



La Mesa de la Profesión celebra unas jornadas en contra del **Real Decreto "anti prescripción enfermera"**



- 3 Editorial
- 
- 4 / 5 La Mesa de la Profesión en Córdoba pone en marcha varias jornadas por la provincia contra el Real Decreto de "anti prescripción enfermera"
- 
- 6 / 8 Todo lo que necesitas saber sobre el nuevo Real Decreto de prescripción enfermera
- 
- 9 Guía de actuación del Real Decreto de prescripción enfermera
- 
- 10 / 13 Doce dudas sobre el RD de prescripción enfermera
- 
- 14 / 15 La prescripción enfermera y "sus normativas" ponen en la encrucijada a los profesionales andaluces
- 
- 16 Seguro de responsabilidad civil profesional
- 
- 17 / 19 Trabajo científico: *Telemedicina en el ámbito de la Atención Primaria para la detección precoz de retinopatías en pacientes con diabetes mellitus tipo II*
- 
- 20 / 22 Entrevista a Carmen Ramírez Lopera, responsable del programa para la realización de resonancias a pacientes claustrofóbicos
- 
- 23 Introducción a las medicinas y terapias alternativas y/o complementarias (MYTAC)
- 
- 24 / 25 Calendario 2016
- 
- 26 / 29 Trabajo científico: *Cuidados enfermeros al paciente terminal en un servicio de Cuidados Críticos y Urgencias hospitalario*
- 
- 30 / 35 Trabajo científico: *Estilos de vida e hipertensión arterial*
- 
- 36 / 37 Recortes de prensa
- 
- 38 Investigadores enfermeros del IMIBIC estudian implicaciones de los casos de violencia de género en profesionales sanitarios
- 
- 39 Congresos y premios
- 
- 40 El enfermero Enrique Sánchez publica *El hombre mínimo*
- 
- 41 Entra en vigor la tarjeta profesional europea para enfermeros
- 
- 42 La equivalencia de DUE a Grado en Enfermería, paso a paso
- 
- 43 Formación continua: Próximos cursos
- 
- 44 Deliberación del VI Concurso de Fotografía / Sorteo de suscripción a publicaciones científicas
- 
- 45 / 48 El Colegio celebra su Fiesta Infantil de Navidad en el circo Coliseo / Los ganadores del VI Concurso de Christmas reciben su premio
-

Edita

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE  
ENFERMERÍA DE CÓRDOBA

DIRECTOR

Florentino Pérez Raya

DIRECTORA TÉCNICA

María Isabel Ruiz

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN

Comisiones Ejecutiva y Plenaria del  
Ilustre Colegio Oficial de Enfermería

C/Velázquez Bosco, 3

Tel: 957 29 75 44/29 71 77

Fax: 957 20 48 52

www.ocenf.es/cordoba

14003 CÓRDOBA

PRODUCE

Tecnographic, s.l.

Políg. Calonge, C/ Metalurgia, 87

Telfs. 95 435 00 03 / 95 435 66 62

41007 SEVILLA

DEPÓSITO LEGAL

CO - 734/1992

ISSN: 2444-3433

CONSTANTES no comparte necesariamente las opiniones vertidas en los diferentes artículos, siendo la responsabilidad de las mismas exclusiva del que las suscribe



## TU COLEGIO TE INFORMA SOBRE EL NUEVO RD DE PRESCRIPCIÓN

**Desde** el 24 de diciembre está en vigor el Real Decreto 954/2015, que regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. A partir de esa fecha, podemos marcar un antes y un después en nuestra actuación profesional en torno a la prescripción.

En primer lugar, la vigencia de la nueva norma, de carácter estatal, deroga en su mayor parte el Decreto andaluz 307/2009, por el que hasta ahora se definía la prescripción enfermera en el sistema sanitario público de Andalucía.



Florentino Pérez Raya. Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Córdoba

Así, con la publicación del Real Decreto de prescripción enfermera, nos encontramos ante un doble conflicto: de un lado, el Estado limita nuestra competencia prescriptora hasta tal punto que, si traspasamos la frontera de lo que marca la nueva normativa, estaremos ante la posible comisión de un delito de intrusismo. Pero al mismo tiempo, la Junta se niega a aceptar que su decreto ha quedado obsoleto desde el mismo día que entró en vigor el RD. En esa postura, la Consejería de Salud y el SAS obligan a los profesionales a incumplir la norma básica de Estado vigente, y les exige que sigan actuando conforme a la legislación andaluza, derogada en su mayor parte, bajo presiones de apertura de expedientes sancionadores.

El Gobierno, por un lado, y la Junta de Andalucía, por otro, complicando aún más la situación, nos han puesto contra las cuerdas, atándonos de pies y manos.

Por todo ello, debemos cumplir todas y todos a rajatabla el nuevo RD de prescripción enfermera, para hacer frente a la inseguridad jurídica en la que pretenden sumirnos tanto la Administración central como el SAS.

Para que puedas actuar con tranquilidad cuenta con tu Colegio, que está a tu disposición para informarte de todo lo que necesites, e incluso para que puedas solicitar que, como integrantes de la Mesa provincial de la Profesión, acudamos junto al Sindicato de Enfermería SATSE en Córdoba a explicarte en detalle la nueva norma y sus riesgos en tu propio centro de salud u hospital.

Ya hemos celebrado jornadas en Pozoblanco, en Cabra y en Córdoba. Han sido unas asambleas informativas que hemos organizado conjuntamente con la secretaría provincial de SATSE Córdoba. Los resultados han sido satisfactorios.

Queremos un desarrollo pleno de la prescripción enfermera en toda España, y en eso estamos trabajando. En este número dedicamos una amplia sección a todo lo relacionado con el Real Decreto, que puede ser muy útil para aclarar dudas y preguntas, además de para conocer la situación en la que nos encontramos. Igualmente, recuerda que tu Colegio está aquí para ayudarte y apoyarte en hacer frente a esta injusta encrucijada en la que nos han colocado el Gobierno de la Nación y la Junta de Andalucía.

Cuenta con tu Colegio.

## La Mesa de la Profesión en Córdoba pone en marcha varias jornadas por la provincia contra el Real Decreto de "anti prescripción enfermera"

Estas asambleas se han celebrado recientemente en Pozoblanco, Cabra y Córdoba, con el objetivo de informar a todas las enfermeras sobre la grave situación de inseguridad jurídica a la que se enfrentan tras la entrada en vigor del RD



**La** Mesa de la Profesión Enfermera de la provincia de Córdoba, integrada por el Colegio Oficial de Enfermería de Córdoba y el Sindicato de Enfermería SATSE en Córdoba, ha celebrado varias jornadas sobre responsabilidad profesional que han tenido lugar recientemente en Pozoblanco, Cabra y Córdoba, con el objetivo de informar a todas las enfermeras sobre la grave situación de inseguridad jurídica a la que se enfrentan tras la entrada en vigor del Real Decreto que regula la prescripción enfermera.

El 3 de marzo en Pozoblanco se puso en marcha esta serie de asambleas informativas, a las que han seguido las citas del 9 y 10 de marzo en Cabra y Córdoba, respectivamente. En definitiva, se trata de una nueva actuación de la Mesa provincial de la Profesión para dar a conocer las negativas consecuencias de la norma del Gobierno del PP –ahora en función–.

¿Tengo que tener la prescripción de un médico a la hora de poner una vacuna? ¿Incurro en intrusismo profesional si indico pañales a un paciente? ¿Cómo procedemos a partir de ahora en las curas de úlceras por presión, de las que siempre nos hemos ocupado las enfermeras? Éstas fueron las principales preguntas realizadas por las enfermeras y enfermeros que acudieron a las jornadas informativas de la Mesa.

Ante este tipo de dudas frecuentes que preocupan a los profesionales, la respuesta de los miembros de la Mesa siempre es la misma: que los enfermeros, tal y como está ahora la norma, no pueden vacunar, ni indicar pañales, ni curar sin la previa prescripción médica, y tampoco pueden realizar cientos de actuaciones que se están haciendo diariamente.

“La intención de estas jornadas es que las enfermeras no asuman una responsabilidad que no les corresponde e incurran, por tanto, en un posible delito de intru-

sismo profesional. Algo que, además, no estará cubierto por la póliza de responsabilidad civil”, inciden el secretario provincial de SATSE Córdoba, Manuel Cascos, y el presidente del Colegio de Enfermería, Florentino Pérez, quienes han explicado en estas charlas que todos los profesionales tienen que estar acreditados por el Ministerio de Sanidad para indicar, usar y autorizar la dispensación de medicamentos y productos sanitarios a todos los niveles. De igual forma, insisten en que los protocolos existentes en la práctica asistencial no son válidos tras la entrada en vigor del RD.

### Acreditación

En la misma línea, los asesores jurídicos de la Mesa advierten que “una vez que los enfermeros y enfermeras andaluces obtengan por acceso directo la acreditación, podrán hacer una indicación, uso y autorización de forma autónoma para los

medicamentos y productos no sujetos a prescripción médica, pero no así para los que están sujetos a prescripción médica, porque al haber modificado el Gobierno el RD en el último momento, ahora es necesario que el médico realice un diagnóstico, una prescripción, la asignación de un protocolo y que, además, luego haga el seguimiento de ese paciente”.

En estas asambleas informativas, los asesores jurídicos en representación del Colegio de Enfermería y de la secretaria provincial de SATSE Córdoba, Anselmo Menéndez y Mercedes Márquez respectivamente, han expuesto los detalles sobre la responsabilidad legal de los profesionales ante el nuevo Real Decreto que regula la prescripción enfermera.

También han recalcado la grave situación de la comunidad andaluza, donde la Dirección Gerencia del SAS pretende imponer a todo el personal de enfermería que siga prescribiendo según el Decreto 307/2009, para la prescripción enfermera en Andalucía, rechazando que éste queda anulado en su mayor parte por una norma básica de Estado, en vigor desde el pasado 24 de diciembre.

“ **La intención de estas jornadas es que las enfermeras no asuman una responsabilidad que no les corresponde e incurran, por tanto, en un posible delito de intrusismo profesional**”

Según los representantes de la Mesa, Florentino Pérez y Manuel Cascos, “el Servicio Andaluz de Salud ha adoptado una postura ante el RD que pone en peligro y en una grave inseguridad jurídica a los profesionales de enfermería andaluces, pues les obliga a incumplir la normativa nacional bajo presiones, aun sabiendo el riesgo de que los profesionales puedan cometer un posible delito de intrusismo, incrementando todavía más la indefensión a la que ya les somete la normativa nacional”.



▲ De izqda. a dcha., Mercedes Márquez, Manuel Cascos, Florentino Pérez y Anselmo Menéndez, ofreciendo una de las charlas

Tal es el rechazo del SAS al acatamiento del nuevo RD que, los gerentes de los centros hospitalarios de Pozoblanco, Caba y Córdoba, han denegado el uso de sus espacios para la celebración de estas jornadas, por lo que la Mesa provincial de la Profesión ha tenido que buscar lugares alternativos en cada una de las ciudades.

### Seguro de responsabilidad civil

Frente a este panorama, se ha repetido en todas las asambleas que “es importante que los enfermeros sepáis que en principio no podéis aceptar ninguna norma que vaya en contra de lo establecido en el Real Decreto. Recomendamos que las órdenes sean siempre escritas y en el caso de que no pueda ser así, que se deje constancia en la historia clínica o que se busquen medios alternativos como un testigo que escuche lo que dice el médico al enfermero”.

En relación a la cobertura de la póliza de responsabilidad civil ante un posible delito de intrusismo, los asesores jurídicos han aclarado que Zürich, la compañía con la que el Consejo General de Enfermería tiene contratado el seguro de todos los colegiados y que, casualmente, es la misma aseguradora del personal del SAS, ha redactado un informe en el que concreta que no están cubiertas aquellas actuaciones llevadas a cabo por los profesionales que no se ajusten a la legalidad vigente.

### Disposición de la Mesa

En general, entre los asistentes a estas charlas se respiraba un ambiente de dudas, indignación, enfado y miedo. Gracias a este tipo de jornadas, las enfermeras comprenden un poco mejor en qué situación se encuentran actualmente. Desde la Mesa provincial de la Profesión han recalcado que tanto el Colegio de Enfermería como la secretaria de SATSE Córdoba están disponibles para que las enfermeras puedan consultar todas sus dudas y pedir asesoramiento. Igualmente, ambas entidades han comunicado que se ha puesto a disposición de todos los compañeros un modelo de escrito para que comuniquen a la dirección de enfermería y a la dirección gerencia de los hospitales que conocen que el Real Decreto está en vigor, que conocen su contenido y que esto tiene efectos sobre su práctica diaria.

A la espera de que el Tribunal Supremo decida sobre los últimos recursos interpuestos contra este RD, Pérez y Cascos concluyen que “nuestro principal objetivo es la suspensión cautelar del artículo 3.2 del RD, porque ahí es donde reside el verdadero problema del nuevo Real Decreto de prescripción enfermera, ya que, según éste, para el más mínimo uso de medicamentos o productos sanitarios tenemos que llamar al profesional médico si no queremos incurrir en un delito de intrusismo”.



## TODO LO QUE NECESITAS SABER SOBRE EL NUEVO

### → ¿Cómo se ha llegado a esta situación que limita nuestra competencia prescriptora?

**E**l pasado 23 de diciembre, el BOE publicó el RD 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros.

Tras la aprobación en 2009 de la Ley del Medicamento, la prescripción enfermera se contempló en el Acuerdo suscrito por la Mesa de la Profesión Enfermera con el Ministerio de Sanidad en 2013, donde se recogía el texto consensuado entre las organizaciones profesionales y el Ministerio de Sanidad.

Este texto consensuado entre organizaciones profesionales obtuvo el informe preceptivo favorable del Consejo de Estado y la recomendación, aprobada por unanimidad, del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Un día antes de su aprobación en Consejo de Ministros, el Gobierno, unilateralmente, alteró la redacción del texto del Real Decreto, modificando aspectos esenciales del mismo de tal forma que, en su redacción final, el texto contradice la regulación legal de la participación de las enfermeras en la prescripción de medicamentos y productos sanitarios.

“ **El Real Decreto es de obligado cumplimiento en todo el territorio nacional**

Conscientes del conflicto que la nueva redacción del RD de prescripción iba a generar en el normal funcionamiento del Sistema Sanitario, el Gobierno pospuso su publicación en el BOE hasta la cele-



“ **Es requisito imprescindible que el médico determine qué fármaco sujeto a prescripción médica es el que se debe aplicar tanto inicialmente como en el seguimiento posterior**

bración de las elecciones generales, publicándolo con posterioridad a las mismas y en pleno periodo navideño.

#### **Vigencia y cumplimiento**

El Real Decreto entró en vigor el día 24 de diciembre de 2015 y es de obligado cumplimiento en todo el territorio nacional, aunque distintos Servicios de Salud, por el conflicto que genera en la atención sanitaria, emitan instrucciones para intentar evitar aplicar el RD en su literalidad, aunque ello conlleve inseguridad jurídica para los profesionales de enfermería.

Desde la entrada en vigor del RD, y con carácter obligatorio para todos los profe-

sionales, es requisito imprescindible que el médico, a través de receta o dejando constancia escrita en la historia clínica del paciente, determine qué fármaco sujeto a prescripción médica es el que se debe aplicar tanto inicialmente como en el seguimiento posterior.

El texto vigente afecta sustancialmente el desempeño del trabajo enfermero, al mismo tiempo que recorta sus competencias y altera la actividad profesional habitual, deteriorando el funcionamiento normal de los centros sanitarios y la calidad de la asistencia que se presta a los pacientes, generando además un conflicto indeseado entre colectivos profesionales.

## REAL DECRETO DE PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

➔ ¿Qué consecuencias directas tiene este RD en nuestro trabajo diario?

**NO** estamos autorizados para **USAR e indicar** medicamentos ni productos sanitarios de forma autónoma porque:



### NO ESTAMOS ACREDITADOS

Es requisito imprescindible estar acreditado para poder usar todo tipo de fármacos, tanto los sujetos a prescripción médica como los no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios. En la fecha de publicación del RD ningún enfermero/a lo está.



#### CAPÍTULO II

**Indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano relacionados con su ejercicio profesional por parte de los enfermeros**

Artículo 2. *Indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos no sujetos a prescripción médica y de productos sanitarios de uso humano.*

1. Los enfermeros, en el ejercicio de su actividad profesional, podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de medicamentos no sujetos a prescripción médica y de productos sanitarios de uso humano, de forma autónoma, mediante una orden de dispensación que tendrá las características establecidas en el artículo 5.

2. Para el desarrollo de estas actuaciones, tanto el enfermero responsable de cuidados generales como el enfermero responsable de cuidados especializados deberán ser titulares de la correspondiente acreditación emitida por la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad conforme a lo establecido en este real decreto.

Artículo 3. *Indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos de uso humano sujetos a prescripción médica.*

1. Los enfermeros, en el ejercicio de su actividad profesional, según lo previsto en el artículo 79 del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en relación con el artículo 7 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, y conforme a lo establecido en el apartado siguiente, podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica, mediante la correspondiente orden de dispensación que tendrá las características establecidas en el artículo 5.

2. Para el desarrollo de estas actuaciones, tanto el enfermero responsable de cuidados generales como el enfermero responsable de cuidados especializados deberán ser titulares de la correspondiente acreditación emitida por la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad conforme a lo establecido en este real decreto.



### NO HAY PROTOCOLOS VÁLIDOS

Mientras los protocolos no cumplan lo establecido en el RD, en ningún caso es válida la aplicación de los protocolos que se venían utilizando que se refieran a medicamentos sujetos a prescripción médica, ya que a partir de la entrada en vigor del RD los protocolos deben estar validados a nivel estatal y publicados en el BOE.



#### CAPÍTULO III

**Indicación y validación de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial para la indicación, uso y autorización de dispensación por parte de los enfermeros de medicamentos sujetos a prescripción médica**

4. Los protocolos y guías de práctica clínica y asistencial, una vez elaborados por la Comisión Permanente de Farmacia, serán validados por la persona titular de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y publicados en el «Boletín Oficial del Estado» mediante la resolución correspondiente, para su aplicación.

