



DIGITALIZACIÓN DE CUIDADOS

Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) han irrumpido con fuerza tras habernos visto aislados por la cruel pandemia Covid



HORARIOS SECRETARÍAS

VISÍTANOS
EN

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

LEÓN

Avda. Universidad 7, bajo | 24007 León

☎ 987 235 874

✉ colegioleon@colegioenfermerialeon.com

Invierno:

1 de septiembre a 25 de junio

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

Verano:

26 de junio a 31 de agosto:

Lunes a Viernes
9.00-15.00

DELEGACIÓN PONFERRADA

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

☎ 987 428 577 ☎ 987 102 190

✉ colegioponferrada@colegioenfermerialeon.com

Invierno:

10 de septiembre a 30 de junio

Lunes a Viernes
10.00-13.00 | 16.00-20.00

Verano:

1 de julio a 9 de septiembre:

Lunes a Viernes
9.00-15.00

FORMACIÓN CONTINUADA



formacioncontinuada@colegioenfermerialeon.com

COMISIÓN DEONTOLÓGICA



deontologia.leon@gmail.com

SERVICIOS QUE OFRECE TU COLEGIO



SERVICIOS GENERALES

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

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

SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL

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

SEGUROS Y CONVENIOS

Póliza de responsabilidad civil por 3,5m€.

Convenio suscrito con Cajamar con condiciones especiales para los colegiados.

Convenios con establecimientos comerciales.

Convenios con Clínicas de Odontología, Podología y Psicología.

Convenio suscrito con AMA Vida para póliza colectiva de vida: asegurando un capital por fallecimiento a cada uno de los colegiados.

SERVICIOS DE FORMACIÓN Y DOCENCIA

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

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

Biblioteca a disposición del colegiado con servicio de préstamo.

Premio Científico Regional.

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

INVESTIGACIÓN

Becas a la investigación.

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

ACTIVIDADES SOCIALES

Pilates, inglés, francés, informática...

ASESORÍA JURÍDICA

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

COMUNICACIÓN

Circulares sobre convocatorias o temas urgentes.

Revista León Enfermería.

Página Web.

ACTIVIDADES PROFESIONALES

Colaboración en proyectos para el desarrollo personal.



EDITORIAL

INVESTIGACIÓN ENFERMERA

MOTIVACIÓN Y FUTURO PARA NUESTRA PROFESIÓN



**JOSÉ LUIS
BLANCO
VALLE**

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

La investigación enfermera en nuestra profesión debe tener la suficiente motivación como para lanzarse al mundo de la ciencia y formar parte del futuro profesional. Ciertamente es que en estos momentos estamos realizando trabajos de gran reconocimiento académico, lo que nos está acarreando innumerables premios de prestigio para nuestros profesionales sanitarios. Pero debemos dar un salto cuantitativo si queremos ser base fundamental para el avance en distintas disciplinas sanitarias. Debemos marcar un punto de inflexión y perseguir la obtención de horas libres dentro de nuestro horario laboral para fomentar esos estudios científicos tan importantes y beneficiar al conjunto de la profesión. En definitiva, debemos observar cómo arbitrar modelos que amplíen esos tiempos y poder utilizar la densidad de datos que diariamente pasan por nuestras manos.

La investigación requiere gran dosis de iniciativa personal. Pero a lo largo de estos últimos años he podido comprobar de primera mano que la enfermería se está agrupando para realizar proyectos de investigación en múltiples áreas. Hemos alcanzado el ansiado Grado Universitario, somos doctores, pero

debemos ser potenciales investigadores y científicos de nuestras unidades.

Hace pocos días leía un destacado documento señalando que se debían proponer unidades de apoyo para incentivar la investigación enfermera. Es la hora por tanto, de dar paso a todas aquellas enfermeras/ros que ya han realizado investigaciones para que puedan, del mismo modo, formar a otros compañeros que tengan la inquietud por iniciar esta andadura.

El Colegio de Enfermería de León, en su trayectoria, no sólo apoya este tipo de investigaciones, sino que también los divulga a través de nuestra revista colegial. Pero es que, además, venimos realizando una media de casi cien cursos anuales para que nuestros profesionales puedan complementar de manera constante sus conocimientos e, incluso, ampliarlos.

La enfermería ha emergido con fuerza desde que somos Grado Universitario, pero no debemos conformarnos. Es verdad que gran parte de todas las investigaciones que se realizan parten de horarios no laborales, pero aun así, es un esfuerzo que debemos plantear y que redundará en nuestra profesión de la que somos valedores.

El Hospital Gregorio Marañón de Madrid, por citar un ejemplo, lleva años trabajando para mantener activa una unidad de apoyo a la investigación en cuidados enfermeros. Ese proyecto demuestra que podemos proponerlo en otros hospitales e, incluso en Atención Primaria, que es la gran olvidada en muchas ocasiones de nuestra Sanidad. Las direcciones de enfermería también deben velar por facilitar que se den estas condiciones porque, debemos continuar creciendo y para ello, negociar, exigir, pelear y conseguir alcanzar nuevos retos.

Por último, debemos hablar del escollo que siempre es el más preocupante en toda iniciativa: la financiación. No olvidemos que la enfermería es un enorme potencial profesional y humano, por lo que debemos conseguir alentar la recepción de ayudas desde todos los sectores: públicos, privados, desde laboratorios o, incluso, por parte de empresas farmacéuticas, para contar con un número viable de recursos. La ciencia debe ahora revolucionar la enfermería porque sin estos avances frenaremos nuestra capacidad por seguir mejorando los cuidados.



ÍNDICE

| Marzo 2022 |

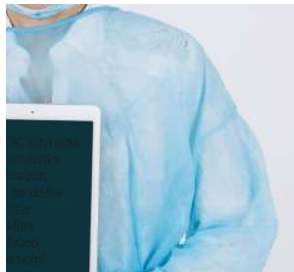
Número 54

DIGITALIZACIÓN DE CUIDADOS

Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) han irrumpido con fuerza tras habernos visto aislados por la cruel...

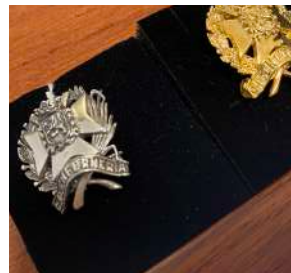
| 6 |
TIC

EN LOS CUIDADOS



| 24 |
ENFERMERO
EMPRENDEDOR

| 12 |
ENFERMERÍA
DE QUIRÓFANO



| 26 |
MEDALLAS
COLEGIACIÓN

| 16 |
ENFERMERÍA
UCI



| 28 |
CIENTÍFICO
EFECTOS VACUNA

| 18 |
CIENTÍFICO
MIELOMA
MÚLTIPLE



| 32 |
TERESA
RODRÍGUEZ ABAJO

Y ADEMÁS

| 34 | MEJOR COMUNICACIÓN
CONGRESO SEMES

CALENDARIO
FORMACIÓN



2022 **54**
MARZO

LEÓN Enfermería

REVISTA DEL
COLEGIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LEÓN

EDITA

**Colegio Profesional
de Enfermería de León**

Avda. Universidad, 7 | 24007 (León)

987 235 874

Dep. Legal LE-193-2008

ISSN (print) 2444-5371

ISSN (digital) 2444-538X

COMITÉ EDITORIAL

Director

Óscar del Valle Cuadrado

Coordinación

Javier Gómez de Agüero

Concepción Díaz Fuente

Paula García Ortega

Rocío Jano Pérez

Colaboradores

José Luis Blanco Valle

José Luis Pérez Rodríguez

Asesoría Jurídica

Juan Luis Sierra Viloria

Redacción León

Diego Buenosvinos Fernández

Diseño

Juan Pablo Domínguez Domínguez

ele**hache**/COMUNICACIÓN

**Gestión de Publicidad,
Impresión y Distribución**



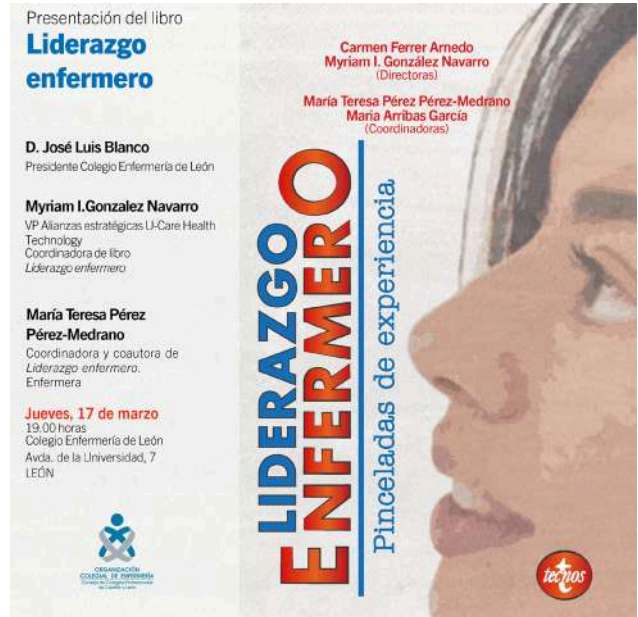
NOTICIAS BREVES | ✉

NUEVOS

colegioleon@colegioenfermerialeon.com

EMAIL

colegiofonferrada@colegioenfermerialeon.com



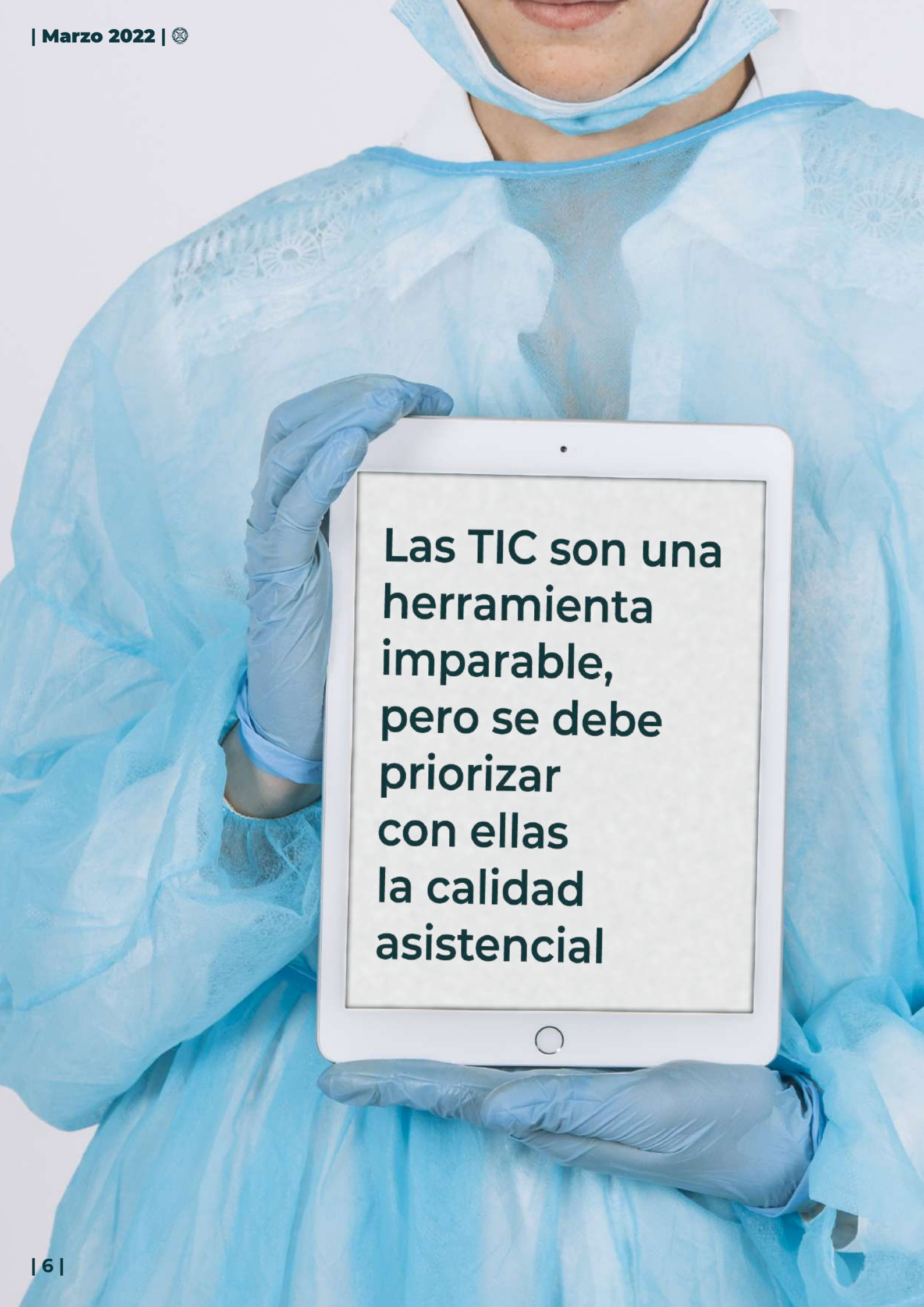
Presentación del libro:

LIDERAZGO ENFERMERO

**Pinceladas de experiencia Carmen Ferrer Arnedo
y Myriam I. González Arnedo (Directoras).**

2020 fue declarado el año de las enfermeras por la OMS y a partir de este año, se asume el mandato de trabajar por su visibilidad, su liderazgo y el reconocimiento de estos profesionales de la salud como un elemento de fortaleza para el bienestar de la sociedad a través de su liderazgo en el autocuidado de la población, la promoción de la corresponsabilidad y su aportación como oportunidad para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y sociosanitarios. En la construcción de este manual se han unido diferentes profesionales, mayoritariamente enfermeras y enfermeros, procedentes de distintos ámbitos experienciales y es, desde su experiencia, donde se plantean áreas de interés que van desde la revisión de un marco reflexivo para el aprendizaje en el ejercicio del liderazgo hasta el relato que comparte lo vivido como señal de conocimiento. Se recogen los

elementos que van a marcar el futuro de la práctica y del ejercicio del liderazgo enfermero del siglo XXI y que van desde enmarcar el dónde nos encontramos, sabiendo de dónde venimos con una reflexión sobre el contexto actual, el papel de las enfermeras y enfermeros y su potencial de futuro, continuando, por un lado los valores vigentes en la práctica en el siglo XXI que están en nuestra razón de ser y la necesidad de centrar los cuidados en organizaciones humanizadas, donde los líderes son capaces de responder a lo que las personas necesitan, pasando por el ámbito de las competencias para prestar cuidados de calidad, líneas que han de ser marcadas por los líderes. Esperamos que este texto sirva a los líderes enfermeros del siglo XXI y cumpla con el encargo de apoyar el liderazgo enfermero del NURSING NOW.

A healthcare professional wearing blue scrubs, a blue surgical mask, and blue gloves is holding a white tablet. The tablet screen displays the following text in bold black font:

**Las TIC son una
herramienta
imparable,
pero se debe
priorizar
con ellas
la calidad
asistencial**

DIGITALIZACIÓN DE CUIDADOS | ✨

Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) han irrumpido con fuerza tras habernos visto aislados por la cruel pandemia Covid habiendo hecho a la par que nos tengamos que replantear el veloz cambio en el que nos hemos visto inmersos y los nuevos retos para nuestra sanidad teniendo sobre la mesa los nuevos avances tecnológicos que nos llegan paulatinamente. Es cierto que estos avances deben servir para una detección temprana,

Elena Barrios

En estos momentos son muchas las herramientas que se están utilizando en este campo como las nuevas aplicaciones para la continuidad de pacientes crónicos o los sistemas Medora de Atención Primaria, Jimena en hospitales y los análisis de historia clínica con técnicas de Big Data.

