

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERIA
DE HUELVA



enfermería

AÑO XI

nº 32 Octubre 2008



La crisis, también sanitaria



Sancho Panza:
escudero
y
cuidador...

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 Mª Lorenzo Martín

Fotografía:

Archivo del Ilustre Colegio de
Enfermería de Huelva

Redacción: Sede Colegial

Imprime: Tecnographic, S.L.

Depósito Legal: H-1996-43

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

Tirada: 2.500 ejemplares

Distribución gratuita



Domicilio de la sede colegial

C/ Berdigón, nº 33, pral. izq.

21003 Huelva

Telf. 959 54 09 04

Correo electrónico:

Línea Móvil 639/11 17 10

Página www: ocnf.org/huelva/

Coleg21@enfermundi.com

Fax: 959 25 62 70

Horario de Oficina:

De lunes a viernes.

De 9 a 21,00 h.

Horario de la Asesoría Jurídica

Martes y jueves de 17,30 a 19 horas

Entrevista con el presidente:

Concertar cita

Sumario

- 3** Editorial
- 4** Póliza del Colegio
- 5** Cobertura
- 6/7** Título grado Enfermería
- 8** El Obispo a favor de la donación de órganos
- 10/13** Normas casos clínicos
- 14/18** Plan de cuidados de Enfermería. Anorexia
- 19** Reconocimiento trienios
- 20** Hospital Infanta Elena
- 21/23** Sancho Panza
- 24** Crisis con recortes
- 25** Campaña gripal
- 26/27** Cursos expertos
- 28** XV Certamen de Investigación en Enfermería Ciudad de Huelva



08



09



20



21



26

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.

DE CRISIS, DIÁLOGO Y DOCENCIA COLEGIAL

EL **retorno** a la, llamemos, normalidad una vez transcurrido el verano ha servido para dejar confirmación de que aquello que se negó desde la Junta de Andalucía, del presidente Manuel Chaves al último de sus colaboradores, la existencia de una crisis económica, no solo era cierto sino que, además, ha venido a aterrizar en el conjunto del Sistema Sanitario Público que aquí conocemos como SAS. Ya no valen ningún tipo de paños calientes sino admitir la pura y cruda realidad: las políticas de ajustes se han confirmado en la Consejería que lidera María Jesús Montero con el consiguiente reflejo en toda la pirámide sanitaria, ciudadanos, servicios y profesionales incluidos.

Y como no podría ser de otra forma, quienes van a apechugar con la peor parte son aquellos trabajadores que, sin plaza fija o estable, verán amenazadas las renovaciones de sus contratos conforme a los dictados desde la administración regional. Pero, con ser este dato importante, lo verdaderamente trascendente es la repercusión que este ajuste en las plantillas pueda tener en la calidad de la prestación que el ciudadano espera y demanda en las mejores condiciones. Desde la cúpula sanitaria –sea consejería o SAS– se insiste una y otra vez en que no habrá ninguna disminución del nivel asistencial pero esta postura debe ser entendida con el mismo relativismo como cuando, desde esas mismas instancias, se negaba, por activas y por pasiva, que existiera una hipotética crisis económica en el seno del SAS. Pero la recesión es un hecho que, por si faltara un dato, acaban de corroborar nada menos que los Presupuestos Generales del Estado en los que destaca, a decir de los economistas, que la partida asignada a Sanidad es una de las que van a experimentar un menor crecimiento total.

Visto lo cual, desde este Colegio Oficial de Enfermería de Huelva apostamos para que, desde una óptica dialógante, el trimestre que resta del calendario de 2008 pueda contemplarse con el compromiso de que va a producirse un esfuerzo global. Esto es: que permita sacar a flote las partidas de cada centro sanitario provincial sin que el apartado de las plantillas de sus trabajadores –Enfermería en primer lugar– no se resienta en exceso porque eso será garantía de lograr un doble objetivo: que la calidad en las prestaciones no se vea alterada y que Enfermería no sea uno de los colectivos que sufra en propias carnes los efectos de este ajuste económico.

En este sentido, hay que saludar la llegada a la Delegación Provincial de Salud de María José Rico. Su designación llega en un momento harto delicado porque se ha topado con un panorama de recortes como, muy posiblemente, la propia abogada asturiana no esperaba. De ahí que el presidente del Colegio de Enfermería de Huelva, junto al resto de integrantes de la Unión Profesional, dejara constancia, –tal y como informamos en páginas interiores– de nuestro compromiso para ayudar y colaborar en todo aquello que la nueva Delegada estime de utilidad para que el Sistema siga avanzando, pese a todos los inconvenientes que puedan aparecer en el discurrir de los próximos y difíciles meses. Los Colegios profesionales de la provincia, como representantes institucionales de los diferentes colectivos, han tendido su mano para que en la nueva etapa que M^a José Rico acaba de abrir en la sanidad onubense se pueda ir trazando con guiones lo mas rectos y positivos que sean posibles, con el único objetivo del bien general.

