

INVESTIGACIÓN & CUIDADOS

Revista de la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana

34

DIRECTOR

José Antonio Ávila Olivares

SUBDIRECTOR

Francisco Pareja Llorens

COMITÉ EDITORIAL

Coordinación: M^º Dolores Gil Estevan

Elena Andina Díaz

M^º Pilar Bonet Manso

Manuela Domingo Pozo

Ricardo Martín Peñalver

Francisco Javier Gómez Robles

Cesar Rico Beltrán

M^º Luisa Ruiz Miralles

María Torres Figueiras

Diego Ibáñez Gallardo

M^º Elena Ferrer Hernández

Ruth López Donat

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^º del Mar Ortiz Vela

M^º 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

Ascensión Marroquí Rodríguez

M^º. José Muñoz Reig

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

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 indexada en CINAHL, LATINDEX y ENFISPO
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^º- 3^º 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)

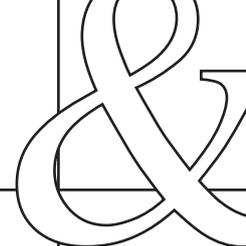
Colegiados/as de la Comunidad Valenciana: Gratuito

Colegiados/as de otras provincias: 20 euros

Alumnos/as de Enfermería: Gratuito

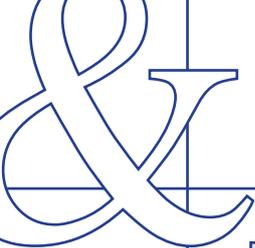
ISSN: 1698-4587

Dep. legal: M-22516-2004



SUMARIO

NORMAS DE PUBLICACIÓN	4
EDITORIAL	
La necesaria presencia de enfermeras en los equipos de valoración de la dependencia	5
Ávila Olivares JA.	
ARTÍCULOS ORIGINALES	
Actitud hacia la donación de órganos en familiares de pacientes hospitalizados	6
Rodríguez Mármol, M. Muñoz Cruz, R.	
INMUNIDAD INNATA: “Medición leucocitaria y complemento C-3, C-4 en el exudado de una herida”	13
Cerveró, S. Pomares, J. Massa, B. López, N. Pomares, A. Sánchez, JF.	
ARTÍCULO ESPECIAL	
Fotoaféresis extracorpórea (fec): tratamiento actual de la enfermedad del injerto contra receptor en pacientes receptores de progenitores hematopoyéticos de donante alogénico;cuidados específicos en pediatría	18
Domínguez Ruiz, LA. Porras Paradas, JM. Gómez Vives, D. Rodríguez Aliberas, M. Fernández-Sojo, J. Castellá Cahiz, D.	
MISCELANEA	
Influencia de la edad materna en los partos prematuros y múltiples en España	25
Martínez-Castellón, N. Sánchez-Ruiz, P. Fernandez-Ordoñez, E.	
HUMANIDADES	
Un cuento cada 12 horas	30
Gil Estevan, MD..	
BIBLIOGRAFÍA COMENTADA	31
AGENDA DE ENFERMERÍA	32
ENFERMERÍA EN LA RED	33



La 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.htm>)

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 escritos 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 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 garantiza 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:

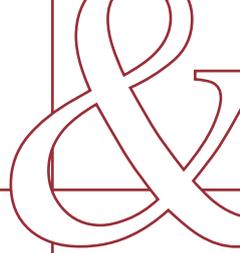
- a) Resumen y palabras clave: la extensión del resumen no será superior a 250 palabras y tiene que aportar la información necesaria para poder conocer el/los objetivos del estudio, la metodología básica utilizada, los resultados más destacados y las principales conclusiones. Las palabras clave se situarán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



La necesaria presencia de enfermeras en los equipos de valoración de la dependencia



La actitud que el actual Consell está demostrando en la aplicación de la Ley de Dependencia hace necesario realizar un inventario de motivos por los que se debe contar con las enfermeras

como un vértice esencial de los equipos de valoración de la dependencia.

La atención a las personas dependientes requiere coordinación e integración de distintos perfiles pero con un rol fundamental de la profesión de Enfermería para la vertiente sanitaria. No se entiende el panorama actual de su exclusión en los equipos multidisciplinares de valoración de la dependencia compuestos por otros profesionales. En ese sentido están reclamando no solo la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana sino de oficio también organismos públicos como el Síndic de Greuges, que en un informe de finales de octubre llama la atención sobre las medidas adoptadas por la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas y le recomienda que asegure el carácter multiprofesional de los equipos de valoración constituidos por los servicios de atención a la dependencia de los ayuntamientos.

Por tanto, no son reivindicaciones caprichosas sino basadas en la legislación y en los hechos. La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de 2003 asigna a Enfermería el rol de evaluar y prestar los cuidados básicos para la vida así como a la prevención de enfermedades y discapacidades. Asimismo la Resolución de 4 de febrero de 2010 de la Secretaría General de Política Social y Consumo por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia establece que los órganos de valoración deben estar formados por un equipo multiprofesional. Un papel que desde la Organización Colegial reclamamos desde la entrada en vigor de la Ley de Dependencia en 2007. En este sentido el Pacto de Coordinación Sociosanitaria del Minis-

terio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad firmado en abril de 2013 también nos respalda.

No se trata de entrar en conflicto con otras profesiones como la de médico o trabajador social, se entiende perfectamente la labor específica que cada uno de ellos realiza en el contexto de la dependencia, cada uno con su parcela de competencias. Lo que no podemos aceptar es que la valoración sanitaria del paciente para la elaboración del plan de atención se lleve a cabo por un trabajador social por muchos cursos de formación que se quieran impartir, tal y como se está haciendo ahora desde los ayuntamientos.

Además son numerosos los estudios que relacionan de manera fundamental la importancia de las enfermeras en la investigación y tratamiento de dolencias crónicas.

El papel de las enfermeras en el tratamiento del paciente crónico es fundamental, tanto en el plano sanitario como también en el de apoyo e instrucción en sus autocuidados y en el acompañamiento a las personas cuidadoras. Junto al desempeño de sus tareas sanitarias ejercen también una importante labor de prevención, de formación y de fomento de la autonomía y responsabilidad. Al estar en contacto más directo con los pacientes somos piezas clave en la investigación y llevamos el primer nivel de implantación de técnicas innovadoras contra el envejecimiento, la fragilidad y la dependencia. También de nosotros surgen las preguntas e ideas para nuevos estudios en enfermedades crónicas.

Si hablamos de las especialidades de Enfermería Geriátrica y de Familiar y Comunitaria los elevados casos de pacientes dependientes a su cargo demuestran que nuestro papel en la gestión de la dependencia es directamente incuestionable.

Un nuevo enfoque en la asistencia se hace cada vez más necesario.

José Antonio Ávila Olivares

Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

Actitud hacia la donación de órganos en familiares de pacientes hospitalizados

Attitude towards organ donation in relatives of patients hospitalized

Autores: Rodríguez Mármol M¹; Muñoz Cruz R².

¹ Enfermera. Máster en Investigación e Innovación en Salud, Cuidados y Calidad de Vida. Hospital Comarcal de Alcañiz.

² Enfermero. Máster en Investigación e Innovación en Salud, Cuidados y Calidad de Vida. Hospital Comarcal de Alcañiz.

rodriguezmarholm@gmail.com

RESUMEN

La donación de órganos es un proceso altruista en el que convergen diferentes factores sociales, éticos o morales, y donde Enfermería tiene un papel fundamental tanto a nivel informativo como a nivel asistencial.

El objetivo del presente estudio es el de conocer los conocimientos que los familiares de pacientes hospitalizados tienen acerca de la donación de órganos, así como su actitud hacia ésta. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de tipo transversal en 150 familiares de pacientes ingresados en un hospital y se les hizo responder un cuestionario previamente validado de 24 preguntas tipo Likert, con cinco opciones de respuesta en función del grado de acuerdo o desacuerdo con cada ítem, junto con varias preguntas de tipo sociodemográfico.

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra y, posteriormente, un análisis bivariante donde se encontraron diferencias significativas para diferentes ítems en función de varios aspectos como la religión, el sexo o el nivel de estudios, pero no en el estado civil.

Se pudo concluir con que hay aspectos que condicionan la actitud frente a la donación y los conocimientos acerca de este procedimiento. También se puede afirmar que, en la muestra estudiada, los conocimientos sobre esta práctica son mejorables, por lo que es necesario aumentar la información hacia la población general, sobre todo por parte de profesionales sanitarios.

Palabras clave: Actitudes y Práctica en Salud; Conocimientos; Donaciones; Trasplante.

ABSTRACT

Organ donation is an altruistic process in which different social, ethical or moral factors, and where Nursing plays a fundamental role both informative level and level of care.

The aim of this study is to know the knowledge that family members of hospitalized patients have about organ donation and their attitude towards it. It has conducted a descriptive cross-sectional study in 150 relatives of patients admitted to a hospital and were asked to answer a previously validated questionnaire of 24 questions Likert five response options depending on the degree of agreement or disagreement with each item, along with several sociodemographic questions.

A descriptive analysis of the sample was performed and then a bivariate analysis where significant differences for different items depending on various aspects such as religion, sex or education level were found, but not marital status.

It was concluded that there are aspects that influence the attitude towards donation and knowledge about this procedure. You can also say that in the sample studied, knowledge of this practice are upgradeable, so it is necessary to increase information to the general public, especially by healthcare professionals.

Keywords: Attitudes, Health Practise; Knowledge; Transplantation; Gift Giving.



INTRODUCCIÓN

El trasplante de órganos es una de las hazañas más importantes de la ciencia moderna (1) que debe llevarse a cabo de forma anónima, gratuita y voluntaria (2) y cuyos criterios de exclusión actuales son la infección por VIH, enfermedad tumoral e infecciones bacterianas o virales no controladas (3).

Es un tema muy complejo en el que se involucran conocimientos médicos, éticos, legales, religiosos, organizativos, sociales... etc. (4) y es la mejor solución para pacientes con enfermedades terminales de corazón, pulmón, hígado, riñón, córneas e intestino delgado (5), pero lo cierto es que actualmente hay una importante desproporción entre los índices de donación y el número de pacientes que están esperando un trasplante (6, 7, 8, 9).

La opinión general de los españoles sobre la donación de órganos es buena (10, 11); es por eso que España es uno de los países con una tasa más alta de donación (1, 11). A pesar de ello, en nuestro país y en la mayoría, la tasa de donantes ha bajado de forma considerable (12, 13), a pesar de que la mejora de las técnicas quirúrgicas, los cuidados postoperatorios y el desarrollo de fármacos inhibidores del rechazo han mejorado considerablemente la supervivencia de los pacientes trasplantados (14).

Los profesionales sanitarios tanto de AP como AE pueden ser una buena vía de promoción de la donación (10, 15) aunque es cierto que estos profesionales no siempre están a favor de la donación y el trasplante de órganos (1). Sin embargo, los cuidados en el ámbito sanitario que se aplican al posible donante son fundamentales para asegurar una óptima utilización de los órganos que van a ser trasplantados (16).

Es necesaria una adecuada formación de los futuros profesionales de ciencias de la salud (17, 18), así como de los adolescentes (19, 20) para lograr una buena información sobre la donación. En este sentido, las actitudes frente a la donación son muy importantes para crear estrategias de comunicación con la población que influyan positivamente en la donación (21, 22). Los esfuerzos deben centrarse en la información (23), para así poder eliminar los falsos mitos acerca de este tema (24).

Razones como la generosidad, la obligación moral y el sentimiento de reciprocidad son motiva-

ciones altruistas por las que donar órganos (25). Otros factores que pueden influir en la donación son la edad, el sexo, el nivel económico o el nivel cultural (26, 27). Por el contrario, también existen algunas barreras a la hora de donar órganos, como son el miedo a la cirugía, la falta de conocimiento sobre el tema, las normas culturales o la desconfianza en los hospitales, la negativa de la familia y el desconocimiento sobre la muerte cerebral (8, 12, 28, 29, 30, 31).

OBJETIVO

Estudiar los conocimientos y las actitudes que los familiares de pacientes ingresados tienen sobre la donación de órganos, valorando dichos conocimientos en función del mayor o menor grado de acuerdo hacia los ítems propuestos.

También se pretende conocer si estos conocimientos son suficientes para así saber si la información que se le da a la población es adecuada y suficiente.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo transversal en el que se encuestaron a 150 familiares de pacientes hospitalizados. La muestra fue seleccionada mediante muestreo no probabilístico de conveniencia.

Los datos fueron recogidos previo consentimiento informado, mediante un instrumento para medir la actitud hacia la donación de órganos en familiares de pacientes hospitalizados (32). Consta de 24 preguntas con 5 opciones de respuesta a través de una escala tipo Likert, donde 1 es "Totalmente en desacuerdo" y 5 es "Totalmente de acuerdo". Dicho instrumento fue validado y presenta una consistencia interna a través del alfa de Cronbach de 0,771. Además de los ítems del cuestionario, se recogieron variables sociodemográficas como la edad, el sexo, el estado civil, la religión y el nivel de estudios. La cumplimentación de los datos tuvo carácter voluntario y anónimo, previo consentimiento informado.

Los datos obtenidos se procesaron con el paquete estadístico SPSS 15, realizándose cálculos descriptivos a través de media, desviación estándar (DE) y moda para las variables cuantitativas, mientras que para las variables cualitativas se usaron porcentajes y frecuencias. En los análisis

donde la variable independiente era cualitativa dicotómica y la dependiente era cuantitativa se llevó a cabo con el estadístico t-Student, y en los casos donde este no podía utilizarse, ya que no cumplía los requisitos de normalidad y homocedasticidad, se llevó a cabo a través de la U de Mann-Whitney. Se utilizó el ANOVA de 1 vía para los análisis cuya variable independiente era cualitativa policotómica y la dependiente era cuantitativa. En todos los casos considerando que existen diferencias estadísticamente significativas cuando el valor de significación es menor a 0,05.

