

# Documentos

ILUSTRE  
COLEGIO  
OFICIAL DE  
ENFERMERIA  
DE HUELVA



# enfermería

AÑO XIV

nº 44 Diciembre 2011



## Registros y Prescripción: pasos adelante

## Guía

*para*

## Quimioterapia



Edita:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería  
de Huelva

## Consejo de Administración:

Junta de Gobierno del Ilustre Colegio Oficial  
de Enfermería de Huelva

## Consejo de Redacción

### Presidente:

Gonzalo García Domínguez

### Director Técnico:

Vicente Villa García-Noblejas

### Jefa de Redacción:

Patricia Mauri Fábrega

### Redacción:

Josefa Lorenzo Martín

Enrique Aguiar Mojarro

Eduardo Rico González

Martín Vázquez Bermúdez

M<sup>a</sup> Carmen Vázquez Fernández

Antonio Olid Torres

Carmen D. Beltrán Camacho

Mercedes González Hernández

M<sup>a</sup> Carmen Pilo López

### Asesora de redacción:

Eva M<sup>a</sup> Lorenzo Martín

### Fotografía:

Archivo del Ilustre Colegio de Enfermería de  
Huelva

### Redacción: Sede Colegial

Imprime: Tecnographic, S.L.

Depósito Legal: H-1996-43

I.S.S.N.: 1136-2243

Tirada: 2.600 ejemplares

Distribución gratuita



Domicilio de la sede colegial

C/ Berdigón, nº 33, pral. izq.

21003 Huelva

Telf. 959 54 09 04

Correo electrónico:

Línea Móvil 639/11 17 10

Coleg21@enfermundi.com

Página Web:

www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es

Fax: 959 25 62 70

Horario de Oficina:

De lunes a viernes.

De 9 a 14 h. y de 16 a 21 h.

Horario de la Asesoría Jurídica

Martes y jueves de 17,30 a 19 horas

Entrevista con el presidente:

Concertar cita

# Sumario

## 3 EDITORIAL

## 4 PÓLIZA

## 5 AMA/PROFESORES Y CURSOS

## 6 AVANCE PRESCRIPCIÓN

## 7/11 QUIMIOTERAPIA EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN. GUÍA INFORMATIVA

## 12/13 CALENDARIO 2012

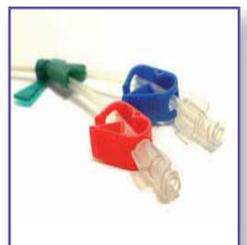
## 14/16 EFECTOS OBSTÉTRICO-FETALES DE LA EDAD MATERNA EN PRIMERIZAS

## 17/21 EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE CURA DEL CATÉTER TUNELIZADO PARA HEMODIÁLISIS

## 22 CONCURSO CARTEL

## 23 CRISMA NAVIDAD

## 24 XVIII CERTAMEN DE INVESTIGACIÓN CIUDAD DE HUELVA



### NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN EN DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA

Documentos de enfermería publica en sus distintas secciones trabajos sobre las diversas actividades de la profesión: atención hospitalaria, atención primaria, docencia, investigación, epidemiología, gestión y administración, ética, relaciones laborales, la formación, historia de la profesión y recursos humanos en el campo de la enfermería y la salud en general.

La presentación de un trabajo no implica la obligación por parte del Consejo Editorial de su aceptación para su publicación, ni compromiso respecto a la fecha de la misma.

El Consejo Editorial establecerá comunicación con los autores de los trabajos para manifestarles su recepción y si es precisa alguna normalización del mismo.

Los trabajos se presentarán en folios DIN-A-4, numerados, mecanografiados por una sola cara a doble espacio, dejando unos márgenes inferior y superior e izquierdo de 4 cms. y derecho de 2 cms. y en soporte informático.

Los dibujos, gráficos y fotos, así como sus leyendas irán a parte bien identificados y numerados.

La bibliografía, si la hubiera, se acompañará en folio aparte.

Si se tratara de resúmenes de ponencias o comunicaciones a congresos, el autor deberá indicar el nombre del congreso, fecha y lugar de celebración, así como si ha obtenido alguna mención.

Los trabajos irán acompañados de una carta de presentación donde se indica el deseo de publicarlo en Documentos de Enfermería, así como el título del trabajo, lugar y año de realización, nombre completo del autor o autores, número de colegiado, D.N.I., dirección completa y teléfono para posterior comunicación.

Los trabajos podrán ser remitidos por correo o entregados personalmente en la sede del Colegio de Enfermería de Huelva.

Los trabajos aceptados quedan a disposición del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva para su posterior utilización.

*Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación por cualquier medio sin citar la fuente.*

*Documentos de Enfermería no se hace responsable ni comparte necesariamente las opiniones manifestadas en los artículos, siendo responsabilidad exclusiva de sus autores.*

## Para 2012, nuestra firme apuesta por el S.N.S.

**Con** el presente número de DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA, el Colegio Oficial de Enfermería de la provincia de Huelva quiere, además de despedir el 2011, expresar sus mejores deseos para que, en primer lugar, la Navidad y la entrada de 2012 se vean presididas por los mejores auspicios y, en consecuencia, que el año próximo a comenzar se pueda ver despejado, y cuanto antes mejor, de los sombríos vaticinios que le aguardan.

Vivimos tiempos de dificultad. Ante semejante apreciación, tan cruda como objetiva, el mundo sanitario se debe asomar al dintel de 2012 consciente de que vamos a continuar instalados en un clima de precariedades como no se conocía hasta el momento presente. La salud, entendida como un bien de responsabilidad pública, se enfrenta a unos retos de enorme importancia derivados de otra tremenda realidad: el Sistema Nacional Sanitario (SNS) padece de tantos y tan graves problemas en forma de miles de millones de déficit que será necesario aunar la mayoría de esfuerzos y voluntades posibles para poner manos a la obra que conduzca a la salvación de uno de los ejes sobre los que sustenta no ya el Estado del bienestar sino la actual configuración de la sociedad.

Conscientes de que el SNS es el principal empleador en nuestra realidad más inmediata, el Colegio de Enfermería de la provincia de Huelva quiere dejar patente, junto a su enorme preocupación por el actual estado de cosas, de la más firme voluntad para que, como parte del Consejo General, se pueda levantar un indispensable pacto que involucre no solo a los colectivos de profesionales sanitarios sino, y sobre todo, a la fuerzas políticas y a la sociedad en su conjunto para que, entre todos, de la actual crisis podamos emerger con un futuro de garantías para nosotros y para nuestros descendientes en torno a un Sistema que garantice una atención sanitaria de titularidad pública, universal y que se nutra del erario público. Esto es: tal y como la venimos disfrutando desde hace décadas.

Dicho lo cual, no podemos sino aprovechar el último número de 2011 de la Revista colegial para ofrecer junto a una importante batería de trabajos de reflexión netamente enfermera, el anuncio de que el ordenamiento vigente va a hacer posible que un bien tan apreciado como son los Registros profesionales comienzan, finalmente, a caminar. Y ello sucede casi al mismo tiempo en que la apertura del protocolo para la Prescripción enfermera, acaba de hacerse realidad en virtud del mandato oficial. De esta forma, dos auténticos pilares como son los Registros y la Prescripción acaban de tomar carta de naturaleza por mor del impulso de la Organización Colegial de Enfermería.

Unos Registros de Profesionales llamados a ser una cercana realidad de la que se benefician, en primer lugar, la población y, secundariamente, el colectivo de enfermería sabedor de que en su seno no habrá lugar ni para los intrusismos tan peligrosos socialmente hablando ni para cualquier cosa que no sea la ratificación de que los Colegios Oficiales han sido, son y seguirán siendo los garantes para el mejor ejercicio profesional. Y no lo decimos por mera cuestión de azar sino porque, sencillamente, así lo establece la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS) que data del año 2003. Ocho años después parece haber llegado la hora de ver cristalizar este importante instrumento de identificación y defensa del mundo profesional de la enfermería.

Con este ánimo queremos alentar los mejores deseos para que 2012 sea un año donde abunden los logros y los ribetes positivos para la enfermería española frente a quienes auguran un calendario en el que, ojalá no suceda, la incertidumbre y las incógnitas sean las tónicas predominantes. El SNS ya es objeto de importantes ataques (se está viendo, por ejemplo, en Cataluña) pero es voluntad mayoritaria –con este Colegio de Enfermería incluido– luchar para que se preserve en su actual configuración como garantía de un futuro mejor para el conjunto de la ciudadanía.

# El Colegio te protege con



# 3.500.000 €

(por siniestro, y con un límite por anualidad de veinte millones de euros)

## Nuevo Seguro

DE RESPONSABILIDAD  
CIVIL DE  
LA ORGANIZACIÓN  
COLEGIAL  
CON LA COMPAÑÍA

# MAPFRE

**NORMAS DE PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE POSIBLES RECLAMACIONES. PASOS QUE DEBE SEGUIR EL COLEGIADO:**

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

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

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

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

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

### LA NUEVA PÓLIZA AMPLÍA LAS PRINCIPALES COBERTURAS:

- Riesgo cubierto: responsabilidad civil de los colegiados en el desarrollo propio de su actividad profesional o especialidad sanitaria, tal y como se regula en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, incluyendo la actividad docente, terapias alternativas y "piercing".
- Manteniendo el importe de la prima, la cobertura por siniestro se incrementa hasta 3.500.000 euros, con un límite por anualidad de veinte millones.
- Cobertura por inhabilitación profesional como consecuencia de sentencia judicial firme, con abono por parte de la Aseguradora de una cantidad máxima de 1.350 euros al mes, por un plazo máximo de 15 meses.
- Posibilidad de contrademanda o reclamación a contrario frente a denuncias infundadas, temerarias o con mala fe.

