

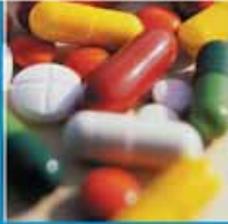


< Príncipe de acuerdo para dar provisionalmente solución legal a la prescripción enfermera

> La página web renovada del Colegio ya ofrece nuevos servicios a los colegiados



^ Medio centenar de asistentes en los cursos veraniegos de informática



< Pablo de Miguel afronta su cuarto mandato como presidente del Colegio

# PULSO

REVISTA DEL COLEGIO DE ENFERMERÍA DE NAVARRA

OCTUBRE 2007 | NÚMERO 31



El Colegio, en consenso con la Plataforma y SATSE, presenta alegaciones al anteproyecto de Carrera Profesional

# SEGURO

## de Responsabilidad Civil

TU COLEGIO  
TE PROTEGE CON  
**1.803.000 €**  
300 millones de pesetas

**¡No te olvides!**  
**tu seguridad, ante todo**



ORGANIZACIÓN  
COLEGIAL DE ENFERMERIA

Colegio Oficial  
de Navarra

# La prescripción de medicamentos por Enfermería



**Pablo de Miguel Adrián**  
Presidente del Colegio de Enfermería de Navarra

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias del año 2003 asigna a la Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades. De esta manera, nuestra profesión dispone por fin de una regulación plena, además del reconocimiento de que su ejercicio se realiza autónomamente, sin subordinación a ninguna otra profesión, y con el único límite del respeto a las competencias propias del resto de profesiones sanitarias.

Sin embargo, existen todavía arcaicos prejuicios que limitan nuestro desarrollo profesional. Nadie pone en cuestión que reconocer y diagnosticar son funciones del médico, lo que no impide que Enfermería esté capacitada para realizar el triaje en urgencias. Lo mismo sucede con la administración de ciertos medicamentos en determinadas situaciones. Así, cuando en un hospital por la noche un paciente que ha sido intervenido quirúrgicamente el día anterior se queja de dolor, los profesionales de Enfermería administramos el analgésico correspondiente sin necesidad de molestar a un médico para ello. Y así en muchos casos tan sencillos como habituales. En la legislación de los sistemas sanitarios de Canadá, Alemania o Gran Bretaña está perfectamente regulada la prescripción de medicamentos por Enfermería, lo que luego se completa con los protocolos correspondientes.

Sin embargo, cuando en España se abordó el pasado año 2006 esta cuestión en la elaboración de la nueva Ley del Medicamento, la representación más rancia del colectivo médico se opuso, argumentando que queríamos hacer recetas médicas. Falso. Se trata sólo de permitir el ejercicio pleno de nuestra profesión, de organizar eficientemente el sistema sanitario y de asegurar al paciente la mayor calidad asistencial posible. Para ello, se proponía que en un número cerrado de situaciones y bajo la aplicación de un estricto protocolo, el personal de Enfermería pudiera administrar una serie limitada de medicamentos a pacientes en unas situaciones previamente definidas. Pero el Parlamento se asustó y el cambio se frustró. Eso sí, si a las 4 de la madrugada el paciente de la 302 nos pide un calmante, que ni se nos ocurra movilizar al médico para que recete un analgésico. Por lo visto, pretenden que sigamos cargando con el trabajo y la responsabilidad sin el respaldo legal correspondiente. Basta recordar que el seguro de responsabilidad civil profesional no nos cubriría en estos casos. Pero hasta aquí hemos llegado. El Consejo General de Enfermería ha emplazado al Ministro de Sanidad a resolver este problema antes de finalizar 2007. En caso contrario, cumpliremos estrictamente la legalidad. Y si hay que poner un analgésico de madrugada, llamaremos al médico para que lo recete estando físicamente presente. Nos gusta asumir responsabilidades, pero también debemos saber exigir las.

## SUMARIO



### AT. PRIMARIA

La "Guía de Diabetes" incluye la metodología enfermera en la atención a los pacientes  
**página 09**



### JUBILADOS

Manuel Lasheras, homenajeado tras 40 años de ejercicio en Oteiza de la Solana  
**página 10**



### SERVICIOS

Nuevo servicio de Asesoría Jurídica para colegiados en cuestiones de ámbito personal y familiar  
**página 13**

pulso

NÚMERO 51  
OCTUBRE 2007

**Edita y dirige:** Colegio Oficial de Enfermería de Navarra / Junta de Gobierno  
**Coordinación y Redacción:** Javier Iurrtia **Publicidad:** Colegio Oficial de Enfermería  
**Diseño y maquetación:** Publicaciones Calle Mayor **Fotografía:** Menta **Impresión:** Gráficas Ulzama  
**Direcciones:**

**PAMPLONA** Pintor Maeztu, 4-1º • 31008 Pamplona Tel. 948 251 243 / Fax. 948 175 358  
comunicación@enfermerianavarra.com www.enfermerianavarra.org

**TUDELA** Camino Caritat, 4, ent • 31500 Tudela Tel. y Fax: 948 411 578 sedetudela@enfermerianavarra.com

Depósito Legal: NA 2.029/1997 ISSN:11378913

# Medio centenar de hijos de colegiados en los cursos de informática

La actividad formativa se ha celebrado en julio y agosto dirigida a niños de entre 4 y 11 años

Medio centenar de hijos e hijas de enfermeras y enfermeros han aprovechado las vacaciones veraniegas para asistir a los cursos de informática que ha organizado el Colegio de Enfermería de Navarra por noveno año consecutivo.

Un año más, el aula de informática de la sede colegial de Pamplona se ha llenado de niños y niñas que, en unos casos manejaban por primera vez un ordenador, y en otros intentaban aprender algo más sobre el mundo de la informática.



Un momento de las clases del grupo de Iniciación

En total, se impartieron cuatro cursos de dos tipos: tres dirigidos a los más pequeños -"Diviértete con la informática"-, de 12 horas de duración, que tuvieron lugar en julio y agosto con la asistencia total de 38 alumnos; y uno en agosto de "Iniciación a Windows XP + Word + Internet", de 16 horas de duración, que reunió a doce estudiantes.

En los cuatro cursos han participado 28 niños y 22 niñas, con edades comprendidas entre los 4 y los 15 años. Esta actividad formativa ha sido impartida por "Ayerdi Informática".

## DOS TIPOS DE CURSOS

En "Diviértete con la informática", el alumnado ha visto "cómo encender y



Alumnado del primer curso impartido en julio



Grupo de "Iniciación a Windows XP + Word + Internet"



Catorce estudiantes registró el curso más numeroso de "Diviértete con la informática"

apagar el ordenador; el manejo del ratón; los distintos componentes del ordenador; abrir y cerrar ventanas...", explica el profesor de los cursos, Pablo Rubio Canelada.

Además de entrar en Internet y de adquirir algún conocimiento sobre buscadores como Google, los más pequeños se han dedicado a disfrutar "con juegos educativos según las edades, como juegos de palabras, de números, para pintar..."

Este alumnado, con edades entre los 4 y los 10 años, se ha portado "de maravilla. La verdad es que vienen encantados -asegura el profesor- y se trata de darles el tipo de juego más adecuado a su edad para que se diviertan".

El otro curso, "Iniciación a Windows XP + Word + Internet", tenía como objetivo la obtención de conocimientos básicos para que el alumno aprendiera a elaborar trabajos y sea capaz de realizar búsquedas sencillas en Internet para su aplicación escolar.

En este caso, se explicaron distintos apartados del sistema operativo como, entre otros, el panel de control, el inicio; la creación de carpetas; o las herramientas para la búsqueda y manejo de información.



Participantes en uno de los cursos dirigidos a los más pequeños

Además de trabajar con el programa Word, "en Internet han aprendido a manejar un buscador y cómo crear una cuenta de correo, tanto en Hotmail como en Yahoo", concreta Pablo Rubio.

El alumnado que asistió a este curso, añade, ya estaba familiarizado con la informática y su principal interés se centraba "en la búsqueda de música en Internet". □



Imagen de la reunión de la Comisión Permanente del Consejo General de Enfermería con el Ministro de Sanidad y Consumo

# Principio de acuerdo entre Consejo General y Ministerio de Sanidad para dar provisionalmente una solución legal a la prescripción enfermera

Bernat Soria se ha comprometido a desarrollar antes de final de año la Disposición Adicional Duodécima de la Ley del Medicamento que permitirá a los enfermeros prescribir un catálogo de medicamentos

El Consejo General de Enfermería llegó el pasado 20 de septiembre a un principio de acuerdo con el Ministerio de Sanidad y Consumo para dar una solución legal a la prescripción enfermera.

Tras la reunión mantenida con el Ministro de Sanidad, Máximo González Jurado, presidente del Consejo General de Enfermería, explicó que Bernat Soria se ha comprometido a aprobar, antes del 31 de diciembre, una norma jurídica que desarrolle la Disposición Adicional Duodécima de la "Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios", conocida como Ley del Medicamento. Se trata de una disposición de la norma que daría una solución provisional a la inseguridad jurídica en que esta ley ha sumido a multitud de intervenciones enfermeras.

Dicha disposición adicional establece lo siguiente: "Para facilitar la labor de los profesionales sanitarios que, de acuerdo con esta Ley, no pueden prescribir medicamentos, en el plazo de un año el Ministerio de Sanidad y Consumo establecerá la relación de medicamentos que puedan ser usados o, en su caso, autorizados para estos profesionales, así como las condiciones específicas en las que los puedan utilizar y los mecanismos de participación con los médicos en programas de seguimiento de determinados tratamientos".

Cabe recordar que la Ley del Medicamento, en su artículo 77.1, establece que los únicos profesionales sanitarios con capacidad de prescripción son los médicos y los odontólogos. Este precepto, por tanto, prohíbe a los enfermeros tomar decisión alguna respecto al tratamiento farmacológico de sus pacientes. Sin embargo, la realidad sanitaria es

muy diferente y cualquier profesional sanitario sabe que los enfermeros se ven obligados a decidir diariamente (prescripción enfermera) en miles de intervenciones clínicas y que, además, lo hacen con el consentimiento de toda la Sanidad (médicos y gestores).

## CAMBIO DE TALANTE

Fruto de la reunión con Bernat Soria, González Jurado anunció que el Ministerio de Sanidad se ha comprometido a crear de forma inmediata un grupo de trabajo, junto con el Consejo General de Enfermería, para desarrollar dicha Disposición Adicional de la Ley del Medicamento que permitirá a los enfermeros "usar y autorizar" un catálogo de medicamentos.

El presidente del Consejo General destacó el cambio de talante demostra-

do por Bernat Soria y su equipo que proviene de una Comunidad Autónoma - Andalucía- cuya consejera de Sanidad fue de los primeros gestores que apoyaron públicamente las reivindicaciones de la enfermería y que apostaron por buscar soluciones concretas. "El Ministro ha demostrado una verdadera disposición al diálogo, ha reconocido el problema y se ha comprometido personalmente a solucionarlo antes del 31 de diciembre y además a hacerlo mediante una norma de rango legal que sea publicada en el Boletín Oficial del Estado".

Añadió que "Bernat Soria ha sido sensible ante lo que son nuestros principios irrenunciables: que haya un compromiso firme, que la solución se haga mediante una legislación específica y que se obtenga en un plazo concreto y justo".

### PLAZO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE

Máximo González Jurado anunció que "la profesión no puede bajar la guardia, porque mientras no haya una regulación específica, la enfermería va tener que seguir prescribiendo sin garantía jurídica, y el problema reside en que dejar de hacerlo supondría un colapso para la sanidad". De este modo, destacó que si el 31 de diciembre no hay una solución legislativa, "procederemos a dejar de adoptar decisión alguna respecto a los medicamentos", aunque puntualizó que tiene plena confianza en que el Ministro y su equipo van a cumplir con su palabra.

Tal y como señalan los estudios de opinión elaborados por el Consejo General de Enfermería, esta decisión sería acatada por prácticamente el 100% de los enfermeros que trabajan en España (240.000 profesionales que hacen posible el funcionamiento del sistema sanitario).

Así, las enfermeras españolas son conscientes de que, de no haber una solución legal, dejar de prescribir pasará a ser la única opción que tiene la profesión. "Sólo adoptamos el compromiso de seguir prescribiendo hasta el 31 de diciembre, porque estamos hablando de una práctica ilegal, ya que todas y cada una de dichas acciones podrían ser calificadas como un delito de intrusismo profesional. Además, en caso de ocurrir un accidente en alguna de las 170 intervenciones clínicas en las que el enfermero decide sobre fármacos, el seguro de responsabilidad civil podría no cubrir el siniestro al no ser considerada legalmente como una actuación enfermera".

### UNA SOLUCIÓN PROVISIONAL

Finalmente, Máximo González Jurado recalcó que se trata de una solución provisional, porque para la enfermería es un requisito irrenunciable que la Ley del Medicamento sea modificada en la próxima legislatura, puesto que "se trata de una ley mucho más restrictiva y retrógrada que la derogada ley del medicamento de 1990, que ha dado la espalda a la realidad sanitaria, ha puesto en riesgo la seguridad jurídica de las enfermeras y enfermeros españoles y ha perjudicado la calidad de la asistencia sanitaria a nuestros pacientes, tanto

en atención primaria, como en atención especializada y sociosanitaria".

En este sentido, recordó que tal y como pone de manifiesto un informe realizado por expertos internacionales, los enfermeros se ven obligados a tomar decisiones diariamente respecto a más de 200 fármacos y en más de 170 intervenciones clínicas diferentes. "Se trata de una práctica, internacionalmente aceptada en los países más avanzados del mundo, y que en el día a día del Sistema Nacional de Salud es aceptada con absoluta normalidad hasta el punto de que se aprecia desde hace años como una función más de las enfermeras". □

## Claves de la prescripción enfermera

■ **PRESCRIBIR NO ES SINÓNIMO DE RECETAR.** La prescripción no es sólo recetar -escribir un medicamento en un talonario de recetas-, sino que se trata de un concepto mucho más amplio que abarca cualquier decisión respecto a medicamentos.

El acto de prescribir es consecuencia directa del diagnóstico enfermero, universalmente reconocido y de obligado cumplimiento en algunas comunidades autónomas, como Andalucía.

■ **ENFERMEROS Y MÉDICOS TIENEN IDÉNTICA FORMACIÓN EN FARMACOLOGÍA.** La formación universitaria en farmacología de los enfermeros españoles es idéntica a la de los médicos: 14 créditos.

■ **LA LEY DEL MEDICAMENTO PROHÍBE PRESCRIBIR A LOS ENFERMEROS.** El artículo 77.1 de la Ley del Medicamento establece que los únicos profesionales sanitarios con capacidad de prescripción son los médicos y los odontólogos.

■ **LAS ACCIONES DE PRESCRIPCIÓN ENFERMERA REPRESENTAN UN SUPUESTO DELITO DE INTRUSISMO PROFESIONAL.** Según un estudio del Consejo General, las enfermeras españolas están ya prescribiendo diariamente más de 200 fármacos en 170 intervenciones clínicas, actuación que representa un supuesto delito de intrusismo profesional creado por la Ley del Medicamento.

■ **LA PROFESIÓN REIVINDICA EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY.** El Gobierno debería haber desarrollado antes del 31 de julio la Disposición Adicional Duodécima de la Ley del Medicamento, que permitirá prescribir a los enfermeros una catálogo concreto de medicamentos. El desarrollo de esta cláusula supondría una solución provisional para todas aquellas actuaciones enfermeras que se han visto alteradas por la Ley del Medicamento.

La Disposición Adicional Duodécima establecerá la relación de medicamentos que puedan ser usados o autorizados por las enfermeras



El "Estudio sobre la prescripción enfermera en España: Relación de situaciones clínicas donde las enfermeras prescriben medicamentos y productos sanitarios" demuestra cómo las enfermeras españolas están ya prescribiendo diariamente más de 200 fármacos con el total consentimiento de la Sanidad y a pesar de ser una ilegalidad y poder suponer un delito de intrusismo profesional.

Los datos del estudio hacen suponer que se está prescribiendo en miles de casos diarios en todo el país, a pesar de que la Ley del Medicamento prohíbe expresamente esta práctica a los enfermeros.

