

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERIA
DE HUELVA



enfermería

AÑO X

nº 25 Febrero 2007



Enfermería, a la cabeza en estimación social



Ley del Medicamento e indefensión jurídica

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

Jefe de Redacción:

Patricia Mauri Fábrega

Redacción:

Josefa Lorenzo Martín

Enrique Aguiar Mojarro

Eduardo Rico González

Martín Vázquez Bermúdez

Antonio Olid Torres

Carmen D. Beltrán Camacho

Asesora de redacción:

Eva M^a Lorenzo Martín

Fotografía:

Archivo del Ilustre Colegio de Enfermería
de Huelva

Redacción: Sede Colegial

Imprime: Technographic, S.L.

Déposito Legal: H-1996-43

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

Tirada: 2.500 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

Página www: ocenf.org/huelva/

Coleg21@enfermundi.com

Fax: 959 25 62 70

Horario de Oficina:

De lunes a viernes.

De 9 a 21 h. ininterrumpidamente

Horario de la Asesoría Jurídica

Martes y jueves de 17,30 a 19 horas

Entrevista con el presidente:

Concertar cita

SUMARIO

3 Editorial

5 Enfermería, la segunda profesión más valorada por los españoles

6/7 Plataforma Antequera

8 Título de Grado

9 25 años de SIDA

10/11 Carrera Profesional

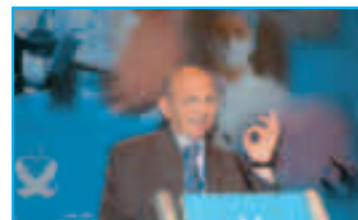
12/13 Especialidad de Salud mental Día de S. Juan de Dios

14/15 Cuidados enfermeros en fibromialgias

16/19 Plan de cuidados para pacientes hospitalizados en psiquiatría

20/21 Enfermería busca un consenso

22/23 Hospital Riotinto



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.

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.

EDITORIAL

ENFERMERÍA, ENTRE UNA ALTA ACEPTACIÓN SOCIAL Y LOS PROBLEMAS DE DESARROLLO COMO PROFESIÓN

Enfermería se encuentra, nos encontramos todos sus integrantes, ante un año previsiblemente difícil. No hay que ser ningún tipo de adivino o clarividente para entender que algunas cuestiones, van a originar algún que otro problema añadido que no deberían llegar ni a estado de embrión. Y nos referimos, por ejemplo, a las especialidades y su impresentable retraso, al asunto de la prescripción de fármacos y la Ley del Medicamento, la configuración del nuevo título universitario que surja desde la reforma que se está gestando en los campus y despachos ministeriales.

Son demasiados frentes abiertos cada uno con la suficiente enjundia e importancia como para que la profesión permanezca con los oídos bien atentos no ya para oír sino para escuchar lo que el devenir mas próximo vaya produciendo en forma de logros y, ojalá que no, frustraciones que atañen al conjunto de la profesión. Por todas estas problemáticas, la Junta del Colegio Oficial de Enfermería de la provincia de Huelva ha querido editar el presente número de DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA con el propósito de tener un debate, individual y colectivo, para tomar conciencia de los asuntos que, a la vuelta de la esquina como quien dice, van a ir pronunciándose.

Como botón de muestra, la gravedad que lleva implícita la publicación en el BOE de la nueva Ley del Medicamento por la que el nuevo texto legal deja en "situación de ilegalidad" muchas actuaciones profesionales. Como ha señalado muy acertadamente el Consejo General, la profesión ha pasado, en esta materia, desde un marco de alegalidad a otro de clara ilegalidad con el trasfondo de poder incurrir en delitos de intrusismo profesional que, no se olvide nunca, están tipificados en el vigente

Código Penal. O, por qué no, apuntar, aunque sea de pasada, el hecho de que los Ministerios de Educación y Sanidad (o al revés, que tanto monta) no hayan movido un solo dedo para poner en pie el edificio de las especialidades profesionales que tanto costó propiciar y que dejó cimentado el Real Decreto firmado por El Rey de España hace ya más de un año. ¿Por qué tanta desidia, por qué tanta indiferencia, por qué semejante falta de respuesta en un tema cuyos beneficiarios son los ciudadanos de la nación? Por qué...

Pero, por suerte, la actividad se compone de muchos frentes y esta publicación da cobijo, como no podía ser de otra forma, a esfuerzos en forma de trabajos que merecen ser editados para conocimiento general y que hablan de significativos avances que promueven los profesionales de a pie, aquellos que hacen posible que la acumulación de iniciativas tengan com resultado y deparen una profesión altamente valorada y respaldada por la sociedad, según acaba de confirmar el barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

Estamos absolutamente convencidos de que este es el verdadero potencial y caudal de la Enfermería española, desde el norte a estas tierras mas al sur, que camina penando en la firmeza de sus valores aplicados al mejor beneficio del ser humano. Que nuestro colectivo sea el segundo grupo profesional en estimación social dentro del abigarrado tejido de titulaciones y actividades de toda índole, es algo que ahorra cualquier consideración suplementaria por obvia y elocuente. Este Colegio de Huelva no debe sino sumarse a que la felicitación alcance a todos y cada uno de los profesionales repartidos por ciudades y pueblos de nuestra geografía provincial.

SEGURO

DE RESPONSABILIDAD CIVIL

TU COLEGIO TE PROTEGE

CON **300** MILLONES DE PESETAS

(1.803.036 €)

¡No te olvides!

tu **seguridad**, ante todo



ORGANIZACIÓN
COLEGIAL DE ENFERMERÍA

HUELVA

Enfermería, la segunda profesión más valorada por los españoles

La profesión de Enfermería ha obtenido una alta cualificación (7,80 puntos sobre 10) en la estimación de los españoles según el último barómetro publicado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) organismo oficial dependiente del Ministerio de la Presidencia del Gobierno de la Nación. Tan solo superada por el estamento Médico, la Enfermería se configura como una titulación que goza de gran reputación social por encima de la práctica totalidad de profesiones y actividades. Este hecho supone el refrendo a la labor, a veces anónima, de los miles y miles de diplomadas y diplomados que, en toda España, ejercen sus cometidos al lado del ciudadano. Por lo mismo, el Colegio de Huelva hace llegar su más sincera felicitación y reconocimiento a todos y cada uno de los profesionales de la provincia por semejante logro.

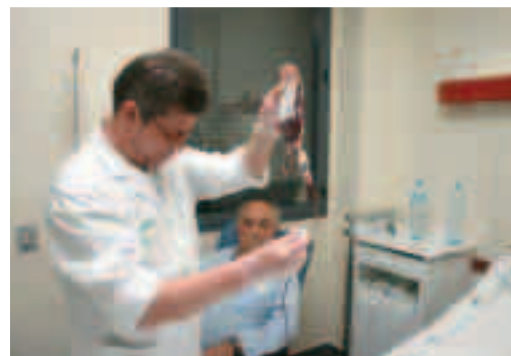
El Barómetro del CIS ha puesto de manifiesto lo que la sociedad lleva atestiguando desde hace tiempo: su respeto y consideración hacia la Enfermería. En un mundo tan complejo, lleno de tensiones y donde los distintos poderes juegan sus bazas con total intensidad, que Enfermería se sitúe en segundo lugar en la escala de estimación social no es sino la constatación de un éxito y reconocimiento a ojos de todo el pueblo. En la lista de estimaciones, como profesionales más valoradas, según el CIS aparecen en primera posición los *médicos* (8,29) seguidos por *enfermería* (7,74),

arquitectos (7,40) seguidos por los *informáticos* (7,35). Quizá pueda sorprender el que, a continuación, los *albañiles* (7,21) y los *fontaneros* (6,99) queden por encima de *policías* (6,86), *escritores* (6,75), *empresarios* (6,65) *jueces* (6,6) y *abogados* (6,4). En los últimos lugares comparecen los *periodistas* (6,1) y los *militares* (5,8).

Encuestas

En cualquier caso, los índices son producto de la propuesta del CIS que, en toda España, y de forma aleatoria, lleva a cabo 2.500 encuestas personales tratando de ofrecer una muestra lo más representativa posible de la sociedad en ese mismo instante. El cuestionario incluye preguntas cerradas y abiertas, como las que se refieren a los principales problemas que afectan a España y los que más interesan a las personas encuestadas. Los resultados, bajo un estricto anonimato, acaban configurando lo que todos conocemos como barómetro mensual del CIS.

A la luz de esos datos, el Colegio de Enfermería en Huelva, como representante institucional de la Organización Colegial en la provincia, ha dejado claro su sentimiento de "estar ante un auténtico espaldarazo como segunda profesión más valorada por la sociedad. Semejante respaldo significa, lisa y llanamente, que los españoles, sin distinción de regiones o niveles sociales, en-



La profesión goza del respaldo social

tienden y aprueban con esa nota lo que miles y miles de enfermeras y enfermeros llevan a la práctica en el día a día.

A veces de forma anónima pero, con los resultados en la mano, sabiendo el valor de un trabajo en favor de la sociedad. La Enfermería ha ido evolucionando y aquí estamos ante una auténtica prueba de fuego cual es la estimación contenida en el barómetro del CIS.

Por lo mismo, el presidente del Colegio, Gonzalo García Domínguez, quiere "aprovechar este número de la Revista colegial para hacer llegar al conjunto de la Enfermería onubense el reconocimiento ante los índices que, oficialmente, presentó el Gobierno a través del CIS. A todos los que comparten nuestra dedicación, desde los hospitales al núcleo rural, la enhorabuena porque la noticia lo merece y lleva como destinatarios a los profesionales de Enfermería".

EL PERSONAL ESTATUTARIO Y LOS "DÍAS MOSCOSOS"

El Tribunal Supremo (TS) ha vuelto a sentenciar que el personal incluido en el régimen estatutario del Servicio Andaluz de Salud (SAS) que trabaja en turnos rotatorios y nocturnos tiene pleno derecho a disponer de los seis días de asuntos propios popularmente conocidos como "días moscosos" en recuerdo del que fuera su defensor, el ex-ministro Moscoso. De tal suerte se ha pronunciado el TS a través de la Sala de lo Social en una sentencia en la que ha desestimado un recurso de casación presentado en su día por el SAS contra una sentencia anterior a cargo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (TSJA).

En ese fallo se condenó al SAS a abonar a una enfermera la cantidad de 357 euros por un exceso de jornada correspondiente a los días de asuntos propios. Ahora, el TS concreta que los citados días de libre disposición son considerados como "trabajo efectivo" y, por lo mismo, deben incluirse dentro de la jornada máxima anual correspondiente a cada turno.

LA "PLATAFORMA-ANTEQUERA" ACUSA AL SAS DE "FALTA DE RESPALDO" EN LA GESTIÓN

El 24 de noviembre de 2005 se constituyó en Antequera una Plataforma integrada por Sindicatos, Consejo Andaluz de Colegios de Enfermería, Asociaciones Científicas, Directivos de Enfermería y Profesionales Docentes, con un objetivo común, de desarrollo de los cuidados enfermeros como necesidad para la mejora de la atención sanitaria a los ciudadanos.

