

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERIA
DE HUELVA



enfermería

AÑO X

nº 28 Diciembre 2007

ENFERMERÍA, frente a la violencia doméstica



LA BATALLA POR LA PRESCRIPCIÓN

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: Technographic, S.L.

Depósito Legal: H-1996-43

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

Tirada: 2.750 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: 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

5/7

Jornadas sobre violencia de género

8/11

Abordaje integral de un paciente frágil

12

La dosis terapéutica del sufrimiento

13

XV Certamen de Investigación Ciudad de Huelva

14

Jornadas sobre excluidos sociales

15/17

Guía de adaptación para un paciente con Halo

18/19

Prescripción enfermera

20/21

Calendario 2008

22/27

Ayuda al paciente oncológico terminal

28

Enfermería de enlace/Premio Comunicación de enfermeras onubenses

29/33

Servicios de asistencia médica extrahospitalaria

34/37

Debilidad del suelo pélvico

38

Varias noticias



NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN EN DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EDITORIAL

ENFERMERÍA ante su responsabilidad y, también, exigencia social

Cuando el año 2007 está comenzando a abandonarnos, esta Revista del Colegio Oficial de Enfermería de la provincia de Huelva ha querido despedir el año con un número donde se entrelazan los trabajos producto de la reflexión más serena con lo que la actualidad nos fue deparando, especialmente en el transcurso de las últimas semanas que, por cierto, han sido de enorme intensidad e importancia para los intereses de la Enfermería. Como pretendemos que DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA sea, a la vez, portadora de nuestros mejores deseos para la inminente celebración de la Navidad, el cierre de la edición no ha podido aguardar a las decisiones que se adoptaran en el transcurso del Consejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad, lugar donde, como bien sabe la profesión, estaba previsto abordarse, y tomar postura al respecto de un capítulo tan relevante cual es la prescripción enfermera.

Sea cual fuere la responsabilidad que hayan podido adoptar los políticos responsables de las administraciones sanitarias central y autonómicas, nadie podrá negar a esta Organización Colegial que el esfuerzo llevado a la práctica en el transcurso de los últimos meses en relación a la prescripción enfermera haya sido, en su conjunto, tan elocuente como exhaustivo y aleccionador. De norte a sur y de este a oeste de la geografía nacional, la enfermera y el enfermero más anónimo han debido sentirse "conectados" con esta importante batalla que, a buen seguro, continuará y se prolongará a lo largo de 2008. Sobre este contexto, ofrecemos lo que era, en su instante, la última novedad referido, insistimos a un asunto –la prescripción enfermera– que nunca debió cristalizar como lo que realmente ha sido triste real. Decimos esto porque, básicamente, los perjuicios de la Ley del Medicamento fueron, casi en exclusiva, todos en contra de la profesión de Enfermería.

Pero en el Colegio de Huelva se ha seguido trabajando para actualizar al conjunto de los colegiados en la mayor parte de los frentes. Así, por ejemplo, hay que dejar constancia de la importancia que han tenido las "Jornadas contra la violencia de género". En unos momentos donde la sociedad española asiste, entre atónita y desesperanzada, a la cadena de muertes sin sentido a resultas de esta lacra, pocas iniciativas pueden resultar más influyente que la expuesta en la Jornada para abarcar dos horizontes. De un lado, sensibilizar a nuestra administración regional de que Enfermería, con su Organización Colegial de soporte, dispone de un protocolo que ha demostrado su eficacia y rendimiento en la tarea de detección de episodios de violencia doméstica.

Y, acto seguido, alentar a que la profesión en esta provincia haga suyos los postulados contenidos en la citada propuesta para que nos constituyamos todos, sin excepciones de ningún tipo, en ese eslabón insustituible a la hora de detectar los focos donde pudiera finalizar consumándose una tragedia doméstica que la profesión, en cuanto a agente sanitario de primer orden, está en condiciones de paliar. Si existe un colectivo presente dentro del Sistema –sea de naturaleza pública o privado– capaz de conectar con los ciudadanos, de sentir sus preocupaciones cotidianas y hacerse partícipe de sus más importantes sentimientos como sociedad, ese colectivo de profesionales es el de Enfermería que, en la planta hospitalaria, en el centro de salud o en la empresa, vive justo al lado del ser humano y de sus circunstancias que nos dejara como legado filosófico el gran Ortega.

Junto a estas realidades, a cada cual más atractivas y dignas de tenerlas en cuenta, la Revista que despide 2007 también se ha configurado con numerosos trabajos de investigación para que se sigan haciendo realidad los propósitos fundaciones de la publicación de este Colegio Oficial de Enfermería de Huelva. Que ningún colegiado, o colegiada, pueda sentirse privado de ver publicadas sus experiencias profesionales, ese ha sido, es y será es nuestro reto, que la Junta de Gobierno del Colegio continúa haciendo suyo. Y como obras son amores... ahí están una nutrida presencia de ensayos nitidamente de la Enfermería onubense para poder decir, por nuestra parte, algo así como "misión cumplida" en cuanto al apoyo de la reflexión científica, sea de forma individual o colectiva.

Ojalá que, a la vuelta de las fiestas y con el nuevo calendario, podamos reflejar que los poderes públicos fueron sensibles ante la enorme preocupación que la Enfermería viene soportando en torno a la necesaria y exigible seguridad jurídica que ha de presidir todas y cada una de sus actuaciones. Ojalá que nuestros representantes políticos, sobre todo quienes detentan ahora mismo el poder, hayan llegado a valorar y entender que nadie debería sentirse, profesionalmente hablando, en la ilegalidad ni cometiendo un delito de intrusismo si decide aplicar al paciente un antitérmico o un laxante. Estas cosas, que pueden parecer tan insignificantes, han escondido una triste realidad que la Ley del Medicamento, tan nefanda para la profesión, debe erradicar por completo aplicando los resortes legales previstos en una de sus Disposiciones adicionales. Con este propósito decimos adiós a 2007 desde las páginas de la Revista profesional del Colegio de Enfermería de la provincia de Huelva. Reiterando, eso sí, los mejores deseos para toda la profesión repartida a lo largo y ancho de la provincia.

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

Éxito de las Jornadas contra la violencia de género



EL COLEGIO PRESENTA UN PROTOCOLO PARA QUE ENFERMERÍA DETECTE LOS CASOS DE VIOLENCIA

Gonzalo García: "Queremos que nuestra administración sanitaria conozca las bondades y eficacia de un proyecto avalado por los resultados"

El Magistrado Fernández Entralgo destacó la "comunicación" existente entre las enfermeras y los pacientes-víctimas

Huelva.- Redacción

El Colegio de Enfermería de Huelva celebró, con excelente bagaje de participación y asistencia, las anunciadas "Jornadas contra la violencia de género. Un compromiso social de la Enfermería". Este foro, que logró reunir a personalidades del ámbito de la magistratura, enfermería, política y periodismo, ofreció como principal aportación la apuesta del Colegio, en nombre de la Organización Colegial, para

que las instituciones sanitarias adopten un Protocolo que garantiza, en un altísimo porcentaje, detectar los casos de violencia. La cercanía de la profesión con la sociedad y una adecuada formación fueron argumentos que la Enfermería hizo suyos para hacer frente ante la lacra social que supone el también conocido como "terrorismo domiciliario".

El presidente de la Enfermería onubense, Gonzalo García Domínguez, fue el anfitrión de las nume-

rosas autoridades que tomaron parte activa en el desarrollo de las Jornadas contra la Violencia de Género desde la perspectiva del compromiso social que tiene contraído la profesión. Al responsable del Colegio le acompañaron una buena parte de la cúpula del Consejo General, con sus vicepresidentes Florentino Pérez Raya y Pilar Fernández al frente, así como una larga relación de expertos en diversas disciplinas del conocimiento para resaltar y hacer patente la apuesta del Colegio pro-



La profesión siguió con enorme interés el desarrollo de las Jornadas

vincial en forma del proyecto, catalogado como pionero, que supone, junto a la obligada formación de las enfermeras colegiadas, la posibilidad de detectar nada menos que en su inmensa totalidad los casos de violencia que final, y desgraciadamente, llegan a consumarse con el insoportable saldo de muertes y dolor que se encadenan prácticamente a diario por cualquier rincón de nuestra geografía nacional.

Experiencia

La vicepresidenta y directora de la Escuela Ciencias de la Salud, Pilar Fernández, ofreció toda suerte de detalles sobre este Protocolo socio-sanitario que, además, cuenta con dos avales de consideración. De un lado, el soporte ofrecido por la Agencia Pedro Laín Entralgo y, de otro, el primer refrendo habido en el seno del Hospital Universitario de Getafe (Madrid) donde los resultados han sido "espectaculares" según confirmó la propia Pilar Fernández. En ese centro, y en tan solo mes y medio, se detectaron 60 casos de violencia doméstica,

lo que equivale a cuadruplicar el número de casos contabilizados durante todo el 2004.

Este protocolo puesto a debate en las Jornadas, que tuvieron como escenario las instalaciones de la Caja Rural, facilita a la enfermería disponer de "unas herramientas propias y específicas para esta profesión" lo cual, de forma colateral, ha propiciado un elevado "índice de satisfacción laboral o autoestima" en el seno del colectivo. Importante es consignar que los datos que se recogen en el protocolo pasan, acto seguido, a disposición de los Jueces para que posean mas indicadores antes de la emisión de la sentencia. "La intención del Consejo General de Enfermería –continuó Pilar Fernández– no es otra que contribuir a que la violencia de género se vaya reduciendo hasta alcanzar la cota cero. En esta tarea, la profesión se ha implicado porque nuestro compromiso social es muy claro no ahora sino desde siempre. Por lo tanto, pedimos a las administraciones, sean del Estado como las comunitarias, que nos den su apoyo para extender este pro-

yecto por toda España y que coloque a la Enfermería de protagonista también en este frente de la lucha contra el drama de la violencia".

Huelva

En esta misma dirección se expresó el presidente del Colegio de Huelva, Gonzalo García Domínguez, quien asumió su voluntad de "trabajar para que las autoridades competentes conozcan en profundidad este protocolo y, acto seguido, se pueda implantar en la provincia. Nuestra esperanza consiste en que vamos a tener éxito dado que el elevado prestigio con el que ha nacido junto al respaldo que, allí donde se ha aplicado, ha encontrado entre los pacientes, nos hace vaticinar que también en este quehacer podemos prestar un servicio extraordinario al conjunto de la sociedad para alcanzar los objetivos programáticos. En este sentido, el presidente del Consejo Andaluz de Enfermería (CAE) Florentino Pérez Raya adelantó su propósito de presentar el proyecto ante la Consejería de Salud para

que las enfermeras y enfermeros andaluces "tengan a su disposición, cuanto antes, esta herramienta que ya se ha demostrado tan eficaz en pos de combatir la terrible lacra social que todos padecemos y ate la que nadie, en absoluto, puede permanecer impasible o indiferente. Enfermería y nuestra Organización Colegial, no van a estarlo como se demuestra con este Proyecto—piloto".

Magistrado

Como decíamos, las Jornadas contaron con un importante elenco de ponentes los cuales, desde sus respectivas ópticas, confirmaron la validez del Protocolo de Enfermería. Por su relevancia destacamos la intervención del presidente de la Audiencia Provincial de Huelva, Jesús Fernández Entralgo quien habló sobre "Asistencia sanitaria y predicción prematura de la violencia doméstica". El magistrado enfatizó acerca de la enorme validez de las medidas de prevención en lugar del recurso, cada vez mas extendido, "al Derecho Penal como herramienta para la resolución de los conflictos". Mas adelante, el Juez Fernández Entralgo catalogó como "fundamental" el "doble papel de la Enfermería" puesto que, aseguró, "mantiene una comunicación humana con las víctimas-pacientes que no existe, por ejemplo, respecto al médico". El Presidente de la Audiencia provincial significó

que por medio de los profesionales de Enfermería será mas fácil "descubrir qué pasó de verdad en cada caso, porque las víctimas suelen engañar a los doctores". Sin olvidar, además, que las enfermeras también pueden desempeñar una faceta de "orientación" a las víctimas en forma de denuncias para hacer frente a un problema de tanta crudeza como la violencia machista.

Otro interesante momento del Foro fue la aportación de los periodistas que hablaron sobre el papel a desempeñar por los medios ante la violencia de género. Destacados informadores, onubenses y madrileños, no ocultaron la "responsabilidad social del periodismo en la tarea de concienciar a los ciudadanos" acerca de la gravedad que, en cualquier lugar de España, se está reproduciendo en cada caso de agresión, con el balance de muertes y damnificados que deja a modo de secuelas. La forma en que se ofrezca al público la información sobre este panorama social mereció un interesante y aleccionador análisis porque, se dijo, va mucha distancia sobre cómo se presenten los casos de violencia desde la llamada "prensa rosa", que no se olvide cuenta con una gran audiencia detrás y la información mucho mas seria, rigurosa donde el informador debe ser parte activa en el combate de este cáncer social.

CRECEN LAS DENUNCIAS POR MALOS TRATOS

En el momento de celebrarse estas Jornadas del Colegio Oficial de Enfermería de Huelva, las cifras referidas al mismo capítulo no resultaban muy alentadoras pero sí lo suficientemente explícitas como para calibrar la trascendencia y gravedad de la violencia doméstica. Los índices hablan por sí solos: Desde que comenzó 2007, se habían contabilizado 69 muertes en toda España y, por lo que a Andalucía se refiere, las denuncias recibidas en el teléfono del Instituto Andaluz de la Mujer, dependiente de la Junta, habían aumentado contabilizándose mas de 4.500 llamadas de las cuales un significativo porcentaje (23,5%) hablaban sobre malos tratos. Igualmente se destaca que las mujeres de origen extranjero también son víctimas de esta violencia con el 12,15% del total.

EL ALCOHOLISMO, FACTOR DETERMINANTE

Por parte del auditorio en la Caja Rural se siguió con suma atención la intervención desarrollada por el diputado nacional por Salamanca, Gonzalo Robles que, en el Gobierno de Aznar, desempeñó importantes labores en el área de las drogodependencias y que, además, es titulado en Enfermería. Robles abordó la cuestión referida al "Alcoholismo y la violencia de género" aportando una visión no siempre tenida en cuenta.

Así, el político se lamentó de que en la sociedad, con demasiada frecuencia, "hayamos banalizado el consumo del alcohol" como una especie de factor común presente en numerosos problemas de honda raíz social. Así, el diputado salmantino se refirió al consumo de bebidas alcohólicas por parte de la población de menor edad precisamente la más frágil y susceptible de influir: "Cada vez lo hacen a mas temprana edad y la media fijada en los 13,6 años no puede resultar mas preocupante".

A su juicio, el que nuestra población mas joven, y por lo mismo llamada a desempeñar las principales responsabilidades a la vuelta de unas décadas, tenga una tan clara relación con el alcoholismo puede traducirse en "un fracaso evidente" desde el punto de vista de los responsables políticos. Y se mostró tajante a la hora de ofrecer una alternativa constructiva: "Debemos, todos sin excepción, ser implacables para que el menor, los adolescentes, no puedan consumir alcohol de ninguna manera".

Abordaje integral de un paciente frágil

Utilidad del marco teórico en la práctica diaria.

AUTORES

- **Dña. Rufina Carretero Barragán.** Enfermera unidad de Pediatría Hospital de Riotinto.
- **D. Domingo Manzano González** (nº de colegiado 3087). Supervisor unidad de Pediatría Hospital de Riotinto.
- **D. Mario Merino Casto.** Enfermero Gestor de Casos del Hospital de Riotinto (nº colegiado 2387).

RESUMEN

Para enfermería las sesiones clínicas y la presentación en un foro profesional de casos prácticos reales, en los tiempos de cambio que se están viviendo, es esencial para que, tanto los propios enfermeros como otros colectivos, vean a nuestra profesión como una disciplina, es decir, con una visión propia de la realidad. El caso que se expone, es el de una paciente de 11 años que ingresa en la unidad de pediatría del Hospital de Riotinto y que presenta una gran necesidad de cuidados. Exponer el razonamiento seguido para llegar a los diagnósticos enfermeros y los diferentes problemas de autonomía, es el objetivo de este artículo.

El caso expuesto es un caso muy válido para ilustrar lo importante del razonamiento lógico del enfermero, razonamiento sustentado en unas bases teóricas que darán sentido y sobre todo credibilidad a las acciones y cuidados que emprendamos de forma independiente. En definitiva, el planteamiento de un caso entre distintos enfermeros nos hace discurrir y llegar a conclusiones que no creíamos o no veíamos, todo gracias al mero razonamiento argumentado y amparado en algún marco conceptual.

SUMMARY

Clinical sessions and presentations in professional forum of real case studies are essential not only for other professions but for nurses themselves who can see in nursing a discipline with vision of reality. The case we would like to show is of an 11 years old girl who was admitted at the Paediatrics Unit at Riotinto Hospital, Huelva. This patient presented great need of nursing cares.

The aim of this article is to explain how we get to the different nursing diagnoses and the various problems of autonomy through a logic knowledge development.

The displayed case is valid to illustrate the importance of the logic based –knowledge. This will be supported by theoretical concepts which will give full meaning and above all credibility to the activities and nursing cares. These nursing cares will be carried out independently.

Finally, the approach to the case study by various staff nurses take us to the conclusion we wouldn't have thought or seen otherwise, all thanks to the logic based- knowledge verified and sustained in a nursing conceptual framework.

Introducción

La discusión de casos prácticos entre profesionales es un elemento de la práctica asistencial que facilita el intercambio de opiniones razonadas, la confrontación de diferentes puntos de vista, la exposición de los algoritmos de decisiones que cada profesional toma y por qué las toma, en definitiva es otra forma de enriquecimiento personal, pero sobre todo profesional.

Para enfermería las sesiones clínicas y la presentación en un foro profesional de casos prácticos reales, en los tiempos de cambio que se están viviendo, es esencial para que, tanto los propios enfermeros como otros colectivos, vean a nuestra profesión como una disciplina, es decir, con una visión propia de la realidad; realidad que es compartida con otros colectivos, y

aunque sea única, debemos ser capaces de verla desde la óptica que nos aporta nuestra profesión.

El caso que se expone, se trata de una paciente de 11 años que ingresa en la unidad de pediatría del Hospital de Riotinto. Presenta una gran necesidad de cuidados, es una paciente frágil, y tanto ella como sus cuidadores entran en la cartera de clientes del enfermero gestor de casos¹. Por ello en la discusión del caso participan la enfermera referente, el enfermero gestor de casos y el supervisor de enfermería de la unidad.

Exponer el razonamiento seguido para llegar a los diagnósticos enfermeros y los diferentes problemas de autonomía, es el objetivo de este caso. Para ello se utilizó el modelo enfermero propuesto por Virginia Henderson².

Exposición del caso

Niña de 11 años de edad que ingresa en la unidad de pediatría del Hospital de Riotinto por sospecha de neumonía por broncoaspiración. La valoración integral de enfermería se realiza a las 24 horas del ingreso. Se utiliza los patrones de Gordon para la organización de los datos en la valoración.