Pero esta integración que supondrá el abordaje temprano de enfermedades, liberación de tiempos a los sanitarios para nuevas tareas e, incluso costes, deben ser aún debatidos y tratados en las comunidades autónomas para saber realmente cuan es su rapidez y eficacia.

“La metodología enfermera constituye un proceso integrado y completo de calidad que permite cerrar un ciclo continuo que garantiza la eficiencia y seguridad de los cuidados en su aplicación clínica y en respuesta a las demandas de la personas, familias o comunidad”.

No se trata, por tanto, de un elemento único o de una actuación independiente, “sino de un compendio de actuaciones enlazadas, relacionadas e interdependientes entre ellas, que delimitan un proceso de calidad enfocado hacia los cuidados: el Proceso de Atención a los Cuidados, resultado de una evolución del PAE (Proceso de Atención de Enfermería)”.

Dentro de este contexto, la

digitalización también es utilizada para la atención de calidad como ha comentado la enfermera Elena Barrios. “Implica estos cambios de manera sustancial a los tiempos dedicados a la atención asistencial, porque la tecnología puede contribuir a tener unos cuidados más ágiles”.

Es una ayuda también a la hora de tratar no solo a los pacientes sino también a las familias. Las herramientas tecnológicas comenzaron sus cambios de manera destacada en los años 70 y 80, cuando avanzaron los primeros ordenadores. Luego llegarían la tecnología aplicada al aparataje con nuevos instrumentos de alta resolución como el TAC, escáneres médicos o la potente medicina nuclear. La enfermería se tuvo que integrar y dirigir los equipos de cuidados.

“Pero debemos tener en cuenta que lo principal en estos tiempos donde se están promoviendo tantos avances, es no dejar de velar por la enfermería de calidad”, añade. Por otra parte, “es esencial que podamos contar con una unificación de registros que, en el caso del software de gestión de clínicas, Jimena, podemos tener un control en red en todos los hospitales mucho más ágil y seguro. En Castilla y León esa implantación se ha llevado a cabo en 13 hospitales de nuestra comunidad”.

diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad, como hemos comprobado, y apoyados en la telemedicina más recientemente, pero aún se debe ahondar más en la calidad, como explica la enfermera Elena Barrios. “Una perspectiva que no debemos perder de vista”, insiste. Experta en este campo de las nuevas tecnologías, compartiremos su visión y analizaremos esta nueva irrupción de las TIC desde el punto de vista de la enfermería.

Apostar por la seguridad en todo este tipo de procesos con una metodología enfermera desde las tecnologías de la comunicación e información “es primordial para cubrir las necesidades de los diferentes niveles asistenciales”.

Porque una de las bases que deben garantizar las TIC es la confidencialidad. “Como he indicado antes es fundamental que prime la seguridad y confidencialidad tanto en hospitales como en los centros de Atención Primaria para poder continuar revistiendo gracias a la tecnología una asistencia que garantice la accesibilidad y comunicación entre pacientes y sanitarios”.

En cuanto a los otros segmentos de estas TIC como la atención telemática Elena Barrios cree que la pandemia Covid ha acelerado este proceso, pero que no de la forma tan efectiva como se puede creer de antemano. “Esa no afectación tan positiva se debe valorar y ahondar aún con mayor rigurosidad. Es verdad que ha servido en este tiempo de manera eficaz, pero hay que abordarlo desde diferentes áreas como en los pacientes pluripatológicos, enfermedades crónicas y seguimientos, para realizar una continuidad más precisa y saber hasta dónde podemos llegar y que ese camino siempre implique calidad en los cuidados enfermeros”.

En el año 2003, la Consejería de Sanidad de Castilla y León puso en marcha el servicio Medora, el sistema informático de historial clínico de los pacientes con el que se puso como objetivo mejorar la asistencia a los pacientes. Luego desembarcó Jimena, otra aplicación para hospitales, donde se cercó el cambio de control asistencial de manera sustancial. No podemos tampoco dejar de pensar en la app Sacylconecta, para pedir cita con médicos y enfermeras.

“Pero la tecnología de telecuidados hay que verla desde diferentes perspectivas, porque la sanidad no presencial puede ser peligrosa en cuanto a vulnerar esa calidad que debemos buscar”.

No cabe duda de que los nuevos sistemas tecnológicos que se están utilizando en los hospitales son revolucionarios y salvan vidas. Basta con nombrar a equipos Da Vinci, los biomarcadores, TAC complejos como el sistema de Tomografía Computerizada Avanzada.

Este relevante camino debe examinarse aún con mayor precisión, casi tecnológica para dar una respuesta aún más fiable y reunir en torno a las nuevas TIC y enfermeros, una mejor comunicación con todos los niveles sociosanitarios.

“La aparición progresiva de nuevas herramientas tecnológicas no supone el abandono de otras formas de comunicación previa, ni el rechazo de las antiguas”

1. La digitalización de cuidados no debe centrarse únicamente en provocar una disminución de la presión asistencial, sino también debe conseguir una atención de calidad.

El objetivo principal de los cuidados es la de conseguir una atención de calidad.

La digitalización del SNS no debe centrarse, únicamente, en una disminución de la presión asistencial presencial, sino producir una atención de más calidad, basada en un control más preciso de la evolución de la patología, y ofrecer una respuesta más rápida y eficaz que, en último extremo, incremente la calidad de vida y reduzca las hospitalizaciones y riesgos asociados”

Es importante que la información que registramos se haga de forma estructurada, con lógica y dentro del

marco conceptual de Enfermería a través de las TIC

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) nos permiten crear, almacenar, recuperar y transmitir información de forma rápida y en gran cantidad, lo cual es importante para conseguir una continuidad en la atención de la persona, familia y/o grupo, independientemente en el área de salud que sea atendido.

Las Tecnologías a Enfermería también nos permiten registrar los cuidados a través del proceso Enfermero impensable en formato papel por la estructuración metodológica

Ahora bien, la aparición progresiva de nuevas herramientas tecnológicas no supone el abandono de otras formas de comunicación previa, ni el rechazo de las antiguas, sino que se produce, puesto que conviven, una clara interconexión entre ellas.

2. ¿Cómo se puede definir la Digitalización de Cuidados?

Es una gran ayuda para mejorar la atención en los cuidados a las personas, familias y grupos valiéndonos de las nuevas tecnologías.

Con respecto a la inserción de las herramientas tecnológicas en el ámbito sanitario español, salvo excepciones, comienzan la década de los años setenta y ochenta, con la introducción de los primeros ordenadores en el ámbito hospitalario. Progresivamente, las TIC fueron introduciéndose en las diferentes esferas del sector a través de la incorporación de las tecnologías médicas como instrumentos diagnósticos o terapéuticos, caso de la Tomografía Axial Computarizada (TAC) y la Resonancia Magnética (RM). Sin embargo, la incorporación completa de las TIC en el núcleo central de las operaciones del sistema sanitario sucede, cuando se constituye como herramienta clínica en la realización de las tareas asistenciales de los profesionales revelándose como un instrumento que refuerza, mejora y facilita la prestación de servicios sanitarios. LA HISTORIA CLINICA.

Actualmente los cuidados de enfermería se registran en la historia del paciente con la misma metodología (El Proceso Enfermero) en los 14 Hospitales y en las 11 Áreas de Atención Primaria.

3. Las nuevas tecnologías ¿aportan seguridad?

Relacionado con los cuidados, las TIC dotan a los procesos de una mayor interactividad, consiguen un intercambio de información interpersonal y multidireccional y permiten adaptar los recursos empleados a las necesidades de los sujetos.

Las TIC nos permiten la comunicación entre los diferentes niveles asistenciales disminuyendo la probabilidad de cometer un error en la transmisión de información además sirve de apoyo a los profesionales para la investigación y el acceso a la información, potencian la formación continua y la mejora en la toma de decisiones, nos permiten organizar la información de una forma estructurada, lógica, sistemática y con un lenguaje común a través del registro del proceso Enfermero

En cuanto a la correcta gestión de la información y su segura utilización se trabaja continuamente en llevar a cabo políticas de seguridad enfocadas a la búsqueda de confidencialidad

¿Es necesario un cambio de modelo?

Muy importante y necesario es en primer lugar planificar los cuidados con metodología enfermera para dar respuesta a las demandas de la persona, familia o comunidad con lógica y razonamiento y para dar un paso importante en la priorización de los cuidados de promoción de la salud, la prevención de enfermedades, promocionando hábitos saludables, mejorando la atención a pacientes crónicos, disminuyendo así los ingresos de los pacientes en centros hospitalarios.

4. La vía telemática ¿es una apuesta dentro de estos cambios?

A raíz de esta etapa de pandemia que hemos vivido la gran mayoría de pacientes han tenido que ser atendidos a distancia, por teléfono principalmente, para realizar el seguimiento y atención de sus necesidades de salud. Esta situación sobrevenida ha hecho que se utilicen los recursos telemáticos, en muchos casos, sin un protocolo estableci-

do, pudiendo afectar esto a la calidad de la asistencia recibida y a los resultados en salud de los pacientes” por esto es importante abordar este reto desarrollando los recursos telemáticos basados en criterios de calidad, eficiencia e innovación y que se vaya al unísono las nuevas tecnologías, los procesos y los cuidados

Tenemos que abordar la telemática pensando en las necesidades de hoy y del futuro para dar respuestas a una sociedad seguramente más envejecida y pluripatológica.

5. Se debe en todo caso ir cambiando el modelo por unidades, centros de Atención Primaria en primer lugar y luego centros hospitalarios o es indistinto.

Desde luego la promoción de la salud, educación sanitaria seguimiento pacientes crónicos etc... se hace y se debe hacer desde todas las Áreas de atención y por supuesto con un registro adecuado de la planificación de cuidados de forma estructurada y con un mismo lenguaje para facilitar la comunicación y continuidad de cuidados.

6. Igual que hay telemedicina, ¿cómo se llevarían a cabo los telecuidados?

En relación a los cuidados en Enfermería el telecuidado sería muy efectivo en el campo de la información, asesoramiento, educación sanitaria, en el seguimiento telefónico combinado con las visitas domiciliarias como por ejemplo en puérperas, seguimiento de Diabéticos etc... en los diferentes entornos asistenciales (AP; Hospitales etc..)

En la actualidad, hay escasa evidencia acerca de la efec-

tividad de los sistemas de teleasistencia, sobre todo desde el punto de vista del coste-efectividad y de las medidas de resultado de tipo psicosocial.

Bajo el término “Telemedicina” se han englobado hasta ahora muchas iniciativas asistenciales, algunas de ellas muy distintas entre sí, que requieren una adecuada clasificación y redonomiación de términos. Hasta ahora, la teleasistencia ha tenido un gran desarrollo en el tratamiento y transmisión de imágenes e información clínica (radiología, cardiología, dermatología...)

Paulatinamente, se están produciendo sucesivos avances en la implementación de este modelo asistencial en el campo de la Atención Primaria, ya sea en formato proactivo (seguimiento de subgrupos de riesgo, complemento a la visita domiciliaria...) o reactivo (consulta telefónica a demanda, gestión telefónica de citas...).

Independientemente del modelo, siempre hay una situación de distancia y no presencialidad física, contrarrestada por la disposición de tecnología, para transmitir servicios sanitarios. Puede ser por que el profesional sanitario es el que desencadena la “teleasistencia” o, en contraposición, es la persona la que activa el dispositivo “teleasistencia”(proactiva y reactiva).

A su vez, el arsenal tecnológico abarca desde el uso del teléfono (en formato tradicional o mediante programas automatizados de seguimiento y asesoría telefónica) hasta los dispositivos más sofisticados de telemonitorización de signos vitales, señales electrofisiológicas (ECG, radiografías...), determinaciones de glucemia, etc. Más recientemente, se han incorporado los equipos de videoconferen-

“El arsenal tecnológico abarca desde el uso del teléfono hasta los dispositivos más sofisticados de tele monitorización de signos vitales, señales electrofisiológicas, determinaciones de glucemia, etc.”

• cia en tiempo real y la comunicación vía Internet.

Con arreglo a su finalidad, la naturaleza de éstos adquiere matices muy distintos, encontrándose servicios enfocados a la educación, el seguimiento, la atención a emergencias, el cribaje asistencial (triage), el mero asesoramiento, como guía del sistema sanitario, etc.

7. Qué se podría hacer para que los mayores participen en esta digitalización de cuidados.

Una forma de integrar a los mayores y hacerles participes en sus cuidados sería a través de las tecnologías y en este contexto el desafío tanto para los educadores como para las instituciones será realizar reformas que permitan aprovechar la potencialidad que nos ofrecen las TIC junto con las demandas que tienen los mayores.

Hoy en día en CyL existe la APP sacyl conecta a través de la cual se puede realizar petición de cita en Atención Primaria, certificado vacunación etc.

En el portal salud castilla y león también existe información útil sobre salud y servicios para el ciudadano como, por ejemplo:

8. Para que se fragüen estos cambios hace falta inversión, ¿se puede conseguir teniendo en cuenta que se ha dejado de invertir en personal?

Desde luego la inversión en personal es vital, bien es cierto que centrándonos en el uso de tecnologías para mejorar los cuidados por supuesto que la inversión debe ir dirigida al avance en las tecnologías para adaptarlas a las necesidades de los ciudadanos

9. Sería por todo lo que hemos estado viendo certero decir que la tecnología no debe imponer modelos de trabajo, sino que tiene que adaptarse y optimizar los ya establecidos...

Como enfermeras trabajamos con Metodología enfermera que es el proceso a través del cual garantizamos la eficiencia y seguridad de los cuidados en su aplicación clínica en respuesta a las demandas de la persona, familia o comunidad y para ello se tiene que trabajar con las TIC para avanzar en la mejora continua de la atención en todas sus formas.

 Ciudadanos	 Profesionales	 Institución	 Transparencia
<p>Ciudadanos</p> <p>Información útil sobre salud y servicios para el ciudadano</p>	<p>Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> → Enfermedades y problemas de salud → Vacunaciones → Aula de Pacientes → Salud de la mujer → Salud y estilos de vida → Salud materno infantil → Salud infantil → Salud joven → Salud de los mayores → Salud del viajero → Seguridad alimentaria → Sanidad ambiental → Sanidad mortuoria → Productos cosméticos 	<p>Información</p> <ul style="list-style-type: none"> → Lista de espera → Asistencia sanitaria → Derechos y deberes → Castellanos y Leoneses en el exterior → Asistencia sanitaria transfronteriza → Convenio especial → Prestaciones y ayudas → Incapacidad temporal → Farmacia y medicamentos → Urgencias y emergencias → Donaciones y trasplantes → Actuaciones financiadas con fondos europeos → Enlaces de Interés 	<p>Servicios</p> <ul style="list-style-type: none"> → Cita Previa con su Centro de Salud → Carpeta del Paciente → SACYL Conecta → Acceso a la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud → Buscadores de recursos sanitarios → Centros, Servicios y Establecimientos sanitarios → Tarjeta sanitaria → Reclamaciones y sugerencias → Registro de Instrucciones Previas → Hazte donante de órganos → Trámites electrónicos Consejería de Sanidad → Certificación espectáculos taurinos

ÓPTICA
EUROPA

P R E S E N T A

Essilor® Stellest™

**LA SOLUCIÓN DE ESSILOR PARA RALENTIZAR
LA PROGRESIÓN DE LA MIOPIA EN NIÑOS**

Nuestros peques crecen cada día. Y la miopía crece tan rápido como ellos.
PROTEGE SU VISIÓN CON LA NUEVALENTE REVOLUCIONARIA DE ESSILOR.
Las lentes Stellest. formadas por una constelación de microlentes invisibles
crean un volumen permite al ojo controlar el avance de la miopía*.



