

INVESTIGACIÓN & CUIDADOS

Revista de la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana



DIRECTOR

José Antonio Ávila Olivares

SUBDIRECTOR

Francisco Pareja Llorens

COMITÉ EDITORIAL

Coordinación: M^o Dolores Gil Estevan

Elena Andina Díaz

M^o Pilar Bonet Manso

Manuela Domingo Pozo

Ricardo Martín Peñalver

Francisco Javier Gómez Robles

Cesar Rico Beltrán

M^o Luisa Ruiz Miralles

María Torres Figueiras

Diego Ibáñez Gallardo

M^o Elena Ferrer Hernández

Ruth López Donat

COMITÉ ASESOR

Antonio Núñez Hernández

Juan Fabra Benet

Jesús Ribes Romero

Jose A. Forcada Segarra

Miguel Romero Lorente

Isabel Casabona Martínez

Luis Garnes Fajardo

Encarna Martínez Hernández

José Verdú Soriano

Joseph Adolf Guirao Goris

Alberto Gálvez Toro

Modesta Salazar Agulló

Antonio Peña Rodríguez

Montserrat Angulo Perea

Belén Estevan Fernández

M^o del Mar Ortiz Vela

M^o Teresa Pinedo Velázquez

José Ramón Martínez Riera

Vicente Bellver Capella

COMITÉ TÉCNICO Y FINANCIERO

Juan José Tirado Darder

Belén Paya Pérez

Francisco Mulet Falcó

Antonio Verdú Rico

Felipe Serrano Gómez

Eugenia Gordo Casañ

Isabel Castelló López

Juan Caballero García

Pedro J. Homero Arnue

RELACIONES INTERNACIONALES

Ascensión Marroquí Rodríguez

M^o. José Muñoz Reig

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Luis Mira-Perceval Verdú



Revista incluida en el Catálogo colectivo de Publicaciones periódicas de Ciencias de la Salud
Revista incluida, con carácter exhaustivo en CUIDEN y con carácter selectivo en la base de datos Bdlc.
Revista indexada en CINAHL, LATINDEX y ENFISPO
Revista sociofundadora del Consejo Iberoamericano de Editores de Revistas de Enfermería y afines (CIBERE)

SUSCRIPCIONES

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

c/Xàbia, 4^o 3^o pta. 10 46010 VALENCIA

Teléfono: 963298088 - E-mail: cecova@cecova.org

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

ENVÍO DE TRABAJOS

Colegio de Enfermería de Alicante

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

Alicante

Tlf. 965121372 y 965123622

E-mail: cealicante@cecova.org

EDITA

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

TARIFA 3 NÚMEROS (1 AÑO)

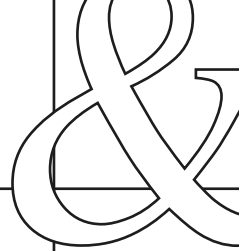
Colegiados/as de la Comunidad Valenciana: Gratuito

Colegiados/as de otras provincias: 20 euros

Alumnos/as de Enfermería: Gratuito

ISSN: 1698-4587

Dep. legal: M-22516-2004



SUMARIO

NORMAS DE PUBLICACIÓN	4
EDITORIAL	
La apuesta colegial por la investigación	5
Ávila Olivares JA.	
ARTÍCULOS ORIGINALES	
Cribado de violencia de género en un departamento de salud	6
García Prieto, S. López Buendía, E. Martínez Corbalán, MC. Cámara Mogente, A.	
ARTÍCULO ESPECIAL	
Calidad subjetiva del sueño en profesionales de enfermería. Diferencia entre turno fijo y turno rotatorio	13
Rafael Muñoz Cruz, R. Rodríguez Mármol, M.	
MISCELANEA	
Cirugía menor ambulatoria en pacientes con anticoagulación oral	18
Santos Cotán, MJ. García Masegoso, J. Martin González, FP. Rodríguez Martorell, FJ. García Palma, A.	
Donación de cordón umbilical. Bancos públicos o privados	21
Maestud Martín, G Soldevilla de la Esperanza, MP España Moscoso, T.	
HUMANIDADES	
Historia de Pitagorín	30
Martínez Cabezas, JA.	
BIBLIOGRAFÍA COMENTADA	35
AGENDA DE ENFERMERÍA	36
ENFERMERÍA EN LA RED	37



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

ESTRUCTURA DE LOS MANUSCRITOS

1. El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa Word como procesador de texto y en Excel o PowerPoint cuando se trate de gráficos. Respecto al texto, la presentación será a espacio y medio, a un cuerpo de letra de 12 (Times New Roman) o 10 (Arial), en DIN A4, dejando los márgenes laterales, superior e inferior de 2,5 cm.

2. Las imágenes digitales, tendrán una resolución de 300 dpi, a un tamaño de 10 x 15 cm y en formato jpg. Las tablas, cuadros, gráficos o imágenes se enviarán aparte del texto, cuyo número no excederá de cinco, debiendo estar numeradas y acotadas según su orden de aparición en el texto y conteniendo título, leyenda o pie de foto.

3. El texto del manuscrito, incluida la bibliografía, deberá ajustarse a un máximo de 3.000 palabras. Se intentará restringir al máximo las abreviaturas y siglas, que se definirán cuando se mencionen por primera vez. Las páginas se numerarán consecutivamente, desde la página del título, en el ángulo superior o inferior derecho. Todos los artículos tendrán que incluir un resumen, que no superará las 250 palabras en el caso de resúmenes no estructurados, y entre tres y diez palabras clave, en castellano y en inglés. En cualquier caso, el manuscrito completo no podrá exceder de 12 páginas para originales y revisiones y 4 para cartas al director.

4. En la primera página deberá aparecer: título, autores con nombre completo y centro de trabajo, dirección para la correspondencia, e-mail y teléfono de contacto. Se admiten un máximo de 6 firmantes o un nombre de grupo de investigación.

5. La segunda página deberá contener el resumen y las palabras clave. Debe incluir un breve comentario que responda a la pregunta ¿Qué contribución tiene este trabajo a la Enfermería? en un párrafo de extensión máxima de cincuenta palabras. No más de 300 palabras. El resumen debe contener el propósito de la investigación, OBJETIVOS /HIPOTESIS procedimientos básicos, hallazgos principales y conclusiones principales. deben aparecer de 3-10 palabras clave (Se recomienda consultar los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) en: <http://decs.bus.br/E/homepagee.htm>. Para verificar las palabras clave en inglés puede consultar los Medicus Subject Headings (MeSH) del Index Medicus en <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>)

6. En las páginas sucesivas aparecerá el texto:

A.- Si se trata de un artículo original:

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

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

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

C.- Carta al director:

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Deberá cumplir los requisitos de uniformidad (estilo Vancouver) a los que se acoge la Revista.
- Las referencias bibliográficas deben ir al final del artículo según el orden de aparición de las citas en el texto.
- Las citas deben numerarse consecutivamente siguiendo el orden con el que aparecen por primera vez en el texto, en forma de superíndices escritos antes del signo de

puntuación si lo hubiere.

- Si se trata de una referencia de un trabajo realizado por dos autores se nombran ambos y si son varios se pondrá el nombre del primero seguido de et al.
- En caso de abreviar nombres de las revistas se utilizará el estilo de Index Medicus e Index de Enfermería.
- Se evitará el uso de frases imprecisas como citas bibliográficas; no pueden emplearse como tales "Observaciones no publicadas" o "comunicación personal".
- Los originales aceptados pero no publicados, se incluyen en las citas bibliográficas como "en prensa" (entre paréntesis).

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

ESTRUCTURA PARA LOS ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

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

- a) Resumen y palabras clave: la extensión del resumen no será superior a 250 palabras y tiene que aportar la información necesaria para poder conocer el/los objetivos del estudio, la metodología básica utilizada, los resultados más destacados y las principales conclusiones. Las palabras clave se situarán debajo del resumen, debiendo identificarse de tres a diez términos que definan el contenido del trabajo para su inclusión en las bases de datos nacionales e internacionales.
- b) Introducción: debe definir claramente los objetivos del estudio y resumir la justificación del mismo, situándolo en el contexto de otros trabajos publicados.
- c) Material y método: se ha de especificar el diseño, la población y muestra, las variables estudiadas, el/los instrumento/s para la recogida de los datos, estrategias para garantizar la fiabilidad y la validez de los mismos, así como el plan de análisis, concretando el tratamiento estadístico. Se especificarán, asimismo, los aspectos éticos vinculados a los diferentes diseños.
- d) Resultados: iniciar con una descripción de los sujetos estudiados, posteriormente presentar la información pertinente a los objetivos del estudio. Las tablas, figuras, gráficos, etc., han de ser claras y relevantes, estando acotadas en el texto por orden de aparición. No repetir en el texto los datos expuestos en las tablas o gráficos y destacar o resumir sólo las observaciones más destacables.
- e) Discusión y conclusiones: sin repetir los datos expuestos en el apartado anterior se tendrá que explicar el significado de los resultados, las limitaciones del estudio y las implicaciones en futuras investigaciones, así como la posible generalización de los hallazgos. También se compararán los resultados con otros trabajos similares y, a modo de conclusión, se intentará dar respuesta a los objetivos del estudio.
- f) Agradecimientos: deberán dirigirse a las personas o instituciones que han contribuido sustancialmente al estudio, siempre que sea pertinente.
- g) Bibliografía: se ajustará a lo indicado en el apartado de referencias bibliográficas.

REQUISITOS ÉTICOS Y LEGALES

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

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

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



La apuesta colegial por la investigación



La mejora de la formación en el ámbito de la investigación y su aplicación práctica en el campo de la Enfermería es uno de los principales retos a los que se enfrenta la profesión enfer-

mera durante los próximos años porque de ello depende, en gran medida, nuestro prestigio como colectivo sanitario.

Por este motivo, es imprescindible reforzar la apuesta, tanto individual como colectiva, por incrementar los actuales niveles de investigación enfermera, sobre todo, poniendo especial atención en no descuidar la investigación cualitativa donde las palabras tan de moda actualmente como eficiencia, sostenibilidad o coste-efectividad evidencien el papel fundamental que desempeña la Enfermería en la mejora y continuidad del sistema sanitario tal y como lo conocemos ahora. Es por ello que las investigaciones llevadas a cabo por profesionales de la Enfermería debemos aprovecharlas para hacer más visibles todos aquellos aspectos cuantitativos directamente relacionados con los costes sanitarios conjuntamente con los aspectos cualitativos que contribuyen directamente a la mejora de la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria conjuntamente con la satisfacción de pacientes y usuarios.

Para ello, el CECOVA y los colegios de Enfermería de Alicante, Castellón y Valencia desarrollan iniciativas para impulsar la investigación enfermera entre las que destacan la convocatoria del Premio CECOVA de Investigación en Enfermería de la Comunidad Valenciana, la edición de libros y tesis doctorales o las colaboraciones a la organización de jornadas y encuentros científicos.

Del mismo modo, la Organización Colegial Autónoma de Enfermería también ponemos a disposición de todos los colegiados las páginas de la revista científica Investigación & Cuidados para publicar aquellos trabajos de investigación de interés para el colectivo que, posteriormente, puedan servir de punto de apoyo para crear una base sólida sobre la práctica clínica enfermera.

Precisamente para facilitar la accesibilidad de la producción científica enfermera a todos los profesionales sanitarios interesados hemos añadido todos los contenidos de esta revista científica y también de la revista enfermería y humanidades Cultura de los Cuidados, editada conjuntamente con la Universidad de Alicante, a nuevas bases de datos.

Además, mantenemos suscrito un convenio de colaboración con la Fundación Index, que permite a las enfermeras de la Comunidad Valenciana el acceso libre y gratuito a todos los recursos incluidos en la plataforma Ciberindex, la base de datos de Enfermería más importante del ámbito iberoamericano, nutrida con cerca de 40.000 referencias bibliográficas.

Desde el CECOVA y los colegios de Enfermería de la Comunidad Valenciana estamos plenamente convencidos que solamente con la potenciación y la puesta en marcha de nuevas líneas y proyectos de investigación en Enfermería se podrá garantizar que el colectivo enfermero tendrá el espacio, el protagonismo y las medidas de apoyo que merece en el campo de la investigación en salud.

Y, con todo ello, dar un empuje necesario para sentar las bases para conseguir que la producción científica enfermera de la Comunidad Valenciana pueda escalar puestos en el ranking nacional para situarnos a la vanguardia de la investigación enfermera.

Sin embargo, debemos hacer un llamamiento a que la Administración sanitaria se implique también en esta cuestión, impulsando y facilitando las investigaciones científicas en el campo de la Enfermería e incentivando que sean las propias enfermeras las que lideren investigaciones en las áreas donde éstas desempeñan un papel esencial. En este sentido la atención a la cronicidad, la prevención de enfermedades, los autocuidados o la promoción y educación para la salud, son unos excelentes espacios para tal fin.

José Antonio Ávila Olivares

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

Cribado de violencia de género en un departamento de salud

Screening of gender violence in a department of health

Trabajo premiado en la VII Jornada científica de Enfermería del Departamento de Salud de Elche-Hospital General. "La estandarización de cuidados como estrategia para disminuir la variabilidad en la práctica clínica". HGU Elche, 8 de mayo de 2015.

Autores: García Prieto S*; López Buendía E**; Martínez Corbalán MC**; Cámara Mogente, A***.

*Eir Familiar y Comunitaria. CSI Santa Pola. - **Eir Familiar y Comunitaria. CS Altabix. - ***Eir Familiar y Comunitaria. CS Raval.

e-mail: sgp486@gmail.com

RESUMEN

La violencia de género es un importante problema de salud pública por la magnitud, frecuencia y repercusiones.

Para la prevención del problema es importante la instauración de programas de cribado universales que permitan la detección precoz y así prevenir la aparición de nuevos casos de violencia. Se recomienda el cribado a todas las mujeres mayores de 14 años y remitir los casos positivos a los servicios de intervención.

El objetivo de este trabajo es analizar los datos obtenidos durante el mes de campaña de cribado, en febrero de 2015, en los centros de salud del Departamento de Elche – Hospital General.

Se ha utilizado el "Protocolo para la Atención Sanitaria de la Violencia de Género (PDA)" de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana, la aplicación informática SIVIO y se han realizado sesiones de información, formación y sensibilización a los profesionales del equipo de Atención Primaria.

Los resultados obtenidos son: 1177 cribados, 15 casos positivos y 4 posibles, esto supone el 5,22% de los cribados realizados en este departamento, frente a los realizados en la Comunidad Valenciana, concluyendo que el "Mes de Cribado de la Violencia de Género en Atención Primaria", ha supuesto un aumento considerable del nº de casos cribados, respecto a diciembre de 2014 sin sensibilización ni formación del equipo y que se ha mantenido la tendencia del cribado

oportunistamente en marzo de 2015, impulsándose positivamente la motivación entre los profesionales

Palabras clave: Atención Primaria; Cribado; Protocolo; Salud; Salud Pública; Violencia; Violencia doméstica.

ABSTRACT

Domestic violence is a major public health problem by the magnitude, frequency and impact.

An important tool preventing this problem is the introduction of universal screening programs to enable early detection and prevent emergence of further violence. Screening in every woman over 14 is recommended, as well as the remission of the positive cases to social services.

The target of this paper is to analyze the data collected during the month of screening campaign in February 2015 at the health centers under the Department of Elche – General Hospital.

We have used the "Health Care against Domestic Violence Protocol" from the Valencian Ministry of Health, SIVIO (an informatic application), and also briefings, training and awareness dictated to professionals from the Primary Care team.

