en un contexto sanitario con una nueva mentalidad donde la gestión de la enfermedad está cambiando por la gestión de la salud o, dicho de otro modo, donde el paradigma del curar da paso al paradigma del cuidar. Un sistema sanitario donde las principales líneas políticas se centrarán en la prevención de la enfermedad, en la educación para la salud y en los autocuidados, cuestiones todas ellas donde la Enfermería está llamada a jugar un papel relevante.

Pero si el colectivo profesional no lo tiene claro, o como profesión no somos capaces de posicionarnos como corresponde, habremos perdido una gran oportunidad, o mejor dicho, habremos perdido La Gran Oportunidad. Pero para ello necesitamos tener una Marca Profesional de prestigio, que genere confianza y por la que merezca la pena apostar desde la Administración. Una Marca Enfermera cuyo producto sea reconocido y demandado por los ciudadanos. En caso contrario, habremos caído en la infravaloración social e institucional previa al declive y a la desaparición como profesión de primera línea.

Autores como Manuel Ángel Calvo han puesto de manifiesto la poca visibilidad que tienen las enfermeras en la valoración global del servicio sanitario por parte de los usuarios, achacándose al rol secundario o subsidiario que el colectivo de profesionales de la Enfermería ha tenido tradicionalmente para el imaginario social, además de la opacidad que tienen los cuidados enfermeros para la sociedad y la dificultad de su cuantificación. Tenemos un deficitario reconocimiento social e imagen pública, no coincidente con nuestra verdadera capacidad y competencia profesional.

La Marca Enfermera no es una frivolidad. Es la visión que la sociedad y los ciudadanos tienen de la profesión, siendo por tanto una tarea de todos sus profesionales el abordar las consecuencias negativas e influencias positivas que se desprenden de no tener una marca profesional adecuada. Ante la proliferación de injerencias profesionales y no profesionales en el campo competencial de la Enfermería, dificultando por ello que el producto enfermero tenga la consideración y valoración social e institucional que le corresponde, urge concienciar al colectivo de la necesidad de refor-

zar la profesión aportando valor añadido a nuestro trabajo diario, además de emprender una estrategia conjunta en pro de una Marca Enfermera que aporte solidez, demanda y reconocimiento a nuestra disciplina. En dicha estrategia deben implicarse los cuatro ámbitos donde se sustenta el desarrollo de la profesión, esto es: el colegial, el asociativo, el sindical y el universitario.

Tenemos que dar a conocer y valorar nuestro incontestable dinamismo, capacidad de adaptación, esfuerzo y éxito de nuestros profesionales y de nuestras organizaciones representativas, nuestras aportaciones al mundo de la salud, de la innovación y la tecnología, el liderazgo que tenemos en tantos sectores sanitarios... Todo ello son características de una buena Marca Enfermera.

Nuestra profesión necesita tener una Estrategia Nacional para el Desarrollo y Promoción de la Marca Enfermera, en la que obligatoriamente deben participar todas aquellas instancias que con su actuación pueden influir en la mejora de la imagen y consideración de la Enfermería como disciplina y como profesión. Un proyecto que deber ser asumido por las enfermeras, tanto de modo individual como a modo de colectivo profesional, desde la actividad asistencial a la gestora. Una acción de conjunto que diseñe acciones que se salgan de lo conocido y estandarizado, a la vez que aporten valor añadido al producto enfermero.

Coincido con Stephanie Voza cuando señala que el éxito de un empresa implica romper con ciertos moldes, siendo el primero diferenciarse aportando valor al producto final en lugar de intentar encajar en las ortodoxias establecidas, y por otro lado reforzar las capacidades que nadie o pocos tienen en la organización, trabajando en hacer visibles esas capacidades mediante estrategias en positivo de la marca propia.

Marca España somos todos y la Marca Enfermera la construimos todas las enfermeras. Y al igual que Marca España es una política de Estado, cuya eficacia reside en el largo plazo, Marca Enfermera es una política de profesión cuya garantía de continuidad radica en que nazca y se desarrolle fruto del consenso y por encima de cambios en las organizaciones enfermeras.

José Antonio Ávila Olivares  
*Director Revista Investigación y Cuidados*

**L**a revista Investigación & Cuidados es una publicación de carácter científico abierta a todos aquellos trabajos de investigación que contribuyen al desarrollo de la Enfermería en todas sus vertientes: asistencial, docente, gestión e investigación. Investigación & Cuidados valorará para su publicación todos aquellos trabajos que dentro del campo de estudio de la Enfermería aportan contribuciones para su desarrollo como Disciplina. Se someterán todos los trabajos que se presenten a un sistema de valoración por expertos. Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de Investigación & Cuidados y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de la revista. No se aceptarán trabajos publicados en otra revista, hecho que el autor deberá declarar en la carta de presentación del artículo. El consejo editorial acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará acerca de su aceptación así como se reserva el derecho de rechazar originales que no juzgue apropiados.

## ESTRUCTURA DE LOS MANUSCRITOS

1. El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa Word como procesador de texto y en Excel o PowerPoint cuando se trate de gráficos. Respecto al texto, la presentación será a espacio y medio, a un cuerpo de letra de 12 (Times New Roman) o 10 (Arial), en DIN A4, dejando los márgenes laterales, superior e inferior de 2,5 cm.
2. Las imágenes digitales, tendrán una resolución de 300 dpi, a un tamaño de 10 x 15 cm y en formato jpg. Las tablas, cuadros, gráficos o imágenes se enviarán aparte del texto, cuyo número no excederá de cinco, debiendo estar numeradas y acotadas según su orden de aparición en el texto y conteniendo título, leyenda o pie de foto.
3. El texto del manuscrito, incluida la bibliografía, deberá ajustarse a un máximo de 3.000 palabras. Se intentará restringir al máximo las abreviaturas y siglas, que se definirán cuando se mencionen por primera vez. Las páginas se numerarán consecutivamente, desde la página del título, en el ángulo superior o inferior derecho. Todos los artículos tendrán que incluir un resumen, que no superará las 250 palabras en el caso de resúmenes no estructurados, y entre tres y diez palabras clave, en castellano y en inglés. En cualquier caso, el manuscrito completo no podrá exceder de 12 páginas para originales y revisiones y 4 para cartas al director.
4. En la primera página deberá aparecer: título, autores con nombre completo y centro de trabajo, dirección para la correspondencia, e-mail y teléfono de contacto. Se admiten un máximo de 6 firmantes o un nombre de grupo de investigación.
5. La segunda página deberá contener el resumen y las palabras clave. Debe incluir un breve comentario que responda a la pregunta ¿Qué contribución tiene este trabajo a la Enfermería? en un párrafo de extensión máxima de cincuenta palabras. No más de 300 palabras. El resumen debe contener el propósito de la investigación, OBJETIVOS /HIPOTESIS procedimientos básicos, hallazgos principales y conclusiones principales. deben aparecer de 3-10 palabras clave (Se recomienda consultar los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) en: <http://decs.bus.br/E/homepagee.htm>. Para verificar las palabras clave en inglés puede consultar los Medicus Subject Headings (MeSH) del Index Medicus en

<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.ht ml>)

6. En las páginas sucesivas aparecerá el texto:

A.- Si se trata de un artículo original:

- Introducción: propósito estudio y justificación.
- OBJETIVO/HIPOTESIS
- Material y métodos, Sujetos y métodos.
- Resultados.
- Discusión.
- Bibliografía.

B.- Si se trata de revisiones o trabajos conceptuales:

- Introducción.
- Desarrollo del tema a analizar.
- Conclusiones del análisis.
- Bibliografía empleada.

C.- Carta al director:

- Esta sección es el lugar donde los lectores de Investigación & Cuidados pueden exponer sus comentarios, preguntas o críticas acerca de los artículos publicados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Deberá cumplir los requisitos de uniformidad (estilo Vancouver) a los que se acoge la Revista.
- Las referencias bibliográficas deben ir al final del artículo según el orden de aparición de las citas en el texto.
- Las citas deben numerarse consecutivamente siguiendo el orden con el que aparecen por primera vez en el texto, en forma de superíndices escritas antes del signo de puntuación si lo hubiere.
- Si se trata de una referencia de un trabajo realizado por dos autores se nombran ambos y si son varios se pondrá el nombre del primero seguido de et al.
- En caso de abreviar nombres de las revistas se utilizará el estilo de Index Medicus e Index de Enfermería.
- Se evitará el uso de frases imprecisas como citas bibliográficas; no pueden emplearse como tales "Observaciones no publicadas" o "comunicación personal".
- Los originales aceptados pero no publicados, se incluyen en las citas bibliográficas como "en prensa" (entre paréntesis).

El manuscrito será enviado a través de correo electrónico a [cealicante@cecova.org](mailto:cealicante@cecova.org) en soporte Word. Las hojas irán numeradas en el ángulo superior derecho. El consejo editorial propondrá a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del artículo original. En esos casos los autores deberán remitir el original con las modificaciones en un plazo no superior a 1 mes pues en caso contrario no se garantizará su publicación.

## ESTRUCTURA PARA LOS ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Además de las normas generales de publicación, en el caso de que el manuscrito presentado se trate de una investigación, contendrá los siguientes apartados:

- a) Resumen y palabras clave: la extensión del resumen no será superior a 250 palabras y tiene que aportar la información necesaria para poder conocer el/los objetivos del estudio, la metodología básica utilizada, los resultados más destacados y las principales conclusiones. Las palabras clave se situarán debajo del resumen, debiendo identificarse de tres a diez tér-

minos que definan el contenido del trabajo para su inclusión en las bases de datos nacionales e internacionales.

- b) Introducción: debe definir claramente los objetivos del estudio y resumir la justificación del mismo, situándolo en el contexto de otros trabajos publicados.
- c) Material y método: se ha de especificar el diseño, la población y muestra, las variables estudiadas, el/los instrumento/s para la recogida de los datos, estrategias para garantizar la fiabilidad y la validez de los mismos, así como el plan de análisis, concretando el tratamiento estadístico. Se especificarán, asimismo, los aspectos éticos vinculados a los diferentes diseños.
- d) Resultados: iniciar con una descripción de los sujetos estudiados, posteriormente presentar la información pertinente a los objetivos del estudio. Las tablas, figuras, gráficos, etc., han de ser claras y relevantes, estando acotadas en el texto por orden de aparición. No repetir en el texto los datos expuestos en las tablas o gráficos y destacar o resumir sólo las observaciones más destacables.
- e) Discusión y conclusiones: sin repetir los datos expuestos en el apartado anterior se tendrá que explicar el significado de los resultados, las limitaciones del estudio y las implicaciones en futuras investigaciones, así como la posible generalización de los hallazgos. También se compararán los resultados con otros trabajos similares y, a modo de conclusión, se intentará dar respuesta a los objetivos del estudio.
- f) Agradecimientos: deberán dirigirse a las personas o instituciones que han contribuido sustancialmente al estudio, siempre que sea pertinente.
- g) Bibliografía: se ajustará a lo indicado en el apartado de referencias bibliográficas.

## REQUISITOS ÉTICOS Y LEGALES

Para garantizar la protección de personas y animales, en los estudios que se hayan realizado con humanos, en el apartado de Método se deberá mencionar que éstos han dado su consentimiento informado y que se ha respetado su anonimato y la confidencialidad de los datos, así como que se han realizado conforme a las normas oficiales vigentes y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki (<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html>).

El envío del manuscrito ha de ir acompañado de una carta firmada por todos los autores en la que declaren que:

- Todos los autores han participado en la redacción del manuscrito y aprueban la versión final del mismo que se adjunta a esta declaración, así como el envío para su publicación.
- En el caso de contener un apartado de agradecimientos, las personas que se citan han dado su aprobación para ello.
- Se han obtenido los permisos necesarios, en su caso, para reproducir textos, tablas, figuras o fotografías de otras publicaciones, así como fotografías originales de personas.
- El manuscrito no ha sido publicado en ninguna otra revista ni enviado al mismo tiempo a otras revistas.
- Si el trabajo ha sido presentado en algún evento científico, se ha hecho constar expresamente en el manuscrito.
- Se cede a CECOVA la propiedad intelectual del trabajo, así como el derecho a la reproducción de datos o ilustraciones en otras publicaciones de la editorial.