En el documento de la Plataforma se ofreció tanto a los profesionales como a las instituciones responsables del Sistema Sanitario andaluz una visión novedosa que se planteaba la necesidad de avanzar en distintos aspectos relativos a los profesionales de Enfermería y del propio sistema sanitario. Ha transcurrido algo más de un año desde la constitución de este foro y, a pesar de los ofrecimientos realizados, continuamos sin recibir una respuesta formal de la Consejería de Salud a nuestras propuestas. Asimismo, las instituciones integrantes de la plataforma, lejos de ver reflejadas mejoras en los desarrollos de los planes de la Consejería, contemplamos diversas amenazas para el desarrollo de un sistema sanitario orientado a las necesidades de los ciudadanos y ciudadanas, amenazas que podrían convertir un sistema sanitario como el nuestro en un sistema médico al orientarse casi exclusivamente al modelo dirigido a "curar" alejándose de las imprescindibles visiones de la promoción, mantenimiento de la salud así como la prevención de enfermedades y discapacidades.

Además de una mayor atención institucional hacia la profesión de Enfermería, dedicación de recursos y respeto a la autonomía e independencia profesional, los aspectos que desde su constitución la Plataforma consideraría necesario potenciar son:

- ✓ La adecuación de las infraestructuras a las necesidades de confort e intimidad de los ciudadanos
- ✓ La mejora de los sistemas de información clínica enfermera de todos los niveles de atención sanitaria
- ✓ La adecuación del número de profesionales a la demanda de los ciudadanos
- ✓ El fomento de la Formación e Investigación de la Enfermería, con aspectos prioritarios como son la Formación de Grado, la Formación Especializada y la Formación Continua.
- ✓ Apoyo institucional formal a modelos de práctica clínica avanzada, como la gestión de la demanda compartida, gestión clínica, posicionamiento de la Consejería de Salud ante la "prescripción enfermera" y potenciación de la capacidad resolutoria de las enfermeras
- ✓ Extensión del programa de Enfermería de enlace en todos los centros de salud y hospitales de Andalucía



La plataforma reapareció en Sevilla

- ✓ Participación en la dirección de Planes Integrales de la Consejería así como la composición paritaria entre enfermeras y médicos en los órganos colegiados de gestión del sistema.
- ✓ El fortalecimiento de las estructuras directivas de Enfermería, facilitando por parte de la Administración la igualdad de oportunidades el acceso a puestos de dirección de los profesionales de Enfermería valorando exclusivamente el perfil gestor. Precisamente éste último aspecto es el que ha propiciado esta nueva reunión de las instituciones integrantes de la Plataforma de Antequera.

El pasado día 17 de Enero 2007, el Servicio Andaluz de Salud (SAS) cesó a cuatro Directores de Zona Básica de Salud, de forma arbitraria, injusta e inmerecida. Las cuatro enfermeras relegadas de sus funciones de Dirección son de las ZBS Alhaurín el Grande, Alhaurín de la Torre, Álora y Cártama, todas ellas pertenecientes al Distrito Sanitario Valle del Guadalhorce (Málaga), que dirige Doña Catalina Sánchez.

En primer lugar, desde esta plataforma queremos, ante todo, agradecer los esfuerzos realizados por estas cuatro compañeras que han gestionado estas ZBS tan eficientemente. De igual forma, queremos expresarle nuestro reconocimiento a su labor que de no haber sido por esta injustificable acción hubieran continuado facilitando la mejor atención a su población.

Por otra parte, esta plataforma quiere manifestar su profunda preocupación e inquietud ante estos hechos. Cesar en sus funciones a Directores de ZBS no es un hecho común, al igual que no lo es el destituir cuatro de los seis directores que tiene ese Distrito. Por otro lado, tampoco es habitual que en las zonas mejor gestionadas del Distrito -alguna de ellas reconocida como la mejor de Andalucía- se decida cambiar a sus gestores. No menos extraña es la razón aducida por la Di-

rectora del Distrito, quien afirmó necesitar recambios para asumir un nuevo proyecto que, según parece, no puede ser asumido por estas profesionales de Enfermería. Es de todo punto, injustificable e insostenible estas motivaciones si tenemos en cuenta que se trata de unas excelentes gestoras, competentes en su labor, y con gran experiencia acumulada de entre 6 y 18 años.

Consideramos que esta decisión es ilegítima y advertimos que ya está generando por este motivo la unión de las enfermeras con independencia del puesto de trabajo que ocupen, gestión, asistencial o docencia. Así, las primeras acciones han sido las dimisiones en cadena de enfermeras que ocupan puestos directivos en ese distrito, y que no pueden estar de acuerdo ni con la forma, ni con razonamientos aducidos por su Directora, generando que el 70% de los Centros del Distrito Valle del Guadalhorce se haya quedado sin personal que organice y gestione los servicios de Enfermería y las necesidades del centro.

Estas circunstancias están provocando un evidente malestar entre los distintos profesionales y entre los propios ciudadanos que en último caso también se pueden ver afectados. Las manifestaciones por parte de las enfermeras y enfermeros van a seguir tanto a título personal como de forma colectiva, pero los únicos responsables de los problemas que se puedan generar no serán los profesionales si no la Administración sanitaria.

Los profesionales de Enfermería sabemos que el Servicio Andaluz de Salud conoce nuestra valía por los resultados que obtenemos con nuestra práctica enfermera, conoce que somos los profesionales mejor valorados por los ciudadanos del sistema sanitario y que en la dirección de centros estos se colocan por encima de la media en logro de objetivos. Sin embargo, hechos como estas destituciones nos obligan a exigir un trato igualitario con el resto de compañeros de los

Centros de Salud y que las elecciones de directores sean transparentes e igualitarias. Los profesionales de Enfermería constituimos uno de los pilares de la asistencia sanitaria en todos sus niveles, junto a otros profesionales, así nos ha colocado la sociedad, por nuestro esfuerzo y nuestra competencia profesional. Como sanitarios facultativos ejercemos las competencias necesarias para la gestión clínica dentro de los equipos multidisciplinares de salud.

Resulta evidente que la aspiración de mejora continua en la prestación de servicios sanitarios enfermeros es consustancial con la profesión de Enfermería. Para poder cumplir con este compromiso hacia la sociedad andaluza y avanzar en la mejora continua de la calidad de los cuidados que los profesionales proporcionan a los ciudadanos, las enfermeras y enfermeros tenemos la obligación de expresarlo en todos los ámbitos del sistema sanitario.

Uno de ellos es la Gestión, donde las enfermeras ejercemos un papel relevante, ya que aportamos una visión amplia y creativa de la gestión sanitaria, alejándonos de modelos tradicionales.

La población andaluza está cambiando, evoluciona, hoy día, se viven más años, sin duda, no sólo debido al cambio en el estilo de vida, sino también a los avances tecnológicos. Además la población andaluza no se conforma con el diagnóstico de sus enfermedades, necesita de profesionales que les ayuden y enseñen a convivir con sus padecimientos, a prevenir enfermedades y a mantener hábitos saludables, en definitiva, a cuidarse y mejorar su calidad de vida.

Por tanto, se hace preciso que no se margine a la figura de la enfermera, de forma urgente, en los equipos de gestión y planificación sanitaria, a todos los niveles, desde la alta gestión, hasta los cargos intermedios, que son los profesionales clave en la situación sanitaria actual y futura, así como, otros profesionales de la salud. Solo con esta amplitud de visión, el Sistema Sanitario público de Andalucía asegurará y garantizará a la sociedad la mejor asistencia, con la máxima calidad.

Los firmantes de esta plataforma tienen fundadas sospechas de que, la práctica de dificultar o apartar a las enfermeras de la gestión, se viene produciendo de forma soterrada y silente desde hace años, con la consecuencia del empobrecimiento de la aportación enfermera a la gestión intermedia que es la única que nos permiten, ya que, la presencia de enfermeras en la alta gestión es prácticamente inexistente.

Con este tipo de acciones parece que el Servicio Andaluz de Salud está vetando el apoyo institucional a las enfermeras que ocupan puestos directivos en los distintos centros de salud, no están teniendo en cuenta los resultados de la evaluación de su gestión y desde algunas instancias se siguen manteniendo posiciones asentadas en arcaicos y vetustos prejuicios: la competencia en la gestión sanitaria de las enfermeras está sobradamente probada y acreditada, no hemos de demostrarla más que cualquier otro profesional gestor, como muestra valga que una de las enfermeras directoras cesadas sea la que mejor resultados ha

obtenido de todas las unidades clínicas andaluzas.

Además, el SAS tiene que garantizar la igualdad de oportunidades para acceder a las Direcciones de los Centros de Salud y de las Unidades Clínicas y puestos de gestión en el Distrito de cualquier profesional, valorando exclusivamente el perfil gestor. La dirección de los centros de salud tienen que ocuparla profesionales con capacidad de liderazgo y habilidades de gestión, independientemente de la categoría profesional.

Existen otros muchos aspectos relevantes dentro de las necesidades de mejora en el SSPA que condicionan una adecuada prestación de servicios enfermeros como los mencionados al comienzo del documento, pero algunos de ellos también merecen una atención urgente por los máximos responsables del Sistema. De entre los aspectos que son de urgente necesidad de tratamiento están:

- La prescripción como consecuencia de la gestión clínica enfermera de productos sanitarios y medicamentos, estos últimos dentro de un sistema protocolizado avalado por la evidencia científica y con respaldo institucional formal, que permita la prescripción enfermera dentro de la norma (disposición adicional duodécima de la Ley 29/2006)
- La adecuación del número de profesionales a las necesidades de cuidados de nuestra población. Durante los últimos años los actuales gestores del SAS han potenciado que el número de profesionales médicos crezca hasta superar el número de profesionales de enfermería en algunos ámbitos y que se produzcan desequilibrios a favor de los profesionales médicos que lejos de aportar una visión multidisciplinar al sistema sanitario andaluz, provocan políticas de gestión sanitaria distantes de las verdaderas necesidades de los ciudadanos. Al mismo tiempo que se constata el crecimiento de la demanda de cuidados enfermeros seguimos padeciendo una escasez estructural de profesionales de enfermería para atender adecuadamente a la población andaluza.

El Sistema Sanitario debe facilitar el desarrollo de la competencias de todos los profesionales que lo componen, solo de esta forma no estará sustrayendo a las ciudadanas y ciudadanos andaluces el derecho a recibir una asistencia sanitaria de calidad. Mientras otros sistemas sanitarios promueven acciones para atraer a nuestras enfermeras a sus sistemas sanitarios, les amplia competencias y responsabilidad, promueve equipos cooperativos para reforzar la atención sanitaria, buscando la excelencia y el mejor servicio a la población, aquí se cercenan a las pocas enfermeras que llegan, por sus propios méritos y en un clima difícil, cuando no hostil, a puestos de responsabilidad y se disminuye sistemáticamente, año a año, de forma constante, la proporción de enfermeras en el SAS.

Nuestra razón de ser es dar a los andaluces lo mejor de todos como profesionales, por lo que pedimos a la Consejera se manifieste de forma favorable a nuestras peticiones y aproveche la competencia de las enfermeras para mejorar el sistema sanitario público.

Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE), la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC), el Consejo Andaluz de Enfermería (CAE), la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos (SAECC), el Sindicato de Enfermería (SATSE) de Andalucía, la Federación de Sanidad y Sectores socio-sanitarios de CC.OO. Andalucía, FSP-UGT Sector Salud Andalucía, el sindicato CSI-CSIF y representantes del profesorado de Escuelas Universitarias de Enfermería.