The results were: 1177 screening, detecting 15 positive cases and 4 possible, this means 5,22% of the screening that took care in this department compared to those made in Valencia, concluded that the "Month of screening for domestic violence in Primary Care" has showed a substantial increase in the number of cases screened, compared to 0% in December 2014 without



awareness or training team and has kept opportunist trend of screening in March 2015, positively propelling motivation among professionals.

Keywords: Primary Health Care; Screening; Protocol; Health; Public Health; Violence; Domestic violence.

CONTRIBUCIÓN DEL PRESENTE TRABAJO A LA ENFERMERÍA

Reforzar la necesidad de trabajar con protocolos estandarizados y actualizados, basados en evidencias científicas, que aseguren la calidad de la asistencia y la disminución de la variabilidad en la práctica clínica.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define VIOLENCIA(1) como "el uso de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencia la posibilidad de aparición de lesiones de tipo físico, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte".

En España, la VIOLENCIA DE GÉNERO (2) está regulada en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, que la define como: "la violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres y se ejerce por los cónyuges o quienes hayan estado vinculados a las mujeres por relaciones de afectividad".

En función de la naturaleza de los actos violentos se distinguen tres formas de violencia:

- Física: Conductas que utilizan la fuerza para producir lesiones corporales.
- Psicológica: Conductas que atentan contra la integridad psíquica y emocional.
- Sexual: Actos que atentan contra la libertad sexual de la persona y su dignidad.

La violencia de género es un importante problema de salud pública, tanto por la magnitud, la frecuencia de los diferentes tipos de violencia (Figura 1) y por las repercusiones físicas y mentales para las mujeres y los hijos que conviven con

ellas. Por ello, desde la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana se decide realizar una campaña de cribado de violencia de género, durante el mes de febrero de 2015, en todos los centros de salud de los departamentos que integran la Comunidad.

Cuando se habla de magnitud, hay que hacer referencia a los siguientes datos:

- Se silencian muchos casos.
- Las denuncias solo representan la punta del iceberg.
- 1 de cada 3 mujeres en el mundo ha sido víctima de este tipo de violencia alguna vez en su vida.
- Las mujeres mayores de 56 años no suelen denunciar.
- Un 10,9% de las mujeres en España ha sufrido malos tratos y en el año 2014 han sido más de 600.000. Según el INE (3), en 2014 se registraron 27.087 mujeres víctimas de violencia de género, casos en los que se habían dictado medidas cautelares u órdenes de protección. Teniendo en cuenta intervalos de edad, el 49,3% de las víctimas tenían entre 25 y 39 años, siendo la edad media de las víctimas de 36,4 años.

La detección precoz de casos de violencia de género permitirá prevenir la aparición posterior de nuevos casos de violencia y mejorar la salud de la mujer y de los hijos a su cargo. Para ello se instauran medidas de prevención como los programas de cribado universales que permitan así la detección precoz del problema.

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha publicado el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (4), aprobado por el Consejo Interterritorial en diciembre de 2006 y elaborado por la Comisión de Violencia de Género del Consejo.

En base a este, la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana, ha elaborado el Protocolo para la Atención Sanitaria de la Violencia de Género (PDA)(5), en el año 2008 y cuya 3ª y última edición fue en el año 2009. El Protocolo PDA recomienda el cribado a todas las mujeres a partir de 14 años y remitir los casos positivos a los servicios de intervención.

Estos protocolos aplicados en el ámbito de la atención primaria y especializada, junto al papel primordial que ocupan los profesionales sanitarios, van a guiar la búsqueda activa, la detección precoz y la atención integral a las mujeres que pueden ser víctimas de violencia de género, o estar en riesgo de padecerla.

OBJETIVO

El objetivo del trabajo es analizar los datos obtenidos durante la campaña "Mes de cribado de la Violencia de Género", en el Departamento de Salud Elche – Hospital General, para plantear futuras intervenciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un análisis observacional transversal retrospectivo.

Los datos se han obtenido de la herramienta informática SIVIO, a la que accedemos desde el escritorio principal de la aplicación SIA, en donde está integrada desde abril de 2012. Estos pertenecen exclusivamente a los cribados realizados en los centros de salud del Departamento de Elche, durante el mes de febrero de 2015, mes establecido por la Consejería de Sanidad para llevar a cabo dicha campaña en los centros de salud de todos los Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana, con una cuota mínima de 2 mujeres/profesional/día.

Se ha realizado el cribado de violencia de género, de manera oportunista, a todas las mujeres mayores de 14 años que acudían a los centros de salud por cualquier motivo, estableciéndose este ítem como único criterio de inclusión.

El "Protocolo para la Atención Sanitaria de la Violencia de Género (PDA)" utilizado tiene como objetivo genera el abordaje de la violencia de género en el sector sanitario, estableciendo unas pautas normalizadas que guíen la búsqueda activa o detección precoz de posibles casos de violencia de género y las medidas de intervención a seguir ante los casos identificados, referidos a cualquier forma de violencia y malos tratos en el ámbito familiar ejercidos contra las mujeres mayores de 14 años, independientemente de quien sea el agresor, pero más centradas en la violencia ejercida por la pareja o ex pareja, debido a que son las formas de violencia más frecuentes en nuestro país.

El protocolo de actuación se estructura en dos fases, una de detección y valoración y la segunda de plan de intervención.

En esta campaña de cribado oportunista en atención primaria, antes de comenzar con el protocolo, se le informaba a la mujer de la misma y si se obtenía su consentimiento de forma verbal se iniciaba el proceso.

- Pregunta: "En alguna ocasión, ¿ha sufrido maltrato emocional, físico o sexual por parte de su marido/pareja o por alguna persona importante para usted?".

Si la respuesta es NO, el protocolo termina. Por el contrario si la respuesta es SI, continua.

- Detecta casos de malos tratos: Se utiliza como instrumento de cribado el cuestionario AAS (Figura 2), conocido en inglés como "Abuse Assessment Screen".

Los resultados posibles del cuestionario son: Caso positivo, caso posible o caso negativo. Se considera un caso positivo, si se responde afirmativamente a alguna de las preguntas de la número 2 a la 6. Algunas veces aunque exista una sospecha de que se trata de un caso de maltrato, puede que la mujer no reconozca que es víctima de malos tratos. En este caso, es muy importante no precipitar su testimonio, ofreciéndole apoyo, cercanía, complicidad, que le permitan ganar confianza y afrontar en un futuro su reconocimiento. Se debe de tener en cuenta la posibilidad de derivar a otros profesionales pero siempre con previa conformidad de la mujer.

En caso de confirmarse un caso positivo de maltrato, existe la obligación legal de cumplimentar un parte específico de lesiones.

- Analiza el riesgo. Se utiliza el cuestionario DA (Figura 3), que en inglés se conoce como "Danger Assessment".

La actuación del personal sanitario será distinta según la situación de riesgo de peligro, con respecto al homicidio o suicidio, en la que se encuentre la mujer. Se considera peligro extremo de homicidio o suicidio, si se obtiene una puntuación $DA \geq 4$. En caso de obtenerse una puntuación $DA < 4$ riesgo no extremo, habría que valorar las respuestas ya que la magnitud del riesgo según las respuestas es diferente.



El plan de intervención se realizará en función del nivel de peligro:

- a) plan de intervención cuando la mujer no se encuentra en situación de peligro extremo.
- b) plan de intervención cuando la mujer se encuentra en situación de peligro extremo.

En cualquier caso ante la confirmación de un caso positivo se tiene que emitir el Informe Médico por Presunta Violencia de Género/Doméstica y registrar en la historia clínica el episodio, describiendo las lesiones físicas, psíquicas, así como las actuaciones realizadas.

Se debe tener en cuenta que la herramienta informática SIVIO solo permite la emisión de este informe si el usuario tiene un perfil de facultativo, siendo muy importante, en caso de no tener ese perfil, remitir el caso al facultativo correspondiente para que pueda realizar dicho informe y no se quede sin emitir.

Respecto del material utilizado, añadir que se han realizado sesiones de información, formación y sensibilización a los profesionales del equipo sanitario: Coordinadores de Centros de Salud, Médicos, Enfermeros, Trabajadores Sociales, Matronas y Trabajadores de la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva, con el objetivo de dar a conocer o recordar la existencia del Protocolo PDA, presentar la campaña de mes de cribado de violencia de género y fomentar la motivación entre los profesionales así como dotarlos de habilidades para el manejo de estas situaciones.

También se han utilizado carteles informativos repartidos por las distintas estancias de los centros de salud, elaborados y facilitados por la Consejería de Sanidad de la CV (Figura 4).

RESULTADOS

Los resultados obtenidos que se reflejan en la (Figura 5), cuyos datos son relativos al mes de la campaña de cribado, en febrero de 2015, describen un 5,22% de los cribados realizados en el Departamento de Elche – Hospital General frente a los realizados en la Comunidad Valenciana.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El mes de cribado ha supuesto un aumento considerable de los cribados realizados, de un 0%, sin sesiones de sensibilización e infor-

mación ni formación a los profesionales de los equipos de Atención Primaria, a un 5,22% de cribados.

Se demuestra que las reuniones han supuesto un impulso positivo en la motivación de los profesionales del EAP para utilizar la aplicación SIVIO.

También se puede observar, en el mes de marzo de 2015 (Figura 5), un mantenimiento de la tendencia del cribado oportunista después de esta iniciativa.

Resaltar la importancia de realizar los Informes Médicos, ya que como se puede ver en la (Figura 5), en el mes de la campaña, de 15 casos positivos sólo se realizó un informe.

AGRADECIMIENTOS

Gracias al Comité Científico de la VII Jornada científica de Enfermería del Departamento de Salud de Elche-Hospital General, que nos brindó la oportunidad de participar en ella, presentando este trabajo como Comunicación Oral, cuya estrategia era reforzar, en el personal de enfermería, la necesidad de trabajar siguiendo protocolos estandarizados basados en la evidencia y que tras la defensa del mismo resultó galardonado como Mejor Comunicación Oral.

Agradecer al Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, CECOVA, la dotación del premio y la concesión de publicar el trabajo en la presente revista.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Resolución nº 49. XXV Asamblea Mundial de la Salud. Prevención de la violencia. Una prioridad en Salud Pública. Ginebra: OMS; 1996.
2. Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 313, (29-12-2004).
3. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género. Año 2014. (Nota de prensa. 5 de mayo 2014). Disponible en: <http://www.ine.es>
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
5. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Protocolo para la Atención Sanitaria a la Violencia de Género. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Dirección General de Salud Pública; 2009.

FIGURAS Y TABLAS

FRECUENCIA DE APARICIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO SEGÚN EL TIPO DE DAÑO CAUSADO.

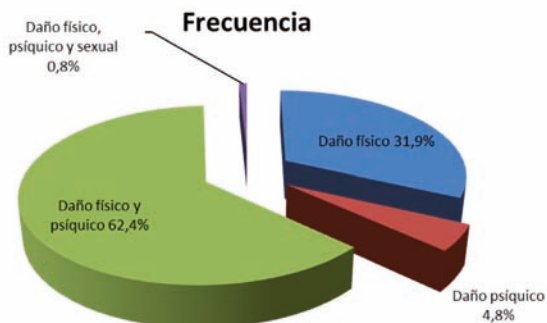


Figura 1.

CUESTIONARIO AAS

1. En alguna ocasión, ¿ha sufrido maltrato emocional, físico o sexual por parte de su marido/pareja o por una persona importante para usted?

NO _0_ → FIN CUESTIONARIO

SI _1_

¿Qué edad tenía usted? años

¿Durante cuánto tiempo? años

¿Quién lo hizo? (marcar respuesta posible)
(Ver códigos en lista inferior)

1	7	13
2	8	14
3	9	15
4	10	16
5	11	17
6	12	18

(Especificar) _____

2. Durante el último año, ¿le han humillado, insultado, menospreciado, gritado, amenazado, asustado, controlado su vida o ha sufrido otra forma de maltrato emocional?

NO _0_

SI _1_

¿Quién lo hizo? (marcar respuesta posible)
(Ver códigos en lista inferior)

¿Con qué frecuencia?

ALGUNAS VECES _1_

FRECUENTEMENTE _2_

MUY FRECUENTEMENTE _3_

1	7	13
2	8	14
3	9	15
4	10	16
5	11	17
6	12	18

(Especificar) _____

3. Durante el último año, ¿le han empujado, abofeteado, golpeado, dado patadas o ha sufrido otra forma de maltrato físico?

NO _0_

SI _1_

¿Quién lo hizo? (marcar respuesta posible)
(Ver códigos en lista inferior)

¿Cuántas veces?

1	7	13
2	8	14
3	9	15
4	10	16
5	11	17
6	12	18

(Especificar) _____

4. Durante el último año, ¿le han forzado a mantener relaciones sexuales?

NO _0_

SI _1_

¿Quién lo hizo? (marcar respuesta posible)
(Ver códigos en lista inferior)

¿Cuántas veces?

1	7	13
2	8	14
3	9	15
4	10	16
5	11	17
6	12	18

(Especificar) _____

SÓLO PARA MUJERES EMBARAZADAS

5. Desde que está embarazada, ¿le han humillado, insultado, menospreciado, gritado, amenazado, asustado, controlado su vida o ha sufrido otra forma de maltrato emocional?

NO _0_

SI _1_

¿Quién lo hizo? (marcar respuesta posible)
(Ver códigos en lista inferior)

¿Con qué frecuencia?

ALGUNAS VECES _1_

FRECUENTEMENTE _2_

MUY FRECUENTEMENTE _3_

1	7	13
2	8	14
3	9	15
4	10	16
5	11	17
6	12	18

(Especificar) _____

6. Desde que está embarazada, ¿le han empujado, abofeteado, golpeado, dado patadas o ha sufrido otra forma de maltrato físico?

NO _0_

SI _1_

¿Quién lo hizo? (marcar respuesta posible)
(Ver códigos en lista inferior)

¿Cuántas veces?

1	7	13
2	8	14
3	9	15
4	10	16
5	11	17
6	12	18

(Especificar) _____

RESULTADO DEL CRIBADO:

NEGATIVO VERDADERO NEGATIVO

POSIBLE

**POSITIVO Entregar el CA
Cumplimentar Informe Médico por Presunto
Violencia de Género/Doméstica (Adultas)

** Se considera un CASO POSITIVO, si responde afirmativamente a algunas de las preguntas de la número 2 a la 6.

Si el caso es positivo:

¿Es la primera vez que se identifican, en los servicios sanitarios, los malos tratos que sufre actualmente?

NO _0_

SI _1_

¿Durante cuánto tiempo sufre los malos tratos actuales? años

Lista de códigos para identificar quién lo hizo	
1	Marido/Pareja
2	Ex marido/Ex pareja
3	Novio
4	Ex novio
5	Padre, padrastro o compañero de la madre
6	Madre, madrastra o com pañera del padre
7	Suegro
8	Suegra
9	Hijo
10	Hija
11	Hern ano
12	Hern ana
13	Tio u otro hombre del ámbito familiar
14	Tia u otra mujer del ámbito familiar
15	Hombre conocido no perteneciente al ámbito familiar
16	Mujer conocida no perteneciente al ámbito familiar
17	Desconocido
18	Otros (especificar) _____

Figura 2.



