

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERIA
DE HUELVA



enfermería

AÑO X

nº 26 Junio 2007



EL COLEGIO forma ESPECIALISTAS

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

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: Tecnographic, S.L.

Depósito 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

Tel. 959 54 09 04

Correo electrónico:

Línea Móvil 639/11 17 10

Página [www: ocnf.org/huelva/](http://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 Cursos de nivelación ATS/DUE

6/7 Diagnóstico en Acupuntura

8 Deberes Humanos

9 Contra las agresiones a sanitarios

10 Varios

11/13 Programa de calidad en UCI

14/15 Entrega Premios Certamen

16/17 Curso de Expertos

18 Prescripción

19/23 Las Hermanas de la Caridad en Alosno

24 CIE

25/31 Cuidados al paciente laringectomizado



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

DE LA FORMACIÓN A LA CONDENA ANTE CUALQUIER TIPO DE VIOLENCIA

En el presente número de esta publicación, el Colegio de la provincia ha querido poner el énfasis en la trascendencia de la formación. Nada será más decisivo para asegurar el futuro de la profesión que potenciar todos aquellos ángulos en los que esté presente un mismo factor: la continuidad en el aprendizaje. Cuando estamos a un paso de adentrarnos en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEEU), la enfermería española debe tener bien presente que cualquier horizonte de madurez, individual y colectivamente hablando, pasa por tener a unos profesionales los más capacitados que sea posible. Y en esa tarea el Colegio de Huelva intenta predicar con el ejemplo, en aras a la mayor coherencia.

Llámesese el Curso de Nivelación para A.T.S., el Curso de Experto Universitario de Enfermería en Urgencias o la materialización del Certamen de Investigación Ciudad de Huelva, en estos tres casos estaremos hablando de un idéntico objetivo: propiciar, desde la Organización Colegial en la provincia, el mejor acceso a la formación como garantía de futuro. Y en esta labor, concédase el crédito que otorgan a los Colegios Profesionales contar con un largo historial dedicado a la docencia de un modo serio y fiable. "No queremos que haya una sola enfermera/o descolgado en el camino de adaptación al EEEU como consecuencia del Proceso iniciado en Bolonia", se dijo desde la cúpula de la Organización Colegial. Y el Colegio de Huelva, recogiendo el guante como no podía ser de otra forma, puso en marcha un Programa específico para exactamente eso: facilitar que en el futuro de la enfermería no coexistan tres titulaciones sino un bloque homogéneo que nos iguale con las naciones más avanzadas dentro y fuera de la Unión Europea. En poco tiempo, los campus españoles van a ser escenario de importantes cambios y experiencias y enfermería ha de encontrarse en situación de plena igualdad en cuanto a profesión universitaria con deseo de situarse en la avanzadilla del histórico tiempo que está por venir en materia de titulaciones.

Lo mismo podríamos argumentar respecto al Curso de Experto Universitario de Enfermería en Urgencias y Emergencias que, también en la actualidad, se viene impartiendo en la sede colegial. Si buscamos una Enfermería Especializada para todos y cada uno de los frentes que contempla en Real Decreto 450/2005 de 22 de abril, nuestra apuesta más inmediata es formar a las enfermeras/os más solventes para trabajar en la atención en áreas de ur-

gencias y emergencias, allí donde en cosa de pocos segundos se llega a decidir el futuro y la vida de un ser humano. Pensamos que este Experto Universitario (recordemos, el actual techo formativo de la diplomatura) es a modo de un sello de calidad que se "otorga" a aquellos organismos e instituciones que poseen el bagaje necesario para ponerlo en marcha. Y este Colegio de Huelva, con el respaldo de la Escuela de Ciencias de la Salud adscrita a la Universidad Complutense, no dudó en ofertar este importante nivel de post-grado convencidos de dar una respuesta al creciente interés y, además, con garantía de disponer de un profesorado experto y volcado en estas enseñanzas.

Pero, a su vez, el presente número contempla una sugerente simbiosis entre trabajos científicos y noticias de interés y actualidad. Creemos que, de esta forma, se cumple uno de los principales objetivos de toda publicación profesional que se precie de serlo: servir de fuente de información, en un mundo cada vez más cambiante, sin abandonar o relegar la reflexión puramente profesional mediante trabajos que ayuden a alcanzar, en un campo siempre abierto, algo que necesita la enfermería como es avanzar en el terreno de la investigación, una de las tradicionales asignaturas pendientes a la que puede ponerse freno con iniciativas como esta edición de DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA.

Dicho lo cual, no podemos dejar de destacar en este comentario editorial el posicionamiento –claro y terminante– del Colegio en relación al clima de agresiones que sufren los profesionales en el desempeño de su cometido. Como estamos convencidos de que quedó muy atrás el tiempo de aplicar "paños calientes" a un capítulo tan condenable, el Colegio, por medio de su Asesoría jurídica, no ha dudado en instar a la Fiscalía para que considere cualquier episodio de violencia como atentado a funcionario público lo que conlleva un agravamiento de la pena impuesta y el lógico efecto disuasorio en unos ciudadanos que, sin respeto a nada ni a nadie, perpetran casos de agresión y violencia hacia quienes tienen la misión de impartir cuidados y no defenderse de ningún violento. El colegiado de la enfermería onubense debe saber que este Colegio Oficial no solo condena cualquier tipo de agresión sino que ha pedido a los Tribunales su participación más efectiva para buscar la erradicación de esta lacra que nos avergüenza y humilla a partes iguales, como ciudadanos y como profesionales de la Salud.

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

El Colegio de Huelva desarrolla el Curso de Nivelación ATS-DUE

UN COMPROMISO, CUMPLIDO, CON LA PROFESIÓN

Texto: G^a. N.

El Colegio Oficial de Enfermería de la provincia de Huelva está desarrollando, desde hace semanas, el Curso de Nivelación para que los Ayudantes Técnicos Sanitarios (A.T.S.) puedan acceder al título de Diplomado Universitario de Enfermería (D.U.E.). Tras muchas y complejas gestiones ante distintas administraciones, la Organización Colegial sacó adelante lo que, en palabras del presidente Gonzalo García Domínguez, se define como "un ambicioso proyecto docente que no es sino la constatación de un compromiso finalmente cumplido por este Colegio provincial". El éxito de la iniciativa se ha visto con la respuesta de 83 colegiados cuya edad media se sitúa en torno a los 55 años aunque también haya alumnos de 80.

JUSTICIA

La sede colegial onubense se ha convertido en un espacio docente, y por partida doble. El Curso de Nivelación para los ATS que desean incorporar a su currículo el de DUE, está siendo una realidad. Este Curso, merced a la Orden (2324/2003) del Ministerio de Educación y Ciencia que regula la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) era, como define el presidente del Colegio de Huelva, una "vieja aspiración que la Organización Colegial de Enfermería y este Colegio de Huelva, llevaban años tratando de alcanzar para que, ante los inminentes cambios que van a darse en el ámbito universitario español, no hubiera ningún ATS fuera de la nivelación. Hablo –matiza Gonzalo García– de profesionales que



Alumnos y profesora en el curso de nivelación.

están en plena madurez de su trayectoria profesional, con 25 años, como mínimo, de ejercicio laboral a sus espaldas, y nos pareció una cuestión de justicia que pudieran acceder al título de DUE para que el colectivo tuviera un mismo nivel académico y porque, como Colegio, no podíamos permitir que en una misma profesión convivieran tres titulaciones, ATS, DUE y el futuro Grado de Enfermería. Título éste que podremos comenzar ofertando posiblemente en el próximo curso académico".

La convocatoria del Colegio no pudo encontrar mejor eco y 83 profesionales llevan, actualmente, a cabo este Curso que, como señala el presidente del Colegio, "además de su gran aceptación tiene un cuadro de profesores que, a excepción de una Abogada para tratar los capítulos legislativos–jurídicos, el resto son Enfermeras de nuestro Colegio las cuáles han logrado una buena interacción con los alumnos facilitando al máximo la consecución de los objetivos propuestos que marca la citada Orden Ministerial de Educación".

El Curso, al detalle

El Curso de Nivelación, desde un punto de vista técnico, presenta estas características: Es de rango semipresencial, con una carga de 200 horas lectivas que se desglosan así: 40 horas de asistencia inexcusable, 40 horas de apoyo y estudio tutorizado (mediante seminario personal, seminario virtual o consulta individualizada) y, finalmente, 120 horas para realizar un trabajo tutorizado. En su conjunto, el Curso consta de 4 bloques de 10 horas presenciales cada uno y que se corresponden a estos epígrafes: 1) Marco legislativo y sanitario actual; 2) Desarrollo de la profesión de Enfermería; 3) Aspectos psico-sociales del ejercicio profesional y 4) Evolución del Sistema Sanitario.

IMPORTANCIA Y COMPLEJIDAD DEL DIAGNÓSTICO EN ACUPUNTURA. METODOLOGÍA

AUTORES:

Rosa María Rodríguez Muñiz, Acupuntora, Auriculoterapeuta, Técnico de nivel superior en prevención de riesgos laborales y DUE del EBAP del Consultorio de San Bartolomé de la Torre (Huelva).

Manuel Alberto Orta González, DUE del EBAP del Consultorio de San Bartolomé de la Torre (Huelva).

I. INTRODUCCIÓN

La Medicina Tradicional China (MTCH) tiene un corpus teórico, una etiología y un sistema de diagnóstico propios. La práctica de la misma sigue una evolución creciente en la mayoría de los países occidentales y el nuestro no es una excepción.

Es un hecho constatado que cada vez hay más personas que utilizan las terapias naturales en los países desarrollados, un uso relacionado con el progreso económico y social de los Estados y con la necesidad de añadir nuevos cuidados a los ya provistos por la asistencia sanitaria convencional. El uso de las medicinas naturales se duplica entre las personas que están afectadas por alguna enfermedad crónica.

La MTCH considera al ser humano como un ente en el que cada parte se relaciona con el conjunto, dando lugar a una gran complejidad diagnóstica, ya que en cualquier enfermedad pueden participar múltiples variables.

La acupuntura puede darnos grandes satisfacciones cuando se aplica con conocimiento y rigor científicos, razonando los síntomas y los síndromes hasta llegar a la causa etiológica. Ello nos permite afinar mucho el tratamiento hasta llegar a individualizarlo, buscando siempre un "traje a medida".

2. EL DIAGNÓSTICO CHINO

Lo primero que debemos hacer al estar frente a un paciente es explicarle de la manera más clara y simple posible lo que es la acupuntura y lo que pretendemos con la aplicación de agujas.

Le explicaremos que todo en el universo necesita energía para su funcionamiento, que el cuerpo humano no es una excepción a esta idea básica y que del equilibrio entre las energías depende la salud.

El siguiente paso consiste en recopilar signos, síntomas y datos exploratorios con el objetivo de establecer un diagnóstico de la enfermedad y una estrategia terapéutica (un tratamiento eficaz para esa patología).

La recopilación de signos, síntomas y datos exploratorios en MTCH se llama "**Los Cuatro Elementos Diagnósticos**".

Son los siguientes:

1. Inspección y Observación:

En primer lugar hay que **observar** al paciente para descubrir si existe un **equilibrio** armónico entre el cuerpo y la mente, a través de su expresión, su mirada, la palabra,...

Debemos apreciar la tez y su coloración. Como regla general, una tez normal es "fresca, viva, discreta; la patológica es oscura, grisácea y apagada"

(1)

La **expresión** del paciente nos dice mucho porque "la cara es el espejo del alma", y está muy relacionada con su energía.

Los cinco órganos de los sentidos se pueden convertir en los cinco sistemas de diagnóstico más habituales en acupuntura. Entre ellos, la lengua, el ojo y la oreja son los más habituales; y también se pueden utilizar para el tratamiento, como la oreja y la nariz.

El diagnóstico por la lengua es parte fundamental del método de observación y, para los occidentales, es más fiable que el pulso. Tiene una larga historia. El Nei King y el Shang Han Lun (2) tienen ya registros del tema hace más de 2.000 años.

2. Audición y olfatación:

Hay que **apreciar** la voz del paciente, su tonalidad, la respiración, la manera de toser, si tiene o no halitosis, etc.

3. Interrogación:

Es un pilar básico para el acupuntor occidental. Con ella buscamos **reconstruir la historia** de la enfermedad, tal y como lo hace la medicina occidental. Pero la MTCH busca también distinguir entre el Yin y el Yang, el frío y el calor, el interior y el exterior, la plenitud y el vacío, es decir, trata de encuadrar la enfermedad dentro de las llamadas Ocho Reglas de Diagnóstico. De la importancia de la interrogación nos habla el famoso médico **Zhang Jingyue (siglos XVI y XVII)**, que en forma de verso enseñaba a efectuar un interrogatorio:

"Lo primero es preguntar por el frío y el calor; segundo por el sudor; tercero por la cabeza y el cuerpo (dolor); cuarto, sobre las heces y orina; quinto, sobre la alimentación; sexto, sobre el tórax y el abdomen (palpación y auscultación); séptimo, alteraciones auditivas; octavo, por la sed; noveno, sobre la historia (evolución); y, décimo, por la causa. Además hay que preguntar si se ha tomado alguna medicación; a las mujeres por las reglas y a los niños



Dibujo indicando puntos de acupuntura (dinastía Ming).

si han tenido sarampión y viruela.”(3).

4. **Palpación:**

Consiste en:

- **Detectar** puntos o zonas dolorosas en todo el cuerpo.
- **Apreciar** la profundidad, rapidez y fuerza del pulso en la arteria radial,
- O emplear los métodos electrónicos, como el Riodoraku del Dr. Natakani. (4).

Con todo ello intentamos llegar a un “**Síndrome**”, que debemos encuadrar dentro de las **Ocho Reglas de Diagnóstico**, las cuales se basan en las ocho nociones fundamentales siguientes:

1. Nociones yin-Yang (sirven para catalogar el tipo de paciente y los síntomas). Como características generales el Yin es reposo, inhibición, descenso, interior, vacío, frío,... El Yang es lo opuesto: actividad, activación, ascenso, exterior, plenitud, calor,...

2. Nociones Interior-Exterior (localizan la situación de la enfermedad y nos ayudan a realizar un diagnóstico de benignidad o gravedad).

Si los síntomas nos indican que la enfermedad es externa habrá afectación cutánea o de meridiano. Por el contrario, si es interna afectará a órganos y vísceras y será más grave.

3. Nociones Frío- Calor (indican el estado de la enfermedad).

Si el paciente tiende al frío, presenta el cuerpo frío y busca el calor, la enfermedad pertenece al grupo “frío”, es decir, su etiología es por “energía perversa frío”, o existe un incremento absoluto o relativo de Yin en el paciente.

Si el paciente tiende al calor, busca el frío y presenta el cuerpo caliente, la enfermedad pertenece al grupo “calor” o está causada por “energía perversa calor” o existe un incremento absoluto o relativo de Yang en el enfermo.

4. Nociones Vacío-Plenitud (revelan el estado de las defensas del paciente).

Si entendemos la enfermedad como un desequilibrio, este puede ser por exceso o por defecto. Un síndrome por exceso (Plenitud) manifiesta una lucha entre los factores patógenos endóge-



Imagen de una práctica de Acupuntura

nos y exógenos y los factores defensivos de la persona (sistema inmunitario). Si el elemento patógeno persiste en el tiempo o es muy intenso provoca el agotamiento de la energía defensiva y provoca un desequilibrio por defecto o síndrome de Vacío.

Todos estos datos quedan registrados en la historia clínica del paciente.

3. CONCLUSIÓN

Vemos que toda la información la vamos a obtener por medio de un esquema muy metódico, que es la historia clínica en acupuntura, donde vamos recogiendo todo lo obtenido a través de los elementos de diagnóstico utilizados.

Ante esta complejidad es importante conocer lo esencial, ir de lo complejo a lo simple, es decir, utilizar una metodología deductiva. Esto ya aparece reflejado en el Nei King : “**el que conoce lo esencial resume su discurso en una sola frase, el que no conoce lo esencial se dispersa hacia el infinito**” (5). El diagnóstico en acupuntura es individualizado y cuanto más preciso sea, más afinado será el tratamiento y mejores los resultados.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Nogueira Pérez, C. *Fundamentos de Bioenergética*. Madrid. Ediciones C.E.M.E.T.C. SL, 2001.
- Nogueira Pérez, C. *Acupuntura II. Fisiología, Patología, Semiología y Te-*

rapéutica en MTCH. Madrid. Ediciones C.E.M.E.T.C. SL, 2003.

- Maciocia, G. *Los fundamentos de la medicina china*. Cascais (Portugal). Aneid Press, División de Aneid, Lda. 1999.
- Maciocia, G. *Diagnóstico por la lengua en Medicina China*. Cascais (Portugal). Aneid Press, División de Aneid, Lda. 1999.

Notas:

- (1). Maciocia, G. *Diagnóstico por la lengua en Medicina China*. Cascais (Portugal). Aneid Press, División de Aneid, Lda. 1999.
- (2). El Nei King es un extenso documento que recoge las teorías médicas chinas de la época pre-chin (221-207 a. de C.). La Dinastía Hon (206 a. de C.-220 d. de C.) produjo una guía práctica para el tratamiento de las enfermedades que resulta fiable y valiosa incluso hoy en día:
El Tratado sobre las Enfermedades Causadas por Factores Relacionados con el Frío (Shang Han Lun) de Chang Chung-Ching.
- (3). Nogueira Pérez, C. Capítulo II: Los cuatro elementos de diagnóstico. En: *Acupuntura II. Fisiología, Patología, Semiología y Terapéutica en MTCH*. Madrid: Ediciones C.E.M.E.T.C, 2003. p. 454.
- (4). El Dr. Natakani fue el iniciador de un método que a través de un aparato de su invención registra la resistencia que el punto de acupuntura ofrece al paso de la corriente eléctrica.
- (5). *C-Acupuntura II. Fisiología, patología, Semiología y terapéutica en M.T.Ch*. Carlos Nogueira Pérez. C.M.E.T.C. s.l.

LA DECLARACIÓN DE DEBERES HUMANOS, UNA RESOLUCIÓN PENDIENTE

Alicia Rosado Suárez
Enfermera. Hospital I. Elena

Se comenta que la Consejería de Educación y Ciencia agradece profundamente este año la iniciativa de la Consejería de Salud por su impulso y fomento de la lectura. En el transcurso de los últimos meses se han colgado por todos los centros sanitarios unos carteles informativos donde se muestran un amplio número de derechos de los usuarios y uno exiguo de deberes, cumpliéndose de esta manera las expectativas de la Consejería de Educación acerca de que los ciudadanos nos cultivemos, pues sólo con la lectura de tan gran número de derechos casi se cumple el cupo que corresponde a cada persona. En absoluto se puede estar en desacuerdo con ésta acción, pues continúa siendo loable que los poderes públicos sigan preocupándose por las libertades y derechos de sus ciudadanos.

La conquista y el reconocimiento de tales libertades empezó, allá por la Revolución Francesa, continuó con las Revoluciones Liberales del siglo XIX y culmina tras la Segunda Guerra Mundial, largo y doloroso fue el camino y el tiempo transcurrido para emancipar al ser humano. La necesidad apremiante e irrenunciable de superar definitivamente tantos horrores, vejaciones y genocidios, relegó a un segundo plano la otra vertiente de la libertad. Se desarrollaron manifiestos, declaraciones, constituciones..., en cuyos preámbulos y cuerpos centrales se satisfacían todos los derechos, mientras que los deberes se relegaban a los epílogos o disposiciones adicionales. Desde entonces se ha generalizado la idea de que los seres humanos sólo tienen derechos que satisfacer y se ha llegado en la actualidad a actitudes individualistas y egoístas que a veces obvian los derechos del otro, frustrándose las expectativas iniciales al no respetar ni siquiera tan breve número de deberes expuestos en los carteles.

Por otro lado, el triunfo en todas las cadenas televisivas de series donde se refleja y potencia el Sistema Sanitario Americano ha logrado confundir a los usuarios cuando se enfrentan a la realidad. Debemos recordar que la O.M.S nos reconoce como el séptimo mejor del mundo y sin embargo el

usuario se siente frustrado cuando no experimenta en su relación con el sistema sanitario las falacias que la televisión le transmite. Por no hablar de la formación académica que los ciudadanos adquieren mediante la contemplación de dicha programación, dándose la paradoja de tener que luchar contra una nueva forma de intrusismo, así estamos asistiendo en la actualidad a un nuevo modo de diplomarse o licenciarse en las distintas profesiones sanitarias: "a través de la televisión". Víctimas de éste espejismo se demanda cada vez con más frecuencia no sólo un altísimo nivel de profesionalidad, sino también un excelente servicio de hostelería. Es generalizada la creencia de que con una oferta variada en la carta del menú, la salud del paciente mejorará casi milagrosamente. Como milagroso también parece ser el efecto de algunas pruebas diagnósticas a horarios intespectivos y con el membrete de "alta resolución". Incumplir dichas expectativas supone iniciar una escalada hacia el descontento y la contrariedad cuya cima suele ser que nos falten al respeto.

Hace tiempo que venimos soportando agresivas situaciones en un intento de contentar a "los insociables", fomentando en algunos momentos unas actitudes demasiado permisivas por nuestra parte, que sólo sirven para envalentonar a estos individuos en detrimento de los que son respetuosos con las normas y los derechos ajenos. La creación de lemas como: "EL CLIENTE SIEMPRE TIENE LA RAZÓN", pueden llegar a ser muy desafortunados según la situación en la que se exprese, pues la razón la llevará siempre que como mínimo la reclame desde actitudes civilizadas y basadas en el sentido común.

La mayoría de los profesionales continuamos sintiéndonos de acuerdo con la filosofía de estar al servicio del cliente, pero resulta intolerable que una vez traspasado el umbral de los centros sanitarios se nos transforme de ciudadanos en siervos sometidos a la tiranía de un exigente amo: "El Usuario". Tan rápida transformación sólo se explica si nos preguntamos a quien beneficia seguir tolerando den-

tro de las Instituciones Sanitarias el insulto, la amenaza y la agresión, si por el contrario tales acciones son punibles en la vía pública. Nosotros no renunciamos a nuestras libertades y derechos ni dentro ni fuera de ellas.

Ninguna sociedad se puede permitir seguir existiendo sin proteger los derechos de todos sus colectivos. Lo que hoy está sucediendo con el personal sanitario no es algo anecdótico, sino un síntoma mucho más profundo de crisis. Somos cada vez más consciente de que hemos creado una sociedad donde la exigencia, el despotismo, la intransigencia, etc, prevalecen ante cualquier otra actitud y hemos permitido que valores como el respeto, la bondad, la educación y la paciencia no tengan lugar en nuestras relaciones cotidianas.

Últimamente recuerdo con frecuencia a mi abuelo, persona entrañable y a la cual admiro. Vivió una época histórica muy difícil que le condicionó para culminar sus estudios, ya que la necesidad de aportar más ingresos a la familia le llevaron a incorporarse al mundo laboral a una edad muy temprana, pero pese a sus carencias supo inculcar a los que les rodeaba que en la vida debe mantenerse una actitud respetuosa ante cualquier situación y que la educación es una de las bases principales que conforman la personalidad del ser humano. Estos principios que se han transmitido de generación en generación, aún manteniendo puntos de vista distintos ante las mismas situaciones comienzan a interrumpirse.

Resulta del todo necesario alterar el rumbo de la situación actual, las posibles soluciones no sólo deben pasar por la vía judicial; sino también, por algo más sencillo como es la educación en el respeto al otro. Sería un buen comienzo seguir los mismos pasos que el reconocimiento de los derechos y concienciarnos en exigir una pronta "Declaración de los Deberes Humanos". Así pues, los Señores Delegados de la O.N.U. tendrían que plantearlo como tema a tratar en su próxima Asamblea, somos muchos los que les estaríamos eternamente agradecidos.

EL COLEGIO DE ENFERMERÍA DE HUELVA, CONTRA LAS AGRESIONES A SANITARIOS

Ha pedido a la Fiscalía que la violencia sea juzgada como atentado a funcionario público

El Colegio Oficial de Enfermería de Huelva no ha dudado en condenar, del modo mas enérgico posible, cualquier tipo de violencia y agresiones que padezcan los trabajadores sanitarios en general y, mas en concreto, el colectivo de enfermería. Desde la asesoría jurídica de esta institución se ejerce la defensa de dos diplomados que, muy a su pesar, han sido protagonistas involuntarios de otros tantos casos producidos por estos irracionales comportamiento a cargo de determinados ciudadanos. El Colegio se ha dirigido a los poderes públicos, pidiendo al SAS que arbitre las medidas oportunas que eviten la reiteración de semejantes episodios, mientras ha exigido a la Fiscalía que considere estas agresiones como atentado a funcionario público en lugar de un mero delito de faltas.

El clima de violencia contra el personal sanitario parece no tener fin. Desgraciadamente, y en esta provincia de Huelva, la noticia se ha repetido hasta hacerse mas que preocupante. Sean enfermeras, médicos, celadores...nadie parece estar a salvo de ser objeto de las iras de quienes no respetan ni tan siquiera el esfuerzo profesional del personal sanitario que sólo quiere ofrecer lo mejor de sus capacidades para el ciudadano que las demanda. En concreto, desde la asesoría jurídica de este Colegio Oficial, actualmente se llevan acciones legales para la representación y defensa de dos diplomados de enfermería con idéntico común denominador: haber sido agredidos en el mismo espacio, en este caso el hospital Juan Ramón Jiménez de nuestra ciudad. Atentado, no falta.

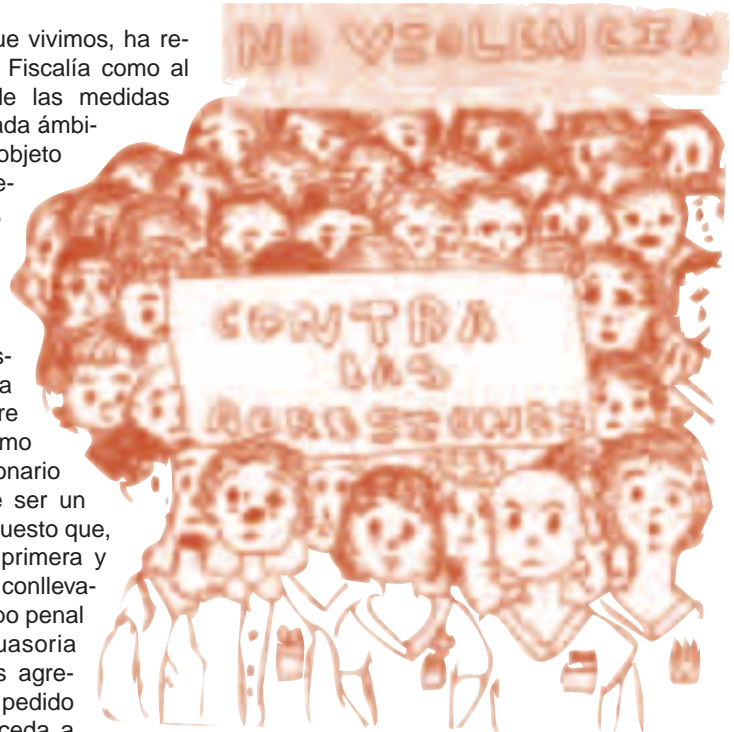
El Colegio de Enfermería, que rechaza de plano cualquier atisbo de signo violento por ser impropio de una sociedad

civilizada como la que vivimos, ha reclamado tanto de la Fiscalía como al SAS la adopción de las medidas oportunas que, en cada ámbito correspondan, al objeto de preservar la integridad física y moral, de quienes no buscan otra cosa que ofrecer la mejor atención sanitaria.

En el caso de la Fiscalía, este Colegio ha exigido que considere estas agresiones como un "atentado a funcionario publico" en lugar de ser un mero delito de falta puesto que, de ser aceptada la primera y lógica consideración, conllevaría una sanción de tipo penal sencillamente disuasoria para los indeseables agresores. Del SAS ha pedido igualmente, que proceda a arbitrar las medidas oportunas "para que las agresiones no vuelvan a producirse, expulsando y prohibiendo la entrada en hospitales y centros a este tipo de personas, así como la instalación de cámaras de vigilancia, timbres de pánico o de personal de seguridad que sea necesario dadas las actuales circunstancias".

ARGUMENTOS

Dos enfermeros (ambos del Juan Ramón Jiménez), una médico-ginecóloga (del mismo centro), otra enfermera (del Infanta Elena), una médico y un celador de la provincia (San Juan del Puerto) son los episodios más recientes que provocaron "la mas firme repulsa y la condena" de este Colegio ante semejante perspectiva. En la asesoría jurídica colegial se ha trabajado en la defensa de los profesionales del colectivo y los argumentos de la letrada del Colegio (Eva Lorenzo) anteriormente citados han sido admitidos en primera instancia y de acuerdo a ello se procede, actualmente, a instruir Diligencias previas de las que finalmente saldrá una calificación a los graves hechos acaecidos. También, y en el día señala-



do para la comparecencia de las partes, el Colegio, junto a otras instituciones, protagonizó una manifestación como señal de protesta ante una realidad que choca con la más mínima cordura en una sociedad avanzada como la nuestra.

DEFENSA

Por lo mismo, el Colegio también quiere hacer mención expresa del civismo, y educación que, en su generalidad demuestran los miles de pacientes, y acompañantes, que a diario acuden a los centros sanitarios. Sin embargo, una minoría de personas carentes de esas mismas virtudes no dudan en agredir, (física y verbalmente) al profesional sanitario y de ahí que sea necesario, además de urgente, adoptar las medidas cautelares para evitar que el actual clima de violencia que existe en la sanidad onubense pueda ser destruido en su totalidad. En esta lucha está, y seguirá estando, el Colegio de Enfermería de Huelva en la defensa de sus colegiados como de la sociedad.

Existe en, únicamente, cuatro regiones

PIDEN CREAR LA FIGURA DEL "DEFENSOR DEL PACIENTE"

La sanidad pública comienza a demandar la existencia de una nueva figura. Se trata, en concreto, del llamado "Defensor del Paciente" para que su actuación consolide una garantía para los derechos y la calidad del sistema sanitario. Hasta el momento, solo existe en cuatro regiones y la tónica es que, paulatinamente, vaya implantándose en la totalidad del sistema sanitario español. En Andalucía no existe, por ahora, esta figura dentro del organigrama del Servicio Andaluz de Salud.

Nacida en Europa, donde cuenta con una larga trayectoria, la figura del Defensor del Paciente está llamada a desempeñar un rol importante en el intrincado tejido sanitario español. En España, la primera región en incorporarla fue la Comunidad de Madrid, en concreto desde noviembre de 2002. Posteriormente, hicieron lo propio los sistemas autonómicos de Extremadura, Islas Baleares y La Rioja. Esta figura se ha ido consolidando como "una institución garante de los derechos del usuario y de la calidad de los sistemas de salud". Al igual que sucede en otras áreas de actuación (llámese Defensor del Pueblo) su incorporación

al mundo de la sanidad ha ido tomando cuerpo en las citadas regiones entre el beneplácito tanto de los usuarios como de los colectivos profesionales.

Desde la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) se ha reconocido, en distintas ocasiones, la potenciación de esta figura institucional como "una forma de preservar los derechos del enfermo", algo consustancial al vivir en un Estado de Bienestar. En España, el pasado 2006 tuvo lugar en Barcelona un hito importante con la presentación pública del Foro Español de Pacientes con un catálogo de intenciones que debe conocer, de forma ineludible, tanto el ciudadano de a pie como el profesional sanitario. El Defensor del Paciente también está llamado a contribuir a "la alfabetización sanitaria y cívica" en aras a hacer más fluidas las corrientes propias del sistema en relación a los intereses de la población en general.

Acuerdo entre Colegio de Enfermería y 02 Centro Wellness

El Colegio de Enfermería de la provincia de Huelva y la firma 02 Centro Wellness Huelva han suscrito, recientemente, un Acuerdo de prestaciones que afecta e interesa conocer a la profesión. En virtud de este acuerdo, vigente en principio hasta el próximo 31 de diciembre/07, y que por parte del Colegio ha rubricado el presidente Gonzalo García, la Enfermería onubense puede acceder a disfrutar de una tarifa de precios con notable descuento respecto a las que se aplican al público en general.

La Empresa 02 Centro Wellness S.L. de Huelva es una sociedad dedicada, y especialista, en la práctica del ejercicio físico dirigido a mejorar la forma y la salud por medio de los ejercicios pautados, controlados y guiados por expertos. Para ello dispone de los recursos humanos e instalaciones necesarias para la adecuada prestación de su oferta de servicios. En la secretaría del Colegio de Enfermería se facilita una más completa información a aquellas enfermeras y enfermeros interesados en acudir a 02 Centro Wellness sita en la Avenida San Sebastián de nuestra capital.

Nota de la Redacción

En el anterior número (25) de "Documentos de Enfermería" correspondiente al mes de febrero

2007, se publicó el artículo titulado "Cuidados enfermeros integrales ante la sintomatología de la Fibromialgia". Aunque apareció sin referencia a sus autores, estos fueron José Manuel Romero Romero (colegiado número 4189) y Vicente Vázquez Zarza (colegiado número 4191). Quede constancia de ello.



Prestaciones del CAE: Información

El Colegio Oficial de Enfermería de Huelva quiere recordar a toda la profesión colegiada que siguen vigentes las prestaciones sociales que el Consejo Andaluz de Enfermería (CAE) tiene previsto con arreglo a lo aprobado en su día. Y, como recordatorio, estas prestaciones se refieren a tres capítulos: por natalidad, por matrimonio y por defunción. Correspondiéndoles las cantidades de 110, 120 y 400 euros, respectivamente.

Al mismo tiempo, este Colegio onubense recuerda que las solicitudes para la percepción de dichas prestaciones (en sus tres vertientes) han de presentarse en la secretaría colegial dentro de los seis (6) meses transcurridos desde la fecha de producirse el acontecimiento a que hagan referencia. No obstante, en la propia sede (teléfono 959/5409 04) podrán encontrar la total información al respecto.

PROGRAMA DE CALIDAD DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES:

Fernández Escobar, Florencia – Enfermera Asistencial
Gómez Rodríguez, Ana – Supervisora de Calidad
Martín Toscano, Ana Bella - Enfermera Asistencial
Rúa Beldades, Josefa – Enfermera Supervisora U.C.I.
Sánchez Fernández, María del Mar – Enfermera Asistencial. Hospital Infanta Elena

1. JUSTIFICACIÓN

Ofertar cuidados de calidad se convierte en una obligación en la práctica asistencial.

Es necesario que todos los profesionales trabajemos en la misma línea para ofrecer los mejores resultados posibles en nuestra práctica clínica diaria y con el menor daño posible para el paciente.

La mejora científico-técnica de nuestras actuaciones y la eficiencia deben permitirnos reducir la NO calidad en nuestro servicio.

2. OBJETIVOS Y METAS

Entre nuestros objetivos podemos destacar:

- Ofrecer unos cuidados personalizados y de alta calidad humana
- Proporcionar un entorno confortable y acogedor tanto a pacientes como a familiares
- Asegurar la eficiencia y la eficacia de nuestros cuidados para satisfacer las necesidades de los usuarios y las expectativas que tienen respecto a nuestro servicio y a los profesionales
- Prevenir, detectar y corregir desviaciones que puedan suponer aspectos de NO calidad
- Facilitar la formación y el aprendizaje de los profesionales para impulsar la innovación y modernización del servicio

3. ESTRUCTURA Y RESPONSABILIDADES

- **Responsable de calidad de la unidad.** Sus funciones generales se pueden resumir en elaborar el manual de calidad de su unidad y responsabilizarse del mismo, participar en la evaluación control y seguimiento del programa de calidad. Y para ello deberá:
 - Mantener el cuadro de mando del servicio o unidad: datos de actividad, resultados, etc.
 - Custodiar y actualizar los modelos de los documentos: formatos, registros, guías, procedimientos, etc.
 - Presentar al equipo el análisis y evaluación de los resultados del periodo que se trate en la sesión de calidad.
 - Promover actividades docentes específicas.
 - Realizar las auditorías internas junto con el coordinador de calidad.
 - Actualización de conocimientos en metodologías y técnicas.
 - Elaborar los informes que le sean solicitados a la unidad.
 - Presentar los resultados a los coordinadores de calidad.
 - Redacción y actualización sistemática del manual de calidad.
 - Coordinar sus actividades con otros profesionales del centro que realicen una función similar.

- **Coordinador de calidad de la unidad:**

La coordinadora de calidad, enfermera asistencial interesada en la mejora de la asistencia clínica y de cuidados. Sus funciones serán:

- Coordinar y mantener documentos.
- Presentar análisis y balances.
- Asegurar su autoformación y las acciones formativas.
- Realizar auditorías internas
- Liderar grupos de mejora
- Detectar problemas de NO calidad.
- Elaborar informes sobre resultados.
- Mantener activo el cuadro de mandos.

- **Todos los profesionales de la unidad:**

- Participar en la elaboración del manual de calidad de su unidad.
- Diseñar conjuntamente con el responsable de unidad-coordinador de calidad los indicadores de evaluación y control de su unidad, colaborando en su seguimiento.
- Realizar propuestas de mejora.
- Colaborar las acciones encomendadas por el responsable y/o coordinador de calidad de la unidad.

4. MISIÓN-VALORES- POLÍTICA DE CALIDAD

- **MISIÓN**

- Unidad polivalente que atiende a todo tipo de pacientes, médicos o quirúrgicos del hospital "infanta Elena" de Huelva que hayan alcanzado un nivel de gravedad que suponga un peligro vital o potencial.

- **VALORES**

- Conocimientos adecuados al servicio.
- Motivación.
- Empatía.
- Respeto.
- Eficiente y eficaz.

- **POLÍTICA DE CALIDAD**

- Pendiente de definir.

5. CARTERA DE CLIENTES

- **Clientes internos:**

- Pacientes cardíacos, respiratorios, quirúrgicos y otros.
- Familiares.
- Cuidador/a principal.
- Facultativos.
- Dirección.
- Otros servicios.

- **Clientes externos:**

- Estudiantes de Diplomatura de Enfermería, Auxiliares de Enfermería y Médicos Residentes.

- Atención Primaria.
- Otras unidades.

6. CARTERA DE SERVICIOS

A) Realización de técnicas:

- Diagnósticas
 - Procedimientos generales
 - Procedimientos específicos de U.C.I.:
 - Fisioterapia respiratoria: clapping, vibrador y humectador
 - Ventilación mecánica no invasiva (VMNI): BIPAP, BOUS-SIGNAL.
 - Ventilación mecánica invasiva (VMI): intubación orotraqueal, cuidados del paciente intubado, destete, tubo en "T" y traqueostomía.
 - Canalización arterial.
 - Canalización de vías centrales
 - Canalización con catéter Swan-Ganz
 - Cardioversión
 - Parada Cardio-Respiratoria (PCR)
 - Implantación de Marcapasos Transitorio (MPT)
 - Implantación de Marcapasos Definitivo (MPD)
 - Cateterismo Cardíaco
 - Fibrinolisis (Agrastat®, TNK®)
 - EKG completo
 - Control de constantes vitales

• Exploraciones complementarias y diagnósticas:

- Test de mesa basculante
- Fibrobroncoscopia
- Endoscopia

- Ecocardiografía
- Presión intra-abdominal
- Punción pericárdica

- Preparación de Nutrición Parenteral (NPT) de protección hepática y renal

- Terapia intravenosa: analgesia, sedación, relajación, insulino-terapia, etc.

B) Atención de necesidades Básicas y de Seguridad:

- Higiene del enfermo
- Alimentación: oral y enteral
- Prevención de úlceras por decúbito (UPP) según protocolo
- Prevención de caídas
- Eliminación
- Termorregulación
- Control de constantes vitales

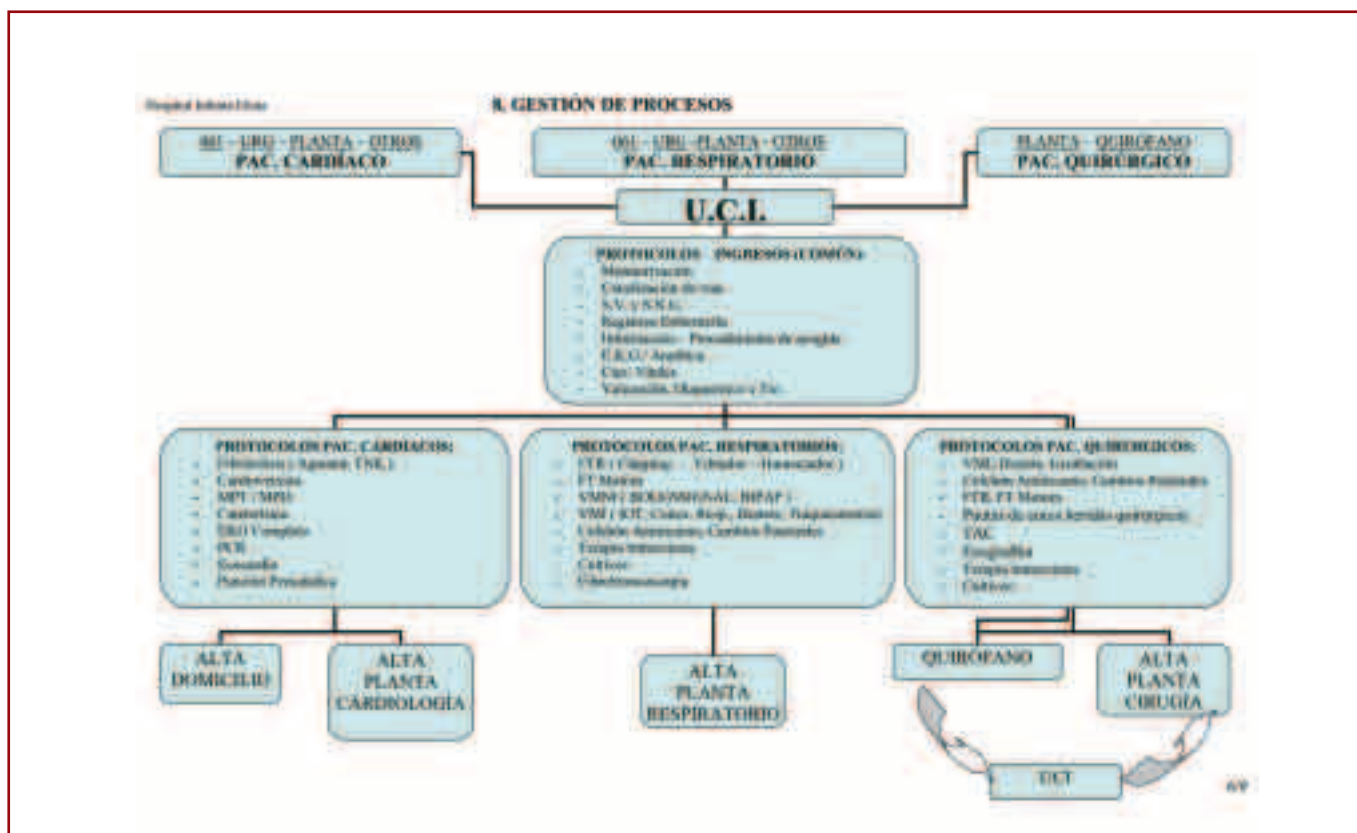
C) Información diaria a los familiares sobre el estado del paciente y sobre normas de funcionamiento de la unidad

D) Docencia pre y postgrado y formación

7. ACTIVIDAD, ANÁLISIS, EVALUACIÓN Y PREVISIÓN

Los registros de las distintas actividades realizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos durante el año 2006 están recogidos pero pendiente de análisis.

8. GESTIÓN DE PROCESOS



INDICADORES

NOMBRE DEL INDICADOR Nº 1

LESIÓN EN COMISURA LABIAL EN PACIENTE PORTADOR DE TUBO OROTRAQUEAL MÁS DE 24 HORAS

ÁREA /DIMENSIÓN	Seguridad - Riesgo - Efectividad
JUSTIFICACIÓN	Conocer la incidencia de lesiones para abordar acciones de mejora
FÓRMULA	Número de pacientes con lesión: N° Pacientes Intubados más de 24 h x 100
EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS	Toda lesión de la piel producida al ejercer una presión mantenida sobre la comisura que provoca una degeneración del tejido.
POBLACIÓN	Ambos sexos y cualquier edad Cualquier patología siempre que lleve más de 24 h. intubado
TIPO	Indicador de índice, tipo Resultados. Pendiente de validar
FUENTES DE DATOS	Observación directa Registros de Enfermería
ESTÁNDAR	Pendiente de validación. Se fijará tras las primeras mediciones
COMENTARIOS	Medición por turno Publicación de datos por cuadro de mandos mensualmente

NOMBRE DEL INDICADOR Nº 2

OBSTRUCCIÓN DE SONDA DE NUTRICIÓN ENTERAL

ÁREA /DIMENSIÓN	Seguridad - Riesgo - Efectividad
JUSTIFICACIÓN	Conocer la incidencia de obstrucciones para abordar acciones de mejora
FÓRMULA	Número de sondas de alimentación obstruidas: Número de pacientes con sonda de alimentación x 100
EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS	Cese de la nutrición enteral producida por la oclusión de la luz de la sonda que nos obliga al cambio de la misma
POBLACIÓN	Todo paciente sometido a nutrición enteral continua mediante bomba y con medicación por dicha sonda
TIPO	Indicador de índice, tipo Resultados. Pendiente de validar
FUENTES DE DATOS	Observación directa o de otros profesionales Registros de Enfermería
ESTÁNDAR	Pendiente de validación. Se fijará tras las primeras mediciones
COMENTARIOS	Medición por turno Publicación de datos por cuadro de mandos quincenalmente

NOMBRE DEL INDICADOR Nº 3

ÚLCERA POR PRESIÓN (UPP)

ÁREA / DIMENSIÓN	Seguridad - Riesgo - Efectividad
JUSTIFICACIÓN	Conocer la incidencia de lesiones para abordar acciones de mejora
FÓRMULA	Número pacientes que presentan UPP tras ingresar en UCI: Número total pacientes ingresados en UCI x 100
EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS	Pacientes que presentan UPP de cualquier grado y localización siempre que se hayan producido una vez ingresado el paciente en la unidad
POBLACIÓN	- Paciente con cualquier patología y especialidad - Pacientes de ambos sexos y edad - Todos los pacientes ingresados serán valorados con la escala BRADEN - Se incluirán en el indicador aquellos que presenten cualquier tipo de UPP
TIPO	Indicador de índice, tipo Resultados.
FUENTES DE DATOS	Observación directa Registros de Enfermería
ESTÁNDAR	Pendiente de validación
COMENTARIOS	Medición por turno Publicación de datos por cuadro de mandos mensualmente.



EL COLEGIO DE HUELVA ENTREGÓ LOS PREMIOS DEL XIV CERTAMEN DE INVESTIGACIÓN

Un equipo encabezado por Leopoldo Palacios, ganador de la prueba de investigación onubense

EL COLEGIO DE ENFERMERÍA DE HUELVA hizo entrega, el pasado Día de San Juan de Dios, de los premios y distinciones que tradicionalmente acompañan a la festividad del Patrón. La profesión volvió a darse cita en un elevado número de asistentes a la considerada como "su fiesta" por excelencia en esta provincia y, en su transcurso, la institución colegial hizo público el desenlace de los Jurados encargados para decidir los premios convocados, especialmente el "Certamen de Investigación de Enfermería Ciudad de Huelva" que, en su decimocuarta convocatoria, fue para un trabajo titulado "Morbilidad respiratoria y calidad de vida en la población adulta de Huelva-capital" que rubricó un equipo encabezado por el colegiado Leopoldo Palacios Gómez. El presi-

dente del Colegio, Gonzalo García Domínguez, tras expresar la felicitación a todos los ganadores, dejó constancia del "importante momento que vive la enfermería" a la que aguardan "logros que marcarán toda una época en cuanto a su rango e impronta universitaria".

La enfermería onubense volvió a dar muestras de una admirable unidad. El Día de San Juan de Dios, al que, como marca la tradición, convocó el Colegio Oficial sirvió para justificar, sobradamente, la importancia del legado que nos dejó el Patrón de la enfermería y que, varios siglos después, continúa siendo el norte y la guía del comportamiento, anónimo y plenamente efectivo, de los miles y miles de enfermeras y enfermeros repartidos tanto por

nuestra provincia como por el resto de España. En el encuentro de la enfermería onubense tiene una gran parte del aliciente saber el desenlace de los galardones que, cada año, convoca esta corporación. De ahí que las expectativas fueran muchas cuando se informó del desenlace de las pruebas que configuraban el panel, digamos de honor, del San Juan de Dios 2007.

JURADO

El Jurado, constituido en la sede colegial en concreto el pasado 22 de febrero/2007 y presidido por Gonzalo García Domínguez, dejó constancia, en primer lugar, de su "felicitación a todos los que han querido participar en nuestros premios. Por el esfuerzo realizado en la elaboración de los trabajos de investigación y por el estímulo que significa invitar a todos los profesionales de enfermería a que dediquen parte de su tiempo a las tareas investigadoras", concluía un apartado del acta.

Luego, el decisivo momento de conocer el desenlace que otorgó el accésit del "XIV Certamen de Investigación Ciudad de Huelva" al trabajo presentado como "El sufrimiento espiritual en los enfermos oncológicos en fase terminal", cuya autora es la colegiada Ángela M^a Ortega, enfermera de Huelva-capital. Para ella la creditación y los 300 euros y Trofeo.

De inmediato, el premio por definición como ganador absoluto de esta edición del Certamen fue para el ensayo presentado bajo el título "*Morbilidad respiratoria y calidad de vida en la población adulta de Huelva-capital*". Como autores un equipo configurado por estos colegiados: Leopoldo Palacios Gómez, Enriqueta Senín, Isabel M^a Fernández González y Antonio Leiva Saldaña, todos ellos residentes en nuestra capital. La dotación económica de es-

te galardón de la enfermería provincial es de 1.200 euros y Trofeo correspondiente.

FOTOGRAFÍA

En el apartado fotográfico, el Jurado felicitó, igualmente, a los aspirantes a obtener el reconocimiento "por la calidad y originalidad de los trabajos presentados". En este sentido, el accésit del IX Concurso fotográfico San Juan de Dios fue para la instantánea titulada como "Catedral de La Merced" perteneciente a José Eugenio Guerra González. Esta Fotografía figurará en el tríptico del X Concurso fotográfico San Juan de Dios.

El primer premio de este mismo concurso fue a la imagen bautizada como "Riotinto" a cargo de David Bejarano Álvarez y que, como contemplan las Bases, ilustrará el cartel que difunda la XV edición del Certamen de Investigación de Enfermería Ciudad de Huelva.

JUBILADOS

El colegio de enfermería de Huelva quiso, un año más, expresar públicamente su reconocimiento a aquellos profesionales que, en el transcurso del último ejercicio, hubieran, por cualquier circunstancia de edad o similar, alcanzado la jubilación laboral. De tal suerte que la Junta de Gobierno hizo entrega de sendas placas a estos colegiados: Carlos Palomares Franco, María Soledad Olivero Jiménez y María José Moro Carrasco. A ellos hizo llegar el presidente García Domínguez el testimonio "de afecto y respeto que el Colegio del que formáis parte siente y expresa en el momento en que pasáis a vivir esa otra etapa que es la jubilación, que yo os deseo sea tan larga como llena de recompensas de todo tipo".

se

DÍA DE LA ENFERMERÍA EN HUELVA: CUADRO DE HONOR

XIV CERTAMEN DE INVESTIGACIÓN CIUDAD DE HUELVA

Accésit: ÁNGELA M^a ORTEGA GALÁN

"El sufrimiento espiritual en los enfermos oncológicos en fase terminal"

Primer premio: LEOPOLDO PALACIOS, ENRIQUETA SENIN, ISABEL M^a FERNÁNDEZ Y ANTONIO LEIVA

"Morbilidad respiratoria y calidad de vida en la población adulta de Huelva capital"

CONCURSO FOTOGRAFICO

Accésit: JOSÉ E. GUERRA GONZÁLEZ ("Catedral La Merced"):

Primer premio: DAVID BEJARANO ÁLVAREZ ("Riotinto")

Jubilados:

CARLOS PALOMARES FRANCO, M^a SOLEDAD OLIVERO JIMÉNEZ y M^a JOSÉ MORO CARRASCO

Éxito de la convocatoria entre la enfermería onubense

EL COLEGIO IMPARTE EL CURSO DE EXPERTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS



El Experto tiene un amplio programa a desarrollar.

EL Colegio Oficial de Enfermería de Huelva viene desarrollando, desde primeros del presente año, un Curso de Experto Universitario en Enfermería de Urgencias y Emergencias. Se trata de una ambiciosa propuesta docente que ha sido muy bien acogida por la enfermería provincial y en la que se imparte una formación específica para la actuación en esas áreas concretas. El programa, configurado mediante 250 horas lectivas (25 créditos académicos) contempla tanto las enseñanzas teóricas como las prácticas así como un trabajo de fin de curso con el colofón en forma de "Simulacro". Este curso de post-grado cuenta con el aval y respaldo de la Escuela de Ciencias de la Salud adscrita a la Universidad Complutense de Madrid.

El Colegio de Enfermería de esta provincia ha dado respuesta a una demanda existente en la profesión para formar a especialistas en el manejo y actuación de las Urgencias y las Emergencias sanitarias. Se trata de una apuesta docente de indudable rango y cuya importancia viene dada por la densidad del programa a impartir con 250 horas lectivas que se articulan en torno a los ocho módulos (véase recuadro adjunto) en los que se estudian la mayor parte de las especificidades de los servicios escenario de este trabajo sin olvidar incluir aquellos aspectos éticos-legales que comportan la actuación sanitaria.

Los que obtengan el título de Enfermería especialista en urgencia y emergencias, mas dos años de experiencia profesional, tendrán la posibilidad de acceder a la especialidad de enferme-

ría en Médico-Quirúrgica o lo que es igual, gozar de una situación de preferencia ante la exigencia de una posterior definición del puesto de trabajo para profesionales con especialidad. Este Curso de Experto también sirve como soporte idóneo cara a desarrollo de la vigente Carrera profesional instaurada no hace muchos meses en la sanidad pública andaluza.

RETO

Desde el Colegio de Enfermería onubense se ha contemplado la realización de este Curso de Experto como "un auténtico reto". Así, el presidente de la corporación, Gonzalo García Domínguez, entiende que "un programa docente de las características del Experto en Urgencias es sinónimo de que contamos con una enfermería ávida en avanzar por el camino de la es-



EL EXPERTO, AL DETALLE

CONTENIDOS

Módulo I:

Estructura y organización de los servicios de urgencias

Módulo II:

Emergencias cardiológicas

Módulo III: Resucitación cardiopulmonar avanzada

Modulo IV:

Enfermería en las emergencias del traumatizado

Módulo V:

Enfermería en las urgencias obstétricas y pediátricas

Módulo VI:

Enfermería en las urgencias que no conllevan emergencias

Módulo VII:

Sistemas de información. Aspectos éticos y legales

Módulo VIII:

Taller práctico

Modalidad: presencial.

Carga: **250 horas lectivas /25 créditos académicos)**

200 horas teórico-prácticas en aula
50 horas de prácticas /trabajo fin de curso

pecialización. Si se piensa tanto en su contenido de enseñanzas como en el tiempo y costes de realización, se entenderá que este logro docente que puso sobre la mesa el Colegio de Huelva confirma que contamos con un colectivo en línea con lo que demanda la sociedad y el actual Sistema sanitario. Esto es: profesionales plenamente decididos a asumir lo que se espera de ellos en un campo tan exigente como son las Urgencias y las Emergencias. Contamos con la solvencia de la Escuela Ciencias de la Salud y, en definitiva, no tengo por menos que dejar constancia de mi felicitación tanto a los alumnos como a los profesores por tomar parte en una apuesta de tanta carga lectiva e intensidad como es el Experto Universitario que nos pone en primera línea de la formación mas avanzada de la Enfermería especialista en Andalucía y España".

Como colofón del curso se contempla la realización de un Simulacro que, además de constituir la finalización efectiva del programa, servirá para dejar patente, de un lado, el alto nivel de la formación adquirida como, de otro, la espectacularidad y sincronización de que hacen gala los distintos cuerpos y recursos que intervienen en una situación de urgencias y emergencias sanitarias. Destacar, igualmente, que este Curso de Experto tiene el beneficio añadido de los créditos nacionales e internacional de formación continua baremables para las Bolsas de trabajo y la citada Carrera profesional. Al finalizar el programa, el alumno obtendrá el título académico de Post-grado como "Experto Universitario en Enfermería en Urgencias y Emergencias" que expide la Universidad Complutense de Madrid y con validez legal para toda España.

¿ANTE UN ACUERDO PARA LA PRESCRIPCIÓN?



La posibilidad, hasta ahora negada, de que enfermería tenga acceso a la prescripción de medicamentos parece ir configurándose con visos de convertirse en algo real. Al menos, así se desprende de la propuesta efectuada por el "número dos" de la Organización Médica Colegial (OMC), Jesús Aguirre quien ha sugerido alcanzar un "pacto institucional" entre los colectivos profesionales implicados, los pacientes y la Administración, que ponga fin a una larga y sostenida polémica en torno a un asunto que, como ha expresado repetidamente la Organización Colegial de Enfermería, ha dejado a la profesión en "situación de ilegalidad" tras aprobarse hace casi un año la Ley del Medicamento. En una de sus disposiciones puede estar la clave de que se firme la paz en torno a este capítulo.

Del "no" absoluto a la (posible) puerta abierta para la prescripción de determinados fármacos por parte de la enfermería. Este es el recorrido que, en el transcurso de un año, ha experimentado un asunto que la Organización Colegial de Enfermería ha venido defendiendo incluso después de publicarse en el B.O.E. la Ley del Medicamento en la que se consagraba que solo los médicos y odontólogos tienen capacidad legal para la prescripción. Desde el Consejo General de Enfermería se ha defendido, por activa y por pasiva, que son innumerables los actos enfermeros que incluyen una prescripción. De ahí que el presidente del Consejo, Máximo González Jurado, haya reiterado que, ante semejante panorama

legal, la enfermería vive en una situación de "evidente inseguridad jurídica".

Si embargo, el clima actual parece presagiar un importante cambio en torno a este

cometido que afecta a miles de enfermeras y enfermeros españoles. Así, en el transcurso de un Foro sanitario celebrado en Madrid, se vivieron las dos caras de la misma moneda. Primeramente, la ratificación del "no" para que enfermería asuma esa responsabilidad con toda las bendiciones legales. La postura corrió a cargo de María Teresa Pagés, Directora General de Farmacia del Ministerio de Sanidad y Consumo al ratificar que la prescripción es, dijo, "un acto exclusivo de médicos y odontólogos" añadiendo acto seguido que la enfermería "da medicamentos ya prescritos" por lo que, continuó, "estamos ante un "problema de terminología".

REGLAS DE JUEGO

Sin embargo, la OMC aportó lo que muchos entienden como una vía de solución. Jesús Aguirre, vicepresidente y ex-presidente del Colegio Médico de Córdoba sorprendía, al proponer "un pacto institucional" a nivel de los consejos generales de médicos, enfermería y farmacia para "definir las reglas del juego en la atención farmacéutica, visita domiciliaria, participación de la enfermería, etcétera y –remarcó Aguirre– dársele (sic) mascado a la Administración". Era la primera ocasión en la que la OMC mostraba una postura de participación, comprensión y diálogo hacia la enfermería en torno a la prescripción, tras conocerse su negativa tradicional, en este terreno.

Sin duda, pesaban, y mucho, la presión y la fuerza de los hechos cotidianos, que desde el Consejo General de Enfermería se ha venido argu-

mentando como razones incontestables de que enfermería lleva a cabo, en su práctica diaria, una verdadera prescripción llámese en terrenos de las vacunas, tratamientos antitabacismo, y un largo etcétera.

INSEGURIDAD

Al saberse este giro en el contexto general, la cúpula de la enfermería española no tardó en reaccionar y su vicepresidente José Ángel Rodríguez (Colegio de Santa Cruz de Tenerife) aludió a que, en la actualidad, "cualquier enfermera(o) se encuentra sometido a un alto nivel de inseguridad jurídica porque utiliza muchos medicamentos por seguir protocolos propios de la intervención enfermera". Rodríguez, presente en el citado Foro, sí adelantó que no se trata de asumir la prescripción de fármacos –"que es un acto médico", aclaró– sino de encontrar una solución a un marco de "ilegalidad".

DISPOSICIÓN

Esta postura, defendida en bloque y desde el primer instante por la Organización Colegial de Enfermería, ha servido para que, pese a la vigencia de la Ley del Medicamento, se haya puesto en evidencia ante los colectivos implicados y, sobre todo, ante la opinión pública, que enfermería, como agente sanitario de primer orden en el Sistema, no debe seguir caminando por lo que González Jurado ha catalogado acertadamente como "un terreno de inseguridad jurídica". Si, como se espera, estamos en puertas de un consenso institucional que, a buen seguro, bendecirá la ministra Elena Salgado, la enfermería habría logrado uno de sus objetivos más caros de conseguir. La clave estaría en el desarrollo de una Disposición (XII) de la Ley del Medicamento en donde el legislador deja en manos del ejecutivo que fije "la relación de medicamentos que puedan ser usados o autorizados por otros profesionales sanitarios".

El análisis de la Historia de la Enfermería por medio del método biográfico:

La llegada de La Congregación de las Hermanas de la Caridad de Santa Ana a Alosno, Huelva (1951)

Autor: Manuel Jesús SALAS IGLESIAS.

Diploma de Estudios Avanzados (D.E.A.) en Enfermería. Licenciado en Antropología Social y Cultural. Diplomado y titulado Superior en Enfermería. Enfermero del Servicio Andaluz de Salud.

1.- Introducción

La historia de vida es un método de investigación cualitativa poco utilizado en enfermería, sin embargo su interés va creciendo conforme se profundiza en la utilización de diseños cualitativos de investigación (8). Cada vez más y con mayor fruición los principales medios de divulgación científica han ido incorporando secciones específicas dedicadas a los métodos biográficos, toda vez que las fuentes orales, aquello que la gente tiene o puede contarnos sobre lo que ha vivido, constituye un interesante recurso para la Historia de la Enfermería, entre otras. Con toda seguridad la mente de las enfermeras estén llenas de relatos biográficos de una trascendencia vital para la constitución de nuestra historia, aunque, parafraseando a Kuckhuhn, la principal dificultad venga a ser que tales documentos, quizás recogidos en algún historial clínico o diario de planta, raramente han visto la luz en forma de historias de vida.

Este es el caso que nos ocupa, esto es, ¿cómo es posible que tal riqueza de testimonios vitales no lleguen a constituir un corpus avasallador de estudios de caso biográficos para la historia reciente de la Enfermería? Todos conocemos compañeros de profesión que nos hablan del antiguo hospital provincial, de cómo era la enfermería de tal o cual época en Huelva o, quizás, más recientemente, todos recordemos cómo era el trabajo en el ya desaparecido Hospital Manuel Lois García.

El presente documento pretende contribuir a ese ámbito de aplicabilidad práctica de las técnicas de investigación cualitativa para la historia de la enfermería. Se centra en la segunda mitad del siglo XX y delimita el universo de análisis a los gestores religiosos del Cuidado. Concretamente sacamos a colación la llegada de la Congregación

de las Hermanas de la Caridad de Santa Ana a Alosno, Huelva, en 1951 y pretendemos, a través del relato biográfico estructurado de la Madre Superiora, la enfermera Esther López Pérez de Caballero, tener acceso a ese punto donde se cruza historia y biografía (4), considerando, en todo caso, la mentalidad



Convento de las Hermanas de la Caridad de Santa Ana. Casa-Palacio en C/. Hermana Pilar nº15, Alosno, Huelva.

de nuestros informantes, siendo conscientes de la importancia y el papel activo que éstas juegan en los momentos de cambio histórico.

2.- Breve reseña histórica de la Congregación

La Congregación de las Hermanas de la Caridad de Santa Ana nace en Zaragoza el 28 de diciembre de 1804, cuando un grupo de doce Hermanas, cuya Superiora era la Madre María Rafols, de 23 años, llegan acompañadas por el sacerdote Juan Bonal, procedentes de Cataluña, para atender el Hospital de

Nuestra Señora de Gracia. Este gran centro, fundado en 1425 bajo el patrocinio de Alfonso de Aragón "el Magnánimo", con el carácter de Real y General, se presenta con el lema "*Domus infirmorum urbis et orbis*" ("Casa para enfermos de la ciudad y del mundo"). En él, encontraban refugio todos los enfermos y pobres y, según el concepto de hospital de la época, también los niños abandonados, los enfermos mentales y los marginados.

La hermandad permaneció allí hasta que en 1855, con motivo de la epidemia de Cólera que asoló a España, se obtuvo permiso para fundar otros centros benéficos, por una R.O. del 8 de Julio de 1857.

Desde 1865, al nombre de Hermanas de la Caridad, se añadió "de Santa Ana". En la actualidad cuenta con más de 300 comunidades extendidas por todo el mundo, tratando de hacer vida el carisma de caridad universal, principalmente con los más pobres y necesitados en cada momento histórico a través de un voto especial de hospitalidad (2).

3.- La llegada de la Congregación a Alosno, (Huelva)

La congregación llega primero a Alosno y después se extiende a Huelva. El motivo de la llegada procede de una petición expresa en 1949 a la congregación por parte de la Condesa de Barbate, natural de Alosno, quien se apercebía de que la vocación de la congregación era tanto asistencial como abrirse a la demanda de los tiempos. En la carta que les hizo llegar en el periodo de postguerra, anunciaba básicamente la necesidad tan grande que tenía el pueblo en cuanto a la educación de los niños. La congregación se instala definitivamente en 1951, en la Casa-Palacio (foto 1) donada por la Condesa a la congregación para tales fines.

La figura de la Condesa de Barbate toma forma en la persona de D^a Sebastiana Limón Caballero, casada con D. Serafín Romeu, Conde de Barbate, título concedido por el Rey Alfonso XIII en reconocimiento a su contribución a la mejora infraestructural de la localidad gaditana; y tía, precisamente, del ilustre cirujano onubense, nacido en 1899, el Dr. Francisco Vázquez Limón.

Con posterioridad, la demanda de los tiempos y las necesidades de la sociedad dieron pie a sus fundadores para la apertura de una residencia de ancianos actualmente vigente: "Residencia para mayores de la Fundación Núñez-Limón". Como podemos comprobar, la familia Limón se presenta con nombre propio en cuanto a su participación en gestos sociales. En esta ocasión de la mano de Edmundo Núñez Limón (foto 2), hijo de Sebastiana Limón Limón, prima hermana de la Condesa de Barbate. La labor educativa y de soporte social por medio de guarderías continuó hasta la reciente incorporación de los niños de 3 años al segundo ciclo de educación infantil como soporte estatal. Los hoy adultos que pasaron por las manos de las hermanas de la caridad hablan con ternura de aquellos tiempos, donde la hermana Pilar, fundadora ya desaparecida, se entregó plenamente. Hoy día existe en Alosno una calle dedicada.

Actualmente, la antigua Casa- Palacio, convento de las hermanas de Santa Ana hasta el año 2004, está siendo reformado y se pretende ampliar el servicio a la población con una nueva residencia para mayores.

4.- El método biográfico. Historia de vida, Caso único: La Hermana Esther López Pérez de Caballero

La Hermana Esther (foto 3) nació en Miranda de Ebro (Burgos) hace 60 años, encontrando la llamada de Dios a la edad de los trece y aunque su padre fue a buscarla a Cartagena ante la impaciencia de la espera confiada en el "ya se le pasará", el camino de regreso concluyó a medias, puesto que no fue al domicilio paterno donde volvió, sino a la que sería su gran casa ("casa de los enfermos de la ciudad y del mundo") y vida. Al pasar por Madrid, en su forzoso retorno, insistió en quedarse con su pri-



Fotos y detalle en azulejos "in memoriam". Fundación Benéfico-Asistencial Núñez Limón. Avda. Pedro Carrasco s/n. Alosno, Huelva.

ma, monja de la misma congregación de Santa Ana, ciudad donde cursó bachillerato y juró votos de pobreza, castidad, obediencia y, como la congregación establece, "de servir a los enfermos de enfermedades contagiosas". Cursó y terminó sus estudios de ATS en Valencia en 1973. Posteriormente accedió a la diplomatura de enfermería, siendo trasladada a Alosno en 1976, donde continúa hasta hoy. Del enunciado "abrirse a los tiempos" la hermana Esther ha hecho un dogma.

Entrevista:

Fundamentos teórico-metodológicos: técnicas y procedimientos

¿Qué tipo de cuidados se prestaban en Alosno antes de tu llegada y con qué medios se contaba?

R: La cosa estaba deficitaria. Cuando yo llegué había un médico que atendía a la población las 24 horas. También estaba la partera, que cobraba unas iguales. Respecto a los medios con los que contaba, te puedo decir que disponía de una habitación y para de contar. Tuve personalmente que buscar un infernillo eléctrico y un pucherete donde hervir las jeringas, que eran de cristal, y las agujas, porque, además, era lo único a lo que podía tener acceso. Antes no sé lo que se haría porque es que allí no había mucho. En muchas ocasiones te puedo decir que la cosa no está tanto en hacer las cosas de una manera u otra, sino en hacerlas conforme a los medios con los que cuentas, por lo que procuras hacerlo de la mejor, a veces

de la única, manera posible, siempre y cuando sea mejor hacerlo que estarse parado.

La habitación apenas tenía luz y estaba donde ahora está el Correo.

¿Qué actividades comprendía la enfermería en aquellos años?

R: Practicamente hacíamos las mismas cosas, aunque el campo de la enfermería se ha abierto muchísimo. Es como te decía antes, el mundo de la cirugía no tiene nada que ver. Existen muchos más adelantos, la gente conoce más las causas de la enfermedad.

Vocación versus profesionalización

¿Qué diferencias encuentras entre una enfermera religiosa y una enfermera laica?

R: La vocación. Mira, yo no digo que las enfermeras de hoy en día no tengan vocación, pero se nota rápido, sobre todo cuando tienes que ejercer la profesión en un pueblo, cuándo una persona tiene vocación y cuándo ha estudiado algo porque es una carrera corta con expectativas de trabajo a corto plazo. No es igual ni el trato, ni la predisposición, ni siquiera la asistencia al domicilio,.... Ahora bien, la enfermera con vocación se ve venir, es como nosotras que dedicamos todo el tiempo a los enfermos que tan necesitados están de caridad. Cuando una persona está mal necesita una buena asistencia, eso es indiscutible, la ciencia y todo lo tecnológico que se pueda poner a su alcance, pero es muy importante los buenos modos, que esa persona se sienta atendida...

Cuando una persona que está encamada, y tú estas trabajando de noche y estás cansado, se hace sus necesidades en el pañal, hay dos alternativas: o cambiárselo o echarle por encima la sábana para que no se note y que se lo cambie el de la mañana que, además, lo va a lavar. Yo te puedo decir que he presenciado las dos opciones.

Personalmente, mi adscripción a la congregación me ha permitido el acceso al conocimiento del núcleo y situación fa-

miliar antes del acontecimiento del enfermar y esto ha sido una gran ventaja porque sabes qué tienes que priorizar en esa familia.

Planificación de la asistencia.

¿Por qué decide la orden establecerse en Alosno, Huelva?

R: La congregación llega primero a Alosno y después se extiende a Huelva. El motivo de la llegada procede de una petición expresa en 1949 a la congregación por parte de la Condesa de Barbate, residente en Alosno, de la cual tenía conocimiento y sabía que nuestra vocación era tanto asistencial como de abrirnos a la demanda de los tiempos. En la carta que nos hizo llegar anunciaba básicamente la necesidad tan grande que tenía este pueblo en cuanto a la educación de los niños. Y así fue, primero, cuando llegamos en 1951, abrimos un colegio en el que los niños permanecían con nosotras hasta la confirmación.

El capital era procedente de donaciones del pueblo, sobretodo de esta mujer que te comento, que incluso nos cedió una casa que ha sido la residencia de las hermanas hasta hace seis años. Se cerró por motivo de la escasez de noviciado. Hoy vivimos todas en la residencia de ancianos. No obstante, se espera que cuando abra la nueva residencia volvamos al convento, actualmente en reformas.

Concepto de salud y enfermedad.

¿De qué enfermaba la gente antes y de qué ahora?

R: La gente no sabía de qué enfermaba ni de qué se moría. Se decía... ha muerto... ¿de qué? de un cólico miserere... pues bueno. Quizás antes la gente entendía que la muerte era parte de la vida y aunque ésta siempre viene acompañada de dolor, se asumía de otra forma. [Además, la sociedad disponía de recursos para atenuar ese periodo de tensión entre la transición al otro mundo, los duelos, etc...]. Ahora eso no es así, sobretodo con los jóvenes. Aquí en Alosno tuvimos hace unos años una racha muy mala. En apenas dos años murieron cinco chicos en accidente de carretera y eso, el pueblo, ni lo entiende ni lo asume. Se revela contra las instituciones y contra Dios. Contra Dios en el sentido en que dice que si estaba en Él protegerle, ¿por qué no le ha puesto la mano encima y ha consentido que ocu-



La Hna. Esther López (drcha.) y Dña. Victoria Vázquez Limón (izqda.) en la Residencia Núñez-Limón, Alosno, Huelva.

rra eso?... Mira, hace unos años, una señora de aquí estaba contentísima con un viaje que iba a hacer, pues apenas había salido del pueblo. El coche en el que viajaba tuvo un accidente y de los cinco que iban a nadie le pasó nada salvo a esta señora, que falleció. Después la gente se lamentaba, pues era muy querida, y se preguntaba qué necesidad tenía ella de salir a su edad, que si no hubiese ido, nada de esto le habría pasado... Y yo les digo... ¡pues no!, ¡ella tenía que ir porque su muerte estaba en ese viaje!, ¡sí es que tenía que ir!, ¡no había más remedio que hacer ese viaje!, ¡estaba escrito que tenía que encontrar su muerte en el viaje y por lo tanto tenía que hacerlo!. Ahora, si lo hubiésemos sabido, pues claro que uno no hubiera hecho el viaje, pero como no sabemos cuando nos ha de llegar la hora a cada uno... pues cuando llegue, llegó.

Con respecto a la religión, ¿es un instrumento al que la gente recurra con frecuencia ante la enfermedad, por ejemplo, rezando a algún santo?

R: Sí, aquí es San Juan, para todo. La gente es fanática de San Juan. Si no, ven por San Juan que verás... También hay gente que es muy devota del Corazón de Jesús. Con respecto al parto la gente se encomienda mucho a San Ramón nonato.

¿Ve a San Juan la gente como milagroso?

R: No, más bien como un compañero. Es el patrón del pueblo.

¿Creencias populares respecto a la enfermedad?

R: El mal de ojo es algo en lo que algunas personas creen. Me vienen y me lo dicen, pero no sólo respecto a las enfermedades, sino al resto de acontecimientos de la vida. Y no son personas mayores, sino jóvenes también. Yo les digo que ni mal de ojo, ni nada, que dediquen más tiempo a su familia.

Cuidados de Enfermería y Cuidados naturales y tradicionales.

¿Suele recurrir la gente a los remedios naturales?

R: Sí, la Távira para las úlceras de estómago, las cierra. Se toma en ayunas una infusión, tres deditos en un vaso durante unos días y parece increíble pero cierto. También la usan para curar las heridas, tomando baños. Además de esto, tú ya sabes, el poleo en los resfriados, las infusiones de manzanilla para la inflamación, los vapores de eucalipto, etc...

Te puedo contar una anécdota sobre un día que vinieron unas hermanas de Zaragoza y en una ocasión, paseando por el campo, vimos una planta que ellas reconocieron como "Borraja", lo que entendían y atribuían como una de las verduras más finas que hay, a pesar de su presencia espinosa. Entablamos una discusión sobre si era o no comestible hasta que al final decidieron llevarlas a casa y cocinarlas ante la seguridad de lo que decían. Y las probamos, pero con anterioridad dejamos un papel escrito donde decía: hemos comido esta planta, no fuera a ser que no llevarsen razón. Por cierto, una planta exquisita.

Pues seguro que los conocimientos del pueblo sobre las plantas curativas ha sido igual, probando, observando, ... y pasándose de unos a otros.

Gestores del Cuidado

¿Quién gestiona el Cuidado?

R: Como norma general la gente recurre al médico, pero la desesperación de la enfermedad, a veces, hace que busques todas las alternativas y las esperanzas posibles y si oyes hablar de tal o de cual, que además te aseguran que

cura esto o lo otro, pues ya está, eso está en la mente de cada uno.

¿Hay alguien a quien la gente recurra para que les aconseje en estos remedios?

R: No hay mucha gente digamos especializada, porque entre otras cosas es conocimiento común del pueblo que ha ido pasando de padres a hijos, aunque cada vez menos. Sin embargo, es cierto que hay personas a las que la gente recurre..., por ejemplo, una que pone un plato con agua y un pucherito de barro, reza unas oraciones y si se trata de un esguince entonces el agua hace como que brota y se mete en el puchero, en cambio si no es esguince no hace nada. Hay otra que cura los culebrones también con oraciones y lo cierto es que aunque no los cure la gente dice que se encuentra mejor. También te digo que ninguna de las dos cobra, ni pide la voluntad.

Después, aquí en el pueblo, no hay nadie que se reconozca como curandero, aunque si lo hay en el entorno, por ejemplo en El Granado. Y también sé de gente que ha recurrido a él. A algunos les ha ido bien y otros no tanto, incluso ha empeorado.

También está la antigua partera, que todavía hay gente a la que recurre en algunas ocasiones en materia de curas, etc...

Vivencia de la enfermedad.

R: Antes se vivía la enfermedad como más en casa. Ahora es diferente, los ancianos no tienen lugar en las casas y terminan en las residencias.

Embarazo, parto y puerperio: creencias y costumbres.

Embarazo y parto.

R: La gente se encomienda a San Ramón nonato y llevan al paritorio algún amuleto para que les de suerte o algún relicario. Hoy el parto se hace en la capital, no como antes que eran en las casas de cada uno, en la cama. Iba la partera y si el parto era difícil se recurría al médico. En algunas ocasiones, como el médico estaba muy lejos, era la partera la que lo hacía todo.

Con respecto a los exvotos en agradecimiento a la gracia concedida, cada vez está más en desuso, pero no por la gente, sino porque los han quitado. En el santuario de la Virgen de la Peña (La Puebla de Guzmán) había muchos exvotos que los quitaron, yo me acuerdo que incluso había un pié de cera...

Respecto a los antojos de la embarazada eso se estila mucho por aquí, de manera que si no se satisface el antojo de la embarazada se cree que le saldrá al niño una mancha con la forma de aquello que se había antojado. Incluso hay que tener cuidado en dónde se pone la mano en el momento del antojo, pues será el sitio donde se manifieste en el niño. Hay incluso alguna que, habiendo tenido un antojo de fresas en el embarazo y no ser tiempo de éstas, cree ver en una mancha con la que nació su hijo incluso las pintitas de la fruta.

En lo que a vaticinios se refiere, hay quien cree que si la barriga es puntiaguda será niño y que si la cara de la embarazada está edematizada será niña. Con la luna también, los partos aumentan en luna llena. Y por otra parte, existe la creencia, con respecto al sexo del segundo hijo, que si fue concebido en cuarto menguante el sexo será semejante, pero si fue en cuarto creciente el sexo será diferente.

Hoy, en el momento del parto y con los avances tecnológicos que ya se sabe el sexo del niño antes de que nazca, la cosa es diferente. Antes cuando nacía el niño la madre preguntaba ¿y mi hijo, está bien, que sexo es, está enterito? y la ilusión y el entusiasmo era diferente. Ahora la madre está más bien preocupada por el dolor en el momento del parto.

Con respecto a los cuidados postparto la cosa ha cambiado mucho, así, por ejemplo, antes la mujer tenía que quedarse un mes entero en la cama, sin moverse, alimentarse sólo de caldo de gallina,... Si no les subía la leche había otras mujeres que les daban el pecho al bebé e incluso hoy yo me encuentro gente a las que se refieren como "mi madre de leche".

Concepto de la muerte.

Costumbres ante la muerte.

R: Existe el velatorio, donde el pueblo (los más allegados) acompaña a la familia y al cuerpo custodiado por las velas y la cruz de Cristo, durante toda la noche. Se habla mucho. Tanto hombres como mujeres, se enchufan la cafetera como ellos dicen y allí se pasan toda la noche. El día del entierro acompañan el cuerpo hasta la iglesia, donde se le dice misa. Las mujeres entran, pero los hombres esperan en la plaza del pueblo. Posteriormente, éstos le acompañan hasta el cementerio, no ocurriendo así con las mujeres que, en esta ocasión, se van para casa.

Refranes y Cancionero Popular.

R: Con respecto a refranes y consejos, algún fandango ha de haber porque esta gente tiene un libro que dice que se puede llevar cantando fandangos días enteros sin repetir ninguno... pero yo ahora mismo no recuerdo.

[A la entrada de Alosno podrá usted ver una bienvenida donde reza "¡Bienvenido a Alosno!, cuna del fandango, les saludamos].

Fechas históricas coincidentes:

1857.- Recordemos que es con la ley de instrucción Pública (ley Moyano) de 1857 cuando se establece y reconoce oficialmente en España la profesión de practicante, encontrándose, a partir de la ley, los estudios para la obtención del título dentro de un contexto de actividades definidas, aunque con orientación curativa y técnica.

1951.- Es un año en el que se genera una gran demanda de profesionales de enfermería a consecuencia del progresivo crecimiento hospitalario. Esto obliga al ministerio de Educación Nacional a la elaboración de un R.D. para la organización de los estudios de la carrera de enfermería, unificándose las tres profesiones a través del título de ATS, no siguiendo la recomendación de la OMS que era partidaria de mantener la denominación de enfermeras.

Conclusiones y discusión

En la Historia de la enfermería onubense y en la de nuestros pueblos más concretamente, la religión ha jugado un papel importante. Más aún en épocas que han resultado institucionalmente deficitarias y donde la gestión de la salud y el Cuidado ha dependido de determinadas iniciativas particulares. Así se manifiesta con la llegada de la Congregación de la Hermanas de la Caridad de Santa Ana a Alosno.

Pero más allá de lo puramente estructural, queda constancia de que a la cuestión de búsqueda universal y necesidad de Cuidado consustancial al ciclo vital, se ha contestado desde la Cultura desde diferentes perspectivas, resultando la dimensión de lo simbólico una de las principales variables de estudio. Se muestra especialmente diacrítico el análisis de los momentos de nacimiento (5), embarazo, parto y muerte.

En ese sentido el método biográfico se evidencia como un potente recurso para tener acceso a la memoria histórica de los actores del Cuidado, toda vez

que nos permite aproximarnos a ese código de la Cultura donde se entrecruzan historia, biografía y mentalidad.

En nuestro caso, identificamos en el texto biográfico herramientas claves para la interpretación del Cuidado como realidad sociocultural. Los sistemas culturales creados para contrarrestar el desequilibrio salud-enfermedad incluyen procesos de autocuidado basados en el empirismo, en los conocimientos heredados de generación en generación, pero también de carácter sobrenatural por cuanto la medicina científica se muestra insuficiente en ocasiones ante determinadas situaciones desesperadas (3). Muestra de ello es el recurso a lo que teológicamente conocemos como religión natural, esto es, la confianza depositada en lo

sagrado como lo salvífico (1) ante una situación frustrante o impotente mediante apelaciones a los santos, vírgenes y santuarios de los que esperamos el milagro. No podemos olvidar que las imágenes tienen un valor icónico, pero también una dimensión simbólica que se articula en el conjunto de creencias relativas al Cuidado.

Todas estas nociones están directamente relacionadas con el universo que se mueve ante la necesidad de Cuidado, a la vez que pone de manifiesto narraciones de acontecimientos históricos de mano de sus actores principales. En primera instancia, no solo resulta de utilidad para conocer nuestra historia, sino cómo se ha ido produciendo un cambio en la mentalidad de la sociedad respecto al Cuida-

do y cuáles constituyen sus soportes fundamentales.

En cualquier caso se trata de una técnica de investigación cualitativa de escasa tradición en enfermería, al menos de manera "oficial". Quizás cabría recordar que, aunque es cierto que debe realizarse de acuerdo a una estructura científica, adscrita más bien a las ciencias sociales, resulta indispensable para aquellas ciencias cuya naturaleza de objeto de estudio disciplinar se aproxima a una filosofía de carácter fenomenológico (6), como, por otra parte, se viene poniendo de manifiesto respecto al Cuidado por parte de la Comunidad Científica Enfermera en los últimos años (7).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Briones Gómez, R. Claves para la comprensión y tratamiento de la salud/enfermedad. Demófilo. Revista de cultura tradicional. 1994; 13:13-34.
- (2) Congregación de las Hermanas de la Caridad de la Santa Ana. <http://www.chcsa.org/>
- (3) González Alcantud, J.A. y Rodríguez Becerra, S. (Eds.) Creer y Curar. La medicina popular. Diputación Provincial de Granada. 1996.
- (4) Pujadas Muñoz, J.J. El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales. C.I.S. 1992; 5:7-106.
- (5) Salas Iglesias, M.J. Los Cuidados de nacimiento en Andalucía. Gestores del parto, técnicas, procedimientos y fundamentos teórico-metodológicos a través de la encuesta del Ateneo de Madrid de 1901-1902. Index de Enfermería. 2004; 44-45:62-66.
- (6) Salas Iglesias, M.J. Una introducción a la naturaleza del Cuidado. Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades. 2004; 15:43-48.
- (7) Salas Iglesias, M.J. Contextualización filosófica y etnolingüística de la definición del concepto de Cuidado por la Comunidad Científica Enfermera (C.C.E.) a través de sus obras fundamentales en España. Temperamentvm 2006; 4. Disponible en <http://www.index-f.com/temperamentum/tn4/t6182.php>
- (8) Velasco Juez, MC. El método biográfico y las historias de vida. Su utilidad en la investigación en enfermería. Index de Enfermería. 1999; 27:25-30.

FUENTES ORALES

- D^a Esther López Pérez de Caballero. Madre Superiora de la Congregación Hermanas de la Caridad de Santa Ana. Alonno. Huelva.
- D^a Victoria Vázquez Limón. Sobrina de D^a Sebastiana Limón Rebollo (Condesa de Barbate) y hermana del Dr. Francisco Vázquez Limón.

FUENTES ESCRITAS

- Gómez Marín, J.A. Vázquez Limón, medio siglo de cirugía. El Mundo-Huelva Noticias. 24 de Enero de 2004.
- González Moralejo, R. La comunidad cristiana de Huelva: relato histórico. Diputación provincial de Huelva. 1997.
- González Cruz, D. y Álvarez Santalo, L.C. Religiosidad y ritual de la muerte en la Huelva del siglo de la ilustración. Diputación provincial de Huelva. 1993.
- Limón Delgado, A. Costumbres populares andaluzas de nacimiento, matrimonio y muerte. Diputación provincial de Sevilla. 1981.
- Peña Gómez, P. La salud y la enfermedad en Huelva en el siglo XIX (1800-1880). 1993
- Vázquez Limón, V. y Rodríguez García-Limón, T. El apellido Limón. Recopilación de datos desde principios del siglo XIX a finales del XX. No publicado

Llamamiento en el "Día Internacional de la Enfermería"



EL CIE PIDE MEJORAR LAS DEFICIENCIAS EN LOS CENTROS SANITARIOS

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE), como organismo mundial que representa a las enfermeras y enfermeros de nada menos que 129 naciones, hizo un llamamiento para que, en los cinco continentes, se propicien mejoras en las numerosas y, a veces, graves deficiencias estructurales en aras a que, de este modo, aseguren la calidad de los cuidados que se prestan a los pacientes. El CIE, que preside la enfermera japonesa Hiroko Minami, subrayó su convencimiento de que "tanto los pacientes como los profesionales tienen pleno derecho a recibir las mejores prestaciones de las enfermeras. Algo que únicamente puede conseguirse en un lugar de trabajo que "capacite para alcanzar ese nivel". El Colegio de Enfermería de Huelva se unió, obviamente, a las tesis del CIE haciendo suyas las propuestas "porque, en definitiva, buscan mejorar la calidad asistencial".

DERECHOS

Con ocasión de celebrarse, el pasado mes de mayo, el Día Internacional de la Enfermería, el CIE, desde su sede de Ginebra y como voz mundial de la profesión, se ocupó para la ocasión de 2007, de abordar un capítulo anunciado como "Lugares de trabajo de calidad,

igual a atención de calidad al paciente". Sin duda, un asunto de enorme importancia pero, en cambio, no siempre del todo valorado por su exacta dimensión y trascendencia a la hora de ofrecer atención al ciudadano. Por eso Minami resumió la filosofía de este posicionamiento: "La meta que el CIE persigue es hacer un llamamiento en favor de los entornos más favorables para el ejercicio de la profesión. Ello equivale a mejorar la calidad de los servicios en todo los ámbitos de la salud lo cual repercute positivamente en los resultados que se obtengan. Estamos plenamente convencidos de que los enfermos y el público en general tienen derecho a recibir las mejores prestaciones, sean de las enfermeras como del resto de profesionales sanitarios. Eso únicamente puede lograrse en un lugar de trabajo que capacite y sostenga unos recursos humanos capacitados bien formados".

RIESGOS

Y es que a la enfermería le "acompaña" una larga lista de problemas y hándicaps que, desde un punto estructural, complica el normal desarrollo de la actividad. Y no solamente hablando de la escasez de las plantillas (que también) sino de la escalada de problemas que rodean a los profesionales, llámense riesgos de contagio por accidentes

biológicos, estrés laboral, exposición a transmisiones infecto-contagiosas, o las agresiones, de toda índole. de las que la profesión es indeseado protagonista. Todo este conjunto de problemas configuran un paisaje que no propicia el mejor marco para prestar cuidados, sea en el ámbito especializado (consultas masificadas, urgencias desbordadas, plantas con un reducido número de diplomados...) o en el de la atención primaria, donde se repiten iguales dificultades que en los hospitales.

PRIORIDAD

Por estas razones, el CIE quiso dar relieve a reflexionar, autoridades, público y sanitarios, en torno al lema que recorrió la Enfermería mundial: "Lugares de trabajo, igual a atención de calidad al paciente". Para que "las enfermeras y enfermeros sean más conscientes y estimulen sus actuaciones y pueda ser utilizado por directivos, funcionarios, asociaciones profesionales y órganos de reglamentación. El conjunto de instrumentos de información se distribuyó a todos los Colegios miembros del CIE en los cinco continentes y puede accederse en tiempo real en la dirección www.icn.indkit.htm. El CIE, finalmente, aseguró que este asunto seguirá siendo "un programa prioritario en los años venideros".

PLAN DE CUIDADOS AL PACIENTE LARINGECTOMIZADO CON TAXONOMÍA NANDA NIC NOC (NNN)

AUTORES:

Mauri Fábrega, Patricia; Salmerón Revuelta, J. M.; Pérez López, C.; García Fernández, C.; Serrano Lucena, C.; Sánchez Martínez, M.; Raya Martínez, A.
D.U.E.s del Hospital Juan Ramón Jiménez

INTRODUCCIÓN:

Los cuidados enfermeros en los pacientes intervenidos de laringectomía parcial o total son en nuestra unidad una prioridad por la complejidad del proceso, así mismo por la alta necesidad de cuidados enfermeros que estos pacientes precisan.

En las primeras 24 a 48 horas tienen una alta dependencia de cuidados y disponer de un standard unificado, basado en una metodología sistematizada, va a aumentar la calidad de estos, así como los resultados en la mejora de la salud del paciente.

Los estudiantes de enfermería así como el personal de rotación y de contrato de corta duración nos manifestaron su preocupación por aprender a tratar y cuidar a estos pacientes.

OBJETIVOS:

- Mejorar la calidad de cuidados en pacientes hospitalizados sometidos a una intervención de laringectomía.
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica.
- Evaluar los resultados obtenidos mediante los criterios de resultados NOC.

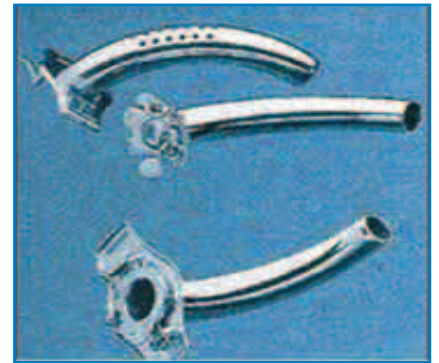
MATERIAL Y MÉTODO:

El plan de cuidados está enmarcado según las orientaciones del modelo de Virginia Henderson, utilizando la taxonomía NNN, contemplando los problemas de colaboración, como parte interdependiente y los diagnósticos enfermeros y los problemas de autonomía con parte independiente.

Se han realizado búsquedas bibliográficas en las principales fuentes de evidencia, que avalan la efectividad de los cuidados recogidos en el plan.

La elaboración del plan se ha realizado a través de un grupo de mejora de enfermeros de la unidad con apoyo de la unidad de calidad y formación. Se ha realizado un estudio descriptivo

transversal con una muestra de treinta pacientes ingresados en la unidad de otorrinolaringología para ser intervenidos entre los años 2005 a 2006. Realizando el perfil de los pacientes y elaborando a través de los datos obtenidos los problemas más frecuentes así como las intervenciones más habituales, consensuando los criterios de resultados correspondientes a los diagnósticos enfermeros



RESULTADOS:

Plan de Cuidados estandarizados al paciente laringectomizado.

Valoración por necesidades:

Valoración por necesidades:

Para conseguir una aplicación del modelo efectiva es necesario establecer donde, cuando y como realizar una recogida de datos del paciente que nos permita la aplicación sistemática del proceso de atención de enfermería.

En el registro de valoración las enfermeras recogemos los datos del paciente que nos van a permitir determinar si el paciente es o no independiente en la satisfacción de sus necesidades y cual es su nivel de autonomía y

de esta forma determinar sus problemas y planificar los cuidados de la mejor forma posible.

La primera valoración de enfermería se realiza en las primeras 24 h al ingreso.

En algunas de las necesidades estudiadas creímos oportuno incluir algunos índices o test, ampliando y cuantificando la información recogida. Pensamos que esto es importante porque se mejoraría con ello la continuidad de cuidados (sobre todo en el cambio de atención especializada a atención primaria) y disminuiría la subjetividad de algunos datos.

Los resultados de las valoraciones a los pacientes de nuestro estudio es la siguiente:

Valoración de Enfermería:

1º Necesidad de respirar

Preoperatorio

- Fumador/Exfumador de dos cajetillas día.
- En ocasiones disnea.
- Tos y alguna vez expectoración hemoptoica.

Postoperatorio

- Acumulo de secreciones.
- Inadaptación a la cánula.
- Posible cierre del estoma en laringectomía supraglótica y en traqueotomía.
- Aspiración.

2º Necesidad de alimentación

Preoperatorio

- Posible pérdida de peso en los últimos seis meses/año.

- Disfagia.

Postoperatorio

- Dieta absoluta.
- Tolerancia por S.N.G.
- Pérdida de la degustación.
- Cambios en la ingesta de nutrientes y agua.

3º Necesidad de eliminación

Preoperatorio

- Sin problemas aparentes (SPA)

Postoperatorio

- Inmovilización las primeras horas.
- Cambios en los hábitos intestinales derivados de los cambios en la nutrición y a la incapacidad para hacer determinados esfuerzos.
- Cambios en la diuresis/sonda vesical (S.V.)

4º Necesidad de promoverse y mantener una buena postura

Preoperatorio

- SPA

Postoperatorio

- Mantener el reposo en cama a 45 grados las primeras 24h.
- Disminución del nivel de ejercicio habitual.

5º Necesidad de dormir y descansar

Preoperatorio

- Intranquilidad por el procedimiento, los cambios de hábitos...

Postoperatorio

- Encamamiento las primeras 24h.
- Secuelas de la intervención: inflamación, drenajes, dificultad para deglutir, ansiedad...

6º Necesidad de vestirse y desvestirse

Preoperatorio

- SPA



Postoperatorio

- Aparataje.
- Drenajes, sondas, vía periférica (v.p.)
- Debilidad.
- Encamamiento las primeras horas...

7º Necesidad de mantener la temperatura corporal

Preoperatorio

- SPA

Postoperatorio

- En ocasiones puede haber un aumento de la temperatura secundario a infección por técnicas agresivas, cáncer...

8º Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

Preoperatorio

- SPA

Postoperatorio

- Estoma, drenajes, s.v., v.p., encamamiento, faringostoma.

9º Necesidad de evitar los peligros

Preoperatorio

- Aparición de una adenopatía cervical.
- Dolor de oídos.
- ¿Y si no despierto de la anestesia?
- Canalización de vía periférica, sonda vesical.

Postoperatorio

- Dolor clasificado entre 3 y 4 en una escala analógica del 1 al 10.
- Herida quirúrgica/hemorragia.
- Miedo a olvidarse de respirar.

10º Necesidad de comunicar emociones

Preoperatorio

- Dificultad para expresar sus dudas y temores, también al buscar personas cualificadas que escuchen y resuelvan sus interrogantes.

- Disfonía.

Postoperatorio

- Igual que en el Preoperatorio, su mándole la incapacidad de hablar con tono laríngeo transitoria o permanente.

11º Necesidad de mantener sus creencias y valores

Preoperatorio

- Ideas erróneas sobre el mantenimiento de su Salud.

Postoperatorio

- Cambio de valores importantes en su vida.

12º Necesidad de ocuparse para realizarse

Preoperatorio

- Depende de su edad y situación laboral.

Postoperatorio

- En caso de estancia larga ¿Qué actividades puede realizar en el hospital?
- Dependiendo de su trabajo, jubilación..., va a variar notablemente, pero todos temen a: "el como van a desenvolverse al salir del hospital".

13º Necesidad de participar en actividades recreativas

Preoperatorio

- SPA

Postoperatorio

- Actividades que no puede realizar como bañarse sumergiendo el estoma, ir a lugares donde exista mucho polvo sin precaución...

14º Necesidad de aprender y descubrir

Preoperatorio

- Desconocimiento de los procesos y técnicas que le van a realizar.

Postoperatorio

- Tratamiento con quimio/radioterapia.
- Dudas de cómo realizar el cambio y los cuidados de la cánula en caso de que sea permanente y sobre que hacer si padece un tapón mucoso en casa.
- Cambios importantes (relaciones sexuales, trabajo...).

*Al cuidador principal se le realiza el Índice de Zarit y en algunos casos resulta existir riesgo de cansancio en el desempeño de su rol.

JUICIO CLÍNICO:

Problemas de colaboración:

Son los problemas de salud reales o potenciales que pueden aparecer, como complicaciones de la enfermedad primaria, estudios diagnósticos, o tratamientos médicos–quirúrgicos que se pueden prevenir, solucionar, o reducir mediante actividades de control y de colaboración de las enfermeras. Son problemas que la enfermera no puede tratar de forma independiente, sino que deben de ser abordados de forma interdisciplinaria, en colaboración con otros profesionales habitualmente los médicos.

Los problemas de colaboración, más habituales en los pacientes laringectomizados, incluyendo las técnicas, pruebas diagnósticas, y medicamentos, son:

- Infección.
- Dolor
- Intervención quirúrgica.
- Riesgo de aspiración
- Disnea
- Riesgo de cierre del estoma.
- Riesgo de hemorragia
- Diarrea secundaria a nutrición enteral.

Problemas de Colaboración: Intervenciones NIC:

- 8550 Protección contra infecciones.
- 2210 Administración de analgésicos.
- 1400 Actuación ante el dolor.
- 2930 Preparación quirúrgica.
- 3390 Apoyo de la ventilación
- 3320 Oxigenoterapia.
- 3180 Actuación frente a las vías aéreas artificiales.
- 4160 Control de Hemorragias.
- 6655 Vigilancia constantes vitales.
- 2314 Administración de medicación intravenosa.
- 2304 Administración de medicación enteral.

- 3660 Cuidados de heridas.
- 5618 Enseñanza de procedimientos.
- 2880 Coordinación Preoperatorio.
- 2870 Cuidados post-anestesia.
- 4238 Flebotomía, muestra de sangre venosa.
- 7680 Ayuda en la exploración.
- 4200 Terapia intravenosa.
- 2440 Mantenimiento de los dispositivos de acceso venoso.
- 4190 Punción venosa.
- 1020 Etapas en la dieta.

Problemas de autonomía:

Los problemas de autonomía reflejan una falta total o parcial de la capacidad física o intelectual de la persona para llevar a cabo por si misma las acciones apropiadas que satisfacen sus necesidades básicas. En estos pacientes existe habitualmente Déficit de Auto-Cuidados en las primeras 24 horas actuando el familiar o las enfermeras como agentes de autonomía asistida. Para formular los problemas de autonomía se nombra el área de suplencia y la intervención que se llevara a cabo y a continuación se añade el tipo de suplencia total o parcial que se requiere. Ejemplo: Higiene (suplencia parcial).

PROBLEMAS DE AUTONOMÍA

Alimentación	1803 Ayuda con los auto-cuidados: Alimentación
Baño/Higiene	1801 Ayuda con los auto-cuidados: baño/higiene
Eliminación	1804 Ayuda con los auto-cuidados: aseo
Vestido	1802 Ayuda con los auto-cuidados: vestir/arreglo personal
Movilidad	0840 Cambio de posición
Temperatura	3900 Regulación de la temperatura
Seguridad	6480 Manejo Ambiental

Diagnósticos de enfermería:

Para formular los diagnósticos enfermeros utilizamos la NANDA que define el diagnóstico enfermero como: “Juicio Clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales, problemas de salud reales o potenciales proporcionando

la base de la terapia para el logro de los objetivos de los que la enfermera es responsable”.

Los diagnósticos que hemos consensuado como más frecuentes en estos pacientes se completan con los criterios de resultados NOC (resultados que describen el estado de un paciente en un determinado momento a

través de indicadores específicos que se pueden medir, pudiendo indicar deterioro o mejoría en comparación con otra anterior) y las intervenciones NIC (todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente).

DIAGNÓSTICOS

Paciente:		Unidad: Centro de Salud:		Enfermera Responsable: Enfermera de Familia:													
Fecha inicio	TEMOR	Intervenciones	Actividades	Criterios de resultado (CRR)													
	<p>Definición: Ansiedad o la percepción de una amenaza que causa un estado emocionalmente como un pánico.</p> <p>Factores relacionados: RIC</p> <ul style="list-style-type: none"> Falta de familiaridad con la nueva situación. <p>Características definitorias: MIE</p> <ul style="list-style-type: none"> Inquietud. Sentirse asustado. Alteración en el patrón del sueño. Aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. 	<p>DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD (3240)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar un enfoque sereno, que de seguridad. Ayudarlo a que ventile sus preocupaciones y el miedo. Limitarlo sobre el uso de técnicas de relajación. 	<p>7. Utilizar técnicas de relajación para reducir ansiedad (140-200)</p> <p>7. Realizar técnicas de forma adecuada (140-214)</p>	FECHA	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
		<p>PANICO EN SITUAIONES DE EMERGENCIA (3240)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Trabajar con él en períodos críticos, para promover la seguridad y reducir el miedo. Ayudar al paciente/familia a identificar los factores que aumentan el sentido de seguridad. Ayudar al paciente a identificar los factores estresantes percibidos que contribuyen al estado de ánimo. Ayudarlo a identificar los propios interpretaciones equivocadas sobre los factores estresantes percibidos. Ayudarlo a integrar las interpretaciones equivocadas de las situaciones, por interpretaciones basadas más en la realidad. 	<p>MEJORA DEL NIVEL DE MIEDO / MIELO</p> <p>7. Preocupación excesiva por sucesos (proceso) vitales (121-014)</p>	FECHA	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto

Paciente:		Unidad: Centro de Salud:		Enfermera Responsable: Enfermera de Familia:													
Fecha inicio	AFRONTAMIENTO INEFECTIVO	Intervenciones	Actividades	Criterios de resultado (CRR)													
	<p>Definición: Incapacidad para hacer o tener una actitud correcta de los asuntos personales que debe idóneamente las respuestas físicas y para que los cambios dependan de las bases o respuestas, una conducta adecuada.</p> <p>Factores relacionados: RIC</p> <ul style="list-style-type: none"> Deficit de conocimientos sobre su proceso. Falta de confianza en la capacidad para afrontar la nueva situación. <p>Características definitorias: MIE</p> <ul style="list-style-type: none"> Incapacidad para hacer frente a las expectativas de mí. Experiencia de incapacidad para afrontar la nueva situación o para pedir ayuda. 	<p>ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD (5602)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el nivel actual de conocimiento del paciente (relacionado con el proceso de enfermedad específica). Comentar los cambios de su estilo de vida que pueden ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad apoyando la información, mediante una guía elaborada por nuestro servicio. Reforzar la información dada por otros miembros del equipo de cuidados al paciente. 	<p>ACEPTACIÓN ESTADO DE SALUD (1360)</p> <p>7. Se adapta al cambio de estado de salud (130-017)</p> <p>7. Resistencia de temas de salud - personal (130-014)</p>	FECHA	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
		<p>POTENCIACIÓN DE LA CAPACIDAD DE HACER FRENTE A SITUACIONES DIFÍCILES (0730)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar un enfoque sereno, de confianza. Mostrar una actitud de confianza, realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente. Apoyar el uso de asociaciones de apoyo y otras personas. Alentar la modificación de sentimientos, percepciones y roles. Ayudarlo a que manifieste los problemas de una forma constructiva. Ayudarlo a clarificar los conceptos equivocados. 	<p>ADAPTACIÓN A LA DISCAPACIDAD FÍSICA (1380)</p> <p>7. Se adapta a las limitaciones físicas (130-801)</p> <p>7. Identifica maneras para enfrentarse con cambios en su vida (130-806)</p> <p>7. Real acepta con su nivel funcional de salud (130-805)</p>	FECHA	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
		<p>POTENCIACIÓN DE ROLES (5370)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ayudarlo a que identifique una descripción realista del cambio de mí. Ayudarlo a identificar estrategias positivas en los cambios de papeles. Facilitarle la discusión de expectativas con sus seres queridos (papeles, roles, etc.) 	<p>CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD (1603)</p> <p>7. Descripción del proceso de su enfermedad (160-302)</p>	FECHA	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto

Paciente:		Unidad: Centro de Salud:		Enfermera Responsable: Enfermera de Familia:								
Fecha Inicio	DETERIORO INTERACCIÓN SOCIAL	Intervenciones	Actividades	Criterios de resultado (CRE)								
	<p>Definición: Deterioro social debido a un deterioro sustancial en las relaciones sociales.</p> <p>Factores relacionados: RIC</p> <p>1 Deterioro de comunicación.</p> <p>Características definitorias: MOP</p> <p>1 Verbalizaciones u observaciones de aislamiento en situaciones sociales</p>	<p>POTENCIACIÓN DE LA SOCIALIZACIÓN (9140)</p> <p>- Promover la implicación en relaciones potencialmente establecidas</p> <p>- Promover las actividades sociales y comunitarias al aire libre o en un grupo o programa de análisis transaccional en los que pueda aumentar su comprensión de la transacción de su estado de salud.</p> <p>- Animarlo a cambiar de ambiente, como salir de su habitación, ir a sala de familiares (siempre que sea posible).</p> <p>- Facilitar el empiezo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente</p>	<p>IMPPLICACIÓN SOCIAL (1302)</p> <p>1 Participación actividades de ocio (130311)</p> <p>1 Interacción con amigos íntimos (130301)</p> <p>1 Interacción con otros miembros del grupo/compañeros sala (130304)</p>	FECHAS	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final
		<p>TERAPIA DE ENTRETENIMIENTO (9440)</p> <p>- Incluirlo en la planificación de actividades recreativas</p> <p>- Ayudarlo a que elija actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales.</p> <p>- Ayudarlo para que pueda obtener los recursos necesarios para las actividades recreativas</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	FECHAS	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final

Paciente:		Unidad: Centro de Salud:		Enfermera Responsable: Enfermera de Familia:								
Fecha Inicio	TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL	Intervenciones	Actividades	Criterios de resultado (CRE)								
	<p>Definición: Creación de la imagen mental del yo físico.</p> <p>Factores relacionados: RIC</p> <p>1 La no aceptación de la presencia del estema.</p> <p>Características definitorias: MOP</p> <p>1 Miedo al rechazo (familia/amigos)</p> <p>1 No mirar ni tocar esa parte corporal (cara, cuello, brazos o estoma)</p>	<p>POTENCIACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL (9220)</p> <p>- Ayudarlo a que determine el alcance de los cambios reales producidos en su cuerpo (funcionamiento)</p> <p>- Ayudarlo a separar el aspecto físico de los sentimientos de valor personal, si procede</p> <p>- Observar si el paciente puede mirarse la parte corporal que ha sufrido el cambio</p> <p>- Determinar si el cambio de imagen corporal contribuye a aumentar el aislamiento social</p> <p>- Ayudarlo a que identifique y ponga en marcha acciones que mejoren su aspecto</p> <p>- Ayudarlo a que se aplique cosméticos antes de recibir visitas (ejemplo: aplicarse colonia alrededor del estoma) o antes de practicar relaciones sexuales</p> <p>- Facilitarle el contacto con personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal similares</p>	<p>DESCRIPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL AFECTADA (12003)</p> <p>1 Adaptación a cambios en el estado físico (corporales) por cirugía (120014)</p>	FECHAS	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final
		<p>ASESORAMIENTO (9240)</p> <p>- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</p> <p>- Disponer de intimidad para asegurar confidencialidad</p> <p>- Favorecer la expresión de sentimientos</p> <p>- Remitir a grupos de terapia de apoyo (terapia sexual)</p>	<p>ACEPTACIÓN DE LAS PROPIAS LIMITACIONES (120502)</p> <p>1 Verbalizaciones de autoaceptación (120501)</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	FECHAS	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final

Paciente:		Unidad: Centro de Salud:		Enfermera Responsable: Enfermera de Familia:								
Fecha inicio	LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	Intervenciones	Actividades	Criterios de resultado (CRE)								
	<p>Definición: Incapacidad para eliminar las secreciones o obstrucción del tracto respiratorio por tener las vías aéreas patológicas.</p> <p>Factores relacionados: RIC</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Retención de secreciones/expectoraciones 2. Disminución de la ingesta de líquidos 3. Disminución de la movilidad (actividad física) <p>Características definitorias: MIP</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Disnea 2. Ruidos respiratorios adventicios 	<p>ASPIRACIÓN DE LAS VIAS AÉREAS (3150)</p>	<p>-Informar al paciente y/o familia sobre la aspiración y su necesidad.</p> <p>-Seleccionar un catéter de aspiración que sea lo menor del diámetro interno del tubo de traqueostomía.</p> <p>-Insertar la zona alrededor del estoma traqueal después de surtear la aspiración traqueal.</p> <p>-Enseñar al paciente y/o familia a mucosar la vía aérea si resulta adecuado.</p>	<p>1. Aspiración de secreciones (041000)</p> <p>2. Movilización del espacio hacia fuera de las vías respiratorias (041000)</p> <p>3. Aspiración de secreciones (041000)</p>	FECHAS	Severo	Parcial	De menor	De menor	De menor	De menor	De menor
			<p>-Colocarlo en una posición que favorezca la ventilación/perforación ("pedirnos abajo") si resulta apropiado.</p> <p>-Fomentar la realización de ejercicios activos de margen de sus intereses.</p> <p>-Ejecutar el cabeceo de la cama si no está contraindicado.</p> <p>-Realizar giros si no se encuentra contraindicado.</p> <p>-Fomentar la desambulación tan pronto sea posible.</p> <p>-Practicar percusión con drenaje postural si resulta oportuno.</p> <p>-Posicionar vibración torácica junto con el drenaje postural.</p> <p>-Practicar acroterapia, si procede y valorar (evaluar) su eficacia.</p> <p>-Estimular la tos durante y después del drenaje postural.</p>		FECHAS	Severo	Parcial	De menor	De menor	De menor	De menor	De menor

Paciente:		Unidad: Centro de Salud:		Enfermera Responsable: Enfermera de Familia:								
Fecha inicio	ESTREÑIMIENTO	Intervenciones	Actividades	Criterios de resultado (CRE)								
	<p>Definición: Reducción de la frecuencia normal de excreción intestinal, ausencia de eliminación difusa o inconstante de heces, frecuentemente densa y seca.</p> <p>Factores relacionados: RIC</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Actividad física insuficiente 2. Imposibilidad/dificultad de realizar maniobras de Manóvalva 3. Aporte de líquidos insuficiente 4. Cambios en el patrón alimentación <p>Características definitorias: MIP</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Disminución de la frecuencia y volumen de heces. 2. Inseguridad para eliminar heces. 	<p>ACTUACIÓN ANTE EL ESTREÑIMIENTO (0450)</p>	<p>-Identificar los factores que pueden ser causa de estreñimiento o que contribuyan al mismo.</p> <p>-Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos</p> <p>-Fomentar el ejercicio si no está contraindicado, y si el estado del paciente lo permite)</p> <p>-Comentar con nutricionistas, para cambio de dieta si fuera necesario.</p>	<p>1. Eliminación de heces (020100)</p> <p>2. Patrón de eliminación (020100)</p> <p>3. Ingestión alimentaria y líquidos por sonda (100900)</p>	FECHAS	Severo	Parcial	De menor	De menor	De menor	De menor	De menor
			<p>-Dedicar para la defecación un tiempo coherente y sin interrupciones</p> <p>-Disponer de intimidad.</p>		FECHAS	Severo	Parcial	De menor	De menor	De menor	De menor	De menor

Paciente:		Unidad: Centro de Salud:		Enfermera Responsable: Enfermera de Familia:											
Fecha inicio	DETERIORO DEGLUCION	Intervenciones	Actividades	Criterios de resultado (CRE)											
	<p>Definición: Perteneciente a la categoría de deterioro de la deglución asociado con dificultades de estructura y función faríngea.</p> <p>Factores relacionados: R/C</p> <p>1 Necesidad de adquirir nuevas habilidades en el proceso de deglución</p> <p>Características del deterioro: S/C</p> <p>1 Im</p> <p>2 Abogamiento</p> <p>3 Reflejo bñsal</p> <p>4 Retraso en la deglución</p>	<p>TERAPIA DE DEGLUCIÓN (2060)</p>	<p>-Explicar el funcionamiento del sistema de deglución</p> <p>-Colaborar con el familia para enseñar al paciente/familia el regimen de ejercicios de deglución</p> <p>-Reforzar el uso de pajitas para beber</p> <p>-Preparar un plan para el paciente para que maneje y se fortalezca la fortaleza de la lengua (si no está contraindicado)</p> <p>-Educar al paciente/familia u alimento y seguir al paciente</p> <p>-Realizar consulta con el terapeuta y/o médico para avanzar de forma gradual en la consistencia de la comida del paciente</p>	<p>1 Distribución del bñlo alimentario a la hora de las comidas en concordancia con el reflejo de deglución (101/005)</p> <p>2 Abogamiento, no c (101/012)</p>	FECHAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					FECHAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Paciente:		Unidad: Centro de Salud:		Enfermera Responsable: Enfermera de Familia:											
Fecha inicio	DETERIORO DE CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR	Intervenciones	Actividades	Criterios de resultado (CRE)											
	<p>Definición: El estado de debilidad o fatiga que surge como consecuencia de la dificultad para desempeñar el rol de cuidador (101/015)</p> <p>Factores relacionados: R/C</p> <p>1 Falta de descanso del cuidador</p> <p>2 Falta de información del cuidador</p>	<p>APOYO AL CUIDADOR PRIMARIO (7040)</p>	<p>-Aceptar las expresiones de emociones negativas</p> <p>-Educar al cuidador respecto de manejo de estrés</p> <p>-Iniciar al cuidador a participar en grupos de apoyo</p> <p>-Entrenar al cuidador sobre técnicas de manejo de emociones de cuidadores voluntarios y voluntarios</p> <p>-Asesorar en la gestión del cuidador si se han evidenciado una sobrecarga de trabajo</p>	<p>1 Tratamiento de la fatiga (220/011)</p> <p>2 Oportunidades para la información (220/004)</p> <p>3 Apoyo social (220/007)</p> <p>4 Actividades de ocio (220/008)</p>	FECHAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
			<p>1 Analizar la composición estructural de la familia frente a la enfermedad del paciente</p> <p>- Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia, facilitando la información y apoyo mutuo</p> <p>- Realizar las adaptaciones entre las expectativas del paciente, de la familia y de los profesionales de la salud mediante el uso de las técnicas de comunicación</p>		FECHAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

CONCLUSIONES:

El estandarizar los cuidados supone un avance en la incorporación del Proceso enfermero en la unidad, al ser una actividad de formación y sensibilización de los profesionales. El contar con un plan de cuidados Estandarizados NNN permite a la enfermera:

- Tener una guía para poder individualizar y planificar sus cuidados sin obviar ningún área de importancia.
- Evaluar los resultados NOC.
- Realizar cuidados con criterio de efectividad basados en evidencias científicas que le den peso a nuestra actuación
- Asegurar la Continuidad de Cuidados mediante el Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) con Atención Primaria.

- Al realizar este trabajo pusimos de manifiesto dos carencias de la unidad: la primera, crear una "Guía del paciente Laringectomizado" dirigida al enfermo y a su familia, para resolver dudas comunes que surgen antes, durante y después de la intervención; la segunda, realizar protocolos: a) sobre el cambio de cánula y b) actuación ante la presencia de un tapón mucoso. Estas carencias están ya solventadas, hemos creado la guía y ambos protocolos.

BIBLIOGRAFÍA:

- NANDA. *Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2005-2006.*

- *Mª Teresa Luis Rodrigo. Diagnósticos Enfermeros Revisión Crítica.*
- *Joanne C. McCloskey, Gloria M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Cuarta edición.*
- *Marion Johnson, Meridena Maas, Sue Moorhead. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Tercera Edición.*
- *Mary Canobbio. Trastornos Cardiovasculares.*
- *Pamela L. Swearingen. Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica.*
- *Martín Zurro, J. F. Cano Pérez. Atención Primaria.*
- *Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones, interrelaciones NNN. Marion Jonson, Gloria Bulechek, Joanne Mc closkey, Merodean Maas, Sue Morread.*

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.

 **RuralVi@**
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.