CONSEJERÍA: Un año sin respuesta

La Consejería de Salud aún no ha entrado a considerar ni a valorar, públicamente al menos, la existencia de la Plataforma profesional surgida en Antequera y en la que figuran el CAE, los sindicatos y las asociaciones científicas, de directivos y docentes. De ahí que en su reaparición, los responsables de la Plataforma hayan pedido a la administración regional que, en esta oportunidad, al menos exista constancia expresa de su existencia y objetivos programáticos.

En este sentido se pronunció, durante la comparecencia, el presidente del CAE, Florentino Pérez Raya, quien pidió a la Consejería que "sea mas receptiva de lo que demostró hace mas de un año cuando la Plataforma echó a andar". Y el dirigente de la enfermería autonómica expresó esa petición "en aras -dijo- para que la Consejería haga real lo que acaba de anunciar en Madrid por boca de la propia María Jesús Montero".

Y es que, horas antes, la titular de Salud declaraba en Madrid, en el transcurso de un acto sanitario que "la profesión está experimentando cambios que van a suponer una impresionante fuerza de desarrollo de su actividad". Tras señalar, entre otros datos, los referidos a las Enfermeras de enlace, Montero subrayó que "las enfermeras y los enfermeros son los que mas tienen que decir en la atención diaria a los enfermos y usuarios de nuestros centros".

De ahí que, haciéndose eco de estas manifestaciones, la Plataforma andaluza ha pedido a la consejera Montero que "traslade al terreno de los hechos el contenido de sus manifestaciones". Y en el Manifiesto de febrero 2007 que reproducimos hay una auténtica batería de proposiciones que la profesión quiere conquistar empezando por evitar circunstancias como las vividas en la provincia de Málaga con los ceses de cuatro enfermeras que ejercían como directoras en los Centros de salud de Alhaurín el Grande, Alhaurín de la Torre, Álora y Cártama.

TODOS LOS TÍTULOS DE GRADO DURARÁN 4 AÑOS, + PROYECTO FIN DE CARRERA

El Ministerio de Educación y Ciencia (MEC) ha variado su propuesta en relación a las futuras titulaciones de Grado, entre las que se incluye enfermería. Así, mientras el departamento estuvo dirigido por Sansegundo se habló de tres años académicos y un "practicum" clínico. Ahora, el Gobierno ha propuesto a los Rectores que los nuevos títulos "tengan, todos, 240 créditos" con cuatro años de duración, eliminándose lo que fuentes universitarias califican como "ambigüedad" contenida en la propuesta inicial. De esta forma se ven más próximas las aspiraciones defendidas por la Organización Colegial en el sentido de que enfermería se articule en titulación de cuatro años.

El MEC no ha ocultado que se ha producido un "cambio de rumbo" con la llegada de la ministra Mercedes Cabrera. Y donde se decía que habría unas titulaciones articuladas en tres años de estudios (180 créditos) más uno de practicum (60) se ha pasado a unos estudios de Grado para enfermería de 240 créditos y cuatro años de duración. Este compromiso quedó ratificado a primeros de julio/06 cuando el MEC lo hizo llegar a la conferencia de Rectores para que la totalidad de títulos de tengan

240 créditos por lo se desarrollarán durante cuatro cursos académicos.

MODELO COMÚN

El nuevo secretario de Estado de Universidades, Miguel Ángel Quintanilla, ha asumido, desde el primer momento, este "modelo común" al entender que, con anterioridad, existía "una cierta ambigüedad" en cuanto a la carga de créditos y la duración de la formación (entre 180 y 240 créditos). Por lo que se refiere a la titulación de enfermería, la Organización Colegial valoró positivamente este cambio entendiendo como tal la desaparición de la anterior división existente entre la obtención del diploma (180 créditos) y el practicum (60 créditos) para configurarse, ahora, en una carrera de cuatro años y 240 créditos. En este contexto, son esclarecedoras las manifestaciones del citado secretario de Estado de Universidades, profesor Quintanilla, cuando ha aludido a que serán las universidades las que podrán hacer sus propias propuestas de los títulos que prefieran y, si cumplen y se ajustan con las condiciones generales inherentes al nuevo Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), el título será reconocido como oficial me-

dante su inclusión en un Registro que sustituirá a los tradicionales catálogos de títulos. De este procedimiento, el secretario de Estado excluyó a tres titulaciones concretas (Medicina, Arquitectura e Ingeniería) por tener, dijo, "directrices un poco más específicas".

ESPADAS EN ALTO

Con la confirmación de una carrera de 4 años, el presidente del Consejo General de Enfermería, Máximo González Jurado, explicó que "esta fórmula podría resolver bastante bien nuestras peticiones y serviría para tener los contenidos teóricos, prácticos y clínicos necesarios" que se ajusten a la Declaración de Bolonia y permitan la libre circulación de estudiantes de enfermería por los países de la Unión Europea. No obstante, González Jurado dejó sentado que, a partir de ahora, "lo importante es que el Real Decreto se apruebe y se empiece a caminar con el nuevo modelo". Pero como no ha acabado el campo de la (difícil) negociación, el responsable de la enfermería española aseguró que "aunque aceptamos la propuesta tal y como está planteada, las espadas todavía siguen en lo alto".

EL TRIBUNAL SUPREMO Y LAS MATRONAS

El Tribunal Supremo acaba de emitir una Sentencia sobre las competencias de las matronas dictaminando que la retirada del catéter se encuentra entre las funciones que deben realizar estas profesionales en la anestesia epidural. La sentencia ha provocado diferente tipo de reacciones

En el Consejo General de Enfermería, el responsable del área jurídica, Francisco Corpas, entiende que esta resolución judicial es concluyente al reconocer a las matronas la función de la retirada

del catéter fundamentada en su formación y capacitación". Por su parte, los médicos-anestelistas han acogido favorablemente el fallo a cargo de la Sala Social del T. Supremo. Juan Navia, presidente de la Comisión Española de Anestesia y Reanimación, valoró la sentencia como "clarificadora" porque, dijo, "potencia el trabajo en equipo a fin de cuentas lo mejor para las pacientes". Navia aguarda a que las matronas no tengan la sensación de haber perdido en este capítulo y que la decisión del Supremo supere diferencias: "De esta manera empezaremos a trabajar con más tranquilidad y sensación de equipo".

En la citada sentencia se dictamina que la matrona "debe auxiliar al anestesista con la anestesia epidural, controlar la evolución de la paciente y quitar el catéter". Con anterioridad, varias senten-

cias concluyeron que no se podía delegar en la matrona las funciones de preparación, carga, administración, vigilancia y mantenimiento de la anestesia y la retirada del catéter". Concretamente, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en diciembre de 2000, dejó exentas a las matronas de la obligación de realizar los actos profesionales antes citados. Ahora, el Tribunal Supremo establece que las matronas deben auxiliar al médico y seguir sus instrucciones, controlar la normal evolución de la clínica de las parturientas y avisar al médico de cualquier anomalía, aplicar los tratamientos ordenados, incluida la medicación parenteral y poner en conocimiento de los superiores las anomalías que observen. La retirada del catéter es una "labor propia de los diplomados de enfermería, especialistas o no".

EL SIDA CUMPLE 25 AÑOS DEJANDO ATRÁS 25 MILLONES DE MUERTOS

Texto: V.V.

Una de las enfermedades más terribles que se hayan podido conocer a lo largo de los tiempos acaba de "cumplir" 25 años de existencia. Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida que la humanidad identifica por sus siglas: SIDA. Cuando se ha cruzado la barrera del cuarto de siglo en la que es catalogada por los expertos como "la pandemia más importante en la historia del planeta", el balance que deja no puede ser más aterrador: 25 millones de fallecimientos y casi 65 millones de personas afectadas. En el futuro, casi todos los esfuerzos se encaminan en lograr una vacuna que evite su transmisión.

El SIDA, una dolencia tan cercana al profesional sanitario en general y de enfermería en particular, acaba de cumplir 25 años. Corría el 6 de junio de 1981 cuando, en Estados Unidos, el departamento de enfermedades infecciosas identificó, y por lo mismo se tuvo la primera noticia, de una extraña dolencia que había acabado con la muerte de cinco homosexuales. Se razonó entonces, que morirían afectados "por un extraño síndrome de origen desconocido". En sus orígenes, la enfermedad se hacía presente en homosexuales varones (de ahí su denominación primitiva como "peste rosa"), hemofílicos y consumidores de drogas por vía parenteral. Tuvieron que pasar dos años (1983) hasta confirmarse otra realidad: su contagio sucedía a través de la vía sexual y de transfusión sanguínea. Más adelante, (1984) dos científicos, el médico francés Luc Montagnier y su colega norteamericano Robert Gallo, lograban aislar e identificar el virus responsable del SIDA al que denominan como virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Miles de fallecimientos e impotencia general en el tratamiento de los afectados hasta que (1987) se aprueba el uso del primer antirretroviral.

Lo que ha seguido desde entonces es un inacabable rosario de muerte y sufrimiento para quienes contraían la enfermedad. Tanto que la ONU fija su resultado en estas estremecedoras cifras:

- 25 millones de muertos
- 65 millones de personas infectadas
- Origen del virus: África central
- 1981: solo 2 años de esperanza de vida
- 2006: casi una enfermedad crónica

Desde las tinieblas

Del SIDA, sus orígenes y la realidad actual, han cambiado muchas cosas. Se demostró, no hace mucho, que el VIH tiene su origen en un virus parecido al que afecta a una especie de chimpancés de distintas zonas de África central (Congo, Guinea Ecuatorial, Camerún...) área donde arrancó la epidemia. La forma de contacto pudo ser en el contagio entre chimpancés y su despiece una vez cazado. Desde ahí se fue extendiendo hasta alcanzar a zonas urbanas. El VIH se encuentra presente en la sangre, semen y fluidos vaginales de las personas infectadas. Las vías de transmisión más comunes son las relaciones sexuales (vaginales/anales) sin protección, por el contacto sangre con sangre (jeringuillas, cepillos de dientes) o de la madre al hijo durante la gestación, el parto o la lactancia. También se sabe que la detección del VIH al día de hoy es un procedimiento nada costoso y sencillo.

Los años transcurridos han puesto en evidencia que el SIDA afecta de forma muy diferente a los habitantes de naciones occidentales o en subdesarrollo. Los diferentes niveles de protección y la enorme dificultad de que determinados grupos de seres humanos puedan acceder a los tratamientos ha hecho posible que mientras en el mundo occidental las cifras se hayan esta-

bilizado o reducido, a que la progresión siga siendo creciente hasta alcanzar niveles de auténtica alarma, como es el caso de áreas de África (centro y sur) y Asia.

Prevención

Y aquí es donde más relevancia tiene el papel de la enfermería en relación a las labores de difusión de la prevención. Organismos planetarios han coincidido en señalar que "solo desde la implantación de una cultura preventiva es posible dominar o contener el SIDA" así como que en lugares de subdesarrollo se siguen cobrando muertes y más muertes. Distinta es la realidad en nuestro entorno más cercano donde junto a la Prevención, la aparición de fármacos esta convirtiendo los efectos del VIH en una enfermedad casi crónica al conseguir que el virus no penetre en la célula y, por lo mismo, se corte su reproducción lo que conlleva que las defensas del individuo afectado puedan volver a potenciarse

Vacuna: futuro

El futuro del SIDA se circunscribe a la aparición de la tan deseada vacuna. Desde aquella enfermedad de homosexuales se ha pasado a una pandemia de proporciones gigantescas a la que la aparición de una vacuna -se asegura cercana en el tiempo- podría poner coto. Investigaciones en marcha aseguran que los primeros ensayos de la vacuna que permita cerrar la transmisión del VIH será en cosa de un año. A la luz de 2007, el futuro que logre acabar con el SIDA se llama vacuna que, llegando a los cinco continentes (porque esa es otra cuestión) pueda suponer alcanzar uno de los objetivos sanitarios y sociales más demandados por la humanidad.