### NO ESTAMOS AUTORIZADOS A USAR MEDICAMENTOS SUJETOS A PRESCRIPCIÓN MÉDICA SIN EL DIAGNÓSTICO Y PRESCRIPCIÓN MÉDICA PERSONALIZADOS PARA CADA PACIENTE

Según marca el RD es imprescindible que el médico, determine qué fármaco es el que se debe aplicar y que así lo haga constar en la historia clínica del paciente, debiendo además realizar el seguimiento posterior.



En todo caso, para que los enfermeros acreditados puedan llevar a cabo las actuaciones contempladas en este artículo respecto de los medicamentos sujetos a prescripción médica, será necesario que el correspondiente profesional prescriptor haya determinado previamente el diagnóstico, la prescripción y el protocolo o guía práctica clínica y asistencial a seguir, validado conforme a lo establecido en el artículo 6. Será en el marco de dicha guía o protocolo en el que deberán realizarse aquellas actuaciones, las cuales serán objeto de seguimiento por parte del profesional sanitario que lo haya determinado a los efectos de su adecuación al mismo, así como de la seguridad del proceso y de la efectividad conseguida por el tratamiento.



### NO NOS AMPARARÍA LA PÓLIZA DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Las pólizas de seguro de RC amparan a los profesionales que actúan en el marco de las funciones que se tienen asignadas en el ámbito competencial de la profesión enfermera. Al recoger de manera explícita que los medicamentos sujetos a prescripción deben estar prescritos por el médico, su uso e indicación de manera autónoma por el enfermero, está fuera de la cobertura de cualquier seguro de RC.



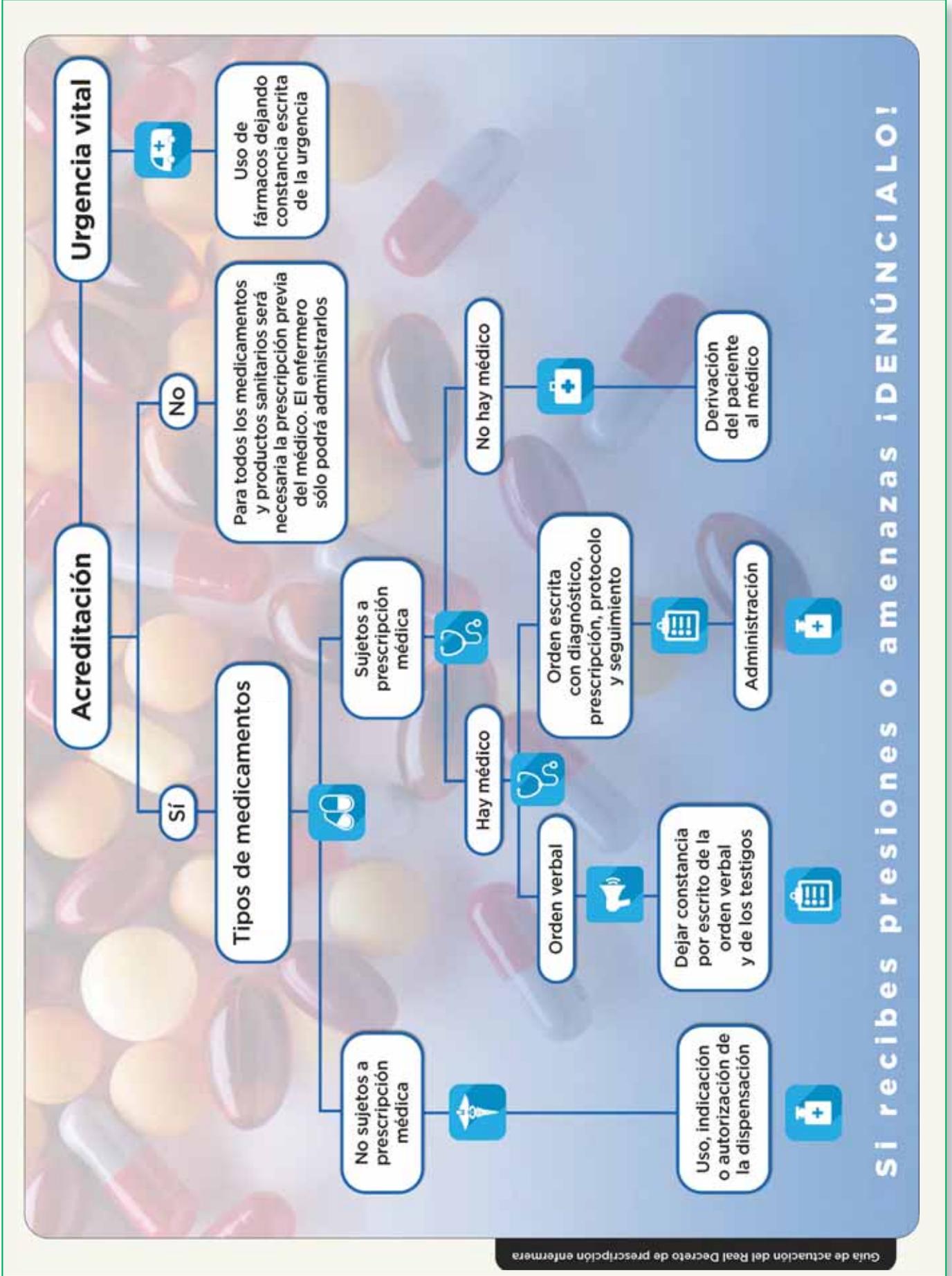
## → ¿Qué debemos saber los profesionales de enfermería?

- ▶ **El RD de prescripción entró en vigor el pasado 24 de diciembre de 2015, es de aplicación tanto en la sanidad pública como en la privada y afecta a todos los profesionales de enfermería, al mismo tiempo que establece obligaciones también para los médicos.**
- ▶ El RD exige **que todos los profesionales de Enfermería estén acreditados** por el Ministerio de Sanidad tanto para el uso, indicación y autorización de manera autónoma de los medicamentos sujetos a prescripción como los no sujetos a prescripción y los productos sanitarios.
- ▶ **Los protocolos** que se han venido utilizando hasta ahora y que incluyen cualquier actuación autónoma de las enfermeras respecto a los medicamentos sujetos a prescripción médica, **han dejado de ser válidos** desde el momento de **publicación del RD**, ya que en éste se establece que los protocolos han de ser validados por la Dirección General de Salud Pública y publicados en el BOE.
- ▶ **En cuanto a la administración de medicamentos y productos sanitarios, se debe continuar realizando con normalidad todas las actuaciones del enfermero/a que cuenten con la prescripción expresa e individualizada por paciente, registrada en la historia clínica** y, si es el caso, pautada convenientemente.
- ▶ **Son excepciones en la aplicación estricta del RD la actuación de la enfermera/o cuando se refiera a una emergencia vital para el paciente**, aunque posteriormente el médico deberá reflejar en la historia clínica las prescripciones realizadas durante dicha actuación.
- ▶ Igualmente **son excepciones aquellas situaciones amparadas en el deber de socorro** y que implican la actuación profesional autónoma sin presencia médica.

## → ¿Qué debemos hacer?

- ▶ **Cumplir estrictamente lo que el RD de prescripción enfermera estipula**, ya que es una norma básica de obligado cumplimiento en todo el ámbito estatal.
- ▶ **No admitir órdenes verbales** excepto en las intervenciones en riesgo vital. En ellas se actuará siguiendo las indicaciones del médico pero se insistirá en la transcripción de las mismas en la historia clínica del paciente una vez superada la situación de emergencia.
- ▶ **Solicitar al médico la prescripción detallada de las pautas de medicamentos y productos sanitarios a utilizar** para cada paciente mientras no contemos con la acreditación del Ministerio y los protocolos no cumplan los requisitos establecidos en el RD. El médico es el responsable también de realizar el seguimiento del tratamiento en los medicamentos sujetos a prescripción médica.
- ▶ **Hacer constar a la Dirección de Enfermería y a la Gerencia de tu centro sanitario los nuevos condicionamientos legales** que impiden el desarrollo habitual del trabajo enfermero, dejando claro que esta situación es ajena a tu voluntad. Para ello, SATSE y la Organización Colegial ponen a disposición de los profesionales los escritos oportunos, que pueden descargarse en la web del Colegio de Enfermería de Córdoba.
- ▶ **Denunciar ante las organizaciones que forman la Mesa de la Profesión Enfermera cualquier situación** en las que se nos obligue a trabajar en contra de lo dispuesto en el RD de prescripción.
- ▶ El **Sindicato de Enfermería y la Organización Colegial ponen a disposición de los profesionales de Enfermería su Asesoría Jurídica** profesional y laboral para que ningún enfermero/a se sienta desprotegido.

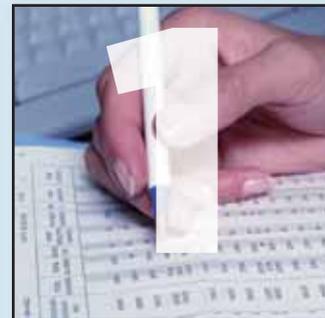




# 12 dudas sobre el RD de prescripción enfermera

## ¿Qué puedo hacer si no tengo la acreditación para prescribir?

La acreditación es obligatoria para todos los enfermeros, tanto para los medicamentos de prescripción médica como los que no la precisan y para los productos sanitarios. En todos los casos, si los enfermeros no están acreditados sólo pueden administrar lo pautado por el médico.



## ¿Qué se debe hacer en caso de urgencia vital?

En el caso de que peligre la vida del paciente, el enfermero debería intervenir y emplear los fármacos, sujetos o no sujetos a prescripción médica así como los productos sanitarios necesarios en cualquier circunstancia, dejando constancia por escrito tanto de la urgencia vital como de las actuaciones realizadas. De esta forma se evitaría que se le pueda imputar por un delito de “omisión del deber de socorro”.

## ¿Cómo sé si un medicamento está sujeto a prescripción médica?

La Agencia Española del Medicamento dispone de una aplicación en su página web que permite conocer qué medicamentos son de prescripción médica y cuáles no.



GEMA ROMERO. Madrid.

Tras la entrada en vigor del Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros, estos ya no pueden usar ni indicar a ningún paciente medicamentos sujetos a prescripción médica si no está diagnosticado y prescrito previamente por el médico y por tanto escrito así en la historia clínica del paciente o en otros documentos

sanitarios que tengan validez legal. Según el artículo 3.2, es el médico en todos los casos el que debe haber “determinado previamente el diagnóstico, la prescripción y el protocolo o guía de práctica clínica y asistencial a seguir”.

Entonces, ¿cómo debe actuar un enfermero ante esta situación? Repasamos en esta guía rápida las principales dudas que se pueden presentar.



## ¿Puedo prescribir de forma autónoma un medicamento NO sujeto a prescripción médica?

Autónomamente **SÍ**, pero previamente los enfermeros “deberán ser titulares de la correspondiente acreditación emitida por la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad conforme a lo establecido en este Real Decreto”.

## ¿Puedo usar, indicar o autorizar la dispensación de un medicamento sujeto a prescripción médica?

Autónomamente **NO**. Es necesario el diagnóstico y la prescripción del médico con la indicación del protocolo a seguir. El médico debe emitir una prescripción por escrito, bien en la historia clínica del paciente o en cualquier otro documento sanitario que tenga validez legal, siempre y cuando el enfermero sea titular de la correspondiente acreditación emitida por la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad conforme a lo establecido en este Real Decreto. Estas actuaciones “serán objeto de seguimiento por parte del profesional sanitario que lo haya determinado (el médico)”.



## ¿Qué sucede si el médico emite una orden verbal?

Si el enfermero acepta la orden verbal debe asegurarse de que queda constancia por escrito en la historia clínica del paciente, aportando testigos, buscando dejar prueba de dicha orden. Si bien, al amparo de la normativa vigente deberían negarse a acatar órdenes verbales, presentando un escrito ante la dirección de enfermería/gerencia del centro correspondiente, que no debería imponerles sanción disciplinaria alguna, ya que están cumpliendo la normativa.



## ¿Y si no hay médico disponible?

En las visitas domiciliarias, en los servicios de prevención de riesgos laborales o en cualquier otro donde no haya un médico, en caso de no existir urgencia vital el enfermero debe indicar al paciente que es preciso que acuda a su médico para el diagnóstico y la prescripción previas en caso de medicamentos sujetos a prescripción médica, pues de lo contrario el enfermero estaría incurriendo en un presunto delito de intrusismo.



## ¿Qué sucede si empleo fármacos de prescripción médica, como hacía hasta ahora, incumpliendo el Real Decreto?

Los enfermeros pueden ser denunciados por un presunto delito de intrusismo profesional por realizar actuaciones que invaden las competencias de otra profesión y que la normativa expresamente no les habilita para realizar. Además, su actuación quedaría fuera de la póliza de responsabilidad civil en caso de que se produzca cualquier tipo de siniestro.

También supone ir en contra del código deontológico, lo que puede conllevar la inhabilitación profesional.

## ¿Se pueden seguir empleando los protocolos existentes: vacunación, los de las unidades...?

**NO.** En el Real Decreto se establece que todos los protocolos deben ser elaborados por la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial, validados por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y publicados en el BOE.

Hasta la fecha ningún protocolo ha pasado estos trámites.





## ¿El Real Decreto afecta a todos los enfermeros?

El decreto excepciona algunas situaciones:

Los enfermeros de las Fuerzas Armadas se registrarán por una normativa propia que todavía está pendiente de desarrollar.

Por otro lado, las enfermeras especialistas en enfermería obstétrico-ginecológica, las matronas, deben contar con la acreditación que establece el Real Decreto, pero por aplicación de la directiva de cualificaciones profesionales están habilitadas para “el diagnóstico, supervisión, asistencia del embarazo, parto, postparto y atención del recién nacido normal, mediante los medios técnicos y clínicos adecuados”. Dado que no está claro cómo deben actuar, desde el Consejo General de

Enfermería se ha cursado una consulta al Ministerio para su aclaración.

## ¿Y las enfermeras andaluzas, que tenemos normativa propia?

También deben registrarse por el Real Decreto de prescripción enfermera aprobado por el Gobierno central. La única distinción es que se les aplica el punto 3 de la disposición transitoria única, por lo que tienen acceso directo a la acreditación del Ministerio de Sanidad.



## ¿Qué puedo hacer si me presionan o amenazan para que incumpla el Real Decreto?

Ante cualquier presión/amenaza para ir en contra de lo establecido por la normativa, los enfermeros deben denunciarlo de forma inmediata ante el delegado del SATSE del centro correspondiente y en el respectivo colegio profesional.



Más  
información

Ante cualquier duda o problema consulta en la asesoría jurídica del  
Colegio de Enfermería de Córdoba



## ACORRALADOS ENTRE EL SAS Y EL CUMPLIMIENTO DEL REAL DECRETO

## La prescripción enfermera y “sus normativas” pon

Se mire por donde se mire, el SAS ha puesto contra las cuerdas a los profesionales de enfermería andaluces desde que, el pasado 24 de diciembre, entró en vigor el *Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros*.

Sí, porque las enfermeras y enfermeros que trabajan en la sanidad pública andaluza ya han sido advertidas, por activa y por pasiva mediante dos comunicados de la Dirección Gerencia del SAS, de que están obligadas a incumplir el mencionado Real Decreto (RD) para seguir acatando el *Decreto 307/2009, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía*, pese a quedar este último anulado en su mayor parte con la vigencia del Real Decreto, por ser de un rango normativo superior.

Es decir, actúe como actúe el personal de enfermería del SAS siempre va a desembocar en la misma encrucijada: cumplir la Ley y estar protegidos jurídicamente, haciendo caso omiso al Servicio Andaluz de Salud y sus presiones; o escuchar a la gerencia del SAS y los directores de los centros por miedo a conflictos y denuncias procedentes de la propia Administración Pública autonómica, asumiendo un decreto obsoleto, aun exponiéndose a la indefensión, bajo el riesgo de cometer un posible delito de intrusismo profesional, tipificado en el Código Penal.

“ **A contracorriente, el SAS obliga a incumplir el RD, poniendo a los profesionales entre la espada y la pared** ”

Por todo ello, el Consejo Andaluz de Enfermería y el Colegio de Enfermería de Córdoba ponen de manifiesto esta “injusta situación”, en la que “a los límites impuestos por el Gobierno del PP con el RD a la competencia prescriptora, se añaden la confusión y las presiones infundadas desde el SAS, rizando el rizo todavía más si cabe, complicando la actuación diaria de las enfermeras andaluzas”, insiste Florentino Pérez, presidente de las dos instituciones citadas.

Así, en un esfuerzo por despejar el panorama, se repasan a continuación los agentes que obligan a cumplir el RD de prescripción enfermera y los que, a contracorriente, como la Junta de Andalucía y su Servicio Andaluz de Salud obligan a incumplirlo, poniendo definitivamente a los profesionales enfermeros “entre la espada y la pared”.



- ▶ En primer lugar, es necesario recordar que, **cuando un Real Decreto se publica en el BOE**, y siempre que no fije plazo distinto, su entrada en vigor se efectúa justo **al día siguiente**, que es cuando **hay que empezar a dar obligado cumplimiento a la norma**.
- ▶ En segundo lugar, **el Tribunal Supremo ha confirmado que el RD de prescripción enfermera debe aplicarse a rajatabla**, en el auto en el que deniega la suspensión cautelar del artículo 3.2 del mismo a los recursos presentados por el Consejo General de Enfermería y SATSE.

Es decir, mientras no manifieste lo contrario, la justicia mantiene que los enfermeros no pueden usar, indicar o autorizar la dispensación de los medicamentos sujetos a prescripción médica sin el diagnóstico previo y la posterior prescripción y determinación por parte del médico.

Aunque el CGE y SATSE acaban de entregar al Supremo un nuevo recurso, hay que seguir respetando la Ley y la respuesta del Tribunal mientras no se pronuncie en otro sentido.