* Consulta todos los detalles en Óptica Europa



“Creo que para dirigir un servicio tan importante como es el quirófano, es necesario haber trabajado desde la base”

Ana Isabel García es diplomada de Enfermería por la Escuela de Enfermería de León en el año 1994 y Grado de Enfermería por Facultad de Ciencias de la Salud del Campus de Ponferrada en el año 2011.

Inició su trayectoria profesional en el Hospital de León al finalizar la carrera, siendo el Bloque Quirúrgico su primer destino, y desde ahí su larga vida laboral de 27 años, donde ha ejercido su labor asistencial en Atención Primaria y Atención Hospitalaria en distintas gerencias, no sólo de SACYL, sino en otras CCAA.

En el año 2001 comenzó a trabajar en este Hospital, donde se afincó, siendo Quirófano su destino, y posteriormente, desde 2011 hasta 2016 como Supervisora de Laboratorios, y desde 2016 hasta 2020 Supervisora de Área de Servicios Es-

peciales, y posteriormente, hasta hoy Supervisora de área de Servicios Especiales y Bloque Quirúrgico.

Ser supervisora de quirófano implica no solo tener conocimientos generales de técnicas de quirófano y de gestión tanto en el aspecto teórico como práctico, ¿no?

Creo que para dirigir un servicio tan importante como es el quirófano, es necesario haber trabajado desde la base, para poder evaluar las necesidades tanto humanas como materiales y así poder optimizarlos.

Cada quirófano es un mundo, nada tiene que ver el quirófano de cirugía con el de traumatología u otras especialidades que tenemos en nuestro Hospital.

¿Es esencial tener capacidad de liderazgo tanto para dirigir como para supervisar los cuidados en el quirófano?

La capacidad de liderazgo es esencial en la supervisión de cualquier servicio, nuestra responsabilidad es gestionar la unidad no sólo a nivel de recursos humanos y materiales, sino también a nivel humano, y tener muy presente que de ello depende la buena asistencia y los resultados en los pacientes. No debemos olvidar que trabajamos con personas.

Su puesto podríamos decir que también abarca otros ámbitos como planificación, organización -en casos de sanidad privada, contratación-, o toma de decisiones...

La supervisión que dirijo, el Bloque quirúrgico, contempla varios ámbitos:

Por un lado, la organización y la planificación del planning mensual de los quirófanos en función de la demanda de los servicios quirúrgicos, discutida en el Comité Quirúrgico.

Por otro lado, la gestión dentro del propio Bloque Quirúrgico (el área de quirófanos, la cirugía mayor ambulatoria (CMA), las salas de reanimación y la central de esterilización).

Por si mismas, estas unidades (quirófanos) son esenciales en un hospital con un elevadísimo número de intervenciones al año. Esto confiere una responsabilidad de organización compleja

y determinante, ¿Cómo desempeña esa función día a día? y ¿debe coordinar el Área Quirúrgica con otros servicios?

Es fundamental la comunicación con los Jefes de Servicio de las Especialidades quirúrgicas y aquellas unidades y/o servicios implicados en el proceso quirúrgico (las unidades de hospitalización, el Servicio de admisión central, desde donde se gestiona la lista de espera quirúrgica, Servicio de Suministros, etc.), para poder organizar el trabajo, el personal y todo lo referente a los materiales e implantes necesarios.

No olvidemos que nuestro Hospital tiene unas dimensiones limitadas y recibimos a diario material (no sólo implantes sino también instrumental).

¿Debe de realizar una gestión de recursos humanos para asegurar el servicio de manera constante?

La gestión de recursos humanos es un tema complicado, que se ha visto agravado por la Pandemia que estamos sufriendo, debido a que la formación de una enfermera en quirófano requiere de mucho tiempo y esfuerzo, no todo el personal de enfermería en quirófano conoce todos los aspectos de las diferentes especialidades.

La herramienta con la que contamos es tener un responsable en cada especialidad, que son los encargados de que esté todo a punto para el óptimo funcionamiento y garantizar la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

Los cuidados, seguimiento e, incluso, miedos del paciente, ¿son otra de las bases de

“Cada quirófano es un mundo, nada tiene que ver el quirófano de cirugía con el de traumatología u otras especialidades que tenemos en nuestro Hospital”



atención de cuidados en el quirófano?

Disponemos de un capital humano muy valioso, profesionales con una alta capacidad de trabajo, muy formados en conocimientos y con una calidad humana exquisita.

Lógicamente, dedican al paciente el tiempo del que se dispone, dentro de la vorágine del desarrollo diario de la actividad, intentando siempre que el paciente exprese sus inquietudes y así poder escuchar y mitigar sus miedos.

Cómo se prepara a una enfermera de quirófano y cómo explicaría ese proceso.

La formación de una enfermera requiere del esfuerzo propio y de sus compañeros, ya que partiendo de los conocimientos básicos que se nos atribuyen por nuestra formación Universitaria, los conocimientos propios de cada especialidad, se adquieren con el trabajo diario en el servicio. ●



• Nuestro servicio es especialmente complejo, puesto que como ya mencioné anteriormente, cada especialidad es un mundo, donde las técnicas, el instrumental y el método de trabajo es diferente.

En nuestro Hospital, la enfermera de quirófano realiza las tareas de instrumentación, circulación en el quirófano, y anestesia, lo que implica, una formación de unos 6 meses para poder desenvolverse de manera aceptable.

Su responsabilidad es muy importante

puesto que en el Hospital El Bierzo hay 12 quirófanos. Es una gran responsabilidad, ¿no?

Si, responsabilidad que ejerzo encantada, ya que tengo una plantilla humana implicada y colaboradora, sin la cual no podríamos realizar todo el trabajo que se realiza y a quien quiero agradecer la gran colaboración y su capacidad de adaptación que han demostrado durante toda esta pandemia, puesto que nuestro servicio se hizo cargo de los pacientes UCI COVID Y NO COVID,

manteniendo la actividad dentro de las posibilidades y las urgencias quirúrgicas, doblando turnos y descansando muy poco.

Esta situación nos ha hecho adaptarnos a todos, a nuevas tareas y horarios, y pese a estar cansados hemos aguantado para poder atender las necesidades de los pacientes y el hospital.

No olvidarme de 2 personas que colaboran conmigo estrechamente en la gestión y organización, sin menospreciar a ningún profesional del Bloque Quirúrgico, permitidme agradecer de

manera particular a José Antonio Husillos Álvarez y Magali Canedo Balbona la disponibilidad, el compromiso y la implicación diaria en buscar la mejora y caminar hacia la excelencia.

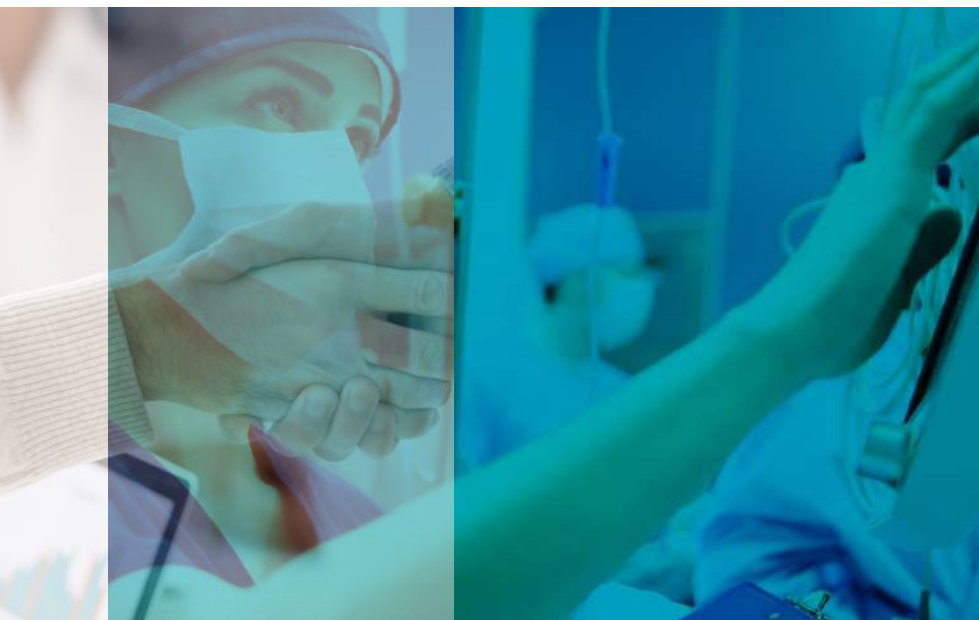
¿Ejerce también como tutora de alumnos?

Si, desde hace años mantengo con la Universidad una colaboración directa desde el Hospital, encargándome de la tutorización de alumnos de enfermería de 4º en la rotación en el bloque quirúrgico.



Condiciones especiales de financiación para colegiados y colegiadas

El mejor asesoramiento para elegir tu hipoteca



LABORAL Kutxa ofrece a los colegiados y colegiadas del Colegio Oficial de Enfermería de León, y a sus familiares, buenas condiciones de financiación para la adquisición de su vivienda habitual o de su segunda vivienda, así como para revisar la idoneidad del préstamo que tienes en la actualidad.

LABORAL Kutxa, es una de las entidades financieras de referencia de León en la concesión de préstamos hipotecarios y en proporcionar financiación personal, con destino a adquisición de bienes y servicios, así como para afrontar obras menores.

Cualquier persona del Colegio y sus familiares, podrán disponer de un asesor personal exclusivo. Un gestor, con nombre y apellidos, que facilitará información exhaustiva y asesoramiento personalizado, adaptado a las necesidades individuales.

Cada solicitud recibirá un estudio detallado, tanto para la adquisición de una nueva vivienda, como para analizar si tu actual hipoteca puede ser mejorada. También ofrecerá orientación sobre otro tipo de necesidades financieras y fiscales. Una oportunidad exclusiva para el Colegio Oficial.

✓ **Un buen asesoramiento garantiza una correcta elección.**

✓ **¿Hipoteca fija o variable? Flexible, adaptada a tus necesidades.**

✓ **Financiación a tú medida para ti y tu familia.**

LABORAL
kutxa



Persona de contacto
en LABORAL Kutxa:

Juan Carlos Zapatero García

987 394 105 – 677 126 327

juancarlos.zapatero@laboralkutxa.com

ENFERMERÍA UCI: EL PILAR FUNDAMENTAL EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS



María Ángeles Yécora ha explicado a la revista del Colegio de Enfermería de León que su experiencia profesional en la enfermería comenzó hace ya más de 30 años. Es Diplomada en Enfermería por la Universidad de Zaragoza, cursando estudios en La Rioja.

Desde siempre ha trabajado en servicios especiales: Unidad de Hemodinámica/ Cardiología intervencionista, Urgencias, Bloque quirúrgico y ahora como supervisora en la Unidad de Cuidados Intensivos desde el año 2009. "Tal vez el trabajar en servicios especiales me haya facilitado esta labor. También realizo las funciones de Enfermera Coordinadora de Trasplantes en el Hospital el Bierzo", añade.

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) "hemos comprobado durante la pandemia lo esenciales que han sido, quizá incluso

decisivas en muchos momentos. Pero la realidad es que fuera de ese panorama sanitario, forman parte de uno de los equipos más decisivos a la hora de salvar la vida de un paciente. La enfermería una vez más, es en esta unidad fundamental".

¿Cómo podríamos definir en un primer momento la enfermería de UCI?

Es el pilar fundamental en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Los pacientes que ingresan en esta unidad se encuentran en situación de compromiso vital y los cuidados

que necesitan tienen que ser muy especializados.

Son enfermeras con conocimientos y habilidades suficientes para trabajar con criterios de prioridad y coordinación, proporcionando cuidados de calidad; además deben de conocer correctamente el aparataje y el equipamiento de la unidad.

Los cuidados enfermeros son cruciales, ¿no?

El consejo internacional de enfermeras (CIE) señala que es responsabilidad de la enfermera; promover la salud, evitar la enfermedad, restablecer la salud y aliviar el sufrimiento.

La esencia de nuestra profesión es el cuidado de los pacientes, la integridad y la calidad en la atención. El personal de enfermería es el profesional que más tiempo pasa junto al paciente. Las 24 horas del día los 365 días del año.

Con todo ello podemos decir que los cuidados de la enfermería son cruciales.

Sólo se reconocen por el momento siete especialidades de enfermería entre las que no se encuentra aún, UCI.

Según el Real Decreto 450/2005 se reconocen siete especialidades de enfermería y no existe la especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos. El acceso a estas especialidades es vía EIR siendo las especialidades: Matrona, Enfermería de Salud Mental, Trabajo, Pediatría, Geriátrica, Familiar y Comunitaria. Y Médico-Quirúrgica (no se han convocado plazas por esta vía).

¿Hay un perfil de los profesionales de enfermería en esta unidad?

Al no ser una especialidad

no existe un perfil para poder trabajar en la UCI.

Cualquier enfermero puede trabajar en UCI, generalmente son profesionales que por un motivo u otro han realizado las prácticas de enfermería en la UCI, empiezan a trabajar haciendo sustituciones, bajas o tienen plaza en propiedad y solicitan plaza en esta unidad, es cierto que todos los profesionales tienen un periodo de formación cuando empiezan a trabajar en la Unidad de Cuidados Intensivos pero éste es insuficiente.

Los profesionales deben estar en continua formación, ya que requieren unos conocimientos específicos, un manejo del entorno, manejo del aparataje y equipamiento de la unidad. Se puede decir que en toda su trayectoria profesional están formándose.

¿Cuáles son las competencias de una enfermera de UCI?

Las competencias en enfermería hacen referencia al ámbito clínico, ámbito profesional, ámbito de gestión y educativo.

Competencias de ámbito clínico: Precisan un nivel de conocimientos elevado y poder aplicarlos de forma secuencial. Tener destrezas que permitan la valoración, la aplicación de los cuidados y el seguimiento del paciente. Necesitan dar un apoyo emocional y psicológico a los pacientes, tener empatía con el paciente y la familia, conocer el plan de cuidados y ser capaz de llevarlo a cabo.

Competencias de ámbito profesional: Es importante la formación continuada y la capacidad de colaboración entre los profesionales, la experiencia es un eje fundamental para solucionar situaciones complejas.

Competencias en el ámbito de la gestión: La continuidad en los cuidados es una de las fortalezas en la unidad de cuidados intensivos. Como eje fundamental para conseguir este objetivo son los registros de las actividades y las valoraciones de los cuidados del paciente.

Es necesario el trabajo en equipo, éste ha de ser cohesionado y responsable.

Competencias en el ámbito de la educación: como ya he dicho anteriormente el personal de UCI tiene que estar en continua formación.