VALORACIÓN ENFERMERA

Paciente.

JVM, niña de 11 años con antecedentes de parálisis cerebral. Sin alergias farmacológicas ni de otro tipo conocidas. Vacunada correctamente según calendario. Ingresó en la unidad con mal estado general, con pronóstico muy grave.

Alimentada convencionalmente con

alimentos triturados hasta hace dos años, desde entonces es seguida por la unidad nutricional del Hospital Virgen del Rocío, que prescribe batidos nutricionales hiperproteicos (3 al día), más papilla de frutas por la noche y agua como complemento. Desde el inicio de este seguimiento y tratamiento su madre refiere notar aumento de peso que no sabe cuantificar. IMC no valorado por la imposibilidad tanto de pesar a la paciente en la unidad de hospitalización, como de una correcta medición de la talla. Estado apreciable de delgadez, piel blanca, no deshidratada y bien cuidada (los padres usan cremas hidratantes para ello). En los últimos meses tos asociada con la ingesta, más acusada con líquidos.

Úlcera por presión grado III en zona de tuberosidad isquiática izquierda, de unos 3*3 cm, asociada al uso de la silla de ruedas (escala de Norton de 5). No usa cojines antiescaras. La herida es curada en domicilio por su madre con "unos parches y suero".

Presenta incontinencia doble con uso de pañal durante el día y la noche. Orina concentrada. Habitualmente estreñida, realizando una deposición cada 4-6 días, siendo a veces necesaria la extracción manual de fecalomas. Usa té como laxante, siendo parcialmente efectivo, además del aporte de fibra nutricional que ya hemos mencionado. Es habitual el vómito ante alimentación obligada.

Realiza vida cama-sillón. Presenta espasticidad en MMII. No graves deformidades en las articulaciones a pesar del encamamiento. Con dificultad respiratoria severa (PO2 70-80%) al ingreso. Ahora con ventimask al 35% PO2 entre 80-90%. Abundantes secreciones bronquiales que han precisado ser aspiradas en varias ocasiones desde su ingreso.

Índice de Barthel con dependencia total.

Duerme toda la noche de forma continua, sin necesidad de ayuda.

Estado de alerta con nula expresión verbal desde siempre. Vida de relación limitada a expresiones de risa y movimientos incoordinados de miembros. Test de Pfeiffer no valorable.

No es valorable el patrón de percepción-autoconcepto.



Vive con sus padres y una hermana, mayor que la paciente historizada. La madre es la persona que trabaja fuera del hogar, asumiendo el rol de cuidador principal su padre. Pasea diariamente con su carro por el pueblo.

Ha iniciado el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. No ha aparecido menarquia.

Los patrones de adaptación tolerancia al estrés y creencias religiosas en la paciente no han sido valorados.

VALORACIÓN FOCALIZADA A CUIDADORES

Ambos padres muestran conocimientos y habilidades amplias sobre el manejo y los cuidados requeridos por los problemas de autonomía presentes en su hija. De hecho solo presenta la úlcera ya comentada como resultado de una mala adaptación de su anatomía a la silla de ruedas, pero nos comentan que existen unos cojines para evitar esto y cuando vuelvan intentarán conseguirlo.

La madre se ha quedado recientemente parada y asumirá cuando llegue a casa los cuidados de su hija junto con su marido.

Índice de esfuerzo del cuidador 3.

PLAN DE CUIDADOS

Centraremos la exposición del plan de cuidados únicamente en los diagnósticos enfermeros y los problemas de autonomía, dejando sin abordar en esta exposición los problemas de colaboración.

Como diagnóstico principal en la paciente y tras una rápida lectura de la valoración podemos plantearnos 1 diagnóstico enfermero:

1. Deterioro de la integridad tisular r/c inmovilidad y m/p presencia de úlcera por presión y valoración en la escala de Norton de 5.

Tras un análisis más sosegado y utilizando el algoritmo de razonamiento diagnóstico propuesto por M.T. Luis Rodrigo y modificado por Morilla Herrera J.C (anexo 1), podemos apreciar que se trata de una paciente que carece de la capacidad física e intelectual necesaria para emprender cualquier acción que ayude o mejore su estado actual, por tanto el plantearnos un diagnóstico enfermero en ella es querer alcanzar una utopía. Nos tendríamos que plantear objetivos irrealizables (no olvidemos que los objetivos deben ir enfocados hacia el paciente). Pero existe un hecho innegable; la existencia de una úlcera por presión y el alto riesgo de aparición de otras úlceras por presión, ¿cómo podemos abordarlo?. La respuesta a esta pregunta la podemos hallar si recurrimos a los problemas de autonomía, es decir, limitándonos a cubrir esas necesidades básicas que la paciente no es capaz de cubrir por sí misma. En este caso, nuestro objetivo tácito sería limitarnos a cubrir de forma total o parcial esas necesidades no cubiertas.

Siguiendo el algoritmo antes mencionado, ¿existe alguien (agente de autonomía asistida) capaz de cubrir esas necesidades?. Evidentemente, si estamos hablando del medio hospitalario estas son funciones enfermeras (tanto del enfermero, como por delegación de la auxiliar de enfermería); pero ¿y en el domicilio, existía ese alguien capacitado para cubrir esas necesidades básicas?. En el caso que nos ocupa consideramos que sus padres lo han asumido de forma correcta, mostrando tanto los conocimientos como las habilidades necesarias.

La respuesta a esta segunda pregunta descarta, al menos inicialmente, el segundo diagnóstico enfermero que guardábamos en la recámara:

2. Conocimientos deficientes r/c...

Según lo expuesto no detectamos diagnósticos enfermeros ni en la paciente ni en los cuidadores y los problemas de autonomía que nos planteamos serían los reflejados en la tabla 1.

Tras la evolución favorable de la pa-

ciente, al cuarto día se prescribe colocación de Sonda Nasogástrica (en adelante SNG) para instaurar alimentación enteral en perfusión. Es entonces cuando surgen preguntas e inquietudes en sus padres; "¿esto es para siempre?...¿en el pueblo saben poner la sonda?". Estas preguntas nos hacen pensar en la posibilidad de una falta de manejo de la nueva necesidad de cuidados surgida. Las preguntas de los padres denotan inseguridad en ellos y en el sistema sanitario para garantizar que los cuidados que actualmente se requieren puedan ser provistos en el domicilio. Es ante esta situación cuando sí creemos que pueda existir un diagnóstico enfermero. Planteamos dos posibilidades:

1. Conocimientos deficientes en el manejo de la nutrición enteral y de los cuidados de la SNG r/c falta de exposición previa de su hija a esta situación m/p verbalización del problema y cierta negativa a irse al pueblo con la SNG colocada.
2. Disposición para mejorar los conocimientos sobre los cuidados de la SNG y el manejo de la Nutrición enteral.

Consideramos que este segundo diagnóstico podría ser una etapa evolutiva del primero. La existencia de una situación no vivida antes por los padres y de la que carecen totalmente de cualquier conocimiento y habilidad nos hace considerar como opción diagnóstica la de conocimientos deficientes. Tras un adecuado plan de cuidados y transcurrido un tiempo si se podría plantear el diagnóstico de salud descrito como segunda opción, pero repetimos que como consecuencia de una correcta evolución del primero. En la situación inicial nos decidimos por el primer diagnóstico.

Los criterios de resultados tendrían que indicarnos el grado de preparación de los cuidadores para afrontar la nueva situación en domicilio. Utilizaremos la taxonomía NOC3 para su nomenclatura, así como la taxonomía NIC4 para las intervenciones.

El plan de cuidados y su evolución, atendiendo únicamente a los problemas de autonomía y diagnósticos enfermeros, queda reflejado en las tablas 1 y 2.

Por su situación de vulnerabilidad y al-

ta necesidad de cuidados, se realiza una derivación al Enfermero Gestor de Casos, garantizando aún más la comunicación interniveles asistenciales. Las intervenciones realizadas por este enfermero fueron:

- 7960. Intercambio en la información de cuidados.
- 8189. Consulta por teléfono.
- 7040. Apoyo al cuidador principal.
- 7070. Planificación del alta.

Además realizó entre otras gestiones la del material ortoprotésico con dispositivo ajustado a la nueva situación, gestión de recetas y contacto con la enfermera de Enlace Comunitaria para coordinación del alta.

Tras diez días de ingreso hospitalario la paciente es dada de alta a domicilio con aceptable estado general.

Discusión

El caso expuesto es un caso muy válido para ilustrar lo importante del razonamiento lógico del enfermero, razonamiento sustentado en unas bases teóricas que darán sentido y sobre todo credibilidad a las acciones y cuidados que emprendamos de forma independiente, tal y como afirma M.T. Luis Rodrigo "es preciso tener una imagen mental que guíe nuestra actuación"⁵.

En el caso expuesto podemos caer en la trampa de recurrir a los diagnósticos enfermeros que aparecen enunciados en la Taxonomía propuesta por la NANDA6 sin otro argumento más que ese, aparecer ahí. Si partimos de la base del diagnóstico enfermero como un juicio clínico sobre respuestas humanas⁶, me planteo ¿qué respuestas puede proporcionarnos nuestra paciente?, ¿qué cambios en las mismas podemos conseguir?, ¿podremos asumir como responsabilidad enfermera el que esa paciente no sea capaz de emitir las respuestas oportunas?. Evidentemente no. Mucho más adecuado sería cubrir esas necesidades que no es capaz de cubrir y verificar si en su domicilio existe alguien que las cubra. Por este razonamiento en nuestra paciente solo encontramos problemas de colaboración (no detallados) y problemas de autonomía.

Otra cuestión es la de la respuesta de sus cuidadores ante los acontecimientos desarrollados, ahí si planteamos la posibilidad de los diagnósticos enfermeros (son personas que pueden

emitir respuestas inapropiadas o no, pero siempre modificables).

Otro aspecto destacable del caso es lo evidente que resulta la importancia de un adecuado enfoque integral y multidisciplinar, para que decisiones de distintos colectivos profesionales resulten sinérgicas y no antagónicas, obteniendo como resultado final la evolución favorable y la adecuada garantía de la continuidad y calidad en los cuidados. En definitiva, el planteamiento de un caso entre distintos enfermeros nos hace discurrir y llegar a conclusiones que no creíamos o no veíamos, todo gracias al mero razonamiento argumentado y amparado en algún marco conceptual.

Bibliografía

1. Dirección General de Asistencia Sanitaria Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Manual de la gestión de casos en Andalucía: Enfermeras gestoras de casos en el hospital. Revisado Noviembre 2006. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../contenidos/gestioncalidad/Manual%20Gestión%20de%20Casos%20en%20Andalucía.pdf> [Consultado el 18.07.2007].
2. M. T. Luis Rodrigo, C. Fernández Ferrín, M^a V. Navarro Gómez. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Editorial Masson. 3^a edición 2005.
3. S. Morread, M. Jonson, M. Maas. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3^a edición. Editorial Elsevier. 2004.
4. J. McCloskey, G.M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4^a edición. Editorial Elsevier. 2005.
5. M. T. Luis Rodrigo. Diagnóstico enfermero. Revista Rol de Enfermería, 1997; Febrero (nº 222): 27-31.
6. NANDA, Rev. M.T. Luis Rodrigo. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004. Editorial Elsevier. 2003.

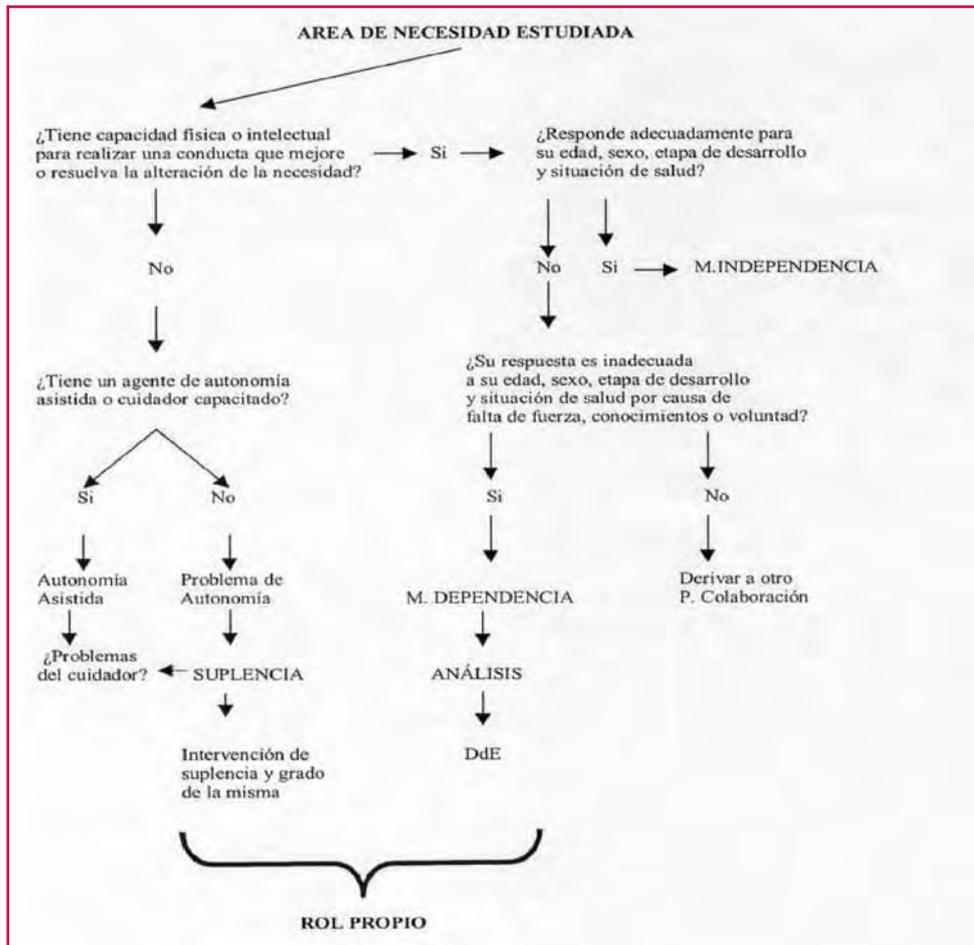
Tabla nº 1

	Problemas de autonomía
	Necesidad de alimentación
	Suplencia Total
NIC	Ayuda con los autocuidados: alimentación
	Necesidad de baño e higiene
	Suplencia Total
NIC	Ayuda con los autocuidados: baño / higiene
	Necesidad de vestido acicalamiento
	Suplencia Total
NIC	Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal
	Necesidad de eliminación
	Suplencia Total
NIC	Ayuda con los autocuidados: aseo
	Necesidad de Movilidad
	Suplencia Total
NIC	Ayuda con los autocuidados: transferencia Cuidados de paciente encamado
	Necesidad de Seguridad
	Suplencia Total
NIC	Cuidados de la úlcera por presión Prevención de las úlceras por presión

Tabla nº 2

Diagnóstico Enfermero		Valor inicial	Valor Alta	Valor Esperado
Conocimientos deficientes en el manejo de la nutrición enteral y de los cuidados de la SNG r/c falta de exposición previa de su hija a esta situación m/p verbalización del problema y cierta negativa a irse al pueblo con la SNG colocada				
Indicadores NOC	220206 Conocimiento del régimen de tratamiento recomendado	2	5	5
	220207 Conocimiento de los procedimientos de tratamiento recomendados	1	3	3
	220219 Conocimiento de dónde obtener el equipamiento necesario	1	2	3
	220220 Conocimiento de funcionamiento del equipamiento	1	3	3
	220507 Realización del tratamiento	1	4	4
NIC	5606 Enseñanza individual			

Anexo 1



Tomado de Luis Rodrigo, MT. Y Fernández Ferrín, C. y modificado por Morilla Herrera, J. C.

LA DOSIS TERAPÉUTICA DE SUFRIMIENTO



Hace tiempo, leí en alguna parte que en determinados momentos u ocasiones de la vida puede llegar a ser aconsejable cierta dosis terapéutica de **SUFRIMIENTO**.

Realmente si nos detuviéramos a analizar nuestra propia conducta o la de las personas que nos rodean, nos daríamos cuenta de la lógica de tan cruel afirmación, pues desconozco si es por naturaleza propia o por cualquier otra cuestión, pero lo cierto es que el ser humano tiene una fatídica tendencia a no valorar aquello con lo que cuenta hasta que lo pierde.

Quizás por ello, sólo consideramos la valía que realmente tiene poder desempeñar nuestras vidas día a día, cuando circunstancias ajenas a nosotros asaltan nuestra cotidianidad, alterando nuestro ritmo y obligándonos a detenernos y reflexionar sobre lo perdido.

Debemos resultar tremendamente ridículos ante los ojos de muchos, pues la desmesurada propaganda que hacemos, como si de una campaña electoral se tratara, sobre nuestra supuesta "SUPERIORIDAD" con respecto al resto de los seres vivos, no se corresponde

en absoluto con nuestras acciones diarias.

Quizás sea por **"ESA MALDITA SUPERIORIDAD"**, que necesitemos de unas pequeñas dosis de sufrimiento para así al menos comprender cuan afortunados fuimos, pues habiendo tenido la dicha de poder alcanzar la felicidad, la dejamos escapar por el grotesco hecho de no saber apreciar las maravillas con las que la vida nos obsequia todos los días.

Ocurre en muchas ocasiones que los malos momentos no suelen venir solos, e incluso a veces da la impresión de que se rodean de excesiva compañía. Son estas situaciones las que ponen a prueba la fortaleza de las personas teniendo que hacer frente a las muchas y diversas adversidades.

Afrontar pérdidas parece formar parte de nuestro proceso evolutivo, resultando ser unas más llevaderas que otras, pero al fin y al cabo pérdidas todas ellas. Afortunadamente suelen ser pocos los que quedan en el camino incapaces de afrontarlas, mientras la mayoría aprenden a vivir con ellas y curiosamente hacerse más fuertes, pues si algo hay que reconocerle al ser humano es su capacidad de aprender y ciertamente hasta de las malas experiencias se aprende.

Cierto es que no todos tenemos la misma capacidad de soportar el sufrimiento, ni todas las dosis de

este resultan terapéuticas, pero son paradójicamente este tipo de cosas las que marcan el sentido de nuestros destinos.

A veces el destino parece volverse caprichoso poniéndonos a prueba para comprobar hasta que punto somos capaces de soportar el dolor, precisamente en estos momentos es cuando más fuertes debemos ser y no olvidar nunca que mucho más penoso sería no poder recordar nuestras propias vivencias, tanto las buenas como las malas.

Existe un dicho entre los creyentes al que suelen recurrir en busca de alivio cuando la desesperación se apodera de ellos: **"DIOS APRIETA PERO NO AHOGA"**, u otro del que se hacen eco los más agnósticos **"AQUELLO QUE NO TE MATA TE HACE MÁS FUERTE"**.

Correcta será la elección de cada cual si ello le ayuda a superar las adversidades que se presenten en su vida.