Ponga su seguro en las mejores  
manos y ahorre hasta un 30%

HASTA UN  
30%  
DE DESCUENTO

Infórmese en el **902 30 30 10**, en su oficina  
más cercana o en **www.amaseguros.com**



\*Promoción válida del 1 de junio al 31 de diciembre de 2011.

## Consejo General Registro Nacional de Enfermería

**E**l Consejo General de Enfermería confirmó la puesta en marcha del que será el primer Registro nacional de enfermeras y enfermeros del país. Este Registro será de titularidad pública y tendrá como objetivo efectuar un control de los títulos así como el desarrollo profesional, la formación y las incompatibilidades de los profesionales, estén o no colegiados.

El Boletín Oficial del Estado (BOE) publicó, con fecha 24 de noviembre, un nuevo aspecto contenido en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) en concreto la creación de los Registros de profesionales, el cual estará a disposición de las administraciones sanitarias "respetando los principios de confidencialidad de los datos personales". En concreto, el Registro incluirá datos de índole académica (titulación) emisión del título, año de inicio y de

finalización de la formación, así como las especialidades realizadas o sobre cualquier otro tipo de formación continua, títulos propios universitarios, centro, lugar y fechas de impartición, créditos, etcétera.

El Registro, igualmente, deberá detallar la situación laboral del interesado, el grado de carrera profesional que ostenta, la modalidad del ejercicio, el centro de trabajo, su naturaleza, qué tipo de dedicación desempeña, la vinculación laboral con fechas de inicio y de finalización. También, contendrá datos sobre la situación colegial, el Colegio de pertenencia, número de colegiado, expediente deontológico y sancionador, expedientes incoados (si los hubiere), resolución final, condena por sentencias judiciales (Tribunal, fecha, recursos...). En este Registro, conforme queda fijado en el artículo que lo regula, no podrá figurar ningún dato de la enfermera(o) relativo a cuestiones tales como ideología, credo religioso, origen racial, salud ni sexualidad.

# PRESCRIPCIÓN ENFERMERA: UN PASO MÁS

Huelva.- Redacción

**E**l Ministerio de Sanidad anunció, con fecha del pasado 4 de octubre, el comienzo del "trámite de audiencia del proyecto de Real Decreto (RD) que regule la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios por parte de la enfermería". De este modo, y tras un paréntesis temporal ya superado, se vuelve a activar el reloj que modifique el artículo 77.1 de la Ley de Garantías y uso racional de medicamentos (Ley del Medicamento) en la que tanto tiempo lleva ocupada la Organización Colegial de enfermería.

En un comunicado oficial, el Ministerio de Sanidad concretó que este proyecto de RD que modifique la Ley del Medicamento busca regular "las actuaciones de las enfermeras(os) en materia de indicación, uso y autorización" de fármacos y productos sanitarios de uso humano". También, la elaboración y validación de "guías de Práctica clínica y asistencial" así como protocolos para la citada "dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte del colectivo de enfermería, colectivo que podrá, "de manera autónoma, indicar, usar y autorizar la dispensación de medicamentos y productos no sujetos a prescripción médica". En ambos casos, el ministerio deberá acreditar a la enfermería capacitada para estas tareas.

En lo que respecta a los medicamentos y productos sujetos a prescripción facultativa, el texto ministerial indica que "el personal de enfermería podrá actuar mediante guías de práctica clínica y asistencial y protocolos validados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud". Para que esto sea posible, la enfermería de cuidados generales como especializada "deberá contar con la acreditación del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad".

---

## Comisión

---

En virtud de esta decisión ministerial se formará una Comisión de protocolos en la que estén representados los ministerios de Sanidad y Educación, las comunidades autónomas y las Organizaciones colegiales de medicina y enfermería. La Comisión tendrá la tarea de "establecer los criterios generales, estructura y contenido mínimo que deben ser recogidos en todos los protocolos y guías de práctica clínica y asistencial" en esta ma-

teria. También deberá determinar "el listado de los medicamentos y tratamientos farmacológicos o procesos que pueden incluirse en dichos protocolos y guías".

Otra de las competencias de la Comisión será "establecer los criterios generales, requisitos específicos y procedimientos para la acreditación del personal de enfermería" en el campo de los cuidados generales y especializados. La Comisión de protocolos contará con el apoyo de dos comités técnicos, uno de protocolos y otro de acreditación. Para lograr la acreditación, la enfermería interesada deberá demostrar una serie de competencias, referidas tanto al campo de los cuidados generales como especializados.

---

## Registro

---

En el primero, deberá conocer los distintos grupos de fármacos, los principios de su indicación, uso y autorización así como los mecanismos de acción de los mismos. Y en el ámbito de los cuidados especializados, la enfermera(o) tendrá que conocer idénticos parámetros que los señalados en el ámbito anterior ahora referidos a los cuidados especializados. En el proyecto de Real Decreto que Sanidad pone en marcha también está previsto la creación de un registro de enfermeras(os) acreditados en el que quedarán inscritos los profesionales que hayan recibido la correspondiente acreditación por el Ministerio de Sanidad.

---

## Competencias

---

Nada más conocerse este anuncio a cargo de Sanidad, el Consejo General de enfermería confirmó, por medio de su presidente Máximo González Jurado, que "supone un auténtico hito, tanto para los ciudadanos como para la enfermería, pues se trata de una norma que vela por la continuidad asistencial, la integración de los procesos y la seguridad de los pacientes". Desde el Consejo se subrayó que, junto a todos los Colegios provinciales repartidos por España, están "absolutamente comprometidos con este proyecto porque viene a establecer el mejor modelo posible tanto de prescripción, como de acreditación y de validación de protocolos y guías de la práctica clínica".

# Quimioterapia en Unidad de Hospitalización

## Guía Informativa

### AUTORA

M<sup>a</sup> del Carmen Vázquez Fernández  
DUE Hospital Juan Ramón Jiménez

### RESUMEN

**Objetivo:** Proporcionar una pequeña guía informativa, complementaria de la información oral, que sirva de forma sencilla al paciente y su familia. Se pretende dar respuestas a las preguntas que con mayor frecuencia surgen sobre el tratamiento de quimioterapia y sus efectos secundarios durante su estancia en la unidad de hospitalización, disminuyendo la inseguridad y la ansiedad.

**Criterios de Calidad:** Utilización de los sistemas estandarizados de lenguaje enfermero (SELE´S): NANDA, NOC, NIC.

**Metodología:** Validación de la guía; validez de criterio y validez de contenido.

**Resultado:** Satisfacción de las necesidades y demandas de pacientes y familiares.

**Conclusión:** Aumentando el conocimiento y fomentando el autocuidado, conseguimos una mayor calidad de vida e independencia del paciente.

**PALABRAS CLAVES:** Guía; Quimioterapia; Hospitalización.

### ABSTRACT

**Aim:** To provide a brief and additional guidebook to the oral information which can be easily used by the patients and their families. It tries to give answers to the frequently asked questions about the chemotherapy treatment and its side effects during the stay in the hospitalization unit reducing uncertainty and anxiety.

**Quality criteria:** Use of standardized systems of nursing language.

**Methodology:** Evaluation of the guidebook, criteria and content validity.

**Result:** Satisfaction of patients and relatives' needs and demands.

**Conclusion:** We get a better quality of life and independence of the patients by improving their knowledge and promoting their self-care.

**KEY WORDS:** Guide, Chemotherapy, Hospitalisation.

### JUSTIFICACIÓN

Al realizar el plan de cuidados al paciente que ingresa en la unidad de hospitalización para iniciar por primera vez tratamiento con quimioterapia, cuyo diagnóstico enfermero más prevalente es "Ansiedad r/c (fuente de dificultad) déficit de conocimiento sobre el tratamiento de quimioterapia y sus efectos secundarios m/p reiteración de preguntas, inquietud, angustia y verbalización del problema" y junto a la experiencia

adquirida en el trato directo con el paciente y su familia en nuestra unidad de hospitalización (hematología/oncología) nos indica, la necesidad de crear como intervención enfermera un soporte informativo escrito que sea complementario de la información oral, donde queden resueltas las dudas más frecuentes que el paciente y su familia manifiesta al equipo asistencial.

Esta guía nace con el objetivo de proporcionar un manual escrito que sirva de forma sencilla al paciente y su familia, para dar respuesta a las preguntas que con mayor frecuencia surgen sobre el tratamiento de quimioterapia y sus efectos secundarios, durante su estancia en la unidad de hospitalización (hematología/oncología). Mejorando con ello la comunicación entre paciente, familia y equipo asistencial. Disminuyendo la inseguridad y la ansiedad que este desconocimiento les produce.

## INTRODUCCIÓN

El personal de enfermería de la unidad de hematología/oncología del hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, elaboramos esta pequeña guía para que tanto usted como su familia, obtengan respuestas a las preguntas que con mayor frecuencia surgen sobre el tratamiento de quimioterapia y sus efectos secundarios. También encontrará consejos útiles que puedan ayudarle a controlar y/o disminuir parte de estos efectos secundarios. Esta guía no sustituye la información que le facilitarán los profesionales que cuidamos de usted, por eso les animamos a que manifiesten sus miedos y a hacer preguntas.

### -¿Qué es la quimioterapia?

Es un tratamiento químico antitumoral. Se utiliza para destruir células que se han apartado de su proceso normal de evolución y se han transformado en células que se multiplican de forma desordenada. Es muy importante identificar el tipo de

célula que causa la enfermedad ya que el tratamiento a aplicar será diferente.

### -¿Cómo se administra?

La quimioterapia se administra en forma de ciclos, alternando periodos de tratamiento con periodos de descanso. Pueden ser cada día, cada semana, o cada mes.

Existen varias vías de administración diferentes, generalmente 4 y a veces las utilizamos combinadas son: oral, intramuscular, subcutánea e intravenosa. Esta última es la más empleada. Para evitar que la quimioterapia dañe los tejidos es aconsejable la colocación de un catéter venoso central, cuando se conoce que el tratamiento va a ser prolongado. Se retirará al finalizar el tratamiento completo.