Se trata de un estudio del Consejo General de Enfermería elaborado con metodología científica y realizado por prestigiosos expertos internacionales en las áreas clínicas de atención primaria, especializada y sociosanitaria.

El trabajo recoge, registra y detalla un total de 170 intervenciones enfermeras (actuaciones clínicas) en las que las enfermeras de distintos ámbitos están ya realizando la prescripción de más de 200 fármacos con el conocimiento, el beneplácito y la total connivencia del resto de los profesionales sanitarios y de los propios gestores y responsables del sistema sanitario.

# Las enfermeras prescriben diariamente más de 200 fármacos en 170 intervenciones clínicas



La atención primaria es uno de los ámbitos donde más común resulta la prescripción enfermera

parte de la enfermería es una actividad habitual y real. Como resultado, hasta agosto pasado habían llegado hasta la sede de la Organización Colegial más de 1.700 correos electrónicos, cartas y faxes con casos reales y practicados a diario.

De un primer análisis de los casos remitidos, destaca que más de la mitad -un 52,13%- ha llevado a cabo la prescripción de analgésicos, lo que convierte a este tipo de medicamento en el más indicado a la hora de prescribir. Le siguen de cerca los apósitos para el cuidado de úlcera, con casi el 30% de los casos estudiados; los antiinflamatorios, prescritos en casi un 27% de estas intervenciones; y las vacunas, con algo más del 20%.

Muchas de estas actuaciones enfermeras se desarrollan en lugares aislados geográficamente, donde funcionan los servicios mínimos de atención sanitaria. Igualmente, muchos testimonios inciden en la situación contradictoria que se genera cuando, trabajando conjuntamente con médicos, éstos delegan la prescripción en enfermeros. □

## RECOPILADOS 1.700 CASOS

Así mismo, el Consejo General de Enfermería inició en noviembre de 2006 una

recopilación de testimonios y experiencias de los propios enfermeros que certificarán que el acto de prescripción por

## Casos reales de prescripción enfermera

A continuación se detallan cuatro casos reales, concretos y representativos de prescripción enfermera de los más de 1.700 recibidos en la sede del Consejo General.

### ■ ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Uno de los testimonios remitido por un enfermero detalla cómo desarrolla la intervención farmacológica en el área de accidentes laborales de una gran empresa. Allí se lleva a cabo de manera continua la prescripción de analgésicos, antibióticos, medicamentos tópicos, antipiréticos, antiinflamatorios y antiácidos, entre otros fármacos.

### ■ ENFERMERÍA HOSPITALARIA

Una enfermera del servicio de Cirugía de un gran hospital cuenta que ella y el resto de sus compañeras son las que deciden, de manera habitual, si el paciente puede tomar una medicación pautada por el médico mediante vía oral o intravenosa, según el estado neurológico en el que se encuentre.

Afirma, igualmente, explica que deciden la analgesia necesaria: si el paciente precisa una dosis como la pautada o si tiene necesidad de más.

### ■ ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

La atención primaria es uno de los ámbitos donde más común resulta la prescripción enfermera. En uno de los casos remitidos, el enfermero protagonista, tras muchos años en la profesión, confiesa prescribir diariamente, y en primera persona, analgésicos, antiinflamatorios, gotas oculares, mucolíticos y todo lo relacionado con úlceras y heridas crónicas. De forma delegada, prescribe también antidiabéticos orales, insulina, antihipertensivos, hipolipemiantes o antibióticos, entre otros fármacos.

A esto, añade que, en múltiples ocasiones, diagnóstica y, posteriormente, confirma con el médico su opinión.

### ■ ENFERMERÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA

Un enfermero especialista en Obstetricia y Ginecología, que desempeña su labor en un centro de salud, explica que durante el embarazo prescribe a las mujeres ácido fólico, antianémicos y analgésicos de forma directa, y, de forma delegada, antibióticos en casos de infecciones urinarias.

La nueva visión del trabajo enfermero en la educación diabetológica y la introducción de metodología de trabajo enfermero en la atención del paciente son dos de las principales aportaciones enfermeras recogidas en la "Guía de Diabetes" para el personal sanitario, editada por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

La guía está indicada para la atención de las personas con diabetes tipo 2 y va dirigida fundamentalmente a enfermeras y médicos de centros de salud. En su elaboración han colaborado un grupo de profesionales de Atención Primaria y de Endocrinología, y ha sido revisada por profesionales de otras especialidades que también atienden la diabetes.

En concreto, en su elaboración han participado las enfermeras Luisa F. Aragón San Martín, del Centro de Salud del II Ensanche; Nerea Petrirena Gorosterrazu, del Centro de Salud de Santesteban y colaboradora de la Asociación de Diabéticos de Navarra; y Charo Berraondo Ramírez, del Servicio de Endocrinología del Centro de Consultas Príncipe de Viana.

## LABOR EDUCATIVA

En la presentación de la Guía se pone de manifiesto la importancia que el Departamento de Salud concede a la labor educativa de las enfermeras para promover el autocuidado y el autocontrol del paciente, así como su labor asistencial en el seguimiento de la diabetes.

De hecho, el anexo sobre educación diabetológica "se ha establecido estadiar la educación para la salud, es decir que los contenidos educativos no sean los mismos para todas las personas con diabetes, sino que dependan del tratamiento que reciben", explican las enfermeras que han participado en la publicación. "Diferenciamos dos tipos de pacientes según su capacidad de aprendizaje: el anciano con diabetes y/o problemas de aprendizaje, para el que se plantean objetivos diferentes de modificación de la dieta; y el paciente más joven, para el que se proponen objetivos más amplios como el empleo de la dieta por raciones de hidratos de carbono y el manejo de tablas de equivalencia".

Siguiendo con la labor educativa enfermera, destaca la aportación del concepto de la dieta por raciones de hidratos de carbono. "También, de forma esquemática, se indica el cálculo de las necesidades calóricas".

Igualmente, se ha desarrollado un conjunto de test de evaluación, con el fin de valorar, "bien al inicio o de forma



Nerea Petrirena, a la izquierda, y Luisa Aragón, dos de las tres enfermeras que han participado en la elaboración de la Guía

# La "Guía de Diabetes" incluye la metodología enfermera en la atención a este tipo de pacientes

Editada por el Departamento de Salud, la publicación se dirige a enfermeras y médicos de Atención Primaria

anual, los conocimientos, habilidades y actitudes de estos pacientes.

Otro novedad interesante de la Guía es la incorporación de la metodología enfermera en la atención a las personas con diabetes.

## DIAGNÓSTICOS FRECUENTES

En cuanto a la consulta de Enfermería, la Guía facilita el trabajo de los profesionales gracias a un anexo que recoge los ocho diagnósticos de Enfermería más frecuentes en la diabetes, "con sus correspondientes intervenciones (NIC) y resultados (NOC), desarrollados con todo su plan de cuidados. También se mencionan otros diagnósticos menos frecuentes que están relacionados con la enfermedad".

Otro aspecto novedoso de esta herramienta reside en sus criterios de evaluación. Respecto al trabajo enfermero, se evalúan sus principales funciones en la atención a la persona con diabetes: las actividades educativas, con un criterio de tres intervenciones al año; el manejo efectivo del autoanálisis en pacientes con tratamiento de insulina; y la valoración del pie diabético.

Las enfermeras que han participado en la elaboración de la "Guía de Diabetes" coinciden en señalar su carácter práctico. Además de haberse editado una publicación en menor tamaño para su consulta rápida, "todo, tanto los test como el abordaje de la educación para la salud, está reflejado en la herramienta informática OMI con la que trabajan los profesionales de Atención Primaria". □

## Presentación y talleres

La "Guía de Diabetes" comenzó a presentarse en mayo a los profesionales de Atención Primaria, en concreto al médico y enfermera de cada centro de salud responsables del programa de diabetes. Durante el último trimestre del año está previsto que la Guía

se presente a todas las enfermeras y médicos de Atención Primaria. Como actividad complementaria, en el primer trimestre de 2008 se organizarán talleres dirigidos a enfermeras sobre alimentación (dieta por raciones), pie diabético y consulta de Enfermería.

Confiesa Manuel Lasheras que cuando empezó a trabajar en Oteiza de la Solana no esperaba permanecer allí “más de seis meses o como mucho un año. Y así se lo digo a mis vecinos”. Sin embargo, este enfermero ha desarrollado toda su vida profesional en Oteiza, hasta su jubilación el pasado junio, cuarenta años de los que asegura guardar “muy buen recuerdo”.

Como reconocimiento a su labor, el Ayuntamiento de Oteiza le invitó a tirar el cohete anunciador de las fiestas patronales y le entregó una placa de agradecimiento por sus servicios. “Todo fue muy emocionante y más al verme rodeado de la familia y los amigos. Me ha dado pena jubilarme”, explica.

Manuel Lasheras González, Manolo como le conocen en Oteiza, nació en Marcilla hace 64 años. Hijo y nieto de practicantes, estudió ATS en la Universidad de Zaragoza. “Aunque pensaba hacer medicina, estoy contento de haber elegido enfermería porque el trabajo me ha gustado”. Hasta hace dos años, ha sido jefe de la unidad de Enfermería de la Zona Básica de Salud de Villatuerta.

## DEDICACIÓN EXCLUSIVA

A Oteiza llegó prácticamente de casualidad. “El secretario de Marcilla había estado antes en Oteiza, se enteró de que la plaza estaba vacante y se empeñó en que la pidiera. Yo no tenía mayor interés porque aquella tarde quería ir a jugar al fútbol”. A pesar de que no esperaba estar más de un año en la localidad de Tierra Estella, “después se quedó libre la plaza de Marcilla y no quise ir. Me integré muy bien con los vecinos y ya no he querido moverme, aunque he tenido ocasiones”.

Asegura el trabajo de aquellos primeros años poco tiene que ver con el actual. “Cuando empecé me tocó atender unos cuantos partos. Tuve la suerte de haber acompañado a mi padre a asistir muchos nacimientos en Marcilla, por lo que tenía esa ventaja”.

En aquella época, el practicante rural prácticamente tenía dedicación exclusiva, “las 24 horas del día los 12 meses del año”, puntualiza. “Si te querías ir de vacaciones, tenías que buscarte un sustituto. A mí me sustituía Manolo Arellano, que estaba en Dicastillo. También es verdad que si te llevabas bien con el médico y tenías confianza, te podías arreglar y uno cubría la ausencia del otro”.

La profesión entonces se vivía de otra manera. “Eran otros tiempos. Si un ve-

# Manuel Lasheras, practicante de Oteiza de la Solana durante 40 años

Lanzó el cohete de las fiestas patronales como reconocimiento a su trabajo



Manuel Lasheras se jubiló el pasado junio

## Futbolista en distintos equipos

Manuel Lasheras practicaba el fútbol en su juventud, deporte en el que destacaba jugando en la posición de medio y “aunque era pequeño, tenía mucha potencia de salto”, recuerda.

Militó en la categoría Juvenil del Calahorra y cuando marchó a estudiar, entrenó con el Amistad, equipo de tercera división filial del Zaragoza, donde coincidió con jugadores que luego serían famosos e, incluso, internacionales, como Violeta. “Me propusieron fichar por el Amistad. Lo consulté en casa y a mi padre, que era futbolero, le pareció bien, pero mi madre prefirió que me dedicara a los estudios”.

Durante los años de estudiante formó parte de la selección universitaria. “Al terminar, me llamaron para jugar en la Peña Sport y en el Izarra. Estaba recién casado y preferí jugar en el equipo de Marcilla”.

cino se iba al campo para todo el día, te pedía que le pusieras una inyección a las 9 de la noche, algo impensable hoy en día”.

Precisamente, destaca cómo ha disminuido el número de inyectables. “Antes había una gripe y estabas todo el día de casa en casa, poniendo inyecciones, mientras que ahora apenas se ponen. Se nos va a olvidar”, ironiza Manuel Lasheras.

## EVOLUCIÓN DEL TRABAJO

En cuanto a la organización del trabajo, este enfermero jubilado señala las ventajas del sistema actual en Atención Primaria. “Ahora terminas a las 3 de la tarde y las guardias están retribuidas. Para el que no ha vivido lo de antes le parece normal, pero no tiene nada que ver. Cuando yo empecé, se cobraban iguales, que era algo voluntario”.

Aunque considera que “los practicantes en los pueblos siempre han estado valorados, ahora parece que sabes mucho más porque utilizas aparatos: estás delante de un ordenador, miras la glucosa a un paciente, haces un electro...”. □

## La Universidad de Navarra crea la Cátedra María Egea para Investigación en Enfermería

PRESENTADA CON EL NOMBRE DE LA ENFERMERA FALLECIDA, PROMOVERÁ EL ESTUDIO Y LA FORMACIÓN

La Escuela de Enfermería de la Universidad de Navarra ha presentado la Cátedra María Egea para Investigación en Enfermería. La iniciativa, en honor a una enfermera fallecida, promoverá el estudio, la investigación y la formación de los profesionales del sector con el objetivo de profundizar en sus principios y mejorar el cuidado de los pacientes.

Durante el acto, la directora de la Escuela, Mercedes Pérez Diez del Corral, destacó que la obtención de recursos económicos para investigación y formación permitirá poner en marcha proyectos que a corto y a largo plazo repercutirán en el cuidado de los pacientes.

Entre las actividades previstas, la Cátedra pondrá en marcha un seminario permanente de investigación, donde se expondrán los proyectos que se realicen



De izquierda a derecha, Dr. Julio Vicente Duart, Dr. Nicolás García, Natividad Iribarren, Mercedes Pérez, Almudena Zerolo (madre), Dr. Luis Sierrasesumaga y Ricardo Egea (Padre).  
**Manuel Castells**

y se darán a conocer los avances en líneas afines. Asimismo, personalidades del ámbito de la Enfermería y de la Salud impartirán conferencias, y se realizarán congresos internacionales dedicados a divulgar los resultados de la investigación para la excelencia de los cuidados al paciente.

### UNA ENFERMERA DEL SIGLO XXI

La Cátedra recuerda a María Egea, una mujer a la que, después de termi-

nar la carrera de Enfermería, le fue diagnosticado un carcinoma y fue tratada en la Clínica Universitaria. La Cátedra se propone impulsar los ideales profesionales que María Egea "emprendió como enfermera y que hubiera querido lograr para ella y para la Enfermería", dijo la directora de la Escuela.

En su intervención, Natividad Iribarren, la enfermera de la Clínica que la cuidó durante su enfermedad, señaló que su convalecencia no truncó sus aspiraciones profesionales.

En aquella época, María Egea estudió, retomó sus proyectos de voluntariado, dio clases en la Universidad y volvió a ejercer la Enfermería. "Es una enfermera del siglo XXI", la describió Iribarren.

"Las enfermeras -añadió- debiéramos aprender de ella a mantener la ilusión, a pesar de las dificultades, para seguir formándonos día a día. La formación influye en nuestra motivación y revierte en un mejor cuidado de nuestros pacientes".

Además, asistieron la familia y amigos de María, así como muchos de los médicos y enfermeras que la trataron durante su estancia en la Clínica. □

# interiores

Desde 1986, dedicados a su hogar

**Nueva dirección:**  
C/ Irunlarrea, 55-57  
Pamplona  
Tel. 948 172539  
[www.interioresdecoracion.com](http://www.interioresdecoracion.com)

DESCUENTOS

6% Mobiliario  
10% Tapicería e iluminación  
12% Artículo de regalo



mobiliario
decoración
proyectos

# ¿Más vacaciones por trienios y antigüedad para temporales?

El título suena a reivindicación, pero se trata de dos cuestiones que recoge la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público. Esta Ley regula gran variedad de cuestiones con la finalidad de establecer unas bases mínimas comunes para todos los funcionarios, con independencia de la concreta administración para la cual trabajen (ya sea el Estado, una Comunidad Autónoma, un Ayuntamiento o una Universidad Pública).

Así, en el artículo 25.1 se reconoce a los funcionarios interinos el derecho a percibir las "retribuciones básicas" (que según el artículo 23 están integradas por el sueldo base y por los trienios), indicando el artículo 25.2 que "se reconocerán los trienios correspondientes a los servicios prestados antes de la entrada en vigor del presente Estatuto que tendrán efectos retributivos únicamente a partir de la entrada en vigor del mismo".