RESULTADOS

El estudio se llevó a cabo sobre una muestra de 150 personas de las cuales 86 (57,3%) fueron hombres y 64 (42,7%) fueron mujeres; la media de edad fue de $43,59 \pm 12,837$. Del total de la muestra 84 (56%) estaban casados, 34 (22,7%) eran solteros y 32 (21,3%) tenían otro estado civil. En cuanto a la religión, 125 (83,3%) se declararon cristianos, 10 (6,7%) musulmanes y 15 (10%) agnósticos. Para el nivel de estudios 12 (8%) no tenían ningún estudio, 26 (17,3%) tenían estudios primarios, 65 (43,3%) presentaban estudios secundarios y 47 (31,3%) eran titulados universitarios. Al segmentar la muestra en función del sexo, se obtuvieron los datos sociodemográficos que figuran en la siguiente tabla (Tabla 1).

En el análisis descriptivo del cuestionario para el total de la muestra obtenida se obtuvieron los resultados que figuran en la siguiente tabla (Tabla 2).

En el análisis bivalente, al dividir la muestra en dos grupos en función del sexo, existían diferencias estadísticamente significativas para diversos ítems (Tabla 3).

Al dividir la muestra en función de si pertenecían al cristianismo y otra religión, surgieron diferencias estadísticamente significativas para los ítems que se exponen en la tabla 4.

En función del estado civil que presentaban los sujetos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ningún ítem a través de ANOVA de 1 vía. Al comparar en función del nivel de estudios encontramos que existen diferencias entre los que tienen estudios universitarios y los que no tienen estudios para el ítem 7 ($p=0,019$); entre los que presentan estudios universitarios y los que tienen estudios primarios para los ítem 6 ($p=0,022$), 8 ($p=0,004$) y 15 ($p=0,014$), mien-

tras que entre los que tienen estudios universitarios y los que tienen estudios secundarios para el ítem 14 ($p=0,028$).

DISCUSIÓN

Los resultados en el estudio descriptivo muestran que los ítems que obtuvieron una valoración media más alta fueron los referidos a que si la donación es un acto voluntario, si mejorará la calidad de vida del receptor y si la falta de campañas de donación disminuye el número de donantes, todos con una valoración media rondando el 4,5 sobre 5. En el sentido contrario, los ítems con menor valoración, es decir, con los que menos de acuerdo están los participantes son los referidos a la influencia de la condición económica en la donación, a la edad de donación y al tráfico de órganos en España.

Resulta llamativo el alto grado de acuerdo que hay con la afirmación de que únicamente aquellas personas que están cerca de la muerte deben de donar órganos, con la afirmación de que la muerte cerebral impide la donación de órganos y con la no donación de órganos. En lo referido a la muerte cerebral, los resultados son comparables a los obtenidos por Padilla-Cuadra en 2015 (6), donde más de una cuarta parte de estudiantes pensaba que la muerte cerebral era una situación reversible. Respecto a la no donación de órganos, la media es de algo más de un 3 sobre 5; datos comparables a los obtenidos por Febrero en 2015 (19), donde el 11% de los encuestados estaba en contra de la donación de órganos.

Es necesario observar el ítem que se refiere a la información recibida en España sobre la donación de órganos, donde la media de valoración no llegaba al 3 sobre 5, lo que indica que es necesaria más información sobre el tema, sobre todo basándonos en el estudio llevado a cabo en 2008 por Cobo y cols. (1), donde casi un 75% de los encuestados que habían recibido información sobre la donación se plantearon donar sus órganos, y en el estudio sobre sanitarios llevado a cabo en 2015 por Osuna (2), donde también se concluye con que es necesaria más información a los profesionales sanitarios. También llama la atención que la valoración media sobre la posibilidad de recibir dinero por la donación es superior al 3,5 sobre 5.

La tabla 3, en la que se muestran las diferencias significativas en función del sexo de los par-



participantes, muestra cómo las mujeres están más de acuerdo que los hombres en preguntas como: ¿Sólo las personas que tienen entre 20 y 50 años pueden donar un órgano?, ¿Crees que las personas de bajos recursos económicos donan en menor cantidad sus órganos que las de mejores recursos?, ¿Crees que el no donar un órgano te hace una persona menos solidaria?, y ¿Crees que el tráfico de órganos es mayor en España en comparación con otros países?, mientras que los hombres están más de acuerdo que las mujeres en preguntas referidas a la influencia de la religión y de la condición económica, así como al tráfico de órganos. Estos datos están en contraposición con diferentes estudios, como por ejemplo el de Tuesca (20), el de Frisancho (22), el de Calvanese (25) o el de Caballer (27), donde no se encuentran diferencias significativas entre sexos.

En la tabla 4 se puede apreciar que la religión produce diferencias en 6 ítems, donde llama la atención que uno de esos ítems sea el referido al estar de acuerdo o no con la donación; los resultados son similares a los obtenidos por Siebelink y cols. (31) sobre padres de alumnos, donde se concluye que la religión de los padres influye en la edad a la que los niños deben decidir si quieren donar sus órganos o no. Los datos arrojados sobre la diferencia entre personas con estudios o no, se encontraron diferencias en varios ítems.

Se puede finalizar concluyendo que, en general, en la muestra estudiada existe una falta de conocimientos sobre la donación de órganos y, como consecuencia, una actitud que no favorece la donación de órganos por parte de la muestra estudiada. Como limitación del estudio hay que decir que no se puede medir la temporalidad y que debido al muestreo no probabilístico no es representativa. A pesar de estas limitaciones, este estudio podría servir de base para futuras investigaciones que tengan más recursos para la recolección de una muestra representativa, y de ese modo poder intervenir sobre aquellos aspectos que no favorezcan una buena actitud frente a la donación de órganos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cobo JL, Alconero AR, Pardo L, Parás P, Martínez Y, Maza B, et al. Información percibida sobre el proceso de donación y trasplantes de órganos. *Enfermería en cardiología* 2009(45):18-20.

2. Osuna-Sánchez E. Conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios acerca de la donación y el trasplante de órganos. Universidad de Jaén. 2015.
3. Gutiérrez E, Andrés A. Selección del donante y criterios de viabilidad de los órganos: expansión de los criterios de donación. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica* 2007;10(2):15-25.
4. Villarreal XL. Conocimientos, aceptación, creencias y actitudes entre los estudiantes de los niveles superiores de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, frente a la potencial donación y trasplante de órganos. 2013.
5. Rojas-Hernández G, Medina JL, Lemus C, Belio F, Salinas A, Alcantar M, et al. Donación de órganos y tejidos, experiencia inicial en un hospital de segundo nivel de atención. *Revista Médica MD* 2013;4(3):159-163.
6. Padilla-Cuadra JL, Mora-Chacón P, Monge-Fallas A, Rodríguez-Barquero R. Actitudes y conocimientos sobre la donación de órganos, trasplante y muerte cerebral en estudiantes de ciencias de la salud. *Acta Médica Costarricense* 2015;57(4).
7. Ramos G. Influencia de una intervención educativa sobre donación de órganos en el conocimiento de adolescentes de quinto de secundaria. 2014.
8. Carrión MC, Espinoza MS, Flores CB. Actitudes y conocimientos sobre la donación de órganos de los estudiantes de la Universidad de Cuenca. Cuenca 2014.
9. Ríos A, López-Navas A, Ayala-García MA, Sebastián MJ, Abdo-Cuza A, Alán-Castro J, et al. Actitud hacia la donación de órganos del personal no sanitario de hospitales de España, México, Cuba y Costa Rica. *Nefrología (Madrid)* 2013;33(5):699-708.
10. Conesa C, Ríos A, Ramírez P, Rodríguez MM, Canteras M, Parrilla P. Importancia de los profesionales de atención primaria en la educación sanitaria de la donación de órganos. *Atención primaria* 2004;34(10):528-535.
11. Gironés-Guillem P, Camaño-Puig R, Lillo-Crespo M. Coordinador de trasplantes: proceso de donación de órganos. *Cirugía y Cirujanos* 2014;82(6):647-654.
12. Rojas P, Martínez N, Sotomayor C. Principales motivos de negativa ante la donación de órganos en población de la Región de los Ríos. Marzo a mayo 2012. *Rev. ANACEM (Impresa)* 2012;6(2):67-72.
13. Doggenweiler I, Guic E. Determinantes psicosociales de la intención de donación de órganos en una muestra chilena. *Revista médica de Chile* 2014;142(1):27-33.
14. Hernández-Peraza C, Ochoa-Estrada MC, Villa-Rivas F, Gallegos-Alvarado M. Conocimientos de la población hacia la donación y trasplantes de órganos Population knowledge towards organ donation and transplant. *Revista CONAMED* 2011;16(4):183-187



15. Matesanz R. Papel de los Servicios de Urgencias y Emergencias en la donación de órganos. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias* 2010;22(1):68-71.
16. Fonseca LF. Rol de enfermería en el proceso de donación de órganos para trasplante: revisión de la literatura-análisis crítico. *Revista Colombiana de Enfermería* 2012;7(7):129-139.
17. Tuesca R, Navarro E, Camargo R, Guerrero M, Hernández H, Linero F, et al. Conocimientos y actitudes de los estudiantes de medicina de instituciones de educación superior de Barranquilla sobre donación y trasplante. *Salud Uninorte* 2002;16:19-29.
18. López MJ, Campos M, Aliaga N, Beneroso I, Brufau M, Faz N, et al. Encuesta de opinión: Formación-Información de los alumnos de la Universidad de Murcia sobre el proceso donación-trasplante de órganos. *Enfermería Global* 2002;1(1).
19. Febrero B. Actitud hacia la donación de órganos de los adolescentes y del profesorado de Educación Secundaria en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. 2015.
20. Tuesca R, Navarro E, Elles R, Espinosa D, Manuel Herrera J, Macías J. Conocimientos y actitudes de los médicos de instituciones hospitalarias en Barranquilla sobre donación y trasplante de órganos Julio-noviembre de 1999. *Revista Científica Salud Uninorte* 2012;17.
21. Vanegas CD, Tintín JM. Estudio comparativo de conocimientos y actitudes sobre la donación de órganos de los estudiantes de quinto año de la Escuela de Derecho con los estudiantes de quinto año de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca. 2013.
22. Frisancho A, Mesía R. Actitudes de los estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos hacia la donación de órganos. *Investigación Educativa* 2012;16(29):145-166.
23. Castañeda-Millán DA, Alarcón F, Ovalle D, Martínez C, González LM, Burbano-Perea I, et al. Actitudes y creencias sobre la donación de órganos en Colombia: ¿Dónde se deben enfocar los esfuerzos para mejorar las tasas nacionales de donación? *Rev.Fac.Med* 2014;62(1):17-25.
24. Lozano G, Liberman S, Ito ME, Andrade P. Conocimientos y creencias acerca de la donación de órganos y tejidos en la Ciudad de México. *Psicología y Salud* 2014;15(1):77-83.
25. Calvanese N, Sánchez L, Redondo A, Milanés C, Torres O, Salas R, et al. Factores psicosociales de la donación de órganos para trasplantes en Venezuela. *Psicología y salud* 2013;17(2):241-249.
26. Pérez MA, Domínguez JM, Murillo F, Núñez A. Factores sociales y psicológicos que influyen en la donación de órganos. *Psicothema* 1993;5(2):241-253.
27. Caballer A, Martínez M. Variables influyentes en la actitud hacia la donación de órganos. *Psicothema* 2000;12(Suplemento):100-102.
28. Zapata CA, Fernández FS. Factores asociados a la actitud desfavorable a la donación de órganos en familiares de pacientes internados en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo durante el año 2014. 2015.
29. Moreira V, Ferraz ER. A tomada de decisão das famílias para a doação de órgãos. *Cogitare Enfermagem* 2010;15(1).
30. Fernández-Rioja F, Zapata-Zapata C, Peña-Sánchez R. Actitud Ético-Moral hacia la donación de órganos en familiares de pacientes hospitalizados. *Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo* 2014;7(2):49.
31. Siebelink MJ, Albers MJ, Roodbol PF, van de Wiel H. Estudio exploratorio en línea sobre las opiniones de los padres respecto de la donación de órganos: de las decisiones individuales a las conversaciones en familia. *Archivos argentinos de pediatría* 2014;112(3):224-230.
32. Fernández-Rioja F, Zapata-Zapata C, Díaz-Vélez C, Tappicahuana-Juárez J. Validación de instrumento para medir la actitud hacia la donación de órganos en familiares de pacientes hospitalizados. *Rev cuerpo médHNAAA* 2014;7(1):24-28.

. Análisis sociodemográfico en función del sexo.

		Hombres	Mujeres
Media edad		46,85 ±12,654	39,20 ±11,818
Estado civil	Casado	49 (57%)	35 (54,7%)
	Soltero	26 (30,2%)	8 (12,5%)
	Otro	11 (12,8%)	21 (32,8%)
Religión	Cristiano	71 (82,6%)	54 (84,4%)
	Musulmán	7 (8,1%)	3 (4,7%)
	Agnóstico	8 (9,3%)	7 (10,9%)
Nivel de estudios	Sin estudios	9 (10,5%)	3 (4,7%)
	Primarios	19 (22,1%)	7 (10,9%)
	Secundarios	39 (45,3%)	26 (40,8%)
	Universitarios	19 (22,1%)	28 (43,8%)

Tabla 1



Media, DE y moda de todos los ítems.