LA CARRERA PROFESIONAL, EN VIGOR DESDE NOVIEMBRE

El Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía ratificó, en su reunión del pasado 18 de julio y publicó en el BOJA 146, (31 de Julio de 2006), el acuerdo alcanzado semanas entre la Consejería de Salud y la totalidad de organizaciones sindicales que configuran la Mesa sectorial para que, haya entrado en funcionamiento en quienes han cumplido las condiciones estipuladas.

La Carrera profesional prevé aumentos salariales estimados para Enfermería entre 1.950 y 7.8000 euros anuales. La consejera de Salud, María Jesús Montero, con-

Enfermería tiene una subida anual estimada entre 1.950 y 7.800 euros anuales

firmó este hecho señalando que la puesta en marcha de esta carrera supondrá un modo de "reconocer la vía, el esfuerzo y, sobre todo, la implicación de cada profesional en la mejora de la calidad asistencial" que reciba el ciudadano.

El desarrollo de la Carrera profesional afecta a unos 19.300 profe-

sionales licenciado y diplomados que ostenten la condición de ser personal fijo de la Sanidad Pública Andaluza y que lleven mas de cinco o diez años trabajando en el SAS. De tal modo que la carrera profesional se articula en cinco niveles a los que, los citados 19.300 accederán directamente a los niveles II y III dependiendo si llevan trabajados, con plaza fija, cinco o diez años.

Acreditación

La responsable de salud, María Jesús Montero explicó que "el profesional no tendrá necesidad de

Retribuciones de los niveles de la carrera profesional

GRUPO PROFESIONAL	N I	N II	N III	N IV	N V
Licenciado sanitario especialista	0	3.000	6.000	9.000	12.000
Licenciado sanitario	0	2,500	5,000	7,500	10,000
Diplomado sanitario	0	1,950	3,900	5,850	7,800
Técnicos superiores sanitarios	0	800	1.600	2.400	3.200
Técnicos sanitarios	0	500	1.000	1.500	2.000
Licenciados de gestión y servicios	0	2.500	5.000	7.500	10.000
Diplomados de gestión y servicios	0	1.625	3.250	4.754	6.500
Técnicos superiores de gestión de servicios	0	800	1.600	2.400	3.200
Técnicos de gestión de servicios	0	500	1.000	1.500	2.000
Otro personal de gestión de servicios	0	400	800	1.200	1.600

En euros

ACREDITACIÓN DE LA COMPETENCIA

El BOJA (número 21 de 29 enero 2007), publicó un Decreto (18/2007 de 23 de enero) por el que se regula el sistema de acreditación del nivel de la competencia profesional para profesionales sanitarios del SAS. Mediante este Decreto se establece "un sistema de acreditación" que los profesionales sanitarios deben observar.

Se define la competencia profesional y queda en manos del órgano competente, -la Dirección general de calidad-, la acreditación que corresponda.

En este mismo texto se concretan los distintos niveles de que consta la acreditación (básico, avanzado, experto o excelente) así como el procedimiento de acreditación a seguir por el interesado. La acreditación tendrá un periodo de vigencia de cinco años transcurrido este periodo dejará de tener efectos salvo que, con anterioridad, se haya iniciado el proceso de reacreditación. Este importante Decreto está a disposición de los interesados en la secretaría del Colegio Oficial de Enfermería y aconsejamos a los profesionales se pongan en contacto con la Unidad de atención al profesional de sus respectivos centros de trabajo.



Enfermería tiene vigente la carrera profesional.

acreditarse ni de aportar baremo de méritos "algo que sí deberá realizar para posteriores accesos a este modelo de carrera que, aclaró, "es voluntario y opcional (...) nuestra intención es que puedan solicitarlo a través de internet, mediante un sistema similar al que ya se viene utilizando para la bolsa de trabajo".

Cinco niveles

Los cinco niveles de que consta la carrera profesional el profesional podrá acceder de forma voluntaria en función de la evaluación y acreditación de sus competencias, de los resultados asistenciales y de otros méritos que tengan relación con la formación continua, la docencia y la investigación. Cuando el profesional acceda a un determinado nivel, deberá permanecer en él durante cinco años para poder aspirar a otro nivel superior puesto que ese es el tiempo mínimo que se contempla en la Ley de Ordena-

ción de las Profesiones Sanitarias (LOPS).

Cuantía

Tras cumplirse los plazos anunciados por la Consejera de Salud, fue en el pasado mes de noviembre de 2006, cuando el primer contingente de profesionales (recordemos 19.300 médicos y enfermería) "comenzaron a recibir en sus nóminas mensuales las nuevas retribuciones correspondientes a su nivel de carrera".

Percepciones que, en términos generales, supondrán una subida de entre el 10 y el 34 por ciento de los salarios. Así, los licenciados con especialidad se verán beneficiados con un incremento anual estimado entre 3.000 y 12.000 euros mientras que el personal con rango de diplomado (enfermería, fisioterapeutas) tendrá una subida de entre 1.950 y 7.800 euros /año.

EL CAE recurrió en favor de INTERINOS, CUPO, ZONA Y SEU

El Consejo Andaluz de Enfermería (CAE) anunció, en su momento, la presentación de un recurso en relación a la carrera profesional pero referido, única y exclusivamente, a favor del personal de Enfermería perteneciente a estas circunstancias de índole laboral: interinos, de cupo y zona y del antiguo Servicio Especial de Urgencias (SEU).

En su razonamiento jurídico, la voluntad del CAE de recurrir parte del acuerdo (que, insistimos, nada tiene que ver ni afecta al resto de la profesión no incluida en esos casos) es que el texto acordado entre la administración sanitaria regional y los sindicatos de la Mesa sectorial "prima al personal interino, de cupo, zona y del servicio especial de urgencias de poder acogerse a la carrera profesional pese a que estos hayan podido demostrar su competencia y méritos profesionales a lo largo de sus respectivas trayectorias".

En consecuencia, el CAE, y por extensión este Colegio Oficial de la provincia de Huelva, o que buscaba era, únicamente, defender a la "totalidad de la Enfermería andaluza" sin que existan razones algunas que discriminen a "otros sectores minoritarios que pueden aparecer parcialmente excluidos en este sistema "y de los beneficios económicos que comporta la definitiva instalación de la carrera profesional".

La filosofía que presidió la presentación del citado recurso es que el personal afectado (interinos, de cupo, zona y seu), "puedan optar al marco de la carrera profesional sin que el hecho de haber prestado al menos cinco años de servicio en esa categoría y no haber tenido opción a presentarse a ningún proceso selectivo convocado por el SAS sea requisito indispensable para dicho acceso".

EL CONSEJO QUIERE MAYOR IMPLICACIÓN EN LA ESPECIALIDAD DE SALUD MENTAL



El Consejo General de Enfermería ha reclamado una mayor implicación de los poderes públicos, especialmente las comunidades autónomas, para que la especialidad de Salud mental se vea potenciada mediante la vinculación al puesto de trabajo de las enfermeras/os especialistas en este área. La reciente adjudicación de las plazas para formación ha supuesto una clara decepción, razón de sobra para que la Organización Colegial, por medio de su presidente, González Jurado, haya denunciado lo que es "una falta de respeto para el paciente, para el profesional y para los ciudadanos".

La especialidad de Enfermería en salud mental es un hecho desde que en 1998 se oficializara en España. Sin embargo, y desde entonces, la Administración no parece conceder demasiada relevancia a la presencia de esta Enfermería especialista en el cuidado de los pacientes. Lo confirma el hecho de que el Ministerio de Sanidad haya vuelto a defraudar las expectativas con las 118 plazas para formación,

un año de duración, para toda España. De ellas, únicamente 12 son para Andalucía. Las necesidades sociales quedaban, una vez más, desatendidas desde el punto de vista de los intereses, legítimos, de la profesión de Enfermería.

De ahí que el presidente del Consejo, Máximo González Jurado, haya levantado la voz, en defensa tanto de la profesión como del interés social, al denunciar el hecho de que aun no es obligatorio el título de especialista para ejercer en este ámbito sanitario: "Eso equivale a decir -ha señalado- que es una falta de respeto para el paciente, que se ve privado de los cuidados especializados, para el profesional de Enfermería cuyo esfuerzo resulta en vano y, finalmente, para el conjunto de los ciudadanos españoles que con sus impuestos pagan este sistema formativo" que a la postre, no se traduce en asignación de plazas. El presidente nacional no dudó en señalar como "totalmente incongruente, contradictorio y, a la vez un despilfarro absurdo, el hecho de que el Sistema Sanitario esté formando espe-

cialistas para que luego, ese importante esfuerzo de los profesionales, junto a la inversión que se necesita, no revierta en el propio Sistema".

Por ello, el Consejo General ha instado a que las autonomías se impliquen más en este contexto y, a la hora de fijar sus relaciones de puestos de trabajo, establezcan "como requisito imprescindible - precisó González Jurado- para trabajar en una unidad de salud mental contar con el título de enfermera/o especialista". Únicamente tres regiones (Madrid, Murcia y Cantabria) sacan plazas de especialista en Salud mental o, cuando menos, se han comprometido a hacerlo en el menor tiempo posible.

PLAZO DE SOLICITUDES

El plazo de presentación de solicitudes para el acceso excepcional a la especialidad de Salud Mental finalizará el próximo día **7 de mayo de 2007**.

EL DEFENSOR Y LA SALUD MENTAL

La trascendencia, presente y futura, de prestar atención a enfermos en salud mental lo acaba de corroborar el Defensor del Pueblo Andaluz. José Chamizo ha señalado que "la salud mental es el mayor problema de la sociedad al que nos debemos enfrentar en un futuro cercano, por encima de la inmigración como nos quieren hacer creer". Y Chamizo ha concretado este posicionamiento: "Cada vez hay más personas afectadas por este mal y una ausencia de recursos para atenderlos. Necesitamos servicios sanitarios y que jurídicamente exista también un tratamiento específico para estas personas. Porque la sociedad tiene un gran reto que es enfrentarse a la salud mental".

Un año mas, llegado marzo, vuelve a cumplirse la tradición

EL COLEGIO CONVOCA AL DÍA DEL PATRÓN, SAN JUAN DE DIOS

El Colegio Oficial de Enfermería de Huelva, fiel a lo que manda una tradición del todo arraigada, convoca a la profesión en la provincia para asistir al Día del Patrón, San Juan de Dios. El colectivo onubense no necesita de mucha explicación acerca del contenido y significado de esta fecha en la que, a su vez, se conmemora el Día Internacional. Se trata de que, entre un apretado calendario anual de trabajo y dedicación, las enfermeras y los enfermeros de Huelva vivan una fecha para sí mismos.