CUESTIONARIO DA

	NO	SÍ
1. En el <u>último año</u> , ¿ha aumentado la violencia emocional o física en severidad o frecuencia?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
2. ¿Tiene alguna arma de fuego?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
3. ¿Está en paro?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
4. ¿Ha amenazado con matarle?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
5. ¿Se ha librado de ser detenido por violencia doméstica?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
6. ¿La ha forzado a mantener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
7. En <u>alguna ocasión</u> , ¿ha intentado estrangularla?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
8. ¿Consume drogas? <i>(como por ejemplo, estimulantes o anfetaminas, speed, polvo de ángel, cocaína, heroína, drogas de diseño o mezclas)</i>	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
9. ¿Tiene algún problema con el alcohol o es alcohólico?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
10. ¿Se pone celoso de forma violenta? <i>(por ejemplo, dice "si yo no puedo tenerte, nadie te tendrá")</i>	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
11. ¿Amenaza con hacer daño a sus hijos/as?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
12. ¿Cree que es capaz de matarla?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
13. ¿La persigue o la espía, le deja notas amenazantes o le deja mensajes, rompe sus cosas, o la llama cuando usted no quiere?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
14. En <u>alguna ocasión</u> , ¿ha amenazado o ha intentado suicidarse?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

15. En alguna ocasión, ¿la ha golpeado cuando ha estado embarazada?

NO ₀

SÍ ₁

NUNCA HE ESTADO EMBARAZADA DE LA ₂
PERSONA QUE ME ESTÁ AGREDIENDO

16. En el último año, ¿ha dejado a su pareja o expareja, después de vivir juntos?

NO ₀

SÍ ₁

NUNCA HE VIVIDO CON ÉL ₂

17. ¿Controla la mayoría o todas sus actividades diarias? *(como por ejemplo, le dice con quién puede hacer amistades, cuándo puede ver a su familia, cuánto dinero puede gastar, o cuándo puede coger el coche, etc)*

NO ₀

SÍ ₁

LO INTENTA PERO NO LE DEJO ₂

18. En alguna ocasión, ¿ha usado alguna arma contra usted o la ha amenazado con ella?

NO ₀

SÍ ₁

¿Fue con un arma de fuego?

NO ₀

SÍ ₁

19. ¿Tiene usted algún hijo/a que no sea de la persona que le está agrediendo?

NO ₀

SÍ ₁

20. En alguna ocasión, ¿usted ha amenazado con suicidarse o lo ha intentado?

NO ₀

SÍ ₁

PUNTUACIÓN: (Contar el número de respuestas positivas)

* Se considera PELIGRO EXTREMO DE HOMICIDIO O SUICIDIO, si se obtiene una puntuación igual o superior a 4 puntos. No obstante, si se obtiene una puntuación inferior a 4, se recomienda valorar el contenido de las preguntas que ha respondido afirmativamente, para guiar las actuaciones.

Figura 3.

CARTEL INFORMATIVO DE LA CAMPAÑA DE CRIBADO DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

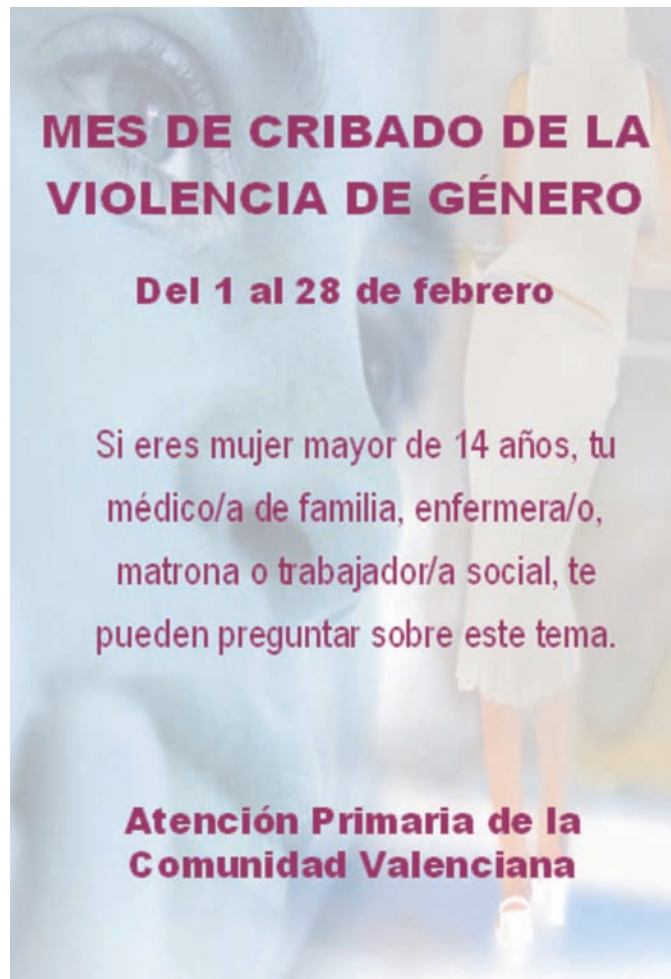
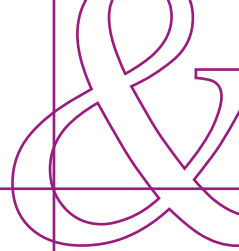


Figura 4.

RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ESTUDIO

RESULTADOS						
Mes/Año	Nº cribados	Casos positivos	Informes médicos	Casos posibles	Casos negativos	No responden
Diciembre 2014	0	0	0	0	0	0
Febrero 2015	1177	15	1	4	1077	81
Marzo 2015	58	1	1	0	52	6

Figura 5.



Calidad subjetiva del sueño en profesionales de enfermería.

Diferencia entre turno fijo y turno rotatorio

Subjective sleep quality in nursing professionals.
Difference between fixed and shift work

Autores: Muñoz Cruz R*; Rodríguez Mármol M**

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

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

e-mail: rafamunozcruz@gmail.com

RESUMEN

El sueño y el buen descanso del personal sanitario es un factor importante a la hora de un correcto desempeño de sus funciones, pero en ocasiones se ve alterado por la turnicidad en el trabajo. Se realizó un estudio sobre 220 enfermeras/os del complejo hospitalario de Jaén, para evaluar la satisfacción subjetiva de su sueño y ver las diferencias entre el personal fijo de mañana o tarde y el personal con un turno rotatorio. Para ello se utilizó el cuestionario de Oviedo, un cuestionario autoadministrable y previamente validado, cuyas preguntas están compuestas por una escala tipo Likert del 1 al 5 y evalúan la satisfacción subjetiva del sueño, el insomnio y el hipersomnio. Existieron diferencias en casi todos los aspectos relacionados con el sueño, así como en la valoración global del sueño, evidenciando que existe una peor satisfacción entre los profesionales que trabajan a turnos.

Como contribución a la Enfermería, este trabajo aporta una idea de cómo influye la falta de sueño en el personal sanitario, para así poder tenerlo en cuenta a la hora de la planificación de los turnos de trabajo.

Palabras clave: Sueño; Personal de Enferme-

ría; Trabajo por Turnos; Trastornos del Inicio y del Mantenimiento del Sueño

ABSTRACT

Sleep and good rest of health workers is an important time for a proper performance of their functions factor, but sometimes altered by shift work. A study of 220 nurses / os of the hospital complex of Jaen was conducted to evaluate the subjective satisfaction of his dream and see the differences between the fixed personnel morning or afternoon and staff with a rotation system. This questionnaire Oviedo a previously validated self-administered questionnaire was used, whose questions are composed by a Likert scale of 1 to 5 and assess subjective sleep satisfaction, insomnia and hypersomnia. There were differences in almost all aspects related to sleep and in the global assessment of sleep, demonstrating that there is a worst satisfaction among professionals working in shifts.

Nursing as a contribution to this work provides insight into how sleep deprivation affects the health personnel, in order to take this into account when planning shifts.

Keywords: Nursing Staff; Shift Work; Sleep Initiation and Maintenance Disorders.

INTRODUCCIÓN

El sueño se puede definir como el estado regular, recurrente, fácilmente reversible, caracterizado por una relativa tranquilidad y por un gran

incremento en el umbral o en la respuesta a estímulos externos en comparación al estado de vigilia¹. La falta de sueño continuada puede dar lugar a una disminución en el estado de alerta,

en el rendimiento, en la atención, en el estado de ánimo y en el ritmo circadiano de los individuos². Se considera trabajador nocturno al que invierte no menos de tres horas de su trabajo diario, o al menos una tercera parte de su jornada anual entre las 10 de la noche y las 6 de la mañana³.

Los trabajadores de jornadas irregulares son los más perjudicados por la disminución del tiempo y la calidad del sueño, ya que se reducen las horas de descanso nocturno⁴. El sueño se ve afectado principalmente en aquellos profesionales de Enfermería que trabajan a turnos o en turno fijo de noche^{5,6}.

En el sector de la sanidad, la mayor parte de los empleados trabajan por turnos, lo que va a afectar a sus hábitos de sueño. Las manifestaciones de esta afectación se traducen en cefaleas, dorsalgias, dolencias gástricas, náuseas, dolores en las piernas, insomnio, sueño agitado, astenia, fatiga general y alteraciones en los hábitos^{3,5,7,8}.

Los autores consideran a los profesionales de Enfermería como uno de los grupos laborales con mayor afectación por el trabajo, debido principalmente al contacto continuo con el paciente, la carga de trabajo, la responsabilidad, el horario y el clima laboral⁹.

Los profesionales de la Enfermería deben de ser conscientes de la repercusión que tiene sobre su salud una inadecuada cobertura de la necesidad de sueño y descanso¹⁰, porque incluso en estudiantes de Enfermería, los turnos rotatorios dan lugar a posibles problemas en el rendimiento académico y en la calidad del sueño^{4,11,12}. Esto se produce porque los horarios de trabajo ininterrumpidos producen un impacto importante en la salud, dando lugar a un mayor riesgo de accidentes y errores en el trabajo, o consecuencias sociales con la familia y los compromisos sociales^{2,13}. Los trastornos de los ritmos circadianos indican un patrón de sueño desestructurado; este hecho está estudiado y reconocido en el medio hospitalario, aunque no tan valorado en Atención Primaria¹⁴.

Hasta la fecha existen pocos estudios sobre la calidad del sueño y los factores que la alteran en los profesionales de salud¹⁴.

OBJETIVO

El objetivo del presente artículo es el de conocer las diferencias que existen entre un grupo de profesionales de Enfermería que trabajan en un hospital de la ciudad de Jaén a nivel del in-

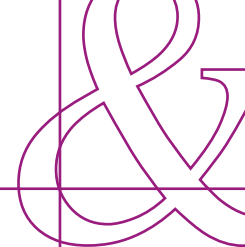
somnio o hipersomnio que pueden sufrir, así como conocer la valoración subjetiva que tienen sobre su descanso. También es un objetivo el conocer si existen diferencias entre aquellos profesionales que trabajan en turno fijo o en turno rotatorio, para saber si el cambio de horarios laborales influye positiva o negativamente en el descanso de los profesionales de Enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en el que se encuestaron a 220 enfermeros del Complejo Hospitalario de Jaén, 120 trabajaban en un turno rotatorio y 100 tenían turno fijo de mañana o de tarde. La muestra fue seleccionada mediante muestreo no probabilístico de conveniencia.

Los datos fueron recogidos entre los meses de Marzo y Mayo de 2015 mediante el cuestionario Oviedo¹⁵ para la valoración del nivel de satisfacción subjetiva del sueño. Se trata de un cuestionario que ayuda al diagnóstico del insomnio e hipersomnio según los criterios del CIE-10. Consta de 15 ítems, 13 de los cuales se agrupan en tres escalas: satisfacción subjetiva de sueño (1 ítem), insomnio (9 ítems) e hipersomnio (3 ítems). Todos los ítems se responden a través de una escala tipo Likert del 1 al 5, excepto el primero que es del 1 (muy insatisfecho) al 7 (muy satisfecho). Este cuestionario presenta un nivel de consistencia interna de 0,90. El instrumento de medida fue cumplimentado voluntariamente previo consentimiento informado.

Los datos obtenidos se procesaron con el paquete estadístico SPSS v.15, mientras que para el cálculo de los intervalos de confianza se utilizó el EpiDat v.3.1. Se llevó a cabo un análisis descriptivo calculándose la media, moda e intervalos de confianza para las variables cuantitativas mientras que las cualitativas fueron expresadas con porcentajes y frecuencias. Para la representación de los resultados se utilizaron tablas y gráficos. En el análisis bivalente, al comparar una variable independiente cualitativa dicotómica (turno rotatorio/turno fijo) frente a una dependiente cuantitativa (escala Likert de todos los ítems del cuestionario), se utilizó la T-Student, excepto en aquellos casos donde no se cumplía la normalidad (prueba Kolmogorov-Smirnov) o la homocedasticidad (Test de Levene), que fue utilizado el estadístico U de Mann-With-



ney. Se consideró que existían diferencias estadísticamente significativas en aquellos casos donde el valor de significación es menor a 0,05. Se calculó la fuerza de asociación a través de la D de Cohen junto a su intervalo de confianza al 95%.

RESULTADOS

El estudio se llevó a cabo sobre una muestra de 220 enfermeros, de los cuales 120 (54,54%) trabajaban con un turno rotatorio y 100 (45,45%) tenían un turno fijo. La muestra presenta una media de edad de 43,89 con una DE=10,464. La media de satisfacción de la muestra total fue de 4,15 con una DE= 1,733. Si analizamos la muestra en función de los grupos de comparación encontramos los resultados expuestos en la Tabla 1.

Para la primera pregunta del cuestionario, "¿Cómo de satisfecha está con su sueño?", se obtuvieron los resultados representados en la figura 1, en la que se diferencian los datos referentes a ambos grupos. (Figura 1)

Al realizar el análisis descriptivo y bivalente del cuestionario se encontraron con los resultados expuestos en la tabla 2, en la cual se representa la moda, la media puntuación de cada ítem y su desviación estándar, a su vez que la significación estadística y su fuerza de asociación en aquellos casos donde las diferencias no son debidas al azar. (Tabla 2)

Se pueden observar diferencias estadísticamente significativas para todos los ítems, excepto para el caso de existir un movimiento excesivo de piernas, ronquidos con ahogo, frecuencia de pesadillas y otros problemas, donde las diferencias son debidas al azar.

DISCUSIÓN

En términos generales, la media de satisfacción del sueño en los trabajadores de turno rotatorio es casi un punto y medio menor que en aquellos trabajadores que trabajan en turnos rotatorios. Teniendo en cuenta que se trata de una escala cuyos valores oscilan entre uno y siete, es una diferencia considerable entre los dos grupos. Estos resultados están en concordancia con los obtenidos por de Oliveira y de Martino en el año 2013², donde en un estudio similar pero con otro instrumento, concluyeron que las enfermeras que trabajaban durante el día tenían una mejor calidad del sueño que las que lo hacían durante la noche.

Se observa que una décima parte de los profesionales que tienen un turno rotatorio están muy insatisfechos con su sueño. Estos datos están en relación con los obtenidos por Bonet Porqueras en 2009⁶, donde aproximadamente el 17% de los trabajadores a turnos mostraban insomnio.

Los resultados obtenidos permiten ver como en casi todos los ítems existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, lo que demuestra que aquellos profesionales de enfermería que trabajan con un turno fijo, ya sea de tarde o de mañana, tienen menor puntuación global, es decir tienen una mejor calidad subjetiva del sueño. Este resultado está en relación a los datos obtenidos por Soares y Figueredo⁷, donde en su estudio realizado en 2011 concluyen con la misma idea.