	Media	DE	Moda
1. ¿Estás de acuerdo con la donación de órganos?	3,19	1,289	4
2. ¿El tráfico de órganos es una razón por la cual hay escasos donantes?	3,09	1,318	4
3. ¿Tu religión influye en la donación de órganos?	3,63	1,358	5
4. ¿La realización de charlas médicas sobre la donación aumentaría el número de donantes?	3,67	1,403	5
5. ¿La condición económica puede influir en no donar un órgano?	2,09	1,170	1
6. ¿Los donantes de órganos pueden ser personas de cualquier edad?	2,61	1,247	3
7. ¿Se debe respetar la decisión que tuvo en vida el fallecido de donar sus órganos?	3,51	1,208	5
8. ¿Crees que el no conocer sobre el tema de donación de órganos influye en no donar un órgano?	3,53	1,191	5
9. ¿Sólo las personas que tienen entre 20 y 50 años pueden donar un órgano?	2,38	1,008	2
10. ¿Crees que las personas de bajos recursos económicos donan en menor cantidad sus órganos que las de mejores recursos?	3,63	1,234	4
11. ¿Solamente los que estén cerca de la muerte deben donar órganos?	4,07	1,133	5
12. ¿Crees que el donar un órgano es un acto voluntario?	4,55	0,710	5
13. ¿Crees que ha aumentado la donación de órganos en España durante los últimos 5 años?	2,89	0,687	3
14. ¿Piensas que un paciente que ha recibido un órgano mejorara su calidad de vida?	4,53	0,932	5
15. ¿Crees que el no donar un órgano te hace una persona menos solidaria?	2,48	1,262	1
16. ¿La muerte cerebral es un impedimento para donar órganos?	3,03	0,951	3
17. ¿La no realización de campañas medicas sobre la donación de órganos disminuiría el número de donantes?	4,47	0,888	5
18. ¿Crees que el estado se ve beneficiado económicamente con el tema?	3,03	1,167	3
19. ¿Estás de acuerdo con la no donación de órganos?	2,92	1,277	3
20. ¿Crees que el tráfico de órganos es mayor en España en comparación con otros países?	2,29	1,155	1
21. ¿El estado español respalda la donación de órganos?	3,95	1,257	5
22. ¿Crees que en España se brinda información sobre el tema de donación de órganos?	2,57	0,746	3
23. ¿Es necesario indicar en el DNI si deseas o no donar un órgano?	2,65	0,768	3
24. ¿Estás de acuerdo con recibir cierta cantidad de dinero por donar un órgano?	3,51	1,545	5

Tabla 2

Diferencias estadísticamente significativas en función del sexo a través de t-Student.

	Valor de p	D de Cohen	IC 95%
2. ¿El tráfico de órganos es una razón por la cual hay escasos donantes?	0,000	0,80	[0,46-1,13]
3. ¿Tu religión influye en la donación de órganos?	0,001	0,57	[0,24-0,90]
5. ¿La condición económica puede influir en no donar un órgano?	0,000*	0,65	[0,32-0,98]
9. ¿Sólo las personas que tienen entre 20 y 50 años pueden donar un órgano?	0,037	-0,35	[-0,68; -0,03]
10. ¿Crees que las personas de bajos recursos económicos donan en menor cantidad sus órganos que las de mejores recursos?	0,000*	-0,76	[-1,09; -0,43]
15. ¿Crees que el no donar un órgano te hace una persona menos solidaria?	0,000	-0,71	[-1,04; -0,38]
20. ¿Crees que el tráfico de órganos es mayor en España en comparación con otros países?	0,006*	-0,47	[-0,80; -0,14]

*Estadístico U de Mann-Whitney.

Tabla 3

Diferencias estadísticamente significativas en función de la religión a través de t-Student.

	Valor de p	D de Cohen	IC 95%
1. ¿Estás de acuerdo con la donación de órganos?	0,020*	0,56	[0,23-0,89]
4. ¿La realización de charlas médicas sobre la donación aumentaría el número de donantes?	0,000*	1,01	[0,67-1,35]
6. ¿Los donantes de órganos pueden ser personas de cualquier edad?	0,007	0,61	[0,28-0,94]
7. ¿Se debe respetar la decisión que tuvo en vida el fallecido de donar sus órganos?	0,000	1,00	[0,66-1,35]
8. ¿Crees que el no conocer sobre el tema de donación de órganos influye en no donar un órgano?	0,005	0,63	[0,30-0,96]
17. ¿La no realización de campañas medicas sobre la donación de órganos disminuiría el número de donantes?	0,027*	0,48	[0,15-0,81]

*Estadístico U de Mann-Whitney.

Tabla 4

INMUNIDAD INNATA: "Medición leucocitaria y complemento C-3, C-4 en el exudado de una herida"

INNATE IMMUNITY: "Leukocyte Measurement and C3, C4 complement in wound exudate"

Autores: Cerveró S*; Pomares J*; Massa B*; López N**; Pomares A***; Sánchez JF*

*Hospital General Universitario de Elche (Alicante)

**Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

***Centro de Estudios Universitario A+ de Elche (Alicante)

e-mail: enfermerodecuras@gmail.com

RESUMEN

El exudado es un componente de las heridas que analizándolo nos puede dar mucha información de su evolución.

Vemos en este estudio como analizando ciertos parámetros disponemos de información acerca de las heridas.

El objetivo es la medición leucocitaria y del complemento C-3 y C-4 del exudado a lo largo de la cicatrización de una herida y evaluar su posible utilidad en la evaluación de las mismas.

Paciente, varón de 47 años intervenido, de absceso pancreático por cirugía general en el Hospital General Universitario de Elche. Presenta herida que cierra por segunda intención. En la herida se observa sutura interna que está actuando como cuerpo extraño. El tejido presenta signos inflamatorios, con restos esfacelares. Se realiza cura con terapia de presión negativa. Tras la recogida de tres muestras en días alternos, se procede a retirar la sutura y a los dos días siguientes se saca otra muestra. Las muestras se recogen en un tubo de EDTA con 2-3 mililitros de exudado, procediendo a su análisis.

Los resultados fueron que el porcentaje de los neutrófilos estaba por encima del 89% y los monocitos por debajo del 6% en las tres primeras muestras. En la cuarta muestra, donde ya no había sutura, los resultados se normalizaron a un 53% de neutrófilos y un 42% de monocitos.

En cuanto al complemento C3 y C4 los resultados fueron significativos, observando cómo en

la fase inflamatoria había gasto de complemento y en la fase proliferativa se normalizaba.

Palabras clave: cicatrización, complemento, diagnóstico, heridas, inmunidad innata, neutrófilos, monocitos

ABSTRACT

Exudate is a component of the wounds analyzing it can give us much information about their evolution.

We see in this study as analyzing some have information about the wounds parameters.

The aim is leukocyte and complement C-3 and C-4 exudate measurement along the wound healing and evaluate its potential usefulness in evaluating the same.

Patient 47 year old male intervened, pancreatic abscess general surgery at the Hospital General Hospital University of Elche. It has wound closing by second intention. In internal suture the wound is acting as a foreign body is observed. The fabric has inflammatory signs with esfacelares remains. cure It is done with negative pressure therapy. After collecting three samples on alternate days, one proceeds to removing the suture and the next two days another sample is removed. Samples are collected in a tube with 2-3 milliliters of EDTA exudate, proceeding to analysis.

The results were that the percentage of neutrophils was above 89% and monocytes below 6% in the first three samples. In the fourth sample, whe-

re there was no suture, results were normalized to 53% of neutrophils and 42% monocytes.

As for the C3 and C4 complement the results were significant, watching in the inflammatory pha-

se had complement spending and the proliferative phase is normalized.

Keywords: *complement, diagnosis, innate immunity, neutrophils, monocytes, scarring, wounds.*

INTRODUCCIÓN

Cuando se produce una herida, el organismo pone en marcha una serie de procesos encaminados a la reparación y reemplazamiento de los tejidos lesionados, este proceso recibe el nombre de cicatrización, que se puede dividir en tres fases (inflamatoria, proliferativa y remodelación).

La fase Inflamatoria comienza inmediatamente después de producirse la herida, al principio ocurre un proceso de coagulación que detiene la pérdida de sangre (hemostasia), además se liberan varios factores para atraer células que fagociten residuos, bacterias, tejido dañado, cuerpos extraños. Hay una activa vasoconstricción, que es rápidamente seguida por vasodilatación que permite que se filtren proteínas plasmáticas al espacio intersticial junto con neutrófilos, monocitos / macrófagos (1).

Los neutrófilos tienen la función de fagocitar y su vida media es de unas 72 horas, cuando se desintegran dichas células sueltan unos gránulos tóxicos, muy perjudiciales, ya que destruyen los tejidos sanos (2).

Una vez que han completado su tarea los granulocitos sufren un proceso de apoptosis y son devorados, degradados por los macrófagos (3).

Los macrófagos son células que intervienen tanto en la fase inflamatoria, como en la fase proliferativa y tienen varias funciones; una de ellas es la fagocitaria, por lo tanto son esenciales para la cicatrización de una herida (4).

El principal rol de los macrófagos es fagocitar bacterias y tejido dañado, mediante la liberación de proteasas (5). La capacidad de los macrófagos para secretar estos factores los convierte en elementos vitales para promover que el proceso de cicatrización de la herida evolucione.

Simplificando la gran heterogeneidad de estas células, podemos distinguir dos tipos de macrófagos, identificados como M1 o macrófagos clásicos y M2 o macrófagos alternativos (6, 7).

Los macrófagos M1 se originan durante la respuesta inflamatoria y están caracterizados por la producción de citoquinas y mediadores pro-infla-

matorios. Este fenotipo se caracteriza por una alta actividad antiviral, antibacteriana y supresora de tumores (4,5).

El sistema del complemento forma parte del sistema inmunitario del organismo. El complemento es el mecanismo efector humoral más importante de la respuesta inmune, y es uno de los principales responsables de la inmunidad innata. La activación del sistema del complemento se puede producir por distintas vías, conocidas como clásica y alternativa. No obstante, el producto final de estas vías es el mismo, la formación de un complejo de ataque a la membrana (MAC). El sistema de complemento y las cininas son elementos críticos del sistema inmune innato, y promueven procesos inflamatorios, y el complemento se constituye en la primera línea de defensa contra las infecciones, y uno de los principales efectores de la inmunidad mediada por anticuerpos (8).

Se trata de un grupo de proteínas y glicoproteínas presentes en el plasma capaces de opsonizar objetos extraños para que sean fagocitados y participar directamente en la lisis de células y microorganismos. Se trata de uno de los principales sistemas de regulación de la respuesta inflamatoria. Las proteínas que forman el sistema del complemento son sintetizadas en su mayor parte en el hígado y constituyen aproximadamente el 5 % -10 % de las globulinas plasmáticas. Ellas son componentes de la fase de respuesta aguda. Las proteínas del sistema del complemento que más suelen determinarse son el C3 y el C4.

El sistema inmune innato es inespecífico y tiene la capacidad de responder rápidamente a sustancias desconocidas para el organismo. La inmunidad innata, ataca todo lo que parezca raro, sea lo que sea. La inmunidad innata tiene un peso importantísimo, dentro de la fase inflamatoria de las heridas.

El exudado que se produce en las heridas, se sabe en la actualidad, que se produce en respuesta a una interacción complicada entre la etiología de la herida, la fisiología de la cicatrización de la herida, el ambiente de la herida y los procesos patológicos agravantes. Este exudado deriva del



líquido que se fuga de los vasos sanguíneos. Además, de por la propia herida, el exudado está influido por un amplio espectro de factores locales, sistémicos y prácticos (9).

Existe un desarrollo continuo de productos para mejorar el tratamiento de diferentes tipos de heridas, uno de ellos es la terapia asistida por vacío, que en la actualidad estamos aplicando en nuestro hospital. Esta terapia está encaminada a promover la cicatrización de heridas en un medio húmedo y cerrado. Se trata de un método no invasivo, que utiliza la aplicación de vacío sobre la lesión para favorecer su cicatrización (10,11).

Si la inflamación se prolonga durante mucho tiempo puede producir daño a los tejidos (12). Por esta razón, la reducción de la inflamación es frecuentemente un objetivo de los cuidados terapéuticos en las heridas.

Es importante saber en cuál de las fases de la cicatrización nos encontramos, ya que esto nos permitirá adaptar los tiempos y a veces adelantarnos a los eventos en favor de una más rápida y pronta recuperación del paciente.

Por ello se requiere una mayor investigación para aclarar la función del exudado, especialmente en el retraso del proceso de cicatrización. Esto podría ampliar los conocimientos y ayudar a desarrollar nuevas estrategias de tratamiento para la enfermería.

Este análisis de células y componentes bioquímicos que se encuentran en el lecho de la herida permite a la enfermería disponer de información para un mejor diagnóstico de la fase de cicatrización y tipo de inmunidad en que nos encontramos y así optimizar el abordaje terapéutico de las heridas.

OBJETIVO

Dada la importancia del exudado en la cicatrización de las heridas y la variedad de problemas relacionados con el mismo, un avance importante consistiría en integrar sistemáticamente la evaluación del exudado en la evolución general de las heridas.

Por ello el objetivo principal que nos hemos planteado a la hora de desarrollar este proyecto de investigación, es la medición leucocitaria y del complemento C-3 y C-4 del exudado a lo largo de la cicatrización y evaluar su posible utilidad en la evaluación de las heridas.

Para la consecución de este objetivo abordaremos los siguientes objetivos específicos:

1. Determinar la composición celular del exudado en cada una de las muestras recogidas.
2. Analizar los niveles del complemento C-3 y C-4 importantes en el proceso de cicatrización.

HIPÓTESIS

Basados en los datos de la literatura que describen los acontecimientos que ocurren en cada una de las etapas del proceso de cicatrización diremos que:

La composición celular de un exudado de herida junto con los niveles de algunos de los componentes importantes en el proceso de cicatrización, nos va a informar de la fase de cicatrización en la que nos encontramos en cada momento, permitiéndonos así adaptar los tiempos de curación y adelantarnos a los eventos en favor de una más rápida y pronta recuperación del paciente.