¿Cómo se complementa la UCI con otras áreas en los centros hospitalarios?

La Unidad de Cuidados Intensivos se interrelaciona con todas las áreas del hospital: los pacientes ingresados en las UCI proceden habitualmente del servicio de urgencias del hospital o de otras unidades del hospital (hospitalización de agudos, bloque quirúrgico) o son pacientes trasladados desde otros centros hospitalarios, por la realización de pruebas diagnósticas, rehabilitación, laboratorios, banco de sangre, área quirúrgica, incluso con otros hospitales centro de referencia.

Debería haber una especialidad propia o quizá yendo más allá cree que como en medicina, ¿debería haber especialidad en todas las unidades para enfermería?

Pienso que si debería ser una especialidad la Enfermería de Cuidados Intensivos, puesto que los profesionales necesitan una formación y conocimientos específicos para el cuidado del paciente en función de sus patologías.

“La UCI se interrelaciona con todas las áreas del hospital”



Su papel como supervisora supongo que será complicado y entiendo que estresante, ¿usted se ve realizando otro tipo de cometidos si no fuera UCI?

Mi trayectoria profesional indica que me gustan los servicios especiales. Mi plaza está en el Área Quirúrgica.

El ser Supervisora de Cuidados Intensivos ha sido un reto importante para mí, estoy agradecida por el apoyo que he recibido de la dirección de enfermería, así como por todos los profesionales que forman o han formado parte de este servicio. Estos dos últimos años hemos vivido momentos muy complicados. No puedo saber qué pasará en un futuro, pero hay que tener en cuenta que los mandos intermedios son puestos de confianza.

La enseñanza de esta especialidad ¿cómo se lleva a cabo?

Con los continuos cambios y evolución de los cuidados los manuales, guías clínicas, documentación avalada por sociedades científicas, protocolos, procedimientos, cursos de expertos, master son un instrumento útil para los profesionales de nueva incorporación y alumnos de enfermería, así como para los profesionales más veteranos.

DARATUMUMAB EN MIELOMA MÚLTIPLE:

DIFERENTES COMBINACIONES DE TRATAMIENTO. ESQUEMATIZAR PARA FACILITAR SU PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN.

El mieloma múltiple (MM) es una neoplasia de células B que se caracteriza por la proliferación, en la médula ósea principalmente, de un clon de células plasmáticas que casi siempre produce y secreta una paraproteína monoclonal o proteína M¹. Ese crecimiento descontrolado desplaza a las células plasmáticas normales, acumulándose en la médula ósea y esa va a ser, principalmente, la causa de los síntomas^{1,3}. La producción anormal de la inmunoglobulina característica del MM permite encuadrarlo dentro de un grupo heterogéneo de enfermedades denominado comúnmente como las gammopatías monoclonales.



AUTORES

Valladares Martínez, Marta¹

Matilla Fernández, Belén²

Méndez González, Yolanda³

¹ Enfermera. Colegiada nº 24/8021
Estudiante de Máster en la UE de Valencia.

² Farmaceutica.
Complejo Asistencial Universitario de León.

³ Enfermera Unidad de Digestivo.
SC Unidad de Investigación.
Complejo Asistencial Universitario de León.



PALABRAS CLAVE

daratumumab, mieloma múltiple, enfermera, mieloma daratumumab, ensayo clínico

INTRODUCCIÓN

En términos de prevalencia, ocupa el segundo lugar entre las hemopatías, representando el 10-12 % a nivel mundial. La media de edad en el momento del diagnóstico oscila entre los 65-70 años sin diferencias relevantes en la incidencia por raza y sexo; Excepcionalmente afecta a personas jóvenes.

El diagnóstico se basa en la historia y examen físico exhaustivo del paciente, pruebas analíticas de sangre y orina, así como pruebas de diagnóstico por imagen (TAC).

A pesar de su heterogeneidad y complejidad, y que es una enfermedad incurable,

en la mayoría de los casos², la terapia múltiple tiene como objetivos mantener el control de la enfermedad, evitar las recaídas, o minimizar su severidad, y aliviar el dolor. Todo ello con la finalidad de alargar la supervivencia del paciente y que ésta sea de la mejor calidad posible^{1,2}.

El daratumumab es un anticuerpo monoclonal (AcM) que se adhiere a la proteína llamada CD38 que está presente en la superficie de las células, incluso, en grandes cantidades, en las células del mieloma. Se ha demostrado que es capaz de destruir las células tumorales directamente y al mismo tiempo estimular una respuesta inmunitaria

contra las células cancerosas⁴. La dosis recomendada es 16mg/kg de peso corporal, aunque la posología puede variar en función de la combinación terapéutica. La vía de administración puede ser tanto subcutánea como intravenosa.

Según la ficha técnica del daratumumab, tanto anterior como posteriormente a las perfusiones, se debe administrar una medicación consistente en corticoides y analgésicos para reducir el riesgo de reacciones adversas.

Protocolos en primera línea y recaídas:

Daratumumab ha sido aprobado por la AEMPS en los siguientes casos de diagnóstico de mieloma múltiple:

1. Tratamiento de pacientes adultos de nuevo diagnóstico y no candidatos a TAPH: en combinación con lenalidomida y dexametasona o con bortezomib, melfalán y prednisona (únicamente financiada esta última).
2. Tratamiento de pacientes adultos de nuevo diagnóstico y candidatos a TAPH: En combinación con bortezomib, talidomida y dexametasona.
3. Tratamiento de pacientes que han recibido al menos un tratamiento previo: En combinación con lenalidomida y dexametasona, o bortezomib y dexametasona (únicamente financiada esta última ya que, actualmente, la combinación con lenalidomida y dexametasona solo está financiada como tratamiento en tercera línea).
4. En monoterapia para el tratamiento de pacientes en recaída y refractario, que hayan recibido previamente un inhibidor de la proteasoma y un

agente inmunomodulador y que hayan presentado progresión de la enfermedad en el último tratamiento. Indicación financiada^{3,4,5,6}.

OBJETIVOS

1. Objetivo principal:

- Minimizar el riesgo de errores en la preparación y administración de los fármacos antineoplásicos utilizados en el tratamiento del MM.

2. Objetivos secundarios:

- Desarrollar esquemas terapéuticos, visuales, intuitivos y sencillos del daratumumab.
- Facilitar su comprensión y validación para las enfermeras responsables de su administración.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica y sistemática de documentación procedente de sociedades científicas tales como ASCO (Sociedad Americana de Oncología Clínica), ESMO (Sociedad Europea de Oncología Médica), SEHH (Sociedad Española de Hepatología y Hemoterapia) y SCLHH (Sociedad Castellano Leonesa de Hepatología y Hemoterapia), que han publicado protocolos de tratamiento basados en la administración del daratumumab en monoterapia o en combinación con diferentes fármacos para tratar el mieloma múltiple.

Se incluyeron aquellos en cuya muestra escogían a pacientes candidatos o no candidatos a trasplantes que habían sido tratados con el fármaco tanto en primera línea de tratamiento como en recaídas.

La búsqueda se amplió para conocer qué ensayos clínicos están en curso ac-

tualmente así como sus indicaciones, con el fin de valorar si la elección del fármaco cumplía los criterios para su administración.

Todos estos protocolos se han clasificado en función de su aprobación o no por la AEMPS (Agencia Española del Medicamento) y su financiación o no por el SNS (Sistema Nacional de Salud) para su administración a nivel nacional.

En primer lugar, se llevó a cabo una estrategia de búsqueda literaria, durante los meses de enero, febrero y marzo de 2021 de guías de práctica clínica y documentos de consenso de sociedades científicas sobre la eficacia del tratamiento con en mieloma múltiple. Esta búsqueda se hizo tanto en español como en inglés. Posteriormente, se extrajeron artículos de las siguientes bases de datos: Pubmed y Uptodate y, para la evaluación de las prácticas clínicas en curso, se consultó la base de datos clinicaltrials.gov.

La bibliografía seleccionada cumple con los siguientes criterios de inclusión:

1. Ensayos clínicos pivotaes en pacientes con mieloma múltiple, en monoterapia o en combinación, que permitieron la autorización de daratumumab.
2. Artículos en lengua inglesa.
3. Del año 2015 en adelante.

En segundo lugar, se excluyeron todos aquellos artículos menos novedosos, que no eran ensayos clínicos y que no trataban el mieloma múltiple con el daratumumab.

Finalmente añadir, que para la búsqueda se utilizaron las palabras clave: "daratumumab", "myeloma multiple", "clinical trial" y "myeloma daratumumab".

El daratumumab es un anticuerpo monoclonal (AcM) que se adhiere a la proteína llamada CD38 que está presente en la superficie de las células, incluso, en grandes cantidades, en las células del mieloma



TABLA 1.

PROTOCOLOS PARA PRIMERAS LÍNEAS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CANDIDATOS O NO A TRASPLANTES Y RECAÍDAS ^{3,4}

NOMBRE EC*	LÍNEA DE TRATAMIENTO
GRIFFIN Daratumumab + bortezomib + lenalidomida + dexametasona	1ª Línea candidatos a trasplante
CASSIOPEIA daratumumab + talidomida + bortezomib + dexametasona	1ª Línea candidatos a trasplante
LYRA Daratumumab + ciclofosfamida + bortezomib + dexametasona	1ª Línea y recaída
MAIA daratumumab + lenalidomida + dexametasona	1ª Línea no candidatos a trasplante
ALCYONE daratumumab - bortezomib - melfalan - prednisona	1ª Línea no candidatos a trasplante
CANDOR daratumumab + carfilzomib + dexametasona	Recaída o refractario
CASTOR daratumumab + bortezomib + dexametasona	Recaída o refractario
EQUULEUS daratumumab + pomalidomida + dexametasona	Recaída o refractario
POLLUX daratumumab + lenalidomida + dexametasona	Recaída o refractario
SIRIUS daratumumab en monoterapia	Refractario

TABLA 2.

EC GRIFFIN
(DARATUMUMAB + BORTEZOMIB + LENALIDOMIDA + DEXAMETAXONA)

FARMACO		DOSES	V.A	DÍAS DE TRATAMIENTO																											
T. M = 28 DÍAS				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
1º CICLO: 6 CICLOS + T. M																															
TIEMPO 3 SEMANAS = 21 DÍAS +																															
1º CICLO = CICLO DE INDUCCIÓN																															
DARATUMUMAB	10 mg/kg	IV																													
BORTEZOMIB	1,3mg/m ²	SC																													
LENALIDOMIDA	25mg	VO																													
DEXAMETASONA	20mg	VO																													
ASCT																															
2º CICLO = CICLO DE CONSOLIDACIÓN																															
DARATUMUMAB	10 mg/kg	IV																													
BORTEZOMIB	1,3mg/m ²	SC																													
LENALIDOMIDA	25mg	VO																													
DEXAMETASONA	20mg	VO																													
3º CICLO: HASTA PROGRESIÓN ENFERMEDAD O 2 AÑOS DESPUÉS = T. M = TERAPIA DE MANTENIMIENTO																															
DARATUMUMAB	10mg/kg	IV																													
LENALIDOMIDA	10mg	VO																													

RESULTADOS

Tras una minuciosa búsqueda inicial se obtuvieron 64 resultados de los que 53 fueron excluidos por resultar poco útiles o irrelevantes para el objetivo de esta revisión. De los 11 artículos resultantes que cumplían los criterios de inclusión se desarrollan en este trabajo once protocolos terapéuticos, aplicados en diferentes líneas de tratamiento, basados en la alternancia de una. Cada uno de ellos cuenta con una pre- y -post infusión específica.

Las líneas de tratamiento de primera elección, así como los protocolos para las recaídas, pueden verse en la **tabla 1**.

Posteriormente, se procede a exponer los diferentes ensayos clínicos trabajados, cuya información relativa en cuanto a la dosis y administración se encuentra recogida en las distintas tablas organizativas de tratamiento que se pueden observar en el trabajo.

Para comenzar, se indican tratamientos adecuados a primera línea de enfermedad y válidos para candidatos a trasplantes. El primero de ellos, (**tabla 2**) consta de seis ciclos de tres semanas cada uno, siendo los cuatro primeros ciclos de inducción y los dos siguientes de consolidación. Entre ellos, tiene lugar el TAPH (trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos) y, entre 60-100 días después, empiezan los ciclos de consolidación. Posteriormente, 14 días después de los ciclos de consolidación, comienza la terapia de mantenimiento cuya duración es de 28 días cada ciclo. El segundo de ellos, (**tabla 3**) consta de 6 ciclos de cuatro semanas cada uno. Los cuatro primeros ciclos, son ciclos de inducción, mientras que los dos siguientes, el quinto y sexto, son de consolidación. Entre medias, tiene lugar el TAPH.

En las **tablas 2 y 3** se puede observar de manera más

visual el detalle las dosis y las diferentes formas y días de administración que corresponden a cada uno de los fármacos que componen cada uno de estos dos ensayos ^{7,8}.

En segundo lugar, para tratar recaídas, el tratamiento de elección está basado en la combinación de daratumumab con ciclofosfamida, bortezomib y dexametasona. También es válido para el tratamiento en primera línea ⁹.

Toda la información con relación a este punto puede verse en la **tabla n° 4**.

Por otro lado, para pacientes no candidatos a trasplante, se muestran los siguientes ensayos que combinan el daratumumab con lenalidomida y dexametasona, y daratumumab, melfalán, dexametasona, bortezomib y prednisona, cuyos fármacos y dosis correspondientes se detallan en los esquemas organizativos nombrados, respectivamente, como **tabla 5 y 6** ^{10,11,12}.

Finalmente, para recaídas, son válidos los siguientes tratamientos que se ilustran a continuación ^{13,14,15}.

Y finalmente, cabe mencionar la administración de Daratumumab en monoterapia para pacientes en estado refractario ¹⁶.

Asimismo, se obtuvo otro ensayo clínico, todavía en curso, que analiza su efectividad y, también, la compara con la del ensayo clínico de la **Tabla 2** ¹⁷.

DISCUSIÓN

Según los estándares publicados sobre seguridad en la administración de quimioterapia de la Sociedad de Enfermería Oncológica (ONS) y la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO), los errores de medicación representan la mitad de los errores evitables que se producen en pacientes oncológicos. Dentro de los más frecuentes, destacan la administración de fármacos inco-

rectos u omisión de estos, inadecuada velocidad de infusión y errores en el orden, horario y días de administración, concluyendo finalmente en una práctica errónea y una preparación inadecuada de la terapia antineoplásica¹⁸.

La escasez de personal, el estrés, la ausencia de protocolos de prescripción y administración, la falta de claridad en las órdenes médicas y, en ocasiones, la falta de experiencia, son algunas de las causas más comunes que originan errores en la administración del tratamiento^{18,19}.

Por este motivo, con el objetivo de minimizar el riesgo de errores en la preparación y administración de los fármacos antineoplásicos y garantizar una práctica segura, se han promovido por parte de sociedades científicas el desarrollo de esquemas terapéuticos antineoplásicos, más intuitivos y sencillos, que eviten el uso de tecnicismos y léxico complejo y faciliten la comprensión de la terapia antineoplásica, tanto para el personal de enfermería como para el paciente.

Se han desarrollado más de diez ensayos clínicos en los que se ha utilizado el daratumumab (tanto en monoterapia como en combinación) para el tratamiento del mieloma múltiple en primera como sucesivas líneas.