En los ítems referidos a los ronquidos con ahogo, al movimiento de piernas durante la noche, a las pesadillas y a otras características que puedan alterar el sueño durante la noche, no se obtuvieron diferencias significativas en función del turno de trabajo, lo que viene a decir que las diferencias entre los dos grupos son debidas al azar. También es probable que estos problemas no se den por el turno de trabajo, sino por otros factores como la obesidad, al igual que propone Vanesa Villarroel en su tesis doctoral⁴, donde el ronquido puede incrementarse cuando se incrementa el índice de masa corporal (IMC) y no por la turnicidad en el trabajo.

Parece ser que la diferencia principal entre ambos grupos radica en la dificultad para permanecer dormido, ya que es en este ítem en el que más diferencia se puede apreciar entre la media de un grupo y otro. Este aspecto, dará lugar a un gran predominio de somnolencia diurna en aquellos trabajadores de turno rotatorio; aspecto que según los resultados obtenidos por Carmona y cols.¹² tiene una gran prevalencia en este grupo de trabajadores.

La principal limitación del estudio es debida a la naturaleza de este, puesto que es descriptivo transversal y no mide causalidad debido a que no hay continuidad en el tiempo, del mismo modo que tampoco mide factores de riesgo. Existe un posible sesgo de selección puesto que la muestra es seleccionada a través de un muestreo no probabilístico, por lo que la muestra no es representativa y sólo nos centramos en los datos arrojados por ella y no extrapolamos los resultados.

Por estos motivos, sería conveniente, en un estudio futuro, analizar de qué forma influye el turno rotatorio en la calidad subjetiva del sueño del enfermero, y así concluir si se considera un factor de riesgo para una mala calidad del sueño y por lo tanto contribuye a diversos problemas relacionados con el mal descanso. También se incluye como propuesta de estudio para el futuro, se sugiere que investigar la relación entre los problemas relacionados con el sueño en profesionales de enfermería en función del servicio en el que desempeñan su actividad laboral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Faubel R, López E, Rodríguez F. El impacto de la duración habitual del sueño sobre la obesidad, la presión arterial, la calidad de vida y la función cognitiva de los ancianos españoles (Tesis doctoral). Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid. 2008.
2. de Oliveira B, de Martino MM. Análise das funções cognitivas e sono na equipe de enfermagem nos turnos diurno e noturno. Revista Gaúcha de Enfermagem 2013;34(1):30-36.
3. Díaz-Sampedro E, López-Maza R, González-Puente M. Hábitos de alimentación y actividad física según la turnicidad de los trabajadores de un hospital. Enfermería clínica 2010;20(4):229-235.
4. Villarreal VM. Calidad de sueño en estudiantes de las carreras de Medicina y Enfermería: Universidad de los Andes, Mérida-Venezuela. 2014.
5. Rodrigo S. Calidad del sueño en personal de enfermería. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología) 2011;3(2).
6. Bonet-Forqueras R, Moliné-Pallarés A, Olona-Cabases M, Gil-Mateu E, Bonet-Notario P, Les-Morell E, et al. Turno nocturno: un factor de riesgo en la salud y calidad de vida del personal de enfermería. Enfermería Clínica 2009;19(2):76-82.
7. Soares S, Figueiredo M. Trabalho em turnos: estado geral de saúde relacionado ao sono em trabalhadores de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP 2012;46(6):1471-1476.
8. Álvarez L, Prieto B. Prevalencia de desgaste profesional en personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de Boyacá, Colombia. Enfermería Global 2013;12(29):73-88.
9. García F. Análisis del estado de salud de los profesionales de enfermería del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología) 2010;2(1).
10. Domínguez S, Oliva MA, Rivera N. Prevalencia de deterioro del patrón del sueño en estudiantes de enfermería en Huelva. Enfermería Global 2007;6(2).
11. Ticona SB, Marques R, Baraldi A, de Azevedo L, Siqueira AL. Influência de fatores de estresse e características sociodemográficas na qualidade do sono de estudantes de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP 2014;48(3):514-520.
12. Carmona L, De Martino, de Figueiredo M. Padrão de sono e sonolência do trabalhador estudante de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP 2012;46(5):1178-1183.
13. Rodríguez-Marín J. Calidad de vida laboral en profesionales de la salud. Revista de Calidad Asistencial 2010;25(6):318-320.
14. Díaz-Campo Y, Díaz-Campo C, Puerma C, Viedma N, Aulet A, Lázaro E, Fernández O. La calidad del sueño en los profesionales sanitarios de dos áreas de salud de Castilla-La Mancha. Revista Clínica de Medicina Familiar 2008;2(4):156-161.
15. Lomeli H, Pérez-Olmos I, Talero-Gutiérrez C, Moreno CB, González-Reyes R, Palacios L, de la Peña F, Muñoz-Delgado J. Escalas y cuestionarios para evaluar el sueño: una revisión. Actas Esp Psiquiatr. 2008;36(1):50-59.

Análisis demográfico en función del grupo

	Media Edad	Sexo	Media Satisfacción	Total
Rotatorio	42,40 ±10,472	Hombres: 20% (n=24)	3,43 ±1,532	120
		Mujeres: 80% (n=96)		
Fijo	45,68 ±10,221	Hombres: 33% (n=33)	5,00 ±1,570	100
		Mujeres: 67% (n=67)		

Tabla 1.

Nivel de satisfacción en función del turno de trabajo.

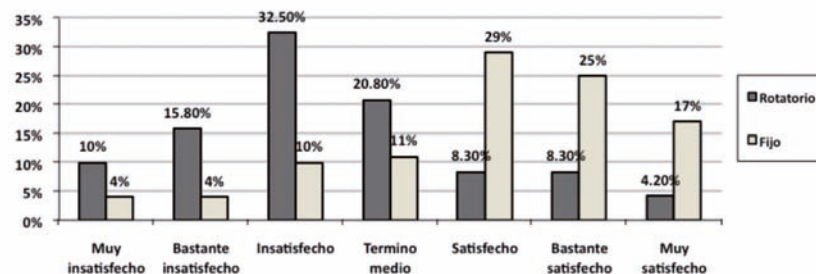


Figura 1.



Análisis descriptivo y bivalente de los datos

Items	Rotatorio	Fijo
Dificultad para conciliar el sueño	Moda= 3 Media= 2,90±1,133	Moda=2 Media=1,90±0,798
	p=0,000* d=1,01 IC 95% [0,72-1,29]	
Dificultad para permanecer dormido	Moda= 3 Media= 2,90±1,133	Moda=1 Media=1,31±0,748
	p=0,000* d=1,63 IC 95% [1,32-1,93]	
Dificultad para tener un sueño reparador	Moda= 3 Media= 2,57±1,207	Moda=1 Media=1,84±1,080
	p= 0,000 d=0,63 IC 95% [0,36-0,91]	
Dificultad para despertar a la hora habitual	Moda=3 Media=2,91±1,045	Moda=1 Media=1,66±1,037
	p= 0,000 d=1,20 IC 95% [0,91-1,49]	
Excesiva somnolencia	Moda=3 Media=2,48±1,108	Moda=1 Media=1,87±1,051
	p=0,000 d=0,56 IC 95% [0,29-0,83]	
Tiempo que ha tardado en dormirse	Moda=3 Media=3,11±0,994	Moda=1 Media=1,69±0,748
	p=0,000 d=1,59 IC 95% [1,29-1,90]	
Veces que se ha despertado	Moda=5 Media=3,32±1,384	Moda=1 Media=1,32±0,695
	p=0,000* d=1,78 IC 95% [1,46-2,09]	
Se ha despertado antes de lo habitual	Moda=3 Media=2,73±0,907	Moda=1 Media=1,21±0,591
	p=0,000* d= 1,95 IC 95% [1,63-2,27]	
Eficiencia del sueño	Moda=2 Media=2,53±0,879	Moda=2 Media=1,91±0,818
	p= 0,000* d=0,73 IC 95% [0,45-1,00]	
Disminución del funcionamiento sociolaboral	Moda=3 Media=2,65±1,058	Moda=1 Media=1,83±0,865
	p=0,000 d=0,84 IC 95% [0,56-1,12]	
Excesiva somnolencia	Moda=2 Media=2,81±1,140	Moda=1 Media=1,29±0,686
	p=0,000* d= 1,58 IC 95% [1,28-1,89]	
Ha tenido periodos de sueño diurno	Moda=3 Media=2,65±1,082	Moda=1 Media=1,69±0,734
	p=0,000* d= 1,02 IC 95% [0,74-1,30]	
Días a la semana con ronquidos	Moda=1 Media=1,99±1,637	Moda=1 Media=1,96±1,510
	p=0,000 d=0,02 IC 95% [-0,25-0,28]	
Días a la semana con ronquidos y ahogo	Moda=1 Media=1,25±0,891	Moda=1 Media=1,11±0,424
	p=0,685*	
Días a la semana con movimiento nocturno de piernas	Moda=1 Media=1,55±1,144	Moda=1 Media=1,44±1,008
	p= 0,455	
Días a la semana que ha tenido pesadillas	Moda=1 Media=1,2±0,442	Moda=1 Media=1,14±0,377
	p=0,280*	
Otros	Moda=1 Media=1,37±0,961	Moda=1 Media=1,35±0,989
	p=0,900	
Días a la semana que ha usado remedios para dormir	Moda=2 Media=2,6±0,1417	Moda=1 Media=1,68±1,081
	p= 0,000* d=0,72 IC 95% [0,45-1,00]	

*Estadístico U de Mann-Withney.

Tabla 2.

Cirugía menor ambulatoria en pacientes con anticoagulación oral

Ambulatory minor surgery in patients with oral anticoagulation

Autor: Santos Cotán MJ*; García Masegoso J**; Martín González FP**; Rodríguez Martorell FJ***; García Palma A****

* Enfermero. Centro de Salud San Jerónimo. Sevilla

** Enfermeros. Hematología. Laboratorio de Coagulación del H.U. Virgen del Rocío de Sevilla

*** Medico. Hematología. Laboratorio de Coagulación del H.U. Virgen del Rocío de Sevilla

**** Odontólogo. Centro de Salud de Tomares. Sevilla

e-mail: pelisalteras@hotmail.com

RESUMEN

Ante la necesidad de garantizar la seguridad en procedimientos de cirugía menor ambulatoria en pacientes con terapia de anticoagulación oral, y siguiendo las indicaciones de las guías de práctica clínica, decidimos intervenir a 32 pacientes anticoagulados realizando una determinación previa de International Normalized Ratio (INR)

Sometimos a la intervención a aquellos que se encontraban dentro de su rango terapéutico, comprobando a las 72 horas de la intervención el estado de la herida quirúrgica y constatamos que no se evidenciaron complicaciones hemorrágicas, tromboembólicas ni infecciosas, por lo que no es necesario suspender la terapia de anticoagulación oral en pacientes que van a ser sometidos a procedimientos de cirugía menor ambulatoria, siempre y cuando en el momento de la intervención mantenga el INR dentro de su rango terapéutico establecido.

Esta experiencia contribuye a disminuir la hiperfrecuentación de pacientes a las consultas médicas y de enfermería y a aumentar el campo de acción de enfermeros que llevan a cabo el programa de Cirugía Menor Ambulatoria en Atención Primaria de forma coordinada con los Servicios de Hematología del Hospital de referencia.

Palabras claves: anticoagulación; cirugía menor; hemorragia; INR.

ABSTRACT

Given the need to ensure safe procedures for minor outpatient surgery in patients with oral anticoagulation therapy, and as directed by the clinical practice guidelines, we decided to intervene on 32 anticoagulated patients made a prior determination of INR.

We submitted to the intervention those who were within the therapeutic range, checking after 72 hours after the operation the state of the wound and found that noninfectious bleeding complications, thromboembolic or were evident, so it is not necessary to suspend the oral anticoagulation therapy in patients about to undergo outpatient procedures and minor surgery always when at the time of the intervention keep the INR within the therapeutic range established.

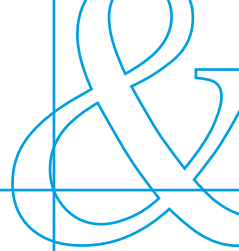
This work contributes to reducing the frequent attendance of patients to medical and nursing consultations and increase the scope of nurses who perform the minor outpatient surgery program in primary care in coordination with Hematology Services Reference Hospital

Keywords: anticoagulation; minor surgery; hemorrhage; INR.

INTRODUCCIÓN

Según la literatura consultada por lo general no es necesario suspender la terapia de anticoagulación oral en pacientes que van a ser sometidos

a procedimientos de cirugía menor ambulatoria (1) siempre y cuando en el momento de la intervención mantenga el INR dentro de su rango terapéutico establecido.



En Sevilla, está anticoagulado con antivitamina K casi el 5% de la población y los profesionales que nos dedicamos a practicar la Cirugía Menor Ambulatoria (CmA) en Atención Primaria tenemos la necesidad de garantizar su seguridad ante los diferentes procedimientos que se llevan a cabo dentro de este programa.

En la actualidad, en muchos Centros de Atención Primaria de nuestra provincia, la CmA en pacientes anticoagulados con antivitamina K se lleva a cabo suspendiendo (2) la Terapia de Anticoagulación Oral (TAO) varios días antes de la intervención y restableciendo dicha terapia unos días después a criterio exclusivamente médico con lo que aumenta la frecuentación de pacientes a consultas médicas y de enfermería.

Existen diferentes protocolos (3,4) de actuación a la hora de intervenir a estos pacientes anticoagulados por eso nos preguntamos si en pacientes que están sometidos a terapia de anticoagulación oral (TAO), ¿la no suspensión de esta terapia ante un procedimiento de CmA que requiera bisturí frío, no supone un mayor riesgo de sangrado post-operatorio?

OBJETIVOS

Comprobar que en los pacientes sometidos a procedimientos de Cirugía Menor Ambulatoria en los que no se suspende la terapia de anticoagulación oral, no presentan HEMORRAGIA a las 72 horas de la intervención y analizar los resultados de seguridad y eficacia en intervenciones de CmA en pacientes anticoagulados en los que no se suspende dicho tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Para responder a la pregunta anterior, estudiamos a 32 pacientes sometidos a terapia de anticoagulación oral con antivitamina K (warfarina o acenocumarol) y elegidos de forma aleatoria desde Octubre de 2011 a Junio de 2015 en los Centros de Salud de Fuentes de Andalucía y El Cañorro, ambos situados en la provincia de Sevilla.

Estos 32 pacientes fueron sometidos a una determinación de INR capilar excluyendo del estudio a dos de ellos por encontrarse fuera del rango terapéutico, antes de ser sometidos a la intervención quirúrgica. El rango que consideramos terapéutico para todos estos pacientes fue el comprendido entre 2.0 y 3.0 por lo que podemos

afirmar que la media fue de 2.5 con una desviación estándar del 0.25.

En estos 30 pacientes, las patologías tratadas fueron: 13 quistes sebáceos, 5 quistes tricolemales, 4 lipomas, 2 unguetomías totales y 6 nevus melanocíticos.

RESULTADOS

Realizamos una revisión de la herida quirúrgica de cada uno de los pacientes intervenidos haciendo un especial hincapié en valorar la aparición de posibles complicaciones de origen hemorrágico o tromboembólico a las 72 horas de la intervención, sin constatar ningún tipo de ellas. Tampoco se evidenciaron problemas en cuanto a la cicatrización ni problemas de tipo infeccioso. Para ello, las heridas fueron tratadas con mupirocina.