Y queremos finalizar este comentario editorial haciendo una especial significación sobre la oferta docente que esta institución presenta a sus colegiados. Como se refleja en páginas interiores, la Enfermería onubense va a poder elegir la mejor y mas cómoda forma de reciclaje y formación sea en cursos de corta, como en otros de mas larga duración en el tiempo. Somos plenamente conscientes de que, en pleno siglo XXI, debemos entender la formación continua como una exigencia ineludible no solo para la Enfermería sino para cualquier tipo de actividad titulada. Por suerte, esta profesión hace ya tiempo que ha asumido este reto y el Colegio de la provincia no hace sino acompañar semejante inquietud con un panel de docencia que satisfaga a la mayoría de las enfermeras y enfermeros que viven y ejercen en esta provincia de Huelva.

Nuevo SEGURO ^{de} RESPONSABILIDAD Civil

TU COLEGIO
TE PROTEGE
CON 3.000.000 €

(500 MILLONES DE PESETAS)

¡No te olvides!
tu **seguridad**, ante todo



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA
HUELVA



LA NUEVA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL

La seguridad y protección del profesional colegiado es motivo de constante preocupación por parte de la Organización Colegial de Enfermería de España. En una época de crecimiento de los siniestros, el Consejo General de la profesión y la compañía aseguradora Mapfre acaban de suscribir una nueva Póliza de Responsabilidad Civil (PRC) que cubre las incidencias que se derivan del ejercicio diario para todos y cada uno de los 240.000 enfermeras y enfermeros que ejercen en España. Con lo cual, esta Póliza equivale a propiciar un marco de seguridad cara al trabajo cotidiano.

Contra las agresiones

El Consejo General de Enfermería y la prestigiosa compañía de seguros Mapfre han puesto en marcha una Póliza de RC que, sobre la base de la anteriormente en vigor, mejora sus principales prestaciones: es decir que manteniendo su precio mejora las coberturas en casos de producirse siniestros e inhabilitación profesional. La voz de diferentes Colegios provinciales, entre ellos el de Huelva, se hizo oír para que en la citada Póliza de RC se contemple la cobertura relativa a la defensa jurídica frente a las continuas agresiones de que son objeto el personal de Enfermería en sus puestos de trabajo. También se incluyen coberturas para quienes ejercen distintas modalidades profesionales. A saber:

- En la actividad docente
- En la práctica de las terapias naturales o alternativas
- En los procedimientos para instalar los "piercings"
- En otros actos divulgativos de la profesión que corran a cargo de personal acreditado

Indemnización

El máximo de indemnización por siniestro alcanza, con la nueva Póliza de RC la cifra de 3 millones de euros (500 millones de las antiguas pesetas). Esta póliza tiene la duración de un año, que será renovable de no mediar un preaviso. Preve la cobertura en caso de inhabilitación profesional con una indemnización máxima de 1.350 euros/mes durante un máximo de 15 meses. También se contempla, como decimos, la asistencia legal frente a las agresiones así como formular la "contra-demanda" ante las acusaciones desestimadas por resolución judicial firme que acredite la existencia de mala fe o temeridad por parte de la persona demandante.

En la nueva Póliza se entiende por Responsabilidad Civil indemnizable la derivada de las acciones, y omisiones, profesionales en las que haya mediado culpa o negligencia, en que pueda incurrir el asegurado en relación a su actividad profesional. Cuando se produzca un hecho causante, cubierto en los riesgos previstos en la nueva Póliza de RC, existe un formulario de comunicación (o siniestro de Responsabilidad Civil o Penal), el cual deberá ser cumplimentado, en cada caso, por la colegiada(o) afectado para su envío, por parte del Colegio provincial de pertenencia, al Consejo General de Enfermería con sede en Madrid. En consecuencia, el procedimiento de actuación no varía, por lo que cualquier comunicación, incidencia o consulta que se plantee sobre la tramitación de este tipo de procedimientos, deberá ser cursada siempre y en todo caso directamente a la dirección de los Servicios jurídicos del Consejo General de Enfermería, conforme a las normas establecidas que, en todo caso, habrán de ser escrupulosamente observadas

para tener derecho al cobro de la suma económica a que hubiera lugar. Véase el procedimiento a seguir:

