



LEÓN Enfermería

REVISTA DEL ILUSTRE
COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE LEÓN

2019
JUNIO



TRASPLANTES EL PROYECTO COMÚN DE SALVAR VIDAS

UNOS 300 PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, DE DIFERENTES ÁREAS Y SERVICIOS DEL HOSPITAL DE LEÓN, PARTICIPAN DE UNA FORMA U OTRA EN EL COMPLEJO ENGRANAJE DE LA DONACIÓN Y EL TRASPLANTE



ETI BIERZO EQUIPO DE TERAPIA INTRAVENOSA

LA FORMA DE PROCEDER DE NUESTRO EQUIPO VA EN CONSONANCIA CON OTROS PROYECTOS EN LOS QUE EN ESTE MOMENTO ESTÁ INMERSO NUESTRO HOSPITAL

HORARIOS SECRETARÍAS

VISÍTANOS
EN

www.enfermerialeon.com
[/colegioenfermerialeon](https://www.facebook.com/colegioenfermerialeon)

LEÓN

Avda. Universidad 7, bajo | 24007 León

☎ 987 235 874 ☎ 987 248 600
✉ colegioleon@enfermeriacyl.com

Invierno:

1 de septiembre a 25 de junio

Lunes a Jueves
10.00-13.00 | 16.00-20.00
Viernes
10.00-13.00

Verano:

26 de junio a 31 de agosto:

Lunes a Viernes
9.00-15.00

DELEGACIÓN PONFERRADA

Ortega y Gasset 6, bajo | 24400 Ponferrada (León)

☎ 987 428 577 ☎ 987 102 190
✉ colegioponferrada@enfermeriacyl.com

Invierno:

10 de septiembre a 31 de junio

Lunes a Viernes
10.00-13.00 | 16.00-20.00

Verano:

1 de julio a 9 de septiembre:

Lunes a Viernes
9.00-15.00

FORMACIÓN CONTINUADA

✉ formacioncontinuada@enfermerialeon.com

COMISIÓN DEONTOLÓGICA

✉ deontologia.leon@gmail.com

SERVICIOS QUE OFRECE TU COLEGIO



SERVICIOS GENERALES

El Colegio Profesional de Enfermería de León ofrece a sus colegiados los siguientes servicios:

- Servicio Administrativo.
- Tramitación de expedientes, certificados...
- Información sobre:
 - Convocatorias de oposiciones.
 - Cursos.
 - Bolsas de Trabajo.
- Disposición para los colegiados de BOE y BOCYL.
- Tablón de anuncios permanente con información sobre legislación, ofertas laborales, cursos, congresos...
- Utilización de la sede colegial para reuniones de grupo, previa solicitud, ajustándose a las posibilidades del calendario.

SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Todos los colegiados estamos asegurados contra daños corporales causados a terceras personas, a consecuencia de faltas, errores, omisiones o negligencias cometidas en el desarrollo propio de la actividad profesional por un importe de 3,5m€.

SEGUROS Y CONVENIOS

Póliza de responsabilidad civil por 3,5m€.

Convenio suscrito con Cajamar con condiciones especiales para los colegiados.

Convenios con establecimientos comerciales.

Convenios con Clínicas de Odontología, Podología y Psicología.

Convenio suscrito con el PSN (Previsión Sanitaria Nacional) con cobertura individual por fallecimiento de 3000€.

SERVICIOS DE FORMACIÓN Y DOCENCIA

Organización de Congresos, Cursos, Seminarios, etc...

Programa anual de cursos subvencionados y gratuitos dirigidos a los colegiados.

Biblioteca a disposición del colegiado con servicio de préstamo.

Premio Científico Regional.

Ayudas para la asistencia a Congresos Nacionales (no en la propia comunidad autónoma) e internacionales (se solicitarán hasta el 30 de noviembre del año en curso).

INVESTIGACIÓN

Becas a la investigación.

Aula de investigación con varios ordenadores a disposición de los colegiados, con acceso gratuito a internet para consultas de temas relacionados con la profesión.

ACTIVIDADES SOCIALES

Pilates, inglés, francés, informática...

ASESORÍA JURÍDICA

Se pone en conocimiento de todos los colegiados que para el Servicio de Asesoría Jurídica deben ponerse en contacto con las sedes colegiales.

COMUNICACIÓN

Circulares sobre convocatorias o temas urgentes.

Revista León Enfermería.

Página Web.

ACTIVIDADES PROFESIONALES

Colaboración en proyectos para el desarrollo personal.



EDITORIAL

NURSING NOW

MAYOR DESARROLLO PROFESIONAL



**JOSÉ LUIS
BLANCO
VALLE**

**PRESIDENTE
DEL ILUSTRE
COLEGIO
DE ENFERMERÍA
DE LEÓN**

Desde estas mismas páginas, en anteriores editoriales, he insistido en que debemos estar unidos para poder exigir, demandar nuevos cambios y postular caminos dentro de nuestra sanidad que protejan a los enfermos de toda erosión económica en nuestros sistemas sanitarios y prever la sostenibilidad de estos para el futuro. Un futuro tan cambiante que nos hace que debamos rediseñar las pautas a seguir no solo económicamente, como he manifestado, sino también ante retos tan trascendentales como implicarán los nuevos tratamientos, cronicidad, evolución tecnológica o las nuevas pandemias -unas que pensábamos erradicadas- y otras, de resistencias y nuevas patologías. Todo ello es un auténtico desafío que debemos plantear seria y decididamente, sin perder tiempo ni capacidades. El papel de la enfermería debe ser predominante como hemos demostrado en un sinfín de unidades.

En estos momentos hay en el mundo 20 millones de enfermeras/os y en nuestro país 300.000, lo que evidencia la posición de fortaleza de nuestra profesión habida cuenta de los esfuerzos y cambios tan sustantivos que hemos proferido en las últimas décadas. Un avance que ahora hacemos extensivo al unirnos a una nueva corriente mundial como es, NURSING NOW.

El Consejo General de Enfermería y el Ministerio de Sanidad, han creado hace

pocas semanas el grupo español de trabajo, firmando el acuerdo nuestro presidente, Florentino Pérez Raya y la ministra, M^ª Luisa Carcedo. Este movimiento ha sido impulsado a nivel mundial por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La capacidad de trabajo, desarrollo, dirección y liderazgo de la enfermería está fuera de toda duda, pero es inverosímil a la vez, que no podamos aún ostentar cargos de responsabilidad como una consejería, la gerencia hospitalaria o de centros de salud, por citar algunos ejemplos. Además, y como sabemos, nuestra

formación de cuatro años -de Grado Universitario- dos de especialización, además de másteres o tesis doctorales, nos proporciona una formación de peso profesional que nos posiciona adecuadamente para la toma de decisiones en administraciones, empresas, investigación o desarrollos sanitarios, entre otros organigramas sanitarios.

El director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, ha advertido que, en 2030, se necesitarán 9 millones más de enfermeras y matronas en todo el mundo, lo que indica la necesidad de continuar con nuestra formación y, por otra parte, evidenciando la necesidad de adaptar los sistemas sanitarios incluyendo irremisiblemente nuestra enfermería en puestos de dirección o multidisciplinares. En España y como veremos en esta revista, la carencia nos arrastra en estos momentos a la altísima cifra de 130.000 profesionales que se precisan y que no son cubiertos.

Por último y, para cerrar estas líneas, quiero rendir homenaje a todas aquellas enfermeras/ros que ofrecen su tiempo para dedicarlo a la gran misión de salvar vidas como profesionales de trasplantes de órganos. También sustantivo es el trabajo y preparación del primer equipo de terapia intravenosa de Castilla y León cuya creación oficial fue en el mes de marzo de este año, en el hospital del Bierzo.



*Quiero rendir
homenaje a
todas aquellas
enfermeras/ros
que ofrecen su
tiempo para
dedicarlo a la
gran misión de
salvar vidas como
profesionales de
trasplantes de
órganos*

ÍNDICE

| Junio 2019 |

Número 47

| 06 |
donación
Y TRASPLANTES



| 22 |
micro-
PIGMENTACIÓN



| 12 |
circular
CONSEJO



| 24 |
premio
JESÚS SIERRA



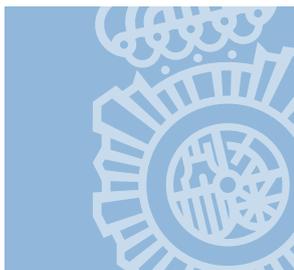
| 14 |
Bierzo
ETI



| 26 |
trabajo
CIENTÍFICO



| 18 |
policia
NACIONAL



| 30 |
nursing
NOW ESPAÑA



| además |

30 día
internacional enfermería

34
formación



2019 JUNIO 47

LEÓN Enfermería

REVISTA DEL
COLEGIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LEÓN

EDITA

**Colegio Profesional
de Enfermería de León**

Avda. Universidad, 7 | 24007 (León)

☎ 987 235 874

📠 987 248 600

Dep. Legal LE-193-2008

ISSN (print) 2444-5371

ISSN (digital) 2444-538X

COMITÉ EDITORIAL

Directora

Inés Casado Verdejo

Coordinación

Lucía García Martínez

Concepción Díaz Fuente

Paula García Ortega

Rocío Jano Pérez

Colaboradores

José Luis Blanco Valle

José Luis Pérez Rodríguez

Óscar del Valle Cuadrado

Redacción León

Diego Buenosvinos Fernández

Diseño

Juan Pablo Domínguez Domínguez

elehache/COMUNICACIÓN

Gestión de Publicidad,
Impresión y Distribución



NOTICIAS BREVES | ✨

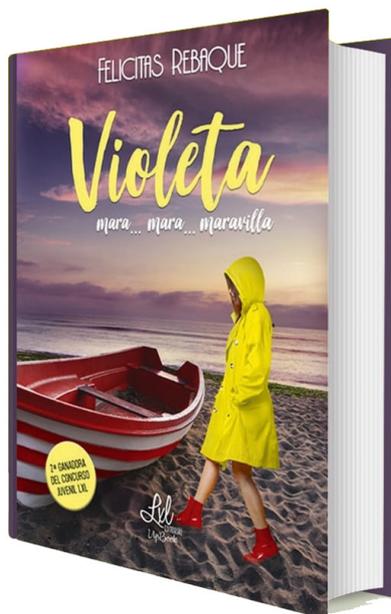


XVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Traumatología y Ortopedia (AEETO)

La ciudad de León acogió el pasado mes de abril este importante congreso de Enfermería en Traumatología y Ortopedia y que contó con la presencia del presidente del Colegio Profesional de Enfermería de León, José Luis Blanco Valle, quien agradeció esta convocatoria en la ciudad, a la vez que expresó su deseo de que "más pronto que tarde, sea una especialidad dentro de Enfermería y consigan todos los objetivos que implica su gran trabajo enfermero".

Felicitas Rebaque presentó en el Campus de Ponferrada: 'Violeta mara...mara... maravilla'

Esta enfermera de profesión, pero con la dualidad de amar también la literatura, en este caso juvenil, ha presentado su nueva novela en la ciudad de Ponferrada y que fue premiada con el segundo galardón del Certamen de Narrativa Juvenil, LxL Ediciones 2018. Con los adolescentes como fondo, indaga en sus problemas cotidianos, mostrando ágilmente una actualidad que se embarca en temas tan presentes en la actual sociedad como la soledad o la marginación. En la presentación estuvo acompañada por la Vicedecana de la Facultad de Ciencias de la Salud en el Campus del Bierzo, Inés Casado Verdejo.



universidad
de León

LA ENFERMERÍA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN
EN LA VANGUARDIA DE LOS PROCESOS DE DONACIÓN Y TRASPLANTE | 

EL PROYECTO COMÚN DE SALVAR VIDAS

Unos 300 profesionales de enfermería, de diferentes áreas y servicios del Hospital de León, participan de una forma u otra en el complejo engranaje de la donación y el trasplante. Cada proceso de donación es gestionado desde la Coordinación Hospitalaria de Trasplantes; formada por una médico y un enfermero.



El trasplante de órganos salva vidas, o mejora la salud de muchas personas cada año. Permite a los trasplantados reintegrarse a su vida social y laboral, retomando trabajos y aficiones; y además resulta coste-efectiva para el Sistema Sanitario, ahorrando costes en tratamientos como la diálisis, o en estancias hospitalarias. Sin embargo, todo ello sería imposible sin la generosidad de los donantes y sus familias.