## En la encrucijada a los profesionales andaluces

- ▶ Por su parte, el Consejo General de Médicos recomienda a sus profesionales que denuncien a aquellos enfermeros que no cumplan con lo establecido en el Real Decreto que regula la prescripción enfermera. De nuevo, un agente más que aboga por el estricto cumplimiento de la nueva normativa y que tomará medidas contra los enfermeros que no la tengan en cuenta.
- ▶ En la misma línea, Zurich, la aseguradora con la que el Consejo General de Enfermería firma la póliza de responsabilidad civil de los colegiados, ha respondido a una consulta de la Organización Colegial en relación a los riesgos derivados de actuaciones enfermeras que incumplan el nuevo RD, y ha señalado lo siguiente: "...cualquier responsabilidad profesional que provenga de una actuación realizada de forma deliberada a pesar de su prohibición por las disposiciones legales y reglamentarias que rigen la profesión de enfermeros/as, no quedaría amparada por las coberturas de esta póliza". Además, Zurich es casualmente la misma compañía contratada por el SAS para dar cobertura al personal sanitario. De nuevo se deja constancia de la importancia de cumplir el RD y sus negativas consecuencias ante la posibilidad de incurrir en un delito de intrusismo profesional.
- ▶ Y por si no estuvieran suficientemente atadas de pies y

manos las enfermeras andaluzas, ahora llega el SAS con sus instrucciones y comunicados y lo vuelve a poner otra vez todo más patas arriba si cabe. En definitiva, el SAS obliga a incumplir el RD de prescripción enfermera, creyendo que les cubre el seguro que tienen contratado con Zurich, dejando a la enfermería en la más absoluta desprotección jurídica y, además, instigando a los directivos de los centros a notificar cualquier incidencia, en la que tendrán que identificar a los profesionales implicados, esto es, a las enfermeras y enfermeros andaluces que se propongan cumplir la normativa estatal en vigor.

“ El Colegio tiene totalmente claro que el RD está en vigor y, por ello, debe cumplirse a rajatabla

Finalmente, si bien el Colegio de Enfermería de Córdoba, el CAE y la Organización Colegial en su conjunto no están de acuerdo con el nuevo RD de prescripción enfermera, todas estas instituciones tienen totalmente claro que la norma está en vigor y, por ello, ante todo, se debe cumplir a rajatabla. Para tratar de corregir el texto y desatascar esta situación de inseguridad jurídica que a nadie beneficia, ya se trabaja desde el Colegio, el CAE, el Consejo General de Enfermería, y con SATSE, a través de la Mesa de la Profesión Enfermera.

### OBLIGACIÓN DE CUMPLIR EL RD DE PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

#### A FAVOR

- 1 La publicación en el BOE del RD y su entrada en vigor al día siguiente
- 2 El Tribunal Supremo, con la denegación de la suspensión cautelar del artículo 3.2
- 3 El Consejo General de Médicos, que pide a los galeños que denuncien a las enfermeras que no asuman estrictamente el RD
- 4 Zurich, compañía aseguradora, que no se responsabilizará de dar cobertura a actuaciones enfermeras que no se ajusten a la legislación vigente

#### EN CONTRA

- 1 El Servicio Andaluz de Salud, que forma parte de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Su Dirección Gerencia ha emitido dos escritos de instrucciones que obligan a las enfermeras y enfermeros andaluces a incumplir el nuevo Real Decreto, dictando a los directivos de los centros que registren las incidencias e identifiquen a los profesionales que se propongan acatar la normativa estatal en vigor





DE LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL CON LA COMPAÑIA ZURICH  
**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL**

## EL COLEGIO TE PROTEGE

CON EL ÚNICO SEGURO -INCLUIDO EN LA CUOTA- QUE CUBRE A 1<sup>er</sup> RIESGO TODAS LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO PRIVADO, CONCERTADO Y PÚBLICO (\*)

NORMAS DE PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE POSIBLES RECLAMACIONES

**PRIMERO:** El colegiado deberá comunicar inmediatamente a su Colegio provincial la reclamación de que haya sido objeto, bien judicial (demanda, querrela o denuncia) o extrajudicial. La comunicación fuera de plazo de dicha reclamación podrá suponer que la póliza no cubra siniestro

**SEGUNDO:** El colegiado cumplimentará en su Colegio provincial el formulario de comunicación de Siniestro de Responsabilidad Civil Profesional o Penal establecido a tal efecto, para que éste sea remitido al Consejo General. Será necesario cumplimentar todos los datos solicitados.

**TERCERO:** Si el colegiado no pudiese contactar con el Colegio, comunicará directamente el hecho a la Asesoría Jurídica del Consejo General (Tel.: 913 34 55 20), donde un letrado le informará sobre los pasos a seguir y la cobertura del seguro. De no hacerlo así, el Consejo no asumirá ninguna responsabilidad, y el perjudicado será sola y exclusivamente el colegiado.

**CUARTO:** El colegiado no deberá declarar nunca sin abogado, ni firmar ningún documento.

**QUINTO:** De acuerdo con lo establecido en la póliza, para la efectividad de la cobertura prevista será imprescindible acreditar que el profesional afectado se encuentra colegiado y al corriente en el pago de las cuotas.

# 3,5

## MILLONES DE EUROS

**3.500.000 € por colegiado y por siniestro, y con un límite por anualidad de veintiun millones de euros**

(\*) Hospitales y centros de salud públicos, Hospitales y centros privados, Hospitales y centros concertados con el SAS, Residencias de mayores y Centros sociosanitarios públicos, concertados y privados, Compañías aseguradoras, Consultas privadas y Ejercicio libre de la profesión.

Si tienes otras pólizas contratadas, para evitar consecuencias no previstas, tráelas al Colegio para que te aclaremos sus coberturas y si te cubren la actividad privada, concertada y pública.

### LA NUEVA PÓLIZA AMPLÍA LAS PRINCIPALES COBERTURAS:

Responsabilidad civil de los colegiados en el desarrollo propio de su actividad profesional o especialidad sanitaria, tal como se regula en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, incluyendo la actividad docente, terapias alternativas y "piercing" ■ Cobertura por inhabilitación profesional como consecuencia de sentencia judicial firme o por expediente disciplinario, con abono, por parte de la Aseguradora de una cantidad máxima de 1.500 €/mes, por un plazo máximo de 18 meses. ■ Posibilidad de contrademanda o reclamación a contrario frente a denuncias infundadas, temerarias o con mala fe.

## TRABAJO CIENTÍFICO

# TELEMEDICINA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE RETINOPATÍAS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

**Autora: Natalia Serrano Ortega.**  
UGC Mengíbar

### RESUMEN

La Diabetes es una patología altamente prevalente en los distintos países del mundo que altera la calidad de vida del individuo y presenta una serie de complicaciones.

Una de ellas, la retinopatía diabética, es la complicación ocular más grave de la diabetes y, si es librada a su propia evolución conduce indefectiblemente a la ceguera.

El diagnóstico y tratamiento precoz identificado desde la Atención Primaria de Salud ayuda a la población de diabéticos a disminuir tal complicación y a la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria prestada directamente por su enfermero de familia.

### PALABRAS CLAVE

Retinopatía diabética, Atención Primaria, Enfermería de Familia.

### OBJETIVOS

#### Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la Diabetes Mellitus es un proceso crónico que engloba un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por la hiperglucemia resultante de defectos en la secreción y/o acción de la insulina.

Se trata de una patología altamente prevalente, crónica y muy compleja, que puede alterar necesidades básicas y deteriora la calidad de vida del individuo.

Constituye un problema de salud que requiere abordaje por un equi-

po multidisciplinar y, de modo muy específico, por profesionales de enfermería<sup>1</sup>.

#### Epidemiología

Existe una gran variabilidad en la prevalencia de la diabetes en los distintos países del mundo, del 1% al 50%, dependiendo de los factores de riesgo de cada población y de la metodología empleada para su determinación. En España, la prevalencia se sitúa entre el 5,9 % y el 10,3%, según estudios epidemiológicos realizados.

En lo referente a la incidencia de Andalucía, disponemos de los datos obtenidos en Málaga, que reflejan una tasa de incidencia de 16,3 casos por 100.000 personas y año, con un incremento anual de un 3.8 %<sup>1</sup>.

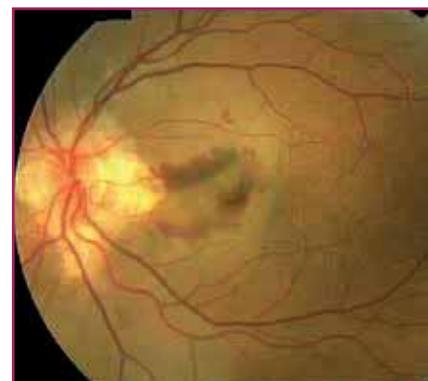
#### La diabetes y sus complicaciones; LA RETINOPATÍA DIABÉTICA

El mal control glucémico y la existencia de otros factores (hipertensión, tabaquismo, hipercolesterolemia...) favorecen la aparición de complicaciones, siendo éstas: la retinopatía diabética, nefropatía diabética, enfermedad cardiovascular y pie diabético<sup>1</sup>.

El objetivo que perseguimos alcanzar es:

- *El Diagnóstico y Tratamiento Precoz de la retinopatía en el paciente con Diabetes Mellitus Tipo II.*

La retinopatía diabética es la complicación ocular más grave de la diabetes y, si es librada a su propia evolución conduce indefecti-



blemente a la ceguera. La diabetes es la segunda causa de ceguera legal (menos de 20/200 de agudeza visual) en Estados Unidos y la principal causa de ceguera irreversible en personas de 25 a 74 años de edad. Tomando como referencia los países desarrollados a nivel mundial, la retinopatía diabética adquiere el primer lugar como causa de ceguera. En el mundo occidental, su prevalencia oscila entre el 2% y 6% de la población y se estima que el 50 % de los casos permanecen sin diagnosticar<sup>2</sup>. A pesar de no existir un consenso totalmente unificado en relación a la prevalencia de los casos de ceguera, los estudios realizados relacionan el grado de pérdida de visión con el tiempo de evolución de la diabetes obteniendo así; con menos de 5 años de evolución una prevalencia de 15-30%, entre 6-15 años prevalencia de 40-43% y más de 15 años un 70%.

### METODOLOGÍA

#### El antes y el después en el desarrollo de la prueba...

En Andalucía se pone en marcha el Plan Integral de Diabetes (2003-2007), donde se trabaja la Diabetes



desde todas sus vertientes, incluyendo; la detección precoz de la retinopatía<sup>4</sup>.

Hasta el año 2005, se venía realizando por oftalmoscopia directa en centros de especialidades, siendo un método casi exclusivo de facultativos oftalmólogos.

Pero, a partir de 2005 se puso en marcha un nuevo programa dentro del Plan Integral de Diabetes, llevándose a cabo desde la Atención Primaria de Salud<sup>3</sup>.

Con este trabajo ponemos de manifiesto la necesidad de llevar a cabo una identificación temprana de la retinopatía diabética desde la consulta de Atención Primaria mediante el empleo de la telemedicina para su posterior envío a la Atención Especializada.

### **En qué consiste la prueba y cómo se desarrolla...**

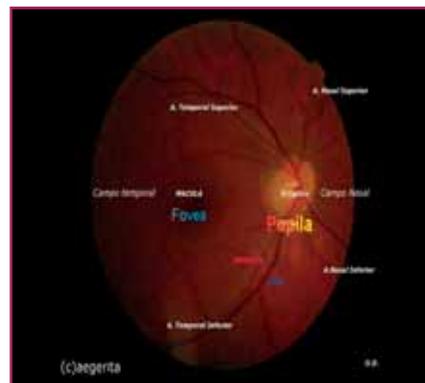
La prueba comienza con la derivación del paciente diabético por parte del médico de familia hacia la consulta de retinografías del propio centro de salud, previo consentimiento informado.

El proceso consiste en la captación de una imagen digital del fondo de ojo del diabético por medio de una cámara especial llamada retinógrafo. El retinógrafo empleado es de tipo digital no midriático, el cual va conectado a un sistema informático que nos permitirá exportar las imágenes al Proceso Integral de Diabetes de Diraya. En tal sistema se encuentran registrados todos los diabéticos con un código de identificación personal e intransferible, donde se irán cargando todas las imágenes que se capten a lo largo de su vida. Gracias a este soporte informático es posible el envío de imágenes desde Atención Primaria a Atención Especializada. De manera previa a la captación de las imágenes, es necesaria la dilatación pupilar con colirio de Tropicamida, estando su utilización totalmente contraindicada en el caso de hipertensión intraocular, antecedentes de glaucoma o utilización de colirio de Pilocarpina. Una vez aplicada una gota en cada

ojo, el paciente deberá esperar unos minutos antes del inicio de la prueba, mientras tanto, se realiza una breve entrevista, con el fin de completar los datos que nos requiere la aplicación informática.

A continuación, procederemos a la correcta colocación del paciente para la captación de las imágenes y le daremos una serie de recomendaciones (que no se mueva, que fije los ojos en un punto verde, etc.) y procederemos al inicio de la prueba.

Es muy importante el conocer adecuadamente las diferentes posiciones en la captación de las imágenes para poder realizar una adecuada interpretación de las mismas.



La captación de las imágenes nos permite la identificación de un fondo de ojo con o sin patología.

Tales imágenes son exportadas al Proceso Integral de Diabetes en Diraya, desde donde serán visualizadas por un médico con formación especializada en cribaje de retinografías.



## RESULTADOS

El empleo de las retinografías desde la consulta de Atención Primaria ha permitido la detección temprana de patologías oculares en personas con diabetes y, por lo tanto, su tratamiento precoz y la consiguiente disminución de complicaciones.

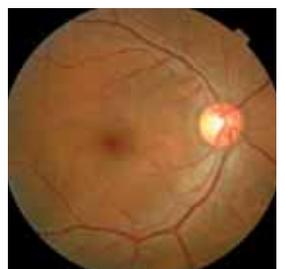
Siendo posible gracias a la mayor accesibilidad al sistema, al prestar la atención desde el primer escalón de asistencia sanitaria, disminuyendo la lista de espera y aumentando la agilidad en el desarrollo de tal proceso, asegurando en todo momento una atención multidisciplinar<sup>5</sup>.

Otros aspectos positivos a tener en cuenta son los términos de *eficacia* (consecución de los objetivos en condiciones óptimas e ideales) y *eficiencia* (consecución de objetivos con recursos disponibles y menor coste), y es que, no debemos olvidar que la población diabética consume entre 8%-14% del gasto sanitario global en los países occidentales (coste medio de cada paciente diabético de 1.304,20€)<sup>6,4</sup>.

### *Hemorragia intrarretiniana (imagen patológica)*



### *Posición central derecha (imagen no patológica)*

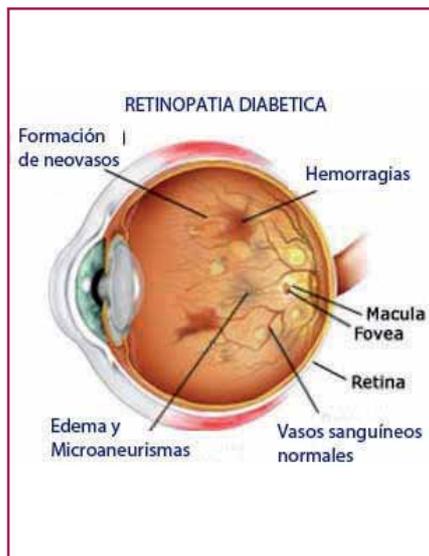


Los estudios realizados ponen de manifiesto que el mayor gasto económico corre a cargo de las complicaciones de tal patología, sobrepasando el 50% del gasto total de la enfermedad, y siendo una de ellas la retinopatía diabética, de ahí la importancia del desarrollo de nuestro trabajo<sup>1</sup>.

## DISCUSIÓN

La Atención Primaria de Salud Andaluza está realizando una firme apuesta por que tal procedimiento llegue a la mayor proporción de diabéticos de las diferentes Zonas Básicas de Salud.

Dicha apuesta ha sido de gran relevancia para el colectivo enfermero, pues su cartera de servicios se ha visto aumentada con el desarrollo de la técnica de la retinografía digital no midriática, siendo el colectivo enfermero el único responsable del desarrollo de la prueba.



Y es que, los estudios realizados, ponen de manifiesto que la enfermería de familia, previamente entrenada y ajustándose a protocolos consensuados, es un personal costo-efectivo para el *screening* de la retinopatía diabética. De igual modo, la autonomía en el desarrollo de la misma supone un alto

Figura 1. Arriba: retinógrafo no midriático. Consta de una cámara de foto y un ordenador (derecha) que procesa las imágenes y posteriormente abajo: una enfermera realiza las retinografías a una paciente diabética.



grado de satisfacción y crecimiento en el campo de la profesión enfermera<sup>1,3,7</sup>.

## Bibliografía

1. Guía de Atención Enfermera a personas con Diabetes. Dirección General de Asistencia Sanitaria, Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Servicio Andaluz de Salud (SAS) y Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC).
2. Lépori LR. Retinopatía diabética, Letbar Asociados, 1ª edición, Buenos Aires 2009.
3. Moreno Pedrero D, Ocaña Moreno A, Caballero Gálvez S. Detección precoz de retinopatía diabética. Revista electrónica portales médicos 2008.
4. Diabetes Mellitus Tipo II: Proceso Asistencial Integrado. Consejería de Salud. Sevilla 2002.
5. Robert Boada MD. Retinopatía diabética. Revista Galenus 2007.
6. Manual de Enfermería. Editorial CTO 4ª Edición. Madrid 2009.
7. Orruño Aguado E, Lapuente Troncoso JL, Gutiérrez Iglesias A, Asua Batarrita J. Análisis de la introducción de la Telemedicina en la gestión-coordinación de atención primaria-especializada. Servicio de evaluación de tecnologías sanitarias del país nacional para el SNS del MSC. Informes de evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA N° 2006/2007.