La gran complejidad de los protocolos de daratumumab, derivan del número de fármacos que lo integran, la terapia de soporte, el número de ciclos, los diferentes días de administración de cada fármaco según el ciclo que se trate etc. Todo ello, hace necesario la elaboración de procedimientos que permitan su identificación correcta y faciliten su validación tanto en el proceso de prescripción, elaboración y administración.

Por tal motivo en este trabajo, se ha llevado a cabo

la elaboración de unas tablas sencillas que recogen íntegramente cada ensayo clínico, proporcionando una vista global, rápida y, lo más importante, segura y eficaz, de cada uno de los mismos. De este modo, se permite la validación, en cada proceso, de cada uno de los protocolos complejos de utilización de daratumumab para mieloma múltiple y sirve de base para el desarrollo de prácticas seguras en el tratamiento de pacientes oncohematológicos.

De manera análoga, el diseño de estas herramientas permite abordar tanto la planificación del tratamiento como la educación del paciente y/o su familia, deben estar plenamente informados acerca de los objetivos del tratamiento, los resultados esperados, los efectos adversos frecuentes y posibles toxicidades relevantes. De esta manera, concede al paciente y a su familia una visión temporal del protocolo que permite también la organización de su día a día compatibilizándolo con los desplazamientos al hospital.

Como se puede observar, todos los ensayos clínicos seleccionados varían entre sí. Dependiendo de la línea de tratamiento, los ensayos difieren en el número de ciclos y las semanas que lo forman, en su distribución y en la dosis y vía de administración de los fármacos seleccionados, modificando la duración de la terapia⁴.

Siendo más específicos, la dosis de daratumumab es la misma en todas las prácticas clínicas, 16mg/kg de peso corporal. Asimismo, está indicada su administración tanto en monoterapia como en combinación con otros fármacos. En sus pautas habituales, siguiendo el protocolo de perfusión del daratumumab, la administración de éste es semanal en los dos primeros ciclos, cada quince días en los tres ciclos siguientes,

TABLA 3.

**EC CASSIOPEIA
(DARATUMUMAB + TALIDOMIDA +
BORTEZOMIB + DEXAMETAXONA)**

Nº CICLOS: 8 CICLOS		DÍAS DE TRATAMIENTO																												
TIEMPO: 4 SEMANAS = 28 DÍAS																														
FÁRMACO	DOSES	V.A.	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
1º CICLO = TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN																														
DARATUMUMAB	16mg/kg	IV																												
TALIDOMIDA	100mg	VO																												
DEXAMETASONA	40 mg	IV/VO																												
BORTEZOMIB	1,3mg/m ²	SC																												
2º CICLO = TRATAMIENTO INDUCCIÓN																														
DARATUMUMAB	16mg/kg	IV																												
TALIDOMIDA	100mg	VO																												
DEXAMETASONA	40mg	IV/VO																												
DEXAMETASONA	20mg	IV/VO																												
BORTEZOMIB	1,3mg/m ²	SC																												
TAPH (30 DÍAS DESPUÉS MUERTO/PACIENTE RECUPERADO)																														
3º CICLO = TRATAMIENTO DE CONSOLIDACIÓN																														
DARATUMUMAB	16mg/kg	IV																												
TALIDOMIDA	100mg	VO																												
DEXAMETASONA	20 mg	IV/VO																												
BORTEZOMIB	1,3mg/m ²	SC																												

TABLA 4.

**EC LYRA
(DARATUMUMAB + CICLOFOSFAMIDA +
BORTEZOMIB + DEXAMETAXONA)**

Nº CICLOS: 6 CICLOS 24 CICLOS DE INDUCCIÓN		DÍAS DE TRATAMIENTO																												
TIEMPO: 28 DÍAS = 4 SEMANAS																														
FÁRMACO	DOSES	V.A.	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
1º CICLO																														
DARATUMUMAB	16 mg/kg	IV																												
DARATUMUMAB	8mg/kg	IV																												
CICLOFOSFAMIDA	300mg/m ²	VO																												
BORTEZOMIB	1,5 mg/m ²	SC																												
DEXAMETASONA	20 mg	IV																												
DEXAMETASONA	40 mg	VO/IV																												
2º CICLO																														
DARATUMUMAB	16 mg/kg	IV																												
CICLOFOSFAMIDA	300mg/m ²	VO																												
BORTEZOMIB	1,5 mg/m ²	SC																												
DEXAMETASONA	40 mg	VO/IV																												
3º CICLO																														
DARATUMUMAB	16 mg/kg	IV																												
CICLOFOSFAMIDA	300mg/m ²	VO																												
BORTEZOMIB	1,5 mg/m ²	SC																												
DEXAMETASONA	40 mg	VO/IV																												
4º CICLO																														
DARATUMUMAB	16 mg/kg	IV																												
CICLOFOSFAMIDA	300mg/m ²	VO																												
BORTEZOMIB	1,5 mg/m ²	SC																												
DEXAMETASONA	40 mg	VO/IV																												
TAPH																														
DESPUÉS DE = 30 DÍAS. TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO MENOR O IGUAL 12 CICLOS																														
DARATUMUMAB	16 mg/kg	IV																												
DEXAMETASONA	12mg	VO/IV																												

TABLA 5.

**EC MAIA/POLLUX
(DARATUMUMAB + LENADOMIDA + DEXAMETAXONA)**

Nº CICLOS: 6 CICLOS		DÍAS DE TRATAMIENTO																												
TIEMPO: 4 SEMANAS = 28 DÍAS																														
FÁRMACO	DOSES	V.A.	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
1º CICLO = CICLO DE INDUCCIÓN																														
DARATUMUMAB	16mg/kg	IV																												
LENALIDOMIDA	25mg	VO																												
DEXAMETASONA	40 mg	VO																												
2º CICLO																														
DARATUMUMAB	16mg/kg	IV																												
LENALIDOMIDA	25mg	VO																												
DEXAMETASONA	40mg	VO																												
3º CICLO - HASTA PROGRESIÓN ENFERMEDAD O TOXICIDAD INACEPTABLE																														
DARATUMUMAB	16mg/kg	IV																												
LENALIDOMIDA	25mg	VO																												
DEXAMETASONA	40mg	VO																												

• y para finalizar, simplemente como terapia de mantenimiento, la infusión tiene lugar una vez en todo el ciclo¹⁵.

Pues bien, hay ciertos ensayos clínicos que no cumplen dicha pauta. En el protocolo tipo “*daratumumab-bortezomib-dexametasona*” y “*daratumumab-bortezomib-lenalidomida-dexametasona*”, la perfusión de daratumumab pasa de administrarse semanalmente, en los ciclos que le corresponde, a una vez por ciclo. Igualmente, ocurre algo similar en el caso de “*daratumumab-talidomida-bortezomib-dexametasona*”, en el que la perfusión tiene lugar o semanalmente o cada quince días, pero nunca una vez por ciclo^{8,10,13}.

Del mismo modo, aunque la dosis de Daratumumab ya establecida es siempre la misma, en ciertos ensayos, como es el caso del “*daratumumab-Ciclofosfamida-Bortezomib-Dexametasona*” o “*Daratumumab-Carfilzomib-Dexametasona*”, la infusión de Daratumumab se reparte en los dos primeros días, administrándose la mitad un día y la otra mitad el día siguiente^{9,14}.

Como se ha comentado anteriormente, otro de los aspectos que diferencia una práctica clínica de otra, es el número de ciclos que la integran. Por ejemplo, el protocolo tipo “*daratumumab-Carfilzomib-Dexametasona*” está compuesto por 18 ciclos, otros, como es el caso de “*Daratumumab-Talidomida-Bortezomib-Dexametasona*” por 6 ciclos y, sin embargo, se han desarrollado ensayos que, sin límite de ciclos, continúan hasta una progresión de la enfermedad o, por el contrario, finalizan por una manifestación de efectos tóxicos que impiden proseguir el tratamiento^{8,14}.

En cuanto a la composición de los ensayos clínicos, la

mayor parte de estos están integrados por ciclos de 28 días cada uno. Sin embargo, se han desarrollado algunos ensayos compuestos por ciclos de 21 días, como es el caso de “*Daratumumab-Bortezomib-Dexametasona*” y “*daratumumab-bortezomib-lenalidomida-dexametasona*” u otros como “*Daratumumab-Bortezomib-Melfalán-Prednisona*” por ciclos más extensos de 42 días^{1,7,12}.

Como se puede observar, los ensayos difieren entre sí de forma notable y amplia, y es necesario resaltar que

todo ello puede dar lugar a errores tanto en la prescripción como en la validación y a una mala preparación y administración de los fármacos.

Indicar por último que, estas tablas son aplicables tanto en ámbito ambulatorio o pequeñas consultas, como en centros oncológicos integrales.

CONCLUSION

El desarrollo de herramientas formativas como la elaboración de tablas, que recojan íntegramente los diferentes protocolos en la utilización de Dara-

tumumab para mieloma múltiple, proporcionan información global al propio paciente y a su familia de una manera sencilla, visual y fácil de comprender; Pueden resultar facilitadoras para su comprensión y posterior validación y verificación por parte del equipo de la Enfermería Oncohematológica con lo que, consecuentemente, minimizarían el riesgo de errores, garantizando una práctica segura, validada y eficaz, tanto en la preparación como en la administración de la terapia anti-neoplásica.

BIBLIOGRAFÍA

- Mieloma Múltiple 144. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Agosto- Septiembre 2020 [Internet - consultado el 1 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.portalfarma.com/Profesionales/comunicaciones-profesionales/informes-tecnicos-profesionales/Documents/Informe-Mieloma-Multiple-PF144.pdf>
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Informe de Posicionamiento Terapéutico de daratumumab (Darzalex®) en mieloma múltiple IPT, 22/2018. V1 Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/IPT-daratumumab-Darzalex-mieloma-multiple-MM.pdf>
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Uterine Neoplasms Version 1.2011. 2010 Jan 1; National Comprehensive Cancer Network. Abstract available at http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/uterine.pdf.
- Ficha Técnica de Darzalex (Daratumumab) [consultado en febrero de 2021]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1161101001/FT_1161101001.html (Último acceso mayo de 2021).
- Sociedad Castellano Leonesa de Hematología y Hemoterapia [Internet]: Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia; 1983 [acceso 15 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www.sclhh.org/>
- Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia [Internet]: Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia; 1959 [jueves 29 de octubre de 2020; acceso 15 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.sehh.es/conocenos/la-sehh-fehh>.
- Voorhees PM, Kaufman JL, Laubach J, Sborov DW, Reeves B, Rodriguez C et al. Daratumumab, lenalidomide, bortezomib, and dexamethasone for transplant-eligible newly diagnosed multiple myeloma: the GRIFFIN trial. *Blood*.2020;136 (8): 936-945.
- Moreau P, Attal M, Hulin C, Arnulf B, Belhadj K, Benboubker L et al. Bortezomib, thalidomide, and dexamethasone with or without daratumumab before and after autologous stem-cell transplantation for newly diagnosed multiple myeloma (CASSIOPEIA): a randomised, open-label, phase 3 study. *The Lancet*. 2019; 394:29-38.
- Yimer H, Melear J, Faber E, Bensinger WJ, Burke JM, Narang M et al. Daratumumab, bortezomib, cyclophosphamide and dexamethasone in newly diagnosed and relapsed multiple myeloma: LYRA study. *BJH*.2019; 185, 492-502.
- Facon T, Kumar S, Plesner T, Orłowski RZ, Moreau P, Bahlis N et al. Daratumumab plus Lenalidomide and Dexamethasone for Untreated Myeloma. *N Engl J Med* 2019; 380:2104-15.
- Dimopoulos MA, Oriol A, Nahi H, San Miguel J, Bahlis NJ, Usmani SZ et al. Daratumumab, Lenalidomide, and Dexamethasone for Multiple Myeloma. *N Engl J Med*. 2016; 375:1319-31
- Mateos MV, Dimopoulos MA, Cavo M, Suzuki K, Jakubowiak A, Knop S et al. Daratumumab plus Bortezomib, Melphalan, and Prednisone for Untreated Myeloma. *N Engl J Med* 2018; 378:518-28.
- Palumbo A, Chanan-Khan A, Weisel K, Nooka AK, Masszi T, Beksac M et al. Daratumumab, Bortezomib, and Dexamethasone for Multiple Myeloma. *N Engl J Med* 2016; 375:754-66.
- Dimopoulos M, Quach H, Mateos MV, Landgren O, Leleu X, Siegel D et al. Carfilzomib, dexamethasone, and daratumumab versus carfilzomib and dexamethasone for patients with relapsed or refractory multiple myeloma (CANDOR): results from a randomised, multicentre, open-label, phase 3 study. *The Lancet*.2020; 396: 186-97.
- Chari A, Suvannasankha A, Fay JW, Arnulf B, Kaufman JL, Ifthikharuddin JJ, et al. Daratumumab plus pomalidomide and dexamethasone in relapsed and/or refractory multiple myeloma. *Blood*. 2017;130 (8): 974-981.
- Lonial S, Weiss BM, Usmani SZ, Singhal S, Chari A, Bahlis NJ et al. Daratumumab monotherapy in patients with treatment-refractory multiple myeloma (SIRIUS): an open-label, randomised, phase 2 trial. *The Lancet*. 2016; 387: 1551-60.
- A Study of Daratumumab, Carfilzomib, Lenalidomide and Dexamethasone in Patients with Newly-Diagnosed Myeloma Multiple. *ClinicalTrials.gov Identifier: NCT04268498*.
- Neuss MN, Gilmore TR, Belderson KM, Billet AL, Conti-Kalchik T, Harvey BE et al. 2016 Updated American Society of Clinical Oncology/ Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards, Including Standards for Pediatric Oncology. *ONF*, 44(1), 31-43.
- Criteria for Facilities and Personnel for the Administration of Parenteral Systemic Antineoplastic Therapy. *ASCO*. 2004 noviembre 15;22: 4613-4615.



ÚLCERAS POR PRESIÓN

Un trabajo de fin de Grado con premio y que será patentado

Roberto González Fernández ha concluido sus estudios de Grado Universitario hace un año. Pero su doble esfuerzo, ya que hasta ese momento era celador del Hospital del Bierzo, han sido recompensados de manera destacada. Por un lado, porque le ha servido como trabajo de fin de carrera y, por otro, porque se encuentra en la antesala de conseguir que sea aceptado como patente

"El objetivo de este estudio era dar a conocer en profundidad qué son las úlceras por presión y todas las formas actuales que hay tanto de prevención como de tratamiento, pero el gran objetivo es intentar conseguir un proyecto de investigación en el que podamos crear evidencia científica sobre la propuesta de diseñar un apósito especial para poder introducir en las úlceras por presión oxígeno puro para favorecer la regeneración tisular".

La inquietud de este enfermero le llevó, según sus propias palabras, "a realizar una propuesta novedosa y arriesgada (poco común en los TFG), presentando como trabajo de fin de grado, una idea que rondaba en mi cabeza desde hacía tiempo. Y no era otra que crear un nuevo producto, un apósito que tal y como yo lo concibo, no existe en el mercado".