El Colegio, además, aprovechará tan señalada oportunidad para dar a conocer sus distinciones y galardones más queridos, a la cabeza la identidad de quien es, (o son) los vencedores de la decimosegunda edición del Certamen de Investigación que lleva el nombre de nuestra Ciudad.

El Día de San Juan de Dios correspondiente al 2007 ya está aquí, entre nosotros. Las expectativas de un nuevo encuentro entre quienes ejercen la profesión en nuestra provincia tienen hora y día señalados. Conforme se detalla en el programa adjunto, la Junta de Gobierno que preside Gonzalo García Domínguez trabaja en unir y acompasar todos los detalles que lleva aparejada la celebración de este Día que llega con resonancias onubenses pero, también, internacionales.

En este sentido, el responsable de la institución colegial sabe que si algo no va a faltar es nuestro trabajo e ilusión para organizar esta cita y, en consecuencia, la mejor respuesta que, año tras otro, recibimos del conjunto de la profesión. Como Colegio sabemos que ésta es una fecha muy esperada no solamente por quienes son sus principales protagonistas, (los ganadores del Certamen y los flamantes jubilados), sino y lo mas importante, por una gran parte de la profesión. Del mismo modo que vamos a materializar un certamen de Investigación que cumple trece años de vida, nos consta que la enfermería onubense aguarda este Día como una forma de homenajearse a sí misma. Esta profesión, que forman personas unidas por un fuerte vinculo, vocacional, se merece todo el protagonismo que el Colegio le otorga en esta efemerides a la que hemos invitado a toda la enfermería provincial.

Estamos seguros de que volveremos a ser cientos los enfermeros y las enfermeras que, haciendo un paréntesis en nuestros respectivos cometidos, evoquemos el pasado, simbolizado en nuestro Patrón, unido al futuro que significa la concesión de los premios que auspicia nuestra institución.

SAN JUAN DE DIOS 2007

DÍA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERÍA

EL Colegio de Enfermería de Huelva convoca a la profesión en nuestra provincia para celebrar, un año mas, la fiesta del Patrón San Juan de Dios.

Acontecimiento esperado como pocos por cuanto el colectivo ha hecho propio esta llamada de su Colegio profesional y, en cada mes de Marzo, el reencuentro es un hito en el calendario anual, por los alicientes que contienen.

La serie de actos programados por el Colegio Oficial de la provincia se resumen de la siguiente forma:

8 DE MARZO 2007, JUEVES

19 horas: Misa en honor de San Juan de Dios

Lugar: Iglesia Catedral de la Merced

9 DE MARZO 2007, VIERNES

22:30 horas: Tradicional celebración de la cena-baile de la Enfermería onubense.

Lugar: Salón de Celebraciones "El Portón". Sito en la carretera de Gibrleón (cruce de Peguerillas), amenizada por la orquesta de nuestro compañero Catalino.

En el transcurso de esta cena, el Colegio celebrará los siguientes actos socio-profesionales:

- Fallo correspondiente al **XIII CERTAMEN DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA CIUDAD DE HUELVA**.
- Entrega de premios a sus ganadores.
- Homenaje a los compañeros que, a lo largo de 2006, han alcanzado la jubilación laboral.
- Fallo del **IX CONCURSO DE FOTOGRAFÍA SAN JUAN DE DIOS** y entrega de premios
- Presentación del cartel anunciador del XIV

CERTAMEN DE ENFERMERÍA CIUDAD DE HUELVA.

NOTA:

- Los colegiados podrán retirar su invitación, de forma gratuita, en las oficinas de la sede colegial, a partir del día 26 de Febrero y hasta el día 7 de Marzo/07.
- Asimismo, podrán retirar invitación para acompañantes al precio de 20 euros. Dado el volumen de asistentes, únicamente se podrá facilitar una invitación de acompañante por colegiado.
- El Colegio ofrece servicio de autobús, gratuito, de acuerdo al siguiente horario:
- Los colegiados de la zona HUelva-Norte, saldrán desde la puerta del Hospital de Río Tinto a las 20.00 horas, regresando a dicho punto una vez hayan finalizado los actos anteriormente señalados.
- Desde Huelva y con salida desde la Puerta principal de la Casa Colón, a las 21.30 y 22.15 horas. Regreso al mismo punto, con salida desde El Portón a las 01.30, 02.30 y final de la fiesta.
- Aquellos grupos de colegiados y colegiadas que deseen hacer reserva de mesas, deberán comunicarlo con la suficiente antelación a la secretaría del Colegio, detallando el número de personas, sus nombres y apellidos así como un titular del grupo con el que poder establecer contacto.

Cuidados Enfermeros Integrales ante la sintomatología de la

Aunque la Fibromialgia (FM) presenta un cuadro de sintomatología exuberante, el motivo de que estos pacientes acudan a una consulta es el dolor. En Atención Primaria, Enfermería evidencia este dolor, caracterizado por ser intenso y generalizado, y fundamentalmente muscular. Normalmente se concentra en la zona lumbar y cervical, en hombros y en rodillas.

Otros síntomas frecuentes son la sensación de rigidez articular difusa, la sensación de inflamación articular, las artralgias (fundamentalmente de manos), parestesias, fatiga principalmente matutina ("estar siempre cansados"), trastornos del sueño, cefaleas, alteraciones intestinales, y el fenómeno de Raynaud. El dolor como síntoma más importante, las tensiones emocionales de las que se aquejan, la necesidad de ser escuchados y de adquirir conocimientos sobre su enfermedad, nos lleva a los enfermeros a realizar una gran labor sobre ésta patología en Atención Primaria.

Aliviar o paliar el dolor, por ejemplo, inyectando un tratamiento parenteral, forma parte de nuestro rol interdependiente, pero con Terapias Alternativas nuestros cuidados integrales pueden llegar mucho más allá. "Me duele todo el cuerpo", es lo primero que aquejan los usuarios con FM. Este dolor lleva implícito un componente emocional asociado al proceso alérgico.

VALORACIÓN

Si trabajamos partiendo de una valoración inicial de las necesidades no satisfechas según el modelo enfermero de V. Henderson, nos encontramos la necesidad de moverse y mantener una postura adecuada, de dormir y descansar, comunicarse y realizarse, de evitar peligros (donde se incluye el dolor y sus características), de comunicarse y relacionarse expresando emociones, temores; de aprender y descubrir como las principales alteradas desde nuestra experiencia.

Además podemos encontrar de base otras connotaciones como una salud psicológica alterada. El uso de Terapias Alternativas, sobre todo en Atención Primaria, nos ayuda a restablecer el equilibrio perdido y es un gran apoyo para la satisfacción de dichas necesidades. En esto jugamos nuestro rol independiente y exclusivo, como sólo Enfermería sabe hacer.

CUIDADOS

El modelo enfermero de V. Henderson, junto a la taxonomía N.A.N.D.A., N.I.C. y N.O.C., nos habla de aplicar a nuestros usuarios, en este caso con FM, cuidados integrales. Si le adjuntamos a nuestros Diagnósticos, Intervenciones, Objetivos, Problemas de Autonomía y de Colaboración y a nuestros Resultados enfermeros,



conocimientos en terapias alternativas, les podremos ayudar mucho más; y así, a la par que tomamos una tensión arterial o una glucemia en nuestra consulta de crónicos, mediante terapias alternativas podemos realizarles una regulación del estado de estrés-emocional, como por ejemplo a través de acupuntura con la técnica "Regulación del Emocional".

MÉTODOS

O si tenemos conocimientos de los llamados métodos de retroalimentación, como la Organometría Funcional o la Electroacupuntura de Voll; o con Kinesiología Aplicada u Holística, podemos hacer unos Cuidados de Enfermería mucho

FIBROMIALGIA

más efectivos y eficientes; o simplemente si se conoce la Reflexoterapia Auricular podremos aliviarles o incluso erradicar muchas algias de estos pacientes.

PROCESO

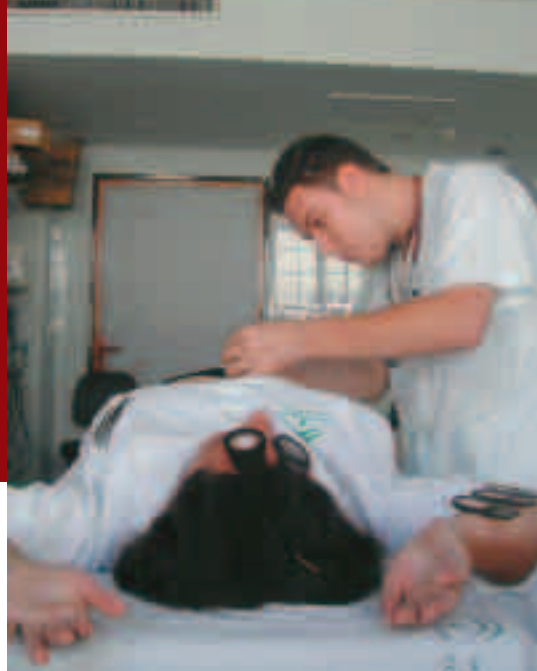
No podemos olvidar que en nuestro quehacer diario usamos el Proceso Enfermero. Las Terapias Alternativas, al ser incluidas dentro de nuestro plan de actuaciones integral, nos sirven para conseguir en último fin la satisfacción de las 14 necesidades básicas, como muestra el ya mencionado modelo enfermero.

Entre los datos más importantes a valorar en éste modelo, estarían las limitaciones para satisfacer dichas necesidades, averiguar sus causas, buscar qué factores personales o medioambientales les influ-

yen, y darles los recursos a emplear para que las satisfagan.

EVOLUCIÓN

Para concluir, nos gustaría plantear una cuestión: Si la Enfermería está en constante evolución, por qué no evolucionar en un campo como las TA; que además de proporcionarnos unos conocimientos y una manera de trabajar, nos da la posibilidad de atender de una forma más integral u holística, si cabe, a nuestros usuarios. Hacia éste camino está trabajando nuestro Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva y su Comité de Terapias Alternativas, a los que de alguna forma desde éste artículo queremos agradecerles la gran labor que están realizando para desarrollar y avanzar en éste Área Enfermera.



BIBLIOGRAFÍA

1. Luis Rodrigo, M. Teresa: Diagnósticos Enfermeros. Un Instrumento para la práctica asistencial. 3ª ED. Madrid: Harcourt Brace. 1999
2. Luis Rodrigo, Mª Teresa; Fernández Ferrín, Carmen; Navarro Gómez, Mª Victoria: de la Teoría a la Práctica. El Pensamiento de virginia Henderson en el s. XXI. 2ª ED. Barcelona: Masson.
3. White A. The fibromyalgia Syndrome. Electroacupuncture is a potentially valuable treatment. BMJ 1995; 310: 1406.
4. Deluze CH, Bosia L, Zirbs A, Chantraine A, Vischer TL. Electroacupuncture in Fibromyalgia: results of a controlled trial. BMJ 1992; 305: 1249-52.
5. Romero Márquez, Antonio R.: Apuntes del curso "Iniciación a la Acupuntura para Enfermería". 2003.
6. Sprott H, Franke S, Kluge H, Hein G. Pain treatment of fibromyalgia by acupuncture. Rheumatol Int 1998; 18: 35-36.
7. Larraceleta Gutiérrez, Carmen. Tesina fin de curso de Acupuntura: Fibromialgia y Acupuntura. C.E.M.E.T.C. Asturias. Septiembre. 1999.

CONVENIO DE COLABORACIÓN CON SANITAS OFERTA EXCLUSIVA PARA COLEGIADOS DEL COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE HUELVA

Se ha firmado acuerdo de colaboración con Sanitas, por el cual los colegiados de Huelva pueden disponer de la asistencia sanitaria completa que ofrece esta compañía a precios ventajosos.

• Prima única, persona / mes:

- Hasta 64 años 35 euros.
- Más de 65 años 64 euros

Si desea información adicional o contratar una póliza, le atenderán en los teléfonos 959-246903 y / o 653 677 449, C / Rascón 23. 21001 Huelva.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA: UTILIZACIÓN DE LA TAXONOMÍA NANDA – NIC – NOC

Autora: M^a Dolores Barros Albarrán. *DUE Especialista de Salud Mental*

1. INTRODUCCIÓN

Los profesionales de enfermería tenemos actualmente en nuestras manos la posibilidad de trabajar con herramientas que constituyen nuestra propia identidad como enfermeros y fundamentan la calidad de los cuidados que prestamos. En la Unidad de Agudos de Psiquiatría se pueden dar a la vez numerosas patologías psiquiátricas que requieren abordajes muy diferentes por los profesionales de enfermería, en función de la patología que éstos presentan, con lo que se hace necesaria la unificación de criterios a la hora de prestar cuidados a este tipo de usuarios. Así pues, éste es uno de los fines que persigue el hecho de realizar un plan de cuidados estandarizados que abarque las patologías psiquiátricas más comunes en la unidad de agudos de psiquiatría.

2. OBJETIVOS

- Unificar criterios de actuación entre los profesionales de enfermería que trabajan en la Unidad de Agudos de Psiquiatría y favorecer un informe de continuidad de cuidados adecuado para otros profesionales de la red de salud mental a donde pueden ser derivados nuestros usuarios.
- Mejorar la calidad de nuestros cuidados, lo cual repercute directamente en los usuarios que tratamos.
- Dar los primeros pasos para un trabajo unificado en donde se note la continuidad de nuestros cuidados y en donde sea fácil observar nuestros progresos y retrocesos con los pacientes, lo cual conlleva una evaluación continua de nuestro propio trabajo.

3. ELABORACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA LA UNIDAD DE AGUDOS

La elaboración de este plan de cuidados estandarizados ha requerido conocer cuales son las patologías psiquiátricas que tienen mayor prevalencia en la Unidad de Agudos (tomando como referencia el hospital en donde estaba como residente de salud mental, que es el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla), siendo incluidos los Trastornos de la Conducta Alimentaria, los distintos tipos de esquizofrenia,



los trastornos depresivos, maniaco – depresivos y de la personalidad. En función de las demandas que realizan estos usuarios que padecen tales trastornos nos proponemos la elaboración del Plan de Cuidados Estandarizados para la Unidad de Agudos.

Es necesario aclarar que para la realización de un PE es necesaria una correcta valoración del sujeto, lo cual va a llevar consigo la INDIVIDUALIZACIÓN a la hora de elegir qué diagnósticos, intervenciones y objetivos pretendemos conseguir o realizar con ese usuario, pues este estándar de cuidados abarca a todas estas patologías mencionadas anteriormente, de manera que habrán etiquetas diagnósticas que sí tenga el usuario, mientras que otras no las tendrá. De esta forma, el Plan Estandarizado que se propone ha de servir de guía al profesional que se hace cargo (enfermero referente) de un usuario en concreto, pero requiere siempre individualización. Para una correcta individualización proponemos una valoración por patrones funcionales de M. Gordon, la cual nos orientará en la detección de la demanda, el planteamiento de los objetivos y la realización de las intervenciones. La valoración individualizada de cada usuario junto con la utilización de la taxonomía NANDA – NIC – NOC y una evaluación continua de nuestro propio trabajo nos ayudará a prestar cuidados con mayor calidad, obteniéndose así un mayor beneficio para nuestros usuarios.

4. TAXONOMÍA NANDA – NIC – NOC EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA

A continuación, se proponen todos los diagnósticos, objetivos y dirección de las intervenciones que se plantean para los usuarios que reúnan el perfil anteriormente descrito, es decir, que estén ingresados en la unidad de agudos de psiquiatría y que tengan alguna de las patologías mencionadas ante-

riormente. Como se puede observar, se trata de 15 diagnósticos que abarcan la totalidad de las patologías a las que se han hecho referencia, siendo necesario que prioricemos y escojamos las etiquetas diagnósticas que justamente corresponden a nuestro usuario. En cuanto a la NIC, quedarán reflejadas y codificadas para este artículo sólo la dirección de las intervenciones y no se propondrán actividades concretas, con el fin de no extendernos en demasía. Como sabemos, los

objetivos propuestos por la NOC poseen una serie de indicadores que nos dicen en qué medida estamos o no consiguiendo lo que nos proponemos, pero que en nuestro artículo no figura, pero es esencial escoger el indicador que más nos ayude a visualizar si el camino que hemos escogido para ayudar al usuario es el más correcto, no obstante, tampoco serán objeto de ser mencionados ahora.

A) Diagnóstico de Dominio 4 (ACTIVIDAD / REPOSO) y Clase 1 (REPOSO / SUEÑO). 00095 DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO r/c pensamientos repetitivos, percepciones erróneas de la realidad, ansiedad, institucionalización...	
NOC	NIC
0004 Sueño 0003 Descanso	1850 Fomentar el Sueño

B) Diagnóstico de DOMINIO 4 (Percepción / Cognición) y CLASE 2 (Actividad / Ejercicio). 00108 DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS: BAÑO / HIGIENE r/c deterioro perceptual / cognitivo, falta de interés o motivación...	
NOC	NIC
0301 Cuidados Personales: Baño. 0305 Cuidados Personales: Peinado.	1801 Ayuda con los Autocuidados: Baño e Higiene. 4480 Facilitar la Autorresponsabilidad.

C) Diagnóstico de Dominio 3 (ELIMINACIÓN) y Clase 2 (SISTEMA GASTROINTESTINAL).00015 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO r/c medicación prescrita, inmovilización autoimpuesta o no, falta de ejercicio / sedentarismo...	
NOC	NIC
0501 Eliminación Intestinal.	4120 Manejo de Líquidos. 0450 Manejo del estreñimiento / Impactación.

D) Diagnóstico de Dominio 5 (PERCEPCIÓN/COGNICIÓN) y Clase 3 (SENSACIÓN / PERCEPCIÓN). 00122 TRASTORNO DE LA PERCEPCIÓN SENSORIAL (MÚLTIPLE) r/c desequilibrios bioquímicos y distorsión sensorial (alucinaciones...) secundario a su patología de base.	
NOC	NIC
1402 Control de la Ansiedad. 6510 Manejo de las Alucinaciones.	1403 Control del Pensamiento Distorsionado. 6487 Manejo Ambiental: Prevención de la Violencia.

E) Diagnóstico de Dominio 5 (PERCEPCIÓN / COGNICIÓN) y Clase 4 (COGNICIÓN).00130 TRASTORNO DE LOS PROCESOS DEL PENSAMIENTO r/c patología de base (psicosis...)	
NOC	NIC
1403 Control del Pensamiento Distorsionado. 6440 Manejo del Delirio.	0912 Estado Neurológico: Conciencia. 5820 Disminuir la Ansiedad.

F) Diagnóstico de Dominio 6 (AUTOPERCEPCIÓN) y Clase 1 (AUTOCONCEPTO). 00121 TRASTORNO DE LA IDENTIDAD PERSONAL r/c patología psiquiátrica de base (trastornos de la personalidad...).	
NOC	NIC
1402 Control del Pensamiento Distorsionado. 5390 Potenciación de la Conciencia de sí Mismo.	1202 Identidad. 6440 Manejo del Delirio.

G) Diagnóstico de Dominio 6 (AUTOPERCEPCIÓN) y Clase 1 (AUTOCONCEPTO). 00124 DESESPERANZA r/c prolongada restricción de la actividad, deterioro del estado físico y psicológico, estrés de larga evolución y cronicidad de la enfermedad que hace perder los roles habituales.

NOC	NIC
1409 Control de la Depresión. 5270 Apoyo Emocional.	5310 Dar Esperanza.

H) Diagnóstico de Dominio 6 (AUTOPERCEPCIÓN) y Clase 2 (AUTOESTIMA) 00119 BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA r/c falta de motivación, deterioro perceptual / cognitivo, cronicidad de la enfermedad, pérdida de roles habituales...

NOC	NIC
1205 Autoestima. 5370 Potenciación de Roles.	5400 Potenciar la Autoestima

I) Diagnóstico de Dominio 9 (AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS) y Clase 2 (RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO). 00146 ANSIEDAD r/c amenaza del autoconcepto, cambio de roles, cambios en el estado de salud, abuso de sustancias...

NOC	NIC
1402 Control de la Ansiedad. 1405 Control de los Impulsos. 4350 Manejo de la Conducta.	5820 Disminuir la Ansiedad.

J) Diagnóstico de Dominio 11 (SEGURIDAD/PROTECCIÓN) y Clase 3 (VIOLENCIA). 00150 RIESGO DE SUICIDIO r/c historia de intentos previos, amenazas y expresiones de deseos de morir, abuso de sustancias, trastornos psiquiátricos, sentimientos de culpabilidad, desesperanza, sentimientos de impotencia, soledad...

NOC	NIC
1408 Autocontención del Suicidio.	6340 Prevención de Suicidios.

k) Diagnóstico de Dominio 11 (SEGURIDAD/PROTECCIÓN) y Clase 3 (VIOLENCIA). 00150 RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS r/c historia de violencia contra otros o amenazas, historia de conducta antisocial violenta, consumo de tóxicos, conducta suicida, impulsividad, sintomatología psiquiátrica (delirios, alucinaciones...)

NOC	NIC
1401 Control de la Agresión. 6487 Manejo Ambiental: Prevención de la Violencia.	6440 Ayuda Para el Control del Enfado.

L) Diagnóstico de Dominio 9 (AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS) y Clase 2 (RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO). 00072 NEGACIÓN INEFICAZ r/c no conciencia de enfermedad (factores relacionados pendientes de desarrollo).

NOC	NIC
1300 Aceptación: Estado de Salud. 5250 Apoyo en la Toma de Decisiones.	5000 Establecer Relaciones Complejas.

M) Diagnóstico de Dominio 1 (PROMOCIÓN DE LA SALUD) y Clase 2 (MANEJO DE LA SALUD). 00082 MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO relacionada con falta de confianza en el régimen terapéutico, déficit de conocimientos no conciencia de enfermedad.

NOC	NIC
1601 Conducta de Cumplimiento. 4420 Pactar con el Enfermo.	1030 Gestión de los Trastornos de la Alimentación.

N) Diagnóstico de Dominio 6 (AUTOPERCEPCIÓN) y Clase 3 (IMAGEN CORPORAL). PROBLEMA INTERDEPENDIENTE. DISMORFOFOBIA o 00118 TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL r/c patología psiquiátrica de base con componente psicótico.

NOC	NIC
1200 Imagen Corporal.	5220 Mejorar la Imagen Corporal.

Ñ) Diagnóstico de Dominio 7 (ROL/RELACIONES) y Clase 2 (RELACIONES FAMILIARES). 00060 INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES r/c cambio en el estado de salud de un miembro de la familia y situación de crisis, así como la propia institucionalización y estigma social de la enfermedad mental.

NOC	NIC
2604 Normalización de la Familia. 7140 Apoyo Familiar.	7100 Promocionar la Integridad Familiar.



5. CONCLUSIONES

Existe en la actualidad una gran tendencia y una imperiosa necesidad de abordar los cuidados de enfermería utilizando la taxonomía NANDA – NIC – NOC, no obstante, todavía parece ser que esta forma de trabajo no acaba de implantarse en su totalidad, en muchos casos, debido al desconocimiento del manejo de esta clasificación. En muchos hospitales se están realizando cursos de reciclaje para los profesionales de enfermería, con el fin de que la taxonomía de la que hablamos sea asequible y fácilmente entendida. Un plan de cuidados de enfermería estandarizado como el que se presenta, va a facilitar el hecho de trabajar con esta taxonomía, ya que son muchos los profesionales que aún no han podido reciclarse en esta materia. Una vez que tengamos nuestro plan de cuidados estandarizado, nos servirá de guía, y el hecho de individualizar con cada usuario, hará que los profesionales

adquieran práctica en el manejo de esta clasificación.

Como se decía en la introducción de este artículo, esta herramienta de trabajo que poseemos actualmente, fundamenta la calidad de los cuidados que prestamos (pues hace que evaluemos constantemente nuestras intervenciones y favorece una actuación unificada que repercute directamente en beneficio de los usuarios, fin último de nuestras actuaciones) y nos identifica como profesionales que actuamos de una forma organizada, planificada y más segura.

Aún es pronto para sacar conclusiones sobre esta forma de trabajo que es tan nueva y a la vez tan conocida y nombrada por todos (aunque en algunos sitios ya se está trabajando con esta metodología) no obstante, encontraremos brevemente los beneficios, tanto para los profesionales de enfermería como para los usuarios, únicamente exige algo de esfuerzo por nuestra parte y tiempo para desarrollarla en cada una de las áreas en donde los enfermeros tenemos algo que hacer.

6. BIBLIOGRAFÍA

- NANDA: Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación (2003 – 2004). Ed. Harcourt. Madrid. 2004.
- Jonson, M; Maas, M; Morread, S. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Ed. Harcourt España. Madrid. 2005.
- McCloskey, J. C; Bulechek, G. M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Ed. Harcourt. Madrid. 2004.
- Morrison, M. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Ed. Mosby. Madrid. 1999.
- Vallejo Ruiloba, J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Ed. Masson. Barcelona. 2005.
- Fornés Vives, J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Ed. Médica Panamericana. Madrid. 2005.

“La indefensión jurídica en materia de prescripción”

Huelva.- Redacción

La Ley del Medicamento, publicada en el BOE, deja esa competencia exclusivamente en manos del médico, por lo que determinadas actuaciones de enfermería quedarían en la ilegalidad.

En el BOE (número 178) del 27 julio/2006 se publicó la Ley del Medicamento aprobada por las Cortes. Sin embargo, la polémica acompaña uno de sus contenidos, en concreto la posibilidad de que dos profesiones, enfermería y podología, pudieran haber tomado parte en la denominada "prescripción participativa" de medicamentos. Como la oficialmente llamada Ley 29/2006 de Garantía y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios otorga la exclusiva de esa función al médico.

La enfermería quiere buscar un acuerdo con las instancias implicadas para evitar lo que desde el Consejo General se denomina "situación de indefensión absoluta" respecto a las prácticas diarias que llevan a cabo enfermeras y enfermeros en materia de "prescripción colaborativa" de medicinas y productos sanitarios en general.

El presidente de la Organización Colegial de Enfermería anunció que, además de las vías normales del diálogo, promoverán una iniciativa legislativa popular para llevar hasta el Parlamento una proposición no de ley sobre la prescripción enfermera.

Al conocerse la decisión del Congreso respaldando el texto legal merced a al cambio del voto (abstención) del PP respecto al Senado, el presidente del Consejo General, Máximo González Jurado, convocó a todos los presidentes de Colegios provinciales (Huelva entre ellos)

para darles a conocer la situación exacta una vez consagrada la Ley del Medicamento por los representantes ciudadanos.

En este sentido, el responsable de la enfermería nacional dejó claro que "este no es un juego de intereses puramente profesionales, es un problema muy grave para las 240.000 enfermeras y enfermeros que trabajan en España. La Ley del Medicamento deja a la enfermería en una situación de indefensión absoluta al no dar cobertura legal a muchas acciones realizadas diariamente por el personal de enfermería con el conocimiento y el beneplácito de toda la sanidad".

Intrusismo

Y razonó que, como Consejo General, "lo primero que hicimos es aportar información al conjunto de la profesión para que piense en la gravedad del asunto. Y, acto seguido, apuntar que si la enfermería sigue haciendo la prescripción colaborativa que ha realizado desde siempre, dejarían de tener garantía jurídica para acometer esas acciones y podrían incurrir en mala praxis e intrusismo profesional "delitos que contempla en Código Penal". González Jurado puso un ejemplo que resume, mejor que mil palabras, el marco suscitado por la Ley del Medicamento:

Supuesto muy real

"Imaginemos que a las tres de la madrugada un paciente recién operado pide calmantes. La enfermera que lo atiende no los va a distribuir porque puede generar efectos adversos y, como no está autorizada por la Ley, tendrá que llamar al médico para que realice el oportuno diagnóstico y registre -por escrito, claro- la prescripción que corresponda. La enfer-

mera podría decidir cuándo se le suministra el fármaco ya prescrito pero, al no estar reconocido legalmente, si su decisión conllevara algún tipo de problema no estaría defendida ante los Tribunales de Justicia por ningún letrado del Colegio profesional al que corresponda".

Pacientes

Idéntica postura es la expresada por el Colegio Oficial de Enfermería de Huelva, cuyo presidente Gonzalo García Domínguez, apuntaba acerca de los muchos perjuicios que, no solamente a la profesión, va a provocar la normativa legal: "Pienso en los pacientes con hipertensión, en los inmovilizados, en las personas dependientes, en los recién operados, en quienes sufren úlceras por presión, incontinencia o retención urinaria, diabetes, bronquíticos crónicos y un largo etcétera de afectados. Todos, sin excepción, han venido recibiendo un control terapéutico así como la gestión del proceso asistencial por parte de la enfermería que les ha ofrecido unas altas cotas de calidad, seguridad y eficiencia sanitaria como bien sabe la sociedad".

Andalucía: esperanza

Pero, como apuntábamos al principio, la Ley recibió otras aportaciones, al menos en sus contenidos filosóficos respecto a esta cuestión de la prescripción que, por otra parte, provoca un intenso debate social. Desde Andalucía y Cataluña se apuntan algunas posibles vías de solución que, en el fondo, confirman los inconvenientes que podría llegar a originar el texto legal que sucede a la Ley de 1990.

Por lo que a Andalucía se refiere, su Consejera de Salud, María Jesús Montero, se mostró consciente de que las Consejerías

Máximo González Jurado pide a los Consejeros de Salud que, desde el diálogo, se busque un acuerdo que palie la "situación de indefensión absoluta" que provoca la normativa salida del Congreso.



Máximo González Jurado



as del ramo tienen la responsabilidad de buscar una vía de solución al conflicto. La consejera expresó su confianza en que la Ley no repercuta de forma negativa en el funcionamiento del sistema sanitario público en la región y sugirió que debía imponerse "desde un debate sereno, pausado y ordenado, qué otros productos podrían sumarse a un catálogo cerrado de la prescripción por parte de la enfermería". Por esa razón, anunció su intención de convocar a técnicos del SAS y representantes del colectivo de enfermería para debatir este capítulo analizando las posibilidades para que este colectivo pueda "verse autorizado" a una prescripción cuyas consecuencias "no afecten a Andalucía".

Grupo Convergencia: proposición

Otro tanto sucedió con la postura del grupo parlamentario catalán (Convergencia y Unión) que el 13

de julio 2006 presentó ante la Cámara de Diputados una proposición no de ley sobre "la prescripción de medicamentos por parte del colectivo de diplomadas y diplomados en enfermería".

El firmante de la propuesta, el diputado Josep A. Durán, en su escrito deja constancia de que "bajo la regla general del respeto riguroso a las competencias de cada profesión" (...) "es necesario reconocer actuaciones profesionales que en la práctica ya se están realizando desde antaño y que implican una ampliación del ámbito de la prescripción al colectivo de diplomadas/os de enfermería, en el marco estricto de las competencias profesionales de este colectivo con el fin de posibilitar el desarrollo adecuado de sus capacidades y promover su proyección profesional, en orden a la mejora de la eficacia, la eficiencia y la calidad del Sistema Nacional de Salud".

La polémica en torno a esta Ley surgió cuando, el Grupo del Partido Popular decidió cambiar su voto. Si en el Senado se mostró partidario de la prescripción participativa de la enfermería y los podólogos, días más tarde, en el Congreso, los diputados populares, decidieron abstenerse dando vía libre a que el PSOE sacara adelante su Ley. El grupo socialista siempre tuvo claro el "no" a que la enfermería albergara alguna posibilidad de prescribir erigiéndose en su portavoz la Diputada por Sevilla Isabel Pozuelo quien ratificó que "el médico es la figura central puesto que es quien, en base a su capacidad de formación e información, establece un tratamiento con medicamentos y, por tanto, en gran medida la calidad de la prestación farmacéutica depende de él. No respetar este papel no puede sino traer un empeoramiento de la calidad de la prestación y de la salud de los ciudadanos. Los médicos y odontólogos son los únicos profesionales con la formación y la competencia imprescindibles para prescribir medicamentos, son ellos y solo ellos los que, en el ámbito de nuestro Sistema Nacional de Salud, lo pueden hacer con todas las garantías necesarias para el paciente. Cualquier modificación podría poner en riesgo la salud de nuestros ciudadanos", concluyó la diputada por Sevilla.

Semejantes argumentos contrastaron con la misiva, llena de pragmatismo y cordura, que el presidente del Consejo General de Enfermería hizo llegar a los 17 consejeros autonómicos de Salud a quienes anunció la "probable ilegalidad de acciones e intervenciones de enfermería en su práctica asistencial diaria". González Jurado aseguraba querer "pensar que no ha habido mala fe al provocar esta indeseada situación" por lo que, "ante un vacío legal provocado por la Ley que podría provocar desconfianza de los enfermos respecto a los profesionales de enfermería, la Organización Colegial desea contribuir y colaborar a una necesaria resolución de esta compleja situación, desde la reflexión y el análisis sereno, el diálogo y la negociación entre los sectores afectados, es decir Administraciones sanitarias, y las profesiones médicas y enfermera".

CASOS REALES DE PRESCRIPCIÓN ENFERMERA (II)

Inmovilizados	Analgésicos / antitérmicos en procesos crónicos Laxantes Mucolíticos Corticoides tópicos. Antimicóticos tópicos. Antiparasitarios. Nutrición entera. Material de curas. Material para la Incontinencia. Ayudas técnicas.
Terminales	Analgésicos/antitérmicos. Laxantes. Nutrición enteral. Antiheméticos. Material para la Incontinencia. Ayudas técnicas.
Posquirúrgicos	Analgésicos. Laxantes. Material de curas.
Cuidadoras/es informales	Analgésicos. ¿Benzodiazepinas?
Diabéticos	Tiras reactivas. No la prescripción pero si legalización del manejo y dosificación del seguimiento de insulina y antidiabéticos orales.
EPOC	Cámaras de inhalación. No la prescripción pero si la legalización del manejo y dosificación en el seguimiento de broncodilatadores y corticoides.
Alteraciones mucosa oral	Antisépticos orales.
Incontinencia	Absorbentes, sonda vesical, colectores.
Alt. nutrición, deterioro deglución	Espesantes, nutrición enteral.
Déficit volumen de líquidos	Infusión de suero fisiológico. Soluciones orales rehidratantes.

IMPLANTACIÓN DEL INFORME DE SERVICIO DE URGENCIAS

Texto: V.V.

- ✓ Fernando J. Robledo Cárdenas, Enfermero de Enlace Hospitalario. Hospital de Riotinto (Huelva)
- ✓ Manuela Pérez Gómez, Enfermera Supervisora de Urgencias Generales. Hospital de Riotinto (Huelva)

INTRODUCCIÓN

La continuidad de cuidados¹, como línea estratégica clave en la obtención de una mayor calidad para los pacientes, supone desde su reconocimiento, la necesidad de ser tenida en cuenta y de actuar sobre ella, lo verdaderamente novedoso en todo esto, no es el descubrimiento de la importancia de la continuidad, necesidad apuntada hace ya muchos años desde el colectivo enfermero, sino el reconocimiento institucional. Históricamente, muchos han sido los intentos de impulsar la comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada, intentando dar solución a la gran paradoja existente, un cliente común: El paciente; y dos niveles de actuación sin conexión ni comunicación.

El alta de enfermería, como se venía conociendo desde hace ya casi quince años, se encontraba implantado y en utilización por el personal de enfermería de plantas de hospitalización de especialidades quirúrgicas, desde el Hospital General de Riotinto (Huelva), los grupos de trabajo enfermeros diseñaron ya en el año 1990 un modelo de "Alta de Enfermería"; modelo que tuvo su relevo a inicios de 2005, con el impulso promovido desde la

Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Con toda esta renovación, se planteaban multitud de cuestiones e interrogantes, entre ellas: ¿ como introducir una nueva herramienta, en este caso, el informe de continuidad de cuidados, en un servicio en el que se carecía de experiencia al respecto?.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

El Servicio de Urgencias Generales del Hospital de Riotinto atendió durante los años 2004 y 2005 una media de 59.68 y 60.46 pacientes/día respectivamente; una cifra en la línea de años anteriores. Cuenta con una sala de observación con 7 camas, sala para cuidados mínimos con 7 butacas-camillas, recepción con triage, 4 consultas, cada una de ellas orientadas a una o varias especialidades médicas, además de una consulta para urgencias de traumatología, yesos, suturas, etc. En cuestión de dotación humana, tiene adscritos 12 enfermeras y 6 auxiliares en turno rotatorio y 5 enfermeras y 3 auxiliares en turnos fijos.

El informe de continuidad de cuidados (ICC), se puso en marcha el 13 de febrero de 2004, utilizando para ello el mismo formato que ya venían manejando las unidades quirúrgicas, en el que se recogen datos más orientados a pacientes de estas características, como son la fecha de retirada de material de sutura y aspectos técnicos sobre curas y reparación de heridas. Los pacientes a los que inicialmente estuvo dirigido fueron aquellos

que acudían a la consulta antes citada de para suturas, curas de heridas o inmovilizaciones con yesos. De este informe, se elaboraron un total de 244 en el período del 13 de febrero a 31 de diciembre de 2004, con la utilización de esta herramienta básica se pretendía introducir el hábito de la escritura y el registro, por meses la evolución fue la siguiente.

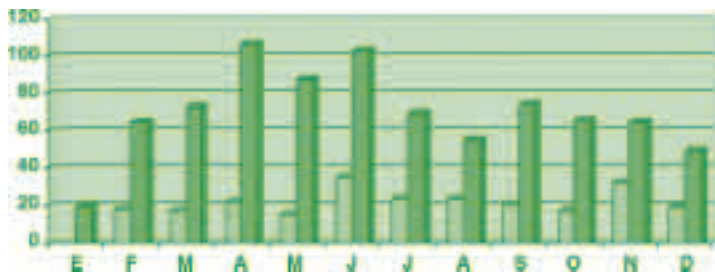
EVOLUCIÓN DEL NUMERO DE INFORMES DURANTE 2004 y 2005

Posteriormente, los informes elaborados fueron analizados teniendo en cuenta cinco indicadores: Identificación correcta del paciente, Servicio al que pertenece, Causa del Ingreso, Fecha del Alta, Firma e identificación de la enfermera, Indicaciones sobre cuidados, el resultado fue el siguiente.

ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE CUMPLIMENTACION DE LOS INFORMES

INDICADOR	CORRECTO	INCORRECTO
Identificación correcta del paciente	100%	—
Servicio al que pertenece (Urgencias)	94.2%	5.8%
Fecha del alta	98%	2%
Causa / motivo del ingreso o atención	100%	—
Firma e identificación de la enfermera	94%	6%
Indicación sobre continuidad de cuidados	96%	4%

Durante 2004, y siguiendo las directrices marcadas en materia de continuidad de cuidados establecidas por la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados (DRDIC), y al amparo del documento conjunto Servicio Andaluz de Salud y la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria para la Continuidad de



CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL DEL HOSPITAL DE RIOTINTO



Cuidadosⁱⁱ, así como por el homólogo para la creación de las Comisiones de Cuidados de Área (CCA), se constituyó el 23 de marzo de 2004, la CCA Hospital de Riotinto-Distrito Sierra de Huelva-Andévalo Central; que abrió todo un horizonte en esta línea, elaboró como primer documento un ICC, en versión "reducida", destinada a pacientes con necesidades de cuidados menos complejas, este informe fue puesto en marcha en Urgencia, al igual que en todo el HRT, y sustituyendo al anterior "Alta de Enfermería", comenzó su andadura, con una visión mucho más amplia, en el que no solo la parte técnica tenía cabida dentro de él, sino también se contemplaban las respuestas humanas, conductas y manifestaciones de conductasⁱⁱⁱ, en este caso, el ICC se extendió también a los pacientes ingresados en el área de Observación de Urgencias y que eran dados de alta a domicilio.

Durante el verano de 2004, este Servicio fue incluido dentro del dispositivo de comunicación de pacientes frágiles, desarrollado inicialmente durante el periodo estival para la "Ola de Calor" y posteriormente Salud Responde de Telecontinuidad de Cuidados^{iv}.

En enero de 2005, los responsables de la Dirección de Enfermería, le adjudican a un enfermero de enlace hospitalario el área de urgencias, entre los servicios de su responsabilidad, con funciones de apoyo en el desarrollo de la metodología diagnóstica y el uso de las taxonomías enfermeras NANDA, NIC y NOC, además de atender a los pacientes vulnerables y cuidadoras de éstos ingresados.

De igual modo, durante el mes de abril de 2005, siguiendo la línea emprendida en 2004, se llevaron a cabo, a instancias de la Dirección de Enfermería, sesiones sobre metodología enfermera y el uso y manejo de los nuevos documentos elaborados por la CCA y presentados públicamente el 17 de marzo de 2005: Valoración Integral de Enfermería e ICC en versión ampliada, destinado a pacientes con mayores necesidades de cuidados al alta.

El personal de enfermería de todos los servicios del Hospital expresó sus opiniones y aportó sus sugerencias para la mejora continua de las herramientas diseñadas y elaboradas en la CCA, ya que esta comisión dispone de mecanismos establecidos para hacer llegar al seno de la CCA las distintas propuestas de mejora.

Lógicamente es necesario apuntar cuales han sido y aún continúan siendo las limitaciones y obstáculos que han sido encontrados, como constituyen: Una organización del trabajo basada en turnos rotatorios, la Estancia reducida de los pacientes, que más que una limitación se ha constituido en una justificación del uso de esta herramienta, al aumentar la cantidad de información sobre el paciente y fundamentalmente, el cambio de mentalidad, desde un enfoque más biomédico, con una tradición de años de trabajar mucho y además muy bien, pero sin dejar constancia escrita de que hemos detectado y que hemos realizado con el paciente y para el paciente.

CONCLUSIONES

Entre las conclusiones que podemos obtener después del análisis de los datos y de la evolución de todo este tiempo son en general muy positivas, con un aumento muy considerable de la satisfacción de nuestros usuarios (colectivo mejor valorado en la encuesta 2006 con el 98,3%), pacientes y cuidadoras, que constituyen el eje y centro de nuestro SNS, y en particular (reducción en un 15,38% en el nº de reclamaciones en 2005 con respecto al año anterior y del 30% en relación a 2006).

El grado de cumplimentación del registro es bastante aceptable, basta remitirnos a los datos de la tabla anterior. La estrategia de implantación se puede considerar

a la vista de los resultados que ha sido acertada.

La respuesta por parte del personal de enfermería de Urgencias ha sido básica en el éxito del uso de esta herramienta, un compromiso en firme.

Se ha contribuido a aumentar el hábito de la escritura y el registro.

Los profesionales de enfermería constatan que el uso de las nuevas herramientas han supuesto un aumento en la cantidad y calidad de la información disponible sobre los pacientes, posibilitando la actuación ante conductas y problemas que antes podían pasar inadvertidos.

Y finalmente, un resultado muy importante desde la visión de la Gestión de Casos, el Enorme potencial de detección de casos que puede llevarse a cabo desde el área de Urgencias^v.

BIBLIOGRAFÍA

- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. II Plan de Calidad 2005-2008. Sevilla
- Duarte Climent, G. y otros. Documento para la continuidad de los cuidados, Constitución para las CCA. Servicio Andaluz de Salud.
- Luis Rodrigo, M.T. Los Diagnósticos Enfermeros. Guía Práctica y Revisión Crítica, Ed. Masson. -3ª Ed.
- www.juntadeandalucia.es/salud/principal/documentos.asp?pagina=ciudadano_saludresponde
- Manual Enfermería de Enlace Comunitaria, versión 3.

(Disponible en http://www.sas.junta-andalucia.es/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion2).

Banca por internet @

Entre en su oficina bancaria o vaya de compras sin pasar por el atasco



Banca por Internet es la opción que le ofrece RuralVía para operar con su oficina bancaria es cualquier momento, ir de compras sin perder un minuto, beneficiarse de la rapidez del TPV virtual o acceder a toda la información y servicios que precise.

 **RuralVía@**
Acortamos distancias
www.ruralvia.com

Comprar por Internet ha dejado de dar miedo



Te presentamos la nueva Tarjeta Virtual de Caja Rural con la que definitivamente perderás el miedo a comprar por Internet.

Porque sólo tú controlas el límite de la tarjeta pudiendo recargarla con la cantidad que necesites (hasta 3.005,06€) justo en el momento de realizar tu compra y descargarla una vez hecha la compra. De este modo y hasta que no se realice la recarga, la tarjeta no puede ser utilizada. ¡Más seguridad imposible!

Además como es una tarjeta MasterCard, podrás comprar tranquilamente en cualquier tienda de la red.



Ven a Caja Rural o conéctate a www.cajarural.com y pide sin miedo tu Tarjeta Virtual.


CAJA RURAL
DEL SUR