Cuando una persona fallece y dona altruistamente sus órganos se pone en marcha una carrera contra reloj. Su objetivo es salvar el máximo número de vidas posible. Pero esta actividad continúa siendo poco conocida entre los profesionales de enfermería. Cualquier profesional que participa de un modo u otro en un proceso de donación y trasplante es imprescindible para llevarlo a buen término. Nadie sobra, ni su cometido es me-

nos importante que el de otro. No obstante, los profesionales de enfermería son pieza clave de este complejo engranaje.

En España más de 200 enfermeras desarrollan su profesión en los diferentes niveles de Coordinación de Trasplantes. A nivel nacional, en la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), coordinan operativos y dan soporte técnico a otras coordinaciones. En las Coordinaciones Autonómicas de Trasplante realizan actividades de alta gestión. Y en las Coordinaciones Hospitalarias de Trasplantes (CHT) colaboran en la coordinación y organización de los operativos de donación y trasplante, en la gestión diaria de la propia CHT, forman y reciclan a otros profesionales, y ofrecen educación en Salud relacionada con donación y trasplante a la población.

En España disponemos de

185 hospitales acreditados para la donación de órganos y tejidos. En ellos, la generosidad de 2241 familias en 2018 hizo posibles 5318 trasplantes realizados en 44 de esos hospitales; 10 de ellos con programa de trasplante infantil. Y la enfermería española fue protagonista en todos ellos.

En el Hospital de León, como en otros muchos del país, la CHT está formada por un médico coordinador de trasplantes y responsable de la unidad, la Dra. Domínguez Berrot, y un enfermero coordinador de trasplantes, D. Antonio Sánchez Vallejo. La actividad de la enfermería de coordinación de trasplante requiere un alto nivel de cualificación, además de una dilatada experiencia en el cuidado del paciente neurocrítico. Sin embargo en cualquier operativo de donación y trasplante participan muchas más profesionales de enfermería. >

España es líder mundial en donación y trasplante desde hace 27 años



“Enfermeras altamente especializadas como las integrantes del equipo quirúrgico de trasplantes, excelentemente liderado en el Hospital de León por su coordinadora D^a. Manuela Arias Reyero, son importantes en el proceso de donación.” “Las enfermeras perfusionistas, y las de cuidados intensivos, que aseguran la viabilidad de los órganos mediante un exquisito mantenimiento del donante” – explica Antonio Sánchez-. “En urgencias y emergencias, y en cualquier área del hospital donde se cuide a pacientes neurológicos y/o neuroquirúrgicos, en los laboratorios, en radiología, en el área de neurofisiología, etc. trabajan enfermeras que, a diario, participan en alguna actividad relacionada con la donación y el trasplante”.

También contribuyen los profesionales de enfermería a la donación y trasplante de tejidos y células. Las enfermeras de hematología atienden pacientes que reciben trasplantes autólogos de progenitores hematopoyéticos (TPH); 16 en el CAULE durante 2018; y en oftalmología participaron en los 10 trasplantes corneales realizados. Nuestras matronas obtienen sangre de cordón umbilical (SCU) en el difícil momento del parto.

Esta SCU ha permitido salvar la vida de más de 1500 personas en España desde el año 2000, y muchas más a nivel internacional según fuentes de la ONT. Cerca de 300 enfermeras intervienen cada día en algún aspecto relacionado con la donación y trasplante en el Hospital de León. “Su número es difícil de cuantificar” –indica Antonio-. “Lo innegable es que sin su dedicación el trabajo de Coordinación de Trasplantes sería imposible”.

“Es mucho el personal implicado en esta actividad –continúa-, variando su número según la actividad en cuestión”. “Entre médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, celadores, conductores de transporte sanitario, etc., para una extracción e implante de riñón o hígado se precisan no menos de 30 profesionales; superándose los 100 efectivos, repartidos en equipos de centros de extracción e implante por todo el territorio nacional, cuando hay una donación multiorgánica”. “Es un complejo reto logístico y organizativo, donde se trabaja de forma sinérgica con otros centros y con la ONT en un ambiente de máxima colaboración”.

“Nuestros profesionales de enfermería –incide Antonio-, igual que cualquier otro profesional implicado en este proceso, participan de forma voluntaria”. “Se forman inicialmente en su unidad; perfeccionando conocimientos en cursos y congresos”. “El trabajo de estos profesionales en el Hospital de León permitió en 2018 salvar la vida o mejorar la salud de 80 personas con los órganos obtenidos, habiéndose trasplantado a pacientes de León un buen número de ellos”.

España es líder mundial en donación y trasplante desde hace 27 años. 2018 fue un nuevo año de record, alcanzándose 48 donantes y 114 trasplantes por millón de habitantes. En lo que va de año el Hospital de León ha obtenido una donación

de órganos cada semana como promedio. “Sin embargo –aclara Sánchez Vallejo- no se trata de competir ni batir ningún record; sino de trabajar más y mejor cada día. Nuestro único objetivo es conseguir que toda persona que necesite un trasplante para salvar su vida pueda conseguirlo; y no se vea abocado a fallecer a la espera de un órgano”

La actividad de donación y trasplante genera un enorme volumen de trabajo. En 30 años de historia de la ONT se han realizado en España casi 115.000 trasplantes de órganos; y más de 500.000 personas pudieron mejorar su calidad de vida gracias a un implante de células o tejidos.

El enfermero de CHT del Hospital de León nos cuenta que la actividad de donación y trasplante exige a los profesionales implicados gran dedicación profesional y compromiso personal. En esta línea, la Directora de la ONT, Dra. Beatriz Domínguez-Gil, indicaba en un reciente artículo en un diario nacional que “El trasplante es una actividad no programada, siempre realizada fuera de la jornada laboral habitual. Cuando un proceso se activa, se requiere la presencia urgente, inmediata, de un elevado número de profesionales (desde 10 hasta más de 100) por un prolongado número de horas. Y se requiere la participación de profesionales con alto nivel de especialización. 24 horas al día y 365 días al año”. “Además nuestros profesionales están obligados a actualizar constantemente sus conocimientos, invirtiendo muchas horas de su vida personal en cursos y eventos profesionales –añade Antonio-”.

La ONT nació en 1989 al amparo de la Ley 30/1979 de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos. Marca el inicio del desarrollo de una normativa pionera y ejemplar en este campo. Prioriza el altruismo, la equidad, y la

universalidad en el acceso al trasplante. Posteriormente se ha desarrollado mediante normas que adaptaban la realidad jurídica a los avances científicos y éticos en esta actividad.

El marco legal del trasplante en España lo componen actualmente el R.D.1723/2012, de 28 de diciembre, que regula la donación y trasplante de órganos humanos y el R.D.9/2014, de 4 de julio, que regula la donación y trasplante de células y tejidos humanos. Pero la ONT también ha promovido y liderado la elaboración de normas y declaraciones en favor del trasplante, y en contra del tráfico de órganos, por parte de la Unión Europea, la Organización de Naciones Unidas, y la Organización Mundial de la Salud.

"La legislación española no deja nada a la improvisación -asegura Antonio-. "Todo está absolutamente regulado y controlado". "Nuestra normativa sobre trasplantes -continua- posee mecanismos insorteables garantes de que cualquier ciudadano pueda acceder a un trasplante de una forma inequívocamente transparente y equitativa". "Además la Ley persigue y castiga con penas altísimas el tráfico de órganos, o cualquier actividad ilícita relacionada con el trasplante. La propia ONT promueve dicha normativa, y mantiene acuerdos de colaboración con el ministerio fiscal y los jueces; presentándose como acusación particular en cualquier investigación o proceso judicial de este tipo".

El modelo español de donación y trasplante constituye, por tanto, un éxito de gestión y un ejemplo de búsqueda continua de la excelencia dentro del Sistema Sanitario; habiéndose exportado a diversos países de la Unión Europea, Latinoamérica, e incluso Australia.

CUANDO UN POSIBLE DONANTE APARECE.

"Cualquier persona tiene el derecho de donar sus órganos si ese es su deseo. El coordinador de trasplantes debe preguntar por la voluntad del fallecido a sus familiares antes de proponerles la opción de donación de órganos. Es la Ley" -indica Antonio-.

"Hacerse la tarjeta de donante o expresar por escrito nuestras voluntades anticipadas es un acto recomendable -continúa diciendo-. Sin embargo, cualquiera que desee ejercer su derecho de donar sus órganos, una vez fallecido, debería hacerlo constar en vida a sus familiares. Ellos serán los valedores de su voluntad cuando él mismo no pueda expresarla -aclara-, autorizando la donación en su nombre llegado el momento. El tener clara esa voluntad de su familiar fallecido les ayuda mucho en ese duro trance".

Una persona puede ser donante si fallece a consecuencia de lo que técnicamente se denomina "Daño Cerebral Catastrófico". Antonio nos aclara que "son patologías estructurales severas que afectan al encéfalo de forma irreversible, y que acontecen generalmente en el contexto de un accidente cerebrovascular agudo, por anoxia durante una parada cardiorrespiratoria (PCR), o tras sufrir un traumatismo craneoencefálico (TCE) severo". Antonio enfatiza que actualmente solo un 3 % de los donantes se originan debido a un accidente de tráfico.

En cualquier caso el resultado puede ser la muerte encefálica, o bien una situación de coma persistente e irreversible. "Esto plantea dos tipos de donante fallecido" -aclara Antonio-. "El donante en muerte encefálica, el más habitual; en el cual el cese de todas las funciones cerebrales y del tronco encefálico lleva al fallecimiento". "Este tipo es conocido como donante

a corazón latiente". "Su cerebro deja de funcionar irreversiblemente, pero sus órganos continúan funcionando durante un limitado espacio de tiempo gracias a las técnicas de mantenimiento empleadas en UCI" -nos explica-.

El otro tipo es el donante en asistolia controlada, o donante a corazón parado. Suelen fallecer en el seno de un proceso de limitación de la terapia de soporte vital (LTSV). "Cuando cualquier tratamiento resulta ineficaz -explica Antonio-, y el paciente presenta un grave e irreversible deterioro neurológico, fruto de la patología que obligó a instaurar los cuidados críticos, se plantea la retirada de las medidas de soporte vital instauradas con el ánimo de tratar la patología del paciente". "Se deja entonces a la enfermedad seguir su curso, sucediendo a ello el fallecimiento por asistolia en un tiempo breve".

"La LTSV constituye una medida que nada tiene que ver con cualquier tipo de eutanasia" -enfatisa Antonio-. "Más bien es una medida adoptada para evitar la distanasia y el sufrimiento innecesario de un paciente con pronóstico vital infausto, que lo aboca a fallecer a medio plazo tras bastante sufrimiento; o en otro extremo, a permanecer de forma indefinida en un estado vegetativo". Incide Antonio en que "es una decisión clínica consensuada entre médicos y familia tras agotar todas las medidas terapéuticas disponibles sin obtener resultado". "Nada

Nuestros profesionales de enfermería igual que cualquier otro profesional implicado en este proceso, participan de forma voluntaria



*Es una actividad estimulante,
pero tremendamente exigente;
y por la que se paga un peaje
personal y familiar en ocasiones
demasiado elevado*



tiene que ver con la donación y el trasplante” –recalca-. “En numerosas ocasiones se plantea una LTSV en pacientes que no pueden ser donantes”. “Es una decisión tomada dentro de un contexto ético y legal de beneficencia y no maleficencia hacia el paciente y su familia”.

“Solamente una vez consensuada por facultativos y familiares una próxima LTSV, y siempre que el paciente reúna requisitos para ser donante, se podrá plantear esa opción de manera totalmente independiente a la LTSV”. La donación en Asistolia representa ya el 25% del total de donantes en España, según la ONT, con resultados de supervivencia de los órganos implantados tan buenos como los obtenidos con órganos procedentes de donantes en muerte encefálica. La asistolia controlada, o Tipo III de Maastricht, es la modalidad más habitual.

LA ENFERMERÍA DE CUIDADOS CRÍTICOS ES CRÍTICA EN EL CUIDADO DEL POTENCIAL DONANTE Y DE SU FAMILIA

La cercanía al paciente y su familia caracteriza y diferencia a la enfermería de otras profesiones sanitarias. La enfermera de cuidados críticos debe poseer habilidades técnicas y clínicas, destreza en el manejo de sofisticado aparataje clínico; y una inteligencia emocional muy desarrollada, que le permite reconocer situaciones de estrés familiar, y necesidades no expresadas por paciente y familia.