Por su parte, el artículo 48.2 dispone lo siguiente: "Además de los días de libre disposición establecidos por cada Administración Pública, los funcionarios tendrán derecho al disfrute de dos días adicionales al cumplir el sexto trienio, incrementándose en un día adicional por cada trienio cumplido a partir del octavo".

## SIN APLICAR EN NAVARRA

No obstante, a pesar de la claridad de la Ley, en Navarra a día de hoy el personal temporal sigue sin cobrar la antigüedad, y quien tiene 30 años de antigüedad dispone del mismo día de vacaciones y asuntos propios que quien entró ayer en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Una primera explicación podía radicar en que la Ley 7/2007 entró en vigor en el mes de mayo, y como el proceso de formación de Gobierno se dilató hasta finales de agosto, no se podía aplicar antes. Sin embargo, el nuevo Gobierno de Navarra al parecer ha decidido no aplicar estas mejoras.

Una de las razones que esgrime es que dicha Ley no se aplica en Navarra. Se basa para ello en una doctrina que sentó el Tribunal Constitucional en los años 80, según la cual la normativa que



Los funcionarios con plaza y los interinos no tienen en Navarra el mismo tratamiento en cuanto a la antigüedad

el Estado defina como básica en materia de funcionarios debe ser aplicada por todas las Comunidades Autónomas excepto por Navarra, que sólo se verá afectada por los aspectos que sean "esenciales" dentro de los básicos. El problema radica en que el Tribunal Constitucional no detalló que aspectos deben considerarse esenciales dentro de los básicos, por lo que debe estudiarse en cada caso concreto que se plantea si una materia es, además de

básica, esencial. Bueno, casi todo es discutible jurídicamente, pero en esta cuestión parece de sentido común entender que el derecho de los temporales a cobrar la antigüedad (circunstancia que sólo se genera por la ineficacia de la Administración en gestionar la oferta pública de empleo), es algo esencial, como también lo es el que el Estado disponga que deben tener más días de vacaciones los funcionarios a medida que vayan acumulando años de servicio.



El nuevo servicio ofrecerá asesoramiento jurídico sobre cuestiones relacionadas con la vivienda

Otra de las razones esgrimidas por el Gobierno de Navarra es que se puede interpretar que hace falta que se apruebe una norma de desarrollo en Navarra para pagar la antigüedad a los temporales. Pero con ese planteamiento sólo se aplazaría la cuestión, ya que la Ley dice textualmente que los efectos retributivos se deberán producir a partir del mes de mayo de 2007. Y la cuestión de que en Navarra no hay trienios sino quinquenios y grados tampoco debe significar nada más que los temporales en Navarra deberían cobrar los quinquenios y el grado correspondiente.

### DÍAS DE LIBRE DISPOSICIÓN

Por lo que al aumento por antigüedad de los días de libre disposición se refiere, resulta que la Ley 7/2007 contempla como punto de partida la cifra de 28 días hábiles anuales (22 de vacaciones según el artículo 50 y 6 días de libre disposición del artículo 48.1.k). Pero en Navarra, la cifra de partida es de 30 días hábiles (27 días de vacaciones más 3 de libre disposición). Además, el número de horas de la jornada laboral anual di-

fiere entre las Comunidades Autónomas. Pero a pesar de todo parece evidente que, aunque no sea el mismo número de días, sí es esencial que a partir de cierta antigüedad se reduzca la jornada anual que corresponde realizar.

Lo que está claro en este momento es que el Gobierno de Navarra, en lugar de aplicar a su personal las mejoras que el Estado quiere extender a todo el personal público, ha optado por ahora por privar a su personal de dichas mejoras. Por lo que mientras no cambie de criterio sólo cabe que cada enfermera/o afectado presente su reclamación individual y después, cuando sea denegada, el recurso correspondiente. Para ello contáis como siempre con la Asesoría Jurídica del Colegio de Enfermería. Y después ya se verá cómo se desarrollan los acontecimientos: Si el Gobierno de Navarra entra en razón o si por el contrario pretende demorar la situación lo más posible en la vía judicial. □



**PABLO ORTIZ DE ELGUEA GOICOECHEA**  
Asesor Jurídico

## Ampliación de los servicios de la Asesoría Jurídica para colegiados en cuestiones de ámbito personal y familiar

Una de las señas de identidad del Colegio de Enfermería de Navarra es la de ofrecer los mejores y más amplios servicios a sus miembros. En materia de Asesoría Jurídica, desde siempre se ha ofertado el más amplio nivel de cobertura, disponiendo de asistencia y defensa jurídica en materia profesional además de la cobertura específica de la responsabilidad civil profesional.

Nuestro afán constante de mejora y la positiva valoración que a todos nos merece disponer de la garantía jurídica más completa en estos tiempos que corren, ha impulsado al Colegio a ampliar este servicio. Así, además de la asistencia y defensa jurídica en materia profesional que se viene prestando, el Colegio de Enfermería de Navarra, SIN COSTE ADICIONAL PARA LOS COLEGIADOS, ampliará dicho servicio en los siguientes términos:

- **ASESORÍA JURÍDICA INTEGRAL** para consultar las cuestiones jurídicas que se presenten en el ámbito personal y familiar a las colegiadas y colegiados sobre materias tales como:
  - **VIVIENDA:** Compraventa, contratación, alquiler, relaciones con la Comunidad de vecinos, obras...
  - **FAMILIA:** Matrimonio, parejas de hecho, la herencia, testamentos, divorcios, seguros...
  - **OTROS ASUNTOS CIVILES:** Contratos de telefonía, internet, compras defectuosas, incumplimiento de servicios...

- **ASUNTOS PENALES:** Delitos o faltas (además de los relacionados con la profesión) en los que se vea envuelto, alcoholemias, accidentes...
- **LABORAL y SEGURIDAD SOCIAL:** Pensiones, cotizaciones, empleadas del hogar, incapacidades...
- **IMPUESTOS:** Consultas sobre la declaración de la renta, fiscalidad de la vivienda, planes de pensiones, incrementos y disminuciones patrimoniales...
- **ADMINISTRATIVO:** derechos del consumidor, multas, becas, subvenciones...

- **HORARIO:** Desde enero de 2008, el horario será el siguiente :
  - Lunes: De 09:00 a 11:00 y de 16:00 a 19:00 horas.
  - Martes y miércoles: De 16:00 a 19:00 horas.
  - Jueves: De 16:00 a 21:00 horas.

- **EQUIPO JURÍDICO:**
  - Pablo Ortiz de Elguea Goicoechea: Además de realizar el actual servicio jurídico en materia profesional, prestará la ampliación de la asesoría en los ámbitos administrativo, laboral y de Seguridad Social.
  - Ignacio M<sup>º</sup> Iráizoz Zubeldía: se encargará de la ampliación de los servicios en los ámbitos del Derecho Civil y Penal.

De esta manera, el Colegio de Enfermería de Navarra será desde 2008 el Colegio que ofrece el servicio más amplio de asesoría jurídica a sus colegiados de toda España.



Pablo de Miguel,  
Presidente



Antonio J. Villanueva,  
Secretario



Maite Esporrin,  
Vocal I



Amaya Sanz,  
Vocal III



Coro Alonso,  
Vocal V-Matrons

# Pablo de Miguel afronta su cuarto mandato consecutivo como Presidente del Colegio

El Secretario y tres Vocales de la Junta de Gobierno también tomaron posesión de sus cargos

Pablo de Miguel Adrián tomó el pasado 13 de septiembre posesión como Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Navarra, después de que la candidatura que encabezaba fuera designada electa automáticamente, al ser la única presentada a las elecciones para cinco cargos de la Junta de Gobierno del órgano colegiado.

Se trata del cuarto mandato consecutivo en el que Pablo de Miguel va a desempeñar el cargo de Presidente del Colegio de Enfermería, puesto al que accedió por primera vez hace catorce años.

Así mismo, otros cuatro miembros de dicha Junta tomaron posesión. Se trata de los cargos de Secretario, que va a ejercer Antonio J. Villanueva Pérez; Vocal I, Maite Esporrín Lasheras; Vocal III, Amaya Sanz Garde; y Vocal V-Matrona, Coro Alonso Crespo. Los cuatro han formado parte de esta Junta de Gobierno durante el anterior mandato (2001-2007).

En total, la Junta de Gobierno del Colegio de Enfermería la componen nueve miembros, que son elegidos en dos convocatorias diferentes: la concluida recientemente y otra para los puestos de Vicepresidente, Tesorero, Vocal II y Vocal IV.

## MIEMBROS DE LA JUNTA

Pablo de Miguel Adrián (Mélida, 1946) es enfermero del Centro de Sa-



Unos 1.500 colegiados asisten anualmente a curso del Colegio

lud de Carcastillo, localidad en la que reside, y actualmente ejerce también como director de dicho centro. Antes de ser elegido Presidente del Colegio de Enfermería por primera vez en 1993, formó parte de la Junta de Gobierno como Delegado de Titulares.

En cuanto a los otros cuatro cargos que tomaron posesión, Antonio J. Villanueva es Jefe de Área de Enfermería de Atención Primaria de la Zona de Salud de Estella; Maite Esporrín es enfermera del Servicio de Radiología de la Clínica Universitaria de Navarra; Amaya Sanz trabaja en el Servicio de Neu-

rología del Hospital de Navarra; y la matrona Coro Alonso es Directora de Enfermería del Hospital Reina Sofía de Tudela.

El resto de la Junta de Gobierno está formado por la Vicepresidenta, M<sup>ª</sup> Pilar Montero Moso, coordinadora del Centro de Salud de Salazar; el Tesorero, Felipe Garro Ozcoidi, jefe de Área del Hospital de Navarra; el Vocal II, Pablo Unzueta Martínez, enfermero del Servicio de Traumatología del Hospital de Navarra; y la Vocal IV, Sara Marticorena Artajona, enfermera del Servicio de Neurología del Hospital de Navarra.

## OBJETIVOS LOGRADOS

La actual Junta de Gobierno del Colegio se define como un "equipo cohesionado y con experiencia que ha sabido dar respuesta a las demandas de la profesión y de sus colegiados, contando siempre con su ayuda y participación". Entre sus objetivos se encuentra mejorar el Colegio, acercarlo a los colegiados y ofrecerles nuevos servicios, acordes con los tiempos actuales.

Entre los proyectos logrados por la actual Junta destaca la ampliación de la sede colegial de Pamplona que ha pasado de los 220 metros cuadrados iniciales a los 1.020 actuales, así como la adquisición de la sede de Tudela.

En el apartado económico, se ha apostado por la transparencia y desde 1995 se realizan auditorías externas anuales de las cuentas colegiales.

En formación, el Colegio de Enfermería se ha convertido en el colegio profesional navarro que más actividades formativas sanitarias oferta desde 2001. Así, dicha oferta se ha triplicado, al tiempo que se ha reducido el coste por curso. Anualmente se imparten una media de 50 cursos, a los que asisten unos 1.500 colegiados.

En los últimos años, el Colegio viene organizando jornadas de temas profesionales de actualidad, a las que están asistiendo una media de 500 enfermeras, como las "Jornadas sobre Responsabilidad Civil y Penal del Personal Sanitario", "La Enfermería contra la violencia de género" y "La violencia en el sector sanitario".

En este tiempo, el Colegio se ha implicado en la defensa de la profesión, tanto participando en el Proyecto NIPE y en la elaboración de la LOPS y del Estatuto Marco, como en la lucha contra el intrusismo. Igualmente, ha impulsado la creación de la Comisión Deontológica.

En cuanto a servicios, destaca el aumento de la cobertura del Seguro de Responsabilidad Civil para colegiados hasta 1.803.000 euros. También en este apartado se encuentran otros logros como la creación de la revista Pulso - canal de información con el colegiado y medio para la publicación de trabajos- y la ampliación y dotación de la biblioteca colegial. En la misma línea se ha puesto en marcha la implantación del Plan de Calidad de la gestión colegial y la implementación de la Ley de Protección de Datos.

Por último, en cooperación al desarrollo, el Colegio colabora anualmente con distintas ONG de Enfermería. □



Jornadas sobre violencia en sector sanitario organizadas en mayo



Exterior de la sede colegial de Tudela



Aulas de la sede de Pamplona, que ocupa más de 1.000 metros cuadrados

## Actuaciones previstas

En esta nueva etapa, la Junta de Gobierno del Colegio va a seguir trabajando por desarrollo de la Carrera Profesional en Navarra y de las Especialidades de Enfermería. Otros dos objetivos se refieren a la Enfermería Geriátrica -garantizar la presencia continuada de enfermeras en todas la residencias- y la Enfermería Escolar, mediante su presencia en los centros educativos.

En cuanto a nuevos servicios colegiales que se van a ofertar, se encuentra la renovación de la página web - que ya es una realidad- y la ampliación de la Asesoría Jurídica para temas personales y familiares, que comenzará en enero de 2008.

Igualmente, se quieren poner en marcha tanto una bolsa de trabajo interactiva como actividades de formación específicas para recién gradua-

dos y profesionales en paro.

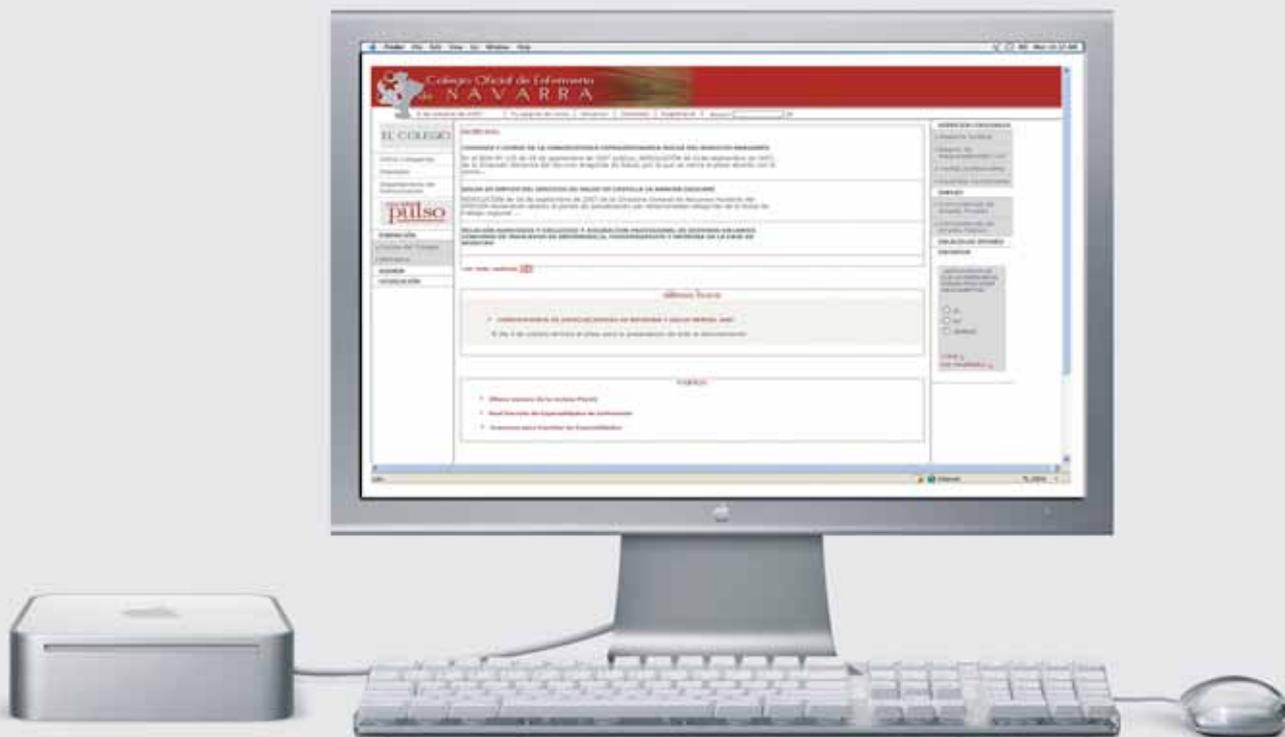
Además de ofrecer gratuitamente los servicios colegiales a los enfermeros jubilados, se van a establecer cauces para aprovechar su experiencia.