# Esportusalud. Programa para la prevención y tratamiento del exceso de peso en la edad pediátrica

Trabajo premiado en la VII Reunión de Invierno de la AEC  
 “Grupos de trabajo. Trabajo de grupos.” Alicante, 10 y 11 de Octubre de 2013

**Autores:** González Candela A\*, Busquiel Guilabert I \*\*, Pastor Pérez J\*\*\*, Puig Ferrández A\*\*\*\*.

\*Diplomada Universitaria de Enfermería. C.S. Carrús de Elche.

\*\* Diplomada Universitaria de Enfermería. C.S. Dr. Sapena de Elche.

\*\*\*Diplomada Universitaria de Enfermería. C.S. Toscar de Elche.

\*\*\*\*Pediatra. C.S. Crevillente.

agonzalvez@vinaloposalud.com

## Esportusalud programme for the prevention and treatment of overweight in paediatric patients

### ABSTRACT

**Introduction:** in the last few years, the prevalence of childhood obesity has increased considerably becoming a serious public health issue. It is an important risk for health and rises healthcare cost. Programmes for the prevention of overweight in paediatric patients are a helpful tool for dealing with this problem in the Primary Health context.

**Objectives:** to reduce the rate of children with excessive weight in the Elche-Crevillente Health Department.

**Methods:** The programme is intended for 5-14 year old children diagnosed with overweight or obe-

sity with a standard deviation (SD) equal or higher than 1 in the body mass index (BMI) chart according to the WHO. A unified protocol was developed for both the child and his parents and/or main carers specifying the interventions to implement and variables to be measured in each visit.

**Preliminary results:** from the 246 children that met the inclusion criteria, 223 attended to the first visit (48% boys and 52% girls). At the beginning of the programme the average age of the sample was 10 year-old and the association according to its SD (%):SD1=25.56%, SD2= 55.16% and SD3=19,28%.

In September 2013, 75 children were at their third visit or fourth

follow-up month (51% boys, and 49% girls) and the association according to its SD was: SD0= 2,67%, SD1=30,67%, SD2=57,33% and SD3= 9.33%.

**Conclusions:** with the implementation of the programme 'EsPorTuSalud' with only three visits (four months follow-up) we obtained a significant decrease in the percentage of children in SD3, even some children achieve SDO (BMI in a normal level according to the WHO). These results are encouraging and further research will be carried out in the near future.

**Keywords:** paediatrics, overweight, obesity, body mass index, prevalence, community nursing.

**RESUMEN**

**Introducción:** La prevalencia de la obesidad infantil ha aumentado considerablemente en los últimos años, convirtiéndose en un grave problema de salud pública. Constituye un importante riesgo para la salud y un aumento en el gasto sanitario. Los programas para la prevención del exceso de peso en edad pediátrica son una herramienta muy útil para el abordaje de esta problemática desde la Atención Primaria.

**Objetivos:** Disminuir el porcentaje de niños con exceso de peso en edad pediátrica en el Departamento de Salud Elche-Crevillente.

**Metodología:** El programa está dirigido a niños entre 5 y 14 años de edad con diagnóstico de sobrepeso u

obesidad que presenten una desviación estándar (DS) mayor o igual a 1 en la tabla de índice de masa corporal (IMC) según la OMS. Se ha elaborado un protocolo unificado de actuación dirigido al niño y a sus padres y/o cuidadores principales. En él se establecen las intervenciones a desarrollar y variables a medir en cada visita.

**Resultados preliminares:** De los 246 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, 223 acudieron a la primera visita (48% niños y 52% niñas). Al inicio del programa la edad media de la muestra fue 10 años de edad y la agrupación según su DS (%): DS1=25,56%, DS2= 55,16% y DS3=19,28%.

En Septiembre 2013, 75 pacientes llegaron a la tercera visita o cuarto

mes de seguimiento (51% niños, y 49% niñas) y su agrupación según DS (%) es la siguiente: DS0= 2,67%, DS1=30,67%, DS2=57,33% y DS3= 9,33%.

**Conclusiones:** Con el desarrollo del programa EsPorTuSalud se ha conseguido en tres visitas (cuatro meses de seguimiento) una disminución significativa del porcentaje de niños en DS3, así como la aparición de niños en DS0 (IMC en rango normal según la OMS). Estos resultados son alentadores y serán ampliados en el futuro.

**Palabras clave:** Pediatría; Sobrepeso; Obesidad; Índice de masa corporal; Prevalencia; Enfermería comunitaria.

**INTRODUCCIÓN:**

La obesidad se puede definir como un aumento de peso debido a un acúmulo excesivo de tejido adiposo. Algunas de sus complicaciones más graves son el aumento del riesgo cardiovascular<sup>(1)(2)</sup> (HTA, aumento de triglicéridos y diabetes tipo 2) y algunos tipos de cáncer<sup>(3)(4)</sup>. También se han descrito mayor número de problemas ortopédicos debidos a la disminución de la movilidad, un aumento en la susceptibilidad a infecciones, problemas respiratorios nocturnos e incluso apnea del sueño<sup>(4)</sup>. Otros problemas derivados del exceso de peso son baja autoestima, depresión, aislamiento y discriminación social y patrones anormales de conducta<sup>(5)</sup>, entre otros.

La prevalencia de obesidad ha ido aumentando de forma alarmante en los últimos años hasta convertirse prácticamente en una epidemia. Esto supone un importante problema para las instituciones sanitarias, no sólo por la morbilidad y mortalidad que genera, sino también por el aumento del gasto sanitario.

El primer estudio que ofrece datos representativos de prevalencia de la obesidad en España es el estudio Enkid (1998-2000), diseñado para evaluar los hábitos alimenticios y el estado nutricional de la población infantil y juvenil de 2 a 24 años de edad. Los resultados presentaron una prevalencia de exceso de peso del 26,3% (12,4% sobrepeso y 13,9% de obesidad) (6).

En el año 2007 el programa PERSEO (Programa piloto escolar de referencia para la salud y el ejercicio contra la obesidad), enmarcado dentro de la estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, se centró en aumentar el consumo de fruta y verdura, reducir la ingesta de grasa, aumentar la actividad física y reducir el sedentarismo tanto en el colegio como fuera de las aulas. El programa detectó un 19,8% de obesidad en niños y un 15,3% de obesidad en niñas<sup>(7)</sup>, lo que supuso un aumento de la obesidad infantil respecto al estudio Enkid. Pero estos resultados no eran

## ■ Investigación & Cuidados

aplicables a toda la población de España, ya que solo participaron las regiones con mayor prevalencia de obesidad.

Más tarde, el programa Thao-Infantil (2010-2011), enmarcado también dentro de la estrategia NAOS, fue realizado en varias ciudades españolas con niños de 3 a 12 años de edad, proporcionando nuevos datos sobre la obesidad infantil. El programa determinó un exceso de peso del 29,3% (21,7% sobrepeso y 8,3% de obesidad)<sup>(8)</sup>.

El IMC es la medida más utilizada en la práctica clínica para determinar el grado de obesidad en la infancia. Sin embargo, no es un marcador suficiente para identificar a los niños con riesgo de resistencia a la insulina y síndrome metabólico. En los niños los depósitos grasos tienen lugar principalmente a nivel subcutáneo, mientras que en los jóvenes y adolescentes también se forman depósitos grasos intraabdominales<sup>(9)</sup>. El perímetro abdominal ha sido reconocido como el mejor indicador clínico de grasa visceral y por ello es una medida más adecuada para conocer el riesgo de síndrome metabólico<sup>(10)(11)</sup>. Los niños y jóvenes con sobrepeso tienen altas probabilidades de llegar a ser adultos obesos y, por tanto, de padecer diabetes o enfermedades cardiovasculares a edades más tempranas.

El sobrepeso y la obesidad son en gran medida prevenibles, por lo que hay que dar prioridad a las intervenciones dirigidas a su prevención. En los niños se debe actuar tanto en su entorno familiar como escolar, fomentando hábitos de vida saludables, e inculcando su mantenimiento a lo largo de la vida. Debido a que la etiología de la obesidad es multifactorial, es necesario actuar también desde las instituciones sanitarias, la industria alimentaria y los medios de comunicación, con la finalidad de concienciar a la población general de que la obesidad infantil es un problema de salud de grandes dimensiones y graves consecuencias.

**CONTRIBUCIÓN DE ESTE TRABAJO A LA ENFERMERÍA:** Este trabajo centra su atención en los niños, sus familias, y la comunidad, fomentando la educación y la modificación de hábitos tanto en consulta como fuera de ellas. Convierte así a la enfermera de atención primaria, en una de las fortalezas del sistema para llevar a cabo este tipo de intervención.

### OBJETIVO

Prevención, control y tratamiento del exceso de peso en la edad pediátrica en el Departamento de Salud Elche-Crevillente mediante el refuerzo y la promoción de la lactancia materna, el fomento de hábitos de vida saludables, la modificación de conductas, y el aumento de la participación y compromiso de la familia.

### METODOLOGÍA

Para el desarrollo del programa EsPorTuSalud se aplica un protocolo de intervención unificado para todos los centros de atención primaria del departamento de salud Elche-Crevillente. En él se incluye número de visitas, metodología y temporización de cada una de ellas, así como documentos anexos que se emplean. El proyecto se puso en marcha en Febrero 2013, instaurándose progresivamente en los diferentes centros. Hasta Septiembre 2013 el programa se había establecido en tres de los seis centros de salud que comprende el departamento: CS. Carrús (26.000 habitantes), CS. Dr. Sapena (29.000 habitantes) y CS. Toscar (30.500 habitantes).

La población diana son niños de 5 a 14 años que en el momento del iniciopresentaban una desviación estándar (DS) mayor o igual a 1 en las tablas de IMC estandarizadas según la OMS, entendiéndose como SOBREPESO aquella  $DS \geq +1$  y  $< +2$  y como OBESIDAD, aquella  $DS \geq +2$ .





La captación se realizó mediante recogida de datos a través de Datamar-SIA y de forma oportunista en consulta de enfermería y pediatría.

Las intervenciones se llevan a cabo por enfermeras y pediatras simultáneamente en:

- Centros de salud: dirigidas al niño y padres y/o cuidador principal.
- Centros escolares: dirigidas a los padres de los niños de educación primaria, y a los niños de primer curso de educación secundaria obligatoria (1º E.S.O).

En cuanto a las intervenciones en el centro de salud, el programa consta de 5 visitas iniciales y un control de peso grupal, programado mensualmente a partir de la tercera visita. La temporización de las visitas es:

- Primera visita (inicio).
- Segunda visita: un mes después del inicio.
- Tercera visita: tres meses después de la anterior.
- Cuarta visita: seis meses después de la tercera visita.
- Quinta visita y sucesivas: cada tres o seis meses según evolución.

Las actividades que se llevan a cabo en el centro de salud son:

- Información a los padres y/o cuidador principal.
- Anamnesis completa. Dirigida a conocer las circunstancias socio-familiares y personales del niño implicadas en el desarrollo del sobrepeso o la obesidad.
  - Antecedentes personales (peso y talla al nacimiento, control gestacional, tipo de lactancia e

introducción de alimentación complementaria, perfil de desarrollo según percentiles, desarrollo psicomotor y enfermedades importantes).

- Antecedentes familiares (peso y talla de padres y hermanos, hábitos alimenticios y de ejercicio, actitud ante el exceso de peso del niño, nivel cultural y situación laboral).
- Anamnesis guiada (edad de comienzo del sobrepeso u obesidad, encuesta dietética y de actividad física, existencia de situaciones de estrés, relaciones con la comida y relaciones sociales.)
- Somatometría: peso, talla, IMC, perímetro y pliegue tricípital del brazo no dominante, y perímetro abdominal.
- Entregar encuestas alimentarias y de actividad física.
- Entregar ejemplo de dieta y consejos.
- Analítica de sangre y radiografía de carpo (si se sospecha patología endocrina).
- Interconsulta a endocrinología pediátrica o psicología.