AUTORA:

Dña. Alicia Rosado Suárez.
Enfermera del hospital INFANTA ELENA

XV CERTAMEN DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA CIUDAD DE HUELVA

Gonzalo García:" Alcanzar esta nueva edición significa ver consolidada la apuesta de nuestra corporación colegial"

El Colegio Oficial de Enfermería de la provincia de Huelva ha convocado, un año más, a que los profesionales concurren con sus trabajos para "el Certamen de Investigación de Enfermería Ciudad de Huelva". Este galardón, referencia de la profesión onubense, va a cumplir la que será su XV edición, lo cual es todo un síntoma de su pujanza y bien merecido crédito. Para difundir esta próxima convocatoria, el Jurado constituido al efecto en la propia sede colegial eligió la fotografía que ilustra esta información como base del cartel anunciador de un evento que se materializará con ocasión de la próxima Fiesta de San Juan de Dios en la cercana primavera de 2008.

La decimoquinta edición del "Certamen de Investigación Ciudad de Huelva" ya está en marcha. Y al igual que ha venido sucediendo en ocasiones precedentes, nos consta que el colectivo aguardaba con interés esta llamada al objeto de ir dando forma, primero, y remitiendo finalmente sus trabajos con la ilusión de que acaben cristalizando en un reconocimiento, público y profesional, a la faceta investigadora.

ACEPTACIÓN

El presidente de la institución colegial, Gonzalo García Domínguez, resumía de esta forma el camino que nuestro Certamen ya tiene recorrido: "Hablar del Colegio y de la Enfermería de Huelva es casi como referirse a su certamen de Investigación. Han pasado catorce años para que la apuesta por el estímulo de la faceta investigadora haya ido creciendo en la valoración generalizada de toda la enfermería provincial. Por suerte, el camino andado estuvo jalonado de una excelente aceptación que, de inmediato, se tradujo en los buenos resultados que se van contabilizando en cada edición. Con el paso de los años, y no faltamos a ninguno, el Certamen fue ganando en solidez y, lo más importante, ha servido para reflejar la gran inquietud que existe en el seno de la profesión para avanzar en este camino, de verdad largo y difícil, que siempre hemos de entender representa la tarea de investigar".

El Colegio Oficial, consciente de que debía paliarse esta carencia que, desde antiguo, afectaba a la profesión no solo en Huelva sino en el conjunto de España, creó hace ya quince años, este premio que ya forma parte del quehacer profesional onubense como auténtica referencia que nos identifica. Cada convocatoria es un refrendo "que el Colegio, -puntualiza Gonzalo García- como entidad responsable, agradece consciente de que los profesionales aspirantes al galardón deben sacar tiempo libre de donde no lo tienen y hacer valer su espíritu por la reflexión sosegada de aquellas materias que interesan a toda la enfermería. Desde la Organización Colegial somos conscientes de que investigar es avanzar y en nuestra provincia la prueba de fuego que representa tener abierto un Certamen desde hace tanto tiempo, es algo que se superó con creces, lo cual es un estímulo para nosotros como Colegio y que nos empuja a continuar potenciando las recompensas materiales que, desde luego, no es lo más importante que buscan nuestros aspirantes".

ÚLTIMA EDICIÓN

Recordar, en este sentido, que la última edición (decimocuarta) de la prueba fue ganada por trabajo titulado "Morbilidad respiratoria y calidad de vida en la población adulta de Huelva capital" cuyos autores fueron Leopoldo Palacios Gómez, Enriqueta Senín, Isabel María Fernández y Antonio Leiva, y que mereció la recompensa habitual de 1.200 euros y carabela de plata, mientras el accésit, dotado con 300 euros, fue para "El sufrimiento espiritual en los enfermos oncológicos en fase terminal", obra de Ángela María Ortega.

CARTEL

Previamente, y en la sede colegial, el Jurado encargado de conformar los trabajos fotográficos que aspiren tanto al Concurso de Fotografía San Juan de Dios (en su IX edición) como al Certamen de Investigación Ciudad de Huelva



(como decimos, en su XV aparición) decidió los siguientes apartados, además de expresar su "felicitación" a todos los participantes por la "calidad y originalidad" de los trabajos presentados.

En el apartado del Concurso San Juan de Dios, el accésit fue para la obra titulada "Catedral de la Merced" de la que es autor José Eugenio Guerra González.

Y en el relativo al Certamen, se decidió conceder el primer premio de esta prueba artística a la fotografía titulada "Riotinto" perteneciente a D. David Bejarano Álvarez. La obra vencedora, que reproducimos, es una espléndida instantánea del Riotinto la cual que servirá de ilustración al cartel que anuncie la celebración del XV Certamen Ciudad de Huelva cuya resolución y entrega, como es tradicional, se dará a conocer en el transcurso del Día de San Juan de Dios, Patrón de la profesión, a celebrarse en las primeras fechas del próximo mes de marzo 2008.

JORNADAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A EXCLUIDOS SOCIALES

Huelva.- Redacción

Profesionales de enfermería, además de estudiantes de la carrera y otros colectivos sanitarios, tomaron parte en las IX jornadas del Hospital Infanta Elena destinadas a buscar soluciones para "Mejorar la atención a colectivos en situación de exclusión social". Las primeras autoridades académicas y profesionales tomaron parte en los debates tendentes a establecer las líneas estratégicas con las que dar respuesta a las necesidades de la población que, llamamos, marginal en la hora presente. El Defensor del Pueblo Andaluz lanzó una mirada al futuro pidiendo la máxima colaboración entre administraciones y recursos disponibles.

Las IX Jornadas del hospital Infanta Elena tuvieron como fondo profundizar en el conocimiento y análisis de las posibles cotas de desigualdad que existen en materia de Salud en relación a los colectivos que permanecen en clara exclusión social. El rector de la Universidad de Huelva, profesor Francisco J. Martínez, y el presidente del colegio de enfermería, Gonzalo García Domínguez, acercaron esta realidad para aportar soluciones tanto en el mundo de la formación universitaria como desde la esfera profesional. El foro también contó con la presencia del Gerente del centro hospitalario Rafael Vargas, su director de enfermería, Antonio Minchón y la directora de la Escuela universitaria de diplomados en enfermería, Otilia Castaño.

Enfermería

A las Jornadas asistieron más de 300 profesionales y estudiantes, mayoritariamente de enfermería para asistir al debate en torno al título oficial convo-



Autoridades en las Jornadas sobre exclusión social

cante: "Salud y cuidados. Estrategias socio-sanitarias en el siglo XXI". La profesión de enfermería, en permanente contacto con la realidad social, tuvo un claro protagonismo dado que, por esa sintonía con las capas que conforman la estructura social, puede detectar y ayudar a combatir las desigualdades que el Sistema pueda acarrear en relación con la existencia de determinadas "bolsas" de personas en situación de acusada orfandad, sea económica, social, familiar...

Fue el Defensor del Pueblo Andaluz, José Chamizo de la Rubia, quien aportó una interesante conferencia acerca del "Contexto socio-sanitario en Andalucía. Una mirada al futuro". El sacerdote gaditano, siempre tan sensibilizado con estas ingratas realidades, ofreció su propia visión acerca de la situación por la que pasan colectivos en clara órbita de marginalidad algo que también se traduce y repercute como perjuicio a la hora de acceder a los servicios sanitarios. Chamizo pidió la mayor comprensión, implicación y cobertura por parte de los recursos públicos hacia quienes "nada tienen" y, además, sufren unas muy precarias condiciones de su salud, con índices de verdad preocupantes.

Estrategias

Por parte de la sanidad pública andaluza, la directora regional de Atención

Ciudadana, Marisa Dotor, fue la encargada de ofrecer una muestra de todas aquellas estrategias que, en manos del SAS, procuran incidir en cotas de atención y participación para la gestión de la salud concretada en los más desfavorecidos. En este contexto aludió cómo, recientemente, se ha puesto en marcha una iniciativa de formación que demuestra "el interés de los profesionales y del propio Sistema para habilitar medidas que busquen favorecer la "necesaria equidad en la asistencia socio-sanitaria" que reciba la población de referencia.

Estas IX Jornadas que organizaron, como cada año, la Asociación de Enfermería del Hospital Infanta Elena se han ido convirtiendo, con el paso del tiempo y según se dijo, en un claro "referente de formación y análisis para los diplomados de la provincia. La Escuela de Enfermería de Huelva presta su apoyo y están dirigidas a aquellos sectores donde se concentra el peligro de recibir una merma en las ofertas sanitarias. Es decir, los ancianos la población inmigrante, los enfermos de salud mental, entre otros segmentos ciudadanos. De ahí que se analizaran ponencias referidas a la ancianidad y las nuevas relaciones de dependencia, el reto de cuidar a los inmigrante o los estigmas que aún persisten asociados a los trastornos mentales, siempre bajo un horizonte deseable de "humanización" en todos estos parámetros de la salud.

GUÍA PARA LA ADAPTACIÓN A LAS ACTIVIDADES DIARIAS DE UN PACIENTE PORTADOR DE UN HALO

AUTORAS:

Dña. Ruth Toledano Blanco,

DUE del quirófano de neurocirugía del Hospital Juan R. Jiménez de Huelva.

Dña. Teresa Ortigado Udías,

DUE del quirófano de neurocirugía del Hospital Juan R. Jiménez de Huelva.

RESUMEN

Este artículo es una guía práctica de cuidados que ha sido desarrollada mediante la enfermería basada en la evidencia. Pretende ser un instrumento para facilitar al paciente la adaptación a su nueva situación, proporcionándole información y mecanismos para que las actividades esenciales le sean más fáciles de realizar al paciente. La guía está diseñada para ayudar al paciente desde que decide implantarle un Halo hasta su recuperación.

PALABRAS CLAVES

Actividades de la vida diaria, halo, cuidados, signos de alarma.

SUMMARY

This article is a practical guide of taken care of that it has been developed by means of evidence-based nursing. It aims to be an instrument to facilitate to the patient the adaptation to its new situation, being provided to him information and mechanisms for that the essential activities are easier to him to make to the patient. The guide is designed to help the patient since they decide to implant Halo until its recovery.

KEY WORDS

Activities of the daily life, Halo, cares, signs of alarm.

Introducción

La columna cervical es la que constituye el esqueleto del cuello. Está formada por 7 vértebras. La vértebra primera se llama Atlas y la segunda Axis, la articulación de estas dos vértebras permiten la flexión y extensión del cuello. El Axis tiene un cuerpo con una apófisis en forma de diente que forma un pivote sobre el cual pueden girar, permitiendo las rotaciones a la derecha y a la izquierda.

La columna cervical, es un eje que permite mantener nuestro organismo erguido posibilitando una gran amplitud de movimientos (flexión, extensión y rotación de la cabeza sobre los hombros). Tras un traumatismo nos vemos obligados a la inmovilización de la columna cervical. Más de un tercio de las fracturas y luxaciones cervicales se producen en accidente de tráfico, el otro tercio en caídas casuales y el resto en actividades deportivas ("tirarse de cabeza en aguas poco profundas"). Las lesiones de la columna

cervical, son lesiones graves por el potencial compromiso neurológico que pueden causar.

Cuando se utiliza

La inmovilización con halo es el método de elección en las fracturas por compresión estables de los cuerpos vertebrales y en las fracturas sin desplazamiento de las láminas, las masas laterales o de las apófisis espinosas. El tratamiento dura de

8 a 12 semanas consiguiendo una inmovilización en todos los planos de movimiento a cualquier nivel de la columna cervical.

¿Qué es un Halo?

Es un fijador externo, realizado de material inerte a los campos magnéticos (fibra de carbono), que va fijado:

- 1 Al cráneo, un anillo mediante cuatro tornillos. La estructura craneal es lo suficientemente gruesa para que los tornillos se fijen a él sin atravesarlos, es decir el cerebro no va a sufrir ningún tipo de daño.
- 2 Al tórax, mediante un chaleco de plástico semirrígido con un forro sintético. Que por un lado asegura la fijación inferior de la estructura y por otro lado distribuir el peso del fijador alrededor del cuerpo.

El anillo craneal y el chaleco van unidos por cuatro barras laterales dotando al fijador la inmovilidad deseada.

¿Dónde se coloca?

La colocación del Halo debe realizarse en quirófano, con monitorización del paciente y sedación, bajo control por Anestesiólogo. Consideramos muy importante la asepsia y rasurado suficiente del cuero cabelludo y la aplicación de los tornillos craneales en máximas condiciones de esterilidad. La reducción de la Fractura se lleva a efecto con movilizaciones manuales, guiadas con control radioscópico y una vez conseguida se procede a la inmovilización definitiva del dispositivo.

Cuidados del HALO

- 1 A las 24 horas de aplicación del Halo el paciente es ambulante y su permanencia en el hospital dependerá de su adaptación al fijador y de la ayuda familiar que disponga.
- 2 A las 24-48 horas después de su colocación, el médico realizará un ajuste de todos los elementos mecánicos del Halo.
- 3 Es importante el cuidado de los tornillos, para prevenir infecciones, la limpieza se realizará con agua oxigenada, una vez al día. Una vez limpios lo



- envolveremos con una gasa.
- 4 El chaleco, en su superficie lo limpiaremos con un jabón neutro, evitando mojar el interior para no dañar la piel (úlceras, infecciones por hongo...). En el caso que se mojara, lo secaremos con un secador.
- 5 Se le citará periódicamente, para realizar controles radiológicos para ver la evolución de la consolidación de la fractura.
- 6 Antes de la retirada del Halo, a los sesenta/ochenta días, se le realizarán un nuevo estudio radiológico para confirmar la estabilidad del "callo de la fractura".
- 7 Signos de alarma:
Generalmente se asocia a pocas complicaciones, pero existen una serie de signos y síntomas que usted debe saber reconocer:
 - Sensación de disminución de presión de los tornillos o chasquido en la movilización, debido al aflojamiento de los tornillos, de ser reajustado por personal especializado.
 - Supuración, enrojecimiento y dolor en la zona de los tornillos, nos indicara infección en la zona de inserción de los tornillos, si aparece debe acudir a su médico para evaluar el tratamiento más adecuado. Se previene con los cuidados descritos anteriormente.
 - Aparición de dolor súbito en el cuello, dificultad para deglutir, sensación de hormigueo, pérdida de fuerza en las extremidades, puede significar inestabilidad en la fractura, debiendo acudir lo más pronto posible al médico.

Consejos prácticos para la vida diaria

En algunas de estas actividades va a necesitar ayuda por parte de un familiar o cuidador, no se desanime, solo será unas cuantas de semanas. Es necesario acep-

tar la ayuda externa. No se preocupe, el tiempo medio para usted adaptarse no es más de 14 días.

Levantarse de la cama

Debe colocarse de lado cerca del borde y en bloque incorporarse apoyándose sobre el codo del miembro superior en contacto con la cama e impulsándose con el otro, desplazando al mismo tiempo hacia abajo las piernas, quedando sentado sobre la cama. Espere unos segundos hasta que se sienta seguro de que no está mareado.

Andar

- La inmovilización de la columna cervical, provoca cambios en el centro de gravedad, de tal forma que necesitará mantener el equilibrio, puede al principio de ayudarse de otra persona hasta que usted recupere el equilibrio en la de ambulación.
- Para ver a la izquierda o a la derecha deberá girar todo el tronco.
- Para agacharse, flexione ambas rodillas suavemente hasta que una de ellas se apoye en el suelo (pudiendo así recoger objetos del suelo).
- Para entrar o salir de un vehículo, durante este periodo no podrá conducir ningún vehículo, solo podrá ser copiloto. Acérquese al asiento, de espaldas al mismo y sujete ambas manos firmemente a los lados de la puerta del vehículo, seguidamente flexione las rodillas al tiempo que desciende la espalda ligeramente hacia delante para entrar por la puerta y sentarse. Para salir realice la misma maniobra en sentido contrario.

Higiene personal

Simplifique la tarea lo más posible. Se realizará por partes.

- Coloque una silla en el plato de ducha,



se sienta, se asea de cintura para abajo con la ducha, evitando no mojar el tórax, ni salpicar mucha agua para evitar resbalones.

- El tórax, se limpiará con toallas humedecidas, evitando mojar el chaleco, para no humedecer el borreguito que lleva por dentro y así no provocar problemas en la piel (hongos, úlceras...). Si se moja secar con un secador.

Debe evitar inclinarse hacia delante o detrás, pues cambiaría su centro de gravedad, pudiendo dar lugar a mareos, caídas....

- Para lavar el cabello, es mejor realizarlo acostado en la cama, colocando un plástico debajo de los hombros y una palangana en el suelo. Utilice un jabón neutro, para evitar irritaciones en la zona de los tornillos. La higiene del cabello será realizado por un familiar o cuidador. A continuación limpie la zona de los tornillos con agua oxigenada y alrededor de ellos ponga una gasa.
- Para la limpieza de la cara y los dientes colóquese delante de un espejo, pudiéndola llevar a cabo usted solo.

Vestirse

Procure estar cómodo, es mejor que se siente al borde de la cama o en un banco a la hora de vestirse, en general puede serle útil tener un soporte a mano firme

para cuando deba ponerse de pie. Utilice camiseta de algodón bajo el corsé y el resto de la ropa que no tenga cierres complicados.

Póngase zapatos con suela antideslizante de goma para evitar caídas

Comer

Los movimientos de flexión que realizamos normalmente al deglutir, van a estar disminuidos, de ahí la importancia de masticar bien los alimentos, tomando pequeños trozos en cada bocado, para evitar el riesgo de atragantamiento, evitando comer en posición recortada.

Es importante que ahora más que nunca introduzca en su dieta frutas, verduras y legumbres así como beber unos dos litros de agua para evitar el estreñimiento que acompaña la disminución del ejercicio.

El ejercicio y actividades de ocio

Ahora no es momento de realizar deportes, pero ir al cine, pasear, realizar actividades al aire libre le va a venir bien, solo que tendrá que enfrentarse a la mirada de los curiosos, ya que su nuevo aspecto va a llamar la atención.

Otras tareas, requerirán estrategias de adaptación. La lectura y la escritura puede ser dificultosa al no poder flexionar la cabeza, este problema podrá resolverse colocando la lectura y la escritura al nivel de los ojos, mediante un atril.

Sueño

En un principio es normal que le cueste conciliar el sueño, en parte por la sensación de tener la cabeza suspendida en el vacío y la imposibilidad de no poderse mover a gusto.

Va a mejorar el sueño si utiliza una pequeña almohada debajo del cuello de tal manera que el cuello no quede en suspensión. Una almohada en el costado y otra en las

piernas, le permitirá ir modificando las zonas de presión y cambiando la postura para sentirse más cómodo.

Sexualidad

No debe dejar de lado la sexualidad, por el contrario puede disfrutar de ella en este periodo enriqueciendo la relación. Algunas precauciones si deberá tomar como es colocarse en posición semisentada, preferentemente apoyado sobre algunas almohadas y no realizar ningún tipo de presión tanto sobre las barras como sobre la corona.

Para concluir decir que vivir con un halo, es la clave para saber aceptarlo y le demostrará que puede seguir llevando con toda confianza una vida social activa.

La información que le facilitamos le ayudará a resolver sus preguntas, inquietudes o dudas sobre su nueva situación y esperamos que le sea de ayuda para su adaptación y recuperación.