Respecto a las asociaciones de Enfermería, se continuará ofreciendo el apoyo de la estructura colegial para su fomento, desarrollo y funcionamiento.

También se van a seguir programando actividades encaminadas a la promoción de la salud de los colegiados, como Pilates, Yoga, etc.

En el apartado de comunicación, el Colegio ampliará los servicios de su gabinete de prensa a colegiados y asociaciones para la difusión de sus actividades, congresos, premios...

Por último, está previsto dinamizar la actividad colegial de Tudela y la ampliación de su biblioteca.



Desde la página de inicio se puede acceder a la mayoría de las secciones

Acercarse más a los colegiados mediante la incorporación de nuevos servicios a través de Internet es el principal objetivo de la nueva página web del Colegio Oficial de Enfermería de Navarra. El sitio web renovado está accesible desde finales de septiembre en la misma dirección que la anterior página: [www.enfermerianavarra.org](http://www.enfermerianavarra.org).

Además de los contenidos, el sitio de web del Colegio también ha renovado su aspecto, en el que predomina ahora el color rojo. A la hora de su diseño se ha pretendido elaborar una página atractiva y ágil, con el fin de que la navegación resulte sencilla para cualquier internauta. De hecho, en la página de inicio aparecen la mayoría de los apartados en los que está organizado el sitio web, lo que permite un acceso rápido a la sección elegida.

Hace cuatro años que se acometió la primera renovación de la página web colegial, creada con el objetivo de servir de cauce de comunicación entre Colegio y sus colegiados y de ofrecerles más servicios. El número de entradas registradas indica que el sitio web del Colegio ha cumplido sus objetivos y se ha convertido durante estos años en un lugar de referencia en Internet para las enfermeras navarras. Sirva de ejemplo los datos del pasado mayo, mes en el que la página tuvo un total de 10.372 visitas durante los días hábiles.

## Ya se puede acceder a la página web renovada del Colegio

Entre los nuevos servicios que ofrece destacan la descarga de impresos para trámites administrativos y consulta de libros de la biblioteca colegial



Sistema de búsqueda de libros de la biblioteca colegial

### BÚSQUEDA DE LIBROS

Entre las nuevas prestaciones, destaca la posibilidad de búsqueda de libros pertenecientes a la biblioteca colegial. El buscador permite localizar obras mediante cuatro tipos de referencias diferentes: área temática, título,

autor y editorial. Así, desde cualquier ordenador conectado a Internet, y sin necesidad de acudir al Colegio, se puede consultar acerca de los 922 volúmenes de que dispone actualmente la biblioteca colegial.

Otra de las novedades está encaminada a facilitar los trámites administrativos que habitualmente realizan los colegiados. Para ello, en la página se ha habilitado un apartado de descargas de impresos como solicitudes de certificados, bajas, traslados, etc., así como las instancias para solicitar el reconocimiento de las Especialidades de Enfermería aprobadas mediante el Real Decreto de 22 abril de 2005.

Precisamente, para permitir la descarga de impresos se ha dotado de mayor capacidad a la página web, un ser-

vicio que evita a una enfermera tener que desplazarse hasta la sede para, por ejemplo, recoger un título, ya que con este sistema puede autorizar a una compañera o a otra persona para hacerlo.

Con el tiempo, está previsto que este tipo de trámites administrativos puedan realizarse íntegramente a través de Internet.

**OFERTAS DE EMPLEO Y LEGISLACIÓN**

El apartado de ofertas de empleo supone otro de los servicios que potencia el Colegio en su página web renovada. Se trata de una información actualizada constantemente que incluye tanto ofertas del sector público -convocatorias de oposiciones, apertura de bolsas de trabajo de los distintos servicios autonómicos de salud-, como vacantes de empleo que surgen en los centros sanitarios privados.

Dadas la numerosas y relevantes leyes referidas a la profesión enfermera que se han aprobado en los últimos años, la página incluye un apartado de Legislación, que recoge las principales normas de ámbito nacional y autonómico relativas a la Enfermería.

Por otro lado, la sección de Servicios Colegiales incluye los siguientes apartados: Asesoría Jurídica, Seguro de Responsabilidad Civil, Tarifas Profesionales y Acuerdos Comerciales.

En cuanto al Seguro de Responsabilidad Civil, contratado por el Colegio para todos sus colegiados por un importe de 1.803.000 euros, en la página web pueden consultarse las condiciones de la póliza, el procedimiento de actuación en caso de siniestro e, incluso, descargar el formulario de comunicación de siniestros.

En las Tarifas Profesionales, que son de carácter orientativo, se detalla el importe estimado de los distintos tipos de atención y cuidados enfermeros, tanto los realizados en la consulta como en el domicilio del paciente.



Apartado de descarga de distintos impresos para solicitudes administrativas



Temario de uno de los cursos de formación continuada

Por último, la sección de Servicios Colegiales se completa con el listado actualizado del más de un centenar de establecimientos, tanto de Tudela como de Pamplona, que pertenecen al programa de Acuerdos Comerciales del Colegio de Enfermería de Navarra.

**TEMARIOS DE LOS CURSOS**

La página contiene igualmente una sección denominada Agenda en la que se encuentra información sobre los eventos de interés para la profesión enfermera, tales como jornadas, congresos y convocatorias de premios.

También desde la portada del sitio web se puede acceder al apartado de Forma-

ción, que recoge información detallada sobre las actividades formativas que organiza el Colegio de Navarra. Como novedad, en la actual página puede consultarse el temario de cada curso.

En esta sección, la nueva página web ofrece, al igual que la anterior, la posibilidad de realizar la solicitud de preinscripción para los cursos a través de la web. Respecto al sistema anterior, el actual presenta como mejora la confirmación a través del correo electrónico de la aceptación de la preinscripción, siempre que la persona interesada incluya su dirección electrónica en su solicitud.

El sitio web cuenta con un apartado referido al Departamento de Comunicación del Colegio en el que se descarga, en formato pdf, tanto los números de la revista colegial Pulso publicados en los últimos seis años, como las notas de prensa remitidas desde el Colegio a los medios de comunicación durante los últimos tres años. En ambos casos, aparecen ordenados por años.

Queda por desarrollar en un futuro la parte privada de la página, en la que el acceso será restringido para los colegiados de Enfermería de Navarra, y donde se ubicará información dirigida exclusivamente para ellos, como las ofertas de empleo. □

**Encuestas sobre temas de interés enfermero**

Una de las novedades que presenta la página web renovada del Colegio consiste en un apartado con encuestas para sus visitantes sobre temas de actualidad y de especial interés para la profesión enfermera, que se irán renovando periódicamente. Con esta posibilidad se persigue facilitar la interacción y participación de los internautas que acceden a la página, colegiados en su mayoría.

La primera encuesta que aparece en la página tras su renovación formula la siguiente pregunta: "Está a favor de que las enfermeras puedan prescribir medicamentos". A primeros de octubre habían respondido un total de 3.282 personas, de las que 95,4% se mostraba a favor, un 3,3% en contra, mientras que un 1,3% contestó "depende".

# El Colegio, en consenso con la Plataforma y SATSE, presenta a Salud alegaciones al anteproyecto de Ley de Carrera Profesional

Propone mantener las líneas generales y la proporcionalidad retributiva respecto al sistema de carrera profesional del nivel A

Mantener las líneas generales del sistema y la proporcionalidad retributiva respecto a la carrera profesional existente en Navarra para los funcionarios sanitarios de nivel A son los ejes que han centrado las alegaciones realizadas por el Colegio de Enfermería de Navarra, la Plataforma por la Carrera Profesional y el sindicato SATSE al borrador de anteproyecto de Ley Foral de Carrera Profesional para Diplomados Sanitarios.

Las alegaciones, que han sido consensuadas por el Colegio con la Plataforma y el SATSE, fueron presentadas el pasado 4 de octubre en el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

Como se sabe, la Consejera de Salud del Gobierno de Navarra, María Kutz Peironcelly, mantuvo el pasado 18 de septiembre sendas reuniones con el Colegio de Enfermería de Navarra y con el sindicato SATSE con el fin de presentarles el borrador del anteproyecto de Ley Foral de Carrera Profesional para los diplomados sanitarios.

Acompañada por Director General de Salud, Enrique Martín de Marcos, la Consejera pidió al Colegio de Enfermería y al sindicato SATSE un trabajo en "en común para enriquecer este anteproyecto de texto normativo". En representación del Colegio de Enfermería, acudió a la reunión su presidente, Pablo de Miguel Adrián.

Por su parte, el Departamento de Salud ha anunciado que trabajará simultáneamente en la concreción de las mejoras retributivas que la nueva carrera profesional llevará aparejadas, así como en la cuantificación económica global que supondrá la aprobación futura de esta propuesta normativa para el Presupuesto General de Navarra.

La consejera Kutz se comprometió a mantener informados tanto al Colegio como al sindicato de Enfermería sobre estas cuestiones.



Pablo de Miguel durante la reunión con la Consejera María Kutz y el Director General de Salud, Enrique Martín de Marcos

## RETRIBUCIÓN SIN CONCRETAR

Una vez conocido el borrador del anteproyecto, Colegio, SATSE y Plataforma han mantenido distintas reuniones con el fin de elaborar las propuestas de mejora del futuro texto normativo. Finalmente, el Colegio consensuó con la Plataforma y el sindicato una serie de alegaciones que fueron presentadas en un documento único al Departamento de Salud.

El primero de los cambios propuestos se refiere al ámbito de aplicación de la Carrera Profesional. El borrador del Departamento de Salud limita su aplicación "al personal Diplomado Sanitario fijo adscrito al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, a la Dirección General de Salud y al Instituto Navarro de Salud Laboral".

En cuanto a la retribución económica, el borrador entregado al Colegio y a SATSE tan sólo indica que "el complemento de carrera profesional se abonará en catorce mensualidades, siendo

doce de ellas ordinarias y dos extraordinarias" y, sin embargo, no concreta el importe de dicho complemento.

Por su parte, la propuesta presentada por Colegio, Plataforma y SATSE pide la proporcionalidad con la carrera profesional de los funcionarios sanitarios de nivel A también en cuanto al importe económico. En este sentido, en la Exposición de Motivos del texto propuesto a Salud se señala que, "en cuanto a la retribución económica correspondiente, procede la aplicación de la proporcionalidad establecida en el artículo 41 del Decreto Foral Legislativo 251/1993, que regula el sistema retributivo del personal al servicio de las Administraciones Públicas de Navarra".

## PREVISTA LA APLICACIÓN PROGRESIVA

Otra de las alegaciones se refiere a los efectos económicos que tendrá la futura ley de Carrera Profesional. Así, el borrador entregado por la Consejera

prevé la siguiente aplicación progresiva: "A partir del 1 de enero de 2008 se retribuirá el nivel I, a partir del 1 de enero de 2009 se retribuirá el nivel II, a partir del 1 de enero de 2010 se retribuirá el nivel III y a partir del 1 de enero de 2011 se retribuirá el nivel IV".

Respecto al encuadramiento inicial en niveles, el borrador del anteproyecto en su Disposición Transitoria Primera indica que se ha de contar con 5 años de servicios prestados en propiedad para encuadrarse en el nivel I, 12 para el nivel II y 20 para el nivel III. A continuación, se señala que "el nivel máximo de encuadramiento será el III, debiendo en todo caso cumplir los requisitos de tiempo de permanencia en el nivel anterior y los de perfeccionamiento profesional requeridos, para acceder al nivel IV".

Aunque en las alegaciones se mantienen los tiempos de permanencia para los niveles I, II y III (5, 12 y 20 años respectivamente), se concreta el plazo de 25 años para acceder al nivel IV.

## EVALUACIÓN DE LOS CONTRATOS TEMPORALES

El Colegio de Enfermería, la Plataforma por la Carrera Profesional y el sindicato SATSE también han solicitado cambios la Disposición Adicional Primera, referida al cómputo de los servicios prestados con carácter temporal.

El anteproyecto elaborado por el Departamento de Salud prevé que "los servicios prestados en virtud de contrato temporal con posterioridad a la entrada en vigor de la presente Ley Foral para los centros y servicios comprendidos en su ámbito de aplicación, serán objeto de evaluación conforme a las reglas establecidas en el artículo 21 del Decreto Foral 376/2000, de 18 de diciembre, o en los términos que reglamentariamente se desarrolle esta Ley Foral".

Igualmente, en las alegaciones al borrador del anteproyecto se propone la inclusión de una nueva Disposición Adicional, la cuarta, sobre la disponibilidad de jornada para actividades de formación e investigación. Con este fin, se pide que "reglamentariamente se determinarán las condiciones en las que los profesionales podrán disponer, para cada uno de los niveles de carrera profesional, de una parte de la jornada de trabajo efectiva para acceder a programas de formación, becas, proyectos de investigación o de gestión y actividades análogas". □



Una de las reuniones mantenidas en el Colegio por la Plataforma para elaborar las alegaciones al anteproyecto

## Un desarrollo previsto a partir de 1994

Las alegaciones presentadas al Departamento de Salud han sido consensuadas por el Colegio, tanto con el Sindicato de Enfermería SATSE como con la Plataforma de Enfermería por la Carrera Profesional.

Como ya se ha informado en números anteriores, la Plataforma de Enfermería por la Carrera Profesional se creó, a iniciativa de un grupo de enfermeras y enfermeros de distintos ámbitos para trabajar en favor de la Carrera Profesional, tras las charlas informativas celebradas en febrero por el Colegio en Pamplona y en Tudela. Actualmente está integrada por el Colegio Oficial de Enfermería de Navarra, la Asociación Navarra de Enfermería Comunitaria, la Asociación Navarra de Enfermería Radiológica, la Asociación Navarra de Matronas, la Vocalía de Enfermería de SEMES Navarra y la Comisión Deontológica del Colegio de Enfermería de Navarra, junto a grupos de trabajo integrados por enfermeras de Atención Primaria, Atención Especializada y Salud Pública.

En la memoria explicativa entregada en el Departamento de Salud junto a las alegaciones se incluye una breve historia acerca de la demora acumulada en el desarrollo de este sistema para la Enfermería navarra.

De este modo, se indica que el "Acuerdo sobre condiciones de em-

pleo del personal adscrito al SNS-O 1992-1995" disponía el estudio del desarrollo de la carrera profesional de Enfermería a partir de 1994.

Igualmente, se recuerda que "la Ley Foral 21/1998 disponía que el Gobierno de Navarra debía remitir al Parlamento en el plazo de dos meses un proyecto de Ley Foral de carrera profesional de Enfermería. Posteriormente, el programa de gobierno de la legislatura 2003-2007 recogía el compromiso de implantar la carrera de Enfermería". Por último, se señala que "la Ley de Presupuestos de Navarra para el presente ejercicio 2007 contempla la existencia de una partida presupuestaria por el importe necesario para la implantación de la carrera profesional de Enfermería".

En la memoria explicativa se lamenta que "a pesar de tan largo historial, Navarra es la única Comunidad Autónoma que aún no ha implantado la carrera profesional de Enfermería, cuando falta poco tiempo para que venza el plazo para hacerlo, fijado en noviembre de 2007 por las leyes 16/2003 (Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud), 44/2003 (Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias) y 55/2003 (Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud)".

# Gastroscoopia urgente

## INTRODUCCIÓN

Como equipo de enfermería desarrollamos nuestro trabajo en el Hospital Virgen del camino a caballo entre el Servicio de Urgencias y el de Endoscopias.

Por ello, nos vemos responsables de la atención directa y personalizada de todos y cada uno de los cuidados de enfermería que se derivan de cada endoscopia urgente surgida en este hospital.

## DEFINICIÓN

La gastroscoopia es un examen visual de la mucosa del esófago, estómago y duodeno.

Consiste en introducir desde la boca una sonda óptica, larga y flexible. En el curso de la misma existe la posibilidad de tomar muestras de tejido (biopsias) y realizar tratamientos, como la dilatación de zonas estrechas, extracción de objetos o tratamiento de vasos hemorrágicos y úlceras, mediante la aplicación de medicación o calor por electrocoagulación.

## MOTIVO DE GASTROSCOPIA URGENTE

### HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Es toda pérdida hemática del tracto digestivo alto entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz.