Los 13 quistes sebáceos que se intervinieron no presentaron ningún tipo de complicación infecciosa ni hemorrágica ni tampoco tromboembólica (A) siendo suturados con seda trenzada de 3/0 y cuyas localizaciones fueron en zonas muy dispares de la anatomía humana centrándose la mayoría de ellos en la región dorsal.

Los 5 quistes tricolemales siguieron el mismo patrón descrito anteriormente suturados con grapas metálicas, pues todos estaban localizados en cuero cabelludo.

En a lo que los 5 lipomas se refiere, sólo cabe destacar la formación de un seroma en uno de ellos que fue intervenido en la región abdominal a un paciente muy obeso pues todos los demás se desarrollaron dentro de unos patrones normales y suturados con seda trenzada de 3/0.

Las 2 unguetomías totales fueron practicadas sin ningún tipo de incidencia a posteriori, y viene a bien destacar, que son las intervenciones que no necesitaron de sutura, tratándose en ambos casos del primer dedo del pie derecho.

Y por último, fueron 6 nevus melanocíticos los que intervenimos (B) sin que haya que destacar absolutamente ninguna anomalía en la proceso post-quirúrgico. También se suturaron con seda del 3/0 y localizándose 5 de ellos en la espalda y uno en la pantorrilla.

CONCLUSIONES

Los resultados de nuestro estudio, vienen a corroborar las recomendaciones de las guías de

práctica clínica mediante las cuales los paciente sometidos a terapias de anticoagulación oral con anti-vitamina K no deben suspender el tratamiento cuando van a ser sometidos a procedimientos de CmA siempre y cuando el INR esté en el rango terapéutico el día de la intervención y así no hay necesidad de suspender la terapia de anticoagulación oral y por lo tanto disminuiríamos le hiperfrecuentación a los centros de Atención Primaria.

Nuestro estudio pone en tela de juicio el mito de suspender la TAO ante cualquier procedimiento de CmA al que se aferran muchos protocolos de actuación que en la actualidad hay en Atención Primaria, desde la cual tenemos que buscar soluciones costo-efectivas y que no pongan en riesgo la salud de los pacientes y limitándonos a no tomar decisiones sin la coordinación nece-

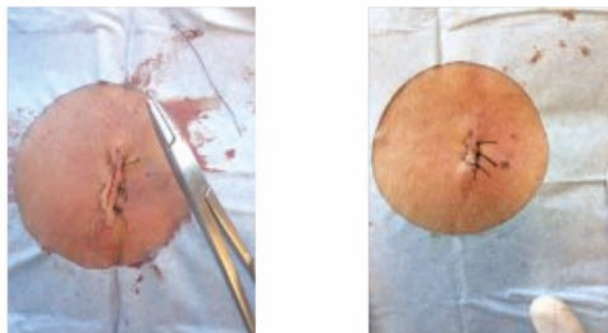
saria con los Servicios de Hematologías de los Hospitales de Referencia que son los que deben valorar el riesgo de cada paciente en función de su diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

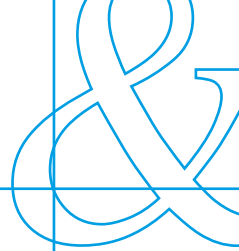
1. Romero Márquez, A.R., Fernández Hermoso, Isabel, Manual de Cirugía Menor en Atención Primaria. ISBN 978-84-9948-195-1. Depósito Legal A-750-2011
2. Guía de práctica clínica 2006 de la American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA) para manejo perioperatorio en prótesis valvulares cardiacas
3. Guía de práctica clínica 2005 de la European Society of Cardiology
4. 8ª edición de las guías de práctica clínica basadas en la evidencia publicadas por el American College of Chest Physicians en el 2008



Heridas post-quirúrgicas revisadas a las 72 horas de la intervención en paciente anticoagulados



Heridas en el mismo instante de finalizar la intervención en paciente anticoagulados



Donación de cordón umbilical. Bancos públicos o privados

Donation of umbilical cord. Public or private banks

Autores: Maestud Martín G; Soldevilla de la Esperanza MP; España Moscoso T.

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

e-mail: gemma.maestud@gmail.com

RESUMEN

La donación de cordón umbilical es una técnica novedosa, que actualmente se está realizando poco a poco en las diferentes maternidades de nuestro país y concretamente de nuestra Comunidad de Madrid.

La Enfermería debe conocer en qué consiste y cómo se realiza dicha donación, la cual es otra forma de donar progenitores hematopoyéticos o células madre y, por lo tanto, la solución a numerosas enfermedades (hemoglobinopatías, linfomas Hodgkin, linfomas no Hodgkin, ciertos tipos de anemias, etc.).

Destacar que es un proceso que no perjudica en absoluto al bebé ni a la madre.

Estas unidades de cordón umbilical se encuentran almacenadas en Bancos Públicos o Bancos Privados a la espera de un enfermo compatible con las mismas.

Palabras clave: bancos privados, bancos públicos, cordón umbilical, progenitores hematopoyéticos.

ABSTRACT

The donation of umbilical cord is a novel technique, which is currently being done gradually in different maternity hospitals of our country and specifically our Madrid.

Nursing must know what it is and how the donation is made, which is another way to donate hematopoietic progenitor or stem cells and, therefore, the solution to many diseases (hemoglobinopathies, Hodgkin lymphoma, non-Hodgkin lymphomas, certain types of anemias, etc.).

Emphasize that it is a process that does not harm at all to the baby or the mother.

These cord blood units are stored in public banks or private banks waiting for a compatible patient with them.

Keywords: private banks, public banks, umbilical cord, hematopoietic progenitors

¿QUÉ ES LA SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL Y PARA QUÉ SIRVE?

La sangre de cordón umbilical (SCU) contiene gran cantidad "células madre" (o progenitores hematopoyéticos) especializadas en la renovación de las células sanguíneas.

Si la médula ósea está enferma, por ciertas enfermedades (sean congénitas, hemoglobinopatías, leucemias, etc.), el trasplante de SCU permite producir nuevas células sanguíneas sanas.

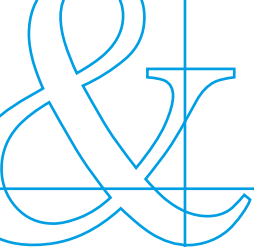
Las unidades de SCU pueden almacenarse en un Banco y disponer de ellas cuando un paciente lo precise en cualquier lugar del mundo.¹

Actualmente, cuando se indica un trasplante de progenitores hematopoyéticos, las búsquedas de donantes se realizan tanto de donantes de médula ósea, como entre las unidades de SCU almacenadas.

El 1º Trasplante de sangre de cordón umbilical fue en 1988 en París, a un niño con anemia de Fanconi. El donante fue un hermano HLA (antígenos leucocitarios humanos) idéntico.

En España el 1º trasplante de SCU fue en 1994.

Actualmente se han realizado trasplantes para tratar unos 70 tipos de enfermedades (leucemias, síndr. mielodisplásicos, linfoma de Hodgkin y no Hodgkin, talasemia, otras anemias...).



De un donante a un enfermo debe existir compatibilidad entre las células, es decir, un código de identificación genético parecido para que un organismo no lo identifique como extraño y lo rechace. Cuanto mayor sea la variabilidad genética de la SCU almacenada, mayores serán las posibilidades de encontrar SCU compatible para un enfermo.

No es necesaria una compatibilidad donante-receptor tan alta como en el caso del trasplante de médula ósea.

Se ha observado que la compatibilidad de la SCU es mayor entre personas que pertenecen a la misma área geográfica.^{2,3}

¿CÓMO HACERSE DONANTE?

Puede dirigirse a uno de los Bancos de Sangre de Cordón Públicos o Privados existentes en España.

Nosotros nos vamos a centrar en la dinámica llevada a cabo en los Bancos Públicos de España. Y más concretamente, en la Comunidad de Madrid.

DINÁMICA EN LOS BANCOS PÚBLICOS

Durante la gestación:

En la visita de la 26-28 semana se entregará información sobre la donación de SCU. Ésta se encuentra disponible en las Consultas de Ginecología de los hospitales adscritos al Banco de Sangre de Cordón del Centro de Transfusiones de la Comunidad de Madrid, cuya lista está en www.ont.es, con anterioridad al parto.

Ya en la semana 36 se le preguntará si está interesada. En caso afirmativo, se le entregará un consentimiento informado con un cuestionario sobre aspectos de su salud. Lo traerá firmado el día del parto.⁴

11- MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.



DONACIÓN DE LA SANGRE DEL CORDÓN UMBILICAL

La sangre del cordón umbilical es un producto que se desecha después del nacimiento del niño/a. Se ha comprobado, sin embargo, que esa sangre es muy rica en células que pueden ser útiles para personas con diferentes enfermedades de la médula ósea, como leucemias, anemias congénitas y otras. Por esta razón, se recoge la sangre del cordón umbilical y se conserva congelada, para ser utilizada en los pacientes que la necesiten.

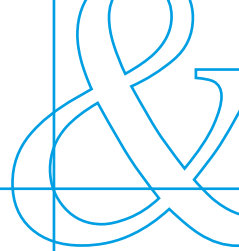
La recogida de la sangre del cordón umbilical no conlleva riesgos para el niño/a ni para la madre.

Agradeciendo de antemano su colaboración, si desea donar la sangre del cordón umbilical, de forma voluntaria y altruista, rellene los datos personales abajo solicitados y el cuestionario del dorso.

DATOS DE FILIACION DE LA DONANTE

1º Apellido:	
2º Apellido:	
Nombre:	
Fecha de nacimiento:	___/___/___
País de origen de la madre	
País de origen del padre	
Grupo étnico (caucásico, negro, asiático, otros)	
Gestaciones previas (Sí, No) Número	
Dirección	
Código postal:	
Población:	
Provincia:	
Teléfono:	

NO RELLENAR



CUESTIONARIO		
1. ¿HA RECIBIDO TRANSFUSIONES DE SANGRE O HEMODERIVADOS ALGUNA VEZ EN SU VIDA? EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR EN QUÉ PAÍS, FECHA APROXIMADA Y MOTIVO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2. ¿HA PADECIDO HEPATITIS ALGUNA VEZ EN SU VIDA(ESPECIFICAR)?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3. ¿EN LOS ÚLTIMOS 4 MESES CONVIVIÓ CON ALGUNA PERSONA QUE PADEZCA O SEA PORTADOR CRÓNICO DE HEPATITIS B, HEPATITIS C, SIDA?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4. ¿HA ESTADO EXPUESTA ACCIDENTALMENTE A SANGRE DE OTRA PERSONA EN LOS ÚLTIMOS 4 MESES?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5. ¿LE HAN REALIZADO ACUPUNTURA EN LOS ÚLTIMOS 4 MESES?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6. ¿LE HAN HECHO ALGUN TATUAJE O PIERCING EN LOS ÚLTIMOS 4 MESES?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
7. ¿LE HAN REALIZADO ALGUNA ENDOSCOPIA O CATETERISMO EN LOS ÚLTIMOS 4 MESES?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
8. ¿TIENE PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
9. ¿HA UTILIZADO ALGUN TIPO DE DROGAS DURANTE EL EMBARAZO?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
10. ¿EXISTE EN SU FAMILIA O EN LA DEL PADRE DEL NIÑO ALGUNA ENFERMEDAD HEREDITARIA?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
11. ¿HA RESIDIDO EN EL REINO UNIDO MAS DE UN AÑO ACUMULATIVO ENTRE 1980 Y 1996?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
12. ¿HA VIAJADO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES O RESIDIDO EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS EN ZONAS PALÚDICAS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
13. ¿HA NACIDO VD. O EL PADRE DEL NIÑO/A FUERA DE ESPAÑA? ¿DÓNDE?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
14. ¿HA PADECIDO EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS OSTEOMIELITIS, TUBERCULOSIS, FIEBRE REUMÁTICA, BRUCELOSIS, TOXOPLASMOSIS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
15. ¿SE HA VACUNADO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES? ¿DE QUÉ Y CUANDO?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
16. ¿ALGUNA VEZ HA SIDO OPERADA (ESPECIFICAR MOTIVO-FECHA)?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
17. ¿SU EMBARAZO ES CONSECUENCIA DE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL (CON SEMEN DE DONANTE) O DONACIÓN DE OVOCITOS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
18. ¿HA ESTADO ENFERMA O HA EXISTIDO ALGUNA COMPLICACIÓN DURANTE EL EMBARAZO?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
19. ¿EXISTEN EN EL PADRE O LA MADRE HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLÓGICA DEGENERATIVA, EMPLEO DE HORMONA DE CRECIMIENTO, TRASPLANTE DE CORNEA O DUARAMADRE, TRASPLANTE DE TEJIDOS DE ORIGEN NO HUMANO O ENFERMEDAD DE CREUTKELD-JACOB?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
20. ¿ANTECEDENTES FAMILIARES DE TALASEMIA, HEMOCLOBINOPATÍAS DE OTRA ÍNDOLE?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
21. ¿HA PADECIDO ALGUNA VEZ EN SU VIDA PALUDISMO (MALARIA) O ENFERMEDAD DE CHAGAS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
22. ¿HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD AUTOINMUNE (LUPUS, A, REUMATOIDE,...) EN SU VIDA?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
23. A CONTINUACIÓN, AÑADA TODAS LAS EXPLICACIONES ADICIONALES QUE CONSIDERE OPORTUNAS RESPECTO A LAS ANTERIORES PREGUNTAS Y/O APORTE LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE CONSIDERE DE INTERÉS Y NO HAYA SIDO REFLEJADA PREVIAMENTE		

NO RELENAR

- Dedro mi conformidad con los puntos siguientes :**
- Acepto que la sangre de la placenta sea utilizada para cualquier paciente anónimo que la necesite.
 - Entiendo que la información referente a mí y a mi hijo será tratada de forma confidencial (LOPD 15/1999), de manera que queden protegidas nuestras identidades y que podrá ser enviada a REDMO (Registro Español de Donantes de Medula Ósea) y Registros Internacionales con objeto de ofrecer la donación al paciente que la necesite.
 - Consiento que me extraigan una muestra de sangre para la realización de los análisis necesarios (HIV, VHB, VHC, Sífilis, CMV, HTLV I/II, Toxoplasma, virus Epstein-Barr), pudiendo ser precisa una segunda muestra a los 6 meses.
 - Entiendo y acepto que se realizarán análisis a la sangre de cordón y se guardarán muestras más y del cordón para posteriores análisis.
 - Acepto que se pueda contactar conmigo tras el parto para confirmar el satisfactorio estado de mi hijo en los primeros meses de vida. Igualmente notificaré al Centro de Transfusión de Madrid (Banco de Cordón) cualquier enfermedad grave mía o del bebé si tuviera lugar.
 - Entiendo que cualquier resultado patológico detectado en los estudios realizados con motivo de esta donación me será comunicado.
 - Acepto que mi consentimiento no obliga al Hospital a recoger la sangre de la placenta, ni al Centro de Transfusión a procesarla, si las circunstancias del parto o las características de la donación no son idóneas. En este último caso acepto que se pueda utilizar con fines científicos o ser desechada si no cumple los requisitos técnicos mínimos.
 - Acepto que esta donación es altruista y no conlleva ninguna compensación económica.
 - Conservo la posibilidad de renunciar a este consentimiento en cualquier momento hasta el nacimiento de mi hijo.

He leído y comprendido la información recibida, y he podido formular las preguntas que he creído convenientes.

En consecuencia doy mi consentimiento para la donación de la sangre de la placenta.