Tipos de catéter:

- Reservorio, Hickman, para su colocación se requiere una pequeña intervención quirúrgica con anestesia local, realizada por un médico en la unidad de radiología intervencionista.
- PICC (catéter venoso central de inserción periférica) técnica realizada por enfermeras cualificadas en la unidad de hematología/oncología o por un médico en la unidad de radiología vascular intervencionista.

### -¿Qué debo saber sobre la administración de la quimioterapia?

No tiene que administrarse en ayunas.

Debe avisar a la enfermera si notara: Molestias o hinchazón en la zona de punción, picor en la garganta, palpitaciones, escalofríos o cualquier otro síntoma que le preocupe o moleste.

### -Tras la quimioterapia ¿Cuándo volver a comer?

Cuando presente deseos de hacerlo. Es bueno esperar al menos una hora antes de comer o beber algo.

### -¿Por qué se producen los efectos secundarios de la quimioterapia?

Los síntomas o efectos secundarios que pueden surgir tras la quimioterapia son consecuencia de su toxicidad.

### -¿Cuáles son los más comunes?

- Vómitos (no todas las quimioterapias producen náuseas y vómitos).
- Alteración en la percepción de los sabores y aumento de la sensibilidad olfativa (el gusto retorna a lo normal en unos 4 meses finalizado el tratamiento).
- Mucositis (inflamación de la mucosa del aparato digestivo. Esto puede causar llagas en la boca, sequedad, inflamación de las encías, garganta, lengua, que originan dolor, dificultando la toma de los alimentos. Pueden aparecer placas



blancas ocasionadas por infección por hongos). Comienza a los 3-5 días de iniciado el tratamiento de quimioterapia. Generalmente la mucositis cicatriza sola en 2-4 semanas, cuando no hay infección.

- Diarrea (motivada por la mucositis a nivel de intestino, secundaria a la quimioterapia).
- Estreñimiento (secundario a la administración de la quimioterapia, hospitalización y disminución de la movilidad).
- Aumento de la diuresis (la orina es muy abundante debido al gran aporte de sueros, es normal que cambie de olor y color "naranja, rojo, amarillo y verde" durante el tratamiento con quimioterapia).
- Anemia (causada por el descenso de hematíes, pueden causarle cansancio, palpitaciones, mareos o dolor de cabeza. Se administrarán transfusiones de hematíes cuando sea necesario).
- Riesgo de hemorragia (motivado por la bajada de plaquetas, se controlarán con las transfusiones de plaquetas).
- Fiebre, secundaria a la quimioterapia.
- Riesgo de infecciones (la falta de producción de células sanguíneas por parte de la médula, entre ellos los leucocitos "defensas", hace que el riesgo de infección sea mayor). Es muy importante tener una buena higiene de manos, tanto usted, como sus familiares.
- Deshidratación de la piel (durante el tratamiento la piel tiende a estar seca, descamada, con grietas y es posible que aparezcan zonas más oscuras).
- Alopecia o pérdida del cabello (no todos los tratamientos hacen caer el cabello, pero la mayoría lo empobrecen o hacen que pierda vitalidad. Si su tratamiento hace caer el cabello, este caerá aproximadamente a las 3-4 semanas de su administración y volverá salir entre 4-10 semanas tras su finalización. Es normal que cambie de aspecto y tenga características diferentes a su pelo anterior).
- Trastornos hepáticos y dolor abdominal (secundario a la toxicidad de la quimioterapia).
- Dolor, secundario al proceso de su enfermedad y a mucositis.
- Esterilidad (dependiendo de la intensidad de la quimioterapia. Previamente al inicio del primer tratamiento se pueden criopreservar, es decir, congelar, óvulos y espermatozoides).

No obstante, junto con la quimioterapia, recibirá, medicación para hacer que los efectos secundarios no aparezcan o sean lo más llevaderos posibles. Recuerde que la mayoría de estos efectos son temporales y que pasado un tiempo desaparecerán.

Durante todo el proceso del tratamiento con quimioterapia, se le realizarán pruebas, como analíticas de sangre, radiografías y exploraciones, para saber cómo está respondiendo al tratamiento y cómo lo está tolerando su organismo.

Es importante, que usted sepa, que no tienen por qué aparecer todos los síntomas descritos. Comuníquenos todos los cambios que se produzcan en su cuerpo durante el tratamiento con quimioterapia.



### -¿Qué puedo hacer para reducir los efectos secundarios de la quimioterapia?

Cuidados prácticos para sentirse mejor durante el tratamiento:

- Conviene relajarse antes del tratamiento (leer un libro o revista).
- Una manera de evitar los vómitos es evitar las náuseas:
- Respire profunda y lentamente o tome aire fresco.
- Mastique chicle o tome caramelos sin azúcar, previene la sequedad de la boca y las náuseas.
- Debe comer y beber despacio, pequeñas cantidades de alimentos y frecuentes.
- Evite comidas muy dulces y contenido graso abundante, con aromas muy fuertes (ajo, apio, etc).
- Tome alimentos fríos o a temperatura ambiente.

Cuidados de la piel:

- Higiene diaria con jabones neutros.
- Son recomendables duchas cortas con agua tibia.
- Hidrate la piel con Aloe-vera o Rosa de mosqueta.
- La depilación debe hacerse con pinzas y el afeitado con maquinilla eléctrica. Previa consulta con enfermería.
- Tenga especial cuidado al rascarse o frotarse la piel con las manos o esponja.
- Es aconsejable tener las uñas cortas antes del tratamiento con quimioterapia.
- No utilice utensilios que puedan producir cortes en la piel (corta-cutículas).
- No utilice lacas de uñas y quitaesmaltes, son muy agresivos y pueden quemar la uña.

- Beber agua aproximadamente de 1'5 litros al día.
- Dieta rica en verduras y frutas.

Unos meses después de finalizado el tratamiento, su piel estará más recuperada y podrá recibir los cuidados habituales.

- Cuidados de la boca:
  - Evite el tabaco y alimentos irritantes.
  - Cepíllese los dientes, encías y lengua con frecuencia.
  - Utilice preferiblemente cepillo de dientes infantil, tienen las cerdas muy suaves para evitar lesionar las encías y cámbielo con frecuencia.
  - Si tiene dentadura postiza empléela solo para comer y evite su uso continuado.
  - No utilice hilo dental, podría dañar las encías.
  - Aplique lubricantes en labios, es importante mantenerlos bien hidratados.
  - Informe al personal de enfermería si notara cualquier molestia bucal (posible inicio de mucositis).
- Se valorará el grado de mucositis y se le proporcionará las ayudas necesarias para paliar el dolor, como son:
  - Realizar enjuagues bucales 4 a 6 veces al día con (solución bicarbonatada o manzanilla) que le suministrará el personal de enfermería.
  - El médico añadirá, si es preciso, anestésicos bucales y tratamiento para evitar infección por hongos.
- Higiene tras el cuarto de baño (wc)
  - Después de defecar se recomienda, no utilizar papel, lavar con agua y jabón, secar bien y poner vaselina si fuera necesario.
  - Es muy importante una buena higiene de manos, Láveselas después de cada deposición u orina.
- Cuidados de cabello:
  - Use siempre champú suave.
  - Utilice crema suavizante para el cabello.
  - Seque el pelo al aire o con un secador a baja temperatura.
  - No se tiña el pelo o se haga permanentes, mechas, etc, ya que el cuero cabelludo se encuentra muy sensible y puede irritarse.
  - Es recomendable que se corte el pelo antes de que empiece a debilitarse y caerse.

Confiamos que esta guía le haya sido útil y beneficiosa. Recordarle que todo el equipo asistencial, estamos a su disposición para las dudas que se puedan presentar, tanto a usted como a su familia.

Para obtener más información pueden visitar los siguientes portales de internet:

www.aecc.es (Asociación Española Contra el Cáncer).  
Plataforma ONconocimiento. (Plan Integral de Oncología de Andalucía).

## CRITERIOS DE CALIDAD

La utilización de los sistemas estandarizados de lenguaje enfermero (SELE's): NANDA, NOC Y NIC, nos proporcionan unas herramientas necesarias para disminuir la variabilidad profesional y la búsqueda de la mejor evidencia, cuyo objetivo es conseguir unos cuidados de calidad basados en una atención personalizada.

Esta personalización de los cuidados hace que identifiquemos las necesidades y demandas de pacientes y familiares.

## METODOLOGÍA

Con la metodología nos referimos al método de validación de la guía informativa:

Validez de criterio; manifestándose por la conducta muy favorable adoptada por los pacientes y familiares al presentarle la guía informativa.

Validez de contenido; Se consulta a un grupo de enfermeras y médicos expertos, utilizando como criterio de inclusión el "sistema de puntuación de experto para el modelo de validación de Fehring".

## CONCLUSIÓN

El "II PLAN INTEGRAL DE ONCOLOGÍA DE ANDALUCÍA 2007-2012" establece que los servicios asistenciales adoptarán un compromiso de buenas prácticas en comunicación como instrumento guía en materia de información y comunicación con pacientes y familiares, en el que se compromete a que la información escrita será de fácil comprensión y en lenguaje accesible. Por este motivo se ha realizado esta pequeña guía informativa (tipo tríptico) para conseguir satisfacer las necesidades y demandas del paciente y su familia, utilizando unos criterios de calidad, de forma que perciban un trato integral, que incluyen aspectos físicos, emocionales y sociales.

Aumentando el conocimiento y fomentando el autocuidado, conseguiremos una mayor calidad de vida e independencia del paciente.