Estas profesionales deben

saber cambiar el rol del cuidado orientado a la supervivencia del paciente, por otro orientado a la supervivencia de pacientes que nunca conocerán, pero que recibirán los órganos que va a donar aquel paciente al que hasta entonces trataban de salvar la vida. Acaban de recibir la noticia de que su paciente es donante de órganos.

La enfermería de UCI es clave para asegurar la viabilidad de los órganos que se van a donar. Señala Antonio que “el donante de órganos es el paciente más crítico que podemos tener; y su mantenimiento previo a la donación es un trabajo muy exigente”. “Requiere una amplia base de conocimiento fisiopatológico que permite a la enfermera de UCI anticiparse a los cambios que va a experimentar el donante, evitando que los órganos se deterioren”.

LA ENFERMERÍA DE URGENCIAS, PRIMERA VOZ DE ALARMA

En no pocas ocasiones la enfermera de urgencias es la primera que detecta el deterioro neurológico de un paciente. Su alerta al médico responsable es clave, para orientar la atención a un posible tratamiento, o para recordarle la posibilidad de que pueda ser donante si no hay tratamiento posible para sus lesiones.

“Cuando desde Urgencias informan a la coordinación de que están ante un posible donante –explica Antonio- acudimos in situ junto a los intensivistas. Se evalúa la situación y circunstancias que llevaron al daño cerebral, se revisan el historial clínico del paciente en busca de posibles contraindicaciones a la donación, se solicitan y revisan pruebas de evaluación del potencial de ese paciente como donante”. “En todo el proceso la enfermería de urgencias es consciente de que su rápida actuación es determinante para que ese posible donante ingrese lo antes posible en UCI”. “Esto

será, –aclara- siempre que la familia así lo autorice una vez que los médicos de urgencias y UCI, junto al Coordinador de Trasplantes, les hayan expuesto la situación terminal de su familiar y su potencialidad como donante tras haber revisado las pruebas pertinentes”.

LAS ENFERMERAS PERFUSIONISTAS MANTIENEN VIABLES LOS ÓRGANOS DURANTE EL PROCESO DE DONACIÓN EN ASISTOLIA TIPO III DE MAASTRICHT

Los perfusionistas juegan un papel fundamental cuando hablamos de donación en asistolia controlada tipo III de Maastricht. El Hospital de León puso en marcha este programa en 2018. “Hemos obtenido resultados excelentes en cuanto a gestión del proceso, implicación del personal y viabilidad de los órganos obtenidos en las 5 donaciones de este tipo registradas hasta la fecha” –indican desde la CHT-.

El protocolo se realiza en coordinación con el equipo de cirugía cardíaca del Hospital. Las enfermeras perfusionistas son responsables del correcto mantenimiento de los órganos donables tras realizarse la asistolia controlada. Miguel Ángel Parada es uno de esos cualificados profesionales. Su trabajo dentro del operativo del trasplante se inicia en los momentos previos a la práctica de la LTSV.

“Una vez realizada la LTSV y certificado el fallecimiento del paciente –indica Miguel Ángel-, iniciamos el funcionamiento de la NECMO (Membrana de Oxigenación Extracorporea en Normotermia)”. “Esta fase asegura la perfusión y oxigenación exclusiva de los órganos que se van a donar, hasta que se realiza la extracción en quirófano”. “Esta fase –explica- dura entre 60 minutos y 4 horas máximo para que los órganos se mantengan viables”. “Durante ese periodo extraemos gasometrías y

analíticas de coagulación cada 15-20 minutos, y una bioquímica hemática cada 30 minutos para evaluar el estado de los órganos que están siendo preparados para ser extraídos”.

Preguntamos a Miguel Ángel por su especialidad profesional. “La especialidad de perfusionista no está reconocida, como ocurre con la mayoría de otras posibles especialidades enfermeras”. “La Asociación Española de Pefusionistas continúan reivindicando la especialidad, pero de momento no se vislumbra a corto plazo una solución”. “Nos formamos con los compañeros más antiguos, y luego realizamos un máster de dos años en la Universidad de Barcelona que permite trabajar en la Unión Europea”.

EN QUIRÓFANO TERMINA UN PROCESO, EL DE DONACIÓN, Y SE INICIAN NUEVAS VIDAS

El quirófano es la última parada del proceso de donación, pero también es la estación de salida en el trasplante. Las enfermeras de quirófano de trasplantes son otro grupo de expertos profesionales muy comprometidos con la donación y trasplante. En sus descansos, o fuera de sus horarios habituales, acuden cuando se las llama para una cirugía de donación de órganos y tejidos. Dejan atrás vida y familia sin haber podido programar nada, y van a trabajar por un espacio de tiempo indeterminado, añadido en muchas ocasiones a su jornada laboral.

De igual modo ocurre con los equipos de trasplante que desde otras ciudades vienen a León para extraer corazón, pulmones, hígado o páncreas. Son profesionales que están de guardia toda una semana. Van a trabajar por la mañana a su quirófano sin saber si esa tarde volverán a su casa; o tendrán que tomar un coche, o un avión para ir al otro extremo del país...y de vuelta a su hospital para colaborar en el implante del

órgano donado. Trabajan en jornadas extenuantes que se pueden prolongar más de 15 o 20 horas; además de su trabajo habitual.

El trabajo de la enfermería de quirófano de trasplantes es de importancia capital dentro del complejo entramado de un trasplante. “Su labor es tan esencial como la del mantenimiento; todos formamos un equipo”. “Abordan con absoluta solvencia cualquier cirugía, y son tremendamente flexibles –afirma Antonio–”. “Su gran mérito es mantener la calma y la cohesión dentro de un equipo, formado por desconocidos de diferentes sitios del país, y sujeto al alto grado de estrés que preside cada cirugía de donación y trasplante”. “Su coordinadora D^{ra}. Manuela Arias Reyero, hace posible lo imposible, y que lo complicado parezca fácil. La Coordinación de Trasplantes les está enormemente agradecida porque siempre están ahí, sin plantear ningún problema, y aportando soluciones cuando más falta hacen”.

LA VIDA DE GUARDIA

Terminamos preguntando a Antonio, por el trabajo de los coordinadores de trasplantes. “Nos formamos como coordinadores en cursos específicos muy intensivos impartidos por otros coordinadores, psicólogos, y diversos expertos en comunicación y leyes”. “Nos preparan para dar malas noticias, para la comunicación en situaciones críticas... para mantener la calma y reconducir situaciones dramáticas...y para ayudar a las personas en uno de los momentos más difíciles de su existencia; lo que nunca resulta fácil por mucha preparación que se tenga”.

“Compatibilizamos este trabajo con nuestra actividad habitual en Cuidados Intensivos”. “En el mejor de los casos puede haber algún tipo de liberación parcial de la jornada habitual”. “Ese tiempo lo dedicamos a actividades de logística,

gestión y registro administrativo, o de educación en salud, con las cuales todas las Coordinaciones de Trasplantes deben cumplir”. “No todo es extraer o implantar órganos”.

“La vida del Coordinador de Trasplantes, -nos explica- tanto la del médico como la del enfermero es una vida desprogramada, podría decirse”. “Llevamos siempre un busca, 24 horas, 365 días del año”. “Debemos coordinarnos para poder asistir a cursos, viajes, vacaciones, etc. para que siempre haya alguno de nosotros cerca del hospital, a ser posible los dos, por si se nos reclama para un posible donante”. “Pero esto no es exclusivo del Hospital de León; es así en todo el territorio nacional”. “Son guardias no remuneradas, ya que no habría dinero para pagar la guardia a perpetuidad que tenemos todos los coordinadores de trasplantes, y vuelvo a citar palabras de la Dra. Domínguez-Gil, Directora de la ONT”.

“Es una actividad estimulante, pero tremendamente exigente; y por la que se paga un peaje personal y familiar en ocasiones demasiado elevado –añade–”. “Cuando llega un equipo de otra provincia, y te explican que hay una persona que morirá irremediablemente en 24 o 48h sin ese órgano.... saber que gracias al esfuerzo de un gran equipo esa vida saldrá adelante... participar de ello es un privilegio que compensa todo lo demás”.

El pasado 5 de junio se celebró el Día Nacional del Donante. Los miembros de la Coordinación de Trasplantes del Hospital de León quisieron terminar el reportaje agradeciendo la generosidad infinita de los donantes y sus familias; quienes en el momento más duro de su vida son capaces de sobreponerse a su propio sufrimiento, y pensar en aliviar el de otros. “Ellos son los verdaderos héroes de esta historia, y para ellos toda nuestra gratitud”.



Finalmente, y como ha recordado Carlos Fernández Renedo, Excoordinador Autonómico de Trasplantes de Castilla y León y del Hospital de León: “tenemos una gran organización de la que, entre todos, hemos impulsado con fortaleza y tesón profesional”.



**ORGANIZACIÓN
COLEGIAL DE
ENFERMERÍA**

**CONSEJO
AUTONÓMICO**

El Consejo de Enfermería de Castilla y León reúne a más de un centenar de profesionales en la jornada de reflexión "Análisis de situación y retos de futuro de la Enfermería en Castilla y León".

CIRCULAR CONSEJO ENFERMERÍA |

PROPUESTAS DE FUTURO TRAS LAS JORNADAS DE REFLEXIÓN "ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y RETOS DE FUTURO EN LA ENFERMERÍA EN CASTILLA Y LEÓN"

Más de un centenar de profesionales de la enfermería se reunieron en la jornada de reflexión "Análisis de la situación y retos de futuro de la enfermería en Castilla y León". El objetivo de esta jornada de trabajo fue recoger todo lo debatido para elaborar una propuesta ordenada por prioridades, que se convierta en la reivindicación de la profesión, para presentarlos ante las distintas opciones políticas. Un texto que aúna todas las aportaciones de la profesión enfermera.

Las Direcciones de Enfermería de Primaria y de Especializada, Decanos y Directores de Facultades y Escuelas de Enfermería, Asociaciones Científicas, Sindicatos y el Pleno del consejo autonómico han participado en la elaboración de este plenario.

Teniendo en cuenta, como antesala, que Castilla y León es la comunidad autónoma con mayor dispersión de España y Europa y la que mayor tasa de envejecimiento presenta en relación con la comparativa de España, se han diseñado muchas de estas propuestas. Dos de ellas pasan por que los cambios normativos se

trasladen a los puestos de trabajo y se fije el profesionalismos enfermero.

Además, el nivel de cronicidad de las enfermedades de los ciudadanos hace necesario un cambio del modelo organizativo asistencial de manera urgente.

A partir de este análisis, en el que se han basado la mayor parte de ponentes y asistentes, se concluyen, como necesarias:

1. Creación de una dirección técnica de Enfermería en la Gerencia Regional de Salud.
2. Un cambio en la normativa que permita que las facultades de enfermería, así como los docentes que imparten la formación a los nuevos profesionales, sean solo enfermeros.
3. Puesta en marcha de un nuevo modelo organizativo, con:
 - Impulso a la Atención Primaria.
 - Atención a domicilio como competencia enfermera.
 - Fomento del autocuidado, siendo las enfermeras las gestoras.
4. Hospitales organizados no por especialidades médicas, sino por necesidades de cuidados.
5. Integración del sistema socio sanitario en el servicio de salud.
 - Porque Castilla y León es prácticamente la única comunidad autónoma sin integración.
 - Y hay una gran dificultad en la coordinación y gestión de pacientes.
6. Es necesario un pacto profesional a nivel nacional por el desarrollo de las especialidades de enfermería. Porque la oferta formativa, cada año, en vez de aumentar por las necesidades de los pacientes, ha disminuido.
7. Modificación urgente del Decreto de Carrera Profesional, con un reconocimiento real del desarrollo profesional.
8. Visibilización de la profesión a todos los niveles sociales. Se debe concienciar a la profesión de que hay que hacer llegar a los ciudadanos en general y a los pacientes en particular del profesionalismo enfermero.