Una vez presentada la idea, junto a su tutora, la Dra. Raquel Díez Láiz, "comenza-

mos a buscar bibliografía sobre la posible aplicación de oxígeno tópico a pacientes con graves heridas, y enfocándose especialmente a las úlceras por presión". En este sentido, González Fernández cree que existe muy poca bibliografía científica al respecto y mucho menos "un producto como el que pretendo para tratar heridas crónicas". Porque esa es la base de esta iniciativa.

"Básicamente el producto es un apósito que va conectado a una toma de oxígeno (de las que existen en todos los hospitales, el cual reúne una serie de características para una buena aplicación del tratamiento".

Dentro de sus características, este enfermero emprendedor, detalla que figura en el futuro producto "un tubo que va desde la toma de oxígeno (independientemente de si es toma de pared, bala de oxígeno o incluso un concentrador/generador de oxígeno), hasta el apósito, que posee un difusor que solamente dejará entrar la cantidad exacta de oxígeno que la herida requiera, aplicando una presión positiva a la herida a la vez que introduce oxígeno puro. Utilizando el oxígeno excedente no introducido en la herida para otros tratamientos en la zona circundante de la herida del paciente, u otras zonas a tratar del paciente".

La idea fue presentada al concurso de prototipos de la FGULEM, la cual fue premiada. A su vez fue presentado como trabajo fin de grado, desde donde se decidió junto con la Universidad de León y la Oficina de Trasmisión de Resultados de Investigación, tramitar su patente, de la cual se está a la espera de contestación por parte de la oficina española de patentes y marcas.

"La idea es que salga adelante la patente y una vez aceptada se puedan conseguir fondos para formar un estudio de investigación con pruebas en pacientes donde se cree evidencia científica de que el nombrado apósito reporta beneficio en los tratamientos y acorta los plazos de curación. Están comprobados los buenos resultados de la presión negativa en heridas, pero en este caso, queremos probar resultados de presión positiva con oxígeno puro, y también cómo se comportan bacterias anaerobias cuando se les aplica oxígeno en el lecho de la herida", recalca Roberto González.

La inquietud de Roberto por las úlceras por presión comienza en la realización de las prácticas de enfermería en cuarto curso donde acudían a menudo a tratar a un paciente encamado con múltiples úlceras.

De ahí en 2018 diseña un colchón antiescaras que fue presentado al concurso SACYLINNOVA del que fue finalista y está patentado.

En 2019 y 2020 también recibe premios a prototipos de la FGULEM por trabajos relacionados con las UPP.

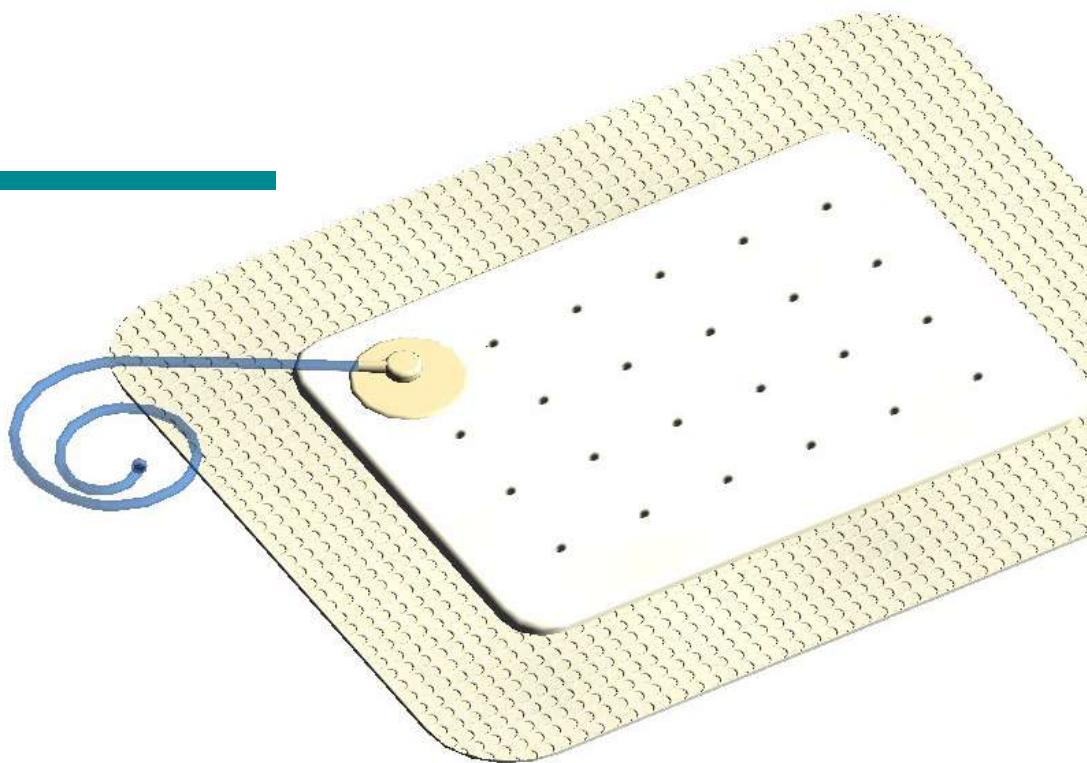
"Este enfermero emprendedor, detalla que figura en el futuro producto "un tubo que va desde la toma de oxígeno, hasta el apósito, que posee un difusor que solamente dejará entrar la cantidad exacta de oxígeno que la herida requiera"



¿En qué consiste el apósito?

Podría ser conectado a cualquier toma de oxígeno puro, tomas de pared, generadores portátiles o bombonas de oxígeno por lo tanto puede ser usado a nivel hospitalario como domiciliario y consta de las siguientes partes:

1. Conexión a toma de oxígeno
2. Tubo que transporta el oxígeno desde la toma al propio apósito
3. Acollado y poros que permitan ventilar
4. Parte del apósito que permite la fijación al paciente
5. Quizá la más destacada. Es un reductor/difusor que permite la entrada de oxígeno exacta dentro del apósito y por tanto a la herida. Y la utilización del oxígeno excedente para otras funcionalidades.





MEDALLAS POR LOS 25 Y 50 AÑOS DE COLEGIACIÓN

El día 12 de mayo, coincidiendo con el Día Internacional de la Enfermería, se impondrán las medallas de Oro y Plata a los siguientes colegiados, si la situación epidemiológica lo permite.

25 AÑOS DE COLEGIACIÓN

M^a JOSE ACEDO DIEGO

M^a MONTSERRAT
ALVAREZ ALVAREZ

CRISTINA
ALVAREZ BENEDI

PERPETUO SOCORRO
ALVAREZ DE LA MATA

GLORIA
ALVAREZ RICHARTE

ESTEFANIA
BASANTE VILLABOL

CRISTINA BREA LARANJO

M^a ADORICIA
CALZON GONZALEZ

ESMERALDA
CASADO BENAVIDES

M^a EDURNE
CUBELOS ARREGUI

LYDIA
DE LA VARGA ROJO

M^a ROCIO
DE PRADO ESPINOSA

M^a ISABEL
DIAZ RUBIO

GABRIEL DIEZ DIEZ

CRISTINA DIEZ FLECHA

ANA BELEN DIEZ ROMAN

ANA BELEN
DOMINGUEZ PEREZ

ESTHER
FERNANDEZ GARCIA

RAQUEL
FERNANDEZ IBAN

M^a ELENA
FERNANDEZ MARTINEZ

M^a LUISA
FERNANDEZ NUÑEZ

MARTA
FERNANDEZ PEREZ

BEGOÑA
FERNANDEZ VILLALIBRE

SONIA FRAILE ALONSO

EDISA
FUERTES RODRIGUEZ

MARTA GARCIA GARCIA

M^a ANGELES
GARCIA MATA

GRACIA M^a
GARCIA TABLADO

NURIA GIRON MARTINEZ

LUIS JAVIER
GONZALEZ FUENTE

AURORA M^a
GUERRA ORDOÑEZ

PATRICIO
GUTIERREZ FERNANDEZ

YOLANDA
GUTIERREZ GONZALEZ

BEGOÑA
GUTIERREZ IBAÑEZ

CONSUELO
JIMENEZ HORTAL

RAQUEL LARGO GARCIA

M^a TERESA
MARCOS PROVECHO

CRISTINA
MARQUÉS BENEITEZ

CLAUDIA MARTIN PICAZO

JOSE MIGUEL
MARTINEZ CEMBRANOS

RUTH
MARTINEZ FERNANDEZ

M^a DEL SOL
MARTINEZ LEO

M^a JESUS
MENDEZ RODRIGUEZ

SUSANA
MIRANDA CUERVO

NOEMI MORAN LAIZ

JESUS MANUEL
NUÑEZ GUTIERREZ

ISABEL
PACHO FERNANDEZ

JULIO CESAR
PEREZ BENAVIDES

LAURA PEREZ TIRADO

M^a REYES
POSADILLA ALVAREZ

MAGDALENA
PRIETO CARBAJO

BERNARDA
RELLAN LOPEZ

ANA RIEGA COMPADRE

ANA M^a
RIVERO RODRIGUEZ

SUSANA
ROBLES OBLANCA

JOSE LUIS
RODRIGUEZ ALFONSO

ANA M^a
RODRIGUEZ FERNANDEZ

PILAR ROIS SEIJAS

ANA M^a
SAN MIGUEL GARNELO

M^a DEL PILAR
SANTOS BLANCO

JUDIT SANTOS FLOREZ

MYRIAM
TURRADO MARTINEZ

BEATRIZ
VALLE FERNANDEZ

MARTA
VERDIAL ASTORGANO

ALEJANDRA
VILLANUEVA BLANCO

ROSA M^a
VILLAZALA MARTINEZ

M^a AMAIKA
CARRIO DEL POZO

50 AÑOS DE COLEGIACIÓN

MARCELINA
FRESNO ALONSO

MARIA ISABEL
GARCIA FERNANDEZ

NATIVIDAD
GARCIA MARTINEZ

ROSA M^a
GARCIA RODRIGUEZ

JULIANA M^a
MELCON RUIZ

LUISA
MIRANDA CRESPO

ROSARIO
ORDAS VILLA

MARIA PILAR
PISONERO ARIAS

MARIA CONCEPCION
RAMOS CRESPO

MARIA SOLEDAD
ROSADO RIOS

FLORINDA
SAN MARTIN CASTRO

MARIA ANGUSTIAS
SANCHEZ GARCIA

M^a CARMEN
SERRANO CORCUERA

TOMASA
VAZQUEZ DE PONGA

M^a LUZ ASUNCIÓN
VÁZQUEZ CARBALLAL

ADELA
VELEZ ANTOLIN

MARIA ISABEL
VIÑUELA SUAREZ

althea cocinas

Emocionar primero, cocinar después.



www.grupoalthealeon.com



Avda. Facultad,7 (24004) León | 987 07 07 83 | 987 17 09 60



EFECTOS SECUNDARIOS VACUNA COVID 19 EN ATENCION PRIMARIA CENTRO DE SALUD LA BAÑEZA (GAP LEON)

La actual pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV-2 desde su inicio el 31 de diciembre de 2019 ha provocado en España 3.668.658 casos confirmados de covid-19 y 79.905 fallecidos hasta la fecha 28 de mayo de 2021.

Ante este grave escenario de enfermedad, en el mundo se vienen desarrollando vacunas contra el SARS-CoV-2, con la finalidad de mitigar su propagación en la población mundial. En la actualidad se cuenta con 63 vacunas candidatas, donde la mayoría aún se encuentran en fase de experimentación clínica. De todas ellas, ya existen cuatro aprobadas para su uso en personas y que cuentan con la aprobación de un número creciente de países que han dado luz verde a su compra y aplicación, a fin de realizar una rápida inmunización.



AUTORES

Rodríguez Cabañeros, Isabel¹

de la Mota Luna, Beatriz¹

de Prado Santos, Cristina¹

de Lamo Sutil, Amalia¹

Fernández García, María Isabel¹

Cañón de Parra, Rosa Isabel²

Aller Barrioluengo, Luz M.²

Rodríguez Prieto, Mario J.²

¹ Enfermera C.S. La Bañeza

² Médico C. S. La Bañeza



PALABRAS CLAVE

vacunación, síntomas, Covid-19

En este proceso de inmunización cabe destacar el importante rol que ocupan las enfermeras de los centros de salud, clave para la educación sanitaria de la población, resolver dudas e interrogantes y desacreditar mitos que generan preocupación en los ciudadanos.

Hasta el momento en España tenemos 9.221.285 personas con pauta completa de vacunación.

En este estudio queremos conocer la sintomatología que ocasiona la vacunación completa con

Comirnaty (Pfizer) en dos grupos de personas, mayores y menores de 65 años en nuestra Zona Básica de Salud de La Bañeza (GAP León). Este estudio se realizó de manera paralela a otro, que consiste en co-

nocer la inmunidad que se genera en esta población, después de la vacunación completa a los 2,6,9 y 12 meses; aprovechando el acceso a estos grupos para la extracción serológica, se planteó el realizar un cuestionario para conocer los síntomas generados por la vacunación.

De los resultados destacamos la levedad de los síntomas en ambas edades y la relación existente entre la clínica y la edad.

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019, las autoridades sanitarias de Wuhan, capital de la provincia de Hubei en China, informaron de una enfermedad grave que causaba neumonía severa y muerte. Inmediatamente el número de casos aumentó dramáticamente y se diseminó a

lo largo de China y de todo el mundo. La enfermedad estaba causada por un coronavirus, conocido ahora como SARS-CoV-2, que es muy similar a los originados por otros coronavirus zoonóticos, como el SARS-CoV que apareció en 2002.

La infección por SARS-CoV-2 (ahora COVID-19) causa un amplio abanico de síntomas que aparecen alrededor de los cinco días de incubación. El periodo desde la aparición de los síntomas de COVID-19 y la muerte del paciente varía en un rango que va desde los seis a los 41 días.

Cuando todavía estamos sufriendo los efectos de la pandemia de la COVID-19, los principales laboratorios públicos y privados entran en una carrera para encontrar una vacuna eficaz contra ella. Una vacuna que

sea capaz de generar inmunidad es la única herramienta que puede frenar la expansión del virus. A fecha 8 de abril de 2020 había 115 proyectos candidatos a desarrollar la vacuna en todo el mundo. En medio de un verdadero bosque de proyectos de investigación para obtener la vacuna, tres son los que llevan la delantera en ese momento. Por lo tanto, un primer escenario se presenta con dos o tres vacunas aprobadas con una seguridad y eficacia relativas, lo suficiente para reducir la mortalidad, los contagios y la necesidad de hospitalización. A partir de ese momento será necesario iniciar una producción a nivel mundial de vacunas en cantidades sin precedentes.

Respecto a las tecnologías que se están utilizando en la investigación de vacunas contra SARS-CoV-2, son las vacunas ácido nucleico (ADN o ARN) vacunas proteicas recombinantes, vacunas virales basadas en vectores, vacunas vivas atenuadas y vacunas inactivadas.

En una vacuna clásica, un antígeno se introduce en el cuerpo para producir una respuesta inmune. Sin embargo, en el caso de las vacunas basadas en ADN o ARN, no se introduce un antígeno, se introducen fragmentos de ADN o ARN foráneos, conteniendo la información genética necesaria para que nuestro cuerpo sintetice uno o varios de los antígenos del microorganismo, contra el cual se desea generar inmunidad. Después de este paso, el mecanismo es similar al de las vacunas clásicas: el antígeno se presenta en la superficie de un subconjunto de células del sistema inmune, desencadenando la activación de las mismas. Tras su absorción y expresión celular, los antígenos codificados en el

ácido nucleico pueden provocar inmunidad humoral, así como respuestas inmunes mediadas por células. En este principio se basa la vacuna Comirnaty (Pfizer) que es la que se ha aplicado en nuestro estudio.