Cómo actuar ante un siniestro

Una vez producido un siniestro, la colegiada (o colegiado afectados) deberán comunicar inmediatamente al Colegio de Enfermería la reclamación de que haya sido objeto, bien sea de índole judicial (demanda, querrela o denuncia) o extra-judicial. El Colegio le facilitará el formulario de comunicación que deberá cumplimentar para informar sobre todos los detalles relativos al Siniestro de Responsabilidad Civil o Penal, el cual deberá ser remitido al Consejo General. Si un colegiado de esta provincia, por la razón que fuere, no pudiese contactar con esta corporación, debería comunicarse con la Asesoría jurídica del Consejo General (c/ Fuente del Rey, 22. 28023 - Madrid, Tfno 91/334 55 20 o por fax 91/334 55 03). De inmediato, un letrado le indicará la forma de actuación y la cobertura del seguro. Es importante observar este procedimiento porque, de no actuar como se indica, el Consejo General no asumirá ninguna responsabilidad y el perjudicado será solo y exclusivamente el colegiado. Independientemente de las actuaciones antes señaladas, el colegiado no deberá declarar nunca sin Abogado, así como deberá abstenerse de firmar ningún documento.

De acuerdo a lo que establece la Póliza de RC, para que sea efectiva la cobertura prevista, será imprescindible acreditar que el profesional afectado se encuentra colegiado en su correspondiente Colegio Provincial y al corriente del abono de sus cuotas colegales.

EL TÍTULO DE GRADO DE ENFERMERÍA ARRANCA EN EL CURSO 2008-2009

Huelva.– Redacción

- Cuatro años de duración y la perspectiva de cumplimentar los niveles de Master (1/2 cursos) y doctorado (con tesis incluida)
- Cada seis años, los títulos se someterán a evaluación para verificar la idoneidad de su enseñanza.

Cuando en el BOE de 19 de julio 2008 se publicó la Orden del Ministerio de Educación y Ciencia por la que se determinan los "Requisitos de los planes de estudio conducentes a la obtención de los títulos de Grado de Enfermería", bien puede decirse que, en ese preciso momento, el tan esperado futuro para la carrera de Enfermería tomaba un punto de inflexión –y de partida– con el horizonte puesto en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) o Plan Bolonia de 1992. En el BOE quedó fijado que el actual nivel de la diplomatura pasará a convertirse en un Grado con cuatro años de duración y 240 créditos académicos como ejes fundamentales sobre los que se vertebrará la futura estructura de la carrera amén de que dejará abierto un horizonte cargado de esperanzas para que el Grado de

Enfermería de paso a realizar los cursos de Master y Doctorado como cualquier otra especialidad universitaria.

Hablar de lo que significa la hora presente no es sino remarcar lo que, en palabras del presidente del Consejo General de Enfermería, Máximo González Jurado, supone: "Sencillamente, es encontrarnos ante un hito de verdad histórico para la profesión y para la sanidad española. Se trata de una clara y firme apuesta por la excelencia de los cuidados de Enfermería que se traducirá en importantes beneficios para la sociedad, en general, y para los pacientes, en concreto". Esta valoración puede complementarse con la que ha expresado el responsable del Colegio provincial de Enfermería de Huelva, Gonzalo García Domínguez, quien ha precisado que "llegar a este punto en el que nos encontramos, con todas las puertas abiertas para la Enfermería española, no es sino la consecuencia a un trabajo, firme y sostenido, en el que la Organización Colegial de Enfermería ha venido desarrollando desde hace muchos años".

Especialidades

Porque, no se olvide, tras el Grado los titulados podrán redondear su conformación con cualquiera de las siete especialidades que, actualmente, se encuentran en proceso de desarrollo". Por eso, como apunta Gonzalo García, "la realidad es esta y no otra: la en-

fermera o enfermero pasará a convertirse en un profesional titulado con un periodo de tiempo en cuanto a formación de seis o siete años, según la especialización que se decida seguir. Es una auténtica renovación de la estructura docente que redundará, nadie lo duda, en una mejor formación de los profesionales y un decidido impulso en el conjunto de la Enfermería dentro del Sistema Sanitario Español".

Quedan, pues, atrás los tiempos en los que la Organización Colegial tuvo que emprender diferentes acciones desde los Colegios provinciales llegando hasta interponer denuncias ante el mismísimo Tribunal de la Unión Europea para que los distintos ataques (en forma de horas de formación) contra los intereses del colectivo que amenazaban con reducirla a la formación profesional no prosperasen. Ahora, con el BOE del pasado 19 de julio en la mano, el contexto en el que se va a mover el Grado de Enfermería está en el desarrollo del Plan de Bolonia. Cierto es que en Andalucía no se va a incorporar a este camino sino a partir del próximo mes de septiembre 2009 pensando que el nuevo sistema ha de estar definitivamente implantado en todas las universidades en el año 2010.