Esencias de

VIETNAM

12 DÍAS · 9 NOCHES

DESDE

1495€

5%

Dto.

para
**COLEGIADOS
DE ENFERMERÍA LEÓN**
en **TODOS los VIAJES**



Viajes
NAURÚ

CICL.24-114

 **644 752 104 · 987 910 220**

Roa de la Vega 24 - 24001 LEÓN reservas@viajesnauru.com

WWW.VIAJESNAURU.COM

DESDE

1540€

SALIDAS PREVISTAS

5 JULIO · 15 AGOSTO · 2 DICIEMBRE

ESPECIAL SINGLES

BALI



ESTEFANIA BASANTE VILLABOL, VANESA NAVARRO CASTUERA, M^a ISABEL CARRACEDO MORAN, MARIA RAIMUNDEZ GARCIA, JOSE MANUEL LAMA GARCIA, M^a.MAYRA CORULLON LOPEZ

LOS COMIENZOS DE UN ETI EN EL BIERZO | 

PRIMER EQUIPO DE TERAPIA INTRAVENOSA EN CASTILLA Y LEÓN

La necesidad de garantizar unos cuidados de calidad en cuanto a accesos vasculares se refiere en una unidad asistencial como es oncohematología, donde los pacientes son sometidos a múltiples y largos tratamientos con fármacos muy agresivos, que producen daños irreversibles en su capital venoso, ingresos frecuentes o múltiples venopunciones para realizar analíticas, hacía imprescindible

disponer de catéteres seguros para el paciente, que preservaran su capital venoso y mejoraran su calidad de vida evitando tantos pinchazos. Por todo ello, cuando se nos presentó el catéter PICC (Catéter Central de Inserción Periférica) y la técnica ecoguiada para su inserción, nos pareció algo sumamente interesante para poner en marcha en nuestra unidad, dado el perfil de paciente que tenemos.

Hace ya cuatro años y tras una formación adecuada acudiendo a cursos, congresos y contando con la ayuda de una enfermera formadora experta en este tema, colocamos el primer catéter picc -ecoguiado a un paciente oncohematológico. Desde entonces, la colocación de catéteres picc con técnica ecoguiada ha ido en aumento de forma progresiva dados los buenos resultados obtenidos.

Desde el año 2015 y hasta este mes de marzo, nos limitábamos a colocar aquellos picc que eran necesarios para nuestros pacientes (exclusivamente onco-hematológicos), la petición se realizaba a través de una IC médica y los enfermeros formados para ello, los insertábamos.

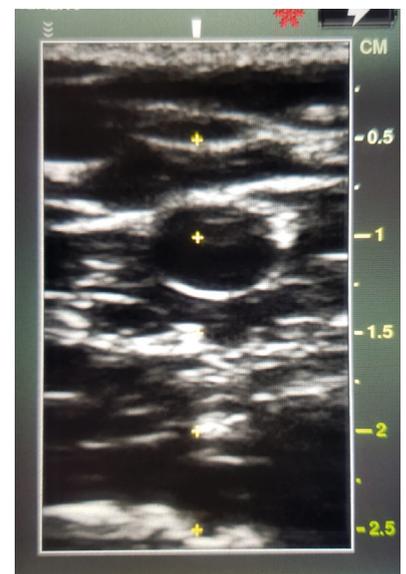
Así, desde marzo de este año hemos dado un paso más, al crear de forma ofi-

cial el primer equipo de terapia intravenosa (eti) en nuestra comunidad autónoma, liderado por enfermería y formado por un equipo multidisciplinar en el que también participan las tcaes de la unidad, enfermeras de hospital de día y coordinado con los equipos de anestesia y medicina interna entre otras especialidades.

Actualmente desde la consolidación del eti de forma oficial, los enfermeros formados para la inserción de catéteres ecoguiados, recibimos las interconsultas realizadas por el médico responsable de aquellos pacientes de cualquier unidad del hospital, que necesitan un acceso venoso seguro ya sea por el tratamiento que van a recibir o porque presentan un capital venoso deteriorado o de difícil acceso para catéter periférico. Nosotros somos

los responsables de valorar la interconsulta y decidir, de forma autónoma, cuál es el catéter más idóneo para ese paciente. Si es un picc o un midline, procederemos a programarlo para realizar su colocación. Para este fin, hemos elaborado una serie de documentos necesarios como son: un consentimiento informado de la técnica a realizar, un checklist para garantizar aún más el procedimiento de inserción, así como un tríptico informativo para el paciente y familiares acerca del picc y sus cuidados.

Pero el eti no sólo pretende estar formado por enfermeros especializados en realizar una técnica, sino que se busca una atención integral y de máxima calidad en cuanto a accesos vasculares se refiere, que iría desde el momento de la inserción del catéter vascular hasta la retirada de



Hay que señalar que la forma de proceder de nuestro equipo va en consonancia con otros proyectos





éste, pasando por decidir el catéter más adecuado para el paciente, realizar la técnica de inserción, un mantenimiento y cuidados adecuados (fundamental), la resolución de problemas si los hubiera (obstrucción, sospecha de infección ...) y, finalmente, la decisión de retirar el catéter ya fuera por fin de tratamiento o por una complicación que así lo indicara. Para realizar todo el proceso con unos estándares de máxima calidad, es imprescindible la implicación de todo el equipo multidisciplinar. En este sentido se ha elaborado en nuestro hospital un protocolo de actuación en cuanto a indicación, inserción, mantenimiento y retirada de dichos catéteres picc, en el que participamos tanto nosotros como el equipo de anestesia, medicina interna y atención primaria.

Hay que señalar que la forma de proceder de nuestro equipo va en consonancia con otros proyectos en los que en este momento está inmerso nuestro hospital como son: "flebitis zero" y "bacteriemia zero".

Los profesionales sanitarios que canalizan utilizan o manejan los distintos accesos vasculares, no deben ser meros técnicos; deben ser profesionales capaces de integrar de forma holística el conocimiento teórico, la habilidad técnica, la expe-

Nuestro objetivo en la actualidad es seguir consolidando el proyecto y a medio plazo conseguir disponer de más días de funcionamiento de nuestra unidad para poder ofrecer ese acceso venoso seguro en el menor tiempo posible



riencia clínica, la capacidad de gestión, así como capacidad para la docencia e investigación. Las enfermeras reunimos estas características y por eso lideramos los equipos eti (Equipo de Terapia Intravenosa). Estamos convencidos que las enfermeras tenemos que seguir formándonos y adquirir nuevas competencias para seguir avanzando como profesión en ámbitos en los que tenemos mucho que aportar, como es en nuestro caso los accesos venosos.

La formación de este equipo ha sido un proceso lento, y en ocasiones con no pocas dificultades, pero creemos que hemos conseguido un salto de calidad en la atención a nuestros pacientes y para nuestra área de salud. Seguimos trabajando para conseguir que todos los profesionales implicados en el cuidado de los accesos venosos sean conscientes de la importancia de aplicar dichos cuidados de la forma más adecuada y siguiendo las guías de actuación, basadas en evidencia científica, más actuales y para ello estamos en contacto con profesionales de otros eti de nuestro país con más años de experiencia y acudiendo a cuantas jornadas, cursos o congresos relacionados con este tema, nos es posible.

Nuestro objetivo en la actualidad es seguir con-

solidando el proyecto y a medio plazo conseguir disponer de más días de funcionamiento de nuestra unidad para poder ofrecer ese acceso venoso seguro en el menor tiempo posible, siempre teniendo en cuenta el beneficio del paciente.

Otro objetivo importante es hacer llegar la formación y los recursos necesarios a todos los profesionales de nuestra gerencia de asistencia sanitaria, para que sepan cómo proceder en todo momento cuando tengan que proporcionar cuidados a un paciente portador de algún tipo de acceso venoso central como pueden ser el picc o el reservorio subcutáneo.

Solamente nos queda agradecer a cuantos nos han apoyado en este proyecto como son: los médicos de nuestra unidad de hematología y oncología; las compañeras tcae que colaboran con nosotros; el departamento de anestesia, por su colaboración en todo momento; las enfermeras de hospital de día que cuidan de dichos accesos; la dirección de enfermería, por darnos la oportunidad de hacer realidad lo que hace unos años era sólo una idea para nosotros y al resto de compañeros que colaboran para que esto salga adelante.



NUEVOS RETOS PROFESIONALES DENTRO
DE LOS CUERPOS Y FUERZAS DE SEGURIDAD DEL ESTADO | 

LA ENFERMERÍA EN LA POLICÍA NACIONAL



A finales del año 1975, en el seno de la “Policía Armada”, cuerpo policial de naturaleza militar centrado principalmente en Seguridad Ciudadana, se crea la “Especialidad de Ayudantes Técnicos Sanitarios de la Policía Armada” integrada por suboficiales (sargentos y brigadas) y oficiales (tenientes) que poseían la titulación de ATS y habían superado un concurso oposición. Estos enfermeros eran los únicos profesionales sanitarios que pertenecían a la Policía Armada, ya que, el resto de personal sanitario (médicos, psicólogos, veterinarios...) que prestaba servicio en la institución continuaban perteneciendo al Ejército de Tierra. Desempeñaban funciones asistenciales para los policías y sus familias, asistencia de detenidos, control del absentismo, reconocimientos médicos de aptitud y previos al ingreso en el cuerpo, funciones de mútua, preventivos sanitarios en determinadas actividades policiales de riesgo y en algunas grandes ciudades grandes como Madrid, se disponía de un servicio de emergencias para la población con ambulancias propias. Estos enfermeros portaban las mismas divisas que sus compañeros de rango y en caso de necesidades del servicio podían asumir funciones policiales.

En 1978 la Policía Armada pasa a denominarse “Cuerpo de Policía Nacional”, manteniendo su estructura y organización militar, pero dejando de depender de las Fuerzas Armadas y pasando a hacerlo del Ministerio del Interior. El personal médico continuaba perteneciendo al ejército de tierra y la nueva especialidad de enfermería, recientemente creada, al Cuerpo de Policía Nacional. Se mantenían las mismas funciones que en la Policía Armada.

En 1986, con la Ley Orgánica 2/1986 de 13 de marzo, se producen cambios importantísimos en las Fuer-

zas y Cuerpos de Seguridad que dan lugar a nuestra actual Policía. El “Cuerpo de Policía Nacional” se fusiona con el “Cuerpo Superior de Policía” (de naturaleza civil y centrado principalmente en Policía Judicial) dando lugar al “Cuerpo Nacional de Policía” (también denominado desde 2015 como “Policía Nacional”) que posee casi todas las competencias policiales existentes y ámbito de actuación estatal. Los enfermeros de la Policía Nacional pasan a integrarse en las escalas del nuevo cuerpo policial (suboficiales en Escala de Subinspección y oficiales en

escala Ejecutiva), y de igual forma lo hacen varios oficiales médicos pertenecientes al Ejército de Tierra que prestaban servicio en la Institución. Estos funcionarios continuaban prestando servicio en Unidades Sanitarias, si bien, alguno de ellos pasó a realizar funciones operativas. En este momento se extingue la primera escala sanitaria existente en la Policía.

La LO 2/86 de FFCCS, (derogada en parte por la LO 9/2015 de Régimen de Personal de La Policía Nacional) en el Capítulo IV, dedicado al Cuerpo Nacional de Policía, recoge, entre otras cosas y además de por supuesto de las diferentes escalas y categorías, la creación de dos nuevas figuras denominadas "Plazas de Facultativos y Técnicos", funcionarios de la Policía Nacional no uniformados, pero sin una función estrictamente policial:

"En la Policía Nacional existirán las plazas de facultativos y de técnicos, integradas respectivamente en los subgrupos de clasificación A1 y A2, que sean necesarias para la cobertura y apoyo de la función policial, y que se cubrirán entre funcionarios de carrera de cualquiera de las administraciones públicas, de acuerdo con el sistema que reglamentariamente se determine".

"Corresponde a los funcionarios de carrera que ocupen plazas de facultativos o

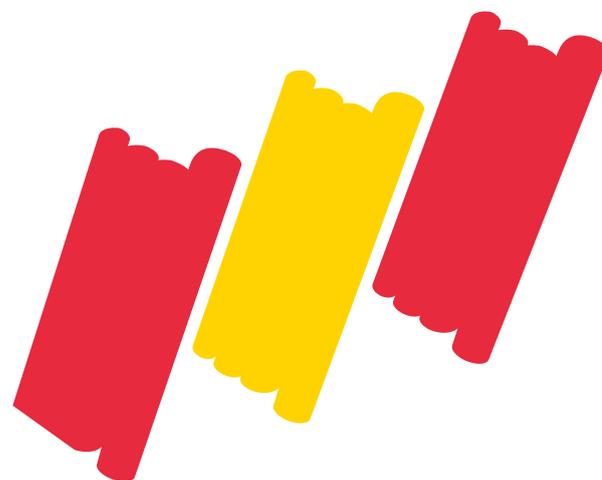
técnicos, el auxilio a la función policial, con las tareas propias de la profesión para cuyo ejercicio habilita la titulación que les haya sido exigida, así como aquellas otras funciones que requieran conocimientos propios y específicos de una formación concreta."