A pesar de todos estos esfuerzos por ampliar la producción, lo cierto es que, en un primer momento, no había vacunas para todos y los gobiernos tuvieron que decidir a quién vacunar de manera prioritaria.

Ante la falta de disponibilidad de recursos sanitarios, en este caso de vacunas, no se puede aplicar el principio de igualdad en el acceso a los mismos. Aparece entonces el principio de equidad. La equidad es la justicia distributiva entendida no como el reparto igualitario de recursos, sino como la justicia en relación con las necesidades, sobre todo, en la distribución de riesgos y beneficios en la sociedad. Siguiendo este principio, en la relación de riesgos/beneficios aparecen al menos dos grupos que deberían ser los destinatarios del primer grupo de vacunas disponibles: los profesionales de la salud y los usuarios del sistema sanitario mayores de 70 años.

En la epidemia de COVID-19 hemos visto cómo una gran cantidad de sanitarios se han infectado. En España, las tasas de infección entre sanitarios llegan al 20% en algunas zonas.

La infección de los trabajadores ha tenido consecuencias en la gestión de los hospitales y la atención a los enfermos.

Nuestro estudio-encuesta se centra en estos dos grupos por ser los que se vacunan en la primera fase, y en esa fecha ya tenían inoculadas las dos dosis de vacuna Comirnaty- Pfizer.

Respecto a los efectos ad-

versos más frecuentes que se describen en la ficha técnica Comirnaty fueron: "dolor en el lugar de inyección (> 80%), fatiga o sensación de cansancio (>60%), cefalea (>50%), mialgias y escalofríos (>30%), altralgias (>20%), fiebre e inflamación en el lugar de inyección (> 10%), siendo mayoritariamente de intensidad leve o moderada y desapareciendo en pocos días tras la vacunación. Estas reacciones son más frecuentes tras la segunda dosis y su frecuencia disminuye con la edad."

Vamos a saber si esa es la sintomatología más característica y si se cumplen esas premisas también en nuestro estudio.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

Conocer la sintomatología que se origina después de la primera y segunda dosis de vacuna Comirnaty (Pfizer), en dos grupos de pacientes, 42 mayores de 65 años y 36 menores de 65 años, en la Zona Básica de Salud de La Bañeza (León) y que no han padecido la enfermedad por Covid-19 previamente.

Objetivos específicos:

1. Estimar la prevalencia de los síntomas más comunes que han desarrollado ambos grupos de pacientes.
2. Saber si existe relación entre edad y sintomatología.
3. Discernir si existe diferencia entre ambos sexos.
4. Analizar los motivos que cada cual indica para la vacunación.

METODOLOGIA

Diseño

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo realizado a través de una encuesta de elaboración propia que creemos cum-

ple con los criterios de validez que se requieren para ello. Fiable, por que mide sin error, detecta cambios y los mide. Es sencilla, fácil de entender y aceptada por participantes e investigadores.

La encuesta también es descriptiva con preguntas estructuradas o cerradas, que muestra diferentes opciones y que se plantea de manera personal, es decir cara a cara con cada paciente.

Se contestaron las siguientes preguntas:

1. Síntomas postvacunación. Y se enumeran varios de los síntomas más frecuentes (cefalea, dolor en el lugar de punción...)
2. Cuándo y cuánto duraron los síntomas. Y se aclara 12 h, 24 h....
3. Se preguntó si impidieron los síntomas la realización de las actividades habituales de la vida diaria y si se consultó con personal sanitario para su tratamiento.
4. También si se estaba activo laboralmente y si causó baja laboral.
5. Qué fármacos se tomaron y cuál fue el motivo de que decidieran vacunarse.

Todas estas preguntas para la primera y segunda dosis de vacuna. Esta encuesta, se pasó a 78 pacientes voluntarios, aprovechando que accedieron a hacer un estudio paralelo a éste, sobre la inmunidad postvacunación covid.

Ámbito de estudio

La población diana está formada por personas de ambos sexos, en dos grupos de edad mayores y menores de 65 años que han sido vacunados con las 2 dosis de Comirnaty (Pfizer) y que no han padecido la enfermedad por Covid-19 •

• pertenecientes a la Zona Básica de Salud de La Bañeza (GAP León).

Sujetos de estudio

La muestra se obtiene seleccionando de manera aleatoria a los pacientes voluntarios que decidieron formar parte del estudio. Hubo que recomponer la muestra en cinco ocasiones por las diferentes incidencias surgidas entre los participantes (exitus en dos de los pacientes, baja laboral en una persona, otra se ha negado a participar y otra, inmunodeprimida que ya se trata de uno de los criterios de exclusión para el estudio paralelo que se realizó y que se menciona anteriormente).

Finalmente se obtuvo una muestra de 78 pacientes, de los cuales 42 son mayores de 65 años y 36 menores de esa edad. Todos ellos como hemos dicho vacunados con 2 dosis de vacuna Comirnaty-Pfizer y que no han padecido la enfermedad por coronavirus. Todos ellos fueron informados sobre las características del estudio y dieron su consentimiento por escrito. Asimismo ha sido aprobado el proyecto por el CEIm (Comité Ético de la Investigación con Medicamentos) con nº de registro: 2159.

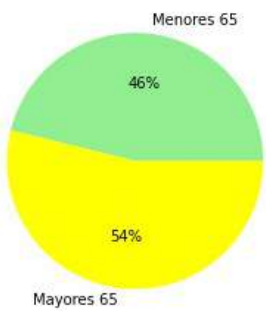


GRÁFICO 1.
MUESTRA POR EDADES

Estas preguntas se han hecho dos meses después de esta segunda dosis de vacunación, aprovechando el acceso a estos pacientes para la realización de

otro estudio paralelo consistente en conocer la inmunidad postvacunación covid-19.

De ellos 12 son hombres y 30 mujeres de más de 65 años y para los menores de 65 años, 8 son hombres y 28 mujeres como se representa en el siguiente gráfico.

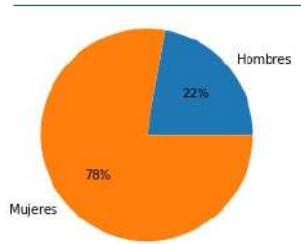


GRÁFICO 2.
MUESTRA DE MUJERES Y HOMBRES MENORES DE 65 AÑOS

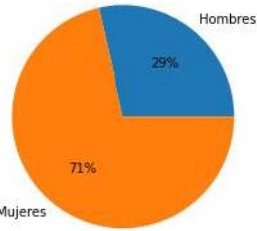


GRÁFICO 3.
MUESTRA DE MUJERES Y HOMBRES MAYORES DE 65 AÑOS

RESULTADOS

Se ha realizado un análisis descriptivo de todas las variables y se presenta a continuación los datos recogidos en gráficas (histogramas) para su valoración.

Nota explicativa para interpretar las gráficas: Los gráficos de barras presentados siguen todos una estructura similar. Se trata de histogramas donde se representa en el eje x la variable a estudiar: tipo de síntoma, tipo de medicamento o duración de los síntomas entre otros. Esta variable se representa tanto para hombres (azul) como para mujeres (naranja) y en función de la primera o segunda dosis. Para evitar introducir

sesgos y poder representar conjuntamente las muestras de hombres y mujeres se divide siempre entre el total de hombres y mujeres respectivamente. De esta forma, el eje y se lee como una tasa o porcentaje de hombres (o mujeres) que han tenido un cierto tipo de síntoma o han tomado un tipo determinado de medicamento, según la variable representada. Por último, la información de las dosis se representa apilada de tal forma que a la altura a la que termina la barra de la primera dosis se construye la segunda. Esto permite comparar visualmente las diferencias que puedan existir entre la primera y segunda dosis comparando simplemente la altura de cada barra. En el eje x aparece la variable a estudiar y en el eje y las muestras de hombres y mujeres se dividen siempre entre el total de hombres y mujeres respectivamente por lo que se lee como una tasa o porcentaje.

Destacar la presencia de muchos más síntomas en personas de menos de 65 años.

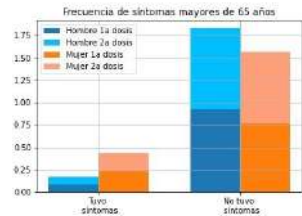


GRÁFICO 4.
FRECUCIA DE SÍNTOMAS EN MAYORES DE 65 AÑOS



GRÁFICO 5.
FRECUCIA DE SÍNTOMAS EN MENORES DE 65 AÑOS

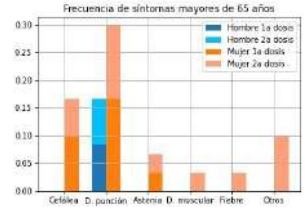


GRÁFICO 6.
FRECUCIA DE TIPOS DE SÍNTOMAS EN MAYORES DE 65 AÑOS

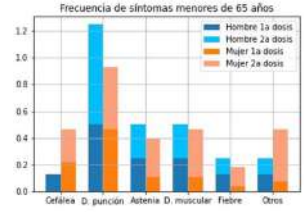


GRÁFICO 7.
FRECUCIA DE TIPOS DE SÍNTOMAS EN MENORES DE 65 AÑOS

En personas mayores de esa edad no hay síntomas en la mayor parte de ellos.

Observamos:

1. Más variabilidad de síntomas en personas menores de 65 años.
2. En mayores de 65 años la clínica es superior en las mujeres.
3. El síntoma más común es el dolor en el lugar de punción.

Bien, en personas de más de 65 años los síntomas son muy escasos y leves, lo que se refleja también en la duración que en el caso de los hombres no existe, no contestan a esa pregunta,



GRÁFICO 8.
DURACIÓN DE SÍNTOMAS EN MAYORES DE 65 AÑOS

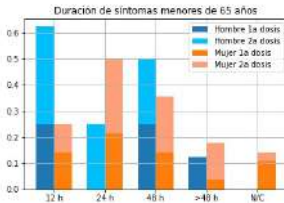


GRÁFICO 9.
DURACIÓN DE SÍNTOMAS EN MENORES DE 65 AÑOS

por lo que no aparecen reflejados en la gráfica.

En el caso de los menores de esa edad, la duración es casi siempre inferior a las 48 h, lo que corrobora la levedad en la sintomatología.

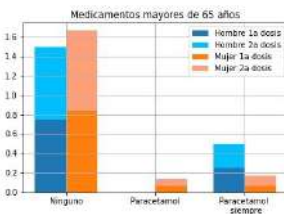


GRÁFICO 10.
CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN MAYORES DE 65 AÑOS

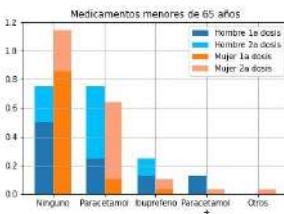


GRÁFICO 11.
CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN MENORES DE 65 AÑOS

Destacar:

1. El paracetamol como medicamento de elección en ambos grupos de edad.
2. En los mayores de 65 años no se precisó fármaco dada la levedad de la clínica y que algunos de ellos ya tienen indicado el paracetamol diariamente.

Otras conclusiones :

- Según los datos representados no parece evidenciarse diferencia de síntomas entre hombres y mujeres. Al parecer el sexo no condiciona la clínica.
- Por otra parte, de los motivos que cada cual atribuye para vacunarse la mayoría de los participantes indica que se ha vacunado por salud pública y por salud personal, o sea ambas razones.

Análisis de resultados.

Dada la diferencia significativa entre menores y mayores de 65 años, en el porcentaje de personas que tuvo síntomas derivados del suministro de la vacuna, se va a realizar un test X2 de independencia para cuantificar esta diferencia.

Para ello, tomaremos como hipótesis nula H0 la no existencia de diferencias entre ambos grupos de edad (variables edad y síntomas independientes) y como hipótesis alternativa H1 la afirmación contraria.

Aplicando este test se va a obtener un p-valor que cuantificará cómo de probable es que, tomando la hipótesis nula como cierta, se obtengan los resultados que se han observado en esta encuesta.

Para los datos de la tabla 1 de la primera dosis de la vacuna se ha obtenido un p-valor es de 0,00014. Por otro lado, para la tabla 2 respectiva a la segunda dosis se ha obtenido un p-valor de 9,9. 10-8. Tomando un nivel de significancia de 0.05 (estándar en muchos

TABLA 1.
RELACIÓN SÍNTOMAS PRIMERA DOSIS

Primera dosis	Síntomas: si	Síntomas: no
Edad: > 65 años	8	34
Edad: < 65 años	23	13

TABLA 2.
RELACIÓN SÍNTOMAS SEGUNDA DOSIS

Segunda dosis	Síntomas: si	Síntomas: no
Edad: > 65 años	7	35
Edad: < 65 años	28	7

estudios) se puede rechazar la hipótesis nula con los datos de nuestro estudio y, concluir que, estadísticamente, se observa un mayor desarrollo de síntomas en la población joven.

Por último, se quiere estudiar también la relación entre el porcentaje de personas que desarrolla síntomas en función de la dosis.

Se va a estudiar esta relación para la población encuestada menor de 65 años que es donde se observa mayor sintomatología. En este caso, se va a tomar como hipótesis nula que las variables dosis suministrada y probabilidad de desarrollar síntomas son independientes y, como hipótesis alternativa que estas variables no son independientes.

La tabla 3 agrupa los datos sobre los que se va a aplicar el test. El p-valor en este caso ha sido 0,21 que es superior al nivel de significancia de 0,05 escogido como criterio de rechazo de la hipótesis nula. Por lo tanto, no se ha hallado evidencia de que las variables síntomas y dosis no sean independientes.