DISEÑO

Se trata de un estudio descriptivo longitudinal del tipo "caso único" que puede dividirse en dos fases:

- Estudio de la composición del exudado.
- Evaluación de la composición del exudado.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente varón de 47 años intervenido de absceso pancreático por cirugía general en el Hospital General Universitario de Elche. Presenta herida que cierra por segunda intención. En la herida se observa sutura interna que está actuando como cuerpo extraño. El tejido presenta signos inflamatorios, con restos de esfacelos (foto 1). Dicha herida, está con terapia de presión negativa. Tras la recogida de tres muestras en días alternos, se procede a retirar la sutura y a los dos días siguientes se saca otra muestra (foto 2). Las muestras se recogen en un tubo de EDTA con 2-3 mililitros de exudado. El conteo leucocitario se realiza en un contador de células Sysmex Hematology Analyzer (Siemens...). A continuación se centrifuga la muestra para separar el suero. Y los parámetros bioquímicos se procesan en el analizador VITROS de Johnson.

RESULTADOS

En las mediciones celulares que se hicieron hubo un cambio muy significativo. En las tres pri-

meras muestras se encontraba la sutura mientras que en la última ya se había retirado la sutura. Observamos como el porcentaje de neutrófilos en las tres primeras muestras está por encima del 89%, indicativo de que nos encontramos en fase inflamatoria. Y en la cuarta muestra los neutrófilos se encontraban alrededor del 53%, valor que predice la fase proliferativa. También ocurre lo mismo con los monocitos/macrófagos que en las tres primeras muestras no pasaron del 6% y en la cuarta muestra ya se niveló con los neutrófilos siendo un 42% (Gráfica -1).

Además en la medición del complemento C-3 y C-4 vemos que en la fase inflamatoria que coincide con la recogida de las tres primeras muestras observamos cómo hay más gasto en el complemento C-3 y C-4 siendo las cifras muy bajas indicativo de la fase inflamatoria y en la cuarta muestra vemos como se elevan estas cifras, valorando esta cifra como indicativa de la fase proliferativa (Gráfica-2).

Con estos resultados paramétricos podemos predecir que nos encontramos en la fase inflamatoria; y dentro de esta fase también podríamos predecir que nos encontramos en la fase de inmunidad innata, siendo los neutrófilos predominantes con mucha diferencia.

CONCLUSIONES

El exudado es un componente de las heridas que analizándolo nos puede dar mucha información de su evolución. En la actualidad la enfermería dispone de pocas herramientas para evaluar una herida in situ.

Vemos en este estudio como analizando ciertos parámetros disponemos de información acerca de las heridas; que con herramientas más sofisticadas para poder analizarlas in situ, podríamos adelantarnos o detectar las fases o estados de las heridas para proceder con tratamientos adecuados y/o curas adecuadas al estado de las heridas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stadelmann W.K., Digenis A.G. and Tobin G.R. Physiology and healing dynamics of chronic cutaneous wounds. *The American Journal of Surgery*. 1998; 176 (2): 26S-38S.
2. Male, DK; Champion, B; Cooke, A; Owen, M. Cell traffic and inflammation. En: *Advance Immunology*. 2º ed. Ed Gower London-New York 1991.

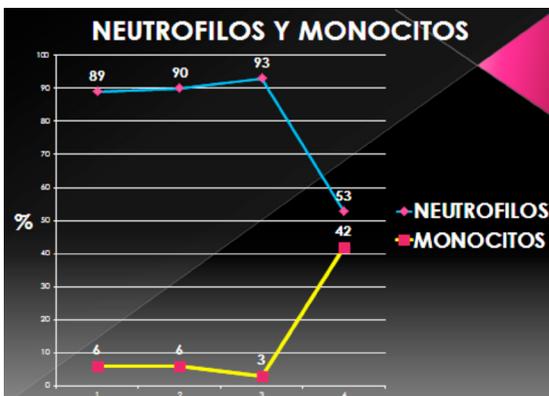
3. Martin P. and Leibovich. Inflammatory cells during wound repair: the good, the bad and the ugly. *Trends in Cell Biology*. 2005; 15 (11): 599-607.
4. De la Torre J., Sholar A. Wound healing: Chronic wounds. *Emedicine.com*. 2006.
5. Deodhar A.K., Rana R.E. Surgical physiology of wound healing: a review. *Journal of Postgraduate Medicine*. 1997; 43 (2): 52-56.
6. Sica A, Mantovani A. Macrophage plasticity and polarization: in vivo veritas. *J Clin Invest*. 2012; 122:787-795.
7. Gordon, S. and Taylor, P. R. Monocyte and macrophage heterogeneity. *Nature Rev. Immunol*. 2005; 5:953-964.
8. Walport, M. Complement. First of Two. Parts. *NEJM*; 2001. 344(14): 1058-1066
9. Thompson, G. & Stephen-Haynes, J. An overview of wound healing and exudate management. *Br J Community Nurs*. 2007; 12, S22, S24-26, S28-30.
10. Holle, G., et al. [Vacuum-assisted closure therapy and wound coverage in soft tissue injury. Clinical use]. *Unfallchirurg*. 2007; 110, 289-300.
11. Webb, L.X. New techniques in wound management: vacuum-assisted wound closure. *J Am Acad Orthop Surg*. 2002; 10, 303-311.
12. Midwood K.S., Williams L.V., and Schwarzbauer J.E. 2004. Tissue repair and the dynamics of the extracellular matrix. *The International Journal of Biochemistry & Cell Biology*. 2004; 36 (6): 1031-1037.



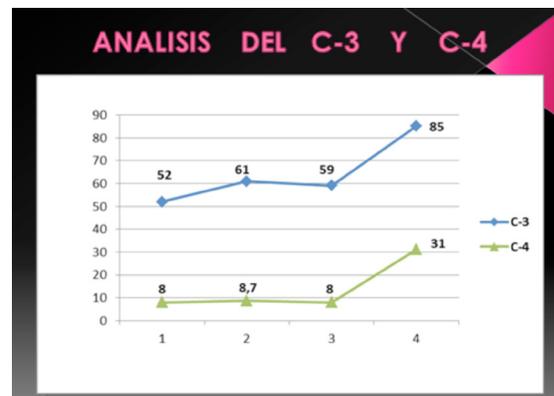
Foto 1.- Herida quirúrgica que cierra por 2ª intención. Sutura quirúrgica
En esta fase, con la sutura, se recogieron tres muestras y se analizaron.



Foto 2.- Misma herida quirúrgica sin sutura
En esta fase, sin la sutura, se recogió una sola muestra y se analizó.



GRÁFICA COMPARATIVA ENTRE LOS NEUTRÓFILOS Y LOS MONOCITOS
Gráfica 1.- Tres primeras muestras con sutura y última muestra sin sutura.



GRÁFICA COMPARATIVA ENTRE EL C-3 Y C-4
Gráfica 2.- Tres primeras muestras con sutura y última muestra sin sutura.

Fotoaféresis extracorpórea (fec): tratamiento actual de la enfermedad del injerto contra receptor en pacientes receptores de progenitores hematopoyéticos de donante alogénico; cuidados específicos en pediatría.

Extracorporeal photopheresis (ecp): current treatment
of graft versus host disease following allogeneic
hematopoietic stem cell transplantation;
specific care in pediatrics

Autor: Domínguez Ruiz LA*; Porras Paradas JM**; Gómez Vives D**; Rodríguez Aliberas M***; Fernández-Sojo J***; Castellá Cahiz D****

*Responsable de Enfermería. Banco de Sangre y Tejidos. Hospital Vall d'Hebron

**Enfermero. Banco de Sangre y Tejidos. Hospital Vall d'Hebron

***Medico. Banco de Sangre y Tejidos. Hospital Vall d'Hebron

****Jefe de servicio. Banco de Sangre y Tejidos. Hospital Vall d'Hebron

e-mail: ldominguez@bst.cat

RESUMEN

La Enfermedad del Injerto Contra Receptor (EICR) es la principal causa de morbi-mortalidad en pacientes que han recibido un trasplante de progenitores hematopoyéticos de donante alogénico. La Fotoaféresis Extracorpórea (FEC) se considera tratamiento de 2ª línea en la EICR. Este procedimiento consiste en realizar una aféresis de células mononucleadas, sensibilizar el producto mediante un psoraleno y someterlo a irradiación con rayos ultravioleta. Posteriormente se reinfunden estas células al paciente con el objetivo de disminuir la aloreactividad.

Objetivo: Analizar los cuidados de enfermería en 586 procesos de FEC a 19 pacientes pediátricos durante 6 años.

Material y métodos: Se analizaron de forma retrospectiva los efectos adversos en 586 procedimientos de FEC, valorando factores relacionados con cuidados de enfermería; volumen extracorpóreo; cuidados y mantenimiento de ca-

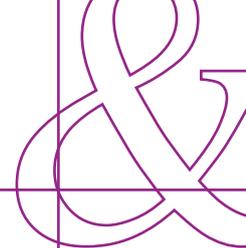
téter para evitar riesgos de infección y trombosis; control del proceso, balance hídrico; regulación de la tasa de anticoagulación; cuidado del estado general del paciente y seguimiento de efectos secundarios de fotosensibilización

Resultados: No se observan efectos adversos graves. Los efectos adversos leves detectados fueron: náuseas y/o vómitos (26 casos) problemas de vías (16), hipotensión (13), signos de hipocalcemia (11), reacciones alérgicas a sangre total (9), cefaleas (5), sangrado (1).

Conclusiones: La presencia de enfermería durante el proceso y unas buenas prácticas evitan efectos indeseables graves. Se han detectado efectos leves en un 13% de los procesos.

Una educación sanitaria de paciente y/o familiares es muy efectiva para paliar efectos de fotosensibilización post.aféresis.

Palabras claves: enfermería; Enfermedad Injerto Contra Receptor; fotoaféresis; psoraleno; progenitores hematopoyéticos.



ABSTRACT

Graft versus-host disease (GVHD) is an important cause of morbidity and mortality in patients who have received allogenic hematopoietic stem cell transplantation. Extracorporeal photopheresis (ECP) is currently considered second-line therapy. This procedure involves the collection of peripheral blood leukocytes by apheresis, extracorporeal exposure of the leukocytes to 8-methoxypsoralen (8-MOP) followed by irradiation with ultraviolet A (UVA) light, and reinfusion of the photoactivated cells. As a consequence the therapeutic effect of ECP for GVHD appears in decreasing the allo-reactivity.

Objectives: analyze nursing care in 586 processes ECP to 19 pediatric patients for 6 years.

Methods: Adverse effects were retrospectively analyzed in 586 ECP procedures, assessing factors related to nursing care; Extracorporeal volume; catheter care and maintenance to avoid risk of infection and thrombosis; process control, hy-

dric balance; regulating the rate of anticoagulation; care of the patient's general condition and monitor own side effects of photosensitivity (skin and eye protection)

Results: No serious adverse effects were observed. Minor adverse effects were nausea and / or vomiting (26 cases) problems pathways (16), hypotension (13), signs of hypocalcemia (11), allergic reactions to whole blood (9), headaches (5), bleeding (1).

Conclusions: The presence of nurses during the process and good practices avoided serious undesirable effects. Mild effects have been detected in 13% of the processes.

Health education of the patient and / or family is very effective to mitigate effects of post-aféresis photosensitivity.

Keywords: nursing; Graft versus-host disease; photopheresis; psoralen; hematopoietic progenitors.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad injerto contra receptor (EICR) es la principal causa de morbilidad y mortalidad en pacientes que han recibido un trasplante de progenitores hematopoyéticos de donante alogénico. Su incidencia oscila entre un 30-60% en donantes emparentados HLA idénticos y alcanza el 80% cuando se utilizan donantes HLA idénticos no emparentados¹.

Esta enfermedad se debe a la presencia de linfocitos T del donante que reaccionan frente a los antígenos de histocompatibilidad del receptor.

Desde el año 2005, el grupo de consenso del National Institute of Health (NIH) considera dos tipos de EICR (aguda y crónica), según el momento de aparición de cada una en dos categorías, como se muestra en la **tabla 1**².

La clasificación se realiza en base a las manifestaciones clínicas y en función del número y grado de gravedad de los órganos afectados (I-leve, II-moderado, III-grave y IV-muy graves).

Actualmente la FEC, se considera un tratamiento de 2ª línea. Los pacientes que no responden a la 1ª línea de tratamiento, es decir, pacientes refractarios al tratamiento esteroideo, entendiéndose como refractarios: aquellos pacientes que a los

3-4 días de haber iniciado el tratamiento se observa una progresión de la EICRa, los que no observan cambios tras 7 días de tratamiento y en los que presentan una respuesta incompleta a los 14 días de haber recibido tratamiento³.

La Sociedad Americana de Aféresis, actualizó en el año 2013 la Guía sobre el uso de la aféresis terapéutica en la práctica clínica (ASFA: American Society for Apheresis).

Las principales indicaciones terapéuticas de la FEC, de acuerdo a esta guía se recogen en la **tabla 2**.

Las siguientes tablas nos definen cada una de las categorías y grados de recomendación de acuerdo a la Guía sobre el uso de la aféresis terapéutica en la práctica clínica ASFA 2013.

Tabla 3: Grados de recomendación utilizada en la edición especial de la Guía sobre el uso de la aféresis terapéutica en la práctica clínica ASFA 2013.

Tabla 4: Categorías utilizadas en la edición especial de la Guía sobre el uso de la aféresis terapéutica en la práctica clínica ASFA 2013.