Desde ese momento y hasta la actualidad los enfermeros del Cuerpo Nacional de Policía pertenecen a esas plazas como técnicos, si bien, personal laboral y funcionarios de otras escalas y categorías policiales que poseen titulaciones universitarias de Grado o Diplomatura en Enfermería pueden ejercer en las diferentes Unidades Sanitarias.

El Servicio Sanitario de la Policía Nacional está dirigido por el Jefe de del Área Sanitaria, un Facultativo Médico, no existe director de enfermería y se estructura de la siguiente manera:

- Servicio Sanitario Central, ubicado en Madrid, con competencia nacional dependiente de la División de Personal.
- Unidades Regionales de Sanidad, ubicadas en las Jefaturas Superiores de Policía, con competencia autonómica.
- Unidades Provinciales de Sanidad, ubicadas en algunas Comisaría Provinciales, con competencia provincial.

El Servicio Sanitario de la Policía está integrado por



1982

SARGENTO ATS DE LA POLICÍA NACIONAL Y DIVISA



2019

ENFERMEROS DURANTE RECONOCIMIENTOS MÉDICOS PARA EL INGRESO EN LA ESCALA BÁSICA



2017

OPERACIÓN "COPÉRNICO"

un equipo multidisciplinar constituido por médicos, médicos psiquiatras, enfermeros, psicólogos, fisioterapeutas, veterinarios, técnicos de laboratorio y farmacéuticos, y su misión principal es de apoyo a la función policial.

Centrados en el campo de la enfermería, éstos profesionales realizan diversas funciones que pasamos a describir a continuación:

- Reconocimientos médicos previos al ingreso de los opositores a las escalas Básica y Ejecutiva de la Policía Nacional.
- Reconocimientos médicos para promoción interna.
- Reconocimientos médicos previos a la realización de pruebas deportivas o determinados cursos profesionales.
- Vacunación de las policías, bien en el ámbito de campañas como la de la gripe, o bien por protocolos laborales como el caso de la vacuna anti VHB y anti tétanos difteria. En el caso de funcionarios desplazados al extranjero en misiones internacionales o a embajadas se colabora con el Servicio de Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad para su correcta inmunización previa al desplazamiento.
- Control del absentismo laboral de los funcionarios de la Policía Nacional, dentro del ámbito de competencia de los cuidados y de la titulación, junto con sus compañe-

ros del equipo multidisciplinar sanitario.

- Colaboración con el personal médico en la realización de informes periciales durante la investigación de accidentes laborales para la determinación de nexos de causalidad entre las lesiones sufridas y el mecanismo lesional.
- Colaboración con la Comisaría General de Extranjería y Fronteras y la Agencia Europea "FRONTEX" en los vuelos organizados por ésta, para la deportación de ciudadanos extranjeros a sus países de origen, pudiendo ser necesario desplazarse a cualquier parte del mundo (Afganistán, Colombia, Georgia, Mauritania...) Durante estas misiones internacionales se presta asistencia sanitaria tanto a los equipos policiales como a las personas deportadas que lo necesiten.
- Servicios sanitarios preventivos en pruebas deportivas, prácticas de tiro, determinadas actividades de las unidades de TEDAX, o en cualquier otra actividad policial que lo requiera.
- Primera asistencia de accidentados o enfermos repentinos en las instalaciones policiales.
- Actividad investigadora y docente en la formación del personal policial en primeros auxilios, RCP, asistencia sanitaria táctica, bioseguridad...



2018

MISIÓN FRONTEX CONJUNTA CON ALEMANIA



PRÁCTICA
DE TIRO
CON ARMA
LARGA



EQUIPO
BÁSICO DE
URGENCIA



Nueva colección de descanso,
colchones y canapés de primera calidad
garantizados.

Muebles Versailles

Amplia gama de muebles de todos los estilos,
auxiliares, juveniles, lámparas y cuadros.

Grandes descuentos

10%

descuento adicional a colegiad@s

C/ López de Fenar, 1 (esquina Av. Alcalde Miguel Castaño) 24003 León
Tfno: **987 25 09 03**



ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EFICACES PARA COMPLETAR
UNA RECONSTRUCCIÓN DEL PECHO |

MICROPIGMENTACIÓN ONCOLÓGICA, PARA MUJERES SOMETIDAS A UNA MASTECTOMÍA POR CÁNCER DE MAMA

La micropigmentación oncológica es una técnica eficaz que completa la reconstrucción del pecho en aquellas mujeres que han padecido un cáncer y han tenido que ser sometidas a la extirpación mamaria. Es sin lugar a duda, una manera de ayudar, de generar confianza por su lucha contra la enfermedad y por devolverles autoconfianza para que sigan avanzando después de una situación tan difícil. Por ello, a lo largo de este reportaje, se abordará este tema de la mano de Susana Juan Miguélez. Una enfermera que comenzó sus estudios primero como Técnico Superior en Estética y donde una de las asignaturas era precisamente la micropigmentación.

En 1998, se comenzaba el abordaje de esta técnica, pero con procedimientos muy limitados, con una calidad de pigmentos no suficiente y con técnicas mucho menos depuradas de lo que hoy día se ha conseguido. En el año 2000, comenzó a realizar la diplomatura de Enfermería y, una vez culminados sus estudios, vio que podía aplicar esa técnica, en diferentes problemas que algunas enfermedades causaban a las mujeres. "Han sido muchos los profesionales que me han enseñado a mejorar las diferentes técnicas que empleamos, de los cuales, muchos han sido reconocidos expertos internacionales: Milán, Tallin, Londres y, por supuesto de nuestro país, como de Madrid, Barcelona o San Sebastián".

¿QUÉ ES LA MICROPIGMENTACIÓN?

La micropigmentación es una técnica de maquillaje semipermanente que consiste en la introducción de pigmentos en las capas más superficiales de la piel con el fin de corregir imperfecciones, equilibrar rasgos de la anatomía y embellecer.

¿A QUIÉN VA DIRIGIDA LA MICROPIGMENTACIÓN ?

Hasta ahora, las indicaciones eran más limitadas, pues sólo se empleaba a nivel estético para realzar la belleza natural, pero cada vez más, además de seguir avanzando en técnicas de maquillaje semipermanente, se emplea a nivel médico para dar solución a determinadas enfermedades dermatológicas, tales como alopecias en cejas o cuero cabelludo, cicatrices, o a nivel médico-estético en pacientes oncológicos por varias razones; la primera, para paliar el impacto estético al que se ven sometidos por la pérdida de pelo, como ocurre en el caso de las cejas o cuero cabelludo, y la segunda, para realizar reconstrucciones estéticas tanto de cicatrices como de areolas mamarias en caso de mastectomía, consiguiendo, en todos los casos, un efecto hiperrealista.

¿CÓMO SE REALIZA LA TÉCNICA ?

La micropigmentación se realiza en ambiente estéril, procurando un atmósfera de máxima asepsia en la

sala. El material ha de ser todo desechable y se requiere de consentimiento informado para su realización.

El tratamiento deberá ser realizado por personal cualificado.

Lo primero de todo, se realizará una prueba de alergia, según indica la Ley en los días previos para comprobar cualquier tipo de reacción al pigmento. Una vez leído el resultado, se programará la cita para la micropigmentación en la que se realizará un diseño acorde con la anatomía de paciente y se tomarán fotos del antes y el después. Se deberán seguir unos cuidados durante los 7 días posteriores a la realización de la micropigmentación y a los cuarenta días se valorará la necesidad de un retoque.

DURACIÓN DE LA MICROPIGMENTACIÓN

La duración depende de la piel y de la zona a tratar; en el caso de las cejas, la duración es de un año o año y medio, en el caso del cuero cabelludo se alcanzan los dos años, y en cuanto a las areolas mamarias y cicatrices, la duración es mayor, pues son zonas de la piel de menor renovación celular por no estar expuestas a la climatología.

En definitiva, se puede decir que es una técnica en auge en el campo de la medicina, con mínimo riesgo para el paciente y un sinfín de beneficios.



LA INVESTIGACIÓN ES UN CAMPO DONDE PODEMOS HACER GRANDES APORTACIONES



Laura Morán González ha conseguido el premio 'Jesús Sierra Muñiz' de Enfermería vinculándola directamente a una profesión en la que tendrá aún que lograr nuevos retos como la especialización que está llevando a cabo como residente de matrona en el hospital Universitario de La Paz, en Madrid. Realizó sus estudios en la promoción 2014-2018 en la Facultada de Ciencias de la Salud de León, hizo un año de Erasmus en Bélgica y tras aprobar el examen EIR, continúa con su preparación, en este caso, en una de las etapas más decisivas de su carrera.

¿Qué te vinculó o animó especialmente para que decidieras a cursar el Grado Universitario en Enfermería?

Ahora, cuando el tiempo va pasando compruebo que fue algo que tenía claro desde el principio y que, tras haber aprobado la selectividad, no tuve ninguna duda de lo que quería ser en un futuro. Sabía perfectamente que mi vocación tenía una clara relación con la salud, con el trato con las personas y todo ello me fue llevando hacia ésta magnífica profesión.

Eres de León, pero ¿te ha frenado ser de una ciudad pequeña a la hora de poder crecer profesionalmente, o quizá todo lo contrario, tenías claro que no te quedarías en la provincia y que irías a trabajar a otras ciudades con otras posibilidades?

Todo lo contrario, ser de León no ha sido impedimento para salir y conocer nuevas experiencias. En 4º de carrera hice un erasmus en Bélgica, donde estuve haciendo prácticas en un hospital y de lo que guardo un gran recuerdo de un tiempo que me ha parecido maravilloso. Creo que salir y conocer otros países y sus costumbres, en este

caso dentro del ámbito de la salud, se aprende mucho tanto en el aspecto personal como en el académico. En estos momentos me encuentro en Madrid continuando con mi preparación.

¿Qué es lo que más valoras de esta carrera profesional?

Estudiar la carrera que te gusta es muy acertado porque siempre existe una motivación especial por querer hacerlo bien, aprender y lógicamente porque puedes disfrutarlo con una visión más amplia. De estos estudios valoro que hay muchas opciones de trabajo donde puedo elegir y alcanzar una satisfacción personal plena. Evidentemente el camino, sobre manera al principio, no es fácil. Creo, incluso, que aún estoy empezando.

Con este premio al mejor expediente académico, ¿crees que te abrirá puertas además de implicar que el esfuerzo siempre merece la pena y da sus frutos?

Este premio ha sido para mí un reconocimiento al esfuerzo de la carrera, de mis estudios, pero hay que seguir trabajando duro para que se sigan abriendo puertas, pero, sin duda, ha

merecido la pena. Es una satisfacción personal muy grande y algo que me llevaré para toda mi vida.

En estos momentos, ¿Para qué te estás preparando?

Acabo de empezar la residencia de matrona en el hospital Universitario de La Paz, en Madrid. Son dos años enfocados a la formación teórica y práctica para poder ser enfermera especialista. Sé que es difícil y que me tendré que emplear a fondo, pero confío como no, en que dará sus frutos y podré trabajar en lo que realmente me gustaría.

La investigación, ¿ha sido un camino que también has podido valorar?

Sin duda alguna, aunque también pienso primero en opositar porque nuestra profesión va muy ligada a ello y es algo que tengo en mente. Por otra parte, la investigación la empecé a descubrir durante la carrera, con el trabajo fin de grado, y me sorprendió para bien. Es un campo donde podemos hacer grandes aportaciones desde la enfermería porque tenemos muchos datos de manera constante y otro tipo de trabajos que podrían ayudarnos en el desarrollo profesional.

Una vez que te has Graduado, ¿qué les dirías a los estudiantes de enfermería con la nueva perspectiva que ofrece el paso del tiempo?