Respecto a las intervenciones en la comunidad educativa, se llevan a cabo tres sesiones de educación grupal que abarcan las siguientes temáticas:

- Clasificación de alimentos. Pirámide de alimentación y ejercicio.
- Desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena saludables.
- Lectura de etiqueta y falsos mitos sobre la alimentación.

Además, se propuso relacionar las tutorías con actividades físicas y hábitos alimenticios, así como llevar a cabo compras saludables, talleres de cocina y caminatas saludables compartidas con el personal sanitario.

## RESULTADOS

En las zonas básicas de salud de Carrús (26.000 habitantes), Dr. Sapena (29.000 habitantes) y Toscar (30.500 habitantes) de Elche, 246 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. La edad media de la muestra fue 10 años.

Los resultados obtenidos se observan en los siguientes gráficos:



Gráfico 1. Porcentaje de niños según sexo y DS en la PRIMERA VISITA (n= 223)



Gráfico 2. Porcentaje de niños según sexo y DS en la TERCERA VISITA (n=75)

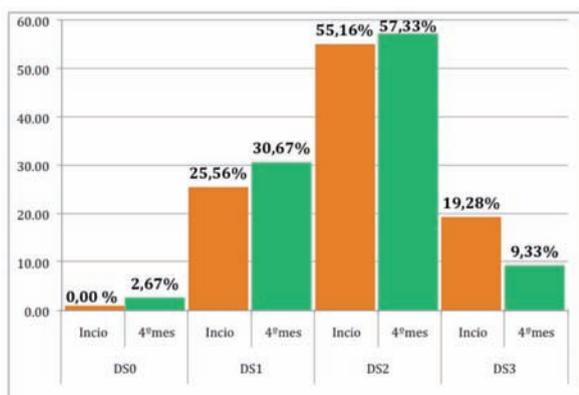


Gráfico 3. Comparación de porcentajes según DS en PRIMERA Y TERCERA VISITA

Analizando los resultados, se observa que la proporción de participantes según sexo es, prácticamente, del 50%. Respecto al porcentaje según su DS, más de la mitad de niños y niñas se encuentran en DS2 en ambas visitas. Sin embargo el porcentaje en DS3 disminuye de la primera a la tercera visita alrededor de un 10% e incluso, aparece un 2,67% de niños y niñas que alcanzada la tercera visita ya han conseguido una DS0, o lo que es lo mismo, un IMC dentro de los valores normales según la OMS.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Estos resultados son preliminares. No todos los niños iniciaron el programa al mismo tiempo y por tanto, algunos aún no habían llegado a su tercera visita cuando se midieron los resultados en Septiembre 2013. Aunque el programa es departamental, a la fecha de publicación de estos resultados sólo disponíamos de datos de tres de los seis centros de salud que conforman el Departamento de Salud Elche-Crevillente, debido al reciente inicio de este programa. En la actualidad, se continúa con la inclusión de nuevos pacientes, por lo que estos resultados serán ampliados en el futuro. Sin embargo, se puede concluir que con el desarrollo del programa EsPorTuSalud, basado en la educación y modificación de conductas, se han obtenido resultados alentadores, ya que en sólo cuatro meses de seguimiento, se ha conseguido una disminución significativa del porcentaje de niños en DS3, así como la aparición de un porcentaje de niños en DS0, lo que supone un IMC normal según la OMS.

La evidencia muestra que la educación para salud, el refuerzo positivo, y la modificación de conductas, son necesarios por su eficacia en este tipo de intervenciones, ya que permiten disminuir la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en la edad pediátrica, fomentando la prevención de riesgos para la salud y la disminución del gasto sanitario.

## AGRADECIMIENTOS

Gracias a todos los centros educativos de nuestras zonas básicas de salud que nos han abierto sus puertas permitiéndonos acercarnos un poco más a la comunidad como agentes de salud de Atención Primaria. Gracias también a todos los profesionales que han participado forma activa en la creación de la comunicación oral galardonada con el premio Áccesit en la VII Reunión de Invierno de la AEC.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Wabitsch M. Overweight and obesity in European children: definition and diagnostic procedures, risk factors and consequences for later health outcome. Eur J Pediatr. 2000 Sep;159 Suppl 1:S8-13.
2. Freedman DS, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS. The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. Pediatrics. 1999 Jun;103(6 Pt 1):1175-82.

3. Power C, Lake JK, Cole TJ. Measurement and long-term health risks of child and adolescent fatness. *Int J Obes Relat Metab Disord J Int Assoc Study Obes*. 1997 Jul;21(7):507–26.
4. Maffeis C. Aetiology of overweight and obesity in children and adolescents. *Eur J Pediatr*. 2000 Sep;159 Suppl 1:S35–44.
5. Phillips RG, Hill AJ. Fat, plain, but not friendless: self-esteem and peer acceptance of obese pre-adolescent girls. *Int J Obes Relat Metab Disord J Int Assoc Study Obes*. 1998 Apr;22(4):287–93.
6. Serra Majem L, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Saavedra Santana P, Peña Quintana L. [Childhood and adolescent obesity in Spain. Results of the enKid study (1998-2000)]. *Med Clínica*. 2003 Nov 29;121(19):725–32.
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Presentación de resultados del programa Perseo [Internet]. 2011. Available from: [http://www.perseo.aesan.mspes.es/es/noticias/resultados\\_PERSEO.shtml](http://www.perseo.aesan.mspes.es/es/noticias/resultados_PERSEO.shtml)
8. Fundación Thao. Programa de prevención de la obesidad infantil en los municipios [Internet]. 2010. Available from: <http://thao-web.com/es/publicaciones/curso-2010-2011-0>
9. Bartrinaa JA, Rodrigoa CP, Barbab LR, Majemc LS. Epidemiología y factores determinantes de la obesidad infantil y juvenil en España. *Rev Pediatría Atención Primaria* [Internet]. 2005 [cited 2013 Nov 3];7(Suplemento 1). Available from: <http://www.pap.es/files/1116-422-pdf/435.pdf>
10. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation*. 2005 Oct 25; 112(17):2735–52.
11. Caterson ID, Hubbard V, Bray GA, Grunstein R, Hansen BC, Hong Y, et al. Prevention Conference VII: Obesity, a worldwide epidemic related to heart disease and stroke: Group III: worldwide comorbidities of obesity. *Circulation*. 2004 Nov 2; 110(18):e476–483.

# Uso racional de los apósitos estériles modernos. Estudio piloto en Áreas de Salud de Castellón.

2º Premio de Investigación en Enfermería CECOVA 2012

**Autor:** Cristian Veses Donet

cdvdveses@hotmail.com

## Rational use of modern sterile dressings. Pilot study in Castellon healthcare area

### ABSTRACT

**Introduction:** a multicentre cross-sectional study was carried out about nurses' use (prescription-indication) of modern sterile dressings for the local treatment of chronic wounds.

**Methods:** in the prospective multicentre study 49 wounds of two different health departments in Castellon were included in the sample. The study had the approval of the Clinical Research Ethics Committee (CREC) of Castellón

General Hospital.

**Results:** 118 sterile dressings were used for 49 different wounds in the various stages of the healing process. The dressings were classified in 16 different groups.

**Conclusions:** after the classification, description and quantification it was observed that the groups of dressings most mainly used were hydrocellular silver, silicone, collagenase and HOFA (Hydroxylated

Fatty Acids). Regarding the rational use, it was identified an underemployment of the following groups: alginate, activated charcoal, skin protective dressings (ZnO), hydrogel dressings and centella asiatica. While hydrocellular dressings and topical antibiotics were overused. It was also found the limited treatment given for the periwound skin.

**Keywords:** rational use of medication, healthcare products, sterile dressings, chronic wounds.

### RESUMEN

**Introducción:** se ha realizado un estudio de utilización, de tipo prescripción – indicación transversal y multicéntrico, aunque de manera novedosa, el objeto de estudio ha sido el producto sanitario, en concreto, los apósitos estériles modernos aplicados en el campo de la Enfermería para el tratamiento local de las heridas crónicas.

**Métodos:** en el estudio prospectivo post-autorización multicéntrico se incluyeron 49 lesiones pertenecientes a dos departamentos de salud de la provincia de Castellón. El estudio, recibió el dictamen favorable del CEIC del Hospital General de Castellón.

**Resultados:** se observaron 118 usos de apósitos estériles para 49 lesiones en distintos momentos cica-

triciales. Los apósitos estériles se catalogaron dentro de 16 grupos distintos.

**Conclusiones:** tras la clasificación, descripción y cuantificación, se observó que los usos se centraban en gran medida en los grupos hidrocelular, plata, silicona, colagenasa y AGHO. En cuanto al uso racional, se identifica infrautilización de los apósitos estériles en

los grupos de alginato, carbón activado, protectores cutáneos no irritantes (ZnO), hidrogel y centella asiática. Y sobreutilización para

hidrocelulares y antibióticos tópicos. También se ha determinado el escaso tratamiento que recibe la piel perilesional.

**Palabras clave:** uso racional del medicamento, productos sanitarios, apósitos estériles, heridas crónicas.

## I. INTRODUCCIÓN

La atención de enfermería ante las heridas crónicas, exige por parte de los profesionales de todos los niveles asistenciales, seleccionar y aplicar de forma diaria, y con criterio científico, técnicas de preparación del lecho tales como retirada del tejido no viable, control del exudado, manejo de la inflamación e infección local, etc, lo que obliga a manejar un amplio catálogo de materiales para tratamiento local desarrollados por multitud de laboratorios con características diversas e indicaciones semejantes. El desarrollo de los apósitos para el tratamiento local de las lesiones cutáneas, tanto de etiología aguda como crónica, desde los postulados de Winter en los años 60 hasta la actualidad, ha generado una vertiginosa carrera en el proceso de investigación tanto por parte de la industria como de los clínicos, en especial aquellos incluidos bajo el paradigma de la cura en ambiente húmedo.

El desarrollo de la cura en ambiente húmedo debe sus inicios a George Winter, quién en 1962 publicó un estudio en Nature (1) donde demostró experimentalmente que las lesiones cutáneas cubiertas por una lámina de película impermeable, curaban en un tiempo dos veces inferior que las expuestas al aire. Con este descubrimiento se abrió una nueva perspectiva para el cuidado de heridas que ha ido avanzando hasta nuestros días con el desarrollo de nuevos materiales, y que algunos autores han descrito de una manera tan gráfica como la revolución de los apósitos (2) (3).

El número de alternativas con las que contamos hoy en día ha crecido exponencialmente. Así, existen en el mercado actual estadounidense y canadiense alrededor de 3.500 posibilidades terapéuticas (4) para el cuidado de personas aquejadas por heridas crónicas (HC), mientras que, en España, se rondan los 1.200 productos, de los cuales aproximadamente el 50-60% y un 87% de las novedades aportadas en los últimos 5 años (5) son apósitos.

Debido a esta variedad de materiales, nos encontramos en nuestros manuales de trabajo diario con apósitos para la cura en ambiente húmedo (APCAH) que vienen precedidos y definidos por cualidades muy diferentes, incluso dentro de una misma denominación, lo que puede dar lugar a confusiones.

Los APCAHA han venido a ocupar un espacio muy específico en el cuidado de las personas con úlceras por presión y heridas crónicas. Es necesario contar con apósitos con gran capacidad de absorción, retención y control del exudado que respeten tanto el lecho como la piel perilesional de las heridas, además de tener una buena relación coste-efectividad y permitir una reducción de los tiempos de enfermería (6).

A diferencia de los medicamentos, los productos sanitarios, como los apósitos estériles, no cuentan con la ficha técnica registrada en la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) donde se recogen las características del producto y las condiciones autorizadas de uso. Por ello, la única fuente de información con la que se cuenta en la práctica clínica, es la que proporciona el laboratorio que comercializa el producto.

Tenemos poca información sobre la forma de uso de estos productos sanitarios. No existen trabajos que valoren si el uso de APCAHA se ajusta a las recomendaciones del fabricante o los profesionales realizan un uso off-label. Por ello puede ser interesante comparar el uso real de APCAHA con las recomendaciones de las sociedades científicas, supuestamente más adecuadas a las situaciones reales.

Este trabajo trata de analizar la utilización real de los apósitos estériles disponibles en los centros sanitarios. Para ello se propone: describir, clasificar y cuantificar los productos sanitarios usados en la práctica clínica habitual de las úlceras por presión, úlceras vasculares y pié diabético que reciben los pacientes. Y definir el perfil terapéutico de los distintos apósitos estériles usados en el estudio.

## II. MATERIAL Y MÉTODOS

Para llevar a cabo la investigación se plantea un estudio multicéntrico de utilización de productos sanitarios tipo indicación – prescripción con metodología observacional descriptiva transversal.

### 1. Muestra:

La población potencial del estudio corresponde a los pacientes atendidos por personal de Enfermería en el Departamento de Castellón, a saber, Centro de Salud Palleter, y las Unidades de Reanimación y el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital General de Castellón, y del Departamento de La Plana, a nivel de atención primaria, con el Centro de Salud de Borriana y el Consultorio Auxiliar del Puerto de Borriana.

El período de estudio se desarrolló entre el 15 de febrero y el 7 de junio de 2011. El método de recogida de datos fue mediante diseño de cuestionario en forma de cuaderno de recogida de datos (CRD) asignado a cada uno de los investigadores colaboradores, con límite máximo de 15 casos captados por colaborador. El CRD contiene preguntas cerradas dicotómicas y otras de elección múltiple.

### 2. Variables de estudio:

La variable principal fue el apósito estéril usado y las variables secundarias la etiología (y grado), y descriptores del momento cicatricial (granulación, necrosis, infección, tipo y cantidad de exudado y estado de la piel perilesional).

### 3. Análisis estadístico:

Para el tratamiento informatizado de los datos recogidos, se empleó el paquete estadístico PASW Statistics v.18.0 (SPSS Inc. Chicago, EE.UU) tanto para el almacenamiento como para su posterior análisis estadístico. La estadística descriptiva usada para exponer la muestra seleccionada viene representada por sus variables cualitativas expresadas mediante frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Para las variables cuantitativas se calculó la media, desviación estándar y valores máximos y mínimos.

### 4. Aspectos éticos:

El estudio se ha desarrollado con respeto a las normas deontológicas de la Declaración de Helsinki (7), y por las Recomendaciones de Buena Práctica Clínica de la CEE (8) y la normativa legal vigente valenciana, española y europea que regula los estudios post-autorización y la investigación clínica con productos sanitarios (9)(10) (11).

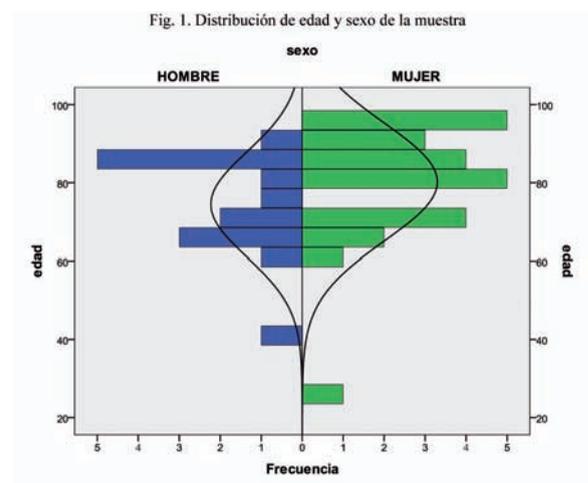
El estudio se sometió al dictamen del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital General de Castellón, obteniendo su informe favorable el 21 de marzo de 2011.

## III. RESULTADOS

### 1. Descripción de la muestra:

El origen de los datos pertenece a los niveles de atención primaria (4 centros) y especializada (UCI y REA). Tras el período de recogida de datos, se obtuvieron 55 casos, una vez depurados los datos resultaron válidos para el estudio 49 casos, lo que representa el 89% del total de casos captados.

La media de edad de los pacientes que sufrían lesiones de etiología crónica fue de  $77,9 \pm 14,5$  años (26 – 94), sin diferencias significativas entre sexos, de los cuales, 15 eran hombres con un media de  $74,5 \pm 13,4$  (39 – 90), y 25 mujeres  $78,1 \pm 14,6$  (26 – 94) siendo éste el grupo más numeroso (fig.1).



### 2. Características de las lesiones:

En la tabla 1 se contabilizan las frecuencias absolutas de las lesiones y sus porcentajes según la etiología de la misma.

**Tabla 1. Lesiones según etiología y grado.**

Etiología	Frecuencia	Porcentaje
UPP.I	9	18,4
UPP.II	4	8,2
UPP.III	8	16,3
UPP.IV	7	14,3
<b>UPP</b>	<b>28</b>	<b>57,2</b>
UV	6	12,2
UA	5	10,2
UM	3	6,1
<b>UVasc.</b>	<b>14</b>	<b>28,5</b>
PD.1	2	4,1
PD.2	2	4,1
PD.3	2	4,1
PD.4	1	2,0
<b>PD</b>	<b>7</b>	<b>14,3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>

UPP: Úlcera por presión    UV: Úlcera Venosa  
 UA: Úlcera Arterial    UM: Úlcera Mixta  
 UVasc: Úlcera Vascular    PD: Pie Diabético

Las localizaciones más frecuentes en las lesiones incluidas en el estudio (tabla 2) son aquellas que se asocian fundamentalmente a las de etiología de úlcera por presión, úlceras vasculares, y pie diabético.

**Tabla 2. Localización de las lesiones.**

Localización	Frecuencia	Porcentaje
Sacro	15	30,6
Talón	14	28,6
Pierna	13	26,5
Pie	4	8,2
Maleolo	3	6,1
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>

Los resultados obtenidos nos han permitido describir las 49 lesiones incluidas (tabla 3), donde 21 (42,8%) de ellas presentan signos de Celso compatibles con una infección o colonización crítica del lecho ulceroso.

El 36,7% de las lesiones se encuentran en estado de necrosis (tanto seca como húmeda), frente al 61,2% que presentan otro estado diferente a la necrosis. Frente a este dato, debemos aportar que el 8,2% se encontraba en franca granulación.

En la piel que circunda a la lesión, la afectación más frecuente es el eritema, seguida de la maceración, el edema y el prurito.

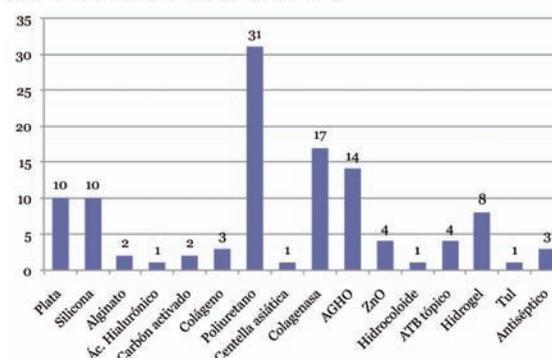
**Tabla 3. Descripción de la muestra**

Situaciones clínicas	Frecuencia	Porcentaje	
Infección	21	42,8	
Necrosis	Seca	6	12,2
	Húmeda	12	24,5
Exudado	Leve	22	44,9
	Moderado	7	14,3
	Intenso	5	10,2
	No exudación	10	20,4
Piel perilesional insana	58	-	
Granulación detenida	30	61,2	

### 3. Uso de los apósitos estériles modernos:

El recuento en el uso de los apósitos nos ha permitido ver la cantidad de apósitos de manera combinada, en 9 ocasiones tan solo se ha usado 1 apósito, en 20 casos se ha usado 2 apósitos para realizar la cura, en 12 ocasiones han sido 3 los apósitos usados, 7 curas han requerido 4 apósitos, y en una cura se ha aplicado hasta 5 productos sanitarios. La media de utilización de apósitos es  $2,41 \pm 1,019$  y la moda 2 para un total de 49 casos y 118 apósitos.

**Fig. 2. Frecuencia de uso de apósitos por grupos**



### IV. DISCUSIÓN

El presente estudio pone de manifiesto que para el tratamiento de las lesiones cutáneas se utilizan apósitos de diferente composición y que el número de ellos es, por término medio, superior a dos por paciente. La elección del apósito no parece responder siempre a las características de la lesión a tratar.

La necesidad de un lenguaje único y unívoco en ciencia es fundamental. Las clasificaciones constituyen en parte a este lenguaje. En el ámbito que nos ocupa, las mejoras técnicas o los intereses comerciales dificultan esta descripción y clasificación.

## ■ Investigación & Cuidados

La metodología observacional descriptiva de tipo transversal seleccionada para el trabajo aporta mayor validez externa al reflejar mejor las condiciones reales de la población, aunque se asume que se dispone de menor validez interna.

Esto supone no identificar casos de corta duración con esta metodología (12), enfoque de interés para nosotros ya que las heridas que tratamos son de larga evolución.

La principal limitación del estudio es el bajo tamaño muestral, por ello el trabajo debe entenderse como un estudio piloto. Tampoco se utilizó un procedimiento sistemático para la selección de pacientes.

Por otra parte, en la revisión bibliográfica realizada no se ha encontrado ningún artículo que trate de analizar, con un diseño comparable al nuestro y, a modo de auditoría, cuál es el uso real que se les está dando a los apósitos estériles modernos, siendo éstos los grandes olvidados(13).

Debido a la gran diversidad de productos para el tratamiento de heridas crónicas el intento de una clasificación que incluya el máximo número de productos es dificultoso, ya que no existe un principio activo como en los medicamentos y la función de los apósitos estériles deriva no sólo de su composición sino también de su estructura.

En cuanto a la relación entre indicación y prescripción, en primer lugar, cabe destacar que la media de apósitos usados para cada lesión se sitúa en 2,4 algo que se considera dentro de los parámetros normales, aunque llama la atención que en 19 ocasiones se usaron entre 3 y 4 productos sanitarios distintos. Sería necesario ampliar el estudio para determinar el coste-efectividad de esta práctica, pero partiendo de la premisa que se produce sobreutilización en muchos casos, esto podría ser una prueba de que esta práctica no es coste-eficaz.

Sorprende el uso de los apósitos estériles modernos usados para el tratamiento de la infección. El grupo más usado para este fin (17 aplicaciones) es el que de los hidrocoloides, el cual, según la guía de práctica clínica de la Asociación Española de Enfermería Vasculare (14) está indicado para la absorción de exudado durante la fase de granulación/epitelización (dentro de la

fase anabólica), por lo que la aplicación de este tipo de producto en infección establecida (en fase catabólica) aunque sea para el control del exudado purulento, hematopurulento u otros tipos de exudado que pueda dar en infecciones locales es discutido.

El segundo grupo más usado (9 aplicaciones) corresponde al grupo de antibióticos tópicos, cuyo uso no es recomendado ya que la aplicación tópica no permite controlar la fracción absorbida.

La colagenasa (6 aplicaciones en infección establecida) estaría indicada para acabar con el estado catabólico en el que se encuentra sumergida la herida cuando persiste la infección, pero, fue más usada (9 aplicaciones) en situación de no infección. Esto constituiría un uso no racional.

Por otra parte, no ha sido reportado ningún uso de apósito con carga iónica o sulfadiazinaargéntica para el tratamiento de la infección, siendo una indicación para estos dos productos sanitarios.

Aquellos apósitos estériles con mayor capacidad de absorción de exudado como los alginatos y el carbón activado presentan un uso discreto en intensidad leve de exudación. Por el contrario, en exudado intenso de tipo seroso se prefiere usar apósitos hidrocelulares.

El exudado es el gran responsable de la salud de la piel perilesional, aunque vistos los resultados no es contenido para evitar la maceración de esta piel adyacente, ya que los apósitos barrera (ZnO) fueron usados en 3 ocasiones con exudado leve, y en 1 ocasión para contener exudado de intensidad moderada. Aquí se descubre una infrautilización de los protectores cutáneos no irritantes (PCNI) que tan solo llegan al 1,9% de los usos.

Ante placas de necrosis seca se observa que los apósitos usados son hidrocelulares, hidrogeles y colagenasa. En el caso de los hidrogeles y la colagenasa la indicación es la adecuada, ya que se intenta ceder agua en el primer caso para la destrucción de esta placa, y con la acción de la colagenasa se produce un desbridamiento químico. Mayor es el uso de la colagenasa en necrosis húmeda (9 aplicaciones), siendo muy correcta también esta aplicación. La combinación con los apósitos hidrocelulares (9 aplicaciones) en necrosis

húmeda ayuda a gestionar correctamente el exudado que seguramente existirá.

Existe una infrutilización de productos sanitarios para fomentar la granulación y la epitelización, tan solo se usaron este tipo de productos en 4 de un total de 10 casos en esta fase de la cicatrización. El hidrogel usado en esta fase fue el apósito IodosorbDressing, compuesto por cadexómero yodado, único hidrogel que no estaría indicado para el fomento de la cicatrización, ya que el uso de productos yodados entorpece la actividad celular.

No se identificó ninguna lesión en estado de granulación donde se usara la centella asiática, cuya única indicación válida es el tratamiento de lesiones en esta fase, por lo que existe una infrutilización de este tipo de producto sanitario.

## V. CONCLUSIONES

Como objetivo principal nos fijamos la descripción, clasificación y cuantificación de los apósitos estériles en dos departamentos de salud de la provincia de Castellón. En este punto, podemos concluir que se ha obtenido apósitos estériles clasificables en 16 grupos distintos, con una frecuencia de uso centrada en grupos determinados (hidrocelular, plata, silicona, colagenasa y AGHO).

En cuanto al segundo objetivo, mediante la descripción del perfil terapéutico comparado con las características clínicas de las lesiones identificadas en el estudio, si se hacía un buen uso de estos productos, identificando casos de infrutilización y sobreutilización, estableciendo de esta manera si se producía un uso racional. En este aspecto, y tras el análisis de los resultados, podemos concluir que en general existe una situación de infrutilización de los apósitos estériles para las indicaciones más adecuadas según el consenso actual. En especial, el grupo de alginato, carbón activado, protectores cutáneos no irritantes (ZnO), hidrogel y centella asiática se usan menos de los que se debería, para la absorción del exudado, la protección de la piel perilesional y el fomento de la fase anabólica (respectivamente).

Estos resultados demuestran el escaso interés en el adecuado tratamiento de la piel perilesional, y eviden-

cia la falta de consenso en establecer una única clasificación.

Se ha identificado dos grupos donde se observa una acusada sobreutilización. El primer caso corresponde al grupo de hidrocelulares, que representa el 62% de los usos, en su gran mayoría para la gestión del exudado. El segundo grupo identificado con sobreutilización es el de los antibióticos tópicos, cuyo uso ni siquiera es recomendable por la errática absorción.

Debido a la poca información contrastada respecto a las ventajas de unos apósitos sobre otros, y ante la existencia de una gran oferta de estos productos en el mercado, se debe tener en cuenta la integridad de la herida (presencia o ausencia de signos de infección, presencia y cantidad de exudado, esfacelos, necrosis, tunelizaciones o cavitaciones y estado de la piel perilesional) para seleccionar el apósito más adecuado, sin olvidar el coste.

Finalmente, otra herramienta que ayudaría al profesional sería disponer de un prontuario de apósitos para consultar composiciones, indicaciones, usos e inconvenientes, propuesta que ya ha sido llevada a cabo por un equipo multidisciplinar y publicado por el Department of Health, Social Services and Public Safety de Irlanda del Norte (15).

## VI. BIBLIOGRAFÍA

1. Winter GD. Formation of the scab and the rate of epithelisation of superficial wounds in the skin of the young domestic pig. *Nature* 1962; 193: 293-4.
2. Field CH K, Kerstein MD. Overview of wound healing in a moist environment. *Am J Surg* 1994; 167 no. 1A (suppl): 2s-6s.
3. Bergstrom N, Bennett MA, Carlson CE, y cols. Treatment of Pressure Ulcers. Clinical Practice Guideline, No. 15. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. A1-1CP1R Publication No. 95-0652. December 1994.
4. Ovintong L, Peirce B. Wound Dressings: Form, Function, Feasibility and Facts. In: Krasner D, Rodeheaver GT, Sibbald RG. *Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals* (3rd ed.). Wayne PA, HMP Communications, 2001.
5. Torra JE, Arboix M, Soldevilla JJ, Rueda J, Segovia T, Martínez F, Torres de Castro OG, Galindo A. Apósitos. En: Soldevilla JJ, Torra JE (eds.). *Atención Integral de las Heridas Crónicas*, 1ª Ed. Madrid: SPA 2004, 91-120.
6. Gago Fornells M., García González R.F., López Casanova P., Verdú Soriano J., Blanco Castañeda E., Alba Chorot S. Evaluación de la tecnología sanitaria: Apósitos basados en la cura en ambiente húmedo para heridas crónicas. *Gerokomos* [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2011 Jun 15]; 19(4): 48-54.

7. Declaración de Helsinki (revisada en Edimburgo en 2000).
8. Recomendaciones de Buena Práctica Clínica de la CEE (documento 111/3976/88 de julio de 1990).
9. Decreto 73/2009, de 5 de junio, del Consell, por el que se regula la gestión de ensayos clínicos y estudios postautorización observacionales con medicamentos y productos sanitarios (Diari Oficial de la Comunitat Valenciana, número 6031, de 09/06/2009).
10. Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios (Boletín Oficial del Estado, número 268, de 06/11/2009).
11. Directiva 93/42/CEE DEL CONSEJO de 14 de junio de 1993 relativa a los productos sanitarios (DOCE nº L 169, de 17/07/93).
12. Icart MT, Fuentelsaz C, Pulpón AM. Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona, 2006.
13. Martínez I, Rojas MO, López J, Ramos RM, Márquez M. Uso racional del medicamento: productos sanitarios, los grandes olvidados. Rev. O.F.I.L. 2008, 18:23-28.
14. Asociación de Española de Enfermería Vascolar. Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético de la AEEV. Guía de Práctica Clínica, 1ª Ed. 2004.
15. Tomas R. El papel de los apósitos estériles en el abordaje de las úlceras cutáneas. [en línea] URL <http://www.cedimcat.info/html/es/dir2439/doc26988.html>

# Intervención de la enfermera especialista en salud mental en el manejo de la agitación psicomotriz mediante la relación terapéutica

IV Premio CECOVA de Investigación para Residentes de Enfermería en Salud Mental 2008

**Autor:** Gómez Pascual M. *Eir Salud Mental.*

nosolomargui@hotmail.com

**ATENCIÓN EN ESTE ARTICULO NO ESTA PUESTA LA TRADUCCIÓN. LA NECESITO.**

## ABSTRACT

*The purpose of the project is to provide, to the nurses who serve in Psychiatric Inpatient Units of resources to improve the management of psychomotor agitation using a group psychoeducational intervention in Relationship Help.*

*The training program in*

*Relationship Help will provide tools for self-observation, self-knowledge and communication aspects, to train professional in the development of effective therapeutic relationship and to respond appropriately to situations that occur in the practice of nursing care activities.*

*It comes to improving the quality*

*of nursing care in order to achieve the highest level of welfare of the person hospitalized in the UHP at risk of psychomotor agitation*

**Keywords:** *Mental Health Specialist Nurse, Psychiatric Inpatient Units, Relationship help, psychomotor agitation, Training.*

## RESUMEN

*El propósito del anteproyecto es dotar, a los DUE que prestan sus servicios en la Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, de recursos para mejorar el manejo de la agitación psicomotriz mediante una intervención psicoeducativa grupal en Relación de Ayuda.*

*El programa formativo en Relación de Ayuda va a proporcionar herramientas que permitan la*

*autoobservación, el autoconocimiento, así como aspectos comunicacionales, para capacitar al profesional en el desarrollo de una auténtica relación terapéutica y poder responder de manera adecuada ante las situaciones que se produzcan en el ejercicio de la actividad asistencial enfermera.*

*Se trata de mejorar la calidad de los cuidados enfermeros con la finalidad de alcanzar el mayor grado de*

*bienestar de la persona hospitalizada en las U.H.P en situaciones de riesgo de agitación psicomotriz.*

**Palabras clave:** *Enfermera Especialista en Salud Mental, Unidades Hospitalización Psiquiátrica (U.H.P), Relación de ayuda, Agitación psicomotriz, Formación.*

## INTRODUCCIÓN

### ANTECEDENTES DEL TEMA

Por lo general, todas las personas implicadas en una situación de urgencia psiquiátrica se encuentran bajo un gran estrés y presentan gran ansiedad. A menudo el enfermo es incapaz de comunicarse de forma adecuada, coherente y efectiva<sup>1</sup>.

En situaciones de urgencia y en presencia de agitación psicomotriz, el manejo verbal constituye un apartado importante en la intervención con estos pacientes; y entre las intervenciones importantes a tener en cuenta por los profesionales de enfermería y que se deberían desarrollar para la mejora de la calidad de los cuidados encontramos: aparentar calma y control de la situación, hablar suavemente, sin “provocar” ni emitir juicios, no distanciarse, ni mirar fijamente al paciente, escuchar al paciente cuando empiece a hablar y poner límites sin transmitir agresividad.<sup>2</sup>

Lo habitual es que el enfermo psiquiátrico genere sentimientos de inseguridad, de temor, de miedo. Esta actitud suele disminuir o desaparecer cuando aumentan los conocimientos y los medios necesarios para el enfoque y el manejo de estos pacientes.<sup>3</sup>

Por ello, para aumentar los conocimientos y mejorar el manejo de los pacientes con riesgo de agitación psicomotriz, se propone un programa formativo en Relación de Ayuda.

Al reconocimiento de la importancia de la relación de

ayuda en la profesión de enfermería contribuyen tres modelos teóricos: son los de Peplau, Maslow y Orlando<sup>4</sup>.

La naturaleza de esta relación tiene características diferentes de las relaciones sociales que habitualmente establecemos con otras personas, ya que se sitúa en un marco profesional concreto<sup>5</sup>.

La relación enfermera-paciente no es fruto de la casualidad: es el resultado del pensamiento y voluntad de la enfermera. Tiene una finalidad<sup>6</sup>.

Una de las autoras que más ha influido en potenciar el aspecto relacional en el marco de la enfermería es H.Peplau<sup>5</sup>.

Hildegard Peplau, la enfermera psiquiátrica por excelencia, es la primera en introducir lo que ella llama Interacción Terapéutica como instrumento para contribuir a la recuperación de los pacientes; señala la necesidad de individualizar los cuidados y da suma importancia a la relación enfermera-paciente<sup>7</sup>.

Al finalizar la relación, el individuo no es el mismo que antes de entablarla. Ya no sufre tanto; no está tan indefenso; se conoce mejor a sí mismo; se comporta de modo más satisfactorio; se convierte en una persona mejor. El cambio interno y externo se manifiesta en las actitudes, las acciones y la manera de percibirse a sí mismo, a los demás y al mundo en general<sup>7,8</sup>

Esta relación va a adquirir connotaciones específicas cuando se trata de enfermos con proble-

mas de salud mental, convirtiéndose en unos instrumentos imprescindibles.

Toda situación nueva, y la relación con los enfermos lo es, en tanto que personas desconocidas y con problemas de difícil comprensión, produce cierta ansiedad y pone en marcha diversos mecanismos para neutralizarla.

Profundizar en el autoconocimiento puede ser una tarea difícil, pero es preciso realizar una aproximación en cuando a conocer aspectos de nuestra personalidad que pueden interferir en la relación, y sobre todo, focalizar la autoobservación en el análisis de la dinámica que se produce en ella<sup>5</sup>.

Con este fin, el programa formativo en Relación de Ayuda, va a mejorar el autoconocimiento personal de los profesionales, y, de este modo, favorecer una relación óptima que conllevará al manejo correcto de los episodios de agitación psicomotriz.

### MARCO TEÓRICO

La agitación psicomotriz es un síndrome caracterizado por fuerte tensión, con hiperactividad motora, inquietud, gesticulación y deambulación sin un objetivo estable. La intensidad es variable, pudiendo llegar a extremos de violencia<sup>9</sup>.

El objetivo de enfermería debe ser la prevención. El establecimiento de una relación confiable entre el paciente y los miembros del personal debe tener una prioridad inicial.

La intervención que evita la violencia es terapéutica y por consiguiente de gran ayuda para que el paciente desarrolle el autocontrol<sup>10</sup>.

Además de conocimientos técnicos especializados, el enfermero debe tener un carácter apropiado para establecer unas buenas relaciones, tanto con los enfermos como con sus familiares, así como conocimientos y actitud psicológica para trabajar de un modo constructivo en equipo<sup>11</sup>.

A la relación que se establece con los enfermos con fines terapéuticos, la conocemos como “relación de ayuda” o “relación terapéutica”. En enfermería este término se ha utilizado de manera similar en función de una aproximación humanista a los cuidados del enfermo y de la influencia de H. Peplau en la elaboración de un modelo de enfermería desde un enfoque relacional<sup>5</sup>.

Lo que la enfermería sea y pueda llegar a ser depende de lo bien que pueda reconocer la enfermera las dificultades que plantean las relaciones con las personas y de la habilidad que alcance para ayudar a las personas a resolver sus dificultades y a desarrollar facultades para afrontar los problemas recurrentes<sup>12</sup>.

Para definir lo que entendemos por Relación de Ayuda, nos situamos dentro del marco conceptual de la psicología humanista y existencial, encontrando diversas definiciones:

- Rogers, C. la define: “toda relación en la que, al menos

una de las partes, intenta promover en el otro el crecimiento, el desarrollo y la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera mas adecuada<sup>8</sup>.

- King define la relación de ayuda como un aprendizaje durante el cual dos personas interaccionan<sup>13</sup>.
- Chalifour: La relación de ayuda va más allá de la aplicación de técnicas y conocimientos.<sup>13</sup>
- Bizier: Esta relación se ha de establecer de tal manera que permita al individuo expresarse abiertamente sin tener miedo a ser juzgado ni rechazado. Se debe velar para aplicar siempre este proceso con la preocupación constante de prodigar los cuidados con carácter humano<sup>13</sup>.
- Auger: define el método de relación de ayuda como potenciar la capacidad de la persona y le ayuda a vivir más plenamente que antes de la relación<sup>13</sup>.
- En toda relación de ayuda intervienen la persona que ayuda y la persona ayudada<sup>14</sup>.

El paciente que amenaza con violencia, por lo general, se siente muy asustado y colérico por alguna amenaza, real o percibida, contra su integridad física o psíquica<sup>15</sup>.

Los pacientes con agitación psicomotriz pueden presentar episodios de agresividad.

La agresividad se refiere al comportamiento, denota una acti-

tud o acción enérgica, que puede expresarse física, simbólica o verbalmente.

Algunos estudios demuestran que la agresividad y la violencia siguen un patrón de respuestas emocionales predecible. Michelle Morrison describe las cinco fases del ciclo de la agresión.: desencadenamiento, ascenso, crisis, recuperación y poscrisis/depresión.

### JUSTIFICACIÓN

La formación del personal en relación de ayuda con el paciente es imprescindible para aumentar la calidad de los cuidados enfermeros.

La titulación de Enfermera Especialista en Salud Mental, presenta como aportaciones profesionales específicas, entre otras, el formar en materia de salud mental a los futuros profesionales de enfermería, así como colaborar en la formación de otros profesionales<sup>5</sup>.

Podemos afirmar entonces, que la enfermera especialista en salud mental tiene como competencia el realizar programas para formar a profesionales, tal como se expresa en el real decreto.

El “Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana” tiene como objetivo general organizar y posteriormente evaluar la asistencia psiquiátrica y de salud mental de la población de la Comunitat Valenciana. Este objetivo supone la consecución de los diversos objetivos intermedios, entre los cuales se cita en el punto

## ■ Investigación & Cuidados

7, lo siguiente: Promover la formación continuada del personal sanitario, y la investigación, sobre todo en aquellas áreas del conocimiento científico<sup>16</sup>.

Además, en la bibliografía encontramos diversas referencias a la necesidad de la preparación de los profesionales en relación de ayuda para mejorar la calidad de los cuidados enfermeros. Entre ellas:

- Las relaciones interpersonales en enfermería, ya no deben considerarse “dentro de la serie de dones innatos”. La relación con el paciente es el eje de los cuidados, exige tanto la formación fundamentada científicamente, como la sabiduría del profesional experto que domina la ciencia y el arte del cuidado<sup>17</sup>.
- Adam señala la importancia que tiene para las enfermeras un programa de formación en relación de ayuda, ya que los beneficios no sólo son para la relación enfermera-cliente, sino también para el desarrollo personal de la enfermera<sup>13</sup>.
- En el mismo sentido Wrigt, establece que las relaciones interpersonales persona-enfermera no deben basarse únicamente en la intuición de cada profesional, sino que deben realizarse de forma sistemática y con una buena preparación científica<sup>18</sup>.
- Para ejecutar el cuidado, su objeto de conocimiento y su

razón de ser, requiere de una formación científica, tecnológica y humanística que le permita, en su interacción con los pacientes, realizar acciones que exigen la participación de ambos.<sup>17</sup>

- Para procurar una ayuda eficaz la enfermera debe aceptar implicarse en la relación. Para ello, la enfermera debe ser consciente de sus recursos personales y profesionales a fin de poder utilizarlos de forma óptima. Además, debe reconocer sus principales dificultades y los efectos de estas sobre la calidad de la relación.<sup>4</sup>
- En lo referente a la agitación psicomotriz, diversos estudios constatan cómo el personal entrenado influye en la disminución de los episodios de conducta violenta<sup>19</sup>.

Esto significa que los programas de formación del personal de enfermería tienen una gran eficacia en el manejo de la conducta violenta en enfermos hospitalizados<sup>19</sup>.

Por tanto, el personal entrenado es capaz de afrontar mejor la conducta violenta<sup>19</sup>.

El programa sobre “Relación de Ayuda para Enfermería” se fundamenta en la adquisición por parte de las enfermeras de conocimientos en psiquiatría, autoconocimiento y el desarrollo de habilidades y actitudes para que la interacción con el paciente sea terapéutica.

El que la relación sea terapéu-

tica va a depender del interlocutor y del marco que configura, y es su finalidad la resolución de dificultades que experimenta el enfermo mediante un cierto grado de interacción personal<sup>5</sup>.

En la bibliografía encontramos diversas referencias respecto al autoconocimiento de la enfermera, que justifican los diversos módulos del programa formativo. Entre ellas encontramos las siguientes:

- La autoobservación y el autoconocimiento resultan importantes en la capacitación de una persona para desarrollar una auténtica relación terapéutica<sup>20</sup>.
- Este tipo de relación, a pesar de estar estructurado y planificado de antemano, se convierte muchas veces en una interacción espontánea, ya que depende de situaciones puntuales que suceden y de variables ambientales que intervienen, lo que hace imprescindible un elemento como el autoconocimiento por parte de la enfermera y de aspectos comunicacionales y de relación para poder responder de manera adecuada ante las situaciones que se produzcan<sup>5</sup>.
- La enfermera debe desarrollar las aptitudes que le permitan trabajar con los enfermos en estas experiencias terapéuticas. Desempeña un papel activo y efectúa observaciones cuidadosas, como espectadora y participante.

De estas observaciones deducirá los elementos que han de servir de base para la intervención<sup>5</sup>.

- Además de utilizar el tacto como un medio de observación, la enfermera, en situaciones muy distintas, lo usa para fines terapéuticos: está presente de forma muy particular en los cuidados físicos de los tratamientos, también se utiliza en el transcurso de la comunicación para suplir o reforzar el contenido comunicado de forma verbal o no verbal. De esta forma, puede servir en condiciones límites cuando el contenido verbal es insuficiente, por ejemplo para inmovilizar al cliente, controlar manifestaciones de violencia y de agresividad<sup>4</sup>.

## HIPÓTESIS

La participación de la Enfermera Especialista en Salud Mental de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica en un Programa de formación en Relación de Ayuda, favorecerá una mejora en el manejo, por parte de los profesionales, de la agitación psicomotriz de los pacientes.

## OBJETIVOS

### GENERAL

- Demostrar la eficacia de un programa de formación en relación de ayuda dirigido a los profesionales de enfermería que prestan servicios en las Unidades de

Hospitalización Psiquiátrica (U.H.P).

### ESPECÍFICOS

- Mejorar las habilidades de los profesionales en relación de ayuda con el objetivo de disminuir los episodios de agitación psicomotriz.
- Mejorar la calidad de los cuidados enfermeros.
- Mejorar la comunicación con el paciente psiquiátrico.
- Empleo de una relación terapéutica eficaz por los profesionales.
- Actualizar los conocimientos en Psiquiatría.
- Detección temprana de las fases del ciclo de la agresión.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### 1.- Lugar del Estudio

El estudio se realizará en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de los departamentos 7 y 5 de la Consellería de Sanidad de Valencia pertenecientes al “Hospital Universitario La FE” y al “Hospital Clínico Universitario” de Valencia respectivamente.

La recogida de datos será realizada por el Enfermero Especialista en Salud Mental, director y coordinador de la investigación, y un residente de enfermería de Salud Mental que colaborará en la investigación.

El desarrollo e impartición del Programa Formativo en Relación de Ayuda tendrá lugar en un aula de docencia proporcionada por el “Hospital Clínico Universitario de

Valencia” y por el “Hospital Universitario La FE” de Valencia.

### 2.- Población a estudio:

Profesionales de enfermería que estén trabajando en las unidades de hospitalización psiquiátrica (U.H.P) pertenecientes a los departamentos 5 y 7 de la Consellería de Sanidad de la Comunidad Valenciana.

Las pérdidas de los sujetos de estudio que vayan abandonando el programa, se repondrán recuperando aquellos sujetos excluidos que ya poseen formación acreditada en Relación de Ayuda.

### 3.- Intervención a realizar

En el proyecto se propone una intervención psicoeducativa grupal, entendiendo como tal, el aprendizaje experiencial a cerca de sí mismo, mediante la formación en relación de ayuda para fomentar el auto-conocimiento personal, la empatía y comprensión hacia el otro principalmente.

La intervención psicoeducativa grupal se llevará a cabo por una enfermera especialista en salud mental como terapeuta y por un residente de salud mental contratado por el Hospital clínico universitario como co-terapeuta. Se realizará dentro de la jornada laboral.

El modelo teórico a seguir será el propuesto por la teórica Hildegard de Peplau.

Dentro de las Intervenciones de Enfermería (NIC)21 (Bulechek, 2005) las que vamos a desarrollar y trabajar en el pro-

grama formativo propuesto son las siguientes:

- 6480 Control Ambiental
- 6487 Control Ambiental: prevención de la violencia
- 6486 Control Ambiental: seguridad
- 4350 Control de la conducta
- 4920 Escucha activa
- 5380 Potenciación de la seguridad
- 4340 entrenamiento de la asertividad
- 4370 controlar impulsos

#### 4.- *Diseño de la Investigación*

Se trata de un estudio analítico de tipo cuasi-experimental. Para llevar a cabo la investigación se utilizará un diseño pre-post estudio.

Se aplicará el Programa de Relación de Ayuda (Anexo 1) realizando una evaluación de conocimientos previa y posterior a la aplicación del mismo.

#### 5.- *Criterios de inclusión*

- Todos los DUE que estén trabajando en las Unidades de Hospitalización Psiquiátricas de los departamentos 7 y 5.
- Los DUE tendrán cualquier modalidad de contrato (fijo, interinidad o eventual)

#### 6.- *Criterios de exclusión*

Aquel DUE que no pueda asistir al total de sesiones fijadas para cumplir el programa

- Aquel DUE con formación en Relación de Ayuda adquirida previamente a la realización del programa y adecuadamente justificada.

- Aquel DUE que antes de iniciarse el programa manifieste no tener intención de adquisición de habilidades en Relación de Ayuda.

#### 7.- *Variables*

- Independientes:  
Programa de Formación en Relación de Ayuda.
- Dependientes:  
Competencia en Relación de Ayuda.  
Actitud ante la Agitación Psicomotriz.

#### 8.- *Instrumentos empleados*

El instrumento que se aplicará para conocer y evaluar el impacto-repercusión del programa será:

- Examen de Conocimientos en Relación de Ayuda.

Se administrará pre y post-programa.

Para la valoración de los conocimientos generales que dominen los sujetos del estudio (DUE), previos y posteriores a la impartición del Programa formativo en Relación de Ayuda, se elaborará un cuestionario tipo test de opción múltiple, que permita recoger esta información.

El cuestionario constará de veinte preguntas de respuesta múltiple. Quince preguntas harán referencia a los conocimientos generales que se tengan respecto a la Relación de Ayuda. Tres preguntas versarán sobre conceptos generales de psiquiatría. Y las dos últimas consistirá en la resolución de dos casos prácticos.

A cada respuesta correcta se le

dará una puntuación de 5, siendo el total de respuestas correctas un 100. Estas puntuaciones se establecerán en forma de porcentajes, valorando cada respuesta correcta como un 5% de conocimientos generales sobre Relación de Ayuda, constituyendo un 100% la resolución correcta de todas las preguntas.

#### 9.- *Análisis de los datos*

Para el análisis estadístico de los datos, una vez finalizado el Programa de formación en Relación de Ayuda, el Enfermero Especialista en Salud Mental, se encargará de introducir en una base de datos diseñada para este fin los resultados de los cuestionarios pre y post formación.

Para valorar la eficacia del programa, el estadístico contratado a tiempo parcial, realizará el análisis comparativo de los datos apareados, previos y posteriores a la aplicación del programa, obtenidos de los participantes DUE.

Se extraerán las conclusiones de este estudio y se procederá a la información y difusión de los resultados

#### 10.- *Plan de trabajo y cronograma (Gráfico1)*

### CONCLUSIONES

El Programa formativo en Relación de Ayuda va a mejorar la calidad de los cuidados enfermeros en las Unidades de Hospitalización de Psiquiatría y va a facilitar la detección precoz de los signos y síntomas de la

agresividad, mejorando el manejo de la agitación psicomotriz.

En este caso el Programa se dirige a los Diplomados en Enfermería, pero se podría adaptar para dirigirlo a otros profesionales de la salud que también prestan sus servicios en las salas de agudos de psiquiatría.

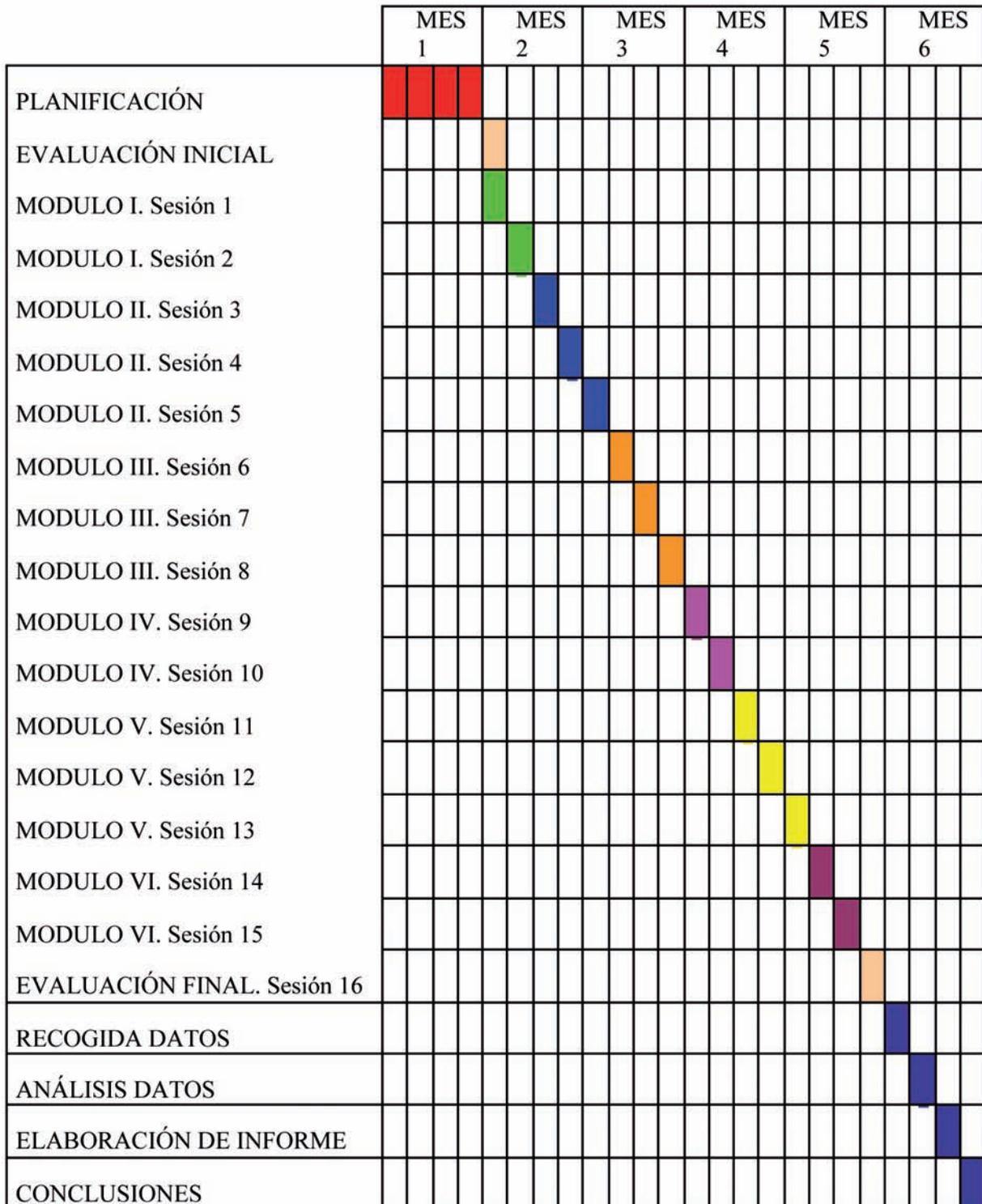
Del mismo modo, el programa también será de aplicación en otros servicios de atención de salud, como puede ser los Hospitales de Día de Salud Mental, Hospitales de atención a crónicos tanto de media como a larga estancia y personal de urgencias hospitalarias.

Por otro lado el éxito de este trabajo de investigación supondría un aumento del campo de actuación de la enfermería especialista en salud mental, promoviendo una de las funciones básicas de todo enfermero especialista; la función docente.

## BIBLIOGRAFÍA

- Lipkin Gladis B, Cohen Roberta G. Cuidados de Enfermería en pacientes con conductas especiales. Barcelona: Doyma; 1989.
- Pérez Prieto JF, López Penalba S, Renovell Farré M. El paciente agitado. En: Bellver Pradas F, Conesa Burguet LL, Cuquerella Benavent MA, Fernández Ros FJ, Gadea Soler A, Hernández Viadel M et al. Manual de Urgencias Psiquiátricas. Valencia: Pharmacia & Upjohn Duphar ; 1996. p. 25-34.
- Molina Alén E. Manejo de Enfermería en pacientes con cuadro de agitación. Barcelona: Editorial Glosa Janssen-Cilag; 2002.
- Chalifour J. La Relación de Ayuda en Cuidados de Enfermería. Una perspectiva holística y humanista. Barcelona: SG Editores; 1994.
- Rigol Cuadra A, Ugalde Apalategui M. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Barcelona: Masson; 2001.
- Poletti R. Aspectos Psiquiátricos de los Cuidados de Enfermería. Barcelona: Rol S.A; 1980.
- Santos Herrero A, Juan i Porcar M. La Relación Terapéutica en la Enfermería de Salud Mental. Rev Presencia 2006 jul-dic; 2 (4). Disponible en < <http://www.index-f.com/presencia/n4/58articulo.php> > [ISSN:1885-0219] Consultado el 11 de Diciembre de 2007 (3)
- Cibanal Juan L. Calidad y Relación de Ayuda. En: IV Jornadas Nacionales de Humanización de la Salud y Relación de Ayuda en Enfermería. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana; 1999. p. 69-95.
- Mejías Lizancos F, Serrano Parra MD. Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. Madrid: Ediciones DAE; 2000.
- Laurie Crawford A, Curry Kilander V. Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental. Mexico: Manual Moderno; 1987.
- Crespo Benítez J, Gavira Fernández C, O' Ferrall González C. La Relación Interpersonal. Relaciones del enfermero con el paciente, la familia y el equipo terapéutico. Función y estatus del diplomado en enfermería. En: Bobes García J, Bousoño García M, Sáiz Martínez PA, González García-Portilla MP. Enfermería Psiquiátrica. Barcelona: Doyma; 2000. p. 99-105.
- Peplau HE. Relaciones interpersonales en Enfermería. Barcelona: Salvat Editores; 1990.
- Fontanals Ribas A, Colell Brunet R, Rius Tormo P. Relación de Ayuda en los cuidados enfermeros. Rev ROL Enf. 1994; junio (190): 67-71. (5)
- Marroquín M. La Relación de Ayuda en Robert R. Carkhuff. Bilbao: Ediciones Mensajero; 1982.
- Goldberg D. Manual Maudsley de Psiquiatría Práctica. Madrid: Arán Ediciones; 2000.
- Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana. Valencia: Generalitat Valenciana; 2001.
- Mejía Lopera ME. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente. En el ámbito del cuidado clínico. Index Enferm. 2006; 7 (54): 48-52.
- García Marco MI, López Ibor MN, Vicente Edo MJ. Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica: ¿Falta de tiempo?. Index Enferm. [periódico en la Internet]. 2004 Mar [citado 2008 Ene 05]; 13(47): 44-48. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000300010&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300010&lng=es&nrm=iso).
- Calcedo Barba A. El manejo de la violencia en el paciente hospitalizado. En: Pichot P. Actualización en Psicosis. Madrid: Aula médica; 2000. p. 563-576.
- Albertos Martínez S, Sales i Orts R, Piqué Angordans J. Diagnósticos de enfermería: contribución a la creación del ambiente terapéutico. En: Bobes García J, Bousoño García M, Sáiz Martínez PA, González García-Portilla MP. Enfermería Psiquiátrica. Barcelona: Doyma; 2000.
- Bulechek GM, McCloskey J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Madrid: Elsevier; 2005.

Gráfico 1: Cronograma Programa Psicoeducativo en Relación de Ayuda.



# ¿Qué hace una enfermera hablando de seguridad vial, de sistemas de retención infantil o de cómo y por donde cruzar la calle?

**Autor:** Gil Estevan, MD. *Miembro de la Comisión de Seguridad Vial del Alto y Medio Vinalopó*

[lola.gilesteban@gmail.com](mailto:lola.gilesteban@gmail.com)

En la revista Tráfico y Seguridad Vial de diciembre de 2012 aparece un artículo muy interesante de Mercedes López, en el que hace referencia al consumo de medicamentos y a ciertas enfermedades que pueden ser causa de accidentes en la vía pública.

Según la OMS, entre las funciones de la Salud Pública frente a los accidentes de tráfico se encuentran la de “fomentar la educación vial y una conducción mas segura” y la de “promover un enfoque multisectorial para prevenir las lesiones por accidentes de tráfico. Pero no es sólo eso, la OMS está convencida de que los accidentes de tráfico serán la nueva plaga del mundo emergente, alcanzando incluso al sida como causa de muerte en los países en desarrollo.

En nuestro país los accidentes de tráfico son la principal causa de muerte en población joven y una de las más importantes en cuanto a años potenciales de vida perdidos, siendo la población más vulnerable los niños, los mayores y los usuarios de bicicletas.

Dado que el factor humano es la principal causa de los accidentes de tráfico más comunes: la falta de experiencia, conducir bajo efectos del alcohol y otras sustancias, así como no hacerlo con un buen descanso, suelen provocar el 70% de los accidentes, y puesto que nosotros trabajamos con personas, el papel del profesional de la salud y concretamente el de la enfermera/o son fundamentales tanto en la prevención como en la promoción de hábitos de seguridad vial adecuados. Siendo la Educación para la salud en edades tempranas, un pilar fundamental dentro de las estrategias encaminadas a la promoción de la seguridad vial, y de cuya efectividad, existe numerosa evi-

dencia en la prevención de lesiones y accidentes de tráfico en los niños y en sus padres. Por otra parte también ha quedado completamente demostrado que la participación comunitaria e intersectorial en el abordaje de las necesidades de salud, y las actuaciones que de ellas se derivan, se manifiestan como estrategias de intervención positivas en promoción de la salud.

Por todo ello debemos ser verdaderamente conscientes de que es necesario que todos los colectivos, incluidos los sanitarios, se sensibilicen e interioricen este problema de salud pública y que se responsabilicen de su fundamental e imprescindible papel en la prevención de accidentes de tráfico, por ser, sin ninguna duda, los prescriptores ideales de seguridad vial.

Los enfermeros/as estamos capacitados para fomentar conductas seguras en relación con el tráfico y así contribuir en la reducción de las muertes y/o lesiones como consecuencia de los accidentes de tráfico, y por supuesto para concienciar e informar sobre los condicionantes que intervienen en los accidentes de tráfico

Se trata de aconsejar **Siempre** Seguridad Vial.



## MANUAL PRÁCTICO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

*José Ramón Martínez Riera, Rafael del Pino Casado*  
 Editorial: ELSEVIER, 16/12/2013. ISBN 9788490224335

Guía práctica de enfermería comunitaria dirigida tanto a enfermeros de atención familiar y comunitaria en ejercicio como a enfermeros de cuidados generales que se están preparando para el examen de la especialidad (EIR).

### DESCRIPCIÓN

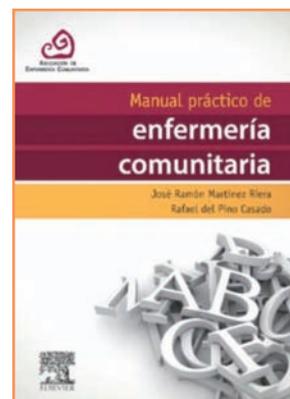
Guía práctica de enfermería comunitaria dirigida tanto a enfermeros de atención familiar y comunitaria en ejercicio como a enfermeros de cuidados generales que se están preparando para el examen de la especialidad (EIR).

El objetivo de los autores es ofrecer un libro de consulta rápida, útil y sintético que aborde los temas principales relacionados con la práctica de la enfermería comunitaria.

El contenido de la obra se organiza por orden alfabético en un total de 116 entradas. Se facilita así la localización de los temas y la rapidez de consulta.

Título indispensable para los dos años de rotaciones contemplados en la formación del enfermero comunitario y también una herramienta fundamental de consulta en la práctica clínica diaria.

La obra está dirigida por José Ramón Martínez Riera, actual presidente de la Asociación Española de Enfermería Comunitaria (AEC) y Rafael del Pino Casado, profesor de enfermería de la Universidad de Jaen. El contenido de la misma cuenta con el aval de la AEC.

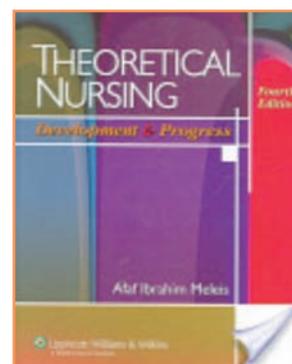


## THEORETICAL NURSING

*Afaf Ibrahim Meleis*  
 Editorial: Lippincott Williams & Wilkins, 2007 - 807 páginas

Afaf Ibrahim Meléis nació en Alejandría, (Egipto). Fue la primera persona de Egipto en obtener un grado en enfermería por la Universidad de Siracusa, y la primera enfermera quien obtuvo una maestría y un doctorado de una universidad egipcia. Meléis pensaba que llevaba la enfermería en su sangre y admiraba la dedicación y compromiso de su madre con la profesión. Bajo la influencia de su madre, Meléis acabó por interesarse en la enfermería y le encantaba el potencial de desarrollar la disciplina.

Revisado y actualizado por su cuarta edición, este texto ofrece una amplia revisión histórica del desarrollo y de la teoría de enfermería. El libro ofrece un análisis contemporáneo de la evolución de la enfermería y representa el grado en que muchos estudiosos consideran el enfoque y la misión de la enfermería como disciplina a través del desarrollo de su base teórica.



### XXIII CONGRESO DERECHO Y SALUD

**Fecha:** 4, 5 y 6 de junio de 2014

**Lugar:** Barcelona

**Información:** <http://www.ajs.es/congresos/xxiii-congreso-derecho-y-salud>; [divulgacion@geyseco.es](mailto:divulgacion@geyseco.es)

### XXI CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

**Fecha:** 4 al 6 junio de 2014

**Lugar:** Toledo

**Información:** [www.aeepd2014.com](http://www.aeepd2014.com); [www.aeepd.com](http://www.aeepd.com)

### JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN VACUNAS PARA MATRONAS

**Fechas y lugares:**

Alicante: 5 de junio – 16'30 horas

Castellón: 12 de junio – 16,30 horas

Valencia: 19 de junio – 16'30 horas

**Información:** <http://portalcecova.es/agenda-profesional>



## Jornada de Actualización en Vacunas para Matronas

### JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN VACUNAS PARA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

**Fecha:** 12 de junio de 2014

**Lugar:** Colegio Enfermería De Alicante.

**Información:** Tlf.: 965 12 13 72; [www.enferalicante.org](http://www.enferalicante.org)

### 9º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE LA DEFENSA

**Fecha:** 16, 17 y 18 de junio de 2014

**Lugar:** Madrid

**Información:** Tlf.: 902 190 848; [www.enfermeria-defensa2014.es/](http://www.enfermeria-defensa2014.es/)

### XXXII REUNIÓN CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA

**Fecha:** 3 al 5 de septiembre de 2014

**Lugar:** Alicante

**Información:** [www.reunionanualsee.org](http://www.reunionanualsee.org)

### IX CONGRESO NACIONAL / III CONGRESO INTERNACIONAL DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

**Fecha:** 8 al 10 de octubre de 2014

**Lugar:** Las Palmas de Gran Canaria

**Información:** <http://congreso2014.enfermeriacomunitaria.org/>



### XIII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

**Fecha:** 17 y 18 de octubre de 2014

**Lugar:** Madrid

**Información:** Tlf.: 91 683 93 60 ext. 6367 o 6333; [congreso@aeeorl.es](mailto:congreso@aeeorl.es); [www.aeeorl.es](http://www.aeeorl.es); [mpilar.iglesias@salud.madrid.org](mailto:mpilar.iglesias@salud.madrid.org)

### CONGRESO MATRONAS BILBAO 2014

**Fecha:** 23 al 25 de octubre de 2014

**Lugar:** Bilbao

**Información:** Tlf.: 944 39 93 93; [matronasbilbao2014@eventi3.com](mailto:matronasbilbao2014@eventi3.com); [www.matonasbilbao2014.com](http://www.matonasbilbao2014.com)

### XVIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS

**Fecha:** 11 al 14 noviembre de 2014

**Lugar:** Vitoria

**Información:** Tlf.: 91 822 25 47; fax: 91 387 78 97; [https:// www.iscii.es/](https://www.iscii.es/)

## ■ Investigación & Cuidados

[www.cuidatecv.es](http://www.cuidatecv.es)

### **CUIDATE CV: El Portal de Promoción de la salud de la Comunidad Valenciana**

Desde el año 2010, la Dirección General de Salud Pública gestiona el portal para la promoción de la salud *Cuidate CV*.

Este portal desarrolla contenidos de interés para la población, sobre hábitos de vida saludable, consejos para la salud, y medidas de promoción de la salud y prevención de enfermedades. En él se tratan temas relacionados con el cáncer, tabaco, ejercicio físico y alimentación en diversos apartados con multitud de información en forma de documentación en formato



multimedia que incluye videos, consejos, actuaciones y juegos interactivos, enfocados especialmente a buscar la interactividad y participación del ciudadano.

[www.bibliotecadigitalcecova.es](http://www.bibliotecadigitalcecova.es)

Se trata de una iniciativa del CECOVA para mejorar el servicio que presta al colectivo de enfermeras de la Comunidad Valenciana en el ámbito de la información y la comunicación y que viene a sumarse a otras como el portal del CECOVA en Internet, la página en la red social Facebook y CECOVA.TV.

De este modo, se pueden consultar y descargar desde los boletines informativos del CECOVA, hasta la revista interactiva de CECOVA.TV, la revista Investigación & Cuidados, la revista Cultura de los Cuidados, los libros y manuales del CECOVA, publicaciones de diferentes organismos oficiales, y diferentes publicaciones de interés en el ámbito de Enfermería.

La biblioteca digital del CECOVA está disponible a través de la dirección [www.bibliotecadigitalcecova.es](http://www.bibliotecadigitalcecova.es)



y gracias a ella se va a disponer de unos fondos bibliográficos y de consulta que van a ser una muy útil herramienta de trabajo para los profesionales de Enfermería.



# Investigación & Cuidados



Revista de la Organización Colegial de Enfermería  
de la Comunidad Valenciana

(Suscripción a la revista)

Quienes estén interesados en recibir de  
forma periódica esta revista, deben  
cumplimentar el Boletín de Suscripción  
mediante el formulario que encontrarán en  
[www.portalcecova.es](http://www.portalcecova.es)

**Sabadell**  
Professional



Una cosa es decir que trabajamos en PRO de los profesionales. Otra es hacerlo:

# Cuenta Expansión PRO.

**Te abonamos el 10% de tu cuota de colegiado\*.**

**0**

comisiones de administración y mantenimiento.

+

**3%**

de devolución de tus principales recibos domésticos, hasta un máximo de 20 euros al mes.

+

**Gratis**

la tarjeta de crédito y de débito.

+

Más de

**2.300**

oficinas a tu servicio.

Al fin y al cabo, somos el banco de las mejores empresas. O lo que es lo mismo, **el banco de los mejores profesionales: el tuyo.**

**Llámanos al 902 383 666, identifíquese como miembro de su colectivo, organicemos una reunión y empecemos a trabajar.**

[sabadellprofessional.com](http://sabadellprofessional.com)

La Cuenta Expansión PRO requiere la domiciliación de una nómina, pensión o ingreso regular mensual por un importe mínimo de 700 euros. Se excluyen los ingresos procedentes de cuentas abiertas en el grupo Banco Sabadell a nombre del mismo titular. Si tienes entre 18 y 25 años, no es necesario domiciliar ningún ingreso periódico.

\*Hasta un máximo de 100 euros al año por cuenta.



**Captura el código QR y conoce nuestra news 'Professional Informa'**

El banco de las mejores empresas. Y el tuyo.