## AGRADECIMIENTOS

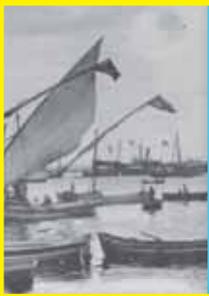
Agradecimientos a todos los profesionales y pacientes de la Unidad de Gestión Clínica Hematología/Oncología del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva que de forma desinteresada han participado en el proceso de validación de la presente guía.

## ANEXO: Tríptico de la guía informativa

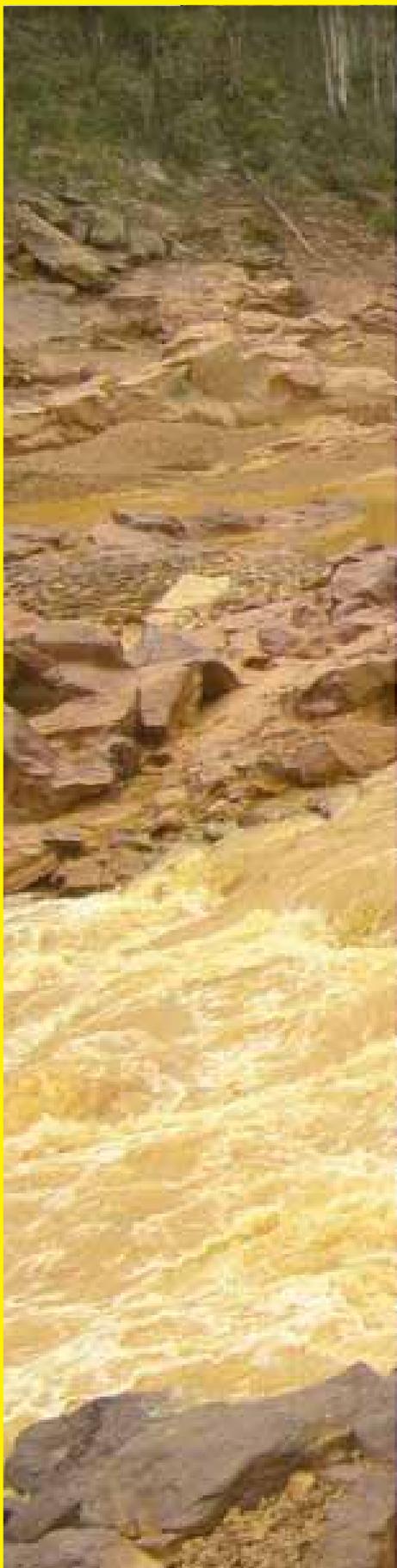


### BIBLIOGRAFÍA

- NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2009–2011. Heather Herdman, T. (Ed.). Elsevier.
- Proyecto de resultados Iowa. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª edición. 2005. Moorhead, Johnson y Maas (eds.). Elsevier–Mosby.
- Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª edición. 2009. Bulechek, Butcher y Dochterman (eds.) Elsevier–Mosby.
- Metodología de investigación y escritura científica en clínica. Rafael Burgos Rodríguez. Escuela Andaluza de Salud Pública, (Granada). 1998. Junta de Andalucía.
- II Plan Integral de Oncología de Andalucía 2007–2012. Plataforma ONconocimiento.
- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Plan Integral de Oncología de Andalucía. Quimioterapia. Guía Informativa.
- Asociación Española contra el Cáncer. ¿Qué es la quimioterapia?
- Manual para el paciente oncológico y su familia. VV.AA coordinación: María Luisa de Cáceres Zurita.
- Guía Informativa. Efectos secundarios de la quimioterapia (recomendaciones). Complejo Hospitalario Carlos Haya. Hospital General de Málaga. Enero 2003.
- Guía para pacientes con enfermedades hematológicas en tratamiento con quimioterapia. Pilar Giraldo Castellano. Araceli Rubio Martínez. Carlos López Puente. Hospital Universitario “Miguel Servet”, Zaragoza, Diciembre 2004.
- Guía de trasplante de médula. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Margarita Ariza Ruiz. 2010.
- La mucositis y su tratamiento. Protocolo de manejo y recomendaciones. Revista estomatología 2007; 15 (1).29–33.
- Asociación Española contra el Cáncer. Guía de cuidados estéticos para el paciente oncológico.
- www.cancer.org/español (Instituto Nacional de Cáncer).
- www.seom.org (Sociedad Española de Oncología Médica).
- www.aecc.es (Asociación Española contra el Cáncer).
- www.seo.org (Sociedad Española de Enfermería Oncológica).
- www.seq.es (Sociedad Española de Quimioterapia).



# Documentos de enfermería



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

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

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

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

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

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



# Huelv

Colegio Oficial de Enf



**Marzo**

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

**Abril**

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

**Julio**

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

**Agosto**

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

**Noviembre**

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

**Diciembre**

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



# EFECTOS OBSTÉTRICOS-FETALES DE LA EDAD MATERNA EN PRIMERIZAS

en el Hospital Juan Ramón Jiménez

## AUTORAS

Silvia García González<sup>1</sup>.

M<sup>a</sup> del Carmen Mejías Paneque<sup>2</sup>.

Laura Duarte González<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Matrona. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

<sup>2</sup>Matrona y Licenciada en Antropología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

<sup>3</sup>Matrona. Atención Primaria. Distrito Huelva.

## RESUMEN

**Objetivo:** conocer los resultados maternos y perinatales de mujeres primerizas de edad avanzada en el hospital Juan Ramón Jiménez. **Material y método:** estudio observacional descriptivo de gestantes de 35 años o más comparadas con aquellas cuyas edades comprendían entre los 20 y 34 años, todas ingresadas en el mismo período de tiempo, durante el año 2010, y con la misma base de datos. **Resultados:** de las mujeres añosas, un 37% terminaron su gestación mediante cesárea, un 34% mediante algún instrumento quirúrgico y un 29% tuvieron un parto eutócico. Entre éstas un 12% tuvieron partos pretérminos y de bajo peso, un 74% de los bebés presentaban un peso adecuado y un 12% se consideraron macrosomas. En cuanto a las mujeres en edad óptima, un 80%, finalizaron su gestación con una cesárea el 23%, en parto eutócico el 49% y necesitaron ayuda con fórceps o ventosa el 27%. En cuanto a la prematuridad, en estas mujeres, el 7% tuvieron bebés antes de las 37 semanas de gestación, coincidiendo con los de bajo peso, un 82% fueron neonatos de peso adecuado y un 10% macrosomas. **Discusión:** la mujer añosa tiene más probabilidades de tener niños prematuros, de bajo peso y macrosomas, siendo también mayor el número de cesáreas y partos instrumentados que en las mujeres de edad óptima. **Conclusión:** la primigesta igual o mayor a 35 años posee un mayor riesgo de sufrir complicaciones neonatales y obstétricas.

**PALABRAS CLAVE:** edad materna avanzada, paridad, complicaciones.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine maternal and perinatal outcomes of elderly primiparous women in the hospital Juan Ramón Jiménez. **Material and methods:** descriptive study of pregnant women aged 35 years or more compared with those whose ages ranged between 20 and 34, all entered in the same period of time, during 2010, with the same database. **Results:** of elderly women, 37% completed their gestation by cesarean, 34% with a surgical instrument and 29% gave birth eutocic. Among these 12% had preterm deliveries and low birth weight, 74% of infants had an adequate weight and 12% were considered macrosomic. As for the optimal age women, 80%, ended their pregnancy by cesarean section 23%, 49% eutocic delivery and required assistance with forceps or vacuum to 27%. As for prematurity, in these women, 7% had babies before 37 weeks of gestation, coinciding with the low weight, 82% were infants right weight and 10% macrosomic. **Discussion:** the elderly women are more likely to have premature babies, low weight and macrosomic, and is also a greater number of cesarean sections and instrumental deliveries in women aged optimally. **Conclusion:** primigravida equal or greater than 35 years have an increased risk of neonatal and obstetric complications.

**KEY WORDS:** advanced maternal age, parity, complications.

## INTRODUCCIÓN

En los tiempos actuales la maternidad cada vez se retrasa más debido a ciertas circunstancias como pueden ser la espera de una mejora en el mundo laboral, una estabilidad emocional,... pero muchas de estas mujeres pueden desarrollar algunas patologías médicas que pueden afectar al embarazo y parto.

Es cierto que a partir de cierta edad existe una mayor madurez y responsabilidad, pero el embarazo en mujeres de edades avanzadas es de especial interés debido al aumento de complicaciones maternas y fetales (1) (2).

Entre las complicaciones maternas nos podemos encontrar con la hipertensión arterial, la diabetes, la preeclampsia, presentaciones anormales,... mientras que dentro de las complicaciones neonatales están el aumento de la incidencia de anomalías congénitas, prematuridad (3) y bajo peso, entre otros (4).

En cuanto al tipo de parto, varios estudios sugieren que en las madres primerizas mayores de 35 años se prolonga la segunda etapa del trabajo de parto. Éstas tienen más probabilidades de tener dificultades durante el parto. Esto puede explicar, en parte, la mayor tasa de nacimientos por cesárea entre mujeres de más de 35 años, sobre todo en las primerizas (5). En estas mujeres aumenta la incidencia de distocias cervicales, distocias dinámicas y atonía uterina. En caso de Bishops deficientes y en los que haya necesidad de una actuación obstétrica, la maduración cervical con prostaglandinas puede ser deficiente.

Por todo lo descrito anteriormente, consideramos que este tema es muy interesante, sobre todo por el aumento de futuras madres añosas que acuden al centro de salud o al hospital en los tiempos que corren.

## OBJETIVOS

### GENERAL:

Conocer los resultados maternos y perinatales de mujeres primíparas de edad avanzada en el hospital Juan Ramón Jiménez.

### ESPECÍFICOS:

Conocer la relación entre la edad materna y el tipo de parto.  
Conocer la prematuridad y bajo peso relacionado con la edad materna.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo de gestantes de 35 años o más comparadas con aquellas cuyas edades comprendían entre los 20 y 34 años, todas ingresadas en el mismo período de tiempo, durante el año 2010, y con la misma base de datos.