Puede manifestarse como leves mareos, palidez de piel y mucosas, sudoración fría, hipotensión, hematemesis, melenas y shock hipovolémico, pudiendo ser muchas las causas como por ejemplo: esofagitis, gastritis, úlceras, varices esofágicas y tumores.

### CUERPO EXTRAÑO

Este término se emplea para todo aquello que una vez ingerido, de manera voluntaria o accidental, es capaz de producir lesiones y/o complicaciones del tubo digestivo, como heridas, fisuras, perforaciones, ulceraciones e impacciones.

Los cuerpos extraños pueden ser de origen:

#### Orgánico:

- Bolo alimenticio.



Endoscopia con sus respectivos tapones



Pinza "cocodrilo" y pinza "ratón"



Aguja de esclerosar



Torre de endoscopia

## Autores:

Vitori Recalde Pérez (DUE)  
 Javier Dronza Barrientos (DUE)  
 Celeste Cenoz Imaz (DUE)  
 Paula González de la Riva Troncoso (DUE)

(Hospital Virgen del Camino)

## Resumen:

La gastroscoopia urgente es una prueba complementaria y específica en el diagnóstico y tratamiento de determinadas patologías como son la hemorragia digestiva alta (H.D.A), los cuerpos extraños y las causticaciones. Realizaremos actividades de enfermería encauzadas a lograr el adecuado estado del paciente, cumplir con el tratamiento prescrito, así como aquellas actividades específicas de la exploración y manejo del aparataje para realizar la prueba, control de sus posibles complicaciones y cuidados posteriores.

- Hueso de carne.
- Espina de pescado.

#### Inorgánico:

- Monedas.
- Alfileres.
- Cucharillas.
- Pilas.
- Botones.

#### CAUSTICACIONES

La ingesta de sustancias cáusticas ocasiona lesiones de gravedad variable (en función de la naturaleza, composición, viscosidad y cantidad de producto ingerida) en la cavidad oral y tracto digestivo superior.

Los síntomas pueden abarcar desde un dolor referido en la zona orofaríngea al área retroesternal, epigastrio hasta una hematemesis, odinofagia, disfagia, psialorrea, fonación dolorosa, náuseas, vómitos, disnea, confusión mental, signos de perforación, shock e incluso la muerte.

## ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

La enfermera deberá asegurar la correcta protección del usuario antes, durante y después de la exploración, com-

probando que se cumplan las normas técnicas e higiénicas necesarias.

La labor de enfermería comprende la recepción del paciente, el triage, los objetivos y los cuidados de enfermería tanto generales como específicos de la exploración.

Dentro de los objetivos se incluye la estabilización del paciente, para evitar el shock, disfagia y prevenir posibles broncoaspiraciones, así como la reducción y manejo de la ansiedad.

Durante la exploración habrá que controlar la hemorragia, identificar el cuerpo extraño, su localización y proceder a su extracción.

Como actividades de enfermería destacan:

- Control de los signos vitales y monitorización si precisa.
- Canalización de una o dos vías periféricas del mayor calibre posible, siendo de elección la extremidad superior derecha, ya que el flujo venoso del lado izquierdo puede estar comprometido a causa de la posición durante la realización de la prueba, ya que es en decúbito lateral izquierdo.
- Extracción de sangre para la determinación completa.
- Administración de cristaloides.
- Mantener al paciente a dieta absoluta.
- Retirar prótesis dentales y material metálico extraíble.
- Proporcionar seguridad, tranquilizar al paciente e informar sobre el proceso.
- Verificar que el consentimiento informado esté correctamente cumplimentado y entendido.
- Premedicar si está indicado.

### ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE LA EXPLORACIÓN

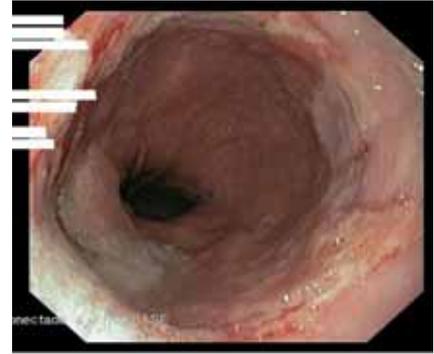
Existen salas de endoscopias donde normalmente se hacen las gastroscopias urgentes, ya que disponen de una equipación específica, a no ser que por la gravedad y/o riesgo del paciente se haga en la sala de reanimación, quirófano o U.C.I.

El equipamiento necesario en la sala consistiría en dos tomas de vacío, otra de oxígeno, una camilla eléctrica, un monitor de constantes, e incluso un respirador o torre de anestesia, además de la torre de endoscopias.

La torre estaría compuesta por un monitor, donde se proyectan las imágenes, una fuente de luz, en la que conectaremos una parte del gastroscopio,



Divertículos de colon



Esofagitis grado III-IV



Estenosis piloro-bulboduodenal



Hernia de hiato

otra fuente de electrocoagulación y un procesador de video.

El gastroscopio ha de estar conectado a la torre por una guía y una pipeta, siendo la fuente de luz, otra conexión lateral al frasco insuflador (efecto aire-agua) y una tercera conexión al vaso aspirador (efecto aspiración).

Se debe comprobar siempre todas estas funciones antes de cualquier exploración, conectando las válvulas en la unidad de mandos y encendiendo la torre y la toma de aspiración.

Los gastroscopios son aparatos muy delicados y el manejo se debe realizar con sumo cuidado.

También habríamos previsto los accesorios necesarios según el motivo de exploración, para extraer cuerpos extraños (asa de polipectomía, cesta de dormía, trípode, sobretubo, redecilla) o para hemorragias (sistema de ligadura multibanda, aguja de esclerosar cargada con adrenalina o ethanolamina, aparato de electrocoagulación con argón).

El triage se realiza tras la recepción del paciente, cumplimentando los once ítems que componen el protocolo:

- motivo de consulta
- observaciones
- o gravedad
- ubicación de espera
- asignación de la atención
- alergias

- procedencia del paciente
- medio de llegada
- acompañamiento
- aviso previo de S.O.S.
- volante medico

### LA EXPLORACION

Es de suma importancia la colocación del paciente en decúbito lateral izquierdo, algo elevada la parte superior del cuerpo (antitrendelemburg), y la cabeza hacia abajo, dirigiendo la barbilla al pecho. La colaboración del paciente es imprescindible, por lo que volveremos a explicarle todo el procedimiento y los pasos a seguir. A lo largo de toda la prueba se le hablará y tranquilizará, ya que su activa colaboración redundará en la duración de la prueba.

Colocamos un empapador debajo de la cabeza, colgándolo por la camilla hacia un recipiente, que estará al lado para recoger las secreciones o los vómitos que surgieran en la exploración. Si está indicado, se le administrará anestesia local en la faringe con un spray, dirigiéndolo hacia la pared posterior de la misma, suprimiendo así el reflejo nauseoso (el usuario no debe de emitir ningún sonido al abrir la boca, para evitar la exposición y anestesiado de la laringe).

La colocación de un protector bucal, nos protegerá tanto al endoscopio

## Bibliografía

1 JUDY SELFRIDGE-THOMAS; **Actuación de Enfermería en Urgencias**. Editorial Harcourt Brace (BCN-1998)

2 TINTINALLI, KROME RUIZ; **Medicina de Urgencias**, 3ª edición. Interamericana-Mc Graw-Hill, 1993.

3 ROSA PIRIZ CAMPOS, MERCEDES DE LA FUENTE RAMOS; **Enfermería Médico Quirúrgica**. D.A.E, 2001.

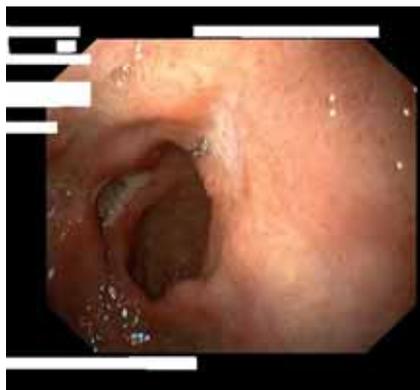
4 PETER B. COTTON, CHRISTOPHER B. WILLIAMS; **Tratado práctico de Endoscopia Digestiva**. Ediciones Científicas y técnicas, S.A, 1992.

5 J.L. VÁZQUEZ-IGLESIAS; **Endoscopia Digestiva Alta. Diagnóstico**. Galicia Editorial S.A.- Gaesa.

como al endoscopista de potenciales mordeduras del usuario, a la par que nos asegura la vía aérea, debe colocarse de tal forma que no impida la respiración nasal.

La enfermera se sitúa a la cabecera del usuario, para asegurar la correcta colocación de la postura (cabeza y mordedor). Sujetamos con la mano derecha la barbilla y el mordedor (protector bucal) y con la mano izquierda sujetaremos e introducimos el gastroscopio, según nos vaya indicando el médico a la vez que vamos viendo las imágenes por el monitor y así corroborar la introducción del mismo.

La introducción del gastroscopio puede realizarse de dos formas: rápida a duodeno y la inspección en retirada de estómago y esófago, con la ventaja que se insufla poco aire y el paso a duodeno se hace más cómodo, permitiendo una identificación más fácil de las pequeñas lesiones de las mucosas. La otra forma es la introducción deta-



Úlcus duodenal



Varices esofágicas

llada del aparato de esófago hasta duodeno, lo que evita la confusión con las lesiones mucosas hemáticas que toda maniobra de carácter exploratorio puede conllevar.

### COMPLICACIONES DE LA ENDOSCOPIA

**A) Problemas respiratorios y dolor:** la endoscopia debe finalizar de forma inmediata en caso de aparecer problemas respiratorios cuya causa no sea evidente y de rápida solución. Muchos usuarios manifiestan un comprensible temor a ahogarse, por lo que se comprobará el estado de las vías respiratorias y se aspirará cualquier secreción residual. Así mismo podemos encontrarnos con trastornos como la desaturación, en ocasiones producto de la ansiedad y miedo, si no somos capaces de tranquilizar al usuario o de remontarlo con oxigenoterapia.

**B) Arritmias.** Al igual que ocurre con otros procedimientos instrumentales, la endoscopia induce en ocasiones la aparición de arritmias cardíacas, especialmente si se produce hipoxia, siendo una causa importante de los raros fallecimientos por endoscopia. En pacientes con antecedentes cardíacos se aconseja monitorizar y aplicar oxígeno y tener a mano el equipo de reanimación.

**C) Perforación:** puede ocurrir en cualquier tramo digestivo alto, siendo más frecuente en hipo faringe y esófago cervical, producto de la introducción a ciegas del endoscopio o por insuflación excesiva. En ocasiones ocurre en cardias y ángulo duodenal superior sobre todo, cuando existen trastornos morfológicos o patológicos. La perforación en el cuello o mediastino provoca dolor inmediato, mientras que las más distales pueden pasar inadvertidas inicialmente.

Son signos evidentes de perforación inquietud, ansiedad, dolor, sopor, cianosis lo que obligara a finalizar la prueba.

**D) Disminución de la volemia sanguínea:** caracterizada por hipotensión con taquicardia, pulso filiforme, taquipnea y diaforesis. Las medidas de soporte consistirán en: tratamiento de vías respiratorias para prevenir bronco aspiración hemática, oxigenoterapia, monitorización cardíaca, reposición volumétrica que debe iniciarse con soluciones cristaloideas, administración de transfusión sanguínea según signos clínicos.

### CUIDADOS POSTERIORES A LA ENDOSCOPIA

- Toma de constantes.
- Si fuese necesario, cambiar la ropa.
- Registrar el procedimiento.
- Administrar la farmacoterapia prescrita.
- Tranquilizar al paciente e invitarle a que exprese todas las dudas que tenga, y resolverlas de la forma mas comprensible posible.
- En caso de haber administrado anestesia local y la posibilidad de ingesta tras la prueba, se le recordara que debe esperar 1 o 2 horas.

### DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

- Alto riesgo de manejo inefectivo del régimen terapéutico, r/c la falta de conocimientos del proceso y síntomas de enfermedad, factores predisponentes, signos y síntomas de las complicaciones y régimen de tratamiento.
- Temor r/c el desconocimiento del proceso.
- Dolor r/c ulceración de la mucosa gástrica. □

# Vacuna sublingual de látex. Tolerancia, comodidad y adhesión

## INTRODUCCIÓN

El látex o caucho natural es un producto vegetal procesado que se obtiene a partir de la savia lechosa del árbol "Hevea Brasiliensis" y son sus proteínas responsables de la alergenicidad<sup>1</sup>.

La alergia al látex ha adquirido en los últimos años una gran importancia médica debido a su ubicuidad en el ámbito sanitario y en objetos de uso habitual<sup>2</sup>. Ha pasado a ser uno de los agentes etiológicos más frecuentes de alergia ocupacional en la última década, especialmente entre el personal sanitario, siendo las personas que tienen contacto laboral con látex uno de los principales grupos de riesgo a la hora de desarrollar esta alergia<sup>3</sup>.

Otro grupo de riesgo son los pacientes multiintervenidos, especialmente los niños con espina bífida y mielomeningocele, y por último también se considera como grupo de riesgo a los pacientes atópicos con sensibilización a polen y/o frutas.

Como ocurre con otros aeroalérgenos existe reactividad cruzada con determinados alimentos como el kiwi, la castaña, el plátano, el aguacate, etc., lo que supone un riesgo añadido para los pacientes alérgicos al látex<sup>3</sup>.

Las manifestaciones clínicas son muy variables y van a depender de diversos factores como son la vía de contacto, la cantidad de alérgeno contactado, la duración del contacto y de otros factores individuales como la atopia<sup>4</sup>, considerando atopia la predisposición familiar de algunas personas para padecer alergia.

En la mayoría de los casos la vía de contacto es la vía cutánea, pero también puede ser la vía aérea o la parenteral, circunstancia que hace variar la gravedad del cuadro, presentando desde síntomas localizados hasta una reacción sistémica y generalizada. (Figura 1)

El cuadro clínico presentado por el paciente puede ser una combinación cualquiera de las siguientes manifestaciones: urticaria, angioedema, rinitis, conjuntivitis, asma y anafilaxia<sup>2</sup>.

La evolución de la enfermedad es variable y no se puede predecir, ya que los síntomas pueden progresar según el contacto que se mantenga con látex, o

## Autoras:

Asunción Gómez Lerga, DUE

Itziar Larrea Baca, DUE

Elena Celay Celay, DUE

(Sección de Alergología.

Centro de Especialidades Conde Oliveto.  
Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.)

## Resumen:

**OBJETIVO:** Valorar la tolerancia, comodidad y adhesión al tratamiento de inmunoterapia sublingual de látex (SLIT).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio realizado en 38 pacientes con SLIT vacunados entre febrero de 2003 y abril de 2004.

La fase de inicio se realizó en la unidad de enfermería y los datos de mantenimiento se obtuvieron mediante un cuestionario telefónico.

**RESULTADOS:** De 530 dosis en fase de inicio, el 3,2% de las mismas ocasionaron algún efecto adverso en el 34,66% de los pacientes. Las reacciones locales se manifestaron como síndrome de alergia oral (SAO) y las sistémicas se manifestaron como rinoconjuntivitis y/o urticaria. En mantenimiento, el 15,7% de los pacientes refirieron alguna molestia ocasional, sin precisar tratamiento ni interrupción de la vacuna. El tiempo de mantenimiento fue de 9 meses. El 48% de los pacientes interrumpió el tratamiento en algún momento reanudándolo posteriormente. Dos pacientes (5,2%) abandonaron el tratamiento. La comodidad dio un resultado de 8.

**DISCUSIÓN:** A la vista de estos resultados consideramos que la SLIT es un tratamiento bien tolerado, debido a la ausencia de reacciones graves. El nivel de comodidad manifestado es alto, lo cual contribuye a la buena adhesión por parte del paciente.

## Palabras clave:

Inmunoterapia sublingual, alergia a Látex, reacciones adversas.

bien permanecer estables con el paso del tiempo.