## ENTREVISTA A CARMEN RAMÍREZ LOPERA, RESPONSABLE DEL PROGRAMA PARA LA REALIZACIÓN DE RESONANCIAS A PACIENTES CLAUSTROFÓBICOS

**“El 98% de los pacientes claustrofóbicos que viene se está haciendo la resonancia con nosotros”**

Por Maribel Ruiz

La enfermera Carmen Ramírez Lopera, adjunta a la supervisión y responsable de la gestión de cuidados de la UGC de Radiodiagnóstico en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, lleva más de tres años trabajando en un programa pionero orientado a conseguir que los pacientes claustrofóbicos puedan someterse a una resonancia magnética cerrada. El resultado son los casi 1.000 pacientes que en estos tres años han superado sus limitaciones para hacerse la prueba, obteniendo imágenes de alta calidad y con la satisfacción de haber afrontado el reto.

**- Antes de implantar este programa, ¿cómo vivía y cómo se enfrentaba a esas situaciones en las que el paciente, bien fuera por claustrofobia o por algún otro tipo de crisis, no llegaba a terminar o ni siquiera a hacerse la prueba en una máquina de resonancia magnética?**

Hasta que ocurrió esto, mi trabajo siempre lo he desarrollado en Radiodiagnóstico Pediátrico. Un día, la anterior supervisora, que es hoy la actual directora de enfermería del hospital, nos reunió a un grupo de enfermeras y puso sobre la mesa la situación: que los pacientes claustrofóbicos iban en aumento y que se derivaban a la resonancia abierta.

¿Qué perjuicios tenía eso? Uno, que la resonancia abierta no era la solución; dos, que la calidad de imagen era inferior a la que teníamos nosotros, y tres, que económicamente



▲ Carmen Ramírez junto al póster que explica el programa para resonancias que lleva a cabo con los pacientes claustrofóbicos

mente era un gasto complementario, porque la resonancia abierta era externa al hospital, cuando además no teníamos buena calidad de resultados.

Se puso encima de la mesa y se hicieron propuestas. Yo propuse este programa y aquello quedó así.

**“ El programa es un entrenamiento previo a la resonancia. Esa preparación consta de: técnicas de relajación, musicoterapia y visualización de imágenes mentales**

Posteriormente, ya trabajando en el despacho como adjunta, fue un paciente a buscar a la entonces supervisora porque tenía una resonancia abierta pendiente y nadie le informaba. Entonces ella le dijo: “Mire, pues aquí tiene a la enfermera que le va a atender”. Y surgió así.

Me llevé a este señor al despacho y le planteé la situación. Nosotros teníamos previsto la implantación del programa, pero una vez que nosotros inauguráramos la resonancia nueva. Esperábamos que nos la entregaran en el mes de abril de 2012 y con este señor estábamos por esas fechas.

Pero la resonancia tardó el servicio técnico todo el verano en entregárnosla por problemas de instalación. Entonces ese señor se tuvo que hacer la resonancia en una de las resonancias antiguas que nosotros tenemos aquí. Y curiosamente lo consiguió sin problemas. O sea,



ese señor en resonancias anteriores se había ido con una crisis hipertensiva a urgencias, y en este caso se hizo dos resonancias en una semana, en la misma máquina de antes, pero con la preparación.

A partir de ahí, a pesar de no tener la máquina todavía, ya echó a andar el programa. Ese fue el comienzo realmente del programa de resonancias. Y en octubre, fue cuando ya los pacientes claustrofóbicos empezaron a usar la resonancia nueva.

## - ¿En qué consiste el programa que ha ideado para esos pacientes?

El programa es un entrenamiento previo a la resonancia. Es un programa que primero, comienza en contactar con el paciente. Los pacientes claustrofóbicos acuden a la Unidad desde tres puntos: uno, que el médico especialista en la solicitud ponga que es claustrofóbico; otro, pacientes que se han salido de la prueba de otras máquinas de resonancia o incluso de ésta, por una crisis de claustrofobia, y un tercer punto es que el propio paciente cuando pide la cita dice que es claustrofóbico.

Esos volantes automáticamente vienen para mí. Desde mi móvil, los cito y los convoco aquí en la consulta. Les hago una valoración inicial, donde observo el nivel de claustrofobia que tienen. Les explico cómo va a ir el programa. Les enseño el tipo de máquina que tenemos, el horario y por qué de ese horario, que es el nocturno; la posibilidad de estar acompañados, y que yo estoy con ellos,... Y les propongo un entrenamiento, que va relacionado con la desensibilización sistemática.

¿Para qué? Para que en el momento de la prueba ellos sean capaces de gestionar bien sus emociones. La claustrofobia es un problema emocional puro y duro. Esa preparación consta de: técnicas de relajación; musicoterapia, que la máquina ésta dispone de un dispo-

sitivo para que nosotros acoplemos música a los cascos que tenemos para el control del ruido, y tenemos también la visualización de imágenes mentales. Los psicólogos deportivos entrenan a los deportistas de élite en visualización de imágenes mentales para conseguir objetivos. Lo que trabajo aquí son imágenes mentales confortables para el paciente, vivencias del paciente que le generan bienestar y confort y, durante el período que están ellos haciendo la técnica de relajación, yo les invito a que se recreen en esas imágenes, para que a su vez se desvinculen dentro de la resonancia de la realidad.

## - ¿Qué es la desensibilización sistemática?

Los pacientes se entrenan y digamos, aprenden estas técnicas en su casa. Cuando vienen aquí, si se ponen inestables y se ponen ansiosos, es cuando yo echo mano de esas técnicas, para que ellos al entrar en utilizar la técnica de relajación y la visualización de imágenes mentales, empiece a disminuirles la ansiedad, la sintomatología. ¿Por qué? Porque consiguen desvincularse de su realidad de ese momento.

## “ En 2014 tuvimos en torno a 19.000 resonancias y se realizaron 333 a pacientes claustrofóbicos

La técnica de la desensibilización sistemática es mucho más amplia. Los terapeutas utilizan esa técnica a muy largo plazo. Pero realmente yo utilizo la parte de esa técnica que a mí me interesa. No le curo a los pacientes la claustrofobia, lo que pretendo es que se hagan la prueba a pesar de su claustrofobia. Utilizo la técnica exclusivamente para los 20, 10 ó 30 minutos que dura la prueba y que a pesar de la claustrofobia ellos sean capaces de hacerla. Por eso se sienten tan satisfechos después, porque son



▲ Instantánea que muestra la realización de la prueba a un paciente claustrofóbico en el Hospital Reina Sofía, acompañado por un familiar

retos duros que ellos ven que son posibles de conseguir.

## - Su programa se viene desarrollando desde hace más de tres años, casi paralelamente a la adquisición de la nueva máquina. ¿Qué ventajas ofrece ésta?

El aparato es una resonancia cerrada, pero de características especiales por las dimensiones.

Tiene unas dimensiones especiales hasta el punto de que hemos tenido pacientes obesos de hasta 160 kilos de peso. Para que una persona de ese peso, de ese volumen, entre en una resonancia, necesita espacio. Entonces, para los pacientes obesos, con tener una resonancia más grande era suficiente; para los claustrofóbicos era el espacio más el programa.

¿Qué ventajas tiene? La calidad de imagen y que los tiempos de duración de las pruebas son más cortos.



### - ¿Qué resultados ha obtenido a través del programa?

En junio de 2015 se midieron los resultados y el 98% de los pacientes claustrofóbicos que viene se está haciendo la resonancia con nosotros. 98 de cada 2 pacientes se la ha hecho. Ese 2% que no se la puede hacer y que lo derivamos a la abierta, pues también hemos tenido casos que ni en la abierta se la han podido hacer. Y hay personas que en la resonancia abierta se han salido y se la han hecho aquí con nosotros.

Según un estudio del año 2011, de 80 millones de resonancias a nivel mundial, 2 millones de ellas no se habían podido hacer por problemas de claustrofobia. Esa proporción, que equivale al 1,5-2% del total, es la que tenemos aquí. Nosotros en el año 2014 tuvimos en torno a las 19.000 resonancias y se realizaron 333 resonancias a pacientes claustrofóbicos. A nivel del centro se cumple esa proporción en relación al estudio. Lo que pasa es que en este caso esas 333 resonancias sí se han realizado.

### - Al tratarse de un programa pionero, ¿ha publicado algún artículo o ha recibido consultas por parte de compañeros de otros centros?

En 2015 empezamos a darle una divulgación más potente al programa, que se recoge en la página web del hospital. En noviembre de 2014, en el Congreso Andaluz de Calidad Asistencial ya se presentó. Y en 2015, en el Día Internacional de la Enfermería se ha presentado en el Hospital Reina Sofía a nivel local, también para dar a conocer al resto de los profesionales del centro el programa y la situación actual. Y luego el boca a boca de los pacientes, porque hay médicos que saben ya del programa y creen que es una resonancia abierta.

Artículos todavía no hemos publicado. Ahora mismo lo que hemos publicado ha sido el trabajo científico en formato póster con los resultados para el Día de la Enfermería y una comunicación que presentamos en el congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA) en Sevilla. El artículo está pendiente, estamos recabando información para hacerlo con resultados.

Actualmente estoy en contacto con una estudiante de 4º del Grado de Enfermería de Barcelona, que está en la Facultad de Ciencias de la Salud de Blanquerna, en la Univer-

sidad Ramón Llull. Ella está haciendo el trabajo de fin de Grado sobre este tema. Y al no tener información ninguna por ningún sitio, sí que había visto esto y estoy con ella ahora mismo.

### - ¿Qué le ha aportado todo esto profesionalmente?

Fundamentalmente, satisfacción. Porque es muy agradable ver a la gente cómo se te abraza cuando termina la resonancia, cómo llora, cómo te besa..., porque son capaces de hacer una cosa que jamás pensaban que lo harían. Y además de satisfacción, conocimiento. A la par que he ido preparándolos a ellos, yo me he ido enriqueciendo profesionalmente y mi formación, mi preparación ha sido cada vez más amplia. Ten en cuenta que nosotros vamos ya por los 1.000 pacientes tratados desde 2012 hasta la fecha, que dan para mucho aprendizaje.

Lo fundamental es hacer que la gente se te entregue, confíe en ti. Recibo al paciente y lo despido cuando ya tiene la resonancia hecha, lo voy tutelando durante el tiempo que está aquí con nosotros para la resonancia. Es una tutela absoluta. Eso tiene una respuesta y unos resultados.

## MÁS INFORMACIÓN

*Historias de Luz* editó un reportaje en el que una paciente que ha seguido el programa con Carmen Ramírez se somete a la prueba de la resonancia cerrada. Pueden verlo en este enlace:

<http://www.historiasdeluz.es/historia-del-dia/salud/noticias-andalucia-resonancias-pacientes-claustrofobia>



De 19.000 pacientes que se someten a una resonancia cada año en el Hospital Reina Sofía de Córdoba, cerca de 400 padecen claustrofobia. La resonancia magnética, prueba ineludible para detectar ciertas enfermedades, se convierte en una auténtica pesadilla para quienes tienen problemas con permanecer en espacios cerrados. En este hospital se ha diseñado una terapia para ayudar a estas personas a superar su miedo y, a la vez, poder llevar a cabo este examen.



## INTRODUCCIÓN A LAS MEDICINAS Y TERAPIAS ALTERNATIVAS Y/O COMPLEMENTARIAS (MYTAC)

**Autores:**

Antonio González Caballero.

Colegiado nº 6.363.

Pilar Márquez de Torres.

Colegiada nº 7.928.

**S**egún la OMS, las medicinas alternativas y complementarias son:

» *Conjunto de prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de manera individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades.*

La medicina alternativa consiste en utilizar cualquier medicina en sustitución de la medicina convencional, y la medicina complementaria consiste en complementar la alternativa con la convencional.

Las MYTAC son cada vez más utilizadas, debido a que la población estamos tomando consciencia del abuso farmacológico que continuamente hacemos en Occidente.

Por ello, viendo que el efecto farmacológico es limitado en distintas afecciones, se recurre cada vez con mayor frecuencia a lo complementario y/o alternativo.

Con el paso del tiempo, las MYTAC están teniendo una mayor aceptación entre la población,

pues se demuestra su efectividad, eficacia y eficiencia de ciertas medicinas a través de estudios de investigación en dicho campo.

A continuación, dejamos constancia de las *más utilizadas*:

Medicinas complementarias y alternativas orientales:

- » Medicina Tradicional China (MTC)
- » Ayurveda

Medicinas complementarias y alternativas occidentales:

- » Naturopatía
- » Homeopatía
- » Quiropraxia y Osteopatía

Técnicas y terapias complementarias y alternativas occidentales:

- » Mindfulness y Meditación Budista
- » Musicoterapia
- » Terapia Ortomolecular
- » Terapia Neural
- » Terapia Electromagnética
- » Hipnosis
- » Quiromasaje
- » Aromaterapia
- » Apiterapia
- » Terapia Floral
- » Dietoterapia

Técnicas y terapias complementarias y alternativas orientales:

- » Reiki
- » Tai Qi
- » Yoga
- » Qi Gong
- » Shiatsu

Las medicinas alternativas disponen de tratados completos de teoría y práctica, sin embargo las terapias o técnicas alternativas, no por tal motivo el estudio de una medicina a una terapia difiere notablemente en cuanto a formación y a profesionales de la salud que puedan aplicarla.

Las medicinas alternativas requieren una formación compleja y larga, sin embargo, las técnicas y terapias alternativas requieren una formación breve.

La regulación sobre qué profesionales pueden aplicar medicinas o terapias en España está desde hace muchos años en trámite, sin resolución.

La experiencia nos dice que la clave del éxito de un tratamiento, no es sólo aplicar una medicina ni técnica concreta, ni ser ortodoxos en cuanto la aplicación de una u otra, sino tratar con sinergia ambas medicinas pero siempre desde un plano **holístico**.

En siguientes capítulos de revista profundizaremos sobre cada una de las MYTAC habladas.



# Calendario

## Actividades del Colegio Oficial



Curso de RCP Básica y Avanzada

Enero						
L	M	Mi	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31



Curso de prevención de conductas de riesgo en el adolescente



Curso de Técnicas de Inmovilización

Abril						
L	M	Mi	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	



Curso de Yoga



Preparación para certificar el nivel B1 de inglés

Julio						
L	M	Mi	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31



Taller de vacunas



Cursos de inglés

Octubre						
L	M	Mi	J	V	S	D
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						



Taller de suturas

# ario 2016

## al de Enfermería de Córdoba



Febrero						
L	M	Mi	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29						



Curso de Cirugía Menor

Marzo						
L	M	Mi	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

Mayo						
L	M	Mi	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					



Día de la Enfermería

Junio						
L	M	Mi	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Agosto						
L	M	Mi	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				



Curso de recuperación del suelo pélvico

Septiembre						
L	M	Mi	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

Noviembre						
L	M	Mi	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				



Concursos de Christmas y Fotografía

Diciembre						
L	M	Mi	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

## TRABAJO CIENTÍFICO

# Cuidados enfermeros al paciente terminal en un servicio de Cuidados Críticos y Urgencias hospitalario

## AUTORES:

**José Domingo Buitrago Navarro.**

Enfermero DCCU AGS Sur de Córdoba. Colegiado 7451.

**María Luisa Toledo Calvo.**

Enfermera. Hospital Universitario Reina Sofía. Colegiada 6000.

**Luis Felipe Escalera Franco.**

Enfermero de Traslados. Hospital Infanta Margarita Cabra. Colegiado 6103.

## RESUMEN

En nuestra población se está produciendo un envejecimiento progresivo de nuestras personas mayores. Años atrás, un elevado porcentaje de ancianos morían en el propio domicilio, acompañados de familiares y de su entorno conocido, lo cual creaba un ambiente de paz y sosiego. Actualmente, parece ser que es al contrario, la mayoría de personas mayores mueren en los servicios de Medicina Interna del Hospital, y otras veces, en las unidades de Cuidados Críticos y Urgencias, ya sea, por la no creación de responsabilidad y/o desconocimiento de los familiares, y en otros casos, al temor de afrontar una fase de duelo en solitario.

Por este motivo, es de vital importancia que el personal de Enfermería de un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias esté entrenado para cuidar y paliar el sufrimiento del paciente en estado terminal, y que, junto a su familia, se le pueda proporcionar una muerte digna.

## PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos,  
Familia,  
Urgencias.

## OBJETIVOS

- 1.- Elaborar un Plan de Cuidados en el Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias para el correcto atendimiento del enfermo terminal y familiares.
- 2.- Actualizar los conocimientos del personal de Enfermería del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias en cuidados paliativos.
- 3.- Establecer un nexo de unión entre el Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias y la Unidad de Cuidados Paliativos.

## MATERIAL Y MÉTODO

Para elaborar nuestro protocolo hemos realizado una búsqueda bibliográfica sobre los diversos protocolos de asistencia al paciente terminal en un Servicio de Urgencias. Revisados los principales motivos de consulta que llevan a estos pacientes a un servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, y basándonos en el modelo de cuidados de Virginia Henderson de las 14 necesidades humanas, junto con revisión de la taxonomía NANDA - NIC - NOC, hemos determinado los principales Diagnósticos de Enfermería que se podrían trabajar por el personal del Servicio de Cuidados Críticos y



Urgencias. Junto a ellos hemos escogido los principales objetivos e intervenciones, la mayoría de ellas, independientes enfermeras, que se podrían realizar con los medios existentes en nuestra unidad.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos de la revisión de los diferentes protocolos los podemos resumir de la siguiente manera:

- Problema más frecuente por el cual el paciente terminal acude al Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de un hospital:

A Síntomas Físicos: Dolor, disnea, estridor, debilidad, náuseas o vómitos, estreñimiento, diarrea, síntomas neurológicos irreversibles (paresias, hemiplejías), hemorragias (hemoptisis, hematemesis),...

B Síntomas Psíquicos: Ansiedad, miedo, cansancio (cuidador principal), confusión, nerviosismo,...