Si usted necesita ayuda en el cuidado de su Halo no dude en ponerse en contacto con su enfermera y trataremos de ayudarle mientras usted se acostumbra a su nueva situación.

Agradecimientos

Al paciente fotografiado, la fractura cervical fue en mayo de 2007, debido a un accidente de tráfico (no llevaba el cinturón puesto). Le agradecemos que nos haya permitido fotografiarlo así como su paciencia y colaboración.

A los neurocirujanos del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, Dr. Carlos Faga Cantamesa y al Dr. Alfredo Gutiérrez Vizcarra, por su colaboración en la elaboración de esta guía.

BIBLIOGRAFÍA

White A: A. III. Psnjsbi MM (1 978): Clinical biomechanics of the spine... Philadelphia: JBLippincott, pag 223.
Alker GJ. Leslie EV: High Cervical Spine and Craniocervical Junction Injuries in Fatal Traffic Accidents: A Radiological Study: 10003-10.1978.
Olabe Castillo S: Fractura de cóndilos occipitales. Revista española Neurología (1995).

Uribe Et al. Experiencia en 90 casos de traumatismo raquímedular Neurocirugías sociedad Española. 1989.
Michaelis LE Handbook of Neurology. New Cork. Amer. Elsevier Publishing Co 1976
Matravía K et al The influence of thin section tomography on the cervical spine injury. Pag 131.139.1978
Netter FH. Sistema Nervioso. Trastornos neurológicos y neuromusculares Barcelona, Salvat, 1987.
Adams RD. Victor M. Manual de principios de neurología. Mexico edit. Interamericana, vol4 1992.
Marrota J Tratado de Neurología Barcelona, Salvat Vol. 3. 1987.

PRESCRIPCIÓN ENFERMERA. QUE SE HAGA JUSTICIA Y CUANTO ANTES

Texto: Redacción

La Organización Colegial de Enfermería, y con ella este Colegio Oficial de Huelva, viene sosteniendo desde hace prácticamente año y medio una difícil tarea cual es reconducir hacia la normalidad práctica lo que una ley (del Medicamento) vino a trastocar en perjuicio de los miles y miles de enfermeras y enfermeros que ejercen en toda España. Desde el Consejo General que representa institucionalmente al colectivo, poco se ha dejado al azar en aras a que las múltiples actuaciones clínicas dejen de estar inmersas en un cuadro de ilegalidad e inseguridad jurídica para concluir en lo que el presidente Máximo González Jurado ha demandado del Ministro de Sanidad Bernat Soria: El reconocimiento de la enfermería de este país sobre "su capacidad de prescripción farmacológica". El pacto suscrito entre González Jurado y Soria anunciaba una salida sin traumas al conflicto.

La aprobación de la bautizada formalmente en el Congreso de los Diputados como "Ley de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (Ley 29/2006 de 26 de julio)", supuso un serio revés para los intereses de una profesión sanitaria en concreto: la Enfermería. Sin comerlo ni beberlo, una ingente cadena de actuaciones realizadas cotidianamente pasaron de tener la consideración de "alegalidad" a estar inmersos en una "rotunda ilegalidad" que, no se olvide, contempla el vigente Código Penal. Todo porque en la citada norma legal, y por lo mismo de estricto cumplimiento, solamente se ha otorgado la capacidad de prescribir fármacos a médicos y odontólogos. Es claro que desde el pasado día



González Jurado y Bernat Soria: Voluntad para solucionar el conflicto

27 de julio de 2006, cualquier denuncia que se pudiera efectuar por un presunto caso de intrusismo profesional correría de forma paralela a lo que contiene y dicta la Ley. Esto es, el reconocimiento de que la enfermera o enfermero español había traspasado la línea legal y competencial de su titulación.

ACCIONES RUTINARIAS

"¿Como puede entenderse esto si se aplica, por ejemplo, a actuaciones tan rutinarias como, valgan los ejemplos, administrar un analgésico, disponer un apósito, atender mediante un colirio o extender un vendaje?". De esta forma se preguntaba el responsable del Consejo General, Máximo González Jurado, a lo largo y ancho de una política desplegada ora en forma de denuncia sobre los handicaps que comporta la Ley, ora de concienciación para los, aproximadamente, 220.000 enfermeras y enfermeros repartidos por toda España a los que, de la noche a la mañana del pasado verano, se les colocó ante un horizonte decididamente injusto.

Cierto es que, durante la última etapa de gestión de la anterior ministra de Sanidad, Elena Salgado, poco o nada se pudo conseguir dada la cerrazón de la política socialista gallega en torno a este trascendental capítulo. Salgado no quiso atender ni una sola sugerencia al respecto y eso que desde diferentes regiones, (Andalucía y Cataluña, sobre todo, con gobiernos autonómicos de su mismo color político) los responsables de Salud (María Jesús Montero y Marina Geli) dejaron muy claro que Enfermería debe asumir un papel mucho más ambicioso que el que otorga la Ley del Medicamento. Pues bien, Elena Salgado abandonó el Gobierno y su departamento sin tan siquiera ofertar una vía de diálogo al respecto.

EDIFICIO LEGAL

No obstante esa realidad política, el Consejo General de Enfermería siguió trabajando para intentar asimilar "la realidad que se vive en todos y cada uno de nuestros hospitales, centros de salud y empre-

sas con el contenido expreso de la Ley 29/2006", como subrayaba el propio González Jurado. Siendo la Enfermería una profesión que ha visto enriquecido su "edificio legal" en el transcurso de los últimos cinco años, no se entiende que el legislador haya dado luz verde a una Ley donde se relega la actuación de uno de los sectores más ágiles y competentes que operan en el conjunto del Sistema sanitario español, sea de titularidad pública como privada, sea de la atención primaria, de la especializada, en las Fuerzas Armadas, en ámbitos socio-sanitarios (llámense Geriátricos) o en el mundo laboral en general.

Consciente de esta grave preocupación, el Consejo General instó a los profesionales de a pie para que reforzaran sus argumentos ante la Administración central con la constatación de aquellos casos prácticos donde enfermería ejecuta, desde hace mucho tiempo, actuaciones y decisiones hoy por hoy ilegales. Y la respuesta no pudo ser más elocuente por positiva: Mas de 1.700 notificaciones se recibieron en la sede de la Organización Colegial en las que se detallaban las labores farmacológicas comúnmente aceptadas. La relación no pudo ser más amplia y demoledora a favor de las tesis esgrimidas por los Colegios Oficiales españoles: Abarcaba desde la administración de analgésicos (con el 52,1% de los casos anotados) a los apósitos (28%), antiinflamatorios (26,6%), vacunas (20,2%), insulinas (19,1%), Antitéticos (18%), Sueros (13%)... así hasta el procedimiento con menor incidencia pro-

fesional localizado, en concreto, en los sustitutivos el tabaco, con el 2,13% de actuaciones evaluadas.

TECHO LEGAL

Como apuntábamos anteriormente, todo esto sucede cuando Enfermería es una profesión con actividad propia y plenamente regulada. A este respecto, el presidente del Colegio provincial de Huelva, Gonzalo García, apuntaba la siguiente valoración: "El problema de la prescripción farmacológica no puede desligarse de que, al día de hoy a caballo entre 2007 y 2008, somos una titulación que se ha construido con una enorme cobertura legal. A saber: disponemos de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) que data de 2003. También de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, igualmente del año 2003. Nos respalda el Real Decreto sobre Especialidades de Enfermería, publicado en mayo de 2003 y, finalmente, otro Real Decreto aprobando los Estatutos de la Organización Colegial y sobre la Ordenación de la Actividad Profesional de Enfermería, emitido en el 2001. Todo este entramado legal nos hace reiterar, cuantas veces sea menester, que nuestra voluntad ha sido, es y será construir en positivo para ofrecer la mejor atención al paciente y al Sistema. Nada más y nada menos que eso. Por lo mismo, no podemos llegar a calibrar el por qué de una Ley del Medicamento cuyo contenido es tan discriminatoria para la Enfermería y, obviamente, tan injusta para con la profesión".



Enfermería tiene más que acreditadas sus capacidades profesionales

DISPOSICIÓN E INCUMPLIMIENTOS

La solución al problema suscitado en torno a la prescripción de fármacos y productos sanitarios por parte de la enfermería es, para colmo, algo que la propia ley del Medicamento dejó contemplada en su texto final. Ni más ni menos que acudiendo a la Disposición duodécima que, textualmente, reza así:

"Para facilitar la labor de los profesionales sanitarios que, de acuerdo con esta ley, no pueden prescribir medicamentos, en el plazo de un año el Ministerio de Sanidad y Consumo establecerá la relación de medicamentos que puedan ser usados o, en su caso, autorizados para estos profesionales, así como las condiciones específicas en las que los puedan utilizar y los mecanismos de participación de los Médicos en programas de seguimiento de determinados tratamientos"

Ni que decir tiene que ha sido el propio Gobierno quien ha incumplido, por partida doble, la filosofía derivada de esa Disposición duodécima de la ley del 27/julio 2006. Esto es: pasó un año sin que la entonces responsable Elena Salgado moviera un solo dedo para desatascar esta polémica. En cuanto al segundo incumplimiento es consecuencia del primero: la relación de aquellos medicamentos "que puedan ser usado o, en su caso, autorizados para estos profesionales" no ha llegado a tener cuerpo legal pese a que se ha confirmado la existencia de una lista conteniendo 21 medicamentos y productos que hubieran paliado el conflicto.

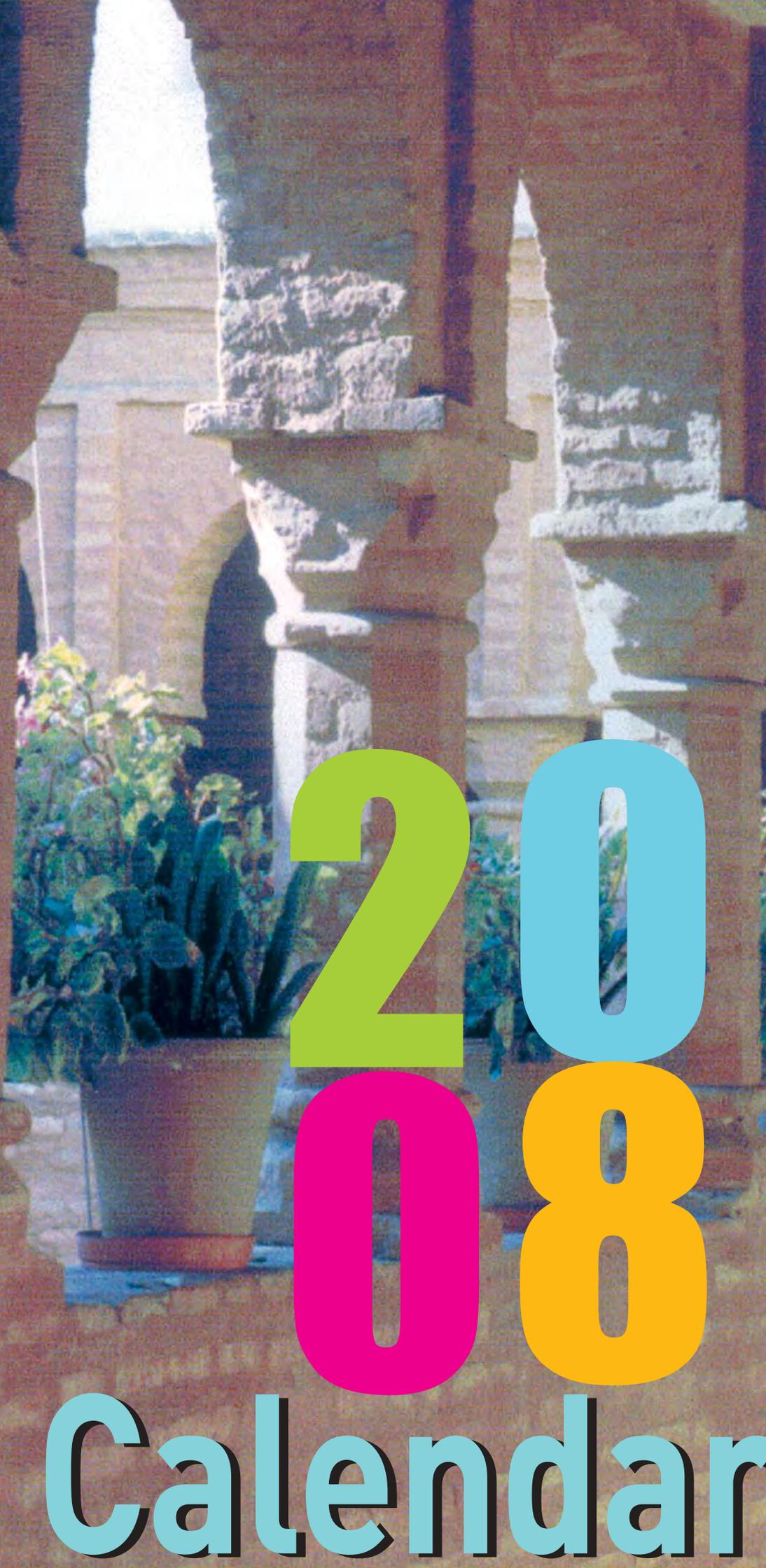
Pero, aun así, Máximo González Jurado, en nombre de la Enfermería española, ha contado con apoyos como, por ejemplo, de la Enfermería del Reino Unido quien saludó este posible logro en beneficio del "paciente, el eje del sistema".



ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERÍA
DE HUELVA

DOCUMENTOS

enfermería



2008

Calendar

Enero

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

Febrero

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

Marzo

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

Abril

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

Mayo

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

Junio

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

Julio

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

Agosto

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

Septiembre

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

Octubre

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

Noviembre

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

Diciembre

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

VALIDACIÓN DE UNA ESCALA VALORATIVA DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO “SUFRIMIENTO ESPIRITUAL” EN LOS ENFERMOS ONCOLÓGICOS EN FASE TERMINAL

AUTORA:

Dña. Ángela M^a Ortega Galán.

COLABORADORES:

Dña. Marianela Casado Ramos, D. Luis Noales Barroso, Dña. Elena Uceda Torres, D. Nacho Mora García (Unidad de cuidados paliativos a domicilio de la Asociación Española contra el Cáncer en convenio con el SAS).

Dña. Magdalena Berenguer, Dña. Rosa Pérez Espina. (Hospital Vázquez Díaz).

1.- JUSTIFICACIÓN:

El tiempo de la enfermedad suele ser un espacio propicio para que el hombre se encuentre con su realidad y sus preguntas. La hospitalización, el encuentro con la fragilidad, la dependencia de los otros, las pérdidas y la falta de control sobre la situación, facilitan la aparición de numerosos interrogantes: ¿por qué a mí?, ¿qué sentido tiene la vida en esta situación?, ¿por qué Dios permite que pase esto?, ¿existe algo después de la muerte?, etc. Estas preguntas no tienen fácil respuesta, pero sí hay cierto consenso en afirmar que forman parte de la vida espiritual de la persona.

La dimensión espiritual de la persona es propia y exclusiva del ser humano y, desde un enfoque integral de atención al mismo, habría que dedicarse a fondo a prestar los cuidados necesarios para que se produzcan los cambios del proceso madurativo de morir. Sin embargo, es fácil darse cuenta de la dificultad experimentada por los profesionales para manejarse con este aspecto, huyendo a veces de las preguntas que se plantean y nos plantean los pacientes.

La experiencia de la cercanía a la muerte provoca una gran revolución personal, un revuelo interior difícilmente comparable con ninguna otra vivencia del pasado. Esta experiencia se puede vivir en clave madurativa o resistiéndose a ella desde la desesperación. Cuando el muriente va madurando en el proceso se producen cambios visibles en su comportamiento, en sus actitudes, en su manera de irse enfrentando a los acontecimientos.

En estos momentos, los murientes que asumen la situación, emprenden lo que se da en llamar la “última crisis existencial”. Se trata de la búsqueda del sentido de la vida, de la valoración del nuevo proyecto vital a la luz de las circunstancias. Es necesario, en este momento, el balance y la reconciliación para la verdadera “muerte en paz”. También es muy importante para los creyentes, el encuentro con la “deidad”, la búsqueda del Dios, sea el que sea, para el encuentro con él, para el perdón, el consuelo y el recibimiento.

Consideramos primordial, por tanto, detectar el “sufrimiento espiritual” de los enfermos en fase terminal y valorar sus causas para poder aliviarlo o suprimirlo. Para ello necesitamos un instrumento que nos permita un análisis longitudinal y sistemático que facilitara su evaluación, que no incremente la ansiedad en el paciente y que sea, al mismo tiempo, desarrollado en el marco de una relación terapéutica. Para su elaboración hemos tenido en cuenta los requisitos éticos que R. Bayés, en su libro “Psicología del Sufrimiento y la muerte”, expone como indispensables para la confección de un instrumento de medida en enfermos que están viviendo los últimos momentos:

1. Ser adecuados para medir aspectos subjetivos.
2. Ser fácilmente comprensibles para la mayoría de los enfermos graves y en situación terminal, ya que muchos de ellos se encuentran débiles, fatigados y en algunos casos padecen pérdidas o deterioros cognitivos.

3. Que especifique un periodo de tiempo concreto de evaluación (p. ej., esta mañana, las últimas 24 horas, ayer, etc.) de corta duración.
4. No ser invasivos ni plantear o sugerir nuevos problemas o posibilidades amenazadoras en las que no se hayan pensado.
5. Ser sencillo y fácil de administrar en la práctica clínica ya que un instrumento por muy fiable y válido que sea si no es práctico de usar no se utilizará.
6. Poderse aplicar repetidas veces sin pérdida de fiabilidad.

Además, después de un elaborado proceso de reflexión de la literatura existente, hemos llegado a la conclusión de que “la paz interior” es la necesidad espiritual más importante en los últimos momentos de la vida y podría englobar todas las demás. Si analizamos las necesidades espirituales de los diferentes autores, podemos darnos cuenta de que lo más ansiado por estos pacientes es la muerte en paz. La “paz interior” es un concepto amplio pero a la vez concreto, en cada uno de los pacientes a los que atendemos, por eso no es una idea vacía, sino evidente y clara para cada uno. Todos sabemos si estamos en paz o si hay alguna cosa que nos atormenta. En esos momentos de despedida es importante identificar si el enfermo está en paz con el mismo, con los otros, con la trascendencia, con la vida, etc., y cuales son los motivos que se le quitan para poder ayudarlos a encontrarla. “Ya puedo morir en Paz”, dicen algunos pacientes y su muerte siendo la misma muerte es totalmente distinta.



2.- OBJETIVOS:

1. Evaluar el bienestar/sufrimiento espiritual de los enfermos de cáncer en fase Terminal.
2. Valorar las posibles causas de tipo espiritual para poner los medios para aliviarlo.
3. Conocer la relación existente entre conocimiento o no del diagnóstico y pronóstico, y el sufrimiento espiritual.