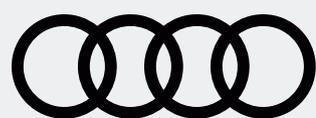
Les diría que disfruten de los cuatro años de carrera y por supuesto que aprovechen para aprender todo lo que puedan. Es una profesión muy bonita, pero a la vez es muy exigente, te ayuda a crecer como persona, pero te implica mucho a nivel personal. Aún no tengo mucha trayectoria profesional, pero ciertamente tengo intactas las ganas por seguir descubriéndola.

Nuevo Audi Q3 ADVANCED 35 TFSI 150 CV por 255 € al mes*



* CONSULTAR CONDICIONES



 **Telenauto**

www.telenauto.com · 987 84 01 62 · Pol. Industrial Trobajo del Camino (enfrente Hiper. E.Leclerc) · León



Nuevo **VOLKSWAGEN T-CROSS**

desde 17.400 €



Telenauto

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LEVOSIMENDÁN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

AUTORES

Elena Escanciano Rodríguez¹
coleg. n° 5394

Andrés Sánchez Bustelo²
coleg. n° 5599

Miriam Díez Sierra³
coleg. n° 4620

Patricia Calleja Cuervo³
coleg. n° 5201

En la actualidad, la insuficiencia cardiaca (IC) constituye un problema de gran magnitud en nuestra sociedad. Presenta una alta prevalencia, con incidencia creciente. Además, tiene una elevada morbimortalidad, con el coste sanitario que conlleva.

Existe un subgrupo de pacientes con estadios avanzados de la enfermedad, que apenas se benefician de la terapia convencional, constituyendo un auténtico desafío terapéutico.

El Levosimendán es un fármaco novedoso, diferente al resto de

inotrópicos, que aporta beneficios clínicos en pacientes con IC. Aunque se puede administrar en diferentes escenarios clínicos, su infusión de forma ambulatoria en pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada (ICA) se está extendiendo, mejorando los síntomas y evitando reingresos hospitalarios.

Realizamos una revisión extensa de las aplicaciones del fármaco, considerando necesario establecer un protocolo unificado de administración y seguimiento, con el objetivo de mejorar la práctica asistencial y cuidados de nuestros enfermos.

¹. Enfermera Unidad de Cardiología. CAULE

². Jefe de Unidad de Enfermería de Cardiología. CAULE

³. Enfermera. CAULE

INTRODUCCIÓN

La IC es un síndrome clínico caracterizado por síntomas y signos típicos, causados por una anomalía cardíaca estructural o funcional que producen una reducción del gasto cardíaco o una elevación de las presiones intracardiacas en reposo o en estrés.

La IC es una afección cardíaca que cursa con la siguiente sintomatología:

Disnea	Arritmias
Anorexia	Aumento de peso
Cansancio	Tos o sibilancias
Edemas MMII	Nauseas
Distensión abdominal	Confusión mental

Cuando estos síntomas persisten de manera continua se denomina IC crónica.

La insuficiencia cardiaca (IC)

La insuficiencia cardiaca (IC) es un problema de salud pública de primer orden

es un problema de salud pública de primer orden. En los países desarrollados, aproximadamente un 2% de la población adulta padece IC, una prevalencia que aumenta exponencialmente con la edad, pues es inferior al 1% antes de los 50 años y posteriormente se duplica con cada década hasta superar el 8% entre los mayores de 75 años¹. En el periodo desde el censo de población de 1991 hasta la estimación del 1 de enero de 2012, hubo un aumento de casos de IC. Debemos destacar su elevada mortalidad, mayor, en comparativa que la mayoría de los cánceres, llegando a ser del 50% a los 5 años del diagnóstico².

Los pacientes con IC Avanzada son aquellos que presentan las siguientes características:

- Entran dentro de la clasificación III- IV/IV según la escala NYHA.
- Episodios de congestión y/o hipoperfusión periférica.
- Disfunción cardiaca severa.
- Deterioro de la capacidad pulmonar.
- Hospitalización recurrente 1 o más ingresos en los últimos 6 meses.
- Presencia de lo anterior mencionado pese a que el tratamiento farmacológico es el adecuado a su situación.

El tratamiento médico convencional para la ICA de elección según la Guía Europea de la IC³ son diuréticos, IECAS, beta bloqueantes, los ARA II (Sacubtril/



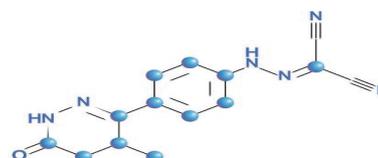
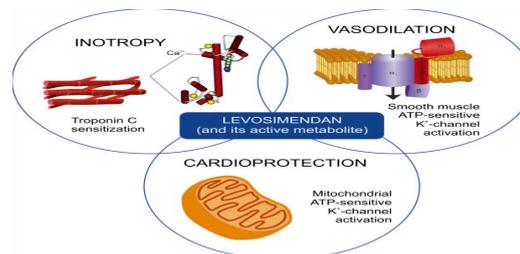
Valsartan) u otra combinación y digitálicos en algunos casos⁴.

En las nuevas terapias para el tratamiento de la ICA surge el Simdax (Levosimendán) como alternativa cuando los pacientes no se benefician del tratamiento convencional y su única opción sería el trasplante cardiaco o los cuidados paliativos. Este fármaco reduce la mortalidad en los pacientes tratados como refleja el resultado del metaanálisis: "Effects of Levosimendan on mortality and hospitalization. A meta-analysis of randomized controlled studies"⁵ sobre los efectos del uso del Levosimendan.

El Levosimendán surge a principios del siglo XXI como fármaco para la IC aguda. Pertenece a una familia de inotrópicos denominados inodilatadores. Este fármaco combina el inotropismo, la vasodilatación periférica y pulmonar y la acción cardioprotectora por un consumo independiente del consumo de oxígeno por parte del miocardio⁶.

La concentración plasmática alcanza el pico a los 2-3 días después de su administración, haciendo su efecto más duradero.

Las aplicaciones clínicas del fármaco se extienden a:



Levosimendan

Fórmula $C_{14}H_{12}N_6O$

- IC crónica.
- IC aguda: IC crónica re-agudizada, IC dentro del síndrome coronario agudo.
- Otros: shock cardiogénico, asistencia ventricular, HT pulmonar en IC.
- Cirugía cardiaca.

Resumen de beneficios del Levosimendán

1. Mejora contractilidad cardiaca.
2. Mejora gasto cardiaco.
3. No aumenta demanda de oxígeno por parte del miocardio.
4. No hay afectación diastólica.
5. Mejora la precarga y post-carga
6. Tiene acción anti-ischémica.
7. Evita o disminuye el uso de inotrópicos con mayores efectos adversos.

Actualmente no existe en el CAULE (Complejo Asistencial Universitario de León) una uniformidad en los protocolos de infusión del Levosimendán utilizándose de manera más habitual la administración de un ciclo durante 24h, que precisa ingreso del paciente, en unas en unas concentraciones de 0,1 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$, excepto

en aquellos pacientes que presenten hipotensión de base (TAS < 90 mmHg) previa a la administración del fármaco en cuyo caso se inicia la perfusión en unas concentraciones de 0,05 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ y se aumenta según tolerancia. Los ciclos de infusión se programan según el estado clínico del paciente marcado por los criterios de bajo gasto cardiaco.

En el siguiente artículo nos centraremos en la administración intermitente del Levosimendán en pacientes con IC Avanzada y la necesidad de elaborar un protocolo para su adecuada administración.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer un protocolo reglado para la administración de Levosimendán en el Hospital de León en pacientes con IC Avanzada que cumplan los criterios de inclusión para beneficiarse del tratamiento con dicho fármaco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los patrones funcionales que con mayor frecuencia se alteran en este tipo de paciente.
- Determinar las intervenciones de enfermería que deben realizarse teniendo

do en cuenta el estilo de vida, el estado físico y el tratamiento que le estamos administrando.

- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica, unificando criterios de actuación entre los profesionales.
- Mejorar la calidad en los cuidados proporcionados al paciente.
- Reducir notoriamente gastos en los costes sanitarios (disminuir ingresos/ estancia hospitalaria).
- Proporcionar al paciente una información adecuada al tratamiento que va a recibir.

Se realizó una revisión bibliográfica sobre la fisiopatología de la IC así como de sus manifestaciones clínicas, los medios diagnósticos y los tratamientos que se utilizan.

Dentro de los tratamientos se profundizó sobre el uso del fármaco Levosimendán y sus aplicaciones terapéuticas en pacientes con IC Avanzada.

Para ello se utilizaron los motores de búsqueda Medline, Pubmed y Cochrane y se revisaron protocolos elaborados por hospitales de otras comunidades autónomas así como la nueva Guía Europea de la IC actualizada en 2016.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISCUSIÓN Y

RESULTADOS

El perfil clínico del paciente candidato a administración de Levosimendán es un paciente con IC sintomática, disfunción ventricular y que ha presentado varios episodios (7-9).

Criterios de inclusión:

- FEVI < 35%
- NYHA II-IV / IV (ver tabla 1)
- INTERMACS 4,5,6 (ver tabla 2)
- Hospitalización recurrente 1 o más ingresos en los últimos 6 meses.

Criterios de exclusión:

- Presión sistólica sanguínea < 90 mm Hg

- Frecuencia cardiaca > 120 latidos/minuto
- Insuficiencia renal y/o hepática

Compatibilidades:

- Furosemda.
- Digoxina
- NTC

Se pueden administrar en la misma línea IV.

No se han observado efectos adversos significativos en su uso conjunto con:

- Iecas
- Betabloqueantes
- Amiodarona

Posibles efectos adversos de los que debemos informar al paciente:

Tabla 1. Clasificación de la IC según la gravedad (ACC/AHA, NYHA).			
ACC/AHA		NYHA	
Estadio A	Pacientes asintomáticos con alto riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca, sin anomalía estructural o funcional identificada.	Clase I	Pacientes sin limitación de la actividad física normal.
Estadio B	Pacientes asintomáticos con enfermedad cardíaca estructural claramente relacionada con insuficiencia cardíaca.	Clase II	Pacientes con ligera limitación de la actividad física.
Estadio C	Pacientes con insuficiencia cardíaca sintomática asociada a enfermedad estructural subyacente.	Clase III	Pacientes con acusada limitación de la actividad física; cualquier actividad física provoca la aparición de los síntomas.
Estadio D	Pacientes con enfermedad cardíaca estructural avanzada y síntomas acusados de insuficiencia cardíaca en reposo a pesar de tratamiento médico máximo.	Clase IV	Pacientes con síntomas de insuficiencia cardíaca en reposo.

Clasificación de la American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) y New York Heart Association (NYHA); Fuente: Guía Fistera

TABLA 1. CLASIFICACIÓN DE LA ACC/AHA, NYHA DE LA IC SEGÚN LA GRAVEDAD DE LA MISMA^{10, 11}.
 AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY (ACC) Y AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA).
 CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DE LA NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA).

Niveles	Descripción	situación clínica
INTERMACS 1	Crash and burn	Inestabilidad hemodinámica a pesar de dosis plenas de fármacos y/o apoyo mecánico con hipoperfusión de órganos diana (shock cardiogénico)
INTERMACS 2	Sliding down on inotropes	Empeoramiento progresivo de síntomas en paciente dependiente de inotrópicos
INTERMACS 3	Stable dependent	Estabilidad hemodinámica con dosis bajas-medias de inotrópicos (no se pueden retirar)
INTERMACS 4	Frequent flyer	Inotrópicos retirados pero frecuentes recaídas con retención hídrica y congestión
INTERMACS 5	Housebound	Estabilidad en reposo pero absoluta limitación de actividad física y clínica congestive
INTERMACS 6	Walking wounded	Actividad menos limitada, sin congestión, pero fatigabilidad con pequeños esfuerzos
INTERMACS 7	Class IIIb	Clase funcional III NYHA con balance hídrico estable actual y previo

TABLA 2. ESCALA INTERMACS PARA LA CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES CON IC AVANZADA¹².