ATENDIDA POR:	FIRMA DE LA DONANTE
Fecha nacimiento (día-hora):	
Sexo RN	
Peso y Appgar R.N. *	
Parto (Forceps, cesárea,...) *	
Peso placenta *	

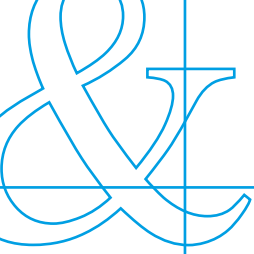
_____ DE _____ DE 20__

MODELO DE CUESTIONARIO

Requisitos maternos:

- Mujer sana, mayor de edad.
- Dar a luz en maternidad con convenio con el Ctro. Transfusiones de la Comunidad de Madrid.
- Sin inestabilidad mental, intoxicación por alcohol o narcóticos.

- Tener negatividad en marcadores serológicos para Hepatitis B, C, VIH, retrovirus u otra patología infecciosa potencialmente transmisible al receptor.
- No haber padecido Babesiosis, Leishmaniosis Visceral o Chagas.
- No haberse sometido a endoscopia, accidentes biológicos, cirugía mayor, acupuntura o tatuaje los 4 meses anteriores al parto.



- No haber tenido relaciones sexuales promiscuas ni haber ejercido la prostitución durante los 4 meses antes parto.
- No ser hemofílica o pareja sexual de hemofílico.
- No tener antecedentes de enfermedad tumoral maligna o hematológica que suponga riesgo de transmisión al receptor.
- No tener enfermedad infecciosa activa o cuya resolución no esté confirmada (fiebre >38°C los 15 días previos al parto).
- No padecer enfermedades hereditarias o autoinmunes.
- No haber recibido tratamiento con hormona del crecimiento de origen hipofisario.
- El embarazo no puede ser resultado de donación de ovocitos o semen.
- No haber tenido tratamiento con anticoagulantes o antiagregantes, en función de la duración de los mismos.
- En realidad se debe consultar cada caso particular.

Requisitos paternos:

- No ser portador de marcadores serológicos para las enfermedades VHB, VHC, VIH, retrovirus.
- No padecer enfermedades hereditarias o autoinmunes.
- No ser ADVP (adicto a drogas vía parenteral).
- No ser una gestación en la que no es posible obtener datos paternos (padre desconocido, donación de semen).²

Criterios de exclusión del parto:

- Prematuridad, edad gestacional < 34 semanas.
- Que el nacimiento haya sido mediante cesárea.
- Que el peso del neonato sea < 2.500 g con síntomas de infección, con APGAR < 8 y con mala evolución a los 10 minutos.

- El haberse producido rotura espontánea de membranas de > 24 h de evolución.
- Padecer fiebre materna intraparto.
- Tener anemia materna severa.⁴

ASPECTOS LEGALES:

En 2006 la ONT (Organización Nacional de trasplantes) creó el Plan Nacional de Donación SCU.

Se cumplirá con la normativa del Real Decreto 1301/2006 que regula el uso de tejidos humanos.

En España existen Bancos de SCU Públicos y también para eventual uso autólogo (para uno mismo).

En todo el proceso se debe cumplir:

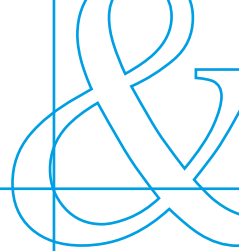
- Confidencialidad, (tanto del donante como del receptor).
- Gratuidad.
- La obtención de progenitores se debe hacer en Centros debidamente autorizados.

En España existen 7 Bancos de SCU para donaciones altruistas y anónimas. Todas estas unidades en territorio español deben estar a disposición universal, utilizadas para cualquier persona con la única condición de que exista una indicación médica y la compatibilidad se estime adecuada entre ellas.

Dichos Bancos son:

- Banco de SCU de Barcelona.
- Centro de Transfusión de Galicia.
- Banco de SCU de Madrid.
- Centro Regional de Transfusión Sanguínea de Málaga.
- Centro Vasco de Transfusión y Tejidos Humanos.
- Banco de SCU de Tenerife.
- Centro Transfusional de Valencia.

Algunas Comunidades sí recogen sus unidades de SCU y las almacenan en el Banco de otra Comunidad donde tenga convenio.²



¿EN QUÉ CLÍNICAS PUEDO DONAR?

NOMBRE	DIRECCIÓN	CP Y LOCALIDAD	TELÉFONO
CLÍNICA ZARZUELA	C/ Pléyades, 25	28023 Madrid	91.585.80.00
FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ	Av. Reyes Católicos, 2	28040 Madrid	91.550.48.00
H. CLÍNICO SAN CARLOS	C/ Profesor Martín Lagos, s/n	28040 Madrid	91.330.30.00/01
H. DOCE DE OCTUBRE	Av. Córdoba, s/n	28041 Madrid	91.390.80.00
H. EL ESCORIAL	Crta. M-600 de Guadarrama a S. Lorenzo de El Escorial Km 6,255	28200 S. Lorenzo de El Escorial	91.897.30.00
H. G. UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN	C/ Doctor Esquerdo, 46	28007 Madrid	91.586.80.00
H. INFANTA CRISTINA	Av. Nueve de Junio, 2	28981 Parla	91.191.30.00
H. INFANTA ELENA	Av. Reyes Católicos, 21	28340 Valdemoro	91.894.84.10
H. INFANTA LEONOR	C/ Gran Vía del Este, 80	28031 Madrid	91.191.80.00
H. INFANTA SOFIA	Pº Europa, 34	28702 S. Sebastián de los Reyes	91 191 40 00
H. SANITAS LA MORALEJA	Av. Francisco Pi y Margall, 81	28050 Madrid	91.767.91.00
H. TAJO	Av. Amazonas Central s/n	28300 Aranjuez	91.801.41.00
H. UNIV. FUENLABRADA	C/ Camino del Molino, 2	28942 Fuenlabrada	91.600.60.00
H. UNIV. DE GETAFE	Crta Toledo Km 12,500	28905 Getafe	91.689.93.60
H. UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN	C/ Budapest, 1	28922 Alcorcón	91.621.94.00
H. UNIV. LA PAZ	Pº. de la Castellana, 261	28046 Madrid	91.727.70.00
H. UNIV. MÓSTOLES	C/ Río Júcar s/n	28935 Móstoles	91.664.86.00
H. UNIV. PUERTA DE HIERRO	C/ Manuel de Falla, 1	28222 Majadahonda	91.191.60.00
H. UNIV. SEVERO OCHOA	Av. de Orellana s/n	28911 Leganés	91.481.80.00
USP HOSPITAL SAN JOSÉ	C/ Cartagena, 111	28002 Madrid	91.415.31.00
H. DEL SURESTE	C/ Ronda del Sur, 10	28500 Arganda del Rey	91.839.40.00
H. TORREJÓN	C/ Mateo Inurria, s/n (Soto del Henares)	28850 Torrejón de Ardoz	91 626 26 00 ext:5728
HM HOSPITALES	C/ Oña, 10	28050 Madrid	91 211 01 30
H. REY JUAN CARLOS	C/ Gladiolo, s/n	28933 Móstoles	91 481 62 25 ext:5455
H. DE HENARES	Avda. de Marie Curie, s/n	28822 - Coslada	91 191 20 00
H. PRINCIPE DE ASTURIAS	Carretera Alcalá-Meco s/n Campus Universitario	28805 - Alcalá de Henares	91 887 81 00
H.NISA PARDO DE ARAVACA	C/ La Salle, 12	28023 Madrid	91 512 90 00
H.LA MILAGROSA	C/ Modesto Lafuente, 14	28010 Madrid	914 47 21 00

LA EXTRACCIÓN

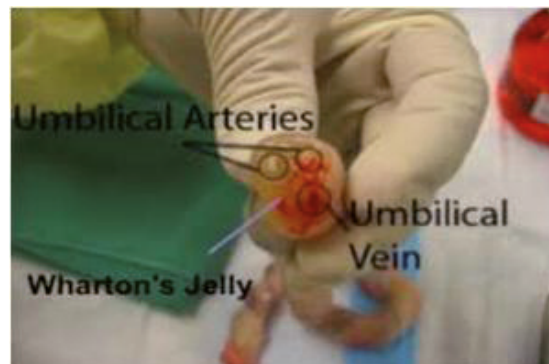
Recursos materiales:

- Tubos EDTA para sangre materna.
- Kit para recogida de la SCU.
- Paño verde estéril.
- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Pinzas para el clampado del cordón.
- Bote estéril para la muestra del cordón umbilical.
- Antiséptico: clorhexidina 0.05%.



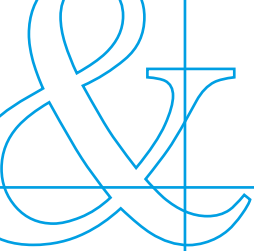
Nacido el RN y antes del alumbramiento, se pinza el cordón a 5 y 7 cm del ombligo y se corta entre ambas pinzas.⁴

En el cordón umbilical existen dos arterias y una vena umbilical, rodeados de la gelatina de Wharton, que es un tejido conectivo, mucoso que las envuelve.



Se limpia la zona de punción con solución antiséptica (clorhexidina 0.05%).

Se realiza punción de la vena umbilical en la zona más distal a la madre con el sistema más corto del equipo de donación.



La sangre cae por gravedad a la bolsa, que contiene unos 25cc de anticoagulante. Precisa balanceo continuo para evitar coágulos.

Se extraerá también muestra de sangre arterial para análisis de pH y gases.

A la madre se le extraerá sangre venosa para excluir la posibilidad de estar afectada por enfermedades infecciosas transmisibles por transfusión (hepatitis B, C, VIH, sífilis, etc.).

(Tras el nacimiento, se hará examen clínico del niño y opcionalmente a los 4-6 meses de vida).

También se obtendrá una muestra de unos 2cm de cordón umbilical para enviar junto a la muestra de SCU y los tubos de sangre materna.

Al terminar, la muestra ha de pesarse en paritorio. Las que no lleguen a 110 g serán desechadas. (Se enviarán aquéllas superiores a 100g).⁴

En el Programa Informático Selene del Hospital Universitario de Fuenlabrada, se registran tres formularios:

- Anamnesis.
- Datos del parto.
- Datos de la extracción.

Se reflejará:

- Las incidencias, (si las hubiera), ocurridas durante la dilatación y expulsión.
- Si la recogida llega a realizarse o no (especificando la causa).
- Si va destinada a Banco Público o Privado.

¿QUÉ SE HACE CON LA SANGRE UNA VEZ DONADA?

Las USC se transportan al Banco de Sangre de Cordón del Ctro. de Transfusión en neveras a 4°C, donde se someten a rigurosos controles de calidad en las siguientes 24 horas para que los trasplantes se lleven a cabo con éxito.



Las USC que superan estos controles, son analizadas y congeladas para su uso en trasplantes.

Las que no cumplen las normativas, son destruidas o usadas con fines científicos, si los padres lo autorizan, (actualmente se están realizando estudios con repercusiones en el tratamiento de la diabetes, el Parkinson y otras. Además de capacidad para generar miocardio, tejido nervioso, pancreático, hepatocitos...).

Tras ser analizadas las muestras, se incluyen los resultados en la base de datos del REDMO (Registro español de donantes de médula ósea) y quedan a disposición de todos los pacientes a nivel mundial.²

REDMO - ONT

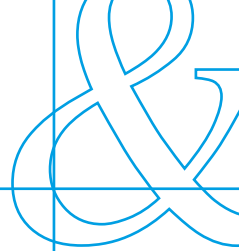
La ONT coordina con REDMO la obtención y distribución de médula ósea y de las unidades de SCU.



VENTAJAS E INCONVENIENTES DEL TRASPLANTE CON SCU FRENTE A LA MÉDULA ÓSEA

Ventajas

La SCU almacenada en un Banco Público ya está procesada, analizada y lista para su uso, lo que es una ventaja frente a la médula ósea, en la que hay que localizar al donante, hacerle



pruebas, la extracción... perdiendo en ocasiones un tiempo muy valioso en ese período.

No es necesaria una compatibilidad donante-receptor tan alta como en el caso del trasplante de médula ósea.

Las células madre no precisan identidad HLA, permitiendo mayores diferencias entre donante-receptor.

Existe menor riesgo de contagio de enfermedades infecciosas transmitidas por SCU que por donaciones de médula ósea.

Está exento de morbilidad para la madre y el bebé.

Mayor capacidad proliferativa de las células madre.

Inconvenientes

En algunos casos, el número de células contenido en estas unidades, puede ser escaso, por lo que sólo es válido para receptores pequeños (niños o adultos de bajo peso).

Hasta un 20% de las unidades de SCU son desechadas porque el número de células es insuficiente, se pueden contaminar en el proceso o deteriorar en su traslado.

Necesita mayor tiempo de prendimiento del injerto. Mayor tiempo de recuperación tanto inmunológico como hematológico. (Mortalidad temprana por infecciones en los 100 días posteriores incrementada).

Posibilidad de transmisión de enfermedades congénitas no diagnosticadas.

PREGUNTAS FRECUENTES

¿Qué sucede si dono la SCU y luego mi hijo la necesita?

Las probabilidades de que la SCU guardada pueda ser usada por el propio niño que estuvo unido a ese cordón, hoy por hoy son de 1/100.000 porque las células podrían estar afectadas y la enfermedad podría aparecer otra vez una vez hecho el trasplante.

En el caso de que mi hijo desarrolle una enfermedad oncológica o similar, y yo haya donado la sangre del cordón, ¿existe algún problema?

Se debería avisar al Banco al que se haya donado la SCU para desecharla en el caso de que aún estuviera disponible

¿Qué ocurre si quiero donar SCU y el equipo de

ginecología estima que no se debe realizar la extracción?

La decisión la tiene en última instancia el equipo médico que asiste el parto independientemente de la opinión de la donante.

Doy a luz en una clínica que no está en el listado, ¿puedo donar la SCU de manera altruista si recojo yo la bolsa y la llevo al Ctro. de Transfusión?

NO. El Banco de Sangre tiene convenio firmado con centros Públicos y Privados y como opera a nivel internacional, estamos obligados a cumplir normativas de calidad muy estrictas, tanto nacionales como internacionales. Necesitamos acreditar que el personal está debidamente formado, que hemos revisado las instalaciones en que se almacena la sangre hasta su traslado al Banco de SCU y que el transporte es autorizado.

¿Pueden clonar mis células madre?

NO. Cuando las muestras llegan al Banco se analizan, las que no son aptas para trasplante, se pueden donar para investigaciones de manera anónima; pero en ningún caso se van a clonar.

¿Es peligroso para el bebé?

NO. No tiene ningún riesgo, ya que la sangre se extrae del cordón y de la placenta una vez que éste ha sido seccionado y ligado.

¿Puedo guardar la SCU de mi hijo para su hermano enfermo?

Puede hacerlo en un Banco Público con las mismas garantías que cuando se efectúa para terceras personas, siempre y cuando un especialista así lo recomiende y sea aprobado por un Comité de Expertos del Plan Nacional de SCU.

(Tiene poco sentido guardar la SCU para su hipotético uso en un hermano enfermo ya que la probabilidad de que ello ocurra y que la unidad sea compatible con el paciente es inferior a 1/10 000).²

BANCOS PÚBLICOS Y BANCOS PRIVADOS

¿Qué diferencia existe entre el Banco Público y el Banco Privado?

- Banco Público: la SCU se "DONA".
- Banco Privado: la SCU se "GUARDA".