La reciente aparición de la vacuna con extracto de látex por vía sublingual no cabe duda que supone un gran avance en el manejo de la alergia al látex. Gracias a este tratamiento muchos pacientes podrán tener látex en su vida cotidiana y puede ser una alternativa válida a la inmunoterapia subcutánea<sup>5</sup>. Existen estudios que concluyen que el tratamiento sublingual se muestra más seguro que el parenteral y que al menos en los síntomas cutáneos se muestra eficaz<sup>6</sup>.

El criterio seguido en nuestro Servicio para la prescripción de Inmunoterapia Sublingual de látex fue: sensibilización clínica a látex, es decir, pruebas cutáneas positivas y/o Inmunoglobulina E específica, presencia de manifestaciones clínicas y conformidad del paciente.

## OBJETIVO

Valorar la tolerancia, comodidad y adhesión al tratamiento de Inmunoterapia Sublingual de látex (SLIT).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio se realizó en 38 pacientes vacunados en el Servicio de Alergología del SNS-0 con el extracto SLIT de látex de Abelló entre febrero de 2003 y abril de 2004.

De los 38 pacientes, el 37% son niños, considerando niños aquellos pacientes de edad menor o igual a 14 años, y el 63% son adultos, siendo éstos mayores de 14 años.

El 39% de la muestra son hombres y el 61% mujeres.

De estos pacientes 15 eran multiintervenidos, consideración hecha en base a haber sufrido 3 ó más intervenciones quirúrgicas.

De los 24 pacientes adultos, 16 presentaban contacto laboral con látex y en los 8 restantes no se encontraba relación con su trabajo. De los pacientes con alergia ocupacional, 10 eran sanitarios y 6 no lo eran. (Figura 2)

El tratamiento consta de 5 viales, comenzando por el vial 0 que tiene una



Figura 01

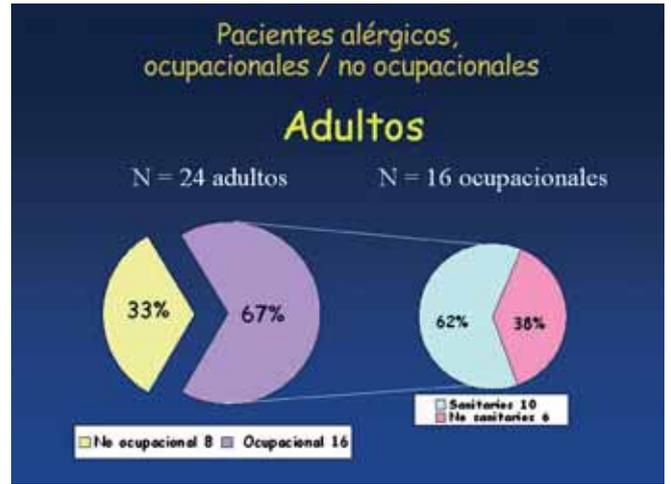


Figura 02

concentración de  $5 \times 10^{-5} \mu\text{g/ml}$ , aumentando progresivamente la concentración hasta alcanzar el vial 4 con la concentración más alta de  $500 \mu\text{g/ml}$ .

La fase de inicio fue realizada y supervisada íntegramente en la Unidad de Enfermería con el fin de detectar las posibles reacciones adversas.

Las gotas se administraron con intervalos de 15 minutos, se pusieron debajo de la lengua manteniéndolas durante 3 minutos y escupiendo pasado ese tiempo. Tras la última dosis, el tiempo de espera fue de media hora.

El primer día se administraron 4 dosis: 1 gota del vial 0, 10 gotas del vial 0, 1 gota del vial 1 y 10 gotas del vial 1.

El segundo día también fueron 4 dosis: 1 gota del vial 2, 10 gotas del vial 2, 1 gota del vial 3 y 10 gotas del vial 3.

El tercer día fueron 5 dosis del vial 4: 1 gota, 2 gotas, 3 gotas, 4 gotas y 10 gotas.

El cuarto y último día de la fase de inicio se administró una dosis única de 25 gotas del vial 4. (Figura 3)

A pesar de alcanzar esta dosis en el inicio, la dosis de mantenimiento es de 5 gotas del vial 4, tres veces por semana. Esto hace presumible que los pacientes una vez tolerada la dosis de 25 gotas no presenten reacciones adversas a la dosis de 5 gotas que continuará tomando en su domicilio. Además se les dieron unas normas escritas, indicándoles cuándo debían interrumpir la vacuna y cómo continuarla después.

Los casos en los que se debe interrumpir el tratamiento son: si tienen síntomas graves de rinitis o asma; si tienen enfermedades de la boca como úlceras, anginas o flemones dentarios; si tienen proceso respiratorio acompañado de síntomas muy intensos o fiebre superior a  $38^\circ\text{C}$ ; cuando vayan a administrarse otra vacuna, en cuyo caso suspenderán el tratamiento la semana pre-

### SLIT - látex

Tratamiento de Iniciación			
Día	Frasco	Dosis (Gotas)	Intervalo entre dosis
1º		1	
		10	
2º		1	
		10	
		10	
3º		1	
		2	
		3	
		4	
4º		25	DOSIS ÚNICA

Una vez alcanzada la dosis máxima se administrarán 5 gotas del frasco 4 tres veces por semana (ej. lunes, miércoles y viernes) hasta acabar el contenido del frasco 4. Si el especialista considera más adecuado continuará con la administración diaria del tratamiento, este se podrá realizar administrando 2 gotas de lunes a domingo.

Figura 03

via y la posterior; y por último, en caso de viaje superior a dos semanas.

Durante la fase de inicio los datos fueron recogidos en la Unidad de Enfermería. Se registró la edad de los pacientes, el contacto laboral con látex si lo hubiera, el número de intervenciones quirúrgicas, la fecha de inicio del tratamiento y el número y tipo de reacciones adversas.

Durante la fase de mantenimiento se realizó una encuesta telefónica donde se recogió la siguiente información: número y tipo de reacciones adversas; número y motivo de interrupciones, considerando interrupción más de 3 días sin administrar la vacuna; número y motivo de abandonos, considerando abandono cuando el paciente expresaba volunta-

riamente la decisión de no continuar con el tratamiento; y la comodidad subjetivamente valorada por el paciente mediante una escala del 0 al 10, donde 0 es incómodo y 10 muy cómodo.

El tipo de estadística empleado fue: mediana con rango intercuartílico (IQR), percentil 25-75.

## RESULTADOS

De 530 dosis administradas durante la fase de inicio, el 96,8% (513) fueron bien toleradas; un 1,7% (9) de las dosis produjeron reacciones locales; y un 1,5% (8) reacciones sistémicas.

De los 38 pacientes vacunados, 25 (65,8%) no tuvieron ningún tipo de reac-

## Bibliografía

- 1 DE LA TORRE F ET AL. **Alergia al látex y derivados del caucho.** BSCP Can Ped 2002; 26: 2-3.
- 2 ANDA M ET AL. **Alergia al látex. Manifestaciones clínicas en la población general y reactividad cruzada con alimentos.** ANALES 2003; 26 (2): 75-80.
- 3 QUIRCE S ET AL. **EL LÁTEX. Un importante aeroalergeno implicado en el asma ocupacional.** ANALES 2003; 26 (2): 81-95.
- 4 SPANER D ET AL. **Hypersensitivity to natural rubber latex.** J Allergy Clin Immunol 1994; 93: 1135-1137.
- 5 GARCÍA M. **Trabajar en la industria de la pizarra. Un factor de riesgo para desarrollar alergia al látex.** SGAIC. [www.sgaic.org/reportajes 03.htm](http://www.sgaic.org/reportajes 03.htm)
- 6 TABAR AI ET AL. **Perspectivas de tratamiento de la alergia al látex: Inmunoterapia.** ANALES 2003; 26 (2): 97-102.

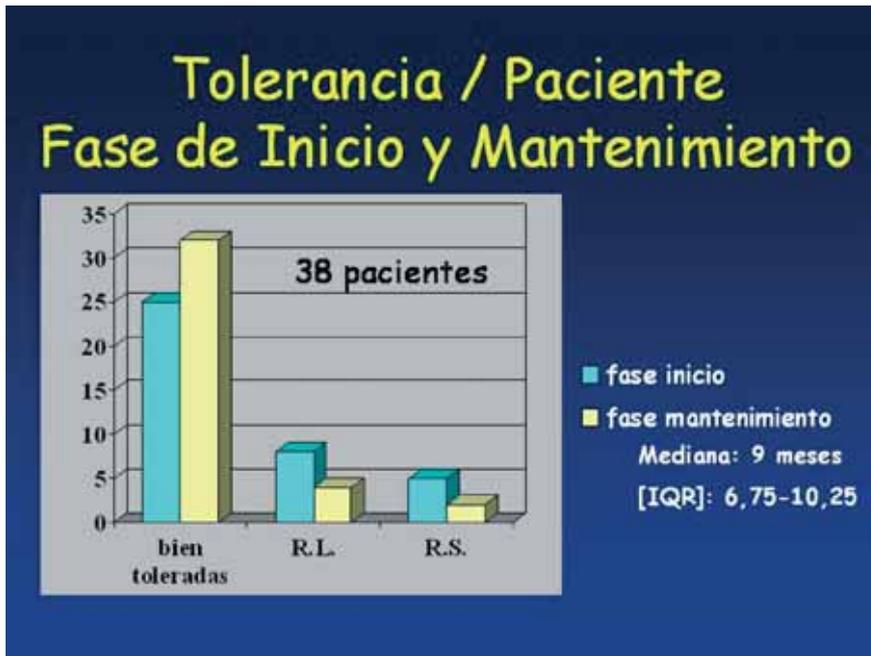


Figura 04

ción; 8 (21,5%) presentaron reacciones locales; y 5 (13,16%) tuvieron reacciones sistémicas.

Las reacciones locales se manifestaron como síndrome de alergia oral (SAO) y las sistémicas como rinoconjuntivitis y/o urticaria.

En la fase de mantenimiento, los cálculos fueron realizados exclusivamente en base a los pacientes, ya que desconocemos el número de dosis administradas.

De los 38 pacientes en tratamiento, 32 (84,3%) no tuvieron ningún tipo de reacción adversa; 4 (10,5%) presentaron exclusivamente síndrome de alergia oral; y 2 (5,2%) tuvieron alguna manifestación sistémica. Ninguno precisó tratamiento ni interrupción de la vacuna.

Haciendo una comparación entre las reacciones adversas que se produjeron en fase de inicio y en fase de mantenimiento, se comprobó que el número fue menor en fase de mantenimiento. (Figura 4)

El tiempo de mantenimiento fue de 9 meses (IQR: 6,75-10,25).

La comodidad valorada de manera subjetiva por los pacientes dio un resultado de 8 en una escala del 0 al 10 (IQR: 7-9).

De los 38 pacientes, 18 (47%) no interrumpieron en ningún momento el tratamiento; 14 (37%) lo hicieron por prescripción facultativa siguiendo las normas dadas en consulta; 4 (11%) por otros motivos, principalmente el olvido; y 2 pacientes (5%) abandonaron el tratamiento, uno por motivos personales y otro por error de entendimiento. (Figura 5)

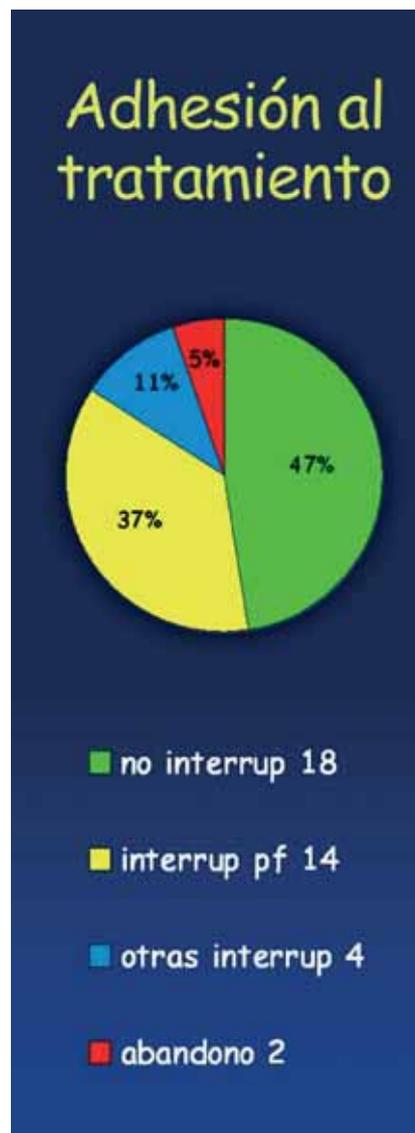


Figura 05

## CONCLUSIONES

A la vista de estos resultados, consideramos que la SLIT de látex presenta una buena tolerancia debido a la ausencia de reacciones graves y a que no ha sido necesario retirar el tratamiento en ningún caso.

Durante la fase de mantenimiento se observa una mejor tolerancia que en fase de inicio.

En cuanto a la fase de inicio, nuestros resultados avalan que este extracto y con esta pauta no está exento de reacciones lo que justifica su administración en la Unidad de Enfermería bajo supervisión médica.

El nivel de comodidad registrado es alto pero queremos destacar el olvido como factor negativo referido por algunos de los pacientes.

En cuanto a la adhesión, la consideramos buena en base a la escasez de abandonos, sólo 2 pacientes. □

# Enfermería educadora en la dieta del paciente en hemodiálisis



La enfermería debe lograr enseñar al paciente en hemodiálisis a mantener un hábito alimentario adecuado a su situación

## INTRODUCCIÓN

El síndrome urémico es el estadio final de la evolución de la insuficiencia renal crónica (IRC) y se manifiesta por una afectación plurisistémica debido a la retención de sustancias, alteraciones hormonales, cambios metabólicos y trastornos hidroelectrolíticos.

La hemodiálisis es la técnica más utilizada como tratamiento sustitutivo de la función renal cuando esta se ha deteriorado hasta el punto de comprometer la vida del paciente. Elimina los líquidos retenidos, y también los productos de desecho innecesarios e incluso tóxicos para el organismo. Se aplica tres días a la semana durante unas cuatro horas, pero esto no evita que el paciente deba seguir un tratamiento dietético para, el resto del tiempo, acumular los mínimos líquidos y toxinas posibles. La dieta a seguir ayuda a retardar o estabilizar la progresión de esa IRC, a disminuir la toxicidad urémica y las alteraciones metabólicas secundarias al daño renal y a mantener un adecuado estado nutricional.

## Autores:

Nicolás Pilart Martín  
Beatriz Nuin Balda

(Enfermeros. Servicio de Hemodiálisis. Hospital de Navarra)

Esta dieta es, paradójicamente, lo contrario a la dieta mediterránea, tan en boga hoy en día. Por esta causa Enfermería juega un papel fundamental en la unidad de diálisis, no sólo para aplicar el tratamiento correctamente, sino también como educadora de salud. Debe conseguir motivar y enseñar al paciente a mantener un hábito alimentario adecuado a su situación, y lograr que sea independiente en la satisfacción de esta necesidad. En nuestro trabajo diario hemos observado que con una entrevista en profundidad se pueden alcanzar resultados bastante satisfactorios incluso en casos complicados.

## OBJETIVO

Demostrar el valor de la Enfermería como agente educador en una unidad de hemodiálisis, centrándonos en la alimentación y, más concretamente, en el seguimiento de una dieta adecuada a la insuficiencia renal crónica.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos un estudio de tipo cualitativo como es la entrevista en profundidad. La población que abarca es los pacientes que han sido tratados en una sala de hemodiálisis del Hospital Provincial de Navarra durante un año: 14 hombres y 8 mujeres, de los cuales continúan 10 hombres y 6 mujeres porque 1 hombre fue transplantado; 2 hombres y 1 mujer fallecieron en ese periodo; y 1 hombre y una mujer tuvieron que ser trasladados de sala por diferentes motivos.