ÓRGANO O SISTEMA	FRECUENCIA	TÉRMINO PREFERENTE
Trastornos del metabolismo y la nutrición	Frecuente	Hipocaliemia
Trastornos Psiquiátricos	Frecuente	Insomnio
Trastornos del Sistema Nervioso	Muy Frecuente	Cefalea
	Frecuente	Mareo
Trastornos Cardiacos	Muy Frecuente	Taquicardia ventricular
	Frecuente	Fibrilación auricular Taquicardia Extrasístoles ventricular Insuficiencia cardíaca Isquemia miocárdica Extrasístoles
Trastornos Vasculares	Muy Frecuente	Hipotensión
Trastornos Gastrointestinales	Frecuente	Náuseas Estreñimiento Diarrea Vómitos
Exploraciones Complementarias	Frecuente	Disminución de Hb

CONCLUSIONES

El protocolo de administración de Levosimendán elaborado se presenta con el propósito de aportar una herramienta que contribuya a la mejora de la prestación de cuidados en la práctica asistencial y a la garantía de seguridad en la atención al paciente. Todo esto sustentado en las evidencias científicas y el juicio clínico del profesional. Para ello, deberá ser periódicamente evaluado y revisado, con objeto de adaptarlo a las nuevas recomendaciones y necesidades.

PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN PARA ENFERMERÍA DE LEVOSIMENDÁN

ADAPTADO DEL ACTUAL PROTOCOLO EXISTENTE DEL HOSPITAL DE BELLVITGE¹³

Material necesario:

- Bomba de perfusión
- Vía venosa periférica o vía central.
- Equipo de administración intravenosa.
- Fármaco

Antes de iniciar la perfusión:

1. Contactar con farmacia para el envío de la medicación.
2. El Levosimendán ha de conservarse en frío.
3. Preparar el material necesario.
4. Confirmar prescripción del tratamiento y dosis en H³ clínica.
5. Informar al paciente y a la familia de la administración y posibles efectos adversos.
6. Registro de FC, TA y peso del paciente.
7. Control y evaluación de los síntomas de descompensación.
8. Canalizar VVP si es necesario.
9. Extracción de analítica de sangre

Inicio de perfusión¹⁴:

1. Diluir la dosis de fármaco pautado en 500 cc de SG5%.
2. Una vez reconstituido utilizar en las siguientes 24h.
3. Controlar TA y FC cada 30' hasta alcanzar dosis máximas. Después controles horarios, (actualmente en el CAULE se hacen controles horarios las 3-4 primeras horas).
4. Si TAS < 90 mmHg asintomático disminuir ritmo de infusión y reevaluar.
5. Si TAS < 90 mmHg en paciente sintomático avisar, suspender perfusión y reevaluar.
6. Monitorización cardíaca.
7. Control de diuresis.
8. Registro en evolutivo de enfermería del inicio de la perfusión

Posterior al tratamiento:

1. La duración de la perfusión de Levosimendán recomendada en pacientes con descompensación aguda de IC crónica severa es de 24h.
2. Registro en evolutivo de enfermería de la finalización de la perfusión.
3. Tras la suspensión mantener al paciente en observación.
4. Los efectos hemodinámicos persisten durante al menos 24h y hasta 9 días después de suspender la perfusión.
5. Se recomienda un control de diuresis de al menos 3 días posteriores a la perfusión y en pacientes con Insuficiencia Renal o Insuficiencia Hepática leve o moderada, hasta 5 días.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. *Heart*. 2007;93:1137-46.
2. Henkel M, Redfield M, Weston SA, Gerber Y, Roger VL. Death in heart failure. A community perspective. *Circ Heart Fail*. 2008;1:91-7.
3. Bleumink GS, Knetsch AM, Sturkenboom MC, Straus SM, Hofman A, Deckers JW, et al. Quantifying the heart failure epidemic: prevalence, incidence rate, lifetime risk and prognosis of heart failure The Rotterdam Study. *Eur Heart J*. 2004; 25:1614-9.
4. Cowie MR, Wood DA, Coats AJ, Thompson SG, Poole-Wilson PA, Suresh V, et al. Incidence and aetiology of heart failure: a population-based study. *Eur Heart J*. 1999;20: 421-8.
5. Anguita Sánchez M, Crespo Leiro MC, De Teresa Galván E, Jiménez N, Alonso-Pulpón L, Muñiz García J. Prevalencia de la insuficiencia cardíaca en la población general española mayor de 45 años. Estudio PRICE. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:1041-9.
6. Gustafsson F, Guarracino F, Schwinger RHC. The inodilatador levosimendán as a treatment for acute heart failure in various setting. *Eur. Heart J*. 2017;19(C):C2-C7. DOI: 10.1093/eurheart/sux001.
7. Delgado JF. Levosimendán en la insuficiencia cardíaca aguda: pasado, presente y futuro. *Rev Esp Cardiol*. 2006;59(4):309-12. DOI: 10.1157/13087053.
8. Llorens P, Martín-Sánchez FJ, González-Armengol JJ, Herrero P, Jacob J, Álvarez A, et al. Perfil clínico del paciente con insuficiencia cardíaca aguda atendido en los servicios de urgencias: Datos preliminares del Estudio EAHE (Epidemiology of Acute Heart Failure Emergency). *Emergencias* 2008;20:154-63.
9. Manito Loritea N, Manzano Espinosa L, Llorens Soriano P, Masip Utset J, Comin Colet J, Formiga Pérez F, et al. Consenso para la mejora de la atención integral de los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda: versión resumida. *Rev Clin Esp*. 2016;216(5):260-70.
10. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. *Circulation*. 2005;112:1825-52.
11. Grupo de Trabajo de la ESC para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. Heart Failure Association (HFA). Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica (2008). *Rev Esp Cardiol*. 2008;61(12):1329.e1-1329.e7.
12. Samman-Tahhan A, Hedley JS, McCue AA1, Bjork JB, Georgiopolou VV, Morris AA, et al. INTERMACS Profiles and Outcomes Among Non-Inotrope-Dependent Outpatients With Heart Failure and Reduced Ejection Fraction. *JACC Heart Fail*. 2018;6(9):743-53. DOI: 10.1016/j.jchf.2018.03.018.
13. Unidad de Insuficiencia Cardíaca. Administración intermitente de Levosimendán en insuficiencia cardíaca avanzada. Barcelona: Hospital Universitario de Bellvitge; 2017.
14. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica Simdax. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2016.



DELEGACIÓN BIERZO

DIA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERÍA

“La salud para todos significa que la salud está al alcance de todos en un país determinado. La salud en este contexto significa no solo la disponibilidad de servicios de salud, sino un estado completo de salud física y mental que permite a una persona liderar una vida social y económicamente productiva.” (Mahler, 2016).

Las enfermeras son esenciales para transformar la atención médica y los sistemas de salud de manera que ninguna persona se quede atrás, sin acceso a la atención o empobrecida debido a su necesidad de atención médica.



Las enfermeras son esenciales para transformar la atención médica y los sistemas de salud de manera que ninguna persona se quede atrás, sin acceso a la atención o empobrecida debido a su necesidad de atención médica.

Con un rol central como defensor del paciente, sus habilidades de razonamiento científico, número y espectro de atención en todo el proceso, las enfermeras están en una posición ideal para dirigir e informar la toma de decisiones y el desarrollo de políticas de los servicios de salud.

Como una de las profesiones de la salud más confiables y respetadas, la enfermería tiene un papel fundamental para abordar los múltiples desafíos de salud que se enfrentan en todo el mundo.

Con estas premisas celebramos el día 16 de Mayo en colaboración con la Gerencia de Asistencia Sanitaria el Bierzo EL DIA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERIA 2019.

Contamos con la presencia

del Gerente del Área Sanitaria del Bierzo, D^o José Luis Rodríguez Soto, D^o Félix José de los Mozos Vázquez como director de Enfermería del Área Sanitaria del Bierzo, y toda el equipo de Dirección.

Comenzamos en el salón de actos del Hospital El Bierzo, con la conferencia inaugural a cargo de nuestro compañero del SUMMA 112 DE MADRID, D^o Antonio Pérez Alonso, Enfermero de Emergencias.

Ha trabajado en puestos asistenciales y de gestión incluyendo 2 años de supervisión de urgencias en hospital de Nivel 2.

Desde 2017, forma parte del comité asesor europeo de la iniciativa de equipos EMT de la OMS para asistencia a la catástrofe dentro y fuera del llamamiento del mecanismo de protección civil europeo.

Profesor de la Universidad Rey Juan Carlos, dentro de las áreas de Medicina y Enfermería, MBA gestión Sanitaria y Experto en Urgencias, Cuidados Críticos y Rescate.

Para finalizar, el plato estrella, se emitieron unas proyecciones para la divulgación de los EQUIPOS LIDERADOS POR ENFERMERÍA, dentro de las nuevas competencias adquiridas para nuestra profesión, como son LAS COMPETENCIAS AVANZADAS.

Todas ellas, lideradas por profesionales de nuestro Área Sanitaria, destacando el Centro de Salud de Pico Tuerto, D^a María González Gallego, que nos hablo de su equipo de Lactancia materna y pie diabético, seguimos por la unidad de ELA, del Servicio de Neurología, D^a Elena Álvarez Robles, D^o Francisco Javier Prieto Miguez nos hablo del Equipo de Cirugía Menor, del EAP de Villafranca del Bierzo, Montserrat Fernández Núñez, de Equipo de Enfermera Gestora de Casos de Radioterapia, y para finalizar el Equipo de Terapia Intravenosa, de reciente creación, liderados por nuestros compañeros de la Unidad de Hospitalización de Onco-Hematología del Hospital el Bierzo, José Manuel Lama y Estefanía Basante, entre otros.



Máster Universitario

en Investigación en Ciencias Sociosanitarias



universidad
de león

El Máster Universitario en Investigación en Ciencias Sociosanitarias, se oferta desde el departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de León y va dirigido especialmente a Enfermería, en un entorno multiprofesional. Tiene una orientación investigadora; capacitando para acceder al doctorado, basándose en la actividad profesional y los ámbitos de desarrollo de la misma, dando una formación específica en el ámbito social de salud y comunitario.

Consta de tres módulos:

1. Metodología de la investigación.
2. Entorno sociosanitario.
3. Intervenciones sociosanitarias.

60 créditos, 15 de ellos del trabajo de fin de máster.
Inicio: octubre.

Aprender a realizar revisiones bibliográficas críticas, estudios comparados, evaluar los impactos ambientales y sociales en la salud; analizar las desigualdades; diseñar, aplicar y evaluar intervenciones para la mejora de la salud, las condiciones sociales y del cuidado comprenden las líneas de trabajo.

Se puede seguir de forma presencial en el aula, en directo por videoconferencia desde cualquier lugar e intervenir mediante chat o con imagen y sonido, pudiendo también ver las sesiones grabadas en cualquier momento.

La metodología didáctica es activa y participativa; consiste en la evaluación y valoración de las actividades realizadas durante el curso y en el examen de algunas asignaturas.

El plan de estudios está diseñado de manera que pueda ser compatible con el ejercicio profesional (existe la posibilidad de matricularse de forma parcial).

El plazo de preinscripción se abre en mayo.