La fuente utilizada fue el libro de partos de Registros de Obstetricia del hospital Juan Ramón Jiménez.

Las variables estudiadas fueron la edad, paridad, edad gestacional en el momento del parto, tipo de parto y peso del recién nacido.

## RESULTADOS

Durante el año 2010 se registraron en el libro de partos 1530 mujeres primerizas, 225 de edad igual o superior a los 35 años y 1221 (80%) en edad comprendida entre los 20 y 34 años.

Entre las embarazadas de edad avanzada 83 mujeres (37%) terminaron en cesárea, 76 gestantes finalizaron su embarazo mediante fórceps o ventosa (34%) y 66 mujeres lograron parir de forma eutócica (29%) (Tabla 1).

Entre las mujeres en edad óptima, 287 finalizaron en cesárea (23.5%), 333 gestantes necesitaron ayuda de algún instrumento quirúrgico (27%), y 601 gestantes terminaron su embarazo con partos eutócicos (49%) (Tabla 1).

En lo referente a la edad gestacional en el momento del parto, un 12% no llegaron a las 37 semanas de gestación (partos pretérminos) en las mujeres mayores o iguales a 35 años, mientras que en las más jóvenes el porcentaje bajó a un 7% (Tabla 2).

En cuanto al peso de los recién nacidos hemos recogido los datos en aquellos que se consideran de bajo peso (<2500 gramos), los que nacen con un peso adecuado (2500 a 3800 gramos) y por último aquellos que se pueden llamar macrosomas, es decir, que pesan más de 3800 gramos. Todos ellos los hemos comparado entre las gestantes añosas y las de edades óptimas y los resultados son los siguientes: (Tabla 3).

Entre las mujeres de edades avanzadas 28 (12%) tuvieron bebés de bajo peso, 166 (74%) con un peso adecuado y 28 (12%) con un peso mayor a 3800 gramos.

Entre las gestantes con edad comprendida entre 20 y 34 años 90 (7%) parieron recién nacidos de un peso inferior a 2.500 gramos, 995 (82%) con peso adecuado y 127 (10%) fueron macrosomas.

## DISCUSIÓN

En este estudio se encontró que la añosa nulípara tiene un mayor riesgo de terminar en cesárea y en partos instrumentados, con lo que la terminación natural es menor en número si las comparamos con las mujeres con edades entre 20 y 34 años.

Podemos observar también que existe alguna diferencia en los porcentajes de los recién nacidos pretérminos, siendo mayor en mujeres de edad avanzada. Esto coincide con otros estudios (6) en los que se concluye que la añosa nulípara posee un alto riesgo de prematuridad, explicándose este hecho por un aumento de complicaciones médicas no obstétricas (7).

Con relación al peso del recién nacido, se encontraron un mayor número de neonatos con pesos adecuados en las mujeres en edad óptima. Los bebés de bajo peso y los de mayor peso aparecieron más en las mujeres de edad avanzada.

Como limitación del estudio cabe destacar la posible introducción errónea de los datos del parto en el registro y la toma de muestras, una mayor que otra, debido a que se tomaron todos los partos que tuvieron lugar en este hospital durante el año 2010.

En **conclusión** podemos decir que la primigesta igual o mayor a 35 años posee un mayor riesgo de sufrir complicaciones neonatales y obstétricas. Por ello se debe considerar como un parto con cierto riesgo y se debe ofrecer un control adecuado para evitar en lo posible las complicaciones materno-fetales que pudieran surgir.

## GRÁFICOS DE LOS RESULTADOS

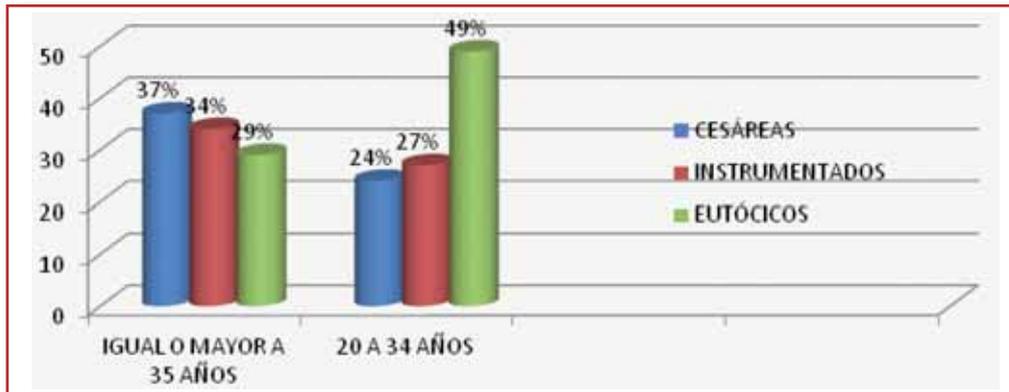


Tabla 1

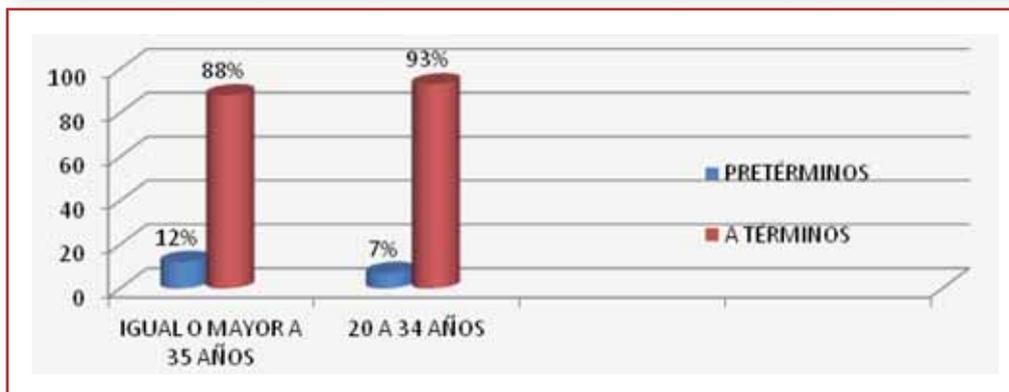


Tabla 2

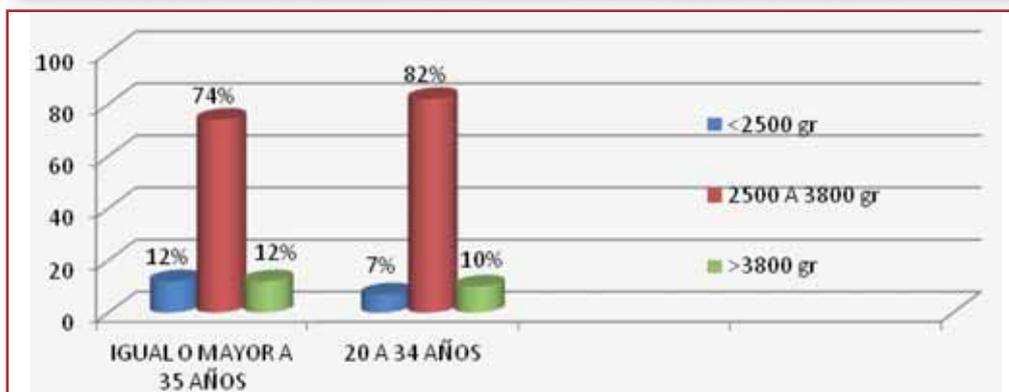


Tabla 3

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bustillos J, Giacomini L. Morbimortalidad materno-fetal en embarazos de mujeres mayores de 35 años. *Rev Costarric cienc Méd.* enero 2004; v 25 (1).
2. Jolly M, Sebire N, Harris J, Robinson S, Regan L. The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older. *Hum Reprod.* 2000;15:2433-2437.
3. Peña G, Barbato J, Chuyumar B, Cala R, Douaihi H, Martí A. Asociación entre prematuridad y embarazadas en edad avanzada. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2007; v 67 (1).
4. Bendezu G, Martínez. Gestación en edad avanzada. *Ginecología y Obstetricia.* Julio 2001; v 47 (3).
5. Wang Y, Tanbo T, Abyholm T, Henriksen T. The impact of advanced maternal age and parity on obstetric and perinatal outcomes in singleton gestations. Department of Gynaecology and Obstetrics, Oslo University Hospital. 2010.
6. Ziadeh S, Yahaya A. Pregnancy outcome at age 40 and older. *Arch Gynecol Obstet.* 2001; 265:30-33.
7. Peña W, Palacios J, Oscuivilca E, Peña A. El primer embarazo en mujeres mayores de 35 años de edad. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2011; 5: 49-53.

# EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE CURA DEL CATÉTER TUNELIZADO PARA HEMODIÁLISIS

## AUTORES

Tanagra Carcela Salvador<sup>1</sup>

Ángeles Gutiérrez Macías<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Nº Colegiado: 4659

<sup>2</sup>Nº Colegiado: 447

## RESUMEN

En los pacientes con tratamientos de hemodiálisis, un buen acceso vascular les garantiza el recibir un tratamiento correcto de diálisis, a la vez que disminuye la morbimortalidad. Actualmente, la incidencia de los pacientes con diálisis crónica sigue aumentando en nuestro país, caracterizándose por ser una población añosa con patologías crónicas y complicaciones vasculares. Esta situación provoca una limitación en la realización de accesos vasculares, llevando al incremento del uso de catéter tunelizado y, con ello, las complicaciones que de éste se deriva, siendo una de las más frecuentes la bacteriemia. Es, por todo ello, que el papel de la enfermera en los cuidados del catéter tunelizado es primordial para prevenir complicaciones.

El objetivo del estudio fue evaluar el protocolo para el manejo de catéter tunelizado para hemodiálisis a través de la incidencia de BRC existente en nuestro centro Minas de Riotinto, que cuenta con una alta prevalencia de catéteres.