C Principales necesidades, según Virginia Henderson, alteradas o potencialmente alteradas en el paciente terminal en el Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias (marcar con una X lo que proceda):



Respirar normalmente.	_ Alterada _ No Alterada _ No valorada
Comer y beber adecuadamente.	_ Alterada _ No Alterada _ No valorada
Eliminar por todas las vías corporales.	_ Alterada _ No Alterada _ No valorada
Moverse y mantener posturas adecuadas.	_ Alterada _ No Alterada _ No valorada
Dormir y descansar.	_ Alterada _ No Alterada _ No valorada
Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.	_ Alterada _ No Alterada _ No valorada
Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.	_ Alterada _ No Alterada _ No valorada
Mantener la higiene corporal y la integridad cutánea.	_ Alterada _ No Alterada _ No valorada
Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.	_ Alterada _ No Alterada _ No valorada
Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.	_ Alterada _ No Alterada _ No valorada
Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.	_ Alterada _ No Alterada _ No valorada
Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.	_ Alterada _ No Alterada _ No valorada
Participar en actividades recreativas.	_ Alterada _ No Alterada _ No valorada
Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.	_ Alterada _ No Alterada _ No valorada

Dada la extensa sintomatología que pueden presentar estos pacientes en el Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, vamos a centrarnos en los dos principales diagnósticos enfermeros, para así proporcionar unos cuidados de calidad.

## A) Dolor Crónico

La taxonomía Nanda define dolor crónico como aquella "experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible cuya duración es mayor de 6 meses".

A continuación formulamos un diagnóstico enfermero característico con formato PES:

00133. Dolor crónico relacionado con su proceso degenerativo muscular y manifestado por altera-

ción en la capacidad de seguir con las actividades previas.

NIC. 1400 *Manejo del dolor.*

Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad.
- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad).
- Proporcionar información acerca del dolor, tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (relajación, distracción, terapia de juegos, aplicación de calor/frío).

- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.

NIC. 2210 *Administración de analgésicos.*

Actividades:

- Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno.
- Enseñar el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas de implicación en las decisiones sobre alivio del dolor.

NOC. 1605. Control del dolor

- 160504. Utiliza medidas de alivio no analgésicas.
- 160505. Utiliza los analgésicos de forma apropiada.



- 160511. Refiere dolor controlado.

### B) Disnea

A continuación formulamos varios diagnósticos enfermeros característicos en formato PES relacionados con la disnea.

**B.1.- 00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas:** Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

#### Relacionado con:

Disfunción neuromuscular.  
Infección.  
Retención secreciones.  
Mucosidad excesiva.  
Secreciones bronquiales.

#### Manifestado por:

Disfunción neuromuscular.  
Infección.  
Retención secreciones.  
Mucosidad excesiva.  
Secreciones bronquiales.  
Disnea.  
Ausencia o inefectividad de la tos.  
Producción de esputo.  
Cianosis.  
Disminución sonidos respiratorios.  
Dificultad para vocalizar.  
Sonidos respiratorios adventicios (sibilancias, estertores, crepitantes, roncus).  
Cambio en la frecuencia y ritmo respiratorio.  
Agitación.

#### NOC

**0403 Estado respiratorio: ventilación:** Definición: movimiento de entrada y salida de aire en los pulmones. (Extremadamente / Sustancialmente / Moderadamente / Levemente / No comprometida)

040301 Frecuencia respiratoria en el rango esperado (ERE).

040303 Profundidad de la respiración.

**0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias:** Definición: grado en que las vías

traqueo-bronquiales permanecen permeables.

Escala: Comprometido: Extremadamente / Sustancialmente / Moderadamente / Levemente / No comprometido.

041006. Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias.

#### NIC

**3160 Aspiración de las vías aéreas**  
Definición: Extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de un catéter de aspiración en la vía oral y/o la tráquea del paciente.

- Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.
- Informar al paciente y a la familia sobre la aspiración.
- Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas.
- Ajustar la duración de la aspiración en la necesidad de extraer secreciones del paciente.

#### 3140 Manejo de las vías aéreas

Definición: Asegurar la permeabilidad de las vías aéreas.

- Colocar al paciente en posición tal que se alivie la disnea.
- Eliminar las secreciones fomentando la tos o la succión.
- Enseñar a toser de manera efectiva.

#### B.2.- 00039 Riesgo de aspiración:

Riesgo de que penetren en el árbol traqueo-bronquial las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, o sólidos o líquidos.

#### Relacionado con:

Reducción del nivel de conciencia.  
Alimentación por sonda.  
Deterioro de la deglución.  
Depresión de los reflejos nauseoso y tusígeno.

#### NOC

**1918 Control de la aspiración:** Definición: acciones personales para



prevenir el paso de partículas líquidas o sólidas hacia los pulmones.

Escala: Manifestado: Nunca / Raramente / En ocasiones / Con frecuencia / Constantemente.

191801. Identifica factores de riesgo.

191802. Evita factores de riesgo.

#### NIC

**3200 Precauciones para evitar la aspiración:** Definición.- Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración.

- Vigilar el nivel de conciencia, reflejos de la tos, reflejos de gases y capacidad deglutoria.
- Mantener vías aéreas permeables.
- Colocación vertical a 90° o lo más incorporado posible.
- Alimentación en pequeñas cantidades.

**B.3.- 0032 Patrón respiratorio ineficaz:** La inspiración o espiración no proporcionan una ventilación adecuada.



## Relacionado con:

Fatiga de los músculos respiratorios.  
Deterioro músculo-esquelético.  
Disfunción neuromuscular.  
Ansiedad.  
Disminución de la energía o fatiga.  
Dolor.  
Hiperventilación.  
Hipoventilación.

## Manifestado por:

- . Uso de los músculos accesorios para respirar.
- . Aleteo nasal.
- . Disnea.
- . Ortopnea.
- . Falta de aliento

## NOC

**1402 Control de la ansiedad:** Definición: acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión y tensión por una fuente no identificable.

Escala: Manifestado: Nunca / Raramente / En ocasiones / Con frecuencia / Constantemente (m)

140217. Controla la respuesta de ansiedad.

- Controlar los estímulos, si procede, de las necesidades del paciente.
- Escuchar con atención.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.

## NIC

**5820 Disminución de la ansiedad:** Definición. Minimizar la aprensión,



temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sanciones que se han de experimentar durante el procedimiento.

**3320 Oxigenoterapia:** Definición: Administración de oxígeno y control de su eficacia.

- Administrar oxígeno suplementario, según órdenes.
- Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno.
- Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de terapia de oxígeno.
- Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.
- Controlar la eficacia de la oxigeno-

terapia (pulsioxímetro, gasometría en sangre arterial), si procede.

- Instruir al paciente acerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno encendido.

## DISCUSIÓN

Es tarea y labor de enfermería el cuidado y el acompañamiento al enfermo terminal hasta su muerte.

Enfermería debe cuidar de forma integral y holística, de tal forma, que la despedida de la vida y de sus familiares sea lo menos traumática posible, evitando sufrimiento y dolor orgánico. Si la familia o el paciente en sus últimas voluntades, decidiesen que la muerte se produjese en el Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, el personal de enfermería debe conseguir un ambiente lo más humano posible, para alcanzar el mayor alto grado de dignidad, bienestar, confort, paz y sosiego, tanto para el enfermo como para la familia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). [www.secpal.com](http://www.secpal.com).
2. Escolante A, Barrero C, Palomo de los Reyes MJ. El paciente paliativo en urgencias. En: Julián A, coordinador. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias, 3ª Ed. Madrid: Edicomplet 2010. p. 1.435-39.
3. Valentín V, Murillo Mº, Valentín M, Royo D. Cuidados continuos. Una necesidad del paciente oncológico. Psicooncología. Vol 1. 2004, pp.155-164.



## TRABAJO CIENTÍFICO

# ESTILOS DE VIDA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

## Autoras:

María Cristina Moral Llamas  
Aurora María García Montilla  
Enfermeras.

## RESUMEN

Determinar el grado de hipertensos y su relación con sus estilos de vida (tanto hábitos tóxicos, hábitos de alimentación, ejercicio físico) de una muestra total de 60 individuos, hombres y mujeres, comprendidos en edades desde los 25 a los 80 años.

## INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial (HTA) es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento de las cifras de presión arterial (es la fuerza de presión ejercida por la sangre circulante sobre las paredes de los vasos sanguíneos, y constituye uno de los principales signos vitales). Aunque no hay un umbral estricto que permita definir el límite entre el riesgo y la seguridad, de acuerdo con consensos internacionales, una presión sistólica sostenida por encima de 139 mmHg o una presión diastólica sostenida mayor de 89 mmHg, están asociadas con un aumento medible del riesgo de aterosclerosis y por lo tanto, se considera como una hipertensión clínicamente significativa.<sup>1</sup>

La HTA se asocia a tasas de morbilidad y mortalidad considerablemente elevadas, por lo que se considera uno de los problemas más importantes de salud pública, especialmente en los países desarrollados, afectando a cerca de mil



millones de personas a nivel mundial. La hipertensión es una enfermedad asintomática y fácil de detectar, sin embargo cursa con complicaciones graves y letales si no se trata. La hipertensión crónica es el factor de riesgo modificable más importante para desarrollar enfermedades cardiovasculares, así como la enfermedad cerebrovascular y renal.<sup>1</sup>

En el 90% de los casos la causa de HTA es desconocida, por lo que se denomina "Hipertensión arterial esencial" con influencia hereditaria. Entre el 5-10% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales. A esta forma de hipertensión se denomina "hipertensión arterial secundaria" que no sólo puede en ocasiones ser tratada y desaparecer para siempre sin requerir tratamiento a largo plazo, sino que además, puede ser la alerta para localizar enfermedades aún más graves, de las que la HTA

es únicamente una manifestación clínica.<sup>1</sup>

## ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

En los últimos 20 años las tasas de mortalidad cardiovascular ajustadas por edad, especialmente por enfermedades cerebrovasculares y coronarias han venido disminuyendo en todas las comunidades españolas. Además de la disminución del número de muertes cerebrovasculares ocurridas en España en las últimas dos décadas, del orden de varios miles respecto a las cifras observadas a mediados de los años 70, ha discurrido en paralelo con un progresivo mejor manejo de la hipertensión arterial.<sup>2</sup>

Así, un aumento del 7,5% al 35,4 % en la tasa de control de la hipertensión arterial entre 1980 y 1986 se ha acompañado de una reducción del 1,42 al 1,20 por mil de la tasa de mortalidad cerebrovascular, del



mismo modo que ha sucedido en otros países.<sup>2</sup>

En 1992, según la Encuesta de Mortalidad Hospitalaria, se dieron en España 5.598 altas hospitalarias de varones y 7.461 de mujeres por enfermedad hipertensiva y más de 26.000 en cada sexo por enfermedad cerebrovascular. El número total de estancias causadas por accidentes vasculares cerebrales se aproximó a un millón, número similar a las ocasionadas por la cardiopatía isquémica (Instituto Nacional de Estadística, 1995). Estos datos confirman el peso de las complicaciones en las que el aumento de la presión arterial tiene un papel significativo.<sup>2</sup>

Los Estudios epidemiológicos realizados en población natural adulta de diversas regiones españolas en los años 80 y principio de los 90 informan de cifras de prevalencia de hipertensión (cifras iguales o superiores a 160 y/o 95 mmHg) de entre el 20% y el 30%. Existen razones para pensar que en algunas regiones españolas y en diferentes grupos sociales, la prevalencia de HTA es más alta.<sup>2</sup>

Según un reciente estudio realizado en la población española de 35 a 64 años de edad, el 21,6% de los varones y el 18,1% de las mujeres eran hipertensos.<sup>2</sup>

En cuanto a la coexistencia de diversos factores de riesgo en la población hipertensa, el estudio Al Ándalus estimó que existe hipercolesterolemia en el 31,4% de los hipertensos, diabetes mellitus en el 10,4 y obesidad en el 33% de los hipertensos, cifras significativamente mayores que las presentes en los no hipertensos.<sup>4</sup>

A la luz de los resultados de los últimos estudios poblacionales publicados, la situación de control de la hipertensión en España a finales de los años 80 se estimaba en una tasa de hipertensos conocidos del 67%, de tratados alrededor del 49% y una tasa de enfermos controlados del 10% (Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial 1995). En estudios

recientes se señala que entre el 13% y el 26% de los hipertensos esenciales españoles tratados están controlados.<sup>2</sup>

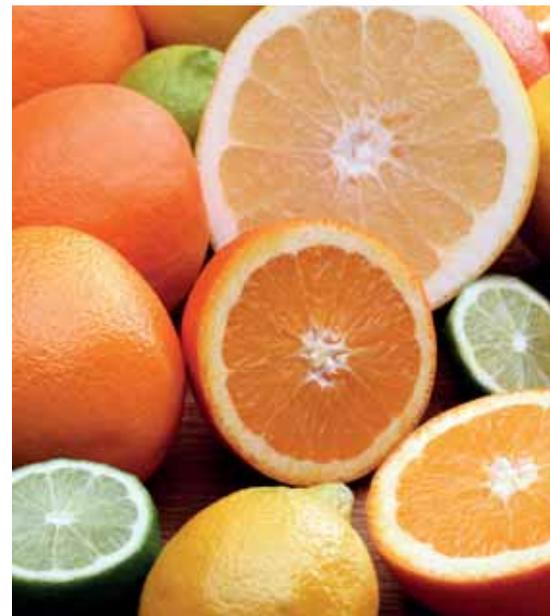
La detección y el control de los hipertensos forma parte de la prevención primaria de la cardiopatía coronaria, de la enfermedad cerebro vascular hemorrágica y aterotrombótica y de las restantes complicaciones clínicas de la aterosclerosis.<sup>2</sup>

A su vez, la prevención primaria de la hipertensión tiene como objetivo el control de los factores de riesgo de la propia hipertensión, cuya prevalencia explica el aumento generalizado de las cifras de presión observado en la población adulta de la mayoría de las poblaciones del mundo.<sup>2</sup>

La prevención primaria de la hipertensión se dirige a la reducción de aquellos factores ambientales que favorecen su desarrollo en la población adulta. El estudio de familiares de hipertensos muestra un promedio de presión arterial superior a la población general, confirmando la existencia de factores de riesgo genéticos de la hipertensión que explican la existencia de personas más susceptibles de desarrollar hipertensión y más sensibles a los factores ambientales que favorecen el aumento de las cifras de presión arterial.<sup>2</sup>

El primer factor de riesgo adquirido de la hipertensión es el contenido en sal de la dieta. En pueblos primitivos con dietas asódicas, no aparece la hipertensión como fenómeno frecuente de la población adulta. Además del consumo de sal de la dieta, los otros factores de riesgo ampliamente reconocidos de la hipertensión susceptibles de ser modificados por la intervención son el aumento de peso al llegar a la edad adulta que conduce al sobrepeso y a la obesidad y la ingesta de alcohol.<sup>2</sup>

Otras medidas de prevención obtenidas de los estudios experimentales son difíciles de traducir en aplicaciones prácticas de la intervención, como el aumento del consu-



mo de potasio o los cambios en la proporción de grasas en la dieta.<sup>2</sup> En la prevención primaria de la hipertensión, la estrategia de alto riesgo se centra en el consejo individual de los que acuden a la atención asistencial y la estrategia de población se dirigirá a cambiar los estilos de vida que favorecen la prevalencia de los factores de riesgo adquiridos de hipertensión, por medio preferentemente de la adquisición de hábitos saludables en la edad escolar.<sup>2</sup>

## OBJETIVOS

### Objetivo General

- Determinar la relación de una alimentación adecuada y estilo de vida saludable con las cifras de tensión arterial

### Objetivos específicos

- Ofrecer educación para la salud individual al mayor número posible de pacientes
- Aumentar el número de pacientes hipertensos controlados
- Disminuir la mortalidad por enfermedades producidas por la hipertensión arterial (enfermedades cardiovasculares), con el control de la hipertensión

## MATERIAL Y MÉTODO

El procedimiento para la captación de la muestra se realizó en la



consulta de enfermería del centro de salud de Montemayor, por medio de pacientes que precisan la toma de la tensión arterial debido al proceso que presentan en el momento de acudir a la consulta médica o de enfermería.

Después del proceso de captación tenemos una muestra de 60 personas de diferente sexo y edad, que comprende desde 35-80 años.

#### -Criterios de inclusión en la muestra

- Pacientes no hipertensos e hipertensos
- Ambos sexos
- Con asistencia mensual a su consulta
- Que acepten participar en el estudio
- Edad de 35-80 años

#### -Criterios de exclusión en la muestra

- Pacientes hipertensos con crisis de hipertensión o descontrol severo.
- Pacientes que no acudan a la consulta mensual
- Que no acepten realizar el estudio
- Que no se encuentren en el rango de edad

Antes de la recogida de datos se procedió a la información exhaustiva a la persona sobre el objeto de estudio y a la firma del consentimiento informado.

Para la recogida de datos se utiliza una escala que nosotros mismos realizamos para la valoración del estilo de vida, y hábitos alimentarios.

En las consultas individuales donde se recogen los datos de los individuos para el estudio, por medio del cuestionario y preguntas realizadas en la consulta, y recogemos sus datos antropométricos, también realizamos una educación sanitaria individual, donde proponemos cambios en el estilo de vida, tanto en la alimentación, como el cambio de hábitos tóxicos y en rela-

ción a los beneficios del ejercicio, las cuales entregamos para que puedan llevarlas a cabo.

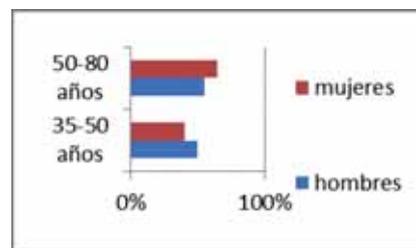
El tipo de estudio que vamos a realizar es un estudio descriptivo, las variables en las que nos vamos a centrar en dicho estudio serán: la edad, sexo, consumo de alcohol y tabaco, dieta, ejercicio, peso.