3.- VARIABLES:

El estudio consta de dos variables dependientes principales con carácter cuantitativo:

1. Existencia de sufrimiento/malestar espiritual: Cualitativa dicotómica (Si/no)
2. Factores que provocan el sufrimiento espiritual: cualitativa policotómica.

Además existen variables independientes que son: Edad (cuantitativa discreta), sexo (cualitativa dicotómica), estado civil (cualitativa policotómica), nº de hijos (cuantitativa discreta), conocimiento del diagnóstico:(cualitativa dicotómica) y conocimiento del pronóstico (cualitativa dicotómica).

4.- METODOLOGÍA:

El primer trabajo realizado fue una búsqueda bibliográfica sobre las intervenciones investigadoras hasta la fecha en esta línea. Una vez examinadas las escalas que existen con respecto al mundo de las necesidades espirituales, se recogió de ellas lo más interesante y elaboramos un instrumento que facilita directamente la medición, la consideración o el diagnóstico del sufrimiento espiritual. Por eso uno de nuestros principales objetivos fue el diseño de un instrumento sencillo, eficaz y fácil de aplicar para obtener información acerca de dicho sufrimiento. Para su confección nos basamos principalmente en la definición y los indicadores que de él hace la taxonomía NANDA. Posteriormente la validación del instrumento se llevó a cabo mediante dos procedimientos complementarios: una validación cualitativa y la determinación de la consistencia interna. La validación cualitativa fue concretada a través de una prueba de jueces externos, expertos en las diferentes materias, que juzgaron críticamente los resultados permitiendo realizar los ajustes necesarios



A continuación se realizó un pilotaje con un número de 10 enfermos a los que sus enfermera/os de referencia les pasaron la escala. De los resultados obtenidos extrajimos la información para mejorar la escala y para saber si era pertinente o no seguir adelante con la validación. Posteriormente ampliamos la muestra a 50 pacientes para calcular la consistencia interna aplicando las pruebas estadísticas apropiadas.

5.- TEMPORALIZACIÓN:

El proceso de validación se ha llevado a cabo entre el 15 de Abril del 2005 al 31 de Diciembre del 2006.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DEL “SUFRIMIENTO ESPIRITUAL” EN ENFERMOS ONCOLÓGICOS TERMINALES:**Datos personales**

Edad		Nº de hijos		Sexo	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>
Estado civil	Soltero/a <input type="checkbox"/>	Casado/a <input type="checkbox"/>	Viudo/a <input type="checkbox"/>	Separado/a <input type="checkbox"/>		
	Divorciado/a <input type="checkbox"/>	Pareja de hecho <input type="checkbox"/>				

Diagnóstico clínico:

¿Conoce el diagnóstico? SI NO Lo sospecha ¿Y el pronóstico? SI NO Lo sospecha **Escala del sufrimiento espiritual**1º.- En esta situación, ¿es capaz de encontrar la paz interior? SI NO

2º.- ¿Qué le preocupa?:

Expresa pérdida del sentido de la vida. Expresa la necesidad de perdonarse a sí mismo. Expresa la necesidad de que lo perdonen. Expresa la necesidad de perdonar a alguien. Expresa cólera Expresa sentirse culpable. Expresa falta de esperanza. Expresa sentirse abandonado o enfadado con Dios. Expresa no poder celebrar o rezar. Dice sentirse incapaz de expresarse creativamente como antes (arte, música, escritura, literatura, etc.). Expresa haber perdido el interés por la naturaleza

Otros ...

6.- DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

6.1.- ELABORACIÓN DE LA ESCALA:

Esta escala ha sido confeccionada basándonos en la metodología utilizada por Ramón Bayés en su escala de medición del "Sufrimiento" con base la apreciación del tiempo de los pacientes. Como hemos indicado anteriormente, entendemos que las escalas que se utilicen con pacientes terminales tienen que cumplir unos requerimientos éticos que hemos tenido muy en cuenta en su elaboración.

La escala consta, tan sólo, de dos preguntas: la primera es acerca de si el enfermo considera que tiene "paz interior". Después de reflexionar sobre la multitud de indicadores que los distintos autores señalan como propios del Sufrimiento Espiritual, creemos que el más definitivo, correcto y globalizante es la "Paz Interior". Este sería el indicador que nos aclararía el diagnóstico, de tal manera que si a la pregunta: "En esta situación ¿Puede usted encontrar la Paz Interior?" respondiera de forma positiva, en principio podríamos afirmar que el paciente no tiene Sufrimiento Espiritual.

Si la respuesta fuese negativa, sería el momento de pasar a la segunda pregunta, de estilo facilitador, utilizada con frecuencia en el *counseling*: ¿qué le preocupa? La respuesta es abierta, por lo que de las respuestas que el paciente vaya dando y el proceso de comunicación que se establezca, la enfermera extraerá la información para posteriormente seleccionar, en la parrilla, los factores que el enfermo haya manifestado como causas posibles de sufrimiento espiritual.

6.3.- PRUEBA DE JUECES:

En segundo lugar, ha sido examinada por expertos en Cuidados Paliativos, Metodología de la Investigación y Bioética. Dichos expertos han hecho un seguimiento en el proceso de elaboración del proyecto y de confección de la escala. En su revisión posterior prácticamente no se ha modificado nada, excepto un cambio de expresión en la parrilla. Inicialmente se formulaban los indicadores como "Siente....." y luego se sustituyó por "Expresa.....", por considerarse más exacto el término, ya que podemos saber lo que el paciente ex-

presa, pero hay más dificultad en afirmar que eso es exactamente lo que siente. Todo lo demás se consideró adecuado.

6.4.- PILOTAJE:

Realizamos el pilotaje de la escala con 10 enfermos del que extrajimos las siguientes conclusiones:

1. El instrumento elaborado es sencillo y comprensible, ya que la mayoría de los pacientes a los que se le ha realizado eran de un nivel socio-cultural bajo, de zona rural y no han tenido ningún problema en comprender las preguntas ni el concepto de Paz Interior.
2. El consentimiento informado, en contra de lo que en un principio nos hacía dudar a los investigadores, es un elemento introductorio adecuado. Ayuda a los profesionales a iniciar el tema y a los pacientes a ponerse en disposición, preguntando primero las dudas que tiene acerca de "lo espiritual".
3. No es tedioso, ni especialmente cansado. Son sólo dos preguntas y, en ocasiones, los pacientes incluso se han extrañado de su brevedad, preguntando: ¿ya está?. Lo que sí hay que tener en cuenta es que hay que elegir un momento en el que el paciente no tenga dolor, no esté cansado y es importante evitar las horas próximas a la noche para evitar alteración en el sueño.
4. Con respecto a las variables "Conocimiento de diagnóstico" y "conocimiento del pronóstico", en varias de las escalas realizadas los pacientes no lo saben pero tienen la sospecha. En ese caso y por indicación de los profesionales, vamos a incluir este nuevo indicador, dado que la sospecha puede ser una causa en sí misma de sufrimiento y esta falta de conocimiento de la verdad, ya sea por voluntad propia o por interés de la familia, puede ser decisiva. Añadiríamos, por tanto, otra posible respuesta: "lo sospecha".
5. En cuanto a la parrilla de indicadores del sufrimiento espiritual, no hemos observado la necesidad de ampliarla. En primer lugar porque es abierta, ya que tiene la posibilidad de anotar otras causas de sufrimiento si no se

corresponde lo expresado por el paciente con ningún indicador de la parrilla. Por otro lado, hemos observado en el pilotaje que las anotaciones apuntadas son fruto, posiblemente, de un primer encuentro, pero si en posteriores entrevistas se ayuda al paciente a profundizar sobre su realidad, lo expresado podría enmarcarse en alguno de los factores recogidos.

6.5.- PROCESO DE VALIDACIÓN:

6.5.1.- RECOGIDA DE DATOS:

En Octubre de 2005 comenzamos el proceso de recogida teniendo como objetivo la realización de 50 escalas con enfermos atendidos por la unidad de Cuidados Paliativos a domicilio y la Unidad de Hospitalización del Vázquez Díaz. El tiempo estimado de realización fue hasta final de Enero del 2006. Para esto contaba con la colaboración de diversos profesionales de dichos servicios.

Al acabar el periodo estimado y después de un gran esfuerzo de los profesionales se recogieron 37 escalas entre ambos dispositivos. Con esta muestra realizamos el análisis estadístico, siendo estos los datos más relevantes:

1. En cuanto al conocimiento o no del diagnóstico, el 62,2% afirma que sí conoce el diagnóstico, el 24,3 no lo conoce y el 13,5 lo sospecha.
2. Con respecto al conocimiento del pronóstico, el 24,3% lo conoce, el 54,1 no lo sabe y el 21,6 lo sospecha.
3. Con respecto a la Paz INTERIOR, considerada en esta escala como el principal y mejor indicador para el diagnóstico de "sufrimiento espiritual", de la muestra entrevistada, el 48,6% afirma que sí tiene Paz interior y el 51,4 dice no tenerla.
4. De la respuesta a la pregunta: ¿Qué le preocupa? que se le realizó a los 19 enfermos que afirmaban no tener Paz Interior, los profesionales que realizaron la encuesta, después de mantener con dichos pacientes una conversación en el marco de una relación de ayuda señalaron que: 12 de ellos expresaban pérdida del sentido de la vida, 2 de ellos expresaban la necesidad de que lo perdonaran, 7 manifes-

taban la necesidad de ser perdonado por alguien, 2 expresaban la necesidad de perdonar a alguien, 10 expresaban cólera, 5 decían sentirse culpables por alguna situación, 15 expresaban falta de esperanza, 6 expresaban sentirse abandonado o enfadado con Dios, Ninguno de ellos se expresa acerca de no poder celebrar o rezar, 7 decían sentirse incapaces de expresarse creativamente como antes, 2 expresaban haber perdido el interés por la naturaleza.

6.5.2.- ANÁLISIS DE FIABILIDAD:

1. Consistencia interna:

El análisis de la consistencia interna en este caso se obtiene con el Alfa de Cronbach. Se ha calculado eliminando de la escala la preocupación nº 9, por lo que se hará una modificación de la parrilla de la escala para posteriores investigaciones en la que se eliminará el ítem: "Expresa no poder celebrar o rezar". El resultado de esta prueba estadística es: Alfa de Cronbach=0.703. Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados= 0.755. (Por encima de 0.7 se3 considera una consistencia interna buena.

2. Estabilidad temporal: No procede realizar el test-retest, puesto que es un fenómeno subjetivo cambiante. Sólo sirve para conocer el sufrimiento espiritual en ese momento.

3.-Concordancia interobservadores: Por motivos éticos, no nos parecía adecuado someter a los pacientes a varios observadores y a grabaciones de la entrevistas.

6.5.3.- RELACIÓN ENTRE VARIABLES:

1. En este caso, hemos querido comprobar la relación entre dos variables cualitativas: Conocimiento del diagnóstico y Paz interior. La variable Conocimiento del Diagnóstico la hemos recodificado agrupando los valores "No" y "Lo sospecha". En este caso la Chi Cuadrado da un valor cercano al 0 (Sig. Asintótica bilateral=0,031), por lo que podemos afirmar que ambas variables estadísticamente están relacionadas significativamente.
2. También hemos intentado poner en relación las variables Conocimiento del

Pronóstico y Paz Interior. En este caso la Chi cuadrado no es adecuada ya que existe un porcentaje de casillas del 50% que tienen una frecuencia esperada inferior a 5. En este caso, aunque estadísticamente no se puede demostrar la relación, los porcentajes obtenidos sugieren que sí la hay, por lo que es posible que, aumentando la muestra, los resultados lo confirmen.

7.- CONCLUSIONES:

1. La escala confeccionada ofrece la posibilidad de ser en sí misma un elemento terapéutico, ya que abre puertas para la comunicación profunda con el enfermo, incluso en algunos casos en los que todos los intentos anteriores habían sido fallidos.
2. En este trabajo, de cara a la valoración de la fiabilidad de las medidas, se ha utilizado el alfa de Cronbach, que es el indicador más ampliamente utilizado para este tipo de análisis, por lo que se podría decir que la escala tiene un nivel de consistencia interna aceptable, lo cual, teniendo en cuenta el carácter subjetivos de los términos, no es desdeñable.
3. Podría catalogarse estadísticamente, por tanto, como un instrumento de buena consistencia interna y validez de contenido, pero es posible considerarlo también como un instrumento blando, aunque no por ello menos adecuado para su fin: ayudar a los profesionales a acercarse al mundo espiritual de sus enfermos en la terminalidad.
4. Como hemos indicado con anterioridad, podemos afirmar que existe relación estadística entre el conocimiento o no del Diagnóstico y la Paz interior. Confirmamos entonces que, desde un proceso de información cercano y adecuado, el conocimiento de la patología proporciona a la larga menos sufrimiento. Desde esta perspectiva tendrían que enfocar las decisiones acerca de la información los profesionales responsables, dejando de lado la colaboración con los pactos de silencio y la sustitución de la autonomía cuando el paciente no tenga alterada

su capacidad

8.- DISCUSIÓN:

1. Somos conscientes de que el instrumento confeccionado tiene sus limitaciones a nivel de validez, pero nos parece que lo que sí ha quedado demostrado es que sirve para el acercamiento y el diagnóstico del sufrimiento espiritual de los enfermos, cosa que por otra parte, es lo más importante de este trabajo.
2. Sería necesario seguir trabajando en esta línea en posteriores investigaciones, ya que los cuidados del mundo espiritual de los pacientes es todavía un aspecto muy poco desarrollado en enfermería.
3. La incorporación de la formación en acompañamiento espiritual" en el curriculum de los profesionales, de carácter teórico y experiencial, es una tarea pendiente a la que me gustaría animar y alentar desde esta investigación. La ayuda que tienen que prestar los profesionales va enmarcada en favorecer el proceso de maduración del muriente, para llegar a encontrar la paz interior y "la muerte en paz".

Hacen falta hombres y mujeres que con conocimiento y experiencia hagan de puentes entre la muerte y la vida, haciendo del "salto al vacío" de morir, un difícil, pero hermoso camino.

9.- AGRADECIMIENTOS:

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento todos los colaboradores que han participado en este trabajo haciendo lo más difícil e importante, acercarse a las profundidades del sufrimiento de sus pacientes. A Teresa Estrada Luna, por su ánimo contagioso y creativo que empujó el nacimiento de este proyecto. A Miguel Pedregal de la Unidad Docente por su gran ayuda desinteresada en el diseño y tratamiento de los datos. Y sobre todo a los pacientes, que en tan difíciles situaciones han permitido que entremos en zonas íntimas de sus experiencias y nos han aportado tantos regalos.

10.- BIBLIOGRAFÍA:

- Astudillo W. Mendinueta C. y Astudillo E. **"Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia"**. EUNSA. Navarra 1995.
- Barbero J. **"Necesidades Espirituales: A la Búsqueda de sentido"**. En: Sanchís C. Coene D. Vivir y convivir con el SIDA. Manual de autocuidados. Valencia: Consellería de Sanitat. Generalitat de Valencia. Pág.: 269-272. 1996.
- Barbero J. **El apoyo espiritual en Cuidados Paliativos**. Die Trill M. López Imedio E. "Aspectos Psicológicos en cuidados Paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia". Ed: ADES. Madrid". 2000.
- Bartel N. **"What is spiritual? What is spiritual suffering?"**. Orlando (USA). J. Pastoral Care Counsel 58(3):187–201. 2004.
- Boff L. "Espiritualidad. Un camino de transformación". Santander. Sal Terrae. 2002.
- Breitbart W. Gibson C. Poppito SR. Berg A. **"Psychotherapeutic interventions at the end of life: a focus on meaning and spirituality"**. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York (USA). Can J. Psychiatry. 49(6): 366-72. Jun. 2004.
- Breitbart W. "Spirituality and meaning in supportive care: spirituality and meaning centered group psychotherapy interventions in advanced cancer". New York. Supportive care in cancer 10(4): 272–280. 2002.
- Burkhat Lisa. "Spirituality and religiousness: Differentiating the diagnoses through a review of the nursing literature". Nursing Diagnosis. Apr-Jun. 2001.
- Cobo Medina C. **"ARS MORENDI"** Vivir hasta el final. Díaz de Santos. 2000.
- Dot. P., Thomas. A. "The Real Interview Free for Religious and Spiritual Belief: development and validation of a version of car report". Psychological Medicine 31, 1015–1023, 4. 2001.
- Elsdon R. "Spiritual pain in dying people: the nurses role". Prof Nurse. 10(10):641–3. Jul. 1995.
- King M., Dot. P., Thomas A. "The Real Interview Free for Religious and Spiritual Belief: development and estandarización". Psychological Medicine 25, 1125–1134;1995. King, M.
- Kociszewski C. **"Spiritual care: a pheboneogic study of critical care nurses"**. New Britain. Connecticut (USA). Heart Lung. 33(6): 401–11. Nov–Dec. 2004.
- Koenig HK, Religion, Spirituality, and Medicine: How Are They and What Does It Mean? Mayo Clin. Proc. 2001; 76:1189–1191.
- Lora Gonzalez Rafael. "En la Atención integral: Cuidemos los aspectos y las necesidades Espirituales". Hermanos de San Juan de Dios. Córdoba. 2005.
- Lunn J.S. "Spiritual care in a multi-religious context". J. Pain Palliat Care Pharmacother. 17(3-4): 153–66; disc 167–9.2003.
- Puchalski C. **"Spirituality in health: the role of spirituality in critical care"**. The George Washington University. Washington DC (USA). Crit. Care Clin. 20(3): 487–504. Jul 2004.
- Puchalski C.M., Dorf R.E., Hendi I.Y. **"Spirituality, religion, and healing in palliative care"**. The George Washington University. Washington DC (USA). Cli Geriatric med. 20(4): 689–714. Nov. 2004.
- Weaver A.J., Flanelly K.J. **"The role of religion/spirituality for cancer patients and their caregivers"**. New York (USA). South Med J. 1210–4. Diciembre 2004.

I JORNADAS PROVINCIALES SOBRE GESTIÓN DE CASOS

Huelva.- Redacción

El pasado día 13 de diciembre de 2007, jueves, se ha celebrado en Riotinto las I Jornadas Provinciales sobre Gestión de Casos, organizado por el propio Hospital de Riotinto.

Cien personas, se dieron cita en el salón de plenos del ayuntamiento de este municipio minero para analizar y discutir sobre este modelo de trabajo en la enfermería.

Entre los asistentes, se encontraba representantes de los distintos grupos y organismos de cuidados: Personal y directivos de los hospitales y distritos de la provincia, así como representaciones del Colegio Oficial de Enfermería, de la Escuela de Enfermería y de ASANEC de Huelva, así como una representación venida del Hospital Virgen del Rocío.

El acto tuvo que cambiar su ubicación inicial por el aumento considerable del número de asistentes, que ha superado en un 75% las previsiones iniciales.

La apertura del acto estuvo a cargo del director de Enfermería del Hospital de

Riotinto, Manuel Morón Villagrasa, quien esbozó el papel de la gestión de casos en el contexto de la reorientación de los cuidados y finalizó con un agradecimiento a la enfermería como colectivo por los resultados obtenidos en materia de beneficio para la población y para la propia enfermería como profesión.

A continuación, dos mesas de debate constituyeron el núcleo central del acto, una primera mesa dedicada a exponer los resultados de la utilización de este modelo, donde se presentaron cuatro experiencias tanto cuantitativas como cualitativas de este modelo en materia de pacientes y cuidadoras. Una segunda mesa giró en torno a la variabilidad como fenómeno de la práctica profesional, otras cuatro ponencias se encargaron de analizar y desglosar este fenómeno desde distintos planos.

Para finalizar, Bienvenida Gala Fernández, Coordinadora Regional de Planificación de Cuidados de la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en



Cuidados, dio por finalizado el acto con una ponencia sobre la evolución de los resultados y alentó a los asistentes a seguir trabajando en la línea emprendida.

A modo de conclusión, destacar como aspectos importantes: El elevado número de asistentes; el amplio abanico de representantes de enfermería que se dieron cita; la necesidad manifiesta de seguir en la línea emprendida y la exigencia profesional de investigar en cuidados de manera independiente para construir un conocimiento propio.

Un almuerzo de trabajo puso fin al acto.

PREMIAN UNA COMUNICACIÓN- POSTER DE ENFERMERAS ONUBENSES

Se celebró en Sevilla, a mediados del pasado mes de noviembre, un doble foro profesional que reunió a los participantes en el XXIX Congreso de la Sociedad andaluza de Medicina intensiva, urgencia y coronarias (SAMIUC), junto a las IV Jornadas de Enfermería de Cuidados críticos y urgencias. En este último apartado, la enfermería de Huelva contó con una excelente representación como lo confirma la obtención del premio SAYCO (Sociedad organizadora de Congresos) por parte de un equipo integrado por cuatro enfermeras, que concursaban en el apartado de Comunicación-póster.

El trabajo presentado tuvo por lema el de "Recomendaciones de enfermería para el paciente con suturas, vendaje y yeso en Urgencias". Y sus autoras, que aparecen en la fotografía, son las diplomadas Teresa García Calero, Cinta Sánchez García, Carmen Quintana Periañez y Dolores López Reyes, pertenecientes a las plantillas del Hospital Juan Ramón Jiménez y DCCU de Huelva. Quede, por esta conducto, la felicitación y reconocimiento del Colegio Oficial de Enfermería hacia las citadas profesionales.



SERVICIOS DE EMERGENCIA MÉDICA EXTRAHOSPITALARIA EN ESPAÑA

AUTORA:

Dña. Carmen Palomares Fernández

D.U.E Y MASTER EN ENFERMERIA DE URGENCIAS, EMERGENCIAS, CATASTROFES Y AYUDA HUMANITARIA.

INTRODUCCIÓN

Pese a que en las últimas décadas se ha producido un espectacular avance en los conocimientos médicos y tecnológicos que han permitido el tratamiento de la mayoría de las patologías urgentes, hasta fecha reciente dichos avances han sido patrimonio casi exclusivo del medio hospitalario, quedando limitada la atención urgente en el medio extrahospitalario bajo el concepto de "cargar y correr". Este concepto consistía en una rápida recogida del paciente en el lugar en que acontecían los hechos y su transporte inmediato hacia un centro hospitalario en vehículos que no estaban dotados del mínimo material para la realización de los cuidados sanitarios necesarios.

Todo esto hizo necesario el planteamiento de una mejora en la atención sanitaria a las emergencias en el medio extrahospitalario, sustituyendo el concepto de "cargar y correr" por el de "estabilizar y trasladar". Este nuevo concepto de la asistencia motivó la creación y desarrollo de los equipos de emergencias.

OBJETIVOS

- Identificar antecedentes que propician la creación de los Servicios de Emergencia Médica Extrahospitalaria.
- Concretar la implantación y funcionamiento de los SEMEs en cada una de las Comunidades españolas.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización del estudio se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica profunda y rigurosa.



La información obtenida ha sido contrastada utilizando diferentes artículos, documentos, trabajos y manuales.

La fuente principal utilizada para la búsqueda de información ha sido Internet, la cual se ha completado entrando en contacto con diferentes organismos e instituciones, bien de forma personal, cuando ha resultado posible, o por correo electrónico. Una vez obtenidos los datos necesarios, estos son analizados de forma minuciosa para posteriormente realizar una descripción sobre el tema que dé respuesta a los objetivos planteados con anterioridad.

RESULTADOS

HISTORIA.

Los primeros antecedentes sobre atención médica prehospitalaria tienen origen remoto y es difícil saber realmente cuando se usó por primera vez un vehículo para transportar una persona enferma o lesionada.

Aproximadamente en el año 1760, durante las guerras napoleónicas, los franceses pensaron que resultaba menos arriesgado trasladar a los soldados heridos a la retaguardia que poner en peligro la vida de los escasos médicos del frente.

En esos tiempos, ciertos tipos de carretas tiradas por caballos o por hombres, recibieron el nombre de ambulancias (de la raíz francesa "ambulant" que significa que "deambula o camina").

Con la experiencia bélica de Corea y Vietnam en el rescate de traumatizados graves, se lograron importantes avances en el tratamiento precoz de estos heridos.

Período que se tardaba en asistir al herido. Porcentaje de mortalidad

1ª. Guerra Mundial	12-18 hs.	8,5 %
2ª. Guerra Mundial	8-12 hs.	3,3 %
Corea	2-4 hs.	2,4 %
Vietnam	1-4 hs.	1,9 %

Como lo demuestra el ejemplo anterior, los avances de la medicina en la década de los 70 fueron muy importantes en la supervivencia de los combatientes, pero se consideró que el factor principal que mejoró el pronóstico de los heridos fue la asistencia inmediata en el campo de batalla por personal especialmente entrenado que llegaba transportado en helicópteros.

En nuestro país, la actividad de las empresas dedicadas a la atención de emergencias médicas nace en la década de los ochenta.

En el momento actual existen diferentes modelos de Servicios de Emergencias Médica Extrahospitalaria en España, si bien los servicios de Salud de ámbito nacional, regional o autonómico lideran su implantación.

La cobertura geográfica-poblacional oscila en torno al 70%, siendo la universalización de la atención al ciudadano una de las asignaturas pendientes, lo que origina extensas áreas desprotegidas.

En consecuencia, a pesar de la recomendación europea sobre acceso telefónico a través del 112, todavía existen líneas con diferentes números de marcación.

A pesar de la implicación de personal médico, de enfermería y técnicos, aún faltan por definir numerosos rasgos del perfil específico del profesional interviniente.

SISTEMAS DE EMERGENCIAS MÉDICAS EN ESPAÑA.

Los SEMES en algunas zonas de España son de reciente implantación como en las Comunidades de Castilla y León, Castilla La Mancha, Extremadura, Murcia, Aragón, Rioja y Cantabria. En el resto de las Comunidades se encuentran ya implantados. Coexisten varios modelos de SEMES y una diversificación de teléfonos de acceso.

En general se tiende al 061 en los servicios dependientes de la administración de Salud, 080-085-088 en los dependientes de los Servicios de Fuego y Rescate o Seguridad, 006 en los Servicios que comparten estructura o función con Protección Civil, y 092 en los de dependencia municipal. Aunque se ha recomendado la tendencia al 112, este número coexiste con los actuales en cada territorio.

En la actualidad existe una tendencia a la completa medicalización de las Unidades Sanitarias de los Servicios de Fuego y rescate, como ha ocurrido en Málaga, Za-

ragoza y Bomberos de la Comunidad de Madrid (SERCAM).

Existen empresas privadas de gran actividad, pioneras en algunas áreas, ejemplo de ellas la Empresa SAMU (Sevilla).

En la tendencia a la creación de Servicios Integrales de Emergencias, debe contarse con estas y otras organizaciones y entidades y con todos los presistemas, aunque estén implantados modularmente y den una respuesta parcial a la emergencia, con el fin de evitar la duplicidad de gastos y recursos.

DESCRIPCIÓN POR COMUNIDADES

ANDALUCÍA :

EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS SANITARIAS (EPES)

Desde 1.992, el Servicio Andaluz de Salud (SAS) ofrece el teléfono 061, con experiencia inicial en Sevilla. En 1.994 crea la empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES), que en la actualidad da cobertura terrestre y aérea, prácticamente a toda la población.

Hasta el día de hoy podemos señalar sobre la EPES andaluza:

24 de Marzo de 1.994. Constitución de la Empresa Pública según decreto 88/1994, configurándose como entidad de Derecho Público y adscrita a la Consejería de Salud.

1 de Junio de 1.994. Se inicia la actividad para la Estructura Central de la Empresa. Completándose la cobertura del territorio andaluz en el año 1.996.

Año 1.997. Se crea dentro de la EPES, Formación, Acreditación y Calidad para satisfacer necesidades propias.

Y en esta misma fecha son creados los DCCU (Dispositivos de Cuidados Críticos de Urgencias; ambulancias medicalizadas con un equipo formado por médico, DUE y celador-conductor) dentro del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE).

En el año 2.001 se pone en marcha "Emergencias 112 Andalucía", dependiente de la Consejería de Gobernación.

SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA DE URGENCIA S.A. (SAMU):

Entre las Empresas Privadas, destaca Servicios de Asistencia Médica de Urgencia S.A. implantada en Sevilla en el año

1.985, pionera en la respuesta a la Emergencia Médica en su área, que desarrolla una intensa actividad docente en Emergencias y Catástrofes, Helicópteros Sanitarios desde 1988, implantado en La Costa del Sol con cobertura desde El Campo de Gibraltar hasta Fuengirola. SAMU ofrece respuesta a la emergencia médica extrahospitalaria por tierra y aire, siendo la pionera en España en la respuesta primaria medicalizada a bordo de helicópteros.

ARAGÓN:

En Zaragoza capital y alrededores, la Unidad de Asistencia Médica del Servicio Contra Incendios, Salvamento y Protección Civil, atiende la emergencia médica Extrahospitalaria desde el año 1.983. Además de UVI-móvil disponen de Puestos Médicos Avanzados (P.M.A.) para casos de catástrofes y asistencia a múltiples víctimas.

La Diputación General de Aragón en su Consejo de Gobierno de 21 de Octubre de 1.997, tomó el acuerdo de prestar el servicio de atención de llamadas de Urgencias al 112 por la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón, haciéndolo efectivo a partir de 1.998, a través del entonces denominado Servicio de Protección Civil, aprovechando la estructura y recursos naturales del centro de Coordinación Operativa (CECOP). Coexiste, coordinadamente, en su área, con el Servicio del 061 Aragón para la asistencia a las emergencias médicas.

ASTURIAS:

El SAMU Asturias desde el año 2.000 es la entidad encargada por el Servicio de Salud del Principado de Asturias de la coordinación de la demanda sanitaria urgente que, a través del teléfono único de emergencias 112 (año 2.001), es solicitada al Centro Coordinador de Urgencias.

CANTABRIA:

En esta Comunidad es de reciente implantación el Servicio 112 (año 2.003), dependiente de la Dirección General de Servicios Generales de la Comunidad de Cantabria, teniendo su ubicación física en Santander.

Coexiste con el 061 del Servicio Cántabro de Salud (año 2.002) que responde a todas las urgencias sanitarias dentro de la comunidad. Dispone de Transporte Sanitario Urgente dotado de Unidades Móviles



de Emergencia con personal y equipos especializados.

CASTILLA-LA MANCHA:

El servicio público de Emergencias Sanitarias del SESCAM, Servicio de Salud de Castilla La Mancha 112, se pone en marcha el 26 de Julio de 2.001. Tiene como finalidad responder rápidamente ante cualquier situación de riesgo que se haya trasladado al centro de Urgencias y Emergencias ubicado en Toledo.

CASTILLA Y LEÓN:

La Junta de Castilla y León por Decreto de 2 de Diciembre de 1.999 regula el Servicio de Atención de Llamadas de Urgencia a través del 112 y se determina la fecha del 2 de Diciembre de 1.999 para que entre en funcionamiento el Servicio de Atención de Llamadas de Urgencia.

Las Emergencias Sanitarias en Castilla y León están gestionadas por una gerencia única, cuyo ámbito de actuación se extiende a toda la Comunidad Autónoma.

CATALUÑA:

Dependiente del Departamento de Interior de la Generalitat de Cataluña existe el Centro Coordinador 112 desde 1.999, donde se centralizan todas las llamadas de urgencias ciudadanas, sanitarias, de incendios, de salvamento, de seguridad ciudadana y protección civil.

En la actualidad el Servicio Catalán de Salud coordina las urgencias médicas a través del 061 (CCRES/061). Los centros coordinadores de urgencias funcionan las 24 horas del día disponiendo de unos equipos sanitarios especializados para la asistencia urgente a domicilio o en la calle. Dentro del horario habitual de los servicios de los cen-

tros de atención primaria (CAP), son los propios profesionales asistenciales de los servicios de atención primaria quienes se hacen cargo de la atención de urgencia, fuera del horario del CAP son los servicios de atención continuada (CAC) los que cubren las urgencias.

EXTREMADURA:

La implantación del Servicio de Atención de Urgencias y Emergencias a través del Teléfono Único Europeo de Urgencias 112, iniciada por la Consejería de Presidencia y Trabajo con Decreto 137/1998, establece un instrumento que posibilita la prestación de un nuevo servicio público que contribuye a garantizar la seguridad pública.

EUSKADI:

Configurado en Unidades Territoriales de Emergencias (U.T.E.), una por provincia, el servicio vasco de Salud da respuesta a la emergencia médica a través de un teléfono 088, que gestiona SOS del Departamento de Gobernación, para todo tipo de emergencias. En la actualidad el SOS DEIAK 112 Vasco (año 1.993) es el Sistema Coordinado e Integral de Atención a la Emergencia encargado de dar respuesta a todo tipo de emergencia que se pueda presentar en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

En la Empresa privada podemos destacar a la organización DYA (Detente y Ayuda), asociación de ayuda en carretera que sin ánimo de lucro, llevan 40 años, desde 1.966 ayudando a todos los conductores a circular más seguros por las carreteras vascas.

GALICIA:

El Servicio Público de la Junta de Galicia adscrito a la Consejería de Presidencia de

la Dirección General de Salud, dependiente de la Dirección general de Protección Civil, el número 112 (año 1.998) atiende, gestiona y coordina las llamadas en la Comunidad Autónoma de Galicia. Coordinando los diferentes Departamentos de: Urgencias Sanitarias, Protección Civil, Cuerpos de Seguridad, Servicios Contra Incendios y Salvamento, Agrupación de Voluntarios de Protección Civil, Asistencia Social y Salvamento Marítimo.

El Servicio de Urgencias Médicas-061, dependiente del Instituto Gallego de Medicina Técnica, de la Dirección General de Atención Primaria de la Consejería de Sanidad del Servicio Gallego de Salud (SERGAS), Junta de Galicia, está operativo desde 1.995 con la creación de la Central de Coordinación.

ISLAS BALEARES:

El Servicio de Urgencias Balear, ofrece los Servicios del Centro Coordinador de Urgencias Médicas (CCUM 061) y el dispositivo de respuesta desde el año 1.992, que da cobertura al 90% de la población insular. Dispone de UVI-Móviles en Mallorca, Menorca e Ibiza. Una de las primeras Comunidades Autónomas en implantar el Teléfono único de Emergencias fue la de Baleares, en el año 1995.

ISLAS CANARIAS:

El Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad 112 de Canarias comenzó a funcionar en Mayo de 1.998 con el fin de garantizar una respuesta rápida y eficaz a todas las llamadas de emergencia que se producen en las islas. La titularidad de este Servicio recae en la Dirección General de Seguridad y Emergencias, centro directivo de la Consejería de Presidencia y Jus-



ticia y la gestión la tiene encomendada la empresa pública Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad de Canarias.

LA RIOJA:

CECOP-SOS Rioja es el Centro de Coordinación Operativa del Gobierno de La Rioja y tiene encomendada la gestión del Teléfono Único de Emergencias Europeo 112.

Marcando el número de teléfono 112, los ciudadanos pueden requerir en los casos de urgente necesidad la asistencia de los servicios públicos en materia de seguridad ciudadana, de extinción de incendios y salvamento, de urgencias sanitarias y de protección civil, cualquiera que sea la Administración de la que dependan.

MADRID:

En Madrid capital opera el Servicio Especial de Urgencias SEU-061-INSALUD de Madrid desde el año 1.990 y el Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate (SAMUR) desde 1.991.

El SEU-061 cuenta con UVI-Móviles para la asistencia "in situ" a la emergencia, atendiendo, asimismo, la patología no emergente mediante vehículos rápidos, gracias a la denominada Unidad de Atención Domiciliaria (UAD).

El 17 de Febrero de 2000 y mediante Decreto 25/2000 la Consejería de Sanidad asumió las competencias para la prestación del Servicio de Emergencia y Rescate de la Comunidad de Madrid (SERCAM). Desde enero de 2002, se transfieren todas las competencias en materia sanitaria, incluidos los servicios de urgencias y emergencias, a todas aquellas comunidades que hasta la fecha no las tenían

transferidas. Así, en la comunidad de Madrid, el hasta entonces, Servicio de Urgencias Médicas 061, dependiente del INSALUD, pasa a denominarse Servicio de Urgencias Médicas de Madrid, conocido como SUMMA-112, dependiente en la actualidad de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

MURCIA:

La puesta en funcionamiento del 112 en la Comunidad de Murcia fue en Junio de 1.999 dependiente de la Consejería de Presidencia del Gobierno Regional y según normas de la Unión Europea, implantando un sistema integrado de emergencias y seguridad pública.

La gerencia del 061 se crea en 1.998 con una base en Murcia capital, creándose en Octubre del mismo año las bases de Lorca y Cartagena y en 1.999 hasta seis nuevas bases, Cieza, Tecla, Caravaca, Águilas, Mazarrón y La Manga, siendo la de última creación la base de Alcantarilla en el año 2.001.

NAVARRA:

El centro Coordinador de Urgencias SOS-Navarra-112 depende del departamento de Interior-Protección Civil, del Gobierno de Navarra y da respuesta a todo tipo de emergencia: médica, bomberos, policía, DYA. Puesta en funcionamiento en 1986 con teléfono de acceso 088 y en 1.991 también el 061, en 1.997 instalación del servicio único del 112.

VALENCIA:

Valencia tiene cobertura a cargo del servicio de Asistencia Urgente (SAMU), cuya

central está integrada en el Centro de Información y Coordinación de Urgencias de Valencia (CICUV), al que se accede a través del 112 – 085, compartida con Policía Autónoma, Protección Civil y Bomberos. El servicio "112 Comunidad Valenciana" entró en funcionamiento oficial el 21 de Junio de 1.999.

DISCUSIÓN

A pesar de la corta vida de los SEMEs en nuestro país su evolución ha sido rápida, aunque aun queda mucho por hacer para una cobertura idónea y una completa atención al ciudadano, sobre todo en las Comunidades en las que su implantación es reciente.

Existen áreas en las que la cobertura geográfico-poblacional no es del 100%.

Quedan zonas aisladas que aunque con poca densidad de población, tienen una gran dispersión geográfica y no están bien cubiertas por los servicios de emergencias.

El perfil profesional del personal de Emergencias no está aún claramente definido, por lo que hay profesionales ejerciendo en este campo que probablemente no tengan los conocimientos y habilidades necesarias.

La formación de los profesionales de emergencias se lleva a cabo en España en la actualidad aunque aún no es una especialidad reconocida.

Aunque todas las comunidades españolas ya disponen de Centro Coordinador del 112, en la mayoría de ellas no es un nú-

mero único, sino que convive con otros números de emergencias.

La formación e información sobre la utilización de los SEMEs a la población se lleva a cabo en algunas comunidades, siendo una asignatura pendiente en la mayoría del país.

CONCLUSIONES

En la actualidad se tiende a una mejora de la cobertura de las zonas más desprotegidas, creando unidades DCCU (Dispo-

sitivos de cuidados críticos de urgencias). Para evitar la duplicidad de prestaciones de diferentes empresas en la misma área, lo ideal es la creación de consorcios entre ellas para optimizar la atención al ciudadano.

El perfil del profesional será concreto y estará claramente definido tras la creación de la especialidad de Urgencias y Emergencias, mejorando así la formación de los trabajadores de este campo. En el 100% de las Comunidades españolas está implantado el Servicio de Aten-

ción a Urgencias y Emergencias 112, el cual se convertirá, en un futuro próximo, en número único y exclusivo para la atención de urgencias y emergencias en toda Europa.

En cada Comunidad los Planes Estratégicos de Urgencias y Emergencias no deben olvidar que la calidad de la asistencia sanitaria evoluciona con el desarrollo continuo de nuevas tecnologías ligadas a la formación, que traspasa las barreras profesionales extendiéndose a escolares y población en general.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- J. J. García Aguilar, F. J. Mellado, G. García Escudero. Sistema Integral de Urgencias: funcionamiento de los equipos de emergencias en España. Revista de Emergencias año 2.001. Fecha consulta Julio de 2.006, extensión seis páginas. Dirección Electrónica: www.emergencias.es.org.
- 2.- A. Pacheco Rodríguez, A. Álvarez García, F.E. Hermoso Gadeo, A. Serrano Moraza. Servicios de Emergencia Médica Extrahospitalaria en España. Revista de Emergencias Volumen 10 número 4, Julio y Agosto 1.998, fecha consulta Julio de 2.006. Dirección Electrónica: www.emergencias.es.org.
- 3.- Historia de la medicina prehospitalaria. Empresa privada Emergencias S.A. Publicación año 2.000. Extensión tres páginas. Fecha consulta Julio 2.006 Dirección Electrónica: <http://www.emergencias.com.ar/historia.htm>.
- 4.- EPES. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Pagina Web. Extensión dos páginas. Fecha consulta Julio de 2.006. Dirección Electrónica: <http://www.epes.es/grupoepes/historia.asp>.
- 5.- Notas sobre la Empresa privada de Emergencias Sanitarias SAMU SA. Extensión de páginas seis. Fecha consulta Julio de 2.006. Dirección Electrónica: www.samu.es
- 6.- Servicio 112. SOS Centro de Emergencias y Urgencias de Aragón. Extensión dos páginas. Fecha consulta Agosto de 2.006. Dirección Electrónica: http://pobladores.lycos.es/channels/gente_y_ciudades.
- 7.- Introducción, medios y recursos 112 Asturias. Gobierno del Principado de Asturias. Extensión una página. Fecha consulta Julio 2.006. Dirección Electrónica: www.tematico.princast.es/112asturias
- 8.- Información genérica 112. Gobierno de Cantabria. Dirección General de Servicios y Protección Civil. Extensión cuatro páginas. Fecha consulta Julio de 2.006. Dirección Electrónica: www.gobcantabria.es/portal/
- 9.- Información general. Sección Sanitaria Emergencia Ciudad Real. Extensión cuatro páginas. Fecha consulta Agosto 2.006. Dirección Electrónica: www.emergenciacr.org/id4_m.htm
- 10.- Información General 112. Dirección General de Protección Ciudadana, Consejería de Administraciones Públicas del Gobierno de Castilla – La Mancha. Extensión tres páginas. Fecha consulta Agosto 2.006. Dirección Electrónica: www.jccm.es/112/quees.htm
- 11.- Información General. Portal de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Extensión nueve páginas. Fecha consulta Agosto 2.006. Dirección Electrónica: www.sanidad.jcly.es/
- 12.- Información Genérica. SEMSA. Sistema de Emergencias Médicas del Servicio de Salud de la Generalitat de Cataluña. Extensión cuatro páginas. Fecha consulta Julio 2.006. Dirección Electrónica: www.sem.es/fitzers
- 13.- Información General sobre Emergencias. Centro de Atención de Emergencias 112, Servicio público de la Junta de Galicia. Extensión tres páginas. Fecha consulta Julio 2.006. Dirección Electrónica: www.112sosgalicia.org
- 14.- Gabinete de Prensa. La DYA pionera en prevención y asistencia. Asociación de ayuda en carretera. Año 2.004. Extensión cuatro páginas. Fecha consulta Agosto 2.006. Dirección Electrónica: www.dya.es/cas
- 15.- SOS DEIAK 112 País vasco. Información General. Extensión tres páginas. Fecha consulta Agosto 2.006. Dirección Electrónica: www.pobladores.lycos.es
- 16.- Centro de Urgencias y Emergencias 112. Plan de Salud 2.005/2.008. Consejería de Salud, Junta de Extremadura. Extensión cuatro páginas. Fecha consulta Agosto 2.006. Dirección Electrónica: www.juntaextremadura.net/plansalud0508/pdf
- 17.- Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad. Estructura y Funcionamiento. Gobierno Islas Canarias. Extensión cuatro páginas. Fecha consulta Agosto 2.006. Dirección Electrónica: www.gobiernocanarias.org/dgse/html
- 18.- SERCAM Comunidad de Madrid. Proyecto de desarrollo. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Extensión seis páginas. Fecha de la consulta Agosto 2.006. Dirección Electrónica: www.madrid.org/sercam/info
- 19.- SAMUR. Información general. Protección Civil, Ayuntamiento de Madrid. Extensión una página. Fecha consulta Agosto 2.006. Dirección Electrónica: www.munimadrid.es
- 20.- 112 Región de Murcia. Información general. Consejería de la Presidencia, Comunidad de Murcia. Extensión dos páginas. Fecha consulta Agosto 2.006. Dirección Electrónica: www.murcia112.com
- 21.- SOS Navarra 112. Historia. Gobierno de Navarra, Dirección General de Interior. Extensión dos páginas. Fecha consulta Agosto 2.006. Dirección Electrónica: www.cfnavarra.es/sosnavarra/
- 22.- 112 Consejería de Salud de la Generalitat Valenciana. Memoria Anual 2.005. Extensión ocho páginas. Fecha consulta Agosto 2.006. Dirección Electrónica: www.112cv.com
- 23.- Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Memorias 1.994/2.003. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Extensión setenta y cinco páginas. Fecha consulta Agosto 2.006.
- 24.- C. Álvarez Leiva, Tratado de Medicina Prehospitalaria, editado en 1.992, Universidad de Sevilla. Extensión 256 páginas. Fecha consulta Agosto/Septiembre 2.006.
- 25.- Servicio Andaluz de Salud. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE). Extensión de tres páginas. Fecha de consulta Septiembre 2.006. Dirección Electrónica: www.juntadeandalucia/servicioandaluzdesalud.

Debilitación del Suelo Pélvico

AUTORES: Dña. M^a Dolores Neto Maestre (Matrona)
D. Eduardo Rico González (Matrona)
Dña. Marina Rico Neto (Enfermera)

INTRODUCCIÓN

En el proceso, en unos casos de envejecimiento natural de ser humano y en otros provocados por la aparición de algún factor de riesgo, el debilitamiento del suelo pélvico y sus manifestaciones son causa de insatisfacción en la vida cotidiana, sobre todo en mujeres y también en algunos hombres.

El fomento de la práctica de los ejercicios de Kegel, tiene como objetivo fundamental fortaleciendo el músculo Pubo-coxígeo, reeducar las estructuras debilitadas, por el edad, el embarazo o quizás el estrés.

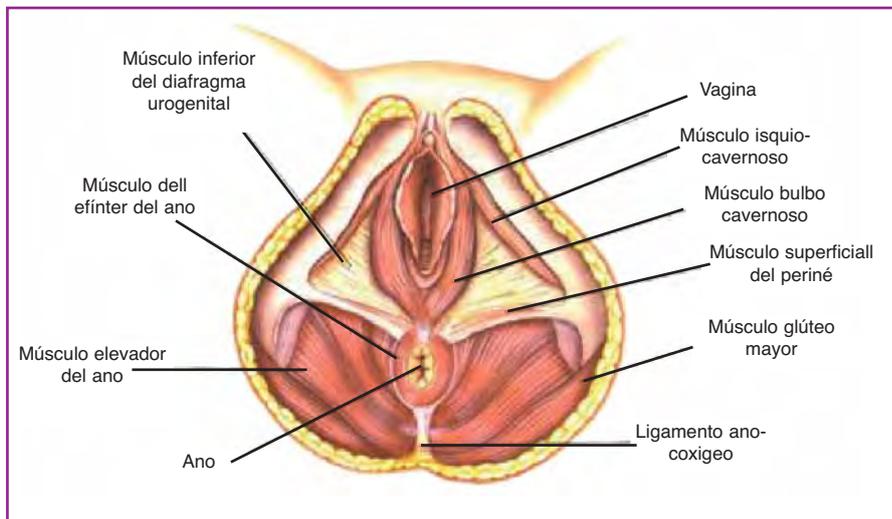
EL SUELO PÉLVICO

El suelo pélvico es un sistema de músculos y ligamentos que cierran el suelo del abdomen manteniendo en posición correcta y en suspensión la vejiga, el útero y el recto en contra de la fuerza de la gravedad. La existencia de alteraciones en estos músculos (debilidad, lesión por cirugía o partos) puede condicionar problemas en el funcionamiento de cualquiera de éstos órganos.

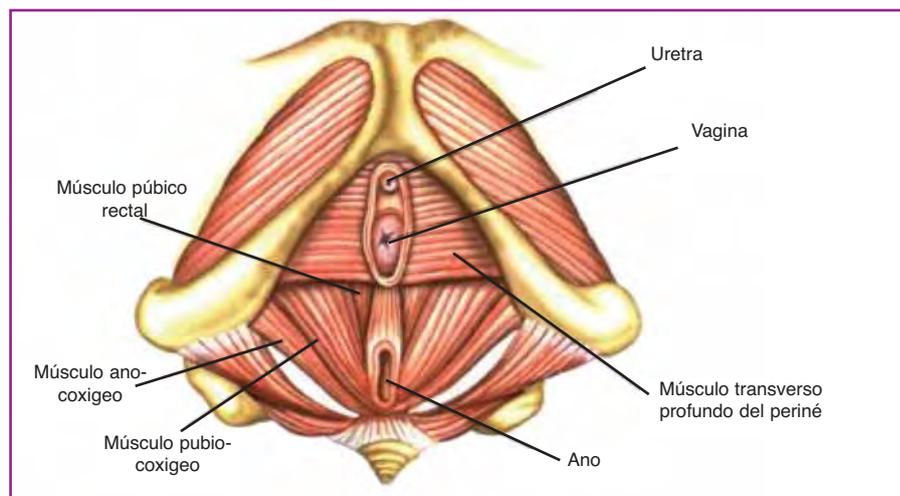
Los elementos que componen son:

- Cuatro huesos: los dos ilíacos, el sacro y el coxis.
- Cuatro articulaciones: 2 sacroilíacas, la sacrocoxígea y la sínfisis pubiana con respectivos ligamentos.
- Ligamentos: El útero-sacro que se origina en el útero y se inserta en S1-S2-S3, el que va del pubis a la parte anterior de la vejiga y el ligamento ano-coxígeo
- Musculatura distribuida en tres planos:

PLANO SUPERFICIAL formado los músculos:



Plano superficial



Plano medio y Profundo

Bulbo-cavernoso: Con origen en la parte inferior de la sínfisis púbica e inserción en el núcleo fibroso central. Tiene la función de mantener la erección del clítoris.

Isquiocavernoso: Con origen en el isquion e inserción en el ligamento suspensorio del clítoris. Su función es mantener la erección en el hombre.

Transverso superficial: Con origen en el rafe tendinoso del periné e inserción en las tuberosidades isquiáticas.

Esfínter estriado del Ano: Por fuera del canal anal.

PLANO MEDIO:

Esfínter estriado de la uretra: Tiene la función de cierre activo y pasivo.

Transverso Profundo: Con origen en el pubis y rama isquio-pubiana e inserción en el centro tendinoso. Su función es sujetar el núcleo fibroso con los isquios.

PLANO PROFUNDO a su vez dividido en:

Parte Anterior: compuesta por:

El pubovaginal con origen en el 1/3 inferior de la vagina y la atraviesa e inserción en el núcleo central fibroso.

El puborectal con origen en el pubis e inserción en el canal rectal.

A través del suelo pélvico pasan los conductos de salida al exterior de estos tres órganos: la uretra, la vagina y el recto.

El músculo PC (Pubocóxigeo) es el principal músculo del suelo de la pelvis y junto con los haces ileocóxigeo y puborectales forman el músculo elevador del ano. Tiene una conexión nerviosa que alcanza el nervio pélvico, una ramificación que conecta el útero y la vejiga en la mujer. (En el caso del hombre, conecta la vejiga y la próstata con la parte inferior de la columna vertebral.) Si el músculo PC es fuerte, se convierte entonces en el mayor transmisor de energía. En el hombre la contracción de este músculo estimula la próstata y en la mujer el útero.

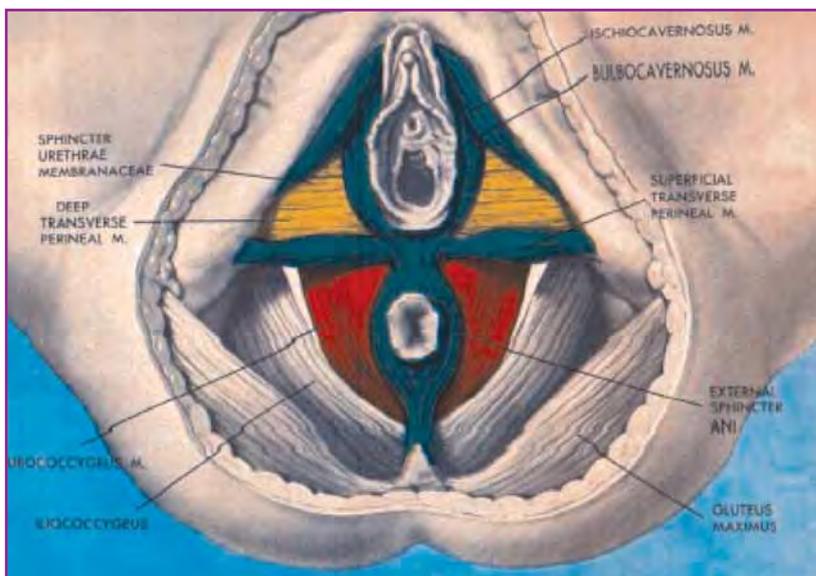
El debilitamiento del suelo pélvico provoca uno o varios de los siguientes trastornos: incontinencia urinaria de esfuerzo, prolapsos (caída de los órganos intraabdominales) y disfunciones sexuales.

La figura muestra los tres diafragmas bajos del suelo pélvico. Los músculos más superficiales se muestran en verde, los del diafragma urogenital en amarillo y el pubocóxigeo en rojo.

CAUSAS QUE ORIGINEN DEBILITAMIENTO

A lo largo de la vida pueden aparecer algunas causas que pueden ocasionar el debilitamiento de estas estructuras, entre las que podemos ver:

- El embarazo.- en este periodo de crecimiento desmesurado del útero, los músculos perineales hacen un gran esfuerzo para mantener estos órganos en su posición correcta, corriendo el riesgo de sufrir un cierto debilitamiento, que de no poner en práctica los ejercicios que más ade-



La figura muestra los tres diafragmas bajos del suelo pélvico. Los músculos más superficiales se muestran en verde, los del diafragma urogenital en amarillo y el pubocóxigeo en rojo.

lante veremos,, contemplaremos, la posibilidad, de una pérdida en la fuerza del sostén muscular.

- El parto.- Al pasar, el feto, por el canal blando del parto, se produce una elongación de las estructuras, existiendo la posibilidad de que no recuperen, después, su tono muscular anterior.
- El postparto. En este periodo no se deben practicar ejercicios que secundariamente puedan repercutir en los músculos perineales. Por ejemplo no debemos practicar abdominales, (haced ahora la prueba, apretad el vientre y fijaros como se abren la vagina y el recto). Tampoco deben practicarse ejercicios con saltos, ni cargar pesos.
- La menopausia.- en este periodo de la vida, de una mujer, se producen cambios hormonales que pueden influir en la elasticidad muscular y ocasionar, también, hipotonía y atrofia (encogimiento) de estos músculos.
- Herencia.- nos encontramos aquí con la predisposición familiar, que en algunos casos es muy acusada y tenemos que 2 de cada 10 mujeres, sufren este inconveniente por causa familiar.
- Otras causas.- como son el estreñimiento, la tos crónica la obesidad y como no el stress.

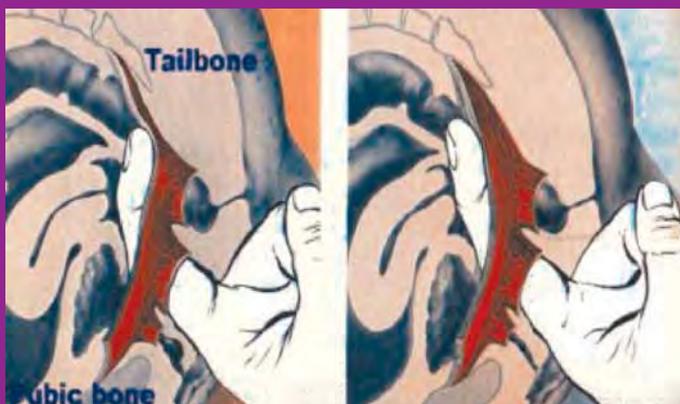
La incontinencia tras el parto afecta alrededor del 30% de las mujeres, y las hemorroides a un 50% de las embarazadas.

Además de las consecuencias físicas, la incontinencia también origina problemas psicológicos y sociales. Quienes sufren la incontinencia deben hacer frente a los prejuicios y la desinformación existentes en el entorno de las afectadas. "Entre estas consecuencias, tenemos la pérdida de autoestima y la limitación de la actividad física, sexual y laboral cuando no reciben tratamiento". Las afectadas, además, también pueden presentar trastornos emocionales relacionados con la enfermedad, como ataques de pánico, estrés y depresión.

"Las consecuencias de las disfunciones del suelo pélvico alteran de forma importante la calidad de vida de la paciente y, en cierta medida, la aíslan al repercutir negativamente en su ritmo de vida cotidiano

EJERCICIOS PÉLVICOS

Los ejercicios para la recuperación del músculo del suelo pélvico también se llaman *los ejercicios de Kegel* desde que el Dr. Arnold Kegel, en 1948 los desarrolló para fortalecer el músculo Pubocóxigeo, principal músculo del suelo. Hasta entonces, las mujeres, o bien soportaban como podían la incontinencia urinaria (imposibilidad de rete-



Identificación del músculo PC



ner la orina al reír, toser, estornudar o saltar), o bien debían pasar por el quirófano, lo cual tampoco era siempre una garantía de solución.

Los ejercicios de Kegel fortalecen los músculos del suelo pélvico para mejorar la función del esfínter uretral y rectal. El éxito de los ejercicios de Kegel depende de la técnica apropiada y del cumplimiento estricto de un programa regular de ejercicios.

Algunas personas tienen dificultad para identificar y aislar los músculos del suelo pélvico. Es importante dedicar tiempo para aprender a apretar o contraer los músculos correctos. La mayoría de las personas contraen los músculos del abdomen o la cadera y no trabajan los músculos pélvicos. Estas contracciones incorrectas pueden empeorar el tono muscular del suelo pélvico y la incontinencia.

Varias técnicas pueden ayudar a encontrar los músculos correctos. Un método consiste en sentarse en el water, comenzar a orinar y tratar de parar el flujo de orina en la mitad de la micción contrayendo los músculos del suelo pélvico. Esta acción se repite varias veces hasta que la persona reconoce la sensación de contraer el grupo correcto de músculos. No se deben contraer los músculos del abdomen, caderas o nalgas mientras se realiza este ejercicio.

Otro método para ayudar a identificar el grupo correcto de músculos consiste en insertar un dedo en la vagina (en las mujeres) o recto (en los hombres) y tratar de apretar los músculos alrededor del dedo como si se estuviera reteniendo la orina. Los músculos abdomi-

nales y de cadera deben permanecer relajados.

Estos ejercicios son:

- Son beneficiosos para el bienestar de la mujer y del hombre.
- Su realización es fácil.
- Se pueden hacer en cualquier lugar y de manera discreta.

El fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico ayuda a:

- Eliminar o evitar la incontinencia agravada por el peso del bebé sobre la vejiga durante el embarazo.
- Facilitar el parto al producirse menos desgarros (y posiblemente evitar una episiotomía) con menor dolor tras el parto.
- Incrementar la circulación sanguínea en la zona rectal, ayudándote a curar más rápidamente un desgarro o episiotomía y reducir la posibilidad de hemorroides
- Evitar el prolapso (salida de sitio) del útero, vejiga y otros órganos de la zona, después de tener al bebé.
- Volver a tus actividades normales después del parto sin temor a la incontinencia cuando rías, tosas, estornudes o saltes.
- Incrementar el placer sexual. Los ejercicios de Kegel son esenciales para tonificar los músculos vaginales y volver a una vida sexual normal tras el parto.

Como lo hacemos:

1. Te tumbas cómodamente de espaldas con los pies planos en el suelo y las rodillas dobladas.

2. Mantén toda la espalda en el suelo, sin que quede ningún hueco en la zona lumbar.
3. Intenta imaginar cómo tiras de los músculos hacia arriba. Hazlo lentamente, concentrándote hasta que no puedas más. Aguanta, respirando tranquilamente, deja ir muy despacio y relájate.
4. Repítelo unas 15 veces.

Tipos de ejercicios Kegel:

- ✓ Lento
- ✓ Rápido
- ✓ El ascensor
- ✓ La onda

EL LENTO:

- Aprieta los músculos como hiciste cuando intentas detener la orina, tirándolos hacia arriba.
- Contráelos y mantenlos así mientras cuentas hasta 5 respirando suavemente. Luego, relájalos durante 5 segundos más, y repite la serie 10 veces.
- Intenta aumentar progresivamente el tiempo de contracción y relajación.
- Empieza por 5 segundos en cada caso hasta llegar a los 20.
- Cuanto más tiempo consigas aguantar la contracción de los músculos, más fuertes se harán.

RÁPIDO:

Aprieta y relaja los músculos tan rápidamente como puedas hasta que te

canses o transcurran unos 2 ó 3 minutos (lo que suceda primero).

Empieza con 10 repeticiones cuatro veces al día hasta alcanzar las 50 repeticiones diarias.

EL ASCENSOR

- Concéntrate y obtendrás buenos resultados.
- Tu vagina es un tubo muscular con secciones en forma de anillo dispuestas una sobre otra. Imagínate que cada sección es una planta diferente de un edificio, y que subes y bajas un ascensor tensionando cada sección.
- Empieza subiendo el ascensor suavemente hasta la primera planta, aguántalo durante un segundo, y sube hasta la segunda planta.
- Sigue subiendo tantas plantas como puedas (normalmente no más de cinco).
- Para bajar, aguanta también un segundo en cada planta.
- Cuando llegues abajo, intenta ir al sótano, empujando los músculos



Después de la práctica de los Kegel.

pélvicos hacia abajo durante unos segundos (tal y como si estuvieras de parto).

- Finalmente, intenta relajar por completo la musculatura durante unos segundos.
- Sobre todo, no te olvides de **respirar pausadamente** y de no realizar el ejercicio con ayuda de los músculos abdominales.

LA ONDA

Algunos músculos del suelo pélvico están dispuestos en forma de un ocho,

pero con tres anillos, son los Esfínteres vesical, vaginal y anal.

Un anillo se sitúa alrededor de la uretra, otro alrededor de la vagina, y el último alrededor del ano.

Para hacer el ejercicio:

- Contrae éstos músculos de delante a atrás y relájalos de atrás a delante.
- Repítelos tantas veces como puedas al día.
- El objetivo es conseguir realizarlos sin que se noten. Cuando empieces a realizarlos, pueden parecerse incómodos y raros, pero pronto verás que podrás llevarlos a cabo sin que los demás se den cuenta

RECUERDA

- Puedes practicar estos ejercicios también sentada.
- La perseverancia en la práctica es la clave del éxito.
- Aprieta los músculos de la pelvis antes de estornudar, levantar un objeto o brincar. Esto puede evitar el daño a los músculos del suelo de la pelvis.
- Los ejercicios diarios pueden fortalecer los músculos de la pelvis.

BIBLIOGRAFÍA

H. Cammu, Van Nylender M., J.J. Amy 10 year follow - up after Kegel pelvic floor muscle exercises for genuine stress incontinence.

Bourcier. A. Tratamiento Funcional la rehabilitación del suelo pélvico. En Incontinencia Urinaria Femenina J.J. Garriga. pág. 293 Ed. WL Gore y as. SARL. 1994.

Kegel Stress incontinence of urine in women: physiologic treatment: J Int Coll Surg 1956; 25: 487- 499.

www.wikipedia.org/wiki/ejercicios_de_kegel

www.nlm.nih.gov/medlinesplus/spanish/ency/article/003975.htm

www.crianzanatural.com/art/art32.htm

www.mayoclinic.com/health/kegel.exercises/WO00119

www.fisioterapia.net/articulos/lell209

CONGRESO DE CUIDADOS AUXILIARES

Ocho profesionales del Hospital de Riotinto, han participado en el reciente Congreso Nacional de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, organizado por el Hospital Virgen del Rocío y celebrado en Sevilla entre los días 23 y 25 del pasado mes de octubre. En este congreso, que ha tenido como lema "Captar para Cuidar", este grupo de enfermeras y auxiliares de Enfermería presentaron un total de cinco comunicaciones, que abarcaban temáticas de gran interés y actualidad como han sido: La atención a personas cuidadoras de pacientes grandes discapacitados en el área de consultas externas, encuadrado en el área de calidad y atención al cuidador. El apoyo en la comprensión de los pacientes del tratamiento prescrito, ubicado en el área de Seguridad, materia prioritaria de actuación. La presentación y utilización de un registro de actividades y tareas realizadas por las auxiliares en consultas externas, otra materia de gran interés y que pretende evidenciar el trabajo no reconocido que se presta en las consultas externas. Otros dos trabajos están dedicados enmarcados en el área de calidad de los cuidados en unidades de hospitalización, un primer trabajo, sobre la participación de la auxiliar dentro del proceso de aprendizaje del manejo de la ostomía tras su realización, teniendo como base la guía de actuación compartida sobre ostomías. Un segundo trabajo destinado al manejo de las situaciones de ansiedad que se pueden dar en nuestros servicios. La participación de este colectivo supone un gran salto cualitativo ya que supone la extensión de la asistencia a eventos científicos a este gran colectivo que tanto valor añadido aporta a los cuidados.



Consecuencias a la sentencia de la Audiencia Nacional

COSTAS ORDENA EL CIERRE DE LAS BALSAS DE FOSFOYESOS

La Dirección General de Costas ha remitido un escrito a la empresa Fertiberia en el que se ordena el cierre de las balsas de fosfoyesos donde se acumulan residuos utilizados en la fabricación de fertilizantes y que, como informamos, son catalogados como altamente contaminantes tanto por las organizaciones ecologistas como, y sobre todo, por rigurosos estudios realizados por expertos científicos en esta materia. Costas ha emplazado a la citada empresa a que plantee, en un plazo inferior a un mes, un plan de desmantelamiento una vez conocida una sentencia de la Audiencia Nacional del pasado mes de julio, por la que se daba por caducada la autorización administrativa sobre estos vertidos de fosfoyesos, un subproducto de ácido fosfórico situados a unos cientos de metros de la población y que originan una alta toxicidad. Esta sentencia ha sido recurrida ante el Tribunal Supremo.

DÉCADA

Las polémicas balsas de fosfoyesos, con las que convive la población onubense, siguen arrojando noticias como no podía ser de otra forma dados los análisis detectados en cuanto a su carácter nocivo para la salud humana. Las balsas de estos restos se acumulan en una superficie estimada en 1.200 hectáreas. La importancia de este asunto socio-sanitario obligó a que el presidente de la Junta de Andalucía, se tuviera que pronunciar y, en el transcurso de una visita a Huelva, sostuvo que el plazo fijado en torno a diez años para el cierre "es excesivo".

INSOSTENIBLE

Manuel Chaves puntualizó que la instalación fabril debe cesar su actividad, en un plazo aun no consensuado, "porque es insostenible desde un punto de vista medioambiental". Por su parte, responsables de la fábrica solicitaron un plazo de 10 años para proceder a la clausura de las instalaciones. A este respecto, Chaves entendió que "el plazo de 10 años lo considero excesivo. Ese será uno de los puntos que tendremos que negociar".

Entre ellos, el de Huelva

LA JUNTA AUTORIZA CONCIERTOS CON HOSPITALES DEL GRUPO PASCUAL

La Junta de Andalucía, por medio de su Consejo de Gobierno, ha autorizado a la Consejería de Salud para que suscriba nuevos conciertos con vigencia para los próximos cuatro años con la empresa sanitaria privada Grupo José Manuel Pascual S.A., al objeto de que siga prestando asistencia sanitaria en los diferentes centros hospitalarios que el citado grupo, con origen gaditano, tiene en funcionamiento en varias provincias andaluzas, la de Huelva entre ellas. El nuevo concierto, globalmente entendido, arroja un montante económico de 393 millones de euros hasta y permitirá, entre otras facetas, llevar a la práctica unas 137.000 intervenciones quirúrgicas.

En el Consejo de Gobierno de la Junta celebrado a finales del pasado mes de septiembre, la Consejería de Salud recibió autorización para suscribir un nuevo concierto de colaboración con el grupo de empresas José Manuel Pascual S.A., que, como se sabe, tiene abiertos hasta seis hospitales repartidos por las provincias de Cádiz, Sevilla y Huelva. Este acuerdo económico está llamado a sustituir al vigente, que se firmó en 2003, y tendrá de horizonte los próximos cuatro años, es decir, hasta final de 2011. Este grupo privado ofrece asistencia a los ciudadanos de Villamartín, Sanlúcar de Barrameda y El Puerto de Santa María (todos en la provincia de Cádiz, amén de la propia capital) además de los de Sevilla y Huelva.

Los nuevos pactos alcanzados entre administración y la entidad Pascual S.A., supondrán un importe de 393 millones de euros que harán posible dar respuesta a la demanda sanitaria de los ciudadanos de las citadas ciudades y poblaciones. La previsión oficial estima que, hasta 2011, se llevarán a cabo, en toda la red concertada con Pascual, unos parámetros que se sitúan en torno, aproximadamente, de 90.000 ingresos, 137.000 intervenciones quirúrgicas, 668.000 consultas externas, 570.000 urgencias, 452.000 sesiones para rehabilitación y 123.000 estudios diagnósticos.

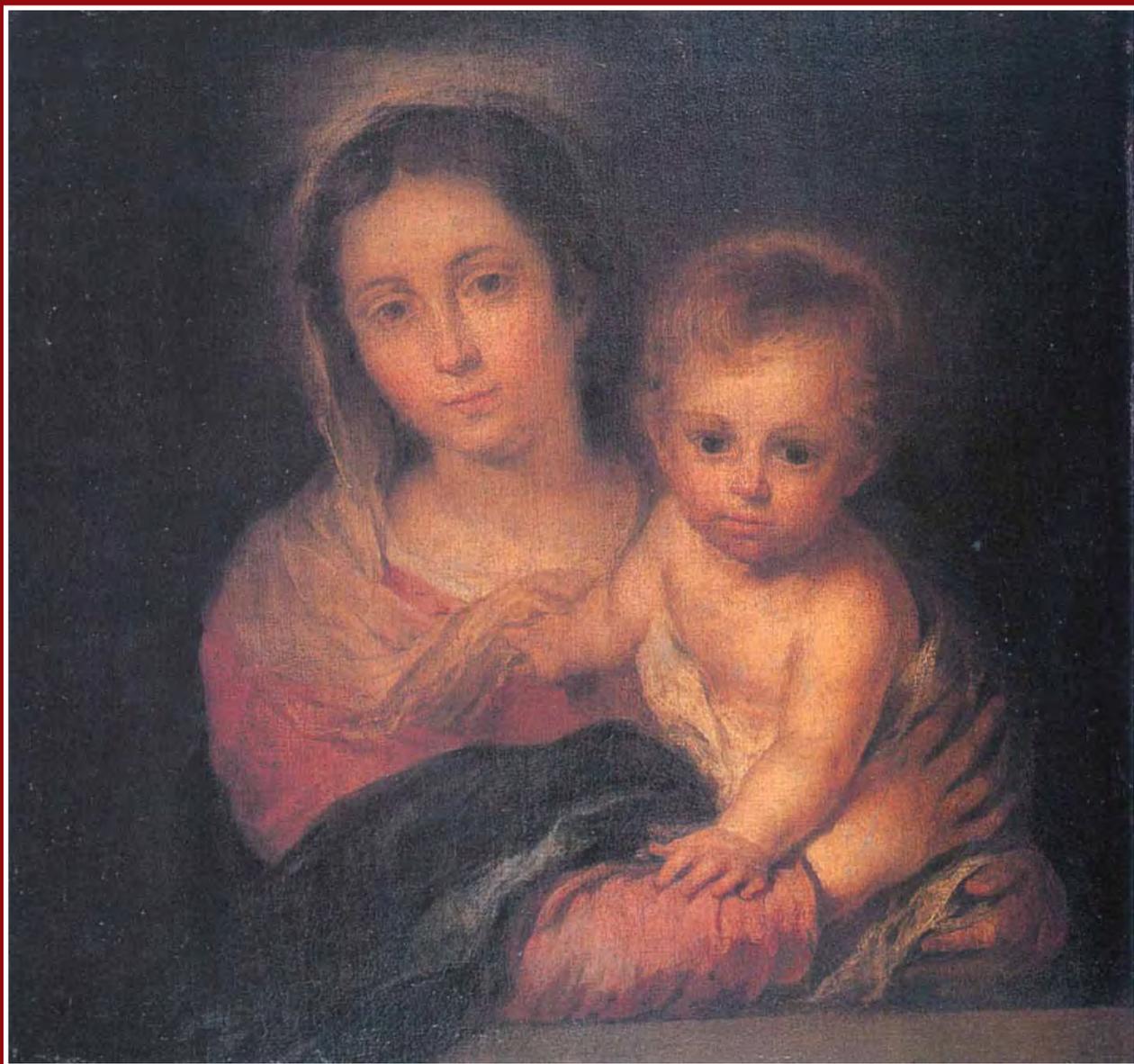
La Ley de Salud de Andalucía contempla que entre la Junta y las empresas del sector privado (con escasa implantación en la región, por otra parte) se puedan suscribir conciertos de colaboración cara a la prestación de "una asistencia complementaria" a la que ofrecen los centros de la red pública del SAS. En lo que a la empresas José Manuel Pascual se refiere, este marco de concierto de colaboración con la Consejería de Salud se comenzó a realizar a mediados de la década de los años ochenta.

MEJORAS PARA LOS CENTROS DE ARACENA, CALAÑAS Y CORTEGANA

La Consejería de Salud ha anunciado que habrá inversión económica para mejorar las instalaciones de tres localidades onubenses en concreto pertenecientes al Distrito sanitario de Huelva-Andévalo Central: Aracena, Cortegana y Calañas. En el conjunto de las obras previstas se emplearán 1,9 millones de euros para que, como razona salud, "los usuarios y los profesionales tengan a su disposición unas instalaciones sanitarias mucho más amplias, modernas y funcionales", en palabras del delegado provincial de la consejería José Ramón Pozuelo.

MUNICIPIOS

En Cortegana, donde la inversión será la más importante con un millón de euros, se instalará un nuevo ascensor así como obras de ampliación para las consultas de personal médico y de enfermería. La cartera de servicios que presta a los habitantes del municipio también se potenciará con un área de radiología. En cuanto a Aracena, con una partida de 600.000 euros, se adecuaron las dependencias y climatización a las necesidades que demanda la atención sanitaria. Y, finalmente, por lo que respecta al centro de Salud de Calañas, las aportaciones estructurales irán concretadas en reparar las cubiertas del edificio y en las áreas de atención al público así como en una nueva instalación para el aire acondicionado. El coste se estima en unos 300.000 euros. Por otra parte, la consejería de Salud también anunció que, para el año 2008, se prevé realizar obras de mejora en infraestructuras de los consultorios de Aroche y Cortegana.



Bartolomé Murillo. *Virgen con el Niño*

*El Colegio de Huelva, con sus mejores
deseos de Paz y Felicidad para la profesión
Navidad 2007*

Banca por internet @

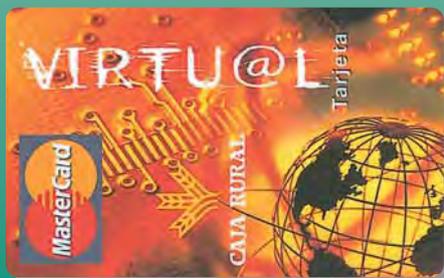
Entre en su oficina bancaria o vaya de compras sin pasar por el atasco



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

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

Comprar por Internet ha dejado de dar miedo



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

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

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



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