PARA MÁS INFORMACIÓN

Estudios de postgrado: postgrado@unileon.es. Departamento de Enfermería y Fisioterapia

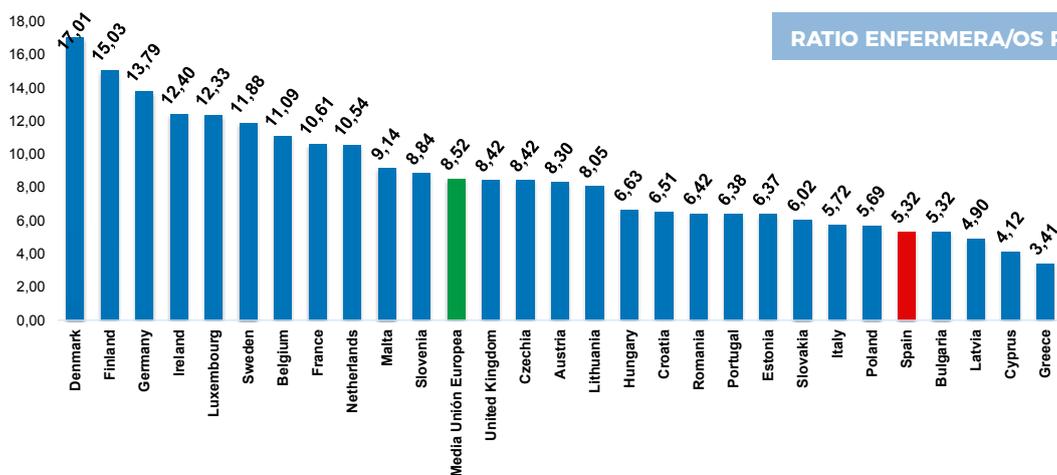
Tel.: 987 293 103 · Correo e.: fjperr@unileon.es

www.cienciasociosanitarias.com

www.unileon.es/estudiantes/estudiantes-master/oferta-titulaciones/mu-investigacion-ciencias-sociosanitarias

RADIOGRAFÍA DE LA SITUACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA

RATIO ENFERMERA/OS POR CADA 1.000 HABITANTES



Fuente: estadísticas sanitarias mundiales OMS-2018)

PROYECCIÓN DE POBLACIÓN, NÚMERO TOTAL Y NECESIDAD DE ENFERMERAS/OS PARA ALCANZAR LA RATIO DE LA UE

Año	Población total	Enfermeras/os	Ratio Enfermeros España (100.000 hab)	Ratio UE (100.000 hab)	Diferencial de ratio con la UE/100.000 hab	Nº enfermeras/os necesarios para llegar a la ratio de la UE
2020	46.852.498	282.242	6028	81	279	130.529
2021	46.380.938	288.779	6239	10	287	133.288
2022	46.692.096	295.976	6349	39	305	142.463
2023	46.668.692	302.734	6499	68	319	149.019
2024	46.646.085	309.784	6649	97	333	155.277
2025	46.601.088	316.640	6791	.026	347	161.487
2026	46.164.577	323.625	7011	.055	354	163.411
2027	46.519.207	330.524	7111	.084	373	173.744
2028	46.466.292	337.480	7261	.113	387	179.690

Fuente: Proyecciones de población 2016-2066 (INE), informe sobre los profesioaeles de enfermería Oferta y Necesidad 2010-2025 (ministerio de sanidad) OMS 2018 - Proyecto CGE

NECESIDADES DE ENFERMEROS A CORTO PLAZO

(Para alcanzar la media europea)

Población total	Total enfermeros	Ratio Enfermeros	Ratio UE	Diferencial de ratio con la UE/100.000 hab	Nº enfermeros necesarios para llegar a la ratio de la UE
46.852.498	282.242	602	8812	79	130.529

Para el próximo año 2020, se necesitarían 130.000 enfermeras/os más, que suponen 48% de los actuales, para alcanzar la media europea.

En España anualmente se gradúan aproximadamente 10.000 enfermeros.

Fuente: OMS, INE, Ministerio Sanidad y CGE

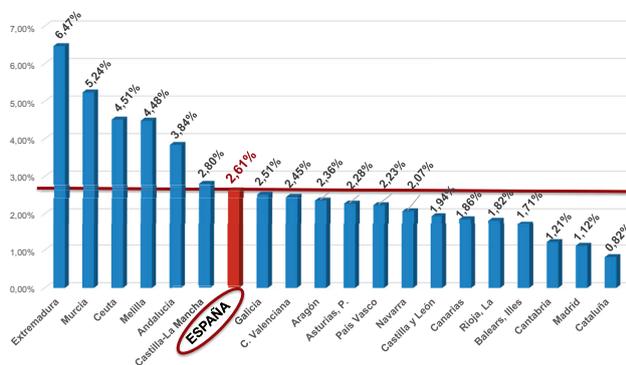
Nursing now España

ESPAÑA: NECESIDADES DE ENFERMEROS PARA ALCANZAR RATIO UE

CCAA	Ratio Enfermeros/ 100.000 hab.	Diferencial con la media europea de los 28	Nº enfermeros necesarios para llegar a la ratio del a UE
Unión Europea	852		
Murcia	4304	22	6.224
Andalucía ⁴	59	393	33.080
C. Valenciana	5203	32	16.450
Galicia	5203	32	8.973
Balears	5283	24	3.775
Castilla-La Mancha ⁵	71	281	5.710
Ceuta ⁵	90	262	223
Canarias	5982	54	5.521
Cataluña ⁶	14	238	17.829
Cantabria ⁶	34	218	1.268
Rioja ⁶	44	208	651
Extremadura	6531	99	2.132
Asturias ⁶	54	198	2.038
Melilla	6611	91	163
Aragón	6691	83	2.403
Madrid ⁶	70	182	11.876
Castilla y León	6891	63	3.942
País Vasco	7549	8	2.129
Navarra ⁸	68	-16	-103
TOTAL			124.283

Fuente: INE Ratio enfermeros - INE Cifras oficiales de población. Datos CGE.

TASA DE PARO EN ENFERMERÍA POR CCAA MARZO 2019



Fuente: Observatorio de las ocupaciones del SEPE (datos según ocupación), INE y CGE

CONCLUSIONES

1. España se sitúa a la cola de los países de la UE en cuanto al ratio de enfermeros por cada 100.000 hab.
2. En estos momentos, en España se necesitan 124.283 enfermeros más para alcanzar la media europea.
3. En España hay 11,3 millones de personas mayores de 64 años y el 70% de ellos tiene, al menos, una enfermedad crónica. Se hace preciso cambiar el modelo actual del Sistema Sanitario, pasando del Curar al Cuidar.
4. Es imprescindible aprovechar al máximo todo el potencial asistencial, educador e investigador que tienen las enfermeras para poder mantener las mismas cotas de calidad, sostenibilidad y seguridad del paciente.
5. El paro sigue afectando e mayor medida al colectivo enfermero frente a otros profesionales sanitarios.
6. La tendencia alcista en contratos temporales reflejan una evidente precariedad en el empleo.
7. Las diferencias en tasa de paro enfermero y ratios de enfermeros entre CCAA confirma la evidente inequidad en la atención enfermera en el Sistema Sanitario.
8. Aún no se han creado las categorías profesionales de enfermeros especialistas en todas las CCAA.
9. El número de plazas de EIR es aún insuficiente para las necesidades del Sistema Sanitario español.
10. A pesar de existir un gran número de enfermeras/os especialistas, aún no están ocupando puestos de trabajo catalogados como tal.
11. Tras 6 meses desde la aprobación del RD de "prescripción enfermera" aún no se ha implementado en todas las CCAA el sistema de acreditación de los profesionales de enfermería en esta materia.
12. Aún no se ha puesto en marcha la Comisión de Protocolos y guías de práctica clínica y asistencial en materia de prescripción.
13. Existe un gran vacío en puestos de alta gestión ocupados por enfermeras/os. Para revertirlo es prioritario modificar las leyes.
14. Los datos del observatorio de agresiones a enfermeras/os nos hace pensar que existe una infradeclaración de casos.

CALENDARIO DE FORMACIÓN | 

SEPTIEMBRE

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS COMPLEJAS

16, 17 y 18 de septiembre de 2019
16.00 a 20.00 h. | 40 plazas

PSICOLOGÍA PERINATAL PARA MATRONAS

23 y 24 de septiembre de 2019
16.00 a 20.00 h. | 25 plazas

Impartido por:
Asociación Española de Enfermería Perinatal.

CURSO-TALLER BÁSICO DE HEMODINÁMICA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA PARA ENFERMERÍA

25 y 26 de septiembre de 2019
16.00 a 20.00 h. | 20 plazas

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS COMPLEJAS

23 y 24 de septiembre de 2019
16.00 a 20.30 h. | 25 plazas

PSICOLOGÍA PERINATAL PARA MATRONAS

30 de septiembre; 1 de octubre de 2019
16.00 a 20.00 h. | 25 plazas

Impartido por:
Asociación Española de Enfermería Perinatal.

OCTUBRE

ACTUALIZACIÓN DE FARMACOLOGÍA PARA ENFERMERÍA: CASOS CLÍNICOS

30 de septiembre; 1 y 2 de octubre de 2019
16.00 a 20.00 h. | 40 plazas

PRINCIPIOS BÁSICOS EN EL MANEJO DE SUTURAS

29 de octubre de 2019
16.00 a 20.00 h. | 15 plazas

CURSO-TALLER BÁSICO DE HEMODINÁMICA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA PARA ENFERMERÍA

23 y 24 de octubre de 2019
16.00 a 20.00 h. | 20 plazas

ACTUALIZACIÓN DE FARMACOLOGÍA PARA ENFERMERÍA: CASOS CLÍNICOS

28, 29 y 30 de octubre de 2019
16.00 a 20.00 h. | 25 plazas

NOVIEMBRE

TALLER DE VÍA INTRAÓSEA

12 de noviembre de 2019
17.00 a 20.00 h. | 14 plazas

SOPORTE VITAL INMEDIATO

25, 26 y 27 de noviembre de 2019
16.00 a 20.00 h. | 40 plazas

SOPORTE VITAL INMEDIATO

4, 5 y 6 de noviembre de 2019
16.00 a 20.00 h. | 25 plazas

TALLER DE VÍA INTRAÓSEA

21 de noviembre de 2019
17.00 a 20.00 h. | 14 plazas

DICIEMBRE

CONTENCIÓN MECÁNICA: QUÉ ES Y CÓMO LA UTILIZAMOS. IMPLICACIONES ÉTICAS Y LEGALES

11 y 12 de diciembre de 2019
16.30 a 20.00 h. | 30 plazas

CONTENCIÓN MECÁNICA: QUÉ ES Y CÓMO LA UTILIZAMOS. IMPLICACIONES ÉTICAS Y LEGALES

2 y 3 de diciembre de 2019
16.30 a 20.00 h. | 25 plazas

PRINCIPIOS BÁSICOS EN EL MANEJO DE SUTURAS

12 de diciembre de 2019
16.00 a 20.00 h. | 15 plazas

LEÓN

PONFERRADA

NOTAS INFORMATIVAS

Se informará de las fechas y horario, ó de su posible actualización, de cada una de las actividades formativas programadas con antelación suficiente en la página web del Colegio y vía correo electrónico (si aún no lo has hecho, activa dicho servicio en tu sede colegial). Todas las actividades formativas previstas para el 2º semestre del año 2019 están acreditadas por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Castilla y León.

En respuesta a las reiteradas quejas recibidas por parte de colegiados, la Junta de Gobierno del Colegio Profesional de Enfermería de León, ha tomado la siguiente determinación: **Se deberá comunicar, con suficiente antelación, la no asistencia a las actividades formativas. En caso contrario, se penalizará con la imposibilidad de matricularse a una nueva actividad durante un periodo de cuatro meses.**

ENFERMERÍA MILITAR: PRESCRIPCIÓN ENFERMERA Y ESPECIALIDAD DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS



En el número de la revista anterior, publicamos un reportaje sobre la Enfermería Militar, donde detallamos su actual situación y los requisitos para poder trabajar profesionalmente en las Fuerzas Armadas. Durante estas semanas hasta que hemos publicado este nuevo número, la sorpresa ha sido importante pues, hemos visto como la profesión no para de crecer en

este caso concreto, dando reconocimiento a estas unidades con la posibilidad de prescribir y, además, con la nueva especialidad de Urgencias y Emergencias para estos cuerpos de élite y, por supuesto, de Defensa. En el año 2015, se creaba dentro de las especialidades complementarias del Cuerpo Militar de Sanidad, la especialidad de Enfermería

Médico-Quirúrgica en Operaciones. Tres años después el Boletín Oficial del Estado ha añadido una nueva especialidad enfermera, la de Urgencias y Emergencias en Operaciones. Todo un hito, pues se trata de una especialidad no reconocida en el ámbito civil, equiparándose con la de Medicina de Urgencias y Emergencias en Operaciones.

Ray-Ban

GENUINE SINCE 1937

TE PRESENTAMOS LOS CRISTALES ORIGINALES
RAY-BAN HECHOS PARA TI, EN EL LANZAMIENTO
EXCLUSIVOS EN GMO.

Combina estilo y salud en
anteojos diseñados
especialmente para ti.

Ven con tu receta, elige tu
modelo y tratamiento, y
nosotros lo aplicamos a tus

Ray-Ban
LOGOTIPO

VISION HD

CRISTAL
PERSONALIZADO

FILTRO DE
LUZ AZUL

Encuétralos en nuestra tienda, ven a conocerlos.
¡TE ESPERAMOS!

ÓPTICA
EUROPA

C/ Alfonso V, 13 - León ★ www.optica-europa.es



Seguro de Automóvil



Sonia tiene que pasar la ITV,
pero está muy *tranquila*

Porque con su Seguro de Automóvil, **en A.M.A. pasamos la ITV de su coche por ella.**

Así de fácil...

A.M.A. LEÓN Fuero, 9; bajo Tel. 987 26 19 23 leon@amaseguros.com

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com

987 26 19 23 / 902 30 30 10

Síguenos en



y en nuestra APP