TABLA 3.
RELACIÓN SÍNTOMAS EN PRIMERA Y SEGUNDA DOSIS EN MENORES DE 65 AÑOS

< 65 años	Síntomas: si	Síntomas: no
Primera dosis	23	13
Segunda dosis	28	7

CONCLUSION

Concluimos por tanto, que la sintomatología postvacunación covid-19 es mayor en personas de menos de 65 años. Si bien, la clínica es escasa y leve en todas las edades, no podemos determinar que sea superior en segundas dosis, ni siquiera en los de menor edad, posiblemente por que la muestra es insuficiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. González Melado F.J. y Di Pietro M.L. La vacuna frente a la COVID-19 y la confianza institucional. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica. 19/09/2020. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/...](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/)
2. Olivia Marín J.E. El sendero hacia la vacuna contra SARS-CoV-2. Alerta, Revista científica del Instituto Nacional de Salud, volumen 3, número 2 30/04/2020.
3. Aaron Travezaño-Cabrera, Nyra Cabrera Lliuyac y Jesús Travezaño-Cabrera. SARS-CoV-2 y los mitos sobre la vacunación. Enfermería Clínica, 2021-05-01, Volumen 31, Número 3, Páginas 199-200, Copyright © 2021 Elsevier España, S.L.U.
4. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social ... Ficha técnica Comirnaty según actualización 7 de la estrategia de vacunación covid-19. <https://www.mscbs.gob.es>
5. Fredy Mendivelso, Milena Rodríguez. Tópicos en investigación clínica y epidemiológica. Prueba chi-cuadrado de independencia aplicada a tablas 2xN Rev.medica-sanitas 21 (2): 92-95 2018.
6. C. Rodríguez Hernández y L. Sanz Moreno. Inmunidad contra el SARS-Cov-2: caminando hacia la vacunación. Revista Española de Quimioterapia. Dic 2020 (Acceso junio 2021) 33(6):392-398. <http://www.doi.org/10.37201/req/086.2020>
7. Grupo de Trabajo multidisciplinar de FACME sobre el manejo de la trombosis venosa cerebral relacionada con la vacunación frente a Covid-19. Recomendaciones de diagnóstico y tratamiento de expertos ad-hoc de la FACME sobre el manejo de la trombosis del seno venoso cerebral asociada a la vacunación COVID- 19. Publicado por Elsevier España 2021 Sociedad Española de Neurología. 6 de mayo de 2021; S0213-4853(21) 00083-9

“Un paseo por mi vida profesional”

Una vida profesional plena, feliz, con experiencias de vida y donde se invoca en cada frase que pronuncia la enfermería, su verdadera vocación. Un cimiento para izar sus sentimientos y que, en este encuentro con el Colegio de Enfermería de León, la enfermera Teresa Rodríguez nos contará, ese pasado hasta su jubilación. Mujer valiente, luchadora y, llena de vida, lo que la ha llevado a no quedarse en casa tras su jubilación, sino que continúa colaborando en la medida de lo posible dese su experiencia. Hoy nos cuenta como ha sido su vida en sus más de cuatro décadas de intenso trabajo.



“Se me ha ofrecido la oportunidad de contar mi historia profesional, que ha durado 46 años, más tres de formación, en la Escuela de Enfermería de Ponferrada. Pertenezco a la tercera promoción de dicha escuela (1972-1975). Desde muy pronto constaté que mi vocación se iba a encadenar a la enfermería, porque, además, contaba con otros factores como era tener un referente muy cercano a mí, que era mi hermana mayor, que cursaba en esos años el primer curso”. Por otra parte, Teresa (Tere para sus compañeros) cuenta que tenía la posibilidad de estudiar en Ponferrada, lugar próximo a su pueblo que

era Bembibre. Una suerte para ella como comenta, ya que era una época en la que, por múltiples circunstancias, no era fácil poder desplazarse para estudiar.

“Con todo ello, lo tenía claro, quería y podía ser enfermera”.

No sin esfuerzo, pero con mucha ilusión y dedicación, “en 1975 mi sueño se hizo realidad. Pero ahora tenía un gran reto por delante, empezar a trabajar y desarrollar todos los conocimientos adquiridos. En esa época teníamos mucha suerte -porque como comenta- se podía trabajar donde se quisiera e, incluso, se podía escoger lugar y servicio. Yo al igual que

muchas de mis compañeras decidí quedarme en el Hospital Camino de Santiago de Ponferrada”.

Tere nos relata que su primer puesto de trabajo fue en el servicio de anestesia. Seguidamente fue supervisora de quirófano, pasando posteriormente a cargos de responsabilidad en la subdirección de enfermería. En esta etapa “tuve la suerte de participar en el traslado que se hizo al Hospital del Bierzo. Acontecimiento para mí único y con el resultado de contar con una experiencia muy positiva a todos los niveles profesionales”, asegura.

Ya en el nuevo hospital fue

directora de enfermería etapa resultó de gran interés. Posteriormente desde esa coordinación pasó de nuevo a trabajar como enfermera de quirófano. Puesto en el que de igual manera -cuenta- “me hizo muy feliz. En ese puesto permanecí diez años más”.

“Es en ese momento cuando tuve la oportunidad de pasar a Atención Primaria a un consultorio periférico (Dehesas) y dependiente de Ponferrada 3. Inicié una nueva etapa para finalizar mi carrera profesional. Sin duda fue una de mis mayores experiencias. Muy enriquecedora, inolvidable y en la que realmente fui

consciente por fin, que ya formaba parte de un colectivo de profesionales con identidad propia. Tenía una consulta con mi nombre en la puerta, cupo de pacientes, una cartera de servicios y podía tomar decisiones, porque era responsable de mis actuaciones. En definitiva, tenía autonomía”.

Tere cuenta que sólo tuvo un inconveniente esta etapa “se me quedó corta”. Fue para ella hasta el último día de trabajo “un aprendizaje constante”. Ya teniendo muy cerca la fecha de jubilación “en la que no había pensado nunca”, recuerda, fue el motivo por el que decidió pedir prórroga de nueve meses y que luego se alargó a 12. Cómo iba a imaginar, el día 4 marzo 2020, que pocos días después estaríamos confinados por una situación nueva para todos y para la que nadie estaba preparado: la pandemia Covid. ¡Tenía otro reto por delante!”.

“Aunque os parezca mentira nunca me arrepentí de la decisión tomada, confieso que fue una época difícil, con miedo, con mucha incertidumbre, pero también con una gran satisfacción al pensar que todavía podía hacer algo más por los demás”. Teresa Rodríguez cuenta que la peor parte la llevó su familia, “pensando en el riesgo que corría y pudiendo estar en casa. Lo entendí. Por ello pido disculpas por hacérselo pasar mal. Pero al final creo que he salido reforzada”. Cuenta que fue una época de un compañerismo “sin precedentes”, con unas coordinadoras con una gran capacidad para dirigir el equipo. “Hablando todo el mismo idioma y pretendiendo el mismo objetivo. Incluso, viendo como algunos de nosotros, teníamos valores ocultos que en esos momentos afloraron en nosotros. Ojalá que esta situación nunca se repita, pero también ahí

pude estar y si mi trabajo sirvió para algo, que espero que sí, objetivo cumplido, no puedo pedir más”.

Esta enfermera hecha a sí misma, con coraje y corazón, recalca que ha sido “inmensamente feliz en esta profesión” y que en los peores momentos de su vida “que han sido varios, ha sido el trabajo mi refugio y mi salvación de alguna manera”.

“Comencé en la enfermería con un trabajo casi artesanal -visto desde la perspectiva de más de cuatro décadas- con pocos medios materiales: prácticamente se hacía todo a mano como, por ejemplo, torundas, gasas, se confeccionaban la ropa de quirófano, mascarillas y, desde luego, los métodos de esterilización que serían ahora casi impensables. Preparábamos grandes bateas cargadas de jeringuillas con medicación colocadas por orden de habitación para no equivocarnos. ¡Qué tiempos aquellos! ¡Éramos una gran familia!”, recuerda.

Tere Rodríguez explica que, sin embargo, ya estaban muy presentes “los cuidados” que desde el inicio de la enfermería han sido y siguen siendo “un pilar fundamental de nuestra labor asistencial, aunque en la actualidad se encuentran muy mejorados debido a la calidad, variedad y nuevas técnicas de que hoy disponemos”.

Pasados los años, “esto ha ido cambiando mucho y por supuesto para mejor”. Se ha producido una mayor “profesionalización y autonomía, y aunque se realizan tareas interdisciplinarias, también tenemos otras propias y no sólo en el ámbito asistencial, que es el más conocido, sino en otros como la investigación, docencia o gestión”.

También cree que después de la pandemia hay un

mayor conocimiento y reconocimiento a nivel social del trabajo enfermero y de la importancia que tiene éste en el sistema de salud. Por esto no sólo piensa que “somos necesarios, sino imprescindibles. A mi modo de ver hay un antes y un después de la pandemia y confío en que muchas de las actividades que hubo casi que abandonar, por razones que todos conocemos, las tengamos de nuevo presentes y las recuperemos en su totalidad. Por ejemplo, atención a los pacientes crónicos o diabéticos”.

En cuanto a lo que quisiera transmitir a los futuros profesionales de cada año, reconoce que su agradecimiento, porque hayan escogido esta profesión y decirles también que “no sólo tienen la obligación de mantener el legado que encuentran, sino que tienen el deber de mejorarlo. Por ello, confío que las generaciones que vienen pisando fuerte, así lo hagan”.

Para concluir, “me queda dar gracias a la vida por haber tenido esta oportunidad de ser enfermera, y que, para mí, es la mejor profesión del mundo”.

“Y aunque esto que os he contado es una pequeña parte de mi historia, estoy segura de que también es la vuestra. La de tantos compañeros que me conocen y de todos los que forma parte de esta gran familia que es la enfermería”.

Así, el 4 de marzo de 2021 la instaron a firmar el cese a su vida laboral. Reconoce que fue un día con sentimientos encontrados: “por un lado de tristeza, porque ponía fin a una etapa muy bonita de vida y, por otro, de alegría; había llegado hasta aquí. Por eso y, con lágrimas en los ojos pensé: que pena no tener cinco años menos para tener

“Me queda dar gracias a la vida por haber tenido esta oportunidad de ser enfermera, y que, para mí, es la mejor profesión del mundo”



cinco años más de trabajo, todavía han quedado cosas pendientes. Para concluir, Tere Rodríguez cuenta que sigue amando a la enfermería, pero ahora colaborando con la Asociación de Diabéticos del Bierzo. “Estoy dispuesta de igual manera a colaborar con otras entidades que requieran de mi experiencia y trabajo. No se puede hacer nada para cambiar el pasado, pero se puede hacer mucho para cambiar el presente, a todos los que me hayan dedicado diez minutos de su tiempo para leer esta pequeña historia, muchas gracias”.



Transferencia de información en el contexto de urgencia. Una revisión sistemática



Dña. Marta Quiñones Pérez



Don Marcos Duque Blanco



Dra. Bibiana Trevisión Redondo



Dña. Sara Martínez Jabares



Doña. M. Goretti García Rivera



Dra. Ana I. López Alonso

PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN DEL CONGRESO SEMES PARA UN EQUIPO DE LA ULE

‘Transferencia de información en el contexto de urgencia’ resultó galardonada en el encuentro de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias celebrado en León.

Las coordinadoras del proyecto presentado son Ana Isabel López, profesora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia, y Marta Quiñones, supervisora del Área de Urgencia del Hospital y profesora asociada de la ULE.

La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) celebró la semana pasada en León su XV Congreso anual y en el transcurso de las jornadas se presentó la comunicación titulada ‘Transferencia de información en el contexto de urgencia. Una revisión sistemática’ que fue galardonada con el Premio a la Mejor Comunicación del congreso.

Este estudio –cuya defensa fue realizada por Marta Quiñones Pérez, supervisora del Área de Urgencias del CAULE y profesora asociada de la ULE- se propuso en el curso 2020-2021 como parte del Trabajo Fin de Máster del entonces estudiante Marcos Duque Blanco, dirigido por Ana Isabel López Alonso, profesora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la ULE y miembro del Grupo de Investigación EDUSOC, y Marta Quiñones. Para su presentación en el Congreso se completó y reformuló en base a la importancia de la comunicación inter e intra profesional respecto a la seguridad del enfermo, y del propio equipo asistencial, a nivel de las urgencias intra y extrahospitalarias.

Para ello, en la consecución de este trabajo galardonado en SEMES, han trabajado ambas profesoras como coordinadoras del proyecto y han participado el entonces estudiante Marcos Duque Blanco y hoy enfermero del CAP El Castell, Castelldefels. Barcelona y Máster Universitario en Cuidados Críticos y Urgencias por ULE, Bibiana Trevisión Redondo, profesora del Departamento de Enfermería

y Fisioterapia, directora de la Clínica de Podología del Campus de Ponferrada y miembro del Grupo de Investigación SALBIS, Sara Martínez Jabares, enfermera de la Unidad de Neurocirugía del Complejo Asistencial Universitario de León y profesora Asociada de la ULE, y M^a Goretti García Rivera, enfermera del Área de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de León.

El desarrollo profesional de la enfermería, en la práctica asistencial, lleva a explorar nuevos caminos que incrementen la eficacia de la atención. “Transferir información clínica congruente, contribuye a aumentar la calidad asistencial, así como la “cultura de la seguridad”, además de reducir errores”, explican las coordinadoras del estudio. El principal objetivo del estudio realizado por este equipo fue describir los métodos en uso de transferencia de información en las urgencias extrahospitalarias e intrahospitalarias, y la participación de enfermería.

Para ello realizaron una revisión sistemática tomando como referencia los criterios de la declaración PRISMA. Seleccionaron estudios a texto completo, en español, inglés y portugués, de 2010 hasta junio 2021. Las fuentes de datos utilizadas fueron: Wos, Scopus, Cochran, Scielo, Pubmed, Cuiden, Biblioteca Fidis, Biblioteca SACYL, Dialnet, Cinahl, e incluyeron estudios donde hubiese transferencias de información clínica, donde fuese partícipe enfermería para enviar o recibir dicha información.

CALENDARIO DE FORMACIÓN PRESENCIAL

LEÓN

VENDAJES FUNCIONALES PARA ENFERMERÍA

17 de marzo de 2022
16.30 a 20.30 h.
(20 plazas)

PRINCIPIOS BÁSICOS EN EL MANEJO DE SUTURAS

29 de marzo de 2022
16.30 a 20.30 h.
(20 plazas)

PONFERRADA

VENDAJES FUNCIONALES PARA ENFERMERÍA

14 de marzo de 2022
16.30 a 20.30 h.
(20 plazas)

PRINCIPIOS BÁSICOS EN EL MANEJO DE SUTURAS

24 de marzo de 2022
16.30 a 20.30 h.
(20 plazas)

Actividades Formativas Colegio Profesional de Enfermería de León, 1^{er} trimestre 2022 Área de Formación.

Se informará de las fechas y horario, ó de su posible actualización, de cada una de las actividades formativas programadas con antelación suficiente en la página web del Colegio y vía correo electrónico (si aún no lo has hecho, activa dicho servicio en tu sede colegial). Todas las actividades formativas previstas para el 4^o trimestre 2021 están acreditadas por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Castilla y León.

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

Debido a problemas técnicos, las inscripciones a los cursos presenciales del Colegio Oficial de Enfermería de León se realizarán en un enlace que se colgará 10 días antes de la realización del curso en FORMACION PRESENCIAL COLEGIO de la página web del Colegio.

Escanea el código para leer la noticia completa



DESCUBRA LAS CONDICIONES ESPECIALES QUE LEXUS TIENE PARA USTED POR SER COLEGIADO



VENTA ESPECIAL A COLEGIADOS PROFESIONALES

SEGUN MODELOS HASTA UN 18% DE DESCUENTO

DESCUBRA LA GAMA LEXUS HYBRID DRIVE

Condiciones especiales para colegiados con más de un año de antigüedad en la adquisición de su nuevo vehículo

www.lexusauto.es/leon



UX 250h 184 cv



NX 350h 242 cv



NX 450h+ 304 cv



ES 300h 218 cv



RX 450h 313 cv



UX 300e 204 cv

LEXUS LEÓN

Ctra. León-Astorga, km 4,5,
24010, Trobajo del Camino
Tel: 987 440 811

CONTACTE

Andrés Tejerina Portugués
Tel: 679 640 496
andres@grupobafer.com





Laura y Javier tienen mucho trabajo,
pero están *tranquilos*

Porque con el **“Servicio Manitas”** de su Seguro de Hogar,
uno de nuestros especialistas les ayudará a instalarse.


Así de fácil...

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

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com 987 26 19 23 / 913 43 47 00

Síguenos en     

y en nuestra APP 



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora