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo desarrollado desde el 01 Enero del 2009 al 31 de Diciembre del 2010, donde incluimos a todos los pacientes portadores de catéter tunelizado, siendo un total de 28 en una población de 43 pacientes durante 9964 días-catéter, donde ocurrieron 8 episodios de Bacteriemia relacionada con catéter (0,80 eventos/1000 días-catéter). Concluyendo la excelencia de los cuidados en el manejo y seguimiento del protocolo existente en el centro.

**PALABRAS CLAVES:** Hemodiálisis, Catéter tunelizado, Bacteriemia relacionada con catéter.

## INTRODUCCIÓN

En los pacientes de hemodiálisis la importancia de la realización de un buen tratamiento depende en gran parte de su acceso vascular, siendo recomendable la fistula arterio-venosa o los injertos con prótesis sintética. Pero, fue a partir del año 1979, cuando comenzaron a cobrar importancia la utilización de catéteres venosos centrales con la introducción del catéter de subclavia Uldall como método rápido para establecer un acceso temporal de hemodiálisis hasta la colocación o maduración de una fistula permanente arterio-venosa o injerto de prótesis sintética. Actualmente y a pesar del conjunto mínimo de indicadores propuestos por el grupo de trabajo de gestión de calidad de la Sociedad Española de Nefrología, cuyo porcentaje de pacientes prevalentes con catéter tunelizado no debe su-

perar los estándares anuales del 12%<sup>1</sup>, el uso de catéter venoso central se ha ido incrementando tanto para uso temporal como permanente, debido a una creciente población envejecida que presenta patologías crónicas y complicaciones vasculares que imposibilitan la realización de un acceso vascular para hemodiálisis. La utilización masiva del uso del catéter venoso como acceso de diálisis supone un riesgo de bacteriemia incrementado.

La incidencia de bacteriemia relacionada con catéteres tunelizados varía (0,18-10,5 bacteriemias/1000 catéteres/día) con una media aportada por la mayoría de los autores entre 1,4-3,7 bacteriemias/1000 catéteres/día<sup>2-3</sup>. Esta situación crea gran controversia en la práctica clínica. Según Beather y Urbanes<sup>4</sup>, cualquier centro que tenga una tasa mayor a 2 eventos/1000 días-catéter debería plantearse mejorar sus prácticas de pre-

vención (tabla 1). En la mayoría de las publicaciones de los últimos años, la práctica clínica sobre prevención de infecciones se basa, principalmente, en medidas de asepsia junto con la utilización de medidas farmacológicas; el sellado de las luces con antibióticos, el sellado con citrato, la aplicación de mupirocina en las fosas nasales y orificio de salida del catéter para evitar las bacteriemias por *Staphylococcus Áureus*, etc., todas con buenos resultados<sup>2-3</sup>, pero no siempre ésta situación es la más adecuada.

Es, por todo ello, que no debemos olvidar la importancia de la utilización de un protocolo estandarizado, fundamentalmente, basado en el manejo lo más aséptico del catéter en la manipulación por parte del personal de enfermería. Siendo el papel de ésta fundamental en el mantenimiento y optimización del catéter para minimizar el riesgo de morbimortalidad asociada a expensas de las complicaciones inmediatas y tardías, entre algu-

**TABLA 1. Resultados de los cuidados según número de infecciones<sup>4</sup>.**

<1/1000 días-catéter	Excelente
1-2/1000 días-catéter	Bien
3-5/1000 días-catéter	Regular
6-7/1000 días-catéter	Malo
>7/1000 días-catéter	Muy Malo

nas de ellas, la infección; permitiendo de esta manera asegurarnos la calidad de vida del paciente. Existe evidencia científica sobre tasas de incidencia de bacteriemia relacionada con catéter de 1/1000 días-catéter sólo con medidas de asepsia<sup>5</sup>. Asimismo, aun con tasas de incidencia menores se muestran en un estudio publicado recientemente por M.Albalate et al.con una incidencia de BRC de 0,24/1000 días-catéter<sup>6</sup>. Lo que demuestra que con una manipulación correcta y estricta del catéter es posible evitar la bacteriemia sin la necesidad de exponer al paciente a los efectos secundarios que suponen el uso de antibiótico como medida de precaución para prevenir infecciones. El objetivo de este trabajo es evaluar los cuidados del protocolo para el manejo de catéter tunelizado para hemodiálisis a través de la incidencia de BRC existente en nuestro centro Minas de Riotinto, que cuenta con una alta prevalencia de catéteres.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se desarrolló en el centro de Diálisis Minas de Riotinto perteneciente a la empresa Diaverum servicios renales. Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo de 28 pa-

cientes portadores de catéter durante dos años en un período comprendido desde el 1 de Enero del 2009 al 31 de Diciembre del 2010; donde se recogió la incidencia de bacteriemia relacionada con catéter.

El centro cuenta con un ratio de enfermera de 1/5 pacientes cuyo trabajo se distribuye durante tres días en semana (L, X, V) con turnos dobles de mañana y tarde. Situación que hace que se tengan que compartir sala con los distintos turnos, con desmontaje y montaje simultáneos, debido a la falta de tiempo, dificultando la limpieza exhaustiva de la sala.

Nuestro centro, además, cuenta con unas peculiaridades propias tanto por las características de los pacientes, como por la sistemática del trabajo:

- Alta prevalencia de catéteres tunelizados (según estándar de calidad establecido por la SEN)<sup>7</sup>.
- Tres turnos de diálisis (L, M, V) con montaje y desmontaje compartido de pacientes.
- El ratio de una enfermera por cada 5 pacientes a diferencia de lo recomendado por la Sociedad Española de Nefrología que aconseja un ratio de 2 enfermera por paciente según grado de dependencia y comorbilidad así como de las características técnicas y el acceso vascular.
- Pacientes añosos (media de edad de 70,5 años) en relación con la media que se muestra en otros estudios, como por ejemplo el de J.M.Cruz y cols. con una media de 60,1 años.<sup>8</sup>
- Usuarios pluripatológicos (diabéticos, cardiopatas, vasculopatías, parkinsonismo..etc.
- Se lleva a cabo el despistaje y tratamiento erradicador sistemático de usuarios portadores nasales de *Estafilococos Aureus*.

Se consideró bacteriemia la positividad de, por lo menos, un hemocultivo de sangre periférica en un paciente portador de un catéter venoso que presenta signos clínicos de infección no atribuible a otro foco y evidencia de colonización del catéter por el mismo microorganismo aislado en la sangre (idéntica especie y antibiótico). En espera del resultado de los cultivos debe sospecharse e iniciarse su tratamiento en presencia de una clínica compatible. Se realizaron hemocultivos en todos los casos de sospecha de bacteriemia antes de administrar el antibiótico y, posteriormente, se inició tratamiento empírico sinérgico con (vancomicina o targocid 400 mg y tobramicina o gentamicina), con modificación posterior según antibiograma y con una duración de tres semanas. También se asoció durante el tratamiento, el sellado de las luces del catéter con el antibiótico específico más heparina (5%) mezclados ambos en una jeringa de 5 cc.

Para la cura del catéter se utilizó el protocolo estandarizado existente en nuestro centro (tabla 2), basado principalmente, en medidas de asepsia.

La cura del catéter se lleva a cabo por la enfermera y el auxiliar de enfermería, dedicándose exclusivamente estas dos personas a la cura de éstos. El catéter y su inserción se examinan y se curan siempre que sea necesario y, al menos, en cada sesión de hemodiálisis antes de iniciarla.

TABLA 2. Protocolo estandarizado cura del CT en el Centro de Diálisis Minas de Riotinto

### 1. CONEXIÓN DEL PACIENTE

- Colocación de mascarilla (enfermera, paciente u otro personal que pudiera asistir a la conexión) Con el paciente previamente colocado en decúbito supino.
- La enfermera se realiza un lavado quirúrgico de manos, previa retirada de sortijas, pulseras, etc; posterior secado y colocación de campo y guantes estériles. (Procedimiento lavado de manos, anexo 1).
- El auxiliar, previo lavado de manos y colocación de guantes no estéril, procede a la retirada del apósito al paciente.
- Inspección del punto de inserción del catéter y se inicia la cura con limpieza del mismo con povidona yodada jabonosa (7,5%).
- Lavado con suero fisiológico y secado con gasa estéril. Posterior aplicación de clorhexidina al 2% (primero en el punto de inserción y después en la rama del catéter).
- Se cubre con apósito estéril.
- Limpieza de las luces del catéter con clorhexidina al 2%. Se aspiran 3cc de cada rama con una jeringa estéril de 5cc para cada luz.
- Se inyectan 10 cc de suero fisiológico (0,9%) por cada rama.

### 2. DESCONEXIÓN

- Se siguen utilizando mascarilla tanto para el paciente como para el enfermero, pero con guantes no estériles.
- Se procede al lavado de cada luz del catéter con 10 cc de suero fisiológico (0,9%) y posterior sellado de las luces del catéter según la cantidad indicada con heparina al 5%.

### 3. RECIBIMIENTO DEL PACIENTE

- Se le informa de los cuidados que tiene que llevar al estar incluido en tratamiento de HD (respecto a la nutrición, cuidados del acceso central, signos de alarma a tener en cuenta, etc) y técnicas que se le van a realizar.
- Como norma general establecida en el centro a todo paciente portador de catéter en su incorporación se le realiza un exudado nasal previo para descartar posible colonización por S. aureus (en caso de positividad se inicia tratamiento con mupirocina tópica nasal durante dos semanas y se procede a su posterior control).