## RESULTADOS

Muestra de 60 pacientes, que dividiremos en grupos según la variable que vayamos a estudiar en ese momento, pero nos encontramos con un grupo de

- 10 mujeres de 35-50 años
- 20 mujeres de 50-80 años
- 10 hombres de 35-50 años
- 20 hombres de 50-80 años

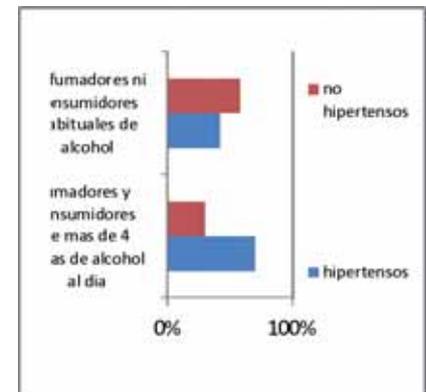
1- En cuanto a la hipertensión relacionada con el sexo



Podemos observar que en el grupo de hombres de 35-50 años hay mayor porcentaje de hipertensos que en el grupo de mujeres del mismo rango de edad, sin embargo en el grupo de mujeres de 50-80 años el porcentaje de mujeres hipertensas es mayor que en el grupo de hombres del mismo rango de edad.

- hipertensión en hombres de 35-50 años 50%
- hipertensión en mujeres de 35-50 años 40%
- hipertensión en hombres de 50-80 años 55%
- hipertensión en mujeres de 50-80 años 65%

2- En cuanto a la relación del consumo de alcohol y tabaco

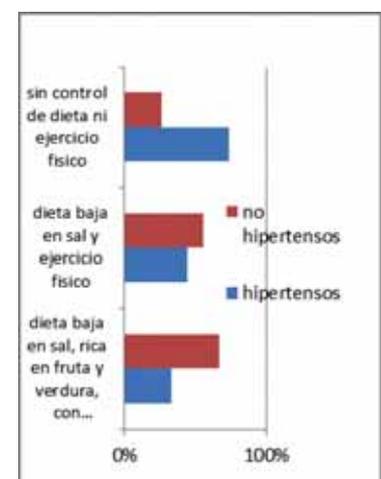


El 45% (27 pacientes del total de nuestra muestra de 60) reconoce fumar y beber más de 4 copas de alcohol al día, de éstos el 70% son hipertensos.

El 55% restante (33 pacientes de los 60 de la muestra) no son fumadores ni consumidores de alcohol habituales, y en la cual nos encontramos con un 42,42% de hipertensos.

En la relación al consumo de alcohol y tabaco relacionado con cifras de hipertensión arterial no hemos distinguido entre sexo ni edad, solo en los hábitos tóxicos de cada individuo de la muestra.

3- En cuanto a la hipertensión relacionada con la dieta y el ejercicio



En esta variable nos encontramos con 3 grupos:

-Los que llevan una dieta baja en sal, rica en fruta y verdura con reducción de grasas (evitando sobre todo las saturadas) y con realización de ejercicio regular, nos encontramos con 12 pacientes de la muestra total de 60, lo que equivale a un 20%.

De éstos el 33,33% tiene hipertensión arterial, mientras el 66,67% restante mantiene sus cifras en tensiones normales.

-Los que llevan una dieta con reducción de sal y ejercicio físico, de la muestra total tenemos 18 individuos, lo que equivale a un 30%. De éstos un 44,44% es hipertenso, mientras el 55,56% restante tiene cifras de tensión normales.

-Los que no llevan ningún control en la dieta ni ejercicio físico, que son 30 individuos del total de 60 de la muestra, lo que equivale a un 50%; de éstos el 73,33% padece hipertensión arterial, mientras el 26,67% tiene cifras de tensión arterial normales.

4- En cuanto a la relación del peso (IMC) y la tensión arterial



-El segundo grupo lo compone un 25% de la muestra (15 pacientes) con un IMC entre 28 y 35, que se considera sobrepeso hasta 30 y obesidad leve hasta 35; de este grupo un 53,34% no padece hipertensión arterial, mientras el 46,66% restante sí.

-Un tercer grupo cuyo IMC es mayor de 35, que se considera obesidad moderada, donde tenemos al 26,66% de la muestra (16 pacientes), de los cuales un 75% padece hipertensión arterial, mientras el 25% mantiene sus cifras de tensión arterial dentro de la normalidad.

del estilo de vida sobre la presión arterial de nuestro organismo.

Un argumento a favor de la importancia de los estilos de vida sana está en la información obtenida de que a mayor índice de masa corporal corresponde un mayor valor de las cifras de tensión arterial.

El sobrepeso asociado a un menor ejercicio físico y una dieta con alto valor calórico, es una de las principales causas modificables por la adopción de estilos de vida sana.

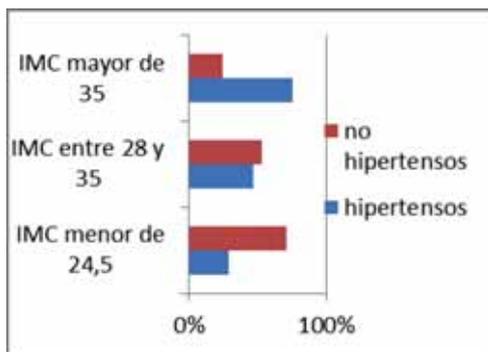
Hemos sustituido nuestros alimentos tradicionales por hamburguesas, pizzas, chocolates, bollería industrial, refrescos, pastas, que son alimentos que contienen mucha carga energética y poco contenido en proteínas, y cada vez se consumen menos frutas y verduras.<sup>3</sup>

Respecto al tabaco, como hemos visto en nuestro estudio, aumenta las cifras de tensión arterial; en el estudio que Gropelli y otros realizaron en individuos normotensos con el monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) de tabaquistas normotensos durante 8 horas (9, 17) mientras fumaban 1

## DISCUSIÓN

La hipertensión arterial es un problema de salud pública con un importante coste social y económico, es una de las principales causas de accidente cardiovascular, y las enfermedades cardiovasculares, son la principal causa de muerte en la mayoría de los países del mundo.<sup>3</sup>

Debido a la gran incidencia de la hipertensión en la población mundial y a su incremento incesante a causa de los inadecuados hábitos de vida actuales, es muy importante que conozcamos los efectos



En esta variable nos volvemos a encontrar con 3 grupos que los vamos a dividir en base al Índice de Masa Corporal.

-De nuestra muestra inicial de 60, el 48,33% (29 pacientes) tiene un IMC por debajo de 24,5 que estaría dentro de la normalidad; de éstos un 70,87% tienen cifras de tensión dentro de la normalidad, mientras un 29,13 son hipertensos.





cigarrillo cada 30 minutos y los compararon con un periodo idéntico sin fumar. Notaron niveles de presión arterial persistentemente más elevadas mientras los individuos más fumaban. Se produjo un aumento inmediato y persistente de aproximadamente 12 mmHg en la presión sistólica y 15 mmHg en la diastólica después de fumar el primer cigarrillo. Cuando el individuo deja de fumar, ya es posible observar en la primera semana disminución de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial.<sup>7</sup>

Con relación al alcohol, este en exceso es un hábito tóxico que influye también como hemos comprobado en las cifras de tensión arterial; según determinados estudios científicos como el realizado en el Hospital Clínico de Barcelona, llamado *Cribado del consumo excesivo de alcohol* existe una relación positiva y lineal entre el consumo de alcohol y la elevación de la tensión arterial.<sup>8</sup>

La mejor medida para disminuir el problema de la hipertensión arterial es la implantación de medidas

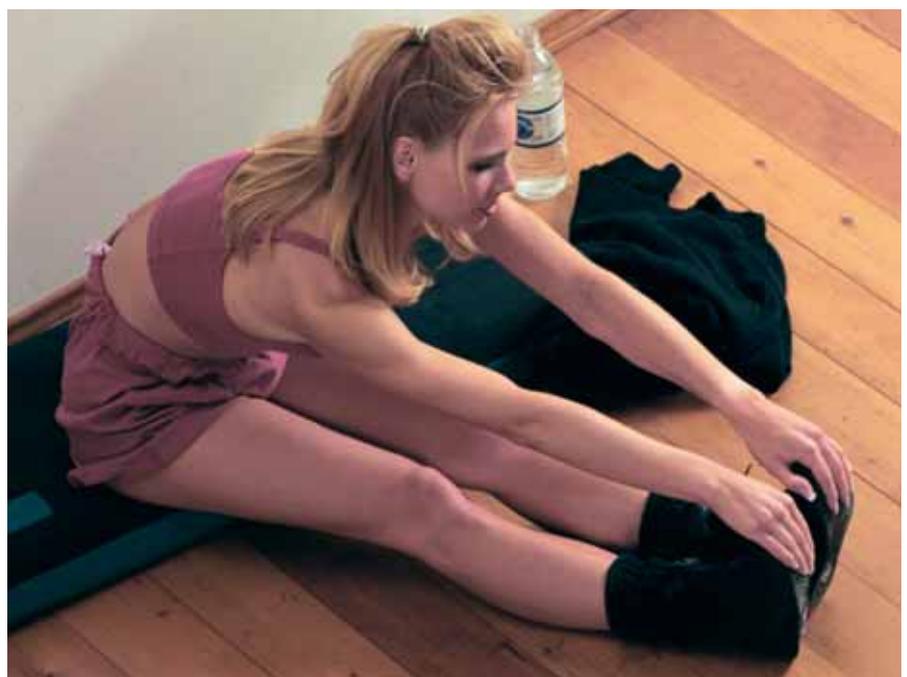
de prevención y promoción de la salud en la comunidad, empezando de forma temprana en las escuelas primarias, que es donde podemos hacer que aprendan los hábitos de un estilo de vida saludable desde pequeños, y siguiendo con la población adulta, donde intentaremos modificar malos hábitos de vida e intentar que incorporen los hábitos saludables.<sup>5</sup>

### CONCLUSIONES

- Respecto a la distribución por sexo, podemos comprobar que en el grupo de la muestra de menos de 50 años el predominio de la hipertensión arterial es mayor en el hombre que en la mujer, donde nos encontramos con un 60% de hipertensos en el grupo masculino frente a un 40% en el femenino; sin embargo, en el grupo de más edad de 50 a 80 años las mujeres llegan a superar a los hombres con un 65% de hipertensos frente a un 55% de los hombres, esto puede tener su explicación en que la mujer una vez pasada la menopausia ya no se encuentra protegida por las hormonas (estrógenos que sí las protegen de las enfermedades cardiovasculares en la edad fértil), por esto igualan o superan, como es

el caso de nuestro estudio, a los hombres en cifras de hipertensión arterial.

- Relacionado con los hábitos tóxicos como el alcohol y el tabaco, comprobamos cómo en el grupo que lo practica el 70% son hipertensos, mientras que en el segundo grupo, que no son consumidores habituales de alcohol ni fumadores, tenemos un 42,42%, por lo que tenemos una diferencia de porcentaje para poder comprobar que estos hábitos influyen en la hipertensión arterial.
- En relación con la dieta y el ejercicio físico, apreciamos que existe una relación entre la práctica de estos hábitos de vida y el descenso de la tensión arterial, desde los que no llevan ningún tipo de control, con el 73,33 % de hipertensos en su grupo, los que realizan sólo dieta baja en sal y ejercicio físico con un 44,44 %, y los que practican dieta baja en sal, reducción de grasas, consumen mucha fruta y verdura y practican ejercicio físico, con un 33,33% de hipertensos dentro de su grupo; podemos comprobar cómo van descendiendo los



porcentajes de hipertensos mientras más cuidan su estilo y hábitos de vida.

- Por último, en relación al Índice de Masa Corporal (IMC) hay un descenso de las cifras de tensión arterial a menor IMC, en los individuos que tienen el IMC menor de 24,5 observamos un 29% de hipertensos, en el grupo de IMC entre 28 y 35 hay un 46,66% de hipertensos y en el grupo de IMC mayor de 35 nos encontramos con un 75%.

tienen más probabilidad de tener cifras de tensión arterial elevadas; con este estudio queríamos demostrar si tenían relación los estilos de vida con la hipertensión arterial, y con nuestros datos del estudio podemos demostrar que sí; aprovechando nuestro estudio hemos realizado una educación individual sobre este tema, dando tanto consejos en la consulta en la que se captó la información como en las sucesivas, e informando a los pacientes y dándoles por escrito unas normas básicas a seguir; si



vidas, y así poder comprobar los cambios en las cifras de tensión, nosotros lo hemos repetido a los 2 meses pero es demasiado pronto para poder sacar datos en claro.



Como podemos comprobar con los datos de nuestro estudio, los individuos de éste que tienen hábitos de vida no saludables, una alimentación no controlada y no realizan ningún tipo de ejercicio físico

dispusiéramos de más tiempo para realizar el estudio podríamos repetir nuestro proceso en un tiempo suficiente en el que estos individuos pudieran haber incorporado estos cambios propuestos a sus



## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Villareal H. Hipertensión arterial; un manual para médicos de atención primaria. 1.<sup>a</sup> ed. 2007.
- 2- J. Programa de actualización continua para Cardiología.
- 3- [www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/predialisis/pedroaranda.pdf](http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/predialisis/pedroaranda.pdf).
- 4- Sandis JA, C; Artigao LM, García Gosálvez F, López Abril J, Naharro F, Rodríguez Paños B, Puras A. Prevalencia de obesidad y su relación con el riesgo cardiovascular en la población general de Albacete. Atención primaria. 1998; Vol 21 (4).
- 5- Revista Española de Salud Pública 2004; 78 (4).
- 6- National High Blood Pressure Education Program. Pest December 27-18, 2002.
- 7- Galán Morillo M, Campos M, Amato M, Pérez Cendon Filha S. Efectos del tabaquismo sobre la presión arterial de 24 h - Evaluación mediante monitorio ambulatorio de presión arterial (MAPA).
- 8- Bruguera M, Guai A, Salleras L, Rodes J. Cribado excesivo de alcohol. Servicio de Hepatología, unidad de Alcoholología y Servicio de Medicina Preventiva Hospital Clínico de Barcelona.

## RECORTES DE PRENSA

6/9/2015



**La falta de trabajo obliga a emigrar a 150 enfermeros cordobeses al año**

Resiste Liria y Francia con los destinos más demandados por los profesionales

La búsqueda de estabilidad y un salario más elevado son los motivos de esta decisión

6/9/2015



**Fuga de enfermeros ante la escasez de oportunidades**

Entre 200 y 300 profesionales cordobeses emigran al extranjero en busca de mejores salarios cada año

El Colegio de Enfermería estima que se necesitan 3.390 enfermeras para cumplir la ley

Trabajar en el exterior aporta puntos a la bolsa

24/9/2015 **europa press**

**Salud y el Consejo Andaluz de Enfermería sientan las bases para seguir reforzando el papel de este colectivo profesional**



El Consejo Andaluz de Enfermería y el Departamento de Salud de la Junta de Andalucía han firmado un convenio de colaboración que refuerza el papel de este colectivo profesional.

2/10/2015 **SANIXA**

**EL COLEGIO DE ENFERMERÍA DE CÓRDOBA CELEBRA UN TALLER PRÁCTICO DE VACUNAS**



El Colegio Oficial de Enfermería de Córdoba ha acogido esta semana en su sede un taller práctico de vacunas, organizado por el Consejo Andaluz de Enfermería, con el objetivo de que las enfermeras y enfermeros asistentes profundicen en el mundo de la Vacunología y en el manejo tanto del calendario vacunal sistemático que hay en España, como el establecido para los niños en situaciones especiales.

Durante los días 28 y 29 de septiembre, el taller ha abordado contenidos como el manejo de las vacunas (recepción, almacenamiento, conservación y control) y sus motivos de registro, los programas y el esquema de vacunación, la entrevista de información prevacunal, su administración y el acto en sí, el intervalo y las indicaciones sobre vacunas, las pautas correctoras del calendario vacunal y las indicaciones y contraindicaciones de las vacunas, además de los mitos y leyendas que las rodean.

El enfermero de Atención Primaria y responsable de vacunas de la UGC Puente de Córdoba, Enrique Castillo Caballero, ha sido el docente responsable de impartir este taller.

8/10/2015 **ABC**



**El Colegio de Enfermería mejora su educación anual**

El Colegio de Enfermería de Córdoba ha mejorado su educación anual, ofreciendo a sus profesionales cursos orientados hacia la práctica clínica y educativa y a la optimización de recursos.

9/10/2015 **eldiadecordoba**

**Los colegios sanitarios se agrupan en la Unión Profesional Sanitaria**

La entidad reúne a las organizaciones de Médicos, Farmacéuticos, Enfermería y Dentistas en defensa de sus intereses



22/11/2015 **CÓRDOBA**



**TALLER DE SUTURAS.** El Colegio Oficial de Enfermería celebra un taller destinado a actualizar los conocimientos y habilidades necesarias para la aplicación de técnicas de sutura.

5/12/2015 **CÓRDOBA**



**CURSOS DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO Y FORMACIÓN DE FORMADORES.** El Colegio de Enfermería de Córdoba ha ofrecido a sus profesionales cursos orientados hacia la práctica clínica y educativa y a la optimización de recursos.

22/10/2015 **CÓRDOBA**

**Todos los días sale el sol**

Hoy 19 de octubre se celebra el Día Internacional del cáncer de mama.

El otro día leí un artículo en el que decía que una de cada ocho mujeres sufrirá un cáncer de mama a lo largo de su vida.

Mi nombre es Alicia Caballero. Tengo 39 años. Estoy felizmente casada y tengo dos hijos maravillosos. En enero de este año me diagnosticaron un cáncer de mama. Yo, enfermera de profesión, nunca me había visto en el otro lado de la barrera. Cansé al universo de enfermeras por el pánico de paciente. En un mes todo mi mundo se puso patas arriba.

En este momento en que la vida se juega tan duramente hay que ser fuerte y valiente, plantarle cara a la enfermedad y no meter la cabeza bajo la almohada.

Tu es difícil viaje hacia mi recuperación, comé con el apoyo incondicional de mi marido, familia y amigos. En los días oscuros y melancólicos me tendieron la mano cuando más "Sin días, no podría haberlo conseguido sin ellos.

Indefinidamente tengo palabras de agradecimiento a aquellos profesionales que se han cruzado conmigo a lo largo de estos meses: a la Unidad de Mama del Hospital Provincial, a la AFCC, al Hospital de Día y al Servicio de Oncología y cómo no al Dr. Juan de la Haza y su equipo. Sin ellos, tampoco lo habría conseguido.

Manda un fuerte abrazo a todas aquellas personas que están o hayan estado en mi misma situación. Es cierto que tenemos que luchar una injusta batalla contra la vida pero se sale victoriosa de ella y siempre todo lo bueno que nos queda por vivir... Porque todos los días sale el sol.

**Alicia Caballero Díaz**  
CÓRDOBA



5/11/2015 **CÓRDOBA**



**FORMACIÓN ANTE EMERGENCIAS.** Profesionales de enfermería han realizado el curso 'Enfermería ante las emergencias y catástrofes', que estudia claves para enfrentarse a catástrofes, concibiendo que primero se encuentran con un problema de organización y después con un problema de salud.

11/10/2015 **CÓRDOBA**



**Curso de educación sexual para enfermeros.**

El Colegio Oficial de Enfermería de Córdoba ha desarrollado en su sede un curso de monitor de Educación Sexual, que ha organizado en colaboración con la Escuela Internacional de Ciencias de la Salud.

### CÓRDOBA

13/11/2015

## Rechazan que no puedan prescribir los enfermeros

AVNTE LA ENTRADA EN VIGOR DE UN REAL DECRETO DEL GOBIERNO CENTRAL.

Agurran que se producirá colapso asistencial por la decisión de Sanidad

La norma andaluza que les permite recetar algunos productos se anulará

Más de 7.000 profesionales de enfermería que están acostumbrados en Andalucía a prescribir en su ámbito de actuación en los centros de salud de Córdoba para poder prevenir en caso de no tener de ayuda médica, permiten la llegada de una legislación que viene en vigor en su país desde antes de prescripción de medicamentos, según el artículo 17 del Real Decreto del PP, que está pendiente de su aprobación en el Consejo de Ministros del Gobierno (CM), según el presidente del Colegio de Enfermería de Córdoba, Francisco Pérez y Manuel Cárdenas, que en una reunión de prensa...



### SANIRAX

4/3/2016

## LAS VACUNAS, LA CURA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y LA RECETA DE PAÑALES, PRINCIPALES DUDAS EN LA PRIMERA JORNADA SOBRE EL RD DE "ANTI PRESCRIPCIÓN ENFERMERA"

- A pesar de ello, en el seno del Área Sanitaria Norte de Córdoba, se han desplazado los representantes de la Mesa provincial de la Profesión Enfermera para concienciar a los profesionales de la Inseguridad Jurídica a la que se enfrentan con el nuevo Real Decreto al realizar ciertos de actuaciones que se están haciendo diariamente.
- Los representantes de la Mesa han subrayado que "el Servicio Andaluz de Salud ha adoptado una postura ante el RD que pone en peligro a los profesionales de enfermería andaluces, pues les obliga a incumplir la normativa nacional bajo presiones".
- Los asesores jurídicos del Colegio de Enfermería y SATSE Córdoba han insistido en que "es importante que los enfermeros sepan que en principio no pueden aceptar ninguna norma que vaya en contra de lo establecido en el Real Decreto". Además, han coincidido en que si se quiere de responsabilidad civil profesional no se hace cargo de las actuaciones enfermeras que no cumplen la legislación en vigor.

### Redacción Médica

1/3/2016

## La Mesa Enfermera inicia unas jornadas consultivas sobre el RD de prescripción

De información sobre el contenido y la falta del deber de los profesionales de enfermería ante el Real Decreto del PP.

La Mesa de la Profesión Enfermera de la provincia de Córdoba celebra este jueves un taller de información sobre el contenido del Real Decreto del PP que afecta a la prescripción de medicamentos en el ámbito de actuación de los profesionales de enfermería.



### SANIRAX

29/2/2016

## ENFERMERAS DE CÓRDOBA PROFUNDIZAN EN CUIDADOS PALIATIVOS

Las enfermeras de Córdoba han participado en un curso de actualización sobre cuidados paliativos organizado por el Colegio de Enfermería de Córdoba y la Escuela Internacional de Ciencias de la Salud. El curso, que se celebró el pasado día 25 de febrero, tuvo como objetivo profundizar en los conocimientos y habilidades necesarias para afrontar el cuidado de enfermos en fase avanzada de enfermedad.



### CÓRDOBA

4/3/2016

## Alertan de los riesgos de incumplir la norma estatal

Rechazan asumir responsabilidades que no les corresponden

La Mesa Provincial de la Profesión Enfermera, integrada por el Colegio de Enfermería de Córdoba y el Colegio de Enfermería de Sanidad de Córdoba, ha alertado ayer en Córdoba de los riesgos de incumplir la norma estatal de prescripción de medicamentos que se aprobó el pasado día 12 de febrero.



### CÓRDOBA

6/11/2015

## Respaldo mayoritario sindical al proyecto de fusión de hospitales

El Síndico de Comarcas y dice que en Córdoba no hay "mercado" para más

El Síndico de Comarcas de Córdoba, Manuel Cárdenas, ha expresado su apoyo al proyecto de fusión de hospitales de la provincia, que se aprobó el pasado día 12 de febrero. Cárdenas ha afirmado que el proyecto de fusión de hospitales de la provincia de Córdoba es una medida necesaria para mejorar la atención sanitaria y reducir los costes.



### SANIRAX

1/2/2016

## CÓRDOBA: ENFERMEROS HACEN UN RECICLAJE EN TÉCNICAS DE RESUSCITACIÓN CARDIO-PULMONAR EN SITUACIONES DE SUPERVIVENCIA Y SIN RECURSOS

Un curso de actualización sobre técnicas de resucitación cardiopulmonar en situaciones de supervivencia y sin recursos, organizado por el Colegio de Enfermería de Córdoba y la Escuela Internacional de Ciencias de la Salud, se celebró el pasado día 25 de febrero.



### Curso sobre electrocardiografía básica y síndrome coronario agudo en el Colegio de Enfermería de Córdoba

Publicado el viernes, 12 febrero, 2016 por diariodicen.es

12/2/2016

El Colegio de Enfermería de Córdoba ha organizado un curso sobre Electrocardiografía básica y síndrome coronario agudo en colaboración con la Escuela Internacional de Ciencias de la Salud. El objetivo de este curso es proporcionar a los profesionales de enfermería los conocimientos básicos para obtener un trazado electrocardiográfico de calidad una rápida lectura, diferenciando el electrocardiograma normal del patológico y poder aplicar unos cuidados adecuados con la celeridad posible al paciente, especialmente en situaciones de urgencia o emergencia.



### eldiadecordoba

13/11/2015

## Enfermeros alertan de que un decreto del Gobierno del PP anulará su autonomía

El secretario provincial de Sanidad afirma que el dictamen trasladado a la profesión "a la posterga y a la servidumbre del médico"

Los enfermeros de Córdoba han expresado su preocupación por el Real Decreto del PP que afecta a la prescripción de medicamentos. Según el secretario provincial de Sanidad, Manuel Cárdenas, este decreto "anulará la autonomía de la profesión enfermera y la servidumbre del médico".



### El SAS obstaculiza y suspende asambleas informativas de la Mesa Enfermera

Publicado el viernes, 12 febrero, 2016 por diariodicen.es

12/2/2016

La Mesa de la Profesión Enfermera de la provincia de Córdoba ha expresado su preocupación por el Real Decreto del PP que afecta a la prescripción de medicamentos. Según el secretario provincial de Sanidad, Manuel Cárdenas, este decreto "obstaculiza y suspende las asambleas informativas de la Mesa Enfermera".



### El Colegio de Enfermería de Córdoba organiza un curso sobre cuidados paliativos

Publicado el lunes, 29 febrero, 2016 por diariodicen.es

29/2/2016

El Colegio de Enfermería de Córdoba ha organizado un curso sobre cuidados paliativos en colaboración con la Escuela Internacional de Ciencias de la Salud. El curso, que se celebró el pasado día 25 de febrero, tuvo como objetivo profundizar en los conocimientos y habilidades necesarios para afrontar el cuidado de enfermos en fase avanzada de enfermedad.



## Investigadores enfermeros del IMIBIC estudian implicaciones de los casos de violencia de género en profesionales sanitarios

**EL** grupo de investigación en Cuidados Enfermeros del IMIBIC, compuesto por enfermeros del Hospital Reina Sofía y profesores de la Facultad de Medicina y Enfermería de la Universidad de Córdoba, desarrolla un proyecto que estudia la presencia de malos tratos en profesionales sanitarios perpetrados por sus parejas y si esto puede interferir en su capacidad de detección de casos de violencia en pacientes.

La investigación es innovadora, porque pone el foco en los colectivos profesionales que se encuentran en primera línea de la asistencia, y en 2015 se presentó a la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad del Ministerio de Sanidad.

“En este estudio pretendemos conocer en qué medida los profesionales sanitarios de ambos sexos –tanto médicos como enfermeros y auxiliares– padecen situaciones de violencia en sus relaciones afectivas y si esto minimiza su percepción y su capacidad de detección de signos de maltrato en pacientes”, afirma Aurora Rodríguez, investigadora principal del grupo.

Los investigadores parten de estudios previos que revelaron que el 33% de las mujeres enfermeras andaluzas sufre violencia perpetrada por sus parejas. Además, la literatura científica reconoce que los niveles de detección del maltrato en todo el mundo son todavía bajos.

### Superada la primera fase

El estudio, que está en marcha desde 2013 y está financiado por el Instituto de Salud Carlos III, ya ha superado la primera fase en la que 1.071 profesio-



▲ En el centro, Aurora Rodríguez junto a sus compañeros del grupo de investigación en Cuidados Enfermeros del IMIBIC

nales sanitarios han respondido a un cuestionario con el que los investigadores persiguen conocer la tasa de prevalencia y el perfil del profesional afectado.

Otro objetivo de esta metodología es conocer cómo afronta el profesional la atención a personas con el mismo problema y qué identifica como violencia. “Hoy en día la mayor parte de los estudios analizan la violencia en mujeres pero no atienden a la situación personal de los propios profesionales, algo que es esencial porque con frecuencia son el primer contacto del paciente maltratado”, añade la investigadora principal.

La violencia de género es una prioridad de salud pública en todo el mundo reconocida por la Organización Mundial de la Salud. En España, este problema social registró más de 62.000 denuncias en 2015 y provocó la muerte de 56

mujeres. Estos datos evidencian la necesidad de concentrar esfuerzos para prevenir, detectar los casos a tiempo y ofrecer la atención más adecuada a las víctimas.

### Integrantes del proyecto

El grupo de investigación en Cuidados Enfermeros del IMIBIC –las siglas del Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba– fue el primer grupo de investigación en Enfermería en España en formar parte de un instituto de investigación acreditado.

Como se señaló anteriormente, el grupo está integrado por profesionales de enfermería del Hospital Reina Sofía y profesores de la Facultad de Medicina y Enfermería de la Universidad de Córdoba. Además de contar con la doctora en Enfermería **Aurora Rodríguez Borrego** como investigadora principal, forman parte del equipo:

- Investigadores Doctores:  
Rosane Gonçalves Nitschke  
África Ruiz Gándara
- Investigadoras Postdoctorales:  
Dolores Guerra Martín  
Pedro Hidalgo Lopezosa  
Clara Inés Flórez Almonacid
- Investigadoras Predoctorales:  
Juan Manuel Carmona Torres  
Caridad Dios Guerra  
Rosa Miñarro del Moral  
Pablo Jesús López Soto

“ Aurora Rodríguez, investigadora principal:  
“Pretendemos conocer en qué medida los profesionales sanitarios de ambos sexos padecen situaciones de violencia en sus relaciones afectivas y si esto minimiza su percepción y su capacidad de detección de signos de maltrato en pacientes”



## CONGRESOS Y PREMIOS

### El Colegio patrocina el I Congreso Internacional de Enfermeras Gestoras de Casos y el VIII Congreso Nacional de Vacunología

**E**n el último trimestre de 2015 la ciudad de Córdoba ha tenido una importante actividad en lo que a encuentros y jornadas de carácter científico-sanitario se refiere. Para los profesionales de enfermería, noviembre fue el mes más intenso en torno a la celebración de actos congresuales, los principales en el ámbito de la Vacunología y de la Gestión de casos.

El Colegio de Enfermería, conocedor de la enriquecedora experiencia en que se convierte este tipo de reuniones para los colegiados y de su impacto positivo de cara a la ciudadanía cordobesa, ha colaborado con el patrocinio de los premios en ambos eventos, del mismo modo en que ha prestado su apoyo el Consejo Andaluz de Enfermería (CAE).

#### Más de 300 participantes

De un lado, los días 5 y 6 de noviembre tuvo lugar en el Jardín Botánico de Córdoba el I Congreso Internacional y Nacional y II Autonómico de Enfermeras Gestoras de Casos, en el que participaron unos 300 profesionales procedentes de toda la geografía española. La enfermera cordobesa Ángeles Pastor encabezó el Comité Organizador como presidenta del mismo.

Además del respaldo de autoridades tanto a nivel local y provincial como autonómico al evento, acudió en representación de la institución colegial su tesorero, Jesús Serrano, mientras que en calidad de consejero del CAE estuvo presente Rafael Campos, también presidente del Colegio de Enfermería de Cádiz. Ambos fueron los encargados de hacer entrega de los premios en los que colaboraron el Colegio y el Consejo Andaluz, que fueron otorgados a:

- *Implementación y difusión del plan de intervención individualizado y compartido*, comunicación galardonada con uno de los premios al mejor póster y cuyos autores son Boris Trenado, Montserrat Antor, Pilar Castro, Montserrat Figuerola y Alexandra Contreras, del Instituto Catalán de Salud
- *Análisis del discurso de las experiencias de profesionales de Atención Primaria en relación a la atención al final de la vida*, presentado por Encarnación Bella Ramírez, M<sup>a</sup> Reyes Asensio, Juan Carlos Palomo, Concepción Romero, Beatriz Tena y M<sup>a</sup> Teresa Rodrí-

guez, de la UGC Alamillo-San Jerónimo, Distrito de AP de Sevilla. Este trabajo fue merecedor de otro de los premios al mejor póster.

#### Galardones específicos

Apenas dos semanas después, el 18 de noviembre daba comienzo el VIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Vacunología, que reservó dos de sus premios específicamente a los profesionales de enfermería, subvencionados de nuevo por el CAE y el Colegio cordobés.

En esta ocasión, el vicepresidente de la corporación colegial, Enrique Castillo, se ocupó de poner en mano de los

ganadores el reconocimiento concedido por el Colegio al mejor póster, que recaló en *Programa de mujeres conizadas. ¿Cómo lo hace enfermería?*, de Juana M.<sup>a</sup> Cayuela, José Javier Jiménez, Juan Diego Rosell, M<sup>a</sup> Francisca Fernández y Susana Sánchez.

Por su parte, el presidente del Comité Organizador, Antonio Varo, entregó el galardón patrocinado por el Consejo Andaluz de Enfermería para la mejor comunicación oral y que fue para *Plan de seguridad del paciente: mejora en el proceso de inmunización*, cuyos firmantes son M<sup>a</sup> Jesús Romero, M<sup>a</sup> Pilar Ayora, M<sup>a</sup> Dolores González, Teresa Coca y Leonor Jiménez.



▲ Jesús Serrano y Rafael Campos entregaron los premios del congreso de Enfermeras Gestoras de Casos, en representación del Colegio y el CAE, respectivamente



▲ A la derecha, el vicepresidente del Colegio durante la entrega de los premios de enfermería en el congreso de Vacunología

## Cuarto poemario del escritor

# El enfermero Enrique Sánchez publica *El hombre mínimo*

Enrique Sánchez Campos, enfermero y escritor, ha sacado recientemente a la luz su cuarto poemario, titulado *El hombre mínimo*. Esta interesante obra hace hincapié en “las caídas del hombre desde sus orígenes”, según el propio autor, inspirándose en los grandes errores cometidos en la historia de la humanidad.

De contenido social, el libro analiza el mundo actual haciendo un recorrido por conocidos sucesos históricos de relevancia y conflictos sociopolíticos a través de los 54 poemas que lo componen. Las guerras, el hambre, la miseria, los campos de concentración, los trenes de la muerte, la inmigración, la primavera árabe, la matanza de Tiananmen, la ocupación de Gaza, los bombardeos atómicos sobre Hiroshima y Nagasaki, el muro de Berlín o el ébola, centran los versos del poemario, que no se olvida de los poetas que fueron víctimas de la Guerra Civil.

## “ La obra se inspira en los grandes errores cometidos en la historia de la humanidad

Todas estas situaciones llevadas a la lírica vienen a demostrar, según señala Campos, que “se repiten los problemas de siempre”, porque el hombre se equivoca una y otra vez en lo mismo.

Los desahucios, el desempleo y los recortes son precisamente ejemplos de la secuela de esa pérdida de valores y modelos sociales en el ser humano, en palabras del autor de *El hombre mínimo*.

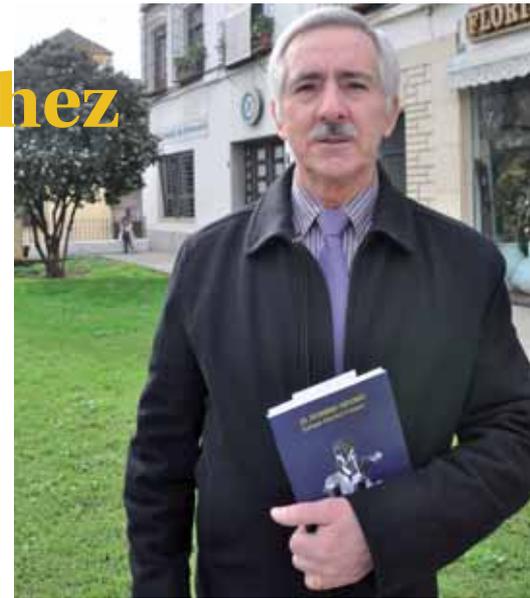
### El poeta

A sus 64 años, Enrique Sánchez Campos lleva tiempo compaginando su actividad literaria con su trabajo en la consulta de Enfermería de la Policía Nacional en Córdoba. Su pasión por la escritura le viene de niño. Aunque nació en Melilla, a los 4 años llegó con su familia a la ciudad, a la que también le ha dedicado el poemario Córdoba es poesía, editado en 2013 por la Diputación Provincial.