La entrevista realizada no ha seguido un patrón estructurado, sino que hemos dejado que los pacientes hablen libremente, sin imponer el día ni el momento y aprovechando la cercanía que proporciona tenerlos habitualmente. Pero todo ello sin olvidar que lo que pretendemos es obtener información que podamos utilizar para conseguir un hábito alimentario adecuado a su insuficiencia renal. Estas son las preguntas a las que queremos dar respuesta:

### - ¿Quién es y cómo es el alumno?

Conocer al receptor de nuestra información es básico para poder llegar a él; si no, podemos estar malgastando nuestro tiempo y el suyo, la motivación de educar, y no lograremos ser efectivos. Cada persona es única e irrepetible, no lo olvidemos; por eso intentaremos conocer de nuestro paciente:

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Núcleo familiar y su relación con ellos.
- Medio en el que habita: si es medio rural, si tiene huerta para consumo propio, acceso a los alimentos.
- Religión
- Actividad laboral
- Nivel cultural/capacidad para asimilar conceptos nuevos.
- Conocimientos sobre su enfermedad.
- Tiempo que lleva en el programa de diálisis.
- Antecedentes previos, otras enfermedades que puedan condicionar su dieta.
- Acceso/hábitos de ocio: lectura de revistas de moda, del corazón, programas de TV en los que se hablen de dietas, ...
- Autoestima/autoconcepto: influye en creerse capaz de gestionar su propia dieta.



Tanto la pasta como el arroz están indicados en la dieta diaria de estos pacientes



La sal de mesa no debe emplearse en la dieta del paciente en hemodiálisis

### - ¿Qué modificación de su conducta es necesaria?

Los datos que obtengamos en este punto los debemos analizar y valorar dónde intervenir para lograr el objetivo de independencia en la satisfacción de su necesidad de beber y comer. Hay veces en las que Enfermería logra modificar los hábitos del paciente e implicar a la familia, pero en otras ocasiones es necesario implicar a otros profesionales: dietistas, psicólogos e incluso tra-

bajadores sociales. Para ello debemos conocer:

- Quién cocina en casa y cómo lo hace; para cuántos debe cocinar.
- Costumbres alimentarias.
- Conocimientos sobre alimentación: grupos de alimentos, cuáles tienen más potasio o más fósforo, cuáles tienen mucho sodio.
- Preferencia en el tipo de alimentos.
- Motivación para modificar sus hábitos.



Se aconseja comer fruta al natural pobre en potasio, como la manzana o la pera

### -¿Cómo podemos lograrlo en cada caso concreto?

Para lograr un cambio duradero debemos enfrentarnos a:

- Disminución efectiva de la capacidad de aprendizaje.
- Dificultades para asumir modificaciones que alteren su equilibrio cotidiano.
- Predisposición negativa hacia el cumplimiento de la instrucción, de la que se duda de su eficacia.
- Relación con el entorno personal que le obliga a rechazar, consciente o inconscientemente, la instrucción dada.

Estos factores pueden ser determinantes en el caso de olvido de lo que se ha aprendido. De hecho, uno solo de estos factores determinaría el proceso de olvido/rechazo.

### -¿Cómo podemos verificar, a lo largo del tiempo, que se ha producido y se mantiene la conducta deseada?

Un sistema de seguimiento es el determinado por los periodos de tiempo. Un mes, seis meses y un año. Es decir: un mes es un buen periodo para "entender" y recordar, seis meses son el tiempo idóneo para "automatizar" una conducta psicomotora y en un año es de esperar que se modifique una actitud hacia algo.

Esta evaluación es factible en un servicio de hemodiálisis porque los pacientes acuden a nosotros tres días a la semana para recibir su tratamiento, lo

que nos permite una continuidad para observar los cambios y si éstos son duraderos.

## DISCUSIÓN

En las definiciones de EPS se establece un objetivo común, la búsqueda de la "modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de los individuos componentes de la comunidad, en sentido de una salud positiva".

Los profesionales de Enfermería en general, y en nuestro caso concreto con enfermos nefrológicos, adquieren la figura que aconseja, que instruye al paciente en la realización de conductas beneficiosas para su salud. Una enseñanza es tanto más eficaz cuanto más potencia la "autoformación", es decir, cuando lo enseñado genera en el alumno el deseo de avanzar y de aplicar lo aprendido. Los datos no se dan para una sola circunstancia, se dan como activadores de una conducta integral, total, y en la cual el individuo es sujeto agente de la modificación en virtud de sus necesidades y del deseo de adquirir una mejor autonomía de aprendizaje (y más en pacientes crónicos como los nuestros).

Podemos presentar tres casos que hemos tenido que resolver en nuestro trabajo diario. Elegimos estos casos para mostrar diferentes formas de abordar el problema de falta de seguimiento de una dieta terapéutica, y cómo

Enfermería, para ser agente de salud, debe tomar caminos que se adapten a cada paciente.

### - ¿Quién es y cómo es el alumno?

- CASO A: varón, soltero. Familia de referencia: hermana que vive en el centro urbano. Edad, 63 años. Procede del medio rural y su actividad laboral hasta la enfermedad ha sido en tareas agrícolas.

- CASO B: varón, soltero, 55 años. Vive en un medio rural y, hasta la enfermedad, se ha dedicado a labores agrícolas. Su hermana, familiar de referencia, habita en la ciudad.

- CASO C: varón, casado y con hijos, vive con su mujer y cuenta con un importante apoyo familiar. Edad: 75 años. Procede de un medio urbano. Ha sido, hasta su jubilación, camionero.

### - ¿Qué modificación de su conducta es necesaria?

- Tanto el caso A como el B deben interiorizar el concepto de exceso de líquidos y su aporte en la dieta. También deben reconocer los alimentos que son más tóxicos en su situación. Así pues, deben cambiar su dieta, basada en el placer solamente, por una dieta "sana" principalmente, intentando que no deje de ser placentera.

- El caso C ya sigue una dieta sin sal por antecedentes cardiacos importantes, pero ahora debe interiorizar el concepto de exceso de líquidos, y reconocer los alimentos perjudiciales para su IRC.

Debe cambiar principalmente en el consumo excesivo de frutas y verduras, y también en el de productos lácteos.

**- ¿Cómo podemos lograrlo en cada caso concreto?**

- En el caso A: no posee conocimientos básicos de cocina, no sabe diferenciar alimentos. No tiene ni base ni motivación para afrontar este autocuidado. Tampoco tiene posibilidad de acceder a formación dietética ni culinaria por el medio en el que vive y la falta de transporte para acudir a una localidad con más servicios.

Orientamos el caso hacia Servicio Social de Base y la solución que aporta es que el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) acuda varios días por semana a apoyar en el tema de la alimentación, especialmente en la adquisición y elaboración de las comidas

- En el caso B: sabe cocinar platos sencillos y puede aprender a diferenciar los alimentos. El principal problema que surge es la poca variedad de platos y pronto se aburre de comer lo mismo.

Le planteamos acudir a una consulta de dietética y, tras muchas sesiones de concienciación, acepta. Debemos seguir insistiendo para que no abandone pero, de momento, sigue visitando a ese especialista y ha modificado algunos hábitos, ampliando la variedad en su dieta.

- En el caso C: está motivado y acostumbrado a cuidar la dieta, sólo hay que indicarle el camino a seguir. Se interesa, pregunta (sobre todo tras los resultados de los análisis de sangre que, en la unidad donde trabajamos, se hacen cada mes) y pone los medios para mejorar, aunque lo que más le cuesta es reducir la ingesta de líquidos.

**- ¿Cómo puedo verificar a lo largo del tiempo que se ha producido y mantenido la conducta deseada?**

Los tres casos acuden tres días a la semana durante cuatro horas a tratamiento de hemodiálisis.

- El caso A en principio se rebela contra la restricción de líquido y la dieta adecuada, pero cuando empieza a conocer los resultados positivos accede a intentarlo, ahora acude con menos peso entre sesiones y con mejores resultados analíticos.

- El caso B no se excede en el volumen de líquido y empieza a manejar una dieta más amplia.

- El caso C mejora los resultados analíticos y, aunque le está costando beber menos cantidad, sobre todo tras el fin de semana, sí que es cierto que trae menos peso entre las sesiones que al entrar en el programa de hemodiálisis.

**CONCLUSIÓN**

La conclusión que nosotros obtenemos, aunque el número de pacientes es reducido, es que enfermería puede lograr resultados positivos con respecto a la posibilidad de influir en los hábitos dietéticos de las personas tratadas en una unidad de diálisis mediante una entrevista en profundidad, la cual nos aporta una información muy variada, amplia y adaptada a cada persona.

Con esta técnica individualizamos el aprendizaje y lo ajustamos a la realidad de cada paciente, siendo un proceso de fácil aplicación por el profesional de enfermería, factible dentro de la carga de trabajo habitual en una unidad de diálisis, asumible económicamente, y de fácil comprensión por el alumno.

**Bibliografía**

**1** GREENBERG, A. **Tratado de enfermedades renales.** Harcourt Brace; 1999.

**2** BRUNNER; SUDDARTH. **Enfermería médico-quirúrgica.** Interamericana Mc Graw-Hill; 1994.

**3** RIOPELLE, L; GRONDIN, L; PHANEUF, M. **Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona.** Interamericana Mc Graw-Hill; 1993.

**4** MACÍAS, GUTIÉRREZ, B.E; AROCHA, HERNÁNDEZ, J.L. **Salud Pública y educación para la salud.** ICEPSS; 1996.

**5** BRIONGOS, HERNÁNDEZ, M. **Sociología hoy.** Teide.

**AGRADECIMIENTOS**

Nuestro más sincero agradecimiento a la Dra. Sorbet y a la Dra. Espejo, nefrólogas de nuestra unidad, sin cuya colaboración este trabajo no hubiera sido posible. □

**Alimentos que puede consumir al día un paciente de hemodiálisis**

- 1 vaso de leche entera, café o alguna infusión.
- 1 filete de carne o pescado.
- 1 huevo (máximo 5 a la semana).
- Arroz y pasta.
- 200 gr de pan.
- 3 cucharadas de aceite de oliva.
- 1 o 2 cucharadas de azúcar.
- Algún dulce, galletas o mermelada.
- 1 pieza mediana de fruta en almíbar o de fruta al natural pobre en potasio (manzana, pera).
- Nada de frutos secos, ni higos, dátiles, pasas...

- 1 ración (200 o 300 gr) de verduras (pasadas por remojo mínimo 3 horas, cortadas pequeñas y hervidas, cambiando de agua a mitad de cocción y eliminando todo el agua antes de comer).
- Agua: ml. que orine + 500.
- No debe usarse la sal de mesa y está absolutamente contraindicada la sal de potasio.
- Para paliar el poco sabor que queda a verduras, y sus características tan poco agradables, se pueden usar fórmulas culinarias como tortilla de verduras, canelones, ponerlas con bechamel, etc.

# El pie diabético

## Abordaje desde la práctica clínica enfermera orientada a los resultados

### INTRODUCCIÓN

Nuestro objetivo es incrementar el porcentaje de enfermos diabéticos bien informados y conscientes de la eficacia de los protocolos de prevención para lograr la reducción de la prevalencia de las úlceras neurovasculares y de la tasa de amputaciones, y así mejorar su calidad de vida.



Lesión en 1º dedo de pie debido a traumatismo por calzado

### FISIOPATOLOGÍA DEL PIE DIABÉTICO

El Pie Diabético es una alteración de base etiopatogénica neuropática e inducida por la hiperglucemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia, y previo desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración del pie.

La **neuropatía** que se encuentra implicada hasta en el 60-70% de las lesiones es distal, simétrica y mixta: afectará a los nervios sensitivos, motores y los pertenecientes al sistema nervioso autónomo. La neuropatía tiene una relación directa con el mal control metabólico, con la evolución de la enfermedad y, según estudios recientes, con los factores de riesgo cardiovascular (hipercolesterolemia, tabaquismo y aumento del índice de masa corporal).

### Autores:

**Ana Herranz Dorremocha**  
(DUE Cirugía Vascular y Torácica.  
Hospital de Navarra)

**Asun Merino Peralta**  
(DUE Jefe Unidad Cirugía Vascular  
y Torácica. Hospital de Navarra)

### Resumen:

El diagnóstico enfermero **-Deterioro de la integridad cutánea-** está incluido en la clasificación NANDA desde sus inicios y abarca una multitud de posibles situaciones que se dan en la clínica diaria, que no siempre requieren el mismo abordaje.

En el caso de las úlceras en extremidades inferiores y pie diabético (P.D.) es precisamente donde existe mayor variabilidad de la práctica enfermera; tanto en la valoración del pie de riesgo como en la prevención y tratamiento de las lesiones.

El tratamiento de las úlceras que el enfermo diabético puede llegar a desarrollar en sus extremidades inferiores a lo largo de la evolución de la enfermedad constituyen uno de los problemas asistenciales más graves, tanto desde el punto de vista personal, familiar y socio sanitario.

Manifestaciones de la neuropatía periférica:

- Alteración sensibilidad dolorosa
- Alteración sensibilidad térmica
- Alteración sensibilidad vibratoria
- Alteración sensibilidad propioceptiva
- Alteración motora

La sensibilidad térmica y dolorosa son las más precoces en afectarse y en segundo lugar la sensibilidad vibrátil y propioceptiva (fundamental en la coordinación del movimiento), haciendo que el pie sea vulnerable al más mínimo traumatismo.

La exploración instrumental de la sensibilidad vibratoria se realiza mediante diapason o biotensiómetro; se aplica en las prominencias óseas: maleolos, cabezas de metatarsianos y articulaciones interfalángicas). Se necesitaría la cooperación del enfermo.

La valoración de la sensibilidad superficial que nos determina la neuropatía sensitiva se realiza mediante el monofilamento de Semmes-Weinstein 5.07, consiste en un hilo de nylon que ejerce una presión lineal de 10 gr. en el momento en que se dobla. Esta sensibilidad es protectora y por tanto allí donde el paciente no siente el monofilamento existe un riesgo considerable de lesión. Lo aplicaremos sobre 10 puntos en ambos pies (9 en la planta y 1 en el dorso); evitando zonas de hiperqueratosis y zonas con lesiones.

Respecto a la **neuropatía motora**, se atrofia la musculatura intrínseca del pie (músculos interóseos) con fracturas espontáneas indoloras y deformidades, produciendo zonas de hiperpresión. Además la modificación de la grasa plantar afecta a las cabezas de los metatarsianos haciéndolas muy prominentes. Si se realiza una presión débil pero continua sobre ellas (ej. el roce del zapato) nos producirá una úlcera.

El 1º dedo del pie es fundamental para la biomecánica del pie, este dato a veces no se tiene en cuenta cuando dicho pie se amputa y a la larga se producen dedos engarrados. Deben utilizarse materiales de sustitución en forma de prótesis de silicona o foams.

**El pie de Charcot** es una malformación del pie que está asociado a la neuropatía; ya en 1936 William Jordan lo relacionó con la diabetes. Se produce una reestructuración osteoarticular no infecciosa en pacientes diabéticos mayores de 60 años y con un tiempo de evolución de la diabetes de más de 15 años. Un signo característico es que generalmente es repentino y unilateral, lo que dificulta la prevención. Es un tipo de deformidad grave que incluso condicionará un completo estudio biomecánico del pie, descargas o cirugía (osteotomías etc.).

Respecto a la angiopatía de vasos de pequeño calibre o microangiopatía, debe tenerse en cuenta para establecer eficaces programas preventivos y de screenig de retinopatía y nefropatía diabéticas con revisiones oculares periódicas y albuminemia como marcador de lesión renal.

La enfermedad vascular periférica o **macroangiopatía** está generada por la arteriosclerosis y conduce a isquemia distal y ulceración por necrosis, además en un factor agravante y perpetuante de las lesiones en el P.D., ya que dificulta la cicatrización de las lesiones y úlceras, retrasando la cicatrización de éstas. La vasculopatía afecta al 10% de los pacientes diabéticos pero cuando la diabetes tiene más de 25 años de evolución la afectación se eleva al 100% de los pacientes.

Cuando se pierde continuidad en la piel es posible la penetración bacteriana y el desarrollo de infección. Además, estudios observacionales han demostrado que aumentan las infecciones nosocomiales en pacientes con hiperglucemia persistente.

Afectará a vasos de medio o gran calibre en forma de arteriosclerosis, es precoz, extensa y rápida. Otra característica es que tiene predilección por los troncos tibio-peroneos produciendo calcificación de la capa media de las arterias tibial, media e intermetatarsiana.

Desde el punto de vista práctico, es esencial para la enfermera, hacer un correcto diagnóstico diferencial entre las lesiones neuropáticas y las isquémicas, ya que su enfoque terapéutico, será totalmente distinto.