### 4. NOTAS

- Si existe incidencia de obstrucción se lleva a cabo el sellado con urokinasa (Dosis 20.000 U para cada luz, con 1cc de la dilución más S. fisiológico heparinizado hasta rellenar ramas del catéter), así mismo, si existe cualquier incidente de alteración de la inserción del catéter o de las luces del mismo, se pone siempre en conocimiento del nefrólogo del centro.
- Debe evitarse en todo momento que los orificios del catéter permanezcan al aire, usándose para ello tapones o jeringas estériles.

Los datos se registraron en el programa informático iRIMS 4.14844 existente en el centro.

La tasa de incidencia de bacteriemia se calculó como número de bacteriemia X 1000/días de seguimiento. Utilizándose el programa informático Microsoft Excel starter 2010 para el cálculo de resultados expresados como media aritmética (promedio).

## RESULTADOS

Durante el período comprendido entre el 1 de Enero del 2009 y el 31 de Diciembre del 2010, se estudiaron un total de 28 pacientes portadores de catéter de un total de 43 enfermos, prevalencia de catéter 35,5%. De los cuales un 54,7% eran hombres y un 45,25 % eran mujeres (figura 1), que presentaban una media de edad de 70,5 años. Entre las causas de la insuficiencia renal, la diabetes (21,9%), la glomerulonefritis (17,1%), la hipertensión arterial (15,1%) y otras causas (45,8%) como; IRCT no filiada, pielonefritis debida a reflujo uretero-vesical, pielonefritis debida a urolitiasis, poliquistosis renal, enfermedad vascular renal inespecífica (figura 2)



Figura 1. Porcentaje de hombres y mujeres de la muestra de pacientes del centro de diálisis durante el período del 1 de enero del 2009 al 31 de diciembre del 2010.



Figura 2. Porcentajes de las causas que provocaron la insuficiencia renal de los pacientes durante el período comprendido entre el 1 de enero del 2009 al 31 de diciembre del 2010.

Del total de 28 CT fueron 13 pacientes portadores de catéter permanente tunelizado sin posibilidad de creación de un acceso vascular y 15 pacientes portadores de catéter transitorio tunelizado hasta la maduración o creación de un acceso vascular. Todos ellos insertados a través de la vena yugular interna derecha a excepción de un solo catéter que se inserta en la vena yugular interna izquierda.

Entre las principales causas que imposibilitaron la creación de un acceso vascular entre los portadores de catéter permanen-

te estaban: 5 casos por agotamiento de acceso vascular (38,46%), 3 casos por insuficiencia cardíaca (23,08%), 2 casos de hipertensión pulmonar (15,38%), 1 caso de enfermedad terminal (7,69%), 1 caso de parkinsonismo (7,69%) y 1 caso de valvulopatía avanzada (7,69%) (Figura 3).

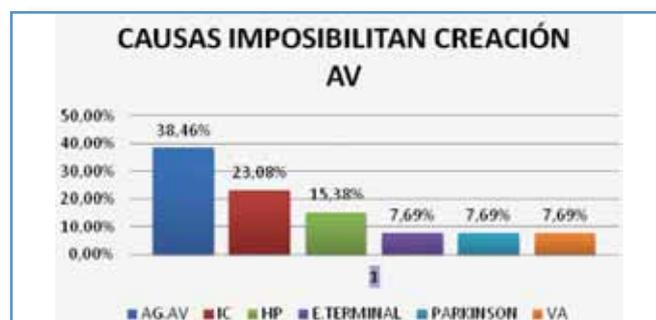


Figura 3. Causas que imposibilitaron la creación de un acceso vascular en los pacientes portadores de catéter permanente durante el período comprendido entre el 1 de enero del 2009 al 31 de diciembre del 2010.

El tiempo total de seguimiento fue de 9964 días, con una mediana de 384 días por paciente (rango: 27-730).

Durante este período se produjeron ocho episodios de BRC, siendo por tanto la tasa de incidencia de 0,80/1000 días-catéter, por lo que el resultado de los cuidados se considera dentro de la excelencia, según la tabla de Beather y Urbanes<sup>4</sup> que relaciona resultado de los cuidados y número de infecciones (tabla 1).

Entre los gérmenes causantes de la bacteriemia estaban: 3 casos por staphylococcus aureus resistente a metilicina; 1 caso por staphylococcus aureus sensible a metilicina (SASM); 1 caso por staphylococcus epidermidis resistente a oxacilina; 1 caso de staphylococcus epidermidis sensible a oxacilina; 1 caso por enterococo fecali resistente a oxacilina; 1 caso de scherichia coli (Figura 4).

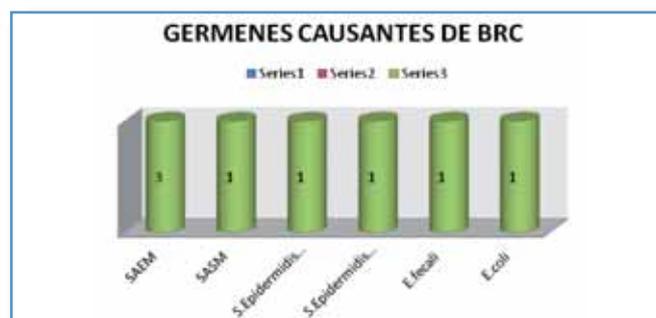


Figura 4. Gérmenes causantes de las BRC durante el período comprendido entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010.

Entre los episodios de BRC destacar que dos de ellas fueron causa de retirada de catéter:

Uno de los episodios correspondía a un paciente de 78 años que presentó una bacteriemia de enterococo fecali resistente a

oxacilina, portador de catéter permanente yugular interna derecha. Este paciente presentaba en ese momento poca higiene personal e inmunosupresión, causada por enfermedad hematológica (macroglobulinemia de Waldstrom).

El otro de los episodios correspondía a un paciente de 80 años que presentó una bacteriemia por *Escherichia Coli*, portador de catéter permanente yugular interna izquierda.

Todos los episodios de BRC fueron tratados con tratamiento de antibiótico según antibiograma y protocolo estandarizado del centro de diálisis.

## DISCUSIÓN

El papel de la enfermera en los cuidados y el seguimiento del protocolo estandarizado con una medidas, lo más aséptica posible, es esencial y primordial para prevenir las bacteriemias relacionadas con catéter que, como ya se ha mencionado, es la primera causa de ingreso hospitalario (según guía SEN) y conlleva una morbimortalidad elevada. De esta forma, mejoraríamos la calidad de vida del paciente y se reducirían los costes económicos<sup>9-10</sup>.

Iniciamos el presente estudio para evaluar la eficacia del protocolo para la cura de catéter existente en nuestro centro de diálisis Minas de Riotinto, teniendo en cuenta los valores establecidos por Beather y Urbanes en su estudio<sup>4-5</sup>.

Basándonos en los resultados obtenidos respecto a las bacteriemias relacionadas con los catéteres, resaltar que 4 de los 8 eventos (50%), son causados por *Estafilococos Áureus*, hecho que se justifica por ser el microorganismo más frecuentemente aislado en estas bacteriemias según las distintas series<sup>11</sup>. Hecho que además prevenimos mediante el despistaje de portadores nasales de *Estafilococos Áureus* y posterior tratamiento.

En referencia al total de catéteres estudiados (13 permanentes

y 15 transitorios) destacar el riesgo de aparición de bacteriemias que supone, ya que hay estudios que demuestran que el uso de catéteres permanentes incrementó el riesgo de tener un episodio de bacteriemia en un 95%, un 76% con el uso de catéteres transitorios y un 5% en presencia de fístula arteriovenosa protésica<sup>7</sup>.

A pesar de comprobar que el cuidado del catéter en nuestro centro y el número de bacteriemias están dentro de los límites aceptados y avalados por diversos estudios<sup>4-5</sup> hemos de hacer autocrítica e incidir en una serie de aspectos que podrían mejorar nuestra incidencia de bacteriemia:

- Utilizar una técnica de desconexión estéril en la cura del catéter, que no hacemos en nuestro protocolo, y si en otros estudios publicados<sup>5-6</sup> mostrándose éstos con incidencias de BRC inferiores. Aunque esta situación conllevaría un mayor empleo de tiempo en la cura, montaje y desmontaje del paciente (recordar que se dializa tres días en semana con tres turnos sucesivos).
- Sería recomendable revisar el ratio enfermera/paciente dado los factores que modifican la carga laboral del centro como son: edad media elevada, comorbilidad existente y alta prevalencia de catéter existente. Todo esto implica una carga laboral mayor. Según G.Alcalde y Cols, la dotación de enfermería deberá ser la suficiente para satisfacer las necesidades de atención de los pacientes y garantizar la seguridad del tratamiento<sup>12</sup>.
- No compartir la sala con pacientes de distintos turnos, con desmontaje y montaje simultáneos, lo que dificulta la limpieza exhaustiva de la sala.
- En conclusión, podemos mostrar la excelencia de los cuidados del protocolo utilizado dado los resultados de la baja incidencia de BRC, basándonos en el estudio de Beather y Urbanes<sup>4</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. M. Angoso, G. Alcalde, F. Álvarez-Ude y M. D. Arenas. Gestión de calidad en hemodiálisis. *Nefrología*. 2006; 26(8):84-98.
2. Wayne D, Macginley R, David T, Mary C, Bryan S, Maree N et al. A randomized controlled trial of topical exit site mupirocin application in patients with tunneled, cuffed haemodialysis catheters. *Nephrol Dial transplant*. 2002;17:1802-1807.
3. Wijmer M, Van den Dorpel M, Van de ven P, Wee P, Van Geelen J, Groeneveld J, et al. Randomized, Clinical trial comparison of trisodium citrate 30% and heparin as catheter-locking solution in hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol*. 2005. 16:2769-2777.
4. Beathard GA, Urbanes AJ. Catheter lock solutions to prevent bloodstream infections in high-risk hemodialysis patients. *Am J Nephrol* 2007;27:24-29.
5. Beather GA. Catheter management protocol for catheter-related bacteremia prophylaxis. *Semin Dial* 2003;16:403-5.
6. M.Albalade, R.Pérez García, P.de Sequera, R. Alcázar, M.Puerta et al. ¿Hemos olvidado lo más importante para prevenir bacteriemias en pacientes portadores de catéteres para hemodiálisis? *Nefrología* 2010; 30(5):573-7.
7. Ishani A, Collins A, Herzog C, Foley R. Septicemia, access and cardiovascular disease in dialysis patients: The USRDS Wave 2 Study. *Kidney Int* 2005;68:311-8.
8. J. M. Cruz, L. Piera, J. L. Bragg-Gresham, H., Feldman y F. K. Port. Resultados del Estudio Internacional de Hemodiálisis DOPPS en Europa y España. *Nefrología*. Volumen 23. Número 5. 2003.
9. López Ramón I, Muro Suescun B, Azcona Ezcurra M et al. Cuatro años de experiencia con veinte catéteres Twin-Cath; Indicaciones, Supervivencia y Prestaciones. En: Libro de Comunicaciones del XXII Congreso de la Sociedad Española De Enfermería Nefrológica. Santander 1997 Barcelona: HOSPAL; 1997.P.18-24.
10. Análisis de las complicaciones de los catéteres permanente para hemodiálisis en un área de salud: repercusión económica. María Pilar Velayos González, Susana Martínez Gómez, José Portolés Pérez, M<sup>a</sup> del Carmen Gago Gómez, M<sup>a</sup> Del Mar Andrés Vázquez, Enrique Gruss Vergara.
11. Beathard GA. Management of bacteriemia associated with tunneled-cuffed hemodialysis catheters. *J Am Soc Nephrol* 10:1045-049.
12. G. Alcalde, A. L. Martín de Francisco, A. Fernández y J. L. Conde. Dotación de personal para centros de hemodiálisis ambulatoria. *Nefrología*. Volumen 26. Suplemento 8. 2006.

El Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva convoca

# CONCURSO FOTOGRÁFICO para el Cartel del **XIX** Certamen de Investigación de Enfermería «Ciudad de Huelva»

## BASES

**OBJETO:** Se convoca el presente concurso de fotografías con el objetivo de dotar al Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva de una ilustración para el cartel del **XIX Certamen de Investigación de Enfermería «Ciudad de Huelva»**.

**PARTICIPANTES:** Todos los Enfermeros colegiados en el Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva y al día de sus obligaciones colegiales. El hecho de participar en este Concurso implica la aceptación previa de estas bases en su totalidad.

**TEMA:** «Provincia de Huelva».

**OBRAS:** Mínimo de 2 y máximo de 6 fotos inéditas por autor.

**FORMATO:** Las fotografías tienen que ser en papel color. Tamaño 15 x 20 cm.

**PRESENTACIÓN:** Las fotografías se presentarán montadas en cartulina blanca con un tamaño de 30 x 40 en cuyo reverso irá el título de dicha foto.

Adjunto a las fotografías debe indicarse en sobre cerrado: nombre y apellidos del autor, domicilio, teléfono, número de colegiado; en el exterior del sobre deberá indicarse el título de la fotografías.

Las obras se presentarán debidamente protegidas en la sede del Colegio de Enfermería, sita en c/. Berdigón, nº 33 1º D.P. 21003 Huelva, indicando en el sobre: PARA EL CONCURSO

FOTOGRÁFICO «SAN JUAN DE DIOS», hasta las 18 horas del día 30 de enero de 2012

**FALLO:** El fallo del jurado se dará a conocer en los actos de celebración del **Día Internacional de la Enfermería, San Juan de Dios 2012**, entregándose los premios ese mismo día.

**JURADO:** Estará compuesto por profesionales del mundo de la fotografía y la imagen, siendo presidido por el Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Huelva.

El fallo será inapelable, y los concursantes, por el hecho de participar en el concurso, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial sobre la decisión del jurado.

**PREMIOS:**

**PRIMER PREMIO: 200 euros y Trofeo.**

**ACCÉSIT: 100 euros y Trofeo.**

**PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:** Las obras premiadas quedarán en poder del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva, el cual se reserva los derechos de reproducción, sin autorización del autor y sin otra obligación que citar el nombre del autor.

**DEVOLUCIÓN:** Las fotografías no premiadas podrán ser recogidas en la sede del Colegio de Enfermería.

**NOTA:** Cualquier imprevisto será resuelto por el comité organizador.

*In memoriam*

## BUSCANDO TU SONRISA

No creas que es fácil escribir para alguien tan especial como tú, mi querido JUANMA. ¿Cómo alzar mis palabras para que lleguen al cielo? ¿cómo encontrar el esplendor de tu persona ahora que ya no estás? ¿cómo emocionar a un ángel?

Hace ya unos meses que no estás junto a nosotros y todavía soñamos con despertar de esta pesadilla que nos consume día tras día. Aún hoy miro al cielo cada instante para preguntarme porqué has tenido que marcharte, porqué has sido elegido; pero no encuentro la respuesta. Lo intenté desde la ira pero agoté los gritos y no me sirvieron. Derramé un millón de lágrimas y lloré hasta secarse mi alma. Ahora busco tu sonrisa por ver si me da consuelo. Buscando tu sonrisa siempre recordaré tu cara iluminada, tus ojos grandes y tu tierno abrazo. Es por eso que la busco incesante.

Ahora recordaba en mi silencio tus inicios en la profesión. Comenzaste en ella con incertidumbre pero enseguida la pasión se apoderó de ti y ansiabas la llegada de un nuevo contrato para poder ayudar a los demás, anhelabas llegar a casa para contarnos como había transcurri-

do el día. Tal era tu inquietud que recorriste innumerables sectores: circuitos de carreras, unidades móviles de prevenciones, campings, piscinas, profesor (cursos y AESLEME), SAS y algunos más.

En todos ellos has ido dejando tu huella, tu fuerza, tus amigos y es por eso que hoy, todavía con los ojos humedecidos, quiero compartir con los que te conocieron aquellas anécdotas que surgieron dentro de tu corta pero intensa profesión y poder oír el eco de esa sonrisa a nuestro lado una y mil veces más.

Así tu recuerdo me fortalece, me anima a seguir en el camino que tú escogiste, me alienta en mi vida y sobre todo me hace sentirme junto a ti. Hoy no quiero despedirme de ti sino simplemente quiero darte las gracias por haber sido mi compañero, mi amigo y sobre todo mi HERMANO PEQUEÑO DEL ALMA.



Juan Manuel Rubio Rodríguez

Con amor de todos los que te queremos para siempre.  
estrellantares@andaluciajunta.es

# El Colegio de Enfermería de Huelva



"La adoración de los Reyes Magos", Diego Velázquez (año 1659), Museo del Prado

Feliz Navidad y Año  
2012



# ILUSTRE. COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE HUELVA



CONVOCA

# XVIII

## Certamen de Investigación

en

## Enfermería

### CIUDAD DE HUELVA



Colón

Fco. Javier  
Fdez Gómez

## Bases

### 1. DENOMINACIÓN

Certamen Onubense de Investigación en Enfermería "CIUDAD DE HUELVA"

### 2. OBJETO

Los premios se concederán a trabajos de investigación o monográficos de Enfermería, inéditos, que se presenten a este certamen de acuerdo a las bases del mismo y hayan sido realizados por profesionales de Enfermería.

### 3. DOTACIÓN

La dotación será:

Primer Premio: 1.500 euros y trofeo.

Accesit: 500 euros y trofeo.

No se podrá acumular más de un premio en un solo trabajo. La dotación económica de los premios está sujeta a retención fiscal según lo estipula la ley.

El jurado podrá declarar desierto los premios si considera que los trabajos presentados no reúnen la calidad científica suficiente.

### 4. PRESENTACIÓN

Los trabajos se presentarán en la sede del colegio antes de las 18:00 horas del día 22 de Diciembre de 2011. No tendrán límite de espacio y acompañará bibliografía si la hubiese, así como documentación gráfica. Se presentarán cinco copias, en tamaño DIN A-4, mecanografiados a doble espacio por una sola cara, encuadernados, empaquetados y en soporte digital.

Los trabajos se presentarán en sobre donde deberá indicar "Certamen de Investigación en Enfermería. Ciudad de Huelva". No llevará remite ni dato identificativo alguno. Irán firmados con seudónimo y en cuyo interior contendrá los datos del autor (seudónimo, título del trabajo, nombre, D.N.I., Dirección completa, teléfono, nº de colegiado).

### INFORMACIÓN:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva

C/ Berdigón, nº 33, 1º izq. 21003 Huelva

Telf.: 959 54 09 04 - Fax: 959 25 62 70

e-mail: coleg21@enfermundi.com

Los trabajos se podrán presentar personalmente en la sede Colegial o bien por correo o agencia, pero han de llegar antes de la finalización del plazo establecido.

### 5. PARTICIPANTES

Podrán concurrir todos los profesionales de Enfermería, que se encuentren colegiados en Andalucía y al día en sus obligaciones colegiales. Quedan excluidos los miembros que componen el jurado. El hecho de participar en este certamen implica la aceptación previa de las presentes bases.

### 6. JURADO

Estará compuesto por un mínimo de cinco miembros y será presidido por el Presidente del Colegio de Enfermería de Huelva. Todos los miembros del jurado serán profesionales de Enfermería, los cuales nombrarán un secretario. Los concursantes, por el hecho de participar en el concurso, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial sobre la decisión del jurado, que será inapelable.

### 7. FALLO

El fallo del jurado será hecho público por el secretario designado entre sus miembros, el Día Internacional de Enfermería, San Juan de Dios del año 2012.

### 8. PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS

Los trabajos premiados quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Huelva, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno, estando obligado únicamente, en caso de publicación a hacer mención del nombre del autor.

### 9. TITULAR DEL PREMIO

Será quien aparezca como único o primer firmante.

<http://www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es>