La fotoaféresis extracorpórea (FEC) es una técnica que ha demostrado ser útil para el tratamiento de pacientes trasplantados con enfermedad

injerto contra receptor (EICR), aunque el mecanismo de acción biológico aún no se comprende en su totalidad. La FEC implica la exposición de las células mononucleares (CMN) de la sangre periférica del paciente, extraídas mediante un procedimiento de aféresis, a los efectos de la luz ultravioleta A (UVA) en presencia de un agente fotoactivable, el 8 metoxipsoraleno (8-MOP) que se intercala en el ácido desoxirribonucleico (ADN) e induce la apoptosis rápida y masiva de los leucocitos. Posteriormente estas células apoptóticas son reinfundidas en el paciente consiguiendo desarrollar una respuesta inmune.

Para realizar el procedimiento de fotoaféresis extracorpórea (FEC), existen dos métodos diferentes: el método "off-line" y el método "on-line".

El método off-line, se lleva a cabo en dos etapas. La primera de ellas empieza desde que se conecta al paciente al separador celular, hasta recoger un volumen de sangre determinado (entre 1 y 2 volemias); después se desconecta al paciente. La segunda etapa se produce cuando al producto recogido se le añade el psoraleno (8-MOP), y se irradia, para finalmente infundirlo al paciente.

El método "on-line", que es el que utilizamos en nuestro centro, el paciente permanece conectado al separador celular desde el inicio del procedimiento hasta que se le reinfunde el producto tratado e irradiado. La sangre total es extraída del paciente, se centrifuga dentro del separador celular, separando las CMN del resto de los componentes de la sangre que son devueltos al paciente. Las CMN separadas son tratadas con 8-MOP e irradiadas con luz ultravioleta A dentro del propio separador celular, reinfundiéndose posteriormente al paciente.

Indicaciones de fotoaféresis extracorpórea en pediatría.

A diferencia de los adultos, los niños se encuentran en periodo de desarrollo y crecimiento, tanto físico como intelectualmente, por lo que tratamientos a largo plazo, como pueden ser los fármacos inmunosupresores en pacientes con EICR, puede provocarles alteraciones importantes en el crecimiento, en el metabolismo óseo, hormonales, y/o nutricionales. Además de manera específica, el uso de corticoides a altas dosis, tratamiento de primera línea para la EICR, puede tener consecuencias graves en estos pacientes, siendo muy

importante intentar disminuir y/o suspenderlos lo antes posible. Por eso es necesario desarrollar otras estrategias terapéuticas no farmacológicas capaces de disminuir este tipo de complicaciones⁴.

Las indicaciones de FEC aprobadas en pediatría actualmente son en tan sólo dos patologías: en el tratamiento de la enfermedad injerto contra receptor aguda (EICRa) y/o crónica (EICRc) y para el rechazo del trasplante de órgano sólido (profilaxis y tratamiento del rechazo de corazón y de pulmón)⁵.

OBJETIVOS

Hipótesis: La FEC es un procedimiento seguro y bien tolerado en el paciente pediátrico.

Objetivo principal:

*Analizar que se registran correctamente los cuidados de enfermería durante el procedimiento de FEC.

Objetivos específicos:

*Incidencia de efectos adversos relacionados con el procedimiento.

*Describir las medidas correctoras realizadas en caso de incidente técnico y/o sintomatología clínica.

MATERIAL Y METODOS

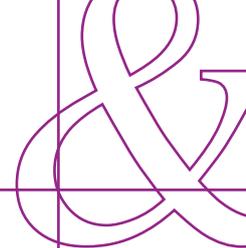
Metodología

Estudio retrospectivo de los 586 procedimientos de FEC realizados a 19 pacientes pediátricos (10 niñas /9 niños) durante el período 2009-2014 en Hospital Infantil Universitario Vall d'Hebron, todos ellos afectados de enfermedad de injerto contra receptor postrasplante hematopoyético de donante alogénico, sometidos a tratamiento con FEC.

Revisión de la hoja de registro del procedimiento que incluye datos clínicos del paciente y datos técnicos del proceso incluyendo incidentes, efectos adversos y en caso de realizarse medidas correctoras y/o cuidados de enfermería. Estos datos son registrados el día del procedimiento por el personal de enfermería y médico responsable.

Descripción de los cuidados de enfermería y principales efectos adversos.

• Control del volumen extracorpóreo. En el procedimiento de FEC el volumen extracorpóreo



del paciente viene determinado por el separador celular, su peso y el hematocrito. Habitualmente suele ser de entre 200-300 ml, pero puede llegar a superar los 400ml. En paciente adulto el equipo se purga con suero fisiológico, y este volumen extracorpóreo suele ser bien tolerado. No obstante en niños, la pérdida superior de 10-15% de la volemia puede dar lugar a manifestaciones clínicas importantes como la hipoxia o la hipovolemia. En los pacientes que pesan menos de 20-25Kg se recomienda el purgado del sistema con sangre de esta manera reemplazamos el volumen sanguíneo que se encuentra en el sistema y mantenemos al paciente con un hematocrito superior al 30% durante la FEC.

- Selección del componente sanguíneo para el cebado con sangre. Se utiliza sangre total reconstituida habitualmente con plasma, ABO Rh compatible, irradiado para evitar el EICR transfusional y con un hematocrito similar al del paciente, para evitar interferencias en la separación celular.

- Seguridad transfusional. En caso de cebado del equipo con sangre, el día previo de la aféresis se extrae muestra al paciente para control analítico y pruebas pretransfusionales. En nuestro centro se utiliza pulsera visual de seguridad transfusional como sistema barrera que se coloca en el momento de extraer la muestra. Las pruebas pretransfusionales incluyen grupo sanguíneo, estudio de anticuerpos irregulares y la prueba cruzada con el concentrado de hemáties. En el momento del cebado de la máquina, seguiremos los pasos de seguridad transfusional de nuestro centro⁶, en la cabecera del paciente se comprobará el nombre y apellidos del paciente con los del concentrado de hemáties, además del número de seguridad transfusional. Además se le comprobará el grupo del paciente con el del concentrado de hemáties en la cabecera del paciente.

- Control del balance hidroelectrolítico durante el proceso. El volumen extraído versus el infundido, debería aproximarse a ceropara evitar una sobrecarga circulatoria o la hipovolemia.

- Acceso vascular. La FEC para poder realizarse requiere un acceso vascular que soporte altos flujos, y aunque podría utilizarse el acceso periférico (16-20G) en pacientes pediátricos habitualmente se requiere un catéter venoso central (CVC). Existen diferentes tipos de accesos vasculares para la realización de aféresis terapéuticas

en el paciente pediátrico: las venas periféricas, los catéteres venosos centrales y las fistulas arteriovenosas. En nuestro caso en el 100% de los casos se utilizó catéter venoso central⁷. Son catéteres diseñados para tratamientos de larga duración. Antes de conectar al paciente al sistema, se debe revisar el estado del catéter, incluyendo una revisión del aspecto externo (apósito, conexiones, punto de inserción, piel...) y garantizar la permeabilidad. Siempre utilizando técnicas asépticas. Inicialmente deberemos desinfectar las conexiones del catéter, y manipular lo mínimo el CVC para prevenir posibles infecciones. Una vez finalizado el proceso se realiza un lavado de las dos luces del CVC con suero fisiológico y se hepariniza para dejarlo sellado. En caso de malfuncionamiento del CVC, descartar un pinzamiento del catéter y luego sospechando una oclusión por fibrina seguir con un lavado con suero fisiológico y un lavado con heparina al 1% durante 10-20 minutos que se podría repetir. Si no funcionara valorar la posibilidad de administrar un trombolítico (uroquinasa) que debe dejarse unos 10-20 minutos. Los principales efectos adversos de un CVC son malfuncionamiento, infección, trombosis y sangrado

- Anticoagulación del circuito. Todos los procedimientos de aféresis necesitan anticoagular el circuito para evitar la coagulación sanguínea en el mismo circuito. Los anticoagulantes más utilizados son el citrato en forma de ácido cítrico anhidro con Citrato trisódico dihidrato y Dextrosa monohidrato fórmula A (ACD-A) y la heparina sódica que se pueden utilizar solo o en combinación. En nuestro centro se utiliza ACD-A y los principales efectos adversos son sangrado e hipocalcemia que puede dar signos leves como irritabilidad y/o parestesia peribucales, o signos graves como tetania y alteraciones cardíacas con riesgo vital para el paciente. En el paciente pediátrico, el citrato es metabolizado más lentamente, alcanzando una mayor concentración de ACD-A en un menor volumen sanguíneo, por lo que hay un mayor riesgo de toxicidad.

La tasa de anticoagulación se ajusta a las características de cada paciente, teniendo en cuenta anticoagulación previa, cifra de plaquetas al inicio del proceso, problemas de acceso venoso y sintomatología durante el proceso. En caso de presentar signos de hipocalcemia, se aumentará

la ratio de anticoagulación y se disminuirá la velocidad de extracción para disminuir la infusión de citrato, y se valorará administrar calcio de forma puntual y/o preventiva en los siguientes procesos. El calcio se puede administrar por vía oral (efecto más lento) o por vía endovenosa, habitualmente en forma de gluconato cálcico.

La tasa de anticoagulación empleada durante todos los procesos de FEC fue de entre 1/8 y 1/14.

• Prevención de los efectos de la fotosensibilización a radiación ultravioleta secundaria al fármaco (8-MOP) reinfundido con las células tratadas. Informaremos al paciente, y a sus cuidadores cuando son pacientes menores, de la necesidad de llevar prendas de vestir adecuadas, tales como sombrero y guantes, y aplicarse filtros solares en las áreas expuestas (factor de protección solar >50, incluyendo los labios). Se recomienda que los pacientes tratados con psoraleno utilicen gafas de sol con protectores laterales al menos durante las 24 horas siguientes a un tratamiento combinado con UVA y evitar la exposición directa e indirecta de la luz exterior⁸. Los efectos adversos descritos para el 8-MOP son fotofobia, fotosensibilidad cutánea con riesgo de quemadura, febrícula, formación de cataratas, náuseas y vómitos.

Registro y valoración de los efectos adversos

En caso de haber incidentes técnicos y/o efectos adversos durante un procedimiento de FEC, se describe el incidente, el efecto adverso y las medidas correctoras realizadas en la hoja de registro del procedimiento. Este registro lo realiza el personal de enfermería y/o médico responsable.

Los efectos adversos se clasifican en

• Leve: aquel que ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria. Incluye problemas de acceso venoso, hipotensión leve, hipocalcemia, diarrea, náuseas y vómitos, reacciones alérgicas a la transfusión de sangre

• Grave: aquel que ocasiona un incapacidad residual al alta hospitalaria o que requirió intervención quirúrgica o incluso exitus. Incluye hipotensión grave, bradicardia, síncope, interrupción obligatoria del procedimiento, parada cardiorespiratoria, exitus.

RESULTADOS

• Los cuidados de enfermería durante el procedimiento de FEC se registran correctamente

• Respecto a la incidencia de efectos adversos relacionados con el procedimiento, no se detectó ningún efecto adverso grave. Hubo 81 episodios (13,85%) de efecto adverso leve de los 586 procedimientos realizados, que fueron por orden de incidencia (número de incidentes; % casos): náuseas y vómitos (26; 13.8%), problemas de acceso venoso (16; 4.43%), hipotensión (13; 2.73%), hipocalcemia (11; 1.87%), reacciones alérgicas a la transfusión de sangre (9; 1,53%) cefalea (5; 0.85%) y sangrado (1; 0.17%).

Ver **tabla 5** efectos adversos durante la aféresis

• En caso de incidente técnico y/o sintomatología clínica, se aplicaron las medidas correctoras descritas anteriormente que fueron efectivas y no requirieron una mayor estancia hospitalaria, procedimientos invasivos extras ni tampoco hubo ningún exitus.

CONCLUSIONES

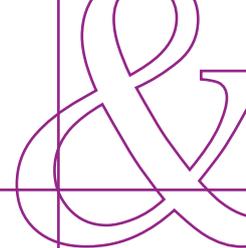
La FEC en pacientes pediátricos es segura y bien tolerada, incluso en pacientes de bajo peso, ya que los efectos adversos que provoca son casi nulos, o muy leves (13,85% de los procesos) y la resolución de los mismos siempre ha sido fácil y satisfactoria, sin la necesidad de interrumpir ningún proceso

La presencia constante de enfermería durante el proceso y unos buenos cuidados evita efectos indeseables graves.

La educación sanitaria dada al paciente y/o familiares sobre los efectos de la fotosensibilidad es clara y efectiva. No se detectaron lesiones cutáneas ni oculares y se confirmó que todos los pacientes usaban gafas de sol y crema protectora (siempre frasco individual)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. J.J. Auletta, Cooke KR. "Bone marrow transplantation: new approaches to immunosuppression and management of acute graft-versus-host-disease". *Current Opinion in Pediatrics*, 2009; 21:30-38
2. National Institutes of health consensus development project on criteria for clinical trials in Chronic GVHD: Diagnosis and staging working group report. *Biol Bone Marrow*. 2005. 11:945-6



3. Dignan FL, Amrolia P, Clark A, Cornish J, Jackson G, Mahendra P, et al. Diagnosis and management of chronic graft-versus-host disease. *Br J Haematol.* 2012. 158(1):30-61
4. 18. Milchon B, Moghrabi A, Winikoff R, Barrete S, Bernstein ML, Champagne J, David M, Duval M, Hume HA, Robitaille N, Bélisle A, Champagne MA. Complications of apheresis in children. *Hemapheresis* 2007;47:1837-1842.
5. 40. Kanold J, Merlin E, Halle P, Paillard C, Marabelle A, Rapatel C, Evrad B, Berger C, Stephan JL, Galambrun C, Pigué C, D'Incan P, Bordigoni P, Deméocq F. Photopheresis in pediatric graft-versus-host disease after allogeneic marrow transplantation: clinical practice guidelines based on field experience and review of the literature. *Transfusion* 2007;47:2276-2289.
6. Manual de Transfusión Sanguínea, Hospital Universitario de la Vall d'Hebron. Última revisión 2013.20-21.
7. Golestaneh L, Mokrzycky MH. Vascular acces in therapeutic apheresis: update 2013. *Journal of clinical apheresis* 2013;28:64-72.
8. Ficha técnica de Uvadex 20 microgramos/ml solución

. Clasificación de la enfermedad de injerto contra receptor

Clasificación		Momento de la aparición	Síntomas característicos de EICR-a	Síntomas característicos de EICR-c
EICR-a	Clásica	< 100 días postrasplante	Si	No
	Persistente, recurrente o tardía	>100 días postrasplante	Si	No
EICR-c	Clásica	Sin límite temporal	No	Si
	Mixto o compuesto	Sin límite temporal	Si	Si

Fuente: National Institute of Health

Tabla 1

Las categorías e indicaciones para la FEC según la guía ASFA del 2013

Nombre de la Enfermedad	Categoría	Grado de recomendación
Linfoma cutáneo T: MF/SS	I	1B
- Eritrodérmico	III	2C
- No eritrodérmico		
Rechazo trasplante cardiaco		
- Profilaxis	II	2A
- Tratamiento del rechazo	II	1B
Rechazo del trasplante pulmonar		
- Bronquiolitis obliterante	II	1C
EICr		
- Piel (EICRc)	II	1B
- Piel (EICRa)	II	1C
- No de la piel (EICRa/EICRc)	III	2B
Pénfigo vulgar severo	III	2C
Fibrosis sistémica nefrogénica	III	2C
Esclerodermia (esclerosis sistémica progresiva)	III	2B
Enfermedad inflamatoria intestinal:		
- Enfermedad de Crohn	III	2C
Psoriasis pustular diseminada	III	2B

Tabla 2

Grados de recomendación utilizada en la edición especial de la Guía sobre el uso de la aféresis terapéutica en la práctica clínica ASFA2013

Grado de recomendación	Recomendación	Calidad de la evidencia
1 A	Fuerte	Alta
1 B	Fuerte	Moderada
1 C	Fuerte	Baja o muy baja
2 A	Débil	Alta
2 B	Débil	Moderada

Tabla 3

Categorías utilizadas en la edición especial de la Guía sobre el uso de la aféresis terapéutica en la práctica clínica ASFA 2013

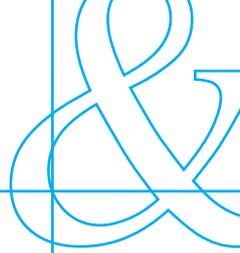
Categorías	
I	Trastornos en los cuales la aféresis es aceptada como tratamiento de primera línea, ya sea único o conjuntamente con otros tratamientos.
II	Trastornos en los cuales a aféresis es aceptada como tratamiento de segunda línea, ya sea como tratamiento único o asociado a otros tipos de tratamiento.
III	No se ha establecido el papel óptimo del tratamiento mediante aféresis. Las decisiones deben ser tomadas analizando cada caso individualmente.
IV	Trastornos en los cuales la evidencia publicada demuestra o sugiere que la aféresis es inefectiva o perjudicial.

Tabla 4

Efectos adversos durante la aféresis

Efecto Adverso	n	%
Totales	81	13.8
Nauseas y vómitos	26	4.43
Problemas de vías	16	2.73
Hipotensión	13	2.21
Hipocalcemia	11	1.87
Reacciones alérgicas a la sangre	9	1.53
Cefaleas	5	0.85
Sangrado	1	0.17

Tabla 5



Influencia de la edad materna en los partos prematuros y múltiples en España

Influence of maternal age in prematurity and multiple birth in Spain

Autor: Martínez-Castellón N*; Sánchez-Ruiz P**; Fernandez-Ordoñez E***

*Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario Torrecardenas (Almería).

**Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Regional de Málaga.

***Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Departamento de Enfermería. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga

e-mail: nereamc_13@hotmail.com

RESUMEN

El embarazo en la adolescencia es un problema socio-sanitario además de un factor de riesgo en la gestación. El papel de la enfermera/matrona es fundamental, tanto para la prevención de las gestaciones precoces, como para el control de las mismas, además de sensibilizar a la población para evitar la exclusión social de las madres adolescentes.

El objetivo de este estudio es conocer la distribución de embarazos precoces y la influencia de la edad, tanto en la prematuridad como en la multiplicidad de los mismos. Para ello se llevó a cabo un análisis descriptivo-transversal, sobre los partos de gestantes adolescentes (menos de 15 años hasta 19 años), obteniendo los datos del Instituto Nacional de Estadística. Mediante análisis estadístico se establecieron relaciones entre las diferentes variables, concluyendo en una disminución del número de partos adolescentes en los últimos años, la influencia de las edades extremas en la prematuridad del recién nacido, y la falta de relación de la multiplicidad y la adolescencia.

Palabras claves: adolescente; embarazo; multiplicidad; parto; prematuridad.

ABSTRACT

Teenage pregnancy is a social problem and a risk factor. The role of the nurse/midwife is important for the prevention of early pregnancy, pregnancy control, and sensitizing the population to avoid social exclusion of teenage mothers.

The aim of this study was to determine the distribution of teenage pregnancy and the influence of age in premature birth and multiple birth. It was carried out a cross-sectional descriptive study of pregnant teen births (less than 15 years to 19 years). Data from INE. Statistical analysis shows relationship between variables. concluding in a decrease in the number of teenage births in the last years, the influence of extreme ages in the prematurity of the newborn, and the lack of relationship of multiplicity and adolescence.

Keywords: delivery; multiple birth; pregnancy; premature birth; teenagers.

INTRODUCCIÓN

La maternidad en la adolescencia representa un problema socio sanitario, además de ser un factor de riesgo en el embarazo(1-5). Las gestaciones precoces presentan riesgo de complicaciones neonatales, anemia, preeclampsia o enfermedades de transmisión sexual, además de aumentar la probabilidad de un nuevo embarazo(3,6). La maternidad en la adolescencia en la mayoría de las ocasiones impide la continuidad de los estu-

dios y dificulta la inserción laboral. Además, produce rechazo social ante el embarazo temprano, lo que conduce a ocultarlo y a retrasar el control del embarazo(4,7,8).

En los últimos 15 años, el número de partos adolescentes en España ha ido variando (Gráfica 1), presentando un aumento gradual hasta 2008, donde se registró el mayor número de partos en menores de 20 años de este siglo, con un total de 15105. A partir de ese año, comenzó a dismi-

nuir, llegando a un total de 8612 partos en adolescentes en 2014(9). Según los datos recogidos por el Banco Mundial, la tasa de fecundidad, actualmente, en mujeres entre 15 y 19 años en España es de 9:1000(10).

El conocer las variaciones de un determinado proceso puede dar lugar a un buen inicio para la corrección de prácticas, con el fin de fomentar planes de prevención y promoción de la salud. La mayoría de embarazos adolescentes son no deseados, debido al desconocimiento del cuerpo, la sexualidad, medidas de prevención de embarazo y el acceso a las mismas que poseen los jóvenes (1,3).

OBJETIVO

- Conocer la distribución de los embarazos adolescentes en España.
- Determinar la influencia de las edades extremas en la prematuridad y multiplicidad de los partos, en la población española.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio realizado presenta un diseño transversal y descriptivo, tomando como unidad principal de análisis los partos realizados en España en el período 2010-2014. La fuente de información utilizada fue el Instituto Nacional de Estadística, recogiendo los datos recopilados de partos por lugar de residencia o inscripción, Comunidad Autónoma, grupo de edad de la madre, multiplicidad y madurez, siendo las principales variables de estudio la edad, la prematuridad y la multiplicidad.

Se tuvieron en cuenta todas las Comunidades Autónomas, incluyendo las ciudades de Ceuta y Melilla. El rango de edad utilizado fue el período de la adolescencia, comprendido entre menores de 15 años hasta los 19 años incluidos (1). Para conocer la presencia o no de significación de algunos parámetros, se han utilizado los datos correspondientes a todos los rangos de edad que se incluyen en el período fértil de la mujer.

Los datos obtenidos a través del Instituto Nacional de Estadística fueron procesados por el programa SPSS 12.0. Se realizó un análisis estadístico y se elaboraron tablas y figuras, representadas en este documento. Para el análisis de los datos se utilizaron diferentes metodologías dependiendo de la variable a medir. Se utilizó un IC 95% y un nivel de significación de 0.05.

RESULTADOS

Se analizó el número de partos en menores de 20 años en los últimos 5 años, con una tendencia ascendente en relación a la edad. Se observó un descenso del número de partos en adolescentes, con una diferencia de 3.100 partos entre 2010 y 2014. La tasa de partos en este período, en la población española total, sufrió una disminución de 58.828 partos. Lo que supone una disminución de un 12.3%, frente al 26% que presenta el grupo de menores de 20 años.

En el análisis por CC.AA del porcentaje de partos en adolescentes en 2014, destaca el alto porcentaje de partos en adolescentes en Andalucía (24.23%), seguida de Cataluña y Madrid (13.3% y 12.6% respectivamente,) frente a Ceuta, Melilla, Cantabria o La Rioja (con 0.44%, 0.77%, 0.62% o 0.63% respectivamente). (Gráfica 2).

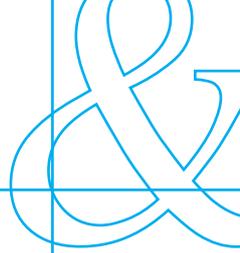
Los datos extraídos del INE reflejan que un 9% de los partos en menores de 20 años fueron prematuros. La media de prematuridad en el período de 2010 a 2014 es del 8.8% de los partos adolescentes. El embarazo adolescente presenta una relación significativa ($p < 0.0001$), y un aumento del riesgo de prematuridad con una Odds Ratio (OR) de 1.42 (1.32-1.53), al igual que en las gestaciones tardías (> 40 años), con OR 1.46 (1.40-1.52), frente a las gestaciones en edades medias (20 años a 40 años). (Tabla 1). (Gráfica 3).

La multiplicidad en menores de 20 años no se muestra como factor de riesgo (OR: 0.18 (0.12-0.25)). Sin embargo, se observa que en el rango de edad de 40 a 50 años o más, la edad sí afecta a la multiplicidad en la gestación (OR: 2.29 (2.16-2.42)). (Gráfica 4).

DISCUSIÓN

Los datos de estudio muestran una disminución en el número de partos adolescentes en la última década. A pesar de esto las cifras siguen siendo llamativas, principalmente en Andalucía, la cual presenta un elevado porcentaje de partos precoces en relación al resto de Comunidades Autónomas. Los motivos de esta diferencia deberían ser estudiados, para poder disminuir todos los factores de riesgo posibles, con el fin de reducir esta problemática socio-sanitaria.

Dentro de los problemas neonatales que suponen las gestaciones precoces, se observa que la prematuridad es uno de ellos. Los datos obtenidos



dos en este estudio muestran la influencia de ser madre adolescente en la prematuridad del recién nacido, con los problemas que esta situación conlleva tanto para el recién nacido como para la madre. Las gestaciones en mujeres mayores de 40 años también presentan un aumento de la probabilidad de parto pretérmino, por lo que se podría indicar una relación significativa entre las edades extremas y la prematuridad.

Con respecto a la multiplicidad, la maternidad adolescente no es un factor de riesgo, probablemente debido a que las gestaciones en este periodo son espontáneas, ya que si las comparamos con edades más tardías el número de embarazos múltiples aumenta de forma considerada. Los datos obtenidos en el estudio con respecto a las gestaciones tardías (> 40 años), indican que la edad en estos casos actúa como factor de riesgo, posiblemente por el mayor número de gestaciones obtenidas a través de reproducción asistida; por lo que a parte de los factores genéticos, intervienen factores externos.

Con respecto a otros estudios revisados, de características similares, se ve la relación entre la prematuridad y las edades extremas, con sus consecuentes problemas relacionados, como Cortes Castell et al. en su estudio, presentando una OR de 2.41 para grandes prematuros y 1.71 para los prematuros en el grupo de adolescentes y 1.86 y 1.66 respectivamente para el grupo de mayores de 40 años(11). León et al. encuentran en su revisión una diferencia entre 8.3-8.86% de prematuridad en adolescentes con respecto al 2.8-4.43% en edad adulta(4). Restrepo-Mesa et al. establecen relación entre la edad materna (adolescentes), los bajos ingresos familiares y las infecciones maternas durante el embarazo con los pequeños para la edad gestacional(5). Sulaiman et al en sus resultados muestran que el 24.3% de los partos en adolescentes del estudio fue prematuro, en contraste con el 10% de las adultas(6).

En próximos estudios, se deberían añadir más variables para determinar si los datos obtenidos dependen sólo de la edad o de otros factores externos o presencia de patologías, algo que a través de la fuente de estudio no se ha podido obtener.

En conclusión, los resultados de este estudio muestran la variabilidad en el porcentaje de partos adolescentes en el último siglo, la cual es debi-

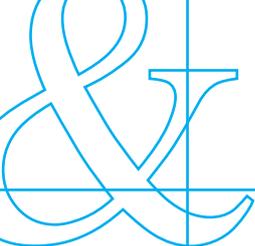
da a los cambios producidos a lo largo de estos 15 años tanto en la población, como en las políticas sociales y educativas.

Aunque actualmente la tendencia es negativa, debemos seguir invirtiendo en educación sexual y accesibilidad a los métodos anticonceptivos. Es necesario concienciar a los adolescentes sobre los riesgos que conlleva el embarazo en edades tempranas, además de informar sobre las enfermedades de transmisión sexual. Por otro lado hay que sensibilizar a la sociedad para evitar la exclusión de las madres adolescentes con el fin de que puedan integrarse en la sociedad laboral con mayor facilidad.

La creación de guías de práctica clínica para unificar los recursos a nivel nacional sería interesante para evitar las desigualdades entre Comunidades Autónomas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oringanje C, et al. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009;4. DOI: 10.1002/14651858.CD005215.pub2.
2. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Ginebra: OMS; 2009. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
3. Kanokporn Sukhato et al. Efficacy of additional psychosocial intervention in reducing low birth weight and preterm birth in teenage pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Adolescence*. 2015; 44:106-116.
4. León P, et al. Embarazo adolescente. *Rev Ped Elec*. 2008;5(1):42-51.
5. Restrepo-mesa SL, et al. Embarazo adolescente : características maternas y su asociación con el peso al nacer del neonato. 2014;64(2).
6. Sulaiman S, et al. Obstetric and perinatal outcome in teenage pregnancies. *S Afr J OG*. 2013;19(3):77-80. DOI:10.7196/SAJOG.679
7. Binstock G. Maternidad adolescente y su impacto sobre las trayectorias educativas y laborales de mujeres de sectores populares urbanos de Paraguay. *Pappoblac*. 2013;19(78):15-40.
8. Asheer S, et al. Engaging Pregnant and Parenting Teens : Early Challenges and Lessons Learned From the Evaluation of Adolescent Pregnancy Prevention Approaches. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2014;54(3):84-91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.019>.



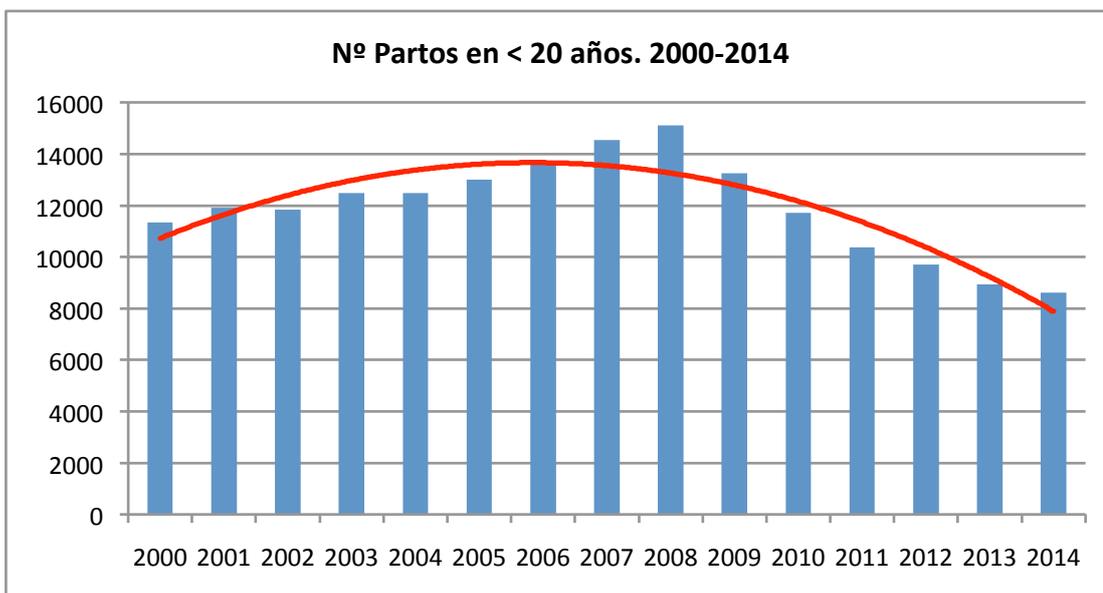
⁹ Instituto Nacional de Estadística. Estadística de nacimientos. Sucesos demográficos. Resultados detallados. Datos municipales. Partos ocurridos en España. 2000-2014. Madrid. [Accedido 10 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/e301/parto/a2014/10/&file=09001.px&type=pcaxis&L=0>

¹⁰ Banco Mundial. Indicadores. Desarrollo social. Tasa de fer-

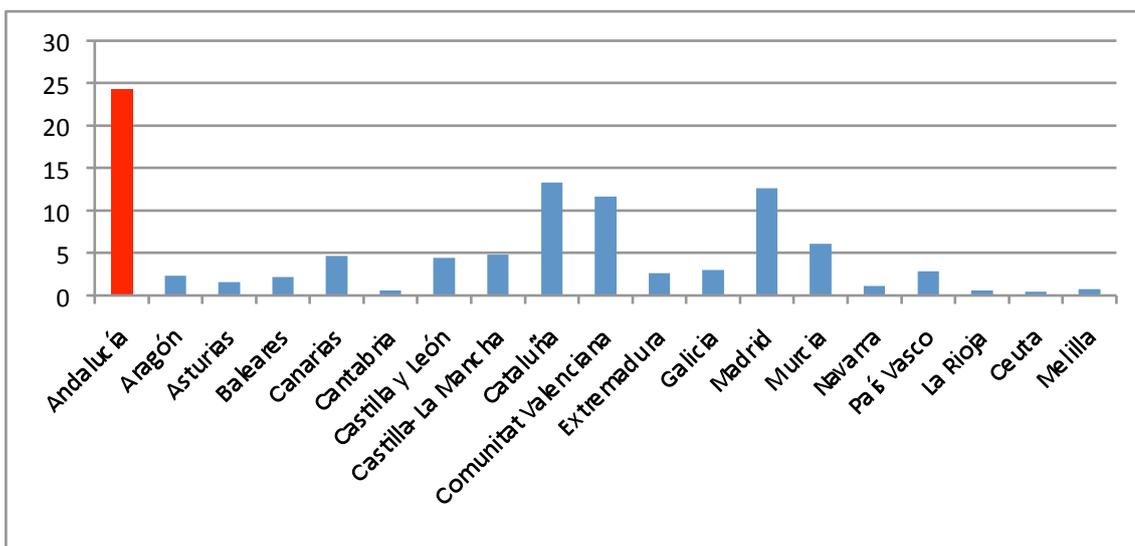
tilidad en adolescentes (nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años de edad). 2011-2015. 2016. [Accedido 23 Feb 2016]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT>

¹¹ Cortes Castell, E. et al. Maternal age as risk factor of prematurity in Spain; Mediterranean area. *Nutr Hosp.* 2013;28:1536-1540.

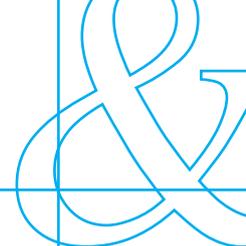
FIGURAS Y TABLAS



Grafica 1. Evolución temporal de los partos en < 20 años. Periodo 2000-2014.

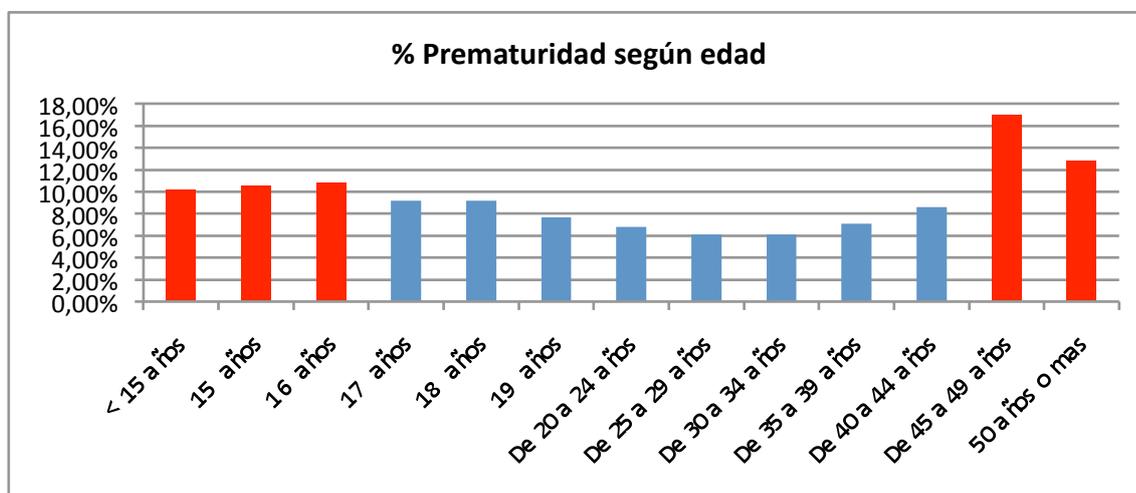


Gráfica 2. Porcentaje de partos en < 20 años por CC.AA. 2014.

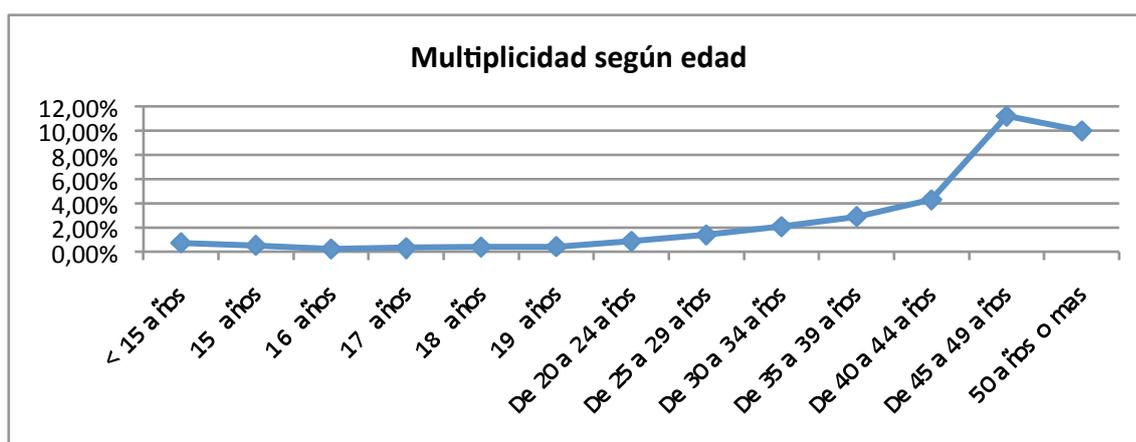


	Prematuros	A término	Odds Ratio (IC 95%)
Madres < 20 años	9,70%	90,30%	1,42 (1,32-1,53)
Madres 20-39 años	6,50%	93,50%	
Madres > 40 años	12,80%	87,20%	1,46 (1,40-1,52)

Tabla 1. Porcentaje de RN prematuros y a término según rango de edad materna. 2014.



Gráfica 3. Porcentajes de partos prematuros según edad en 2014.



Gráfica 4. Porcentaje de embarazos múltiples según rango de edad. 2014.

Un cuento cada 12 horas

Autor: M^o Dolores Gil Estevan

Los cuentos y las historias conviven con nosotros mucho antes de que existiera la escritura y el papel, y han ido cambiando y adaptándose a lo largo de la historia, al igual que nosotros. Hadas, duendes, dragones, caballeros, Amazonas, animales y coches que hablan, frutas y verduras que tienen vida propia... Ahora los podemos encontrar no sólo en una noche alrededor del fuego, sino también en una pantalla táctil, en un bolsillo, en un ordenador, en una estantería, encima de la cama de un niño... Pero hay un lugar en el que siempre vivirán a pesar de los cambios y del paso del tiempo, ese lugar es la mente colectiva.

Los cuentos son capaces de transmitir el conocimiento, las tradiciones, las creencias. Nos transportan a otros tiempos y espacios en los que podemos ser y vivir aventuras diferentes. Son en ocasiones señas de identidad y culturales de los pueblos y sus pobladores.

Pero sobre todo nos hacen imaginar, pensar, reflexionar, e incluso puede que a veces hasta nos hagan cambiar algún comportamiento.

Todos recordamos los cuentos que nos contaban de pequeños. Es verdad que depende de quién los contara, podían despertar en nosotros mayor o menor interés por la historia. A mi sobre todo me gustaba que me los contaran mirándome a los ojos, en un lugar tranquilo en el que yo fuera la única protagonista de ese momento. Recuerdo que casi siempre era nuestra abuela la encargada de aquella ardua tarea de la que nunca nos cansábamos. "Yaya, cuéntanos otro"... Y todos en algún momento nos hemos sentido identificados con alguno de aquellos personajes, hemos revivido sus aventuras y desventuras y hemos estado de acuerdo o no con su modo de actuar. Más tarde era yo la que los leía y se los contaba primero a mis hermanos y luego, con el paso de los años a mis hijos.

Sin embargo los cuentos no son sólo historias que contar, son historias sobre las que discutir y dialogar, con las que estaremos de acuerdo o no; deben servir para crear un espacio de diálogo entre el que las cuenta y quienes las escuchan, en el que reflexionar, y de las que se pueden sacar conclusiones, e incluso sobre las que se pueden proponer finales alternativos. No deben ser un diálogo rígido que se lee de forma automática, sino todo lo contrario. Deben estar rodeados de sensaciones y emociones, deben ser contados y leídos con la mente y el espíritu abiertos. Hay que saber mirar tras ellos para descubrir su verdadero propósito, y hay que saber cómo, dónde y a quién contarlos.

Y así los cuentos, no solo serán cuentos, serán palabras llenas de vida." En el mundo del cuento todo es posible, pues tanto el transmisor como el receptor saben que el cuento es una ficción que toma como base la realidad, pero que en ningún caso es una verdad a secas."

Cuando queramos educar en salud, sobre todo a niños y niñas, los cuentos son una buena herramienta que está al alcance de nuestra mano. Y no sólo por lo que está escrito. Tenemos la capacidad de poder transformar a Rapunzel en la capitana del equipo de balonmano, o al lobo de Caperucita en el protagonista de una dieta saludable. También podemos hacer una fiesta con frutas y verduras, y dotar de sentimientos a un balón de fútbol.

Y es que los cuentos quedan grabados para siempre en algún lugar de nuestra mente al que podemos retornar siempre que lo necesitemos, o que simplemente lo deseemos.

Y esa es la magia de los cuentos.



ESTUDIO SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, A TRAVÉS DE PROVISIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS Y VARIABILIDAD DE PLANTILLAS EN HOSPITALES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Informe del proyecto de investigación

RAMÓN CAMAÑO PUIG - ÁNGELA GARRIDO BARTOLOMÉ

www.bibliotecadigitalcecova.es

Si algo permite este tipo de estudios es una visión sistemática, reflexiva y crítica, ligada al movimiento y el entusiasmo que, como enfermeros, nos negamos a perder. En las tertulias diarias no faltan los comentarios y deliberaciones acerca de la necesidad de asumir, por nuestra parte, cada vez más responsabilidades. La formación se perfila como la herramienta más adecuada en la dinámica de asunción de puestos de relevancia que nos sitúen en los mejores escenarios de toma de decisiones con el objetivo de hacer reales nuestras aspiraciones para que, al margen de constituir una reivindicación profesional, supongan una mejora cualitativa para la población a la que damos cobertura.



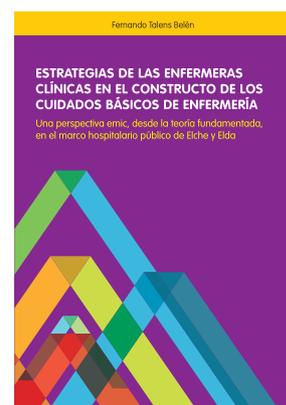
ESTRATEGIAS DE LAS ENFERMERAS CLÍNICAS EN EL CONSTRUCTO DE LOS CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

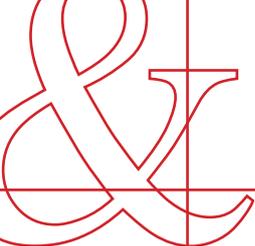
Una perspectiva emic, desde la teoría fundamentada, en el marco hospitalario público de Elche y Elda

FERNANDO TALENS BELÉN

www.bibliotecadigitalcecova.es

El estudio pone el acento sobre la ambigüedad conceptual en torno a qué son cuidados de enfermería. Técnicas y cuidados se encuentran solapados en la clínica. Para descender del nivel de abstracción conceptual de los cuidados al terreno tangible de las técnicas preservando en éstas la naturaleza de los cuidados las enfermeras identificaron tres atributos de los cuidados de enfermería que han de confluir en sus acciones como enfermeras: presencia de actitud empática, que tales acciones se encuentren guiadas por conocimiento específico en enfermería (contempla conocimiento procedente de la ciencia biomédica y de humanidades) y que tales acciones sean competencia de la disciplina enfermera.





XX Congreso Nacional de Informática de la Salud

Fecha: 21 al 23 de marzo de 2017

Lugar: Madrid

<http://www.seis.es/inforsalud2017/inforsalud2017.htm>

X Congreso Nacional de FAECAP, I Congreso de ACAMEC y VII Encuentro Nacional de EIR y de Tutores

Fecha: 1 de abril de 2017

Lugar: Toledo

<http://xfaecap.versalcomunicacion.com/presentacion>

XXXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental

Fecha: 5 al 7 de abril de 2017

Lugar: Murcia

<http://www.congresoaeesme.es/>

Tas Jornadas Nacionales de Enfermería Quirúrgica se Cirugía Endoscópica y Robótica

Fecha: 19,20 y 21 de abril de 2017

Lugar: Tarragona

<http://congresoaecla.com/>

II Jornadas de Enfermería Integrativa de Cantabria y Reunión del Grupo Intercolegial de Enfermería Española

Fecha: 20 al 22 de abril de 2017

Lugar: Santander

<https://www.enfermeriaintegrativacantabria.com/>

XVI Congreso AEETO 2017

Fecha: 26 al 28 de abril de 2017

<http://www.aeeto.es/congreso/enfermeria-traumatologiaaeeto2017/>

XIII Congreso de la Asociación de Enfermería Oftalmológica de la Comunidad Valenciana AEOCV

Fecha: 28 y 29 de abril de 2017

Lugar: Valencia

<http://www.enfermeriaoftalmologicacv.es/>

Congreso Nacional - DiabetesCERO Ayuda a la investigación

Fecha: 29 y 30 de abril de 2017

Lugar: Écija (Sevilla)

<http://www.enferalicante.org/Agenda/2017/04/DiabetesCERO.pdf>

XV Congreso Nacional y X Internacional de Historia de la Enfermería

Fecha: 4 al 6 de mayo de 2017

Lugar: Salamanca

X Congreso de la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas

Fecha: 25 al 27 de mayo de 2017

Lugar: Madrid

<http://www.geyseco.es/sehop2017/>

XXXV Reunión científica anual de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y XII Congreso da Associação

Fecha: 6/8 septiembre 2017

Lugar: Barcelona

<http://www.reunionanualsee.org/>

Concurso Fotográfico Lactancia Materna Marina Alta

Fecha: Plazo: Hasta el 31 de marzo de 2017

Lugar: Denia (Alicante)

<http://www.grupnodrissa.org/index.php/concurso-fotografico-lactancia-materna-marina-alta/>

XV Premio CECOVA de Investigación en Enfermería de la Comunitat Valenciana

Fecha: Plazo de presentación: 15 de septiembre de 2017

<http://www.enferalicante.org/Agenda/2017/09/xvpremiocecova.pdf>

8ª edición Premio NOBECUTAN de Enfermería 2017

Fecha: Límite recepción de trabajos: 30/09/2017

http://www.e-rol.es/premio_nobecutan/formulario.html



EPOCRATES FX

Es una aplicación que las enfermeras pueden usar para obtener información sobre medicamentos, también tiene una base de datos de la enfermedad, el identificador de la píldora, guía de interacción de medicamentos, análisis de laboratorio de referencia y guía de las enfermedades infecciosas.



VOALTE

Esta aplicación está lista para convertirse en una de las aplicaciones más importantes que actualmente puede tener una enfermera. Ofrece llamadas de voz de alta definición, alarmas de cuidados críticos y características de texto basadas en presencias y está diseñado para ser utilizado por la enfermera.



NURSING CENTRAL

Ayuda a las enfermeras y los estudiantes a encontrar información detallada sobre enfermedades, exámenes, medicamentos, y procedimientos. También puede mantenerse al día con sus revistas de enfermería favoritas con tablas de contenido, citas y resúmenes entregados directamente a su dispositivo.



OB WHEEL

Una calculadora rápida para determinar la edad gestacional y el EDC. Sencillo, rápido, sin embargo, más profunda que cualquier otra rueda de embarazo disponible para el iPhone, Perfect OB Wheel es mejor que sólo un reemplazo de la rueda de papel de toda la vida.



2RESCAPP

2RescAPP es una app ideada para tratar las sobredosis de heroína por el Hospital de Sant Pau de Barcelona, una herramienta de apoyo para el consumidor y su entorno en caso de urgencia. El proyecto nació de la iniciativa del enfermero y gestor de Enfermería del Servicio de Psiquiatría del Sant Pau Alex Marieges. Esta herramienta es gratuita y está disponible para dispositivos Android.



E.I.R

La App E.I.R es una aplicación gratuita para Android destinada a facilitar la preparación de los profesionales de Enfermería que se enfrentan al examen EIR. Esta herramienta ofrece preguntas y respuestas de los exámenes del EIR desde el año 2000 a 2015. También incluye una sección de preguntas aleatorias que es un compendio de todos los exámenes.



proyecto ACAIC



Biblioteca Digital Cecova

BIENVENIDOS!

La Biblioteca Digital del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, es un espacio virtual en el que acceder a la producción editorial de la entidad, una útil herramienta para los profesionales de Enfermería.

Novedades

Nuevo Boletín CECOVA
Ya disponibles el nuevo boletín de CECOVA N6/2013

más

Newsletter info@bibliotecadigitalcecova.com Versión HTML



CECOVA
Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana

Boletines CECOVA

Boletines CECOVA on-line

Revista Interactiva CECOVA TV

Periódico Enfermería Profesión

Revista Investigación y Cuidados

Revista Cultura de los Cuidados

Libros CECOVA

Manuales CECOVA

Informes profesionales

Miscelánea

- Boletines CECOVA
- Boletines CECOVA on-line
- Revista interactiva CECOVA TV
- Periódico Enfermería Profesión
- Revista Investigación y Cuidados
- Revista Cultura de los Cuidados
- Libros CECOVA
- Manuales CECOVA
- Informes profesionales
- Miscelánea
- Newsletter



EL SEGURO DE AUTO
DE A.M.A
SEGUNDO MEJOR
VALORADO DEL SECTOR

Fuente: Índice Stiga JUNIO 2016
de Experiencia de Cliente ISCX

Hasta un

60%*
bonificación

en su seguro de Automóvil

- ✓ NUEVOS SERVICIOS DE ITV Y GESTORÍA
- ✓ AMPLIA RED DE TALLERES PREFERENTES
- ✓ REPARACIÓN Y SUSTITUCIÓN DE LUNAS A DOMICILIO
CON DESCUENTOS DE UN 50% POR NO SINIESTRALIDAD
- ✓ PÓLIZAS DE REMOLQUE
- ✓ LIBRE ELECCIÓN DE TALLER
- ✓ ASISTENCIA EN VIAJE 24 HORAS DESDE KILÓMETRO CERO
- ✓ PERITACIONES EN 24-48 HORAS
- ✓ RECURSOS DE MULTAS
- ✓ DECLARACIÓN DE SINIESTROS POR TELÉFONO E INTERNET



A.M.A. ALICANTE

Castaños, 51 Tel. 965 20 43 00 alicante@amaseguros.com

A.M.A. CASTELLÓN

Mayor, 118 Tel. 964 23 35 13 castellon@amaseguros.com

A.M.A. VALENCIA

Pza. América, 6; ac. esquina Avda. Navarro Reverter, 17
Tel. 963 94 08 22 valencia@amaseguros.com

www.amaseguros.com
902 30 30 10

Síguenos en     

[*] Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados hasta el 30 de junio de 2017. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

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

Cuenta Expansión Plus PRO

1 / 6

Este número es indicativo del riesgo del producto, siendo 1/6 indicativo de menor riesgo y 6/6 de mayor riesgo.

Banco de Sabadell, S.A. se encuentra adherido al Fondo Español de Garantía de Depósitos de Entidades de Crédito. La cantidad máxima garantizada actualmente por el mencionado fondo es de 100.000 euros por depositante.

Te abonamos el 10% de tu cuota de colegiado*

0

comisiones de administración y mantenimiento.

+ 1%

de devolución en los principales recibos domiciliados y sobre las compras con tarjeta de crédito en comercios de alimentación.⁽⁴⁾

+

3% TAE

de remuneración

en cuenta sobre los 10.000 primeros euros, en caso de tener saldos en ahorro-inversión superiores a 30.000 euros.⁽²⁾

Llámanos al 902 383 666, identifícate como miembro de tu colectivo, organicemos una reunión y empecemos a trabajar.

La Cuenta Expansión Plus PRO requiere la domiciliación de una nómina, pensión o ingreso regular mensual por un importe mínimo de 3.000 euros y haber domiciliado 2 recibos domésticos en los últimos 2 meses. Se excluyen los ingresos procedentes de cuentas abiertas en el grupo Banco Sabadell a nombre del mismo titular. Oferta válida a partir del 26 de septiembre de 2016.

*Hasta un máximo de 50 euros anuales por cuenta, con la cuota domiciliada. El abono se realizará durante el mes de enero del año siguiente.

1. Recibos domiciliados que correspondan, como emisor, a organizaciones no gubernamentales (ONG) registradas en la Agencia Española de Cooperación y los recibos de colegios, guarderías y universidades cargados durante el mes. Deberá tratarse de centros docentes españoles (públicos, privados y concertados, quedando excluidos los gastos de academias particulares, colegios profesionales o gastos distintos a los de escolarización). Tampoco se incluirán los gastos en concepto de posgrados, másteres y doctorados. Operaciones de compra realizadas a crédito incluidas en la liquidación del mes, con las tarjetas modalidad Classic, Oro, Premium, Platinum y Shopping Oro cuyo contrato esté asociado a esta cuenta, en los establecimientos comerciales de alimentación incluidos y que podrá consultar en la página www.bancosabadell.com/cuentaexpansionplus. Mínimo 5 euros y hasta 50 euros al mes.

2. Para tener acceso a esta retribución, los titulares deben tener un saldo medio mensual en el banco superior a 30.000 euros en recursos, calculado como la suma de saldos del mes anterior de: cuentas a la vista, depósitos, renta fija a vencimiento, seguros de vida-ahorro, fondos de inversión, valores cotizables y no cotizables, planes de pensiones, planes de previsión de EPSV y BS Fondos Gran Selección. No se tendrá en cuenta para el cómputo del saldo medio el saldo existente en esta Cuenta Expansión Plus PRO ni en ninguna otra de las mismas características en la que los titulares sean intervinientes. Sí se tendrá en consideración el número de cotitulares, por lo que el saldo mínimo existente en la entidad como requisito será el tomado proporcionalmente para cada cotitular. No se remunerarán los saldos durante el primer mes de vida de la Cuenta Expansión Plus PRO.

En caso de que no se alcance por parte de los titulares el saldo mínimo que da derecho a la retribución de la Cuenta Expansión Plus PRO, la liquidación se realizará al 0% por este concepto.

Rentabilidad: para el tramo de saldo diario que exceda los 10.000 euros: 0% TIN. Para el tramo de saldo diario desde 0 hasta un máximo de 10.000 euros: 2,919% TIN, 1,9910% TAE (calculada teniendo en cuenta los dos tipos de interés para el supuesto de permanencia del saldo medio diario durante un año completo). Ejemplo de liquidación en un año: saldo en cuenta de 15.000 euros diarios, saldo diario sobre el que se remunera: 10.000 euros; frecuencia 12 (mensual); intereses liquidados en el año: 291,90 euros.

sabadellprofessional.com