- Banco Público: La SCU puede ser utilizada para cualquier paciente que la necesite, incluso por el propio "donante" en caso de que no haya sido utilizada.
- Banco Privado: La unidad de SCU sólo puede ser utilizada por el propio particular.

La decisión de optar por uno u otro es personal y no podemos influir en uno u otro sentido.

La ONT y los Coordinadores Autonómicos de Trasplante han velado por el RD 1301/2006, controlando:

- Que las maternidades autorizadas cumplan los mínimos establecidos.
- Que todas las unidades guardadas a nivel nacional, (tanto públicas como privadas), cumplan los mismos criterios de calidad y sean incluidas en REDMO.
- Que la información proporcionada a las parejas sea veraz.

Tiene poco sentido guardar la SCU para el propio niño. La probabilidad de que la necesite a lo largo de su vida es ínfima y de desarrollar una enfermedad hematológica, ésta debería de ser células madre procedentes de un donante sano, y no con la SCU del propio paciente.³

¿Puedo sacar la SCU de mi hijo fuera de España?

De acuerdo con el RD 1301/2006 se puede siempre que lo desee, cumpliéndose:

- El centro de nacimiento debe tener autorización específica para extraer SCU.
- El Banco de SCU donde se envíe la unidad de SCU debe estar autorizado para la actividad de almacenamiento.
- Debe existir un convenio o acuerdo entre la maternidad donde nazca su hijo y el Banco donde se almacene la SCU de su hijo.
- Si el Banco donde se envíe la SCU de su hijo se encuentra fuera de la Unión Europea, se debe cursar una solicitud de salida de nuestro país de la unidad de SCU de su hijo a la ONT.

¿Qué requisitos debe cumplir un Banco de SCU para eventual uso autólogo para ser autorizado?

- Mantener los mismos estándares de calidad en la obtención, procesamiento y almacenamiento de los Bancos de SCU públicos.
- Si cese de actividad, las unidades de SCU almacenadas serán transferidas a otro Banco.
- Poner a disposición de REDMO todas las unidades de SCU almacenadas para ser utilizadas para tratar a cualquier paciente que necesite un trasplante de SCU.⁵

EVOLUCIÓN ANUAL	2010	2011	2012	2013	Variación
Extraídas en H. de Fuenlabrada			190	137	-39%
Descartadas en H. Fuenlabrada			17	19	
Enviadas a Bancos privados	0	0	9	9	
% Enviadas a Bancos privados	0	0	5,20%	7,60%	32%
Enviadas al CTCM	108	222	163	121	-35%
No válidas	94	179	124	88	
Válidas	14	43	39	33	
%Válidas con respecto al total extraído			21%	17%	
%Válidas con respecto a las enviadas	13%	19%	24%	27%	12%
% Descartadas en H. Fuenlabrada			9%	14%	35%
% Descartadas en CTCM	87%	81%	76%	73%	-5%



CENTRO DE TRANSFUSIÓN COMUNIDAD DE MADRID
BANCO DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL



Avda. de la Democracia, s/n
28032 Madrid

TELÉFONO: 91 301 72 00 (Centralita)

e-mail: centro.transfucion@salud.madrid.org
atencion.donante@salud.madrid.org

Página web: www.madrid.org/donarsangre

ONT

C/ Sinesio Delgado 6-8, Pabellón 3
Fax: 902 300 226
Correo electrónico: ont@mssi.es
Web ONT: www.ont.es

FUNDACIÓN JOSEP CARRERAS CONTRA LA LEUCEMIA



C/ Muntaner, 383
08021 Barcelona

TELÉFONO: 93 414 55 66
FAX: 93 201 05 88

e-mail: redmo@fcarreras.es , página web: www.fcarreras.org

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Organización Nacional de Trasplantes. Asociación Española de Matronas.
2. Información de la donación de sangre de cordón umbilical. Comunidad de Madrid. Edición Madrid: Mayo 2013.
3. Informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de la Organización Nacional de Trasplantes:

4. "Respuestas a las preguntas más comunes sobre sangre de cordón umbilical", planteadas tras la aprobación del RD 1301/2006 sobre calidad y seguridad de células y tejidos.
5. Gil C., Sanz C. Procedimiento de donación de sangre de cordón umbilical. Unidad de Área Obstétrica del Hospital Universitario de Fuenlabrada.
6. Carreras, J. Fundación Josep Carreras. www.fcarreras.org

Historia de Pitagorín

Autor: Juan Andrés Martínez Cabezas

Es la historia de un niño, que como muchos otros, tuvo una infancia algo diferente de la que hubiera debido tener.

Pero no debe pensarse en algo negativo porque pudiera ser pobre o con deficiencias en su infancia; sino al contrario, por un exceso de conocimientos y una inteligencia fuera de lo normal, que hacen bueno aquel refrán que los filósofos repetían: “En el término medio está la virtud”.

En el seno de una familia absolutamente normal, de las que tienen los problemas propios para pagar su hipoteca, mantener el empleo, poder llegar bien a fin de mes, reparar el coche o cambiar de electrodomésticos, les llegó la noticia de que la esposa de ese núcleo familiar estaba embarazada.

Con la alegría propia de la esperanza de un hijo, todo transcurrió de manera normal, las visitas al ginecólogo eran frecuentes, el cuidado de la alimentación lo más natural posible, los hábitos de vida saludables, la atmósfera familiar era alegre y propia de quien espera con satisfacción el hijo deseado, estando ya casi de treinta y tres semanas.

La fecha prevista para el alumbramiento era para la primera quincena de enero, y todo lo concerniente para la llegada del bebé estaba convenientemente preparado.

En las últimas visitas al especialista, la futura madre notaba que el nuevo ser estaba algo más inquieto y los movimientos eran más frecuentes y continuos que de costumbre.

La matrona que tenía asignada, le auguró, por su experiencia, que el niño estaba pidiendo salir y que el parto podía ser inminente.

Esa experiencia profesional, que solo se adquiere con el paso del tiempo, le dio la razón y el bebé se adelantó a la fecha prevista y en lugar de enero, nació en el mes anterior; en veintidós de diciembre.

Qué alegría suscitó en su entorno. Había nacido en el mismo mes que el niño Jesús y todos los familiares gozarían preparando el belén, como si hubiera elegido esa fecha para representarlo.

También pensaron que al nacer antes del año siguiente, iría al colegio con los niños nacidos durante ese año actual, con lo que se rodearía con otros que ya tendrían más experiencia que los que nacieran a término, al año siguiente.

La prematuridad se veía como precocidad en todo lo concerniente a su vida, ya que viviría un poco más adelantado a su tiempo.

La vida parecía transcurrir con aparente normalidad y el bebé se desarrollaba conforme a lo que de él se esperaba.

Se dormía a su hora y se despertaba a su hora. Recibía el pecho de su madre y a las tres horas reclamaba su alimento de nuevo.

Le cambiaban los pañales a la hora prevista y como un reloj, había que cambiarle de nuevo a las horas puntuales, por la expulsión de su alimento metabolizado.

Todo funcionaba de maravilla durante ese corto tiempo de su existencia y continuaba la alegría en la casa del recién nacido; pero a medida que iba madurando, iban incrementándose las exigencias cronológicas.

Reclamaba el pecho con acciones imperiosas, las deposiciones eran puntuales y estrictas, dormía las horas exactas sin añadir ni quitar ni poner un minuto y cualquier desviación de sus padres era reclamada por el niño con unos sonoros lloros que solo dejaban de oírse cuando los padres cumplían el horario establecido casi matemáticamente.

Parecía que el niño era un reloj impertérrito que cumplía casi milimétricamente su cometido de bebé recién nacido. Tal vez por eso le bautizaron con el nombre de Pitagorín.



A medida que crecía mantenía en su infancia las mismas costumbres y cuando llegó a desarrollarse y relacionarse con los niños de su edad, manifestaba ciertas preferencias por los juguetes que tenían una supuesta lógica o mecanicismo mental.

No le gustaban los trenecitos, ni los caballos. Tampoco los juguetes militarizados como tanques o pistolas, ni tan solo las de agua. Siempre escogía los juegos de arquitectura y montaje de piezas, como puzzles o rompecabezas, que armaba y desarmaba con una velocidad casi increíble para su edad y aguzaba su ingenio utilizando la lógica en la búsqueda de las soluciones para los juegos de habilidad.

Un día su padre le regaló un cubo de Rubik, ese extraño dado de colores que se desplaza parcialmente por coronas y acaba dando las seis caras del dado de un color uniforme en cada lado, y la sorpresa fue mayúscula cuando en unos instantes ese cubo de Rubik no tuvo secretos para él, ya que consiguió rápidamente poner los lados de manera completa y con los colores perfectamente ensamblados.

Ese suceso marcó a su padre, que se percató en ese momento de que su hijo tenía una predisposición innata para los juegos de ingenio matemático.

La consulta con un psicólogo infantil le ratificó que el niño tenía un cociente intelectual muy por encima de lo que correspondía a su edad.

Qué orgullo paternal sintió, al saber que su hijo podría estudiar una buena carrera, conseguir un buen trabajo con un gran sueldo e incluso ser una persona socialmente importante. Era el sueño que todos los padres quieren para sus hijos.

Cuantas horas de alegría recibían cuando en sus actuaciones familiares, el niño conseguía adivinar las soluciones de los juegos de ingenio que le compraban. No había juguete mecánico o de habilidad mental que no pudiera resolver.

También era una persona entusiasta del ajedrez; pues cuando su padre le enseñó a jugar, competía en todos los concursos escolares y hasta en la Comunidad donde vivía, llevándo-

se todos los premios a los que optaba, gracias a la estrategia que desarrolló, calculando con antelación todos los posibles movimientos del contrincante.

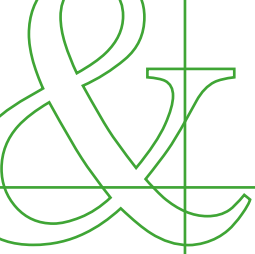
El primer juguete electrónico al que tuvo acceso fue el móvil de su padre en el cual activaba los juegos didácticos que le concedían y que manejaba con gran soltura.

Cuando tuvo acceso a una consola de videojuegos, siempre elegía el tema galáctico imaginario y futurista y el padre tuvo clara su disposición a los estudios espaciales al ver que la astronomía producía en su hijo una especie de reto, en el cual podía anticipar los acontecimientos que normalmente hubieran requerido muchos años de estudio, antes de poder enunciar su presencia en el universo, llevando su mente hasta el infinito.

Siguió aumentando sus conocimientos matemáticos en la escuela, en la que sorprendía a profesores y compañeros de clase, utilizando cifras de integrales, logaritmos neperianos y combinaciones, prediciendo la aparición de sucesos en todo el mundo, incluso se atrevió a enunciar como actuaron los egipcios para construir las pirámides con esas enormes y pesadas piedras, que alcanzan 150 metros de altura y tienen más de 4.500 años de antigüedad, y dando solución a complicadas ecuaciones, que tras arduas operaciones y con ayuda de calculadoras y un ordenador casi obsoleto, ratificaban las soluciones que él había vaticinado mucho antes.

Era un genio y cuando le preguntaban cómo lo conseguía, demostraba con una lógica aplastante, que usaba la ley de probabilidades y las estadísticas, con lo que relativamente todo resultado era fruto del uso de cálculos binarios, con secuencias de algoritmos como precisamente utilizan los ordenadores más modernos para dar sus respuestas.

Así era esa persona que a medida que crecía, sus padres se enorgullecían de su capacidad; por lo que siempre se esperaba algo más de él sin temor a su agotamiento, ya que tenía una mente privilegiada que usaba su memoria retentiva para solucionar los problemas más difíciles que le presentaban.



En uno de sus cumpleaños en que se estaba celebrando el sorteo de Navidad, alguien le sugirió que adivinara el número que iba a corresponder con el primer premio, y sin mucho esfuerzo, el joven emitió un número como por azar, que al poco rato coincidió con el que apareció en la pantalla de televisión.

Sus padres y familiares no salían de su asombro y le preguntaron cómo había podido adivinarlo. Con una calma y soltura que todos pudieron escuchar, relató que era fruto de un cálculo de probabilidades y combinaciones, ya que el número premiado había terminado en una cifra que se repetía cada cierto tiempo y que las centenas y millares tenían un período de aparición en cada década, y que las decenas de millar aparecen cuando las tres últimas cifras llevan un orden establecido matemáticamente.

Era algo que no habían oído nunca y que tal vez se debía a una extraña coincidencia; por lo que ese mismo mes su padre lo llevó a un casino, retándole a que adivinara el número que tocaría en la ruleta y si era rojo o negro el color ganador. El joven observó varias partidas y tras sus cálculos mentales dictaminó y acertó el número y el color ganador.

Su padre asombrado le preguntó nuevamente cómo podía saberlo y contestó diciendo que dedujo de forma matemática que tras un número determinado de vueltas, la bolita se introducía en una casilla que había calculado con precisión al estudiar de forma estadística las veces que dicha bola había pasado por la casilla y la velocidad con que la bola había sido lanzada por el crupier.

Al fin su padre le quiso hacer un reto final y probablemente más difícil; pues le pidió pronosticar el ganador y el resultado de un partido de fútbol en el cual podían darse múltiples parámetros por el número de posibilidades de cambios de jugadores por el entrenador, sin un orden previo establecido.

De nuevo el chaval consiguió dar en el clavo con los resultados y fue preguntado de cómo lo había acertado; dándole también una respuesta que le dejó estupefacto. Había leído previamente la trayectoria de los dos equipos, había estudiado la habilidad de cada uno de los futbolistas,

los goles que habían marcado cada uno en otras temporadas, había averiguado las lesiones que habían tenido, los temperamentos de ellos y la situación anímica del Club, dándoles una valoración en cifras, para cada parámetro, y el resultado obtenido le daba la respuesta del resultado del partido.

El mecanismo era más o menos, el mismo que trata de hacer cualquier persona cuando rellena una quiniela para ganar el premio, pensando en si el equipo juega en campo propio o contrario, si está obligado a ganar para entrar en la Champions ligue, o si tiene muchas bajas por lesiones...pero el chico lo hacía de forma matemática dándole unos valores y combinando los resultados para llegar a una conclusión, que siempre acertaba.

Era la bomba. Ahora había que explotar esa visión matemática y conseguir unos resultados económicos de esos conocimientos.

Lo primero que se le ocurrió al padre fue que pronosticara el tiempo, para determinar los efectos de las lluvias catastróficas y las sequías, como realizaban los meteorólogos. También pensó en predecir los terremotos, como los geólogos y conseguir que le reportara algún beneficio con sus predicciones seguras; pero los gobernantes no estaban por la labor de invertir en cuestiones preventivas.

También pensó que podría vender sus predicciones a los partidos políticos para augurarles los resultados en las votaciones y en las coaliciones que podrían producirse tanto locales como nacionales. Siempre en base a las combinaciones y resultados anteriores de todos los partidos, que serían analizados como las intenciones de voto que se realizan en todos los comicios; pero los partidos no querían pagar por ello, preferían gastar el dinero en los viajes, comidas, conferencias, encuentros, comités, congresos y justificar el tiempo que pierden en esos menesteres, a cargo de los ciudadanos.

Por último, tuvo la idea de que adivinara el sorteo de la lotería y poder hacerse rico con solo comprar los décimos. Pero esto tuvo malas consecuencias, pues tras varios sorteos ganados y las declaraciones a Hacienda, fueron llamados los progenitores por la inspección y acusados de



comprar billetes premiados, debiendo justificar puntualmente todas las ganancias y el origen del dinero, de difícil justificación con solo decir que el niño adivinaba los números. Decidieron detenerse en esa práctica y vivir con lo obtenido hasta entonces, pues estuvieron a punto de ser encarcelados por supuesto fraude.

Así creció el joven interesándose por las ciencias físicas y las matemáticas, aventurándose a predecir los agujeros negros del espacio y estudiando el origen del universo y la gran explosión del Big Bang, con la ayuda del segundo principio de la termodinámica, tras lo cual se integró en el laboratorio GSI de física de Alemania, donde colaboró con el descubrimiento del último elemento de la tabla de Mendeléyev, el Unuseptio (elemento 117), estudiando matemáticamente las propiedades físico-químicas de sus átomos y prediciendo su utilización en el futuro como semiconductor.

También colaboró en la investigación del bosón de Higgs, estudiando en Suiza con el gran colisionador de hadrones del Laboratorio Europeo de Física de Partículas, para explicar el origen de la masa de las partículas elementales y cómo se produce la ruptura de la simetría electrodébil, mediante modelos fuertemente acoplados.

Estos hallazgos en el ámbito de la física permitieron desarrollar herramientas para el diagnóstico, en el campo de la salud, como la Resonancia Magnética, el TAC o el PET.

Qué más podía averiguar, si conocía todas las leyes universales y principios del electromagnetismo, considerando que las galaxias con su tamaño grande e infinito se rigen con las mismas fuerzas de atracción y repulsión que los pequeños átomos y que esa fuerza universal es la que gobierna tanto la materia inerte, como la orgánica de los seres vivos.

Había estudiado incluso las leyes que rigen el curso de los cometas, como el Catalina (cometa C/2013 US10 que pasó el 17 de enero por el cielo en unos segundos, "cerca" a la Tierra) y nos dicen que podrían ser planetas similares al nuestro, pero a distancias de 123 millones de años luz, que se extinguieron y transformaron en energía luminosa y ahora nos llegaba esa

energía a nuestro campo visual y que solo los científicos parecen comprender.

Se atrevió a calcular la energía desprendida de la colisión de algunas estrellas, conocidas como supernovas. Así la última, bautizada como ASASSN-151 H, decía que brilla quinientas setenta mil veces más que el sol, en cuya explosión se emitió luz y átomos que viajan por las galaxias y llegan a formar parte de los planetas y de nuestras propias vidas, recordando aquello que decía Carl Sagan: "somos polvo de estrellas, que mira a las estrellas".

En sus sueños, tenía admiración por Julio Verne, que predijo hace más de cien años que un submarino, el Nautilus, funcionaría con una materia que produciría una fuerza casi inacabable y desconocida entonces: la energía nuclear. Con todo esto nos recordaba el postulado de Einstein que dice: "la energía ni se crea ni se destruye, solo se transforma".

Su última investigación la dirigió a averiguar si en la materia orgánica de los humanos podría predecirse un mecanismo matemático capaz de dar señales de su agotamiento funcional, pues entendía que la pirámide de inversión de la población cambiaba constantemente y existían leyes que hacían que todos los seres vivos, animales o plantas, tuvieran una fecha de caducidad, como sabemos, y se transformaban en sus principios básicos: proteínas, aminoácidos, moléculas, agua, y por último los átomos de sus elementos simples que se combinaban con átomos de otros elementos para producir otras nuevas materias, o sea energía transformada en otra energía.

Esto lo había iniciado tras estudiar de forma matemática el tiempo exacto que había tardado una manzana en pudrirse y degradar sus polisacáridos, como la pectina, en otros componentes orgánicos convirtiéndose en abono de nuevas plantas, merced a la cantidad de agua de sus células, que representa más del setenta por ciento de su peso.

Así, decía que la muerte no existía; solo era el paso a otra dimensión que, como materia, se presenta en una nueva forma y lo argumentaba también con su experiencia, pues de niño tuvo un perro que se murió y lo enterraron en su jar-

dín, y cuando al cabo de muchos años quiso trasladarlo de lugar, no quedaban de él ni los huesos, pues su calcio y el resto de sus entrañas, había sido transformado por las bacterias del suelo y mezclado con la tierra que a la vez habían sido absorbidos sus elementos simples, por las raíces de los árboles y transformado en jugosos frutos que habían sido comidos por toda la familia.

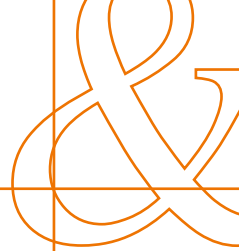
Ahora todavía es mucho más evidente ese paso, pues con la incineración, las cenizas son echadas al mar, o esparcidas en la tierra o el aire, y esas cenizas no son más que los últimos elementos constituyentes de la materia: calcio, potasio, magnesio, hierro, sodio, cloro, selenio, telurio, yodo, manganeso, etc. etc. pero sin tiempo todavía de incorporarse a ninguna otra combinación química.

No creía en ninguna otra vida, y todo lo representaba de forma matemática prediciendo que el tiempo era la única dimensión creíble, donde toda esa materia podía transformarse, pues había estudiado también la formación de las energías fósiles, como el carbón y el petróleo y se asombró de observar cómo los bosques enormes de árboles prehistóricos que cubrían la corteza terrestre, habían sido enterrados por los movimiento telúricos producidos millones de años antes, y merced a unas bacterias anaerobias los habían transformado en unas sustancias diferentes que eran utilizadas miles de años después para producir energía calorífica y mecánica, y que también tendrían una fecha de caducidad, de la que predecía su agotamiento.

Si hubiese vivido en otra época, lógicamente habría sido condenado a la hoguera acusado de hereje; pues solo un Ser supremo tendría la sabiduría para predecir el futuro y unos pocos humanos elegidos por ellos mismos en sus místicas congregaciones, eran los capacitados para interpretar y administrar esos conocimientos; pero ahora el cientifismo era más liberal y con la física cuántica, cualquiera con capacidad de raciocinio y conocimientos profundos de las leyes universales puede comprender el pensamiento y la conciencia, sin religión que interpretara el espíritu y su existencia, divulgando así, sus propios resultados.

Cuando intentaba conocer su último reto para predecir la fecha de extinción de la vida orgánica del ser humano, se puso como sujeto del ejemplo y tras numerosas combinaciones y operaciones matemáticas de todos sus parámetros, que naturalmente conocía mejor que nadie, obtuvo la fórmula de esa respuesta, que fue total y absolutamente cierta, descubriendo que podía predecirse la fecha en que se agotarían las energías de cualquier ser viviente y curiosamente a él, le quedaba un solo día para su transformación en otra forma de energía, en ese ciclo que llamamos vida y que probablemente seguirá existiendo, a pesar de que nuestros sentidos sean incapaces de percibirla, como observadores.

A los dos días, en el epitafio de su tumba su padre le grabó una frase que decía: *"Vino y se fue tan rápidamente como la vida, sin tiempo para disfrutarla."*



NANDA diagnosticos enfermeros: definiciones y clasificacion 2015-2017

Nanda International (North American Nursing Diagnosis Association)

Guía definitiva de los diagnósticos enfermeros revisados y aprobados por NANDA-I. La presente edición (2015-2017) ha sido rigurosamente actualizada y revisada por un equipo de expertas españolas en taxonomías enfermeras.

Cada uno de los 235 diagnósticos presentados está basado en las definiciones, así como en las características definitorias y los factores relacionados o factores de riesgo. Cada diagnóstico nuevo y revisado se fundamenta en la última evidencia global y ha sido aprobado por expertos en diagnóstico enfermero, investigadores y educadores.

Novedades en esta edición:

25 nuevos diagnósticos enfermeros y 13 diagnósticos revisados.

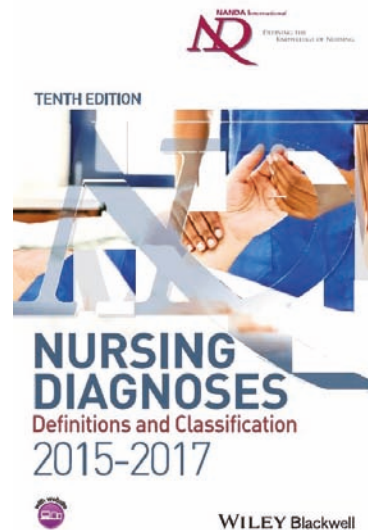
Actualizaciones, cambios y revisión de la mayoría de las definiciones de los diagnósticos enfermeros, en particular los de Promoción de la salud y los Diagnósticos de riesgo.

Estandarización de los términos indicadores de diagnóstico (características definitorias, factores relacionados y factores de riesgo) que proporcionan mayor claridad.

Todos los capítulos introductorios proporcionan información crítica necesaria para las enfermeras: para entender la valoración y su vinculación con el diagnóstico, y el propósito y el uso de la estructura taxonómica para la práctica de las enfermeras en servicio.

Un nuevo capítulo que contiene las Preguntas frecuentes más comunes.

Cinco diagnósticos enfermeros



han sido reacomodados dentro de la taxonomía NANDA-I tras una revisión de la estructura taxonómica actual.

Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)

Bulechek, G.M

“Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)” incluye una lista completa de intervenciones realizadas por profesionales de enfermería, desde la práctica general hasta las especialidades.

“Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)” incluye una lista completa de intervenciones realizadas por profesionales de enfermería, desde la práctica general hasta las especialidades.

Esta herramienta de investigación clínica proporciona las bases del conocimiento para el currículo y la práctica de enfermería, transmite la naturaleza de la enfermería y faci-

lita la selección y la documentación adecuadas de las intervenciones enfermeras.

En esta 6ª edición actualizada y revisada se incluyen:

- Más de 550 etiquetas de intervenciones de enfermería basadas en la investigación, con aproximadamente 13.000 actividades específicas.
- Mayor cobertura de las intervenciones con 23 nuevas intervenciones.
- Revisión de 128 intervenciones para ofrecer información más actualizada. asimismo incluye cinco cambios en el nombre de las etiquetas.
- Actualización y ampliación de la lista del tiempo estimado y el nivel



de formación necesarios para realizar las intervenciones NIC.



27 JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERAS GESTORAS - SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA

Fecha: Del 25 al 27 de mayo de 2016

Lugar: Burgos

Información: Tlf.: 902 190 848; sanicongress@27enfermera sgestoras.com; <http://www.27enfermerasgestoras.com/>

XL CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA EN NEUROCIENCIAS (AEEN)

Fecha: Del 25 al 27 de mayo de 2016

Lugar: Málaga

Información: www.aeenmalaga2016.es/

X JORNADA DE LA UNIDAD DEL SUELO PÉLVICO

Fecha: 27 de Mayo de 2016

Lugar: Hospital del Mar (Barcelona).

Información: gotic@gotic-congres.com



XXVI JORNADAS NACIONALES AEN 2016

Fecha: 2 y 3 de junio de 2016

Lugar: Cartagena (Murcia)

Información: amusm.org/2016/01/25/xxvi-jornadas-nacionales-de-la-aen/

2º JORNADA NACIONAL DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA

Fecha: 3 de junio de 2016

Lugar: Madrid

Información: 91 473 50 42; contacto@seecir.es; www.seecir.es/jornadaenfermeriacirugiaseecir2016/

XXV CONGRESO DERECHO Y SALUD

Fecha: Del 8 al 10 de junio de 2016

Lugar: Madrid

Información: www.ajs.es/xxv-congreso-derecho-y-salud



VIII CONGRESO NACIONAL DE SCELE

Fecha: 9 y 10 de junio de 2016

Lugar: Alicante

Información: www.scele.org/web_scele/index.htm

IV CONGRESO INTERNACIONAL, X CONGRESO NACIONAL Y IV ENCUENTRO NACIONAL DE TUTORES Y RESIDENTES

Fecha: Del 5 al 7 de octubre de 2016

Lugar: Burgos

Información: <http://enfermeriacomunitaria.org>



<http://hablemosdeenfermeria.blogspot.com.es/>

Hablemos de Enfermería es un blog dirigido a estudiantes, profesionales, docentes y público en general, en el que puede encontrarse información relacionada con cuidados de Enfermería, investigación, evidencias en salud, eSalud, y otros temas de interés para profesionales sanitarios.

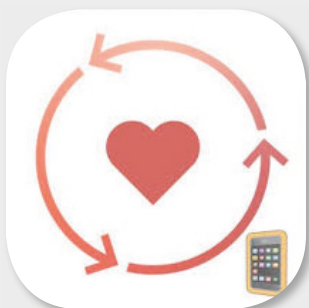


Un blog cuyos contenidos son elaborados por personal sanitario que está dedicado a difundir información y temas de reflexión acerca del cuidado humano, las cuales son las bases fundamentales de la profesión enfermera, así como también proporcionar información de salud y vida, de forma amena y basada en evidencia científica, con el fin de ayudar y fortalecer la práctica clínica para el beneficio de los usuarios de los servicios de salud.

Hablemos de Enfermería cuenta con diferentes secciones a través de las cuales pone a disposición de sus visitantes interesantes y útiles recursos en materia de apuntes, investigación, webs, revistas y apps sanitarias así como un completo directorio de universidades y teléfonos de interés.

EL CÍRCULO DE LA SALUD

'El círculo de la salud' es una aplicación que ayuda a los pacientes a controlarlos factores de riesgo cardiovascular de forma personalizada. Se trata de una app que ha sido diseñada por la Fundación Pro CNIC, bajo la tutela del cardiólogo Valentín Fuster. Esta herramienta ya está disponible para terminales tanto de Android como de iOS (Apple).



2RESCAPP

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



E.I.R

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



www.BibliotecaDigitalCecova.es

proyecto ACAIC



Biblioteca Digital Cecova

BIENVENIDOS!

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

Novedades

Nuevo Boletín CECOVA
Ya disponibles el nuevo boletín de CECOVA Nº6/2013

más

Newsletter info@bibliotecadigitalcecova.com Versión HTML



CECOVA
Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana

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



SI TIENE ENTRE
25 Y 30 AÑOS Y
**ESTÁ O
ACABA DE
COLEGIARSE**
COMO PROFESIONAL
SANITARIO

50%* bonificación
para **NUEVOS COLEGIADOS**
en su Seguro de Automóvil

EN A.M.A. QUEREMOS ESTAR CON USTED
DESDE SU PRIMER DÍA DE TRABAJO



www.amaseguros.com
902 30 30 10

A.M.A. ALICANTE. Castaños, 51. Tel. 965 20 43 00 alicante@amaseguros.com
A.M.A. CASTELLÓN. Mayor, 118. Tel. 964 23 35 13 castellon@amaseguros.com
A.M.A. VALENCIA. Plza. América, 6; ac. esquina Avda. Navarro Reverter, 17.
Tel. 963 94 08 22 valencia@amaseguros.com

[*] Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados entre el 13 de abril y el 31 de diciembre de 2015. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

Sabadell
Professional



PROfesional: Ponemos a tu disposición un préstamo nómina con ventajas exclusivas.

Una manera de propulsar tus iniciativas es ofrecerte un préstamo nómina con unas excelentes condiciones, solo por tener la nómina domiciliada en Banco Sabadell y seguro vinculado.

Si eres miembro del **Colegio de Enfermería de Alicante, Castellón o Valencia** y buscas promover tu trabajo, proteger tus intereses o tus valores profesionales, con **Banco Sabadell** puedes. Te beneficiarás de las soluciones financieras de un banco que trabaja en PRO de los profesionales.

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

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

sabadellprofessional.com



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

El banco de las mejores empresas. Y el tuyo.