Antes de que el eco se lleve las palabras y Tratado de la nostalgia y otros estados del ánimo fueron sus dos primeras obras. Detorres Editores ha publicado su último libro, *El hombre mínimo*, que incluye el poema Fuente de las lágrimas, premiado por la UNED, así como los versos de Hospital, galardonado con el premio Alcer Almería.

Tras presentar este trabajo en la Fundación Miguel Castillejo, el escritor piensa ya en dar salida al siguiente, en el que expondrá un poema de 300 versos y un relato corto inspirado en “el toro lorquiano”.

Mientras tanto y para no perderse una buena lectura, en la librería Luque y la



▲ Enrique Sánchez Campos posa con su último libro

página web de la editorial se puede adquirir el cuarto poemario del autor.

### Volcado con la cultura

Además de su dedicación a la escritura y a los cuidados propios de la enfermería, Enrique Sánchez forma parte del grupo de teatro Atardecer, con el que ha llevado a escena algunos de sus trabajos, también colabora en varias revistas del ámbito cultural y es miembro de la Unión Nacional de Escritores de España, del Ateneo de Córdoba y de la Sociedad Andaluza de Estudios Histórico-Jurídicos.

Asimismo, es fundador de la Asociación Nueva Poesía de Córdoba, ha coordinado en varios ciclos poéticos y ha participado en diversos actos culturales y literarios, entre los que cabe destacar el festival Cosmopoética. En resumen, este enfermero cordobés se puede definir perfectamente como un auténtico humanista.

## XXVIII PREMIO ENFERMERÍA CORDOBESA Y XXI PREMIO-BECA DE INVESTIGACIÓN

La XXVIII edición del Premio Científico Enfermería Cordobesa y la XXI del Premio-Beca de Investigación de Enfermería fueron resueltas el pasado 4 de febrero por el jurado calificador, que decidió por unanimidad declarar desiertos ambos premios. El jurado que se encargó de la deliberación de sendos galardones estuvo presidido por Enrique Castillo, vicepresidente del Colegio, y compuesto por Antonia Ordóñez, secretaria de la institución, Pedro Hidalgo, en representación del Área de Formación del Colegio, y Jesús Serrano, en representación del Consejo Andaluz de Enfermería.



## ENTRA EN VIGOR LA TARJETA PROFESIONAL EUROPEA PARA ENFERMEROS

**La** Comisión Europea ya ha puesto en marcha la tarjeta profesional europea (EPC en sus siglas en inglés) para profesionales de enfermería, farmacia y fisioterapia, que facilitará el desarrollo de su actividad en todos los Estados miembros de la UE, según informa dicha institución en un comunicado.

A través de esta tarjeta, que es en realidad un certificado digital, los profesionales de enfermería obtienen de forma un reconocimiento de su cualificación en otro país de la Unión distinto al del país de origen. La evaluación de la misma se efectuará en base a las normas existentes, aunque el mecanismo estará simplificado mediante un procedimiento electrónico.

### Protección al usuario

Al mismo tiempo, el sistema proporciona garantías para evitar el abuso gracias a un mecanismo de alerta, que asegura que “pacientes y consumidores” están “adecuadamente” protegidos. El objetivo es facilitar la libertad de movimiento de estos profesionales.

En cualquier caso, el Ejecutivo comunitario recalca que este nuevo certificado de reconocimiento profesional no reemplaza a los procedimientos previstos en la directiva sobre cualificaciones profesionales, pero “ofrece una opción ventajosa” para aquellos “que desean ejercer temporal o permanentemente en otro país de la UE”.

### Colegiación obligatoria

En este punto es necesario aclarar que la nueva tarjeta no exime al profesional de colegiarse con la autoridad competente en el Estado de acogida, por lo que dicho certificado digital no le permite ejercer inmediatamente, ya que si se hiciera lo contrario, en muchos países, como es el caso de España, donde la colegiación es obligatoria, se estaría incurriendo en una ilegalidad.

La comisaria de Mercado Interior, Industria, Emprendimiento y Pymes, Elzbieta Bienkowska, subraya que la EPC es “un gran paso adelante” para



▲ Sede de la Comisión Europea, Bruselas (Bélgica)

“facilitar a los europeos cualificados que trabajen allí donde son necesarias, solicitadas y apreciadas sus habilidades”. “Es una herramienta práctica que beneficia no sólo a los profesionales, sino también a la gente que requiere de sus servicios”, añade.

La Comisión Europea asegura además que esta iniciativa podrá ser extendida a otras profesiones itinerantes en base a la experiencia práctica y su funcionamiento.

### Implicación del CGE

El Consejo General de Enfermería (CGE), como agente muy implicado en la modernización de la Directiva de Reconocimiento Mutuo de Cualificaciones Profesionales, ha mostrado ya su satisfacción ante la noticia, convencido de que facilitará de manera muy importante la libre circulación de enfermeros, su seguridad y, por encima de todo, la seguridad de los pacientes.

El CGE entiende que este nuevo certificado permitirá acelerar el proceso de

“La nueva tarjeta no exime a los enfermeros de colegiarse con la autoridad competente en el Estado de acogida

reconocimiento profesional y servirá como herramienta de identificación para las enfermeras y de comprobación para los empleadores, y recuerda que la tarjeta profesional europea viene a acreditar que el enfermero posee todas y cada una de las competencias establecidas en la nueva directiva de cualificaciones profesionales, entre las cuales se encuentran las de “diagnosticar de forma independiente los cuidados de enfermería necesarios”, “tomar medidas inmediatas, de forma independiente, para mantener la vida y aplicar medidas en situaciones de crisis y catástrofe” o, también de forma independiente, “dar consejo e indicaciones y prestar apoyo a las personas que necesitan cuidados y a sus allegados”



## Un mismo nivel académico para todos

# La equivalencia de DUE a Grado en Enfermería, paso a paso

**Una** vez en vigor el acuerdo por el que se declara la correspondencia de la titulación de Diplomado en Enfermería con el nivel 2 del Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES), es decir, la misma que le corresponde al Grado de Enfermería, ya se puede solicitar la equivalencia de títulos.

### ¿Qué supone?

La equivalencia supone que ambos títulos, el de Diplomado en Enfermería y el de Graduado en Enfermería, tienen los mismos efectos académicos y profesionales. Tener los mismos efectos académicos conlleva que aquellos Diplomados en Enfermería que quieran realizar un máster podrán acceder directamente, al igual que ya lo hacen los graduados. Además, podrán optar a otros niveles académicos, como el doctorado, bajo las mismas condiciones que los graduados. Por su parte, tener los mismos efectos profesionales implica que los Diplomados en Enfermería tendrán las mismas competencias, misma regulación y acceso a las mismas plazas que los graduados.

### ¿Cómo obtener el certificado de equivalencia?

Existen dos fórmulas para acreditar la correspondencia entre ambos títulos:



(1) Presentar el título de Diplomado Universitario en Enfermería junto con la referencia de la publicación en el BOE del citado acuerdo del Consejo de Ministros, que puede descargar en:

» <http://boe.es/boe/dias/2015/11/30/pdfs/BOE-A-2015-12930.pdf>

(2) Solicitar un certificado de correspondencia al nivel 2 del MECES, que será expedido por la Subdirección General de Títulos y Reconocimientos de Cualificaciones del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Para ello, se accederá a la Sede Electrónica del citado Ministerio:

» <https://sede.educacion.gob.es/tramite/login/inicio.jjsp?idConvocatoria=617>

Se podrá descargar el certificado de equivalencia a través de la página web del Ministerio de Educación, si posee el DNI electrónico, en caso contrario, necesitará contar con un certificado digital que emiten la Real Casa de la Moneda o la Agencia Tributaria. Puede ver los pasos que hay que seguir para solicitarlo en el vídeo ubicado en el siguiente enlace:

» <https://www.youtube.com/watch?v=iBTktFGYxkQ&feature=youtu.be>

Ante cualquier duda o pregunta puede dirigirse al Colegio de Enfermería de Córdoba, donde se le prestará la ayuda necesaria.

### MÁS INFORMACIÓN:

Dispone de un folleto explicativo en:

[http://www.consejogeneralenfermeria.org/docs\\_revista/Diptico\\_equivalencia.pdf](http://www.consejogeneralenfermeria.org/docs_revista/Diptico_equivalencia.pdf)

La guía práctica de equiparación puede consultarse en:

[http://www.consejogeneralenfermeria.org/docs\\_revista/Infografia\\_equiparacion.pdf](http://www.consejogeneralenfermeria.org/docs_revista/Infografia_equiparacion.pdf)



# Próximos cursos

Formación continua

## **CURSO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA VIOLENCIA EN LA INFANCIA**

**FECHA:** DEL 11 AL 15 DE ABRIL DE 2016

**INSCRIPCIÓN:** DESDE EL 01-03-16 AL 31-03-16 A LAS 18,00 HORAS

**SORTEO:** EL 31-03-16 A LAS 18,30 HORAS

**HORARIO:** DE 16 A 22

## **CURSO DE GENÉTICA PARA ENFERMERÍA ¿FUTURO O REALIDAD?**

**FECHA:** DEL 25 AL 29 DE ABRIL DE 2016

**INSCRIPCIÓN:** DESDE EL 14-03-16 AL 14-04-16 A LAS 18,00 HORAS

**SORTEO:** EL 14-04-16 A LAS 18,30 HORAS

**HORARIO:** DE 16 A 22

## **CURSO DE CIRUGÍA MENOR PARA ENFERMERÍA, SUTURAS Y REPARACIÓN DE HERIDAS**

**FECHA:** DEL 9 AL 13 DE MAYO DE 2016

**INSCRIPCIÓN:** DESDE EL 28-03-16 AL 28-04-16 A LAS 18,00 HORAS

**SORTEO:** EL 28-04-16 A LAS 18,30 HORAS

**HORARIO:** DE 16 A 22

## **TALLERES DE SUTURAS (máximo 20 alumnos)**

**FECHA:** 4 Y 5 DE ABRIL DE 2016

**INSCRIPCIÓN:** DEL 15 DE FEBRERO AL 17 DE MARZO A LAS 18,00 HORAS

**SORTEO:** EL 17 DE MARZO A LAS 18,30 HORAS

**HORARIO:** DE 16 A 21 HORAS

**FECHA:** 25 Y 26 DE OCTUBRE DE 2016

**INSCRIPCIÓN:** DEL 19 DE SEPTIEMBRE AL 13 DE OCTUBRE A LAS 18,00 HORAS

**SORTEO:** EL 13 DE OCTUBRE A LAS 18,30 HORAS

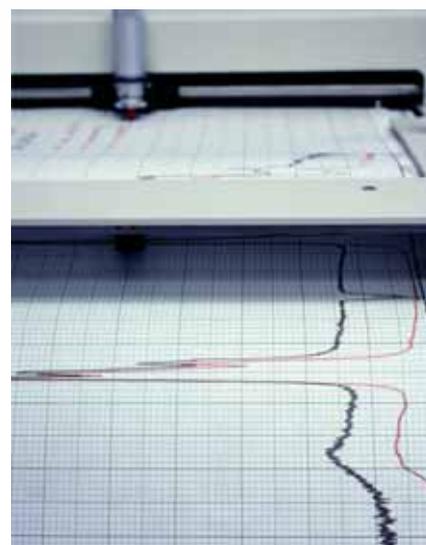
**HORARIO:** DE 16 A 21 HORAS

**FECHA:** 12 Y 13 DE DICIEMBRE DE 2016

**INSCRIPCIÓN:** DEL 25 DE OCTUBRE AL 23 DE NOVIEMBRE A LAS 18,00 HORAS

**SORTEO:** EL 13 DE OCTUBRE A LAS 18,30 HORAS

**HORARIO:** DE 16 A 21 HORAS



## Deliberación del VI Concurso de Fotografía

El colegiado Miguel Jiménez Mejías logra el I Premio por la imagen *Caños de agua*. El segundo puesto ha sido para *El hombre de las Tullerías*, instantánea de Juan José Villarejo Fernández

**E**l jurado calificador de la VI edición del Concurso de Fotografía del Colegio de Enfermería de Córdoba ya ha seleccionado las imágenes ganadoras. En primer lugar, el 1<sup>er</sup> Premio ha sido otorgado al colegiado Miguel Jiménez Mejías, autor de la instantánea titulada *Caños de agua*. Esta categoría está recompensada con 300 euros.

En segundo lugar, el enfermero colegiado Juan José Villarejo Fernández ha merecido el II Premio, dotado con 150 euros, por su fotografía *El hombre de las Tullerías*.

En esta edición, el jurado ha valorado positivamente el nivel de las imágenes presentadas, al tiempo que ha destacado la creciente acogida que año tras año despierta este certamen entre los colegiados, pues cada vez son más los que se animan a participar.

Por todo ello, el presidente del Colegio, Florentino Pérez, apunta que la deliberación “no ha sido una decisión fácil”, y que ha llevado a un profundo debate entre los componentes del jurado, que el propio Pérez ha encabezado acompañado por el vicepresidente de la institución, Enrique Castillo, y la secretaria, Antonia Ordóñez.

◀ 2º Premio: *El hombre de las Tullerías*, realizada por Juan José Villarejo Fernández



▲ 1<sup>er</sup> Premio: *Caños de agua*, de Miguel Jiménez Mejías



## Sorteo de suscripción a publicaciones científicas

### 2º SEMESTRE DE 2015

**E**l Colegio Oficial de Enfermería de Córdoba viene sorteando mensualmente entre los colegiados el canje del importe de sus cuotas por suscripciones a libros y revistas de carácter científico.

A continuación se exponen los nombres de los profesionales agradecidos en los sorteos correspondientes a los meses de JULIO a DICIEMBRE de 2015, ambos incluidos.

**FECHA DEL SORTEO:** 04/12/2015

**TESTIGO:** Antonia Ordóñez Solano, colegiada nº 2/540

- M<sup>a</sup> Dolores Espejo Arias. Colegiada 4.130  
SORTEO JULIO 2015



- Auxiliadora Cruz Repiso. Colegiada 4.704  
SORTEO AGOSTO 2015

- José M. Medina Carmona. Colegiado 4.658  
SORTEO SEPTIEMBRE 2015

- Carmen Álvarez Cabrera. Colegiada 7.669  
SORTEO OCTUBRE 2015

- Carmen Florido Rodríguez. Colegiada 2.341  
SORTEO NOVIEMBRE 2015

- Antonia García Montalvo. Colegiada 2.792  
SORTEO DICIEMBRE 2015

## *El Colegio celebra su Fiesta Infantil de Navidad en el circo Coliseo*

**La** tradicional Fiesta Infantil de Navidad que cada año celebra el Colegio de Enfermería de Córdoba para los hijos y los nietos de los colegiados ha tenido esta vez un escenario especial: el circo Coliseo. El pasado 18 de diciembre, los más pequeños de cada casa disfrutaron en familia de una tarde amenizada por payasos, espectaculares acrobacias y simpáticos animales.

Sobre el ruedo actuaron trapevistas, malabaristas, un lanzador de cuchillos, acróbatas de los del "más difícil todavía", colgados del techo de la carpa o caminando sobre unas ruedas gigantes, domadores de serpientes y cocodrilos, feroces leones, un camello, lobos, ocas y hasta una fotogénica elefanta que afeitó ante el público a un osado colegiado. Por su parte, los payasos sacaron al escenario a pequeños y mayores como volunta-

rios, para formar parte de sus divertidos números.

Además, el Colegio aprovechó la ocasión para entregar los galardones del VI Concurso de Christmas Navideños en sus tres categorías. El presidente, Florentino Pérez, y el vicepresidente, Enrique Castillo, llamaron a los ganadores para darles su recompensa, un premio de 200 euros para cada uno.





## Los ganadores del VI Concurso de Christmas reciben su premio



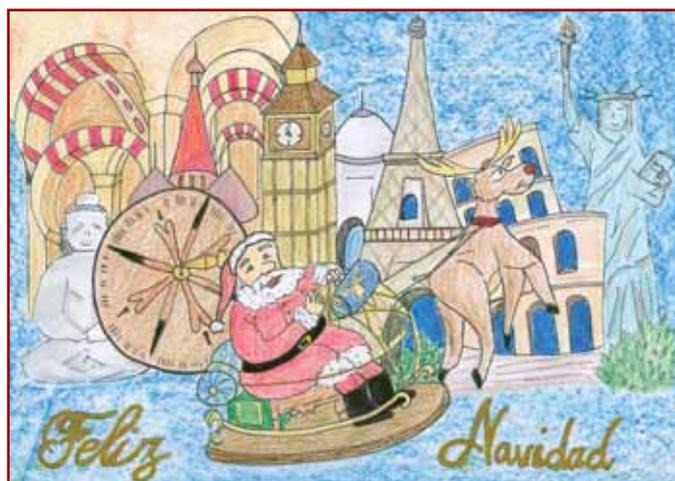
▲ En la carpa y junto al presidente del Colegio, Exiquio, Elena y Emilio posan con el diploma de ganadores de la sexta edición del certamen



▲ Premio a la categoría de 3 a 5 años: La entrañable postal navideña de Elena Herrera López, hija de la colegiada Inmaculada López García



▲ Premio a la categoría de 6 a 8 años: El dibujo de Exiquio Murillo Rodríguez, hijo del colegiado Exiquio Murillo Sánchez, contiene un divertido mensaje



▲ Premio a la categoría de 9 a 12 años: Papá Noel recorriendo el mundo, representado a través de sus monumentos más emblemáticos en la ilustración de Emilio Pedrajas López, hijo de la colegiada Juana López López