**EXPLORACIÓN VASCULAR:**

- Historia clínica: antecedentes familiares y personales, hábitos.
- Determinación de pulsos.
- Presión sistólica Tobillo-Brazo (Índice T/B) con Doppler (valores normales →0,9 y ← 1,3).
- Realización de estudio Ecodoppler. Arteriografía.



Foto 2: Infección y absceso plantar en un pie de Charcot

**MANIFESTACIONES DE LA VASCULOPATÍA:**

- Claudicación intermitente (en estadios avanzados dolor en reposo).
- Frialdad y palidez. Ausencia de pulsos.
- Debilidad muscular.
- Atrofia de piel.
- Lesiones tróficas dolorosas.

La mayor sensibilidad a la infección en los enfermos diabéticos se debe a diferentes causas, entre las que cabe mencionar como más prevalentes, la **ausencia de dolor por neuropatía**, que favorece el desarrollo insidioso de una celulitis extensa o de un absceso; la **hiperglucemia**, que altera los mecanismos inmunitarios, fundamentalmente la inmunidad celular y la **isquemia**, que compromete la perfusión arterial y el aporte de oxígeno a esos tejidos.

La infección no es responsable del inicio de una úlcera, excepto en aquellas situaciones en que la ruptura de la piel es causada de forma directa por infecciones fúngicas, pero sí interviene en la evolución de las mismas una vez iniciadas.

Un problema muy grave con el que nos enfrentamos al hablar de infección es la gangrena; **la gangrena** es una forma de evolucionar la necrosis en la cual actúan gérmenes saprófitos de la piel

sobre la hemoglobina y demás proteínas; descomponiéndolas y produciendo el color negruzco característico y olor fétido de la lesión.

- En la gangrena isquémica la necrosis se produce por isquemia, puede ser seca (piel desecada, acartonada o momificada) o húmeda (edema u color pardo-verduzco).
- En la gangrena infecciosa la necrosis la producen gérmenes anaerobios, es muy tóxica.

**MANIFESTACIONES DE LA INFECCIÓN:**

- Fiebre. Taquicardia
- Dolor
- Exudado. Fetidez
- Crepitación
- Exposición del hueso
- Edema, eritema linfangitis
- Mal control metabólico

La amputación constituye el desenlace más desagradable y temido por el paciente diabético (probabilidad 40 veces mayor de sufrir una amputación respecto un paciente no diabético). Afecta emocional y económicamente al paciente y sus familia. Supone mayor necesidad de recursos sanitarios y deteriora la calidad de vida. Pero lo realmente importante es que las amputaciones son prevenibles.



Determinación del Índice T/B



Amputación en cuña de 3º, 4º y 5º dedos

## LA GESTIÓN DE LOS CUIDADOS. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

El diagnóstico de enfermería identifica una respuesta humana a la enfermedad; nos permite priorizar, planear objetivos, asignar recursos, intervenir y evaluar.

Debemos tener en cuenta:

1. Elegir un modelo de cuidados
2. Utilizar planes de cuidados individuales (taxonomía)
3. Práctica clínica basada en la evidencia. No podemos olvidar las Guías de Práctica Clínica Enfermera GPCE (o Guías de Cuidados), son "un conjunto de recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible para ayudar a los enfermeros a tomar de-

cisiones acerca de los cuidados adecuados". Son, por tanto, una herramienta que permite una práctica basada en la investigación científica, la experiencia clínica y la opinión de los pacientes, considerando además el contexto donde se desarrolla la actividad.

Trabajar con GPCE nos permiten incorporar a la práctica profesional la evidencia científica, lo que a su vez contribuye a disminuir la variabilidad de la práctica enfermera.

4. Uso de registros estandarizados. Informatización.

5. Evaluar resultados periódicamente. Incluir la evaluación de las GPCE

Desarrollo de los **resultados e intervenciones** enfermeras para cada uno de los diagnósticos enfermeros seleccionados:

- 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- 00069 Afrontamiento individual inefectivo
- 00095 Deterioro del patrón del sueño

### Complicaciones posibles:

- Infección
- Dolor

**Requerimientos terapéuticos: Intervenciones (N.I.C.):** Administración de medicación oral y terapia intravenosa.

## **RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA**

### Relacionado con

- Hábitos de prácticas de riesgo.
- Factores mecánicos (calzado, presión...).

### Indicadores/ criterios de resultados NOC

- Desarrolla estrategias de control de riesgo de la conducta personal.
- Modifica estilo de vida para reducir riesgo.
- Utiliza los servicios sanitarios de forma congruente cuando los necesita.

**Intervenciones NIC :** Enseñanza en el cuidado de los pies

### Actividades (Cuidados de Enfermería)

- Proporcionar información relacionada con el nivel de riesgo.
- Ayudar a desarrollar un plan para la valoración y cuidado diarios de los pies en casa.
- Recomendar que explore diariamente toda la superficie de los pies y entre los dedos e inspeccionar manualmente el calzado.
- Recomendar lavado de los pies con agua a una temperatura inferior a 38º C y jabón suave.
- Recomendar secado exhaustivo, sobre todo entre los dedos.
- Aplicar crema hidratante.
- Aconsejar limado de uñas.
- Aconsejar visitar al podólogo en

caso de durezas, callosidades y problemas con las uñas.

- Aconsejar zapatos y calcetines adecuados.
- Prevenir posibles causas de lesión en pies (andar descalzo, callicidas...).
- Aconsejar acudir a la enfermera de referencia si presenta lesión en los pies.

**AFRONTAMIENTO INDIVIDUAL INEFECTIVO**

**Relacionado con:**

- Alteraciones de la integridad corporal (amputación).
- Ruptura de lazos afectivos.
- Recursos psicológicos inadecuados de adaptación.

**Indicadores/ criterios de resultados NOC**

- El paciente expresará sentimientos relacionados con su situación.
- El paciente aceptará ayuda a través de la enfermera.

**Intervenciones NIC:** Valorar la situación de inadaptación, identificar los factores etiológicos y establecer una relación de ayuda para que adquiriera los métodos adecuados para la resolución de problemas.

**Actividades (Cuidados de Enfermería):**

- Transmitir sinceridad y empatía.
- Ayudarle a identificar problemas.
- Encontrar recursos que alienten sentimientos de éxito personal y autoestima.

**DETERIORO DEL PATRÓN DE SUEÑO**

**Relacionado con:**

- Cambios ambientales.
- Dolor.
- Temor.
- Alteraciones del estilo de vida.

**Indicadores/ criterios de resultados NOC**

- El paciente manifestará equilibrio óptimo entre actividad y descanso.

**Intervenciones NIC:**

- Favorecer el sueño.
- Reducir o eliminar las interrupciones del sueño.
- Reducir el riesgo de lesiones durante el sueño.

**Actividades (Cuidados de Enfermería):**

- Limitar la cantidad y duración del sueño diurno.
- Organizar los procedimientos para reducir las molestias en periodo de sueño.
- Adecuar la iluminación nocturna.
- Enseñar ejercicios de relajación.

**CONCLUSIONES**

• La clave en el manejo del P.D. es llegar a un diagnóstico etiopatogénico correcto y precoz. La valoración periódica de pulsos o el Índice Tobillo-Brazo son clave en esta secuencia. Las pruebas de sensibilidad pueden estar basadas en el monofilamento y el diapasón. En caso de isquemia debe ser valorarlo por el servicio de Cirugía Vasculor, quien determinará mediante estudio angiográfico o Angiorresonancia magnética si es candidato a revascularización mediante cirugía convencional (Bypass) o mediante radiología intervencionista (Angioplastia)

• Es muy importante que las úlceras en el paciente diabético sean correctamente etiquetadas para realizar un correcto tratamiento local.

• Realizar el examen del pie e identificar desde Atención Primaria al **paciente de riesgo** es el punto más importante de la prevención.

• La educación sanitaria diabetológica, las recomendaciones de prevención, la identificación de riesgos, el establecimiento de un plan de cuidados individualizado y el tratamiento local de las úlceras constituyen los pilares sobre los que se asientan los cuidados de enfermería en estos pacientes. □

ES FUNDAMENTAL UN LENGUAJE Y UNA TERMINOLOGÍA COMUNES EN ENFERMERÍA Y LA ESTANDARIZACIÓN DE LA NOMENCLATURA O CLASIFICACIÓN PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA.

ESPECIALMENTE EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO, LAS INTERVENCIONES Y LOS RESULTADOS HAN DE SER LOS INSTRUMENTOS QUE PERMITAN EVALUAR LA ACTIVIDAD ENFERMERA.

**Bibliografía**

**1** Carpenito, L.J.: **Diagnósticos de Enfermería. Aplicación a la Práctica Clínica.** 9ª Edición. Interamericana, 2002, Madrid.

**2** CARPENITO, L.J.: **Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería.** 4ª edic. Interamericana, 2005, Madrid.

**3** **Assessment and Management of Foot Ulcers for People with Diabetes .** Registered Nurses Association of Ontario.

**4** [www.minsa.gov.ni/enfermeria/doc](http://www.minsa.gov.ni/enfermeria/doc)

**5** [www.piediabetico.net/UnidadPD](http://www.piediabetico.net/UnidadPD)

**6** [www.cica.es/~samfyc](http://www.cica.es/~samfyc)

**7** [www.guideline.gov/about/inclusion.aspx](http://www.guideline.gov/about/inclusion.aspx).

**8** **Standards of medical care in diabetes. VI. Prevention and management of diabetes complications.** American Diabetes Association.

**9** **Management of diabetes. A national clinical guideline.** Scottish Intercollegiate Guidelines Network - National Government Agency [Non-U.S.]. 2001 Nov.

**10** <http://remi.uninet.edu/2003/11/REMI008.htm> Enfermería basada en la evidencia.

**11** ARAGÓN, F.J. / ORTIZ REMACHA, P.P. **El pie diabético.** Masson 2002.

**12** ACKLEY, B.J. / LADWIG, G.B. **Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de cuidados.** Aula Magna 2006.

# Pharmaimage.tv, un canal de vídeo en Internet para los profesionales sanitarios

El canal ofrece contenidos de manera instantánea sobre Enfermería, Medicina y Farmacia

Recientemente se ha puesto en marcha [www.pharmaimage.tv](http://www.pharmaimage.tv), una plataforma audiovisual que ofrece a los profesionales sanitarios la posibilidad de visualizar en cualquier momento a través de Internet la retransmisión de los principales congresos y jornadas que se celebran en nuestro país.

Pharmaimage.tv quiere convertirse en un marco de intercambio entre profesionales de la sanidad, universidades, empresas, etc. a través de un formato audiovisual innovador.

A diferencia de otros sistemas de vídeo por Internet, el utilizado por Pharmaimage.tv -denominado streaming- no requiere tiempo de espera para visualizar las imágenes del evento elegido. Así, ofrece de manera instantánea contenidos audiovisuales de larga duración a pantalla completa y con una alta calidad de visionado.

Así mismo, el canal se complementa con una página web - [www.pharmaimage.com](http://www.pharmaimage.com) - organizada en tres secciones principales con contenidos específicos para los grupos de profesionales sanitarios a los que va dirigida: Enfermería, Medicina y Farmacia. En concreto, la sección dedicada a la Enfermería ofrece diversos contenidos acerca de las especialidades, el grado y posgrado, la carrera profesional, legislación, noticias de actualidad y eventos profesionales.

## VÍDEOS DEL HOSPITAL DE NAVARRA

Pharmaimage.tv es una plataforma de acceso abierto que, además de congresos y jornadas, permite visualizar charlas, cursos y cualquier otro tipo de eventos relacionados con el ámbito sanitario.

Ahora mismo, en el canal puede verse la "Guía audiovisual sobre el manejo de vías venosas centrales con reservorios subcutáneos", realizada por dos enfermeras del Hospital de Navarra. Dicho vídeo obtuvo el "Premio al mejor trabajo presentado en formato audiovisual" en el XI Congreso Nacional de Enfermería Oncológica. Sus autoras son Esther Aznárez y Ana Mateo, enfermeras del Hospital de Día del Servicio de Oncología Médica del citado hospital.

Igualmente, el canal alberga otro vídeo realizado por seis enfermeras del mencionado Hospital de Día sobre "Cuidados de Enfermería en el paciente sometido a quimioterapia por carcinoma de mama".

## IMAGEN DE CALIDAD

La creación de esta plataforma audiovisual coincide con una fase de crecimiento progresivo de la demanda de contenidos audiovisuales sobre IP. Paralelamente al incremento de las conexiones de banda ancha, se calcula que más de una cuarta parte de los internautas españoles utiliza Internet para acceder al vídeo bajo demanda.



Secuencia de un vídeo de enfermeras del Hospital de Navarra que puede verse en el canal



Sección de Enfermería de la página web [www.pharmaimage.com](http://www.pharmaimage.com)

Entre otras innovaciones, Pharmaimage.tv permite la visualización de los contenidos de manera instantánea, en formato de pantalla completa con imagen de alta calidad y sin límite de duración para cada vídeo. El sistema ofrece flexibilidad al profesional sanitario en la selección de sus contenidos, especialmente en un momento de abundante oferta de eventos profesionales.

Se trata de una plataforma de manejo sencillo que no requiere descarga previa de archivos o programas. Además de ser un servicio abierto, resulta compatible con todos los sistemas de navegación por la red. Igualmente, además de poder visualizar los vídeos desde un ordenador, Pharmaimage.tv dispone de distintas opciones de descarga para ver los contenidos en múltiples dispositivos móviles, como los mp4, entre otros. □



Cada vez son más las personas que desarrollan su actividad delante de una pantalla y que padecen fatiga visual, que se manifiesta a través de escozor o la irritación de los ojos, dolor de cabeza, rigidez de cuello, falta de atención, bajo rendimiento...

**La fatiga aparece principalmente por:**

- Malas condiciones ergonómicas.
- Incorrecta iluminación.
- Baja resolución y contrastes de las pantallas.
- Las ondas electromagnéticas de baja frecuencia que emiten las pantallas.

**Para reducir el estrés visual, lo ergonómicamente correcto consiste en:**

- La persona debe sentarse en una postura relativamente derecha, con los pies apoyados en el suelo o en un soporte.

## Cristales para trabajar con ordenador

- Debe existir una buena iluminación general y puntual, sin brillos ni sombras.
- Han de realizarse descansos. Se trata de parar y enfocar objetos lejanos para relajar la acomodación ocular.
- La distancia de trabajo no ha de ser inferior a la distancia de Harmon (distancia de los nudillos al codo).

Para evitar que las ondas electromagnéticas de baja frecuencia emitidas afecten a los ojos, estos cristales están formados por material ITO, que no transmite la radiación electromagnética. Estos cristales pueden tener o no graduación.

**La reducción del estrés visual permite un trabajo más eficaz. □**

**Los cristales antirreflejantes con protección electromagnética** proporcionan una visión más relajada, eliminando los reflejos y mejorando los contrastes, lo que se traduce en una visión más nítida.

**DORI CALLEJO**  
Óptico-Optometrista  
ÓPTICA UNYVISION



AVDA. PÍO XII

CLÍNICA UNIVERSITARIA

AVDA. NAVARRA

← ÓPTICA UNYVISION

Avda. Navarra  
(Frente a Clínica Universitaria)  
31008 Pamplona  
T. 948 178 188

**PROTEGE TUS OJOS**

**CRISTALES CON FILTRO PARA ORDENADOR\*  
2 X 1**

\*Descuento especial a Colegiados

**15% dto. en gafas graduadas y lentes de contacto**

# UNA BANCA ÚNICA PARA UNA PERSONA ÚNICA: **USTED**

Y por eso, nuestra Banca Privada es su Banca Privada. Un equipo de profesionales que le ofrece productos financieros a su medida. Una banca que garantiza la más efectiva gestión de patrimonios, la máxima rentabilidad para cada perfil de riesgo, acceso permanente a la información sobre sus inversiones y, por supuesto, la máxima confidencialidad. Solicite información en cualquier oficina de Caja Rural de Navarra, por email [bp.cnavarra@cajarural.com](mailto:bp.cnavarra@cajarural.com) o llamando al 948 168 198.

Cadena de ADN