Cambio

Pese a ello, existen distintos campus españoles en los que el EEES constituye ya una realidad por la voluntad de sus rectores al pro-

mover este importante cambio. La Universidad Carlos III de Getafe (Madrid) es, posiblemente, la vanguardia de este no sencillo proceso que tiene un largo recorrido burocrático: cada Universidad debe elaborar sus títulos y planes de estudio de forma coordinada con la Comunidad autónoma a la que pertenezca. Luego, será la Agencia nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (Anelca), dependiente del ministerio de Ciencia e Innovación, la que otorgue el visto bueno a la propuesta. Pero, en su filosofía, nadie oculta que el EEES supone un profundo cambio de mentalidad para las universidades en España. Es decir: el *modus operandi* que va a implantarse pasará de su rigidez actual a un cambio de cultura docente donde deberán desaparecer las lecciones magistrales a favor del trabajo en equipo. Dicho de otro modo: habrá unos títulos productivos de un nuevo criterio más participativo y donde el profesorado ha de concienciarse de que su cercanía al alumno ha de ser mucho más intensa que hasta ahora y, por lo tanto, más productiva para los nuevos enfoques e intereses del estudiante.

Ramas

Los títulos se han organizado en cinco ramas del conocimiento:

- Artes y Humanidades
- Ciencias de la Salud
- Ciencias Sociales y Jurídicas
- Ingeniería y Arquitectura

En cada una de ellas se establecerán los títulos de:

- Grado: con 240 créditos o cuatro años de duración.
- Master: que dejará de ser un estudio propio de cada Universidad y se convertirá en un título oficial de entre 60/120 créditos con 1/2 dos años académicos.

- Doctor: máximo nivel académico, que se obtendrá tras realizar una tesis doctoral.

Inicio: 09

Una vez que las Universidades elaboren sus planes de estudio para cada disciplina, estos deberán ser verificados por el Consejo de Universidades. La Anelca, cada seis años, tendrá la responsabilidad de que los títulos se someterán a evaluaciones y para el curso 2010-2011 ya no se podrán ofertar plazas de nuevo ingreso en primer curso para las actuales titulaciones (diplomaturas y licenciaturas) que se extinguirán, definitivamente, en septiembre de 2015. La perspectiva oficial es que el primer curso de los nuevos títulos de Grado se haga efectivo dentro de un año, en el curso 2009-2010, según ha confirmado el vicerrector de Ordenación Académica, Juan José Iglesias, quien ha subrayado que "el crédito europeo es como una moneda común. Habrá muchas más prácticas externas".

El número de horas por crédito europeo será de 25 de las cuales un mínimo de 7 y un máximo de 10 en el Grado (y entre 4 y 10 en el Master) serán horas lectivas de "docencia presencial". Entendiendo por tal el "contacto del profesorado con los grupos de estudiantes y excluyendo expresamente las horas de tutorías". Asunto importante es el acuerdo alcanzado entre el Consejo Andaluz de Universidades y la Junta de Andalucía por el que "una misma titulación de Grado tendrá, al menos, el 75% de sus enseñanzas comunes en todas las universidades públicas de esta región". Inmediatamente, cada Universidad desarrollará las materias o asignaturas que forman parte de cada uno de los módulos.

PROBLEMA, LA FINANCIACIÓN

Conviene tener presente que no todo son parabienes en torno al Proceso de Bolonia que en un año arrancará en Andalucía con la mayoría de titulaciones, Enfermería entre ellas. La crisis económica que, pese a las negativas oficiales, acabó instalándose en España, es una más que ambigua amenaza para que el EEES se desarrolle en toda su complejidad.

Sucede que ni con las matrículas de los alumnos, ni con los contratos que se firmen con otras instituciones, ni con las subvenciones oficiales, la adaptación a Bolonia dispondrá de los fondos necesarios para su desarrollo. Se teme, en ambientes rectorales, que no haya suficiente dinero para financiar todas las acciones encaminadas a adaptarse al EEES. Distintos Rectores españoles ya han dado la voz de alarma en demanda de más financiación por parte de las respectivas autoridades autonómicas.

En Andalucía, el presidente de la Junta, Manuel Chaves, ha prometido que la política de ajuste económico que se practica en los distintos niveles de la Administración no tendrá consecuencias para la Universidad. Pero desde diferentes equipos rectorales se ha reclamado del Gobierno Central que debería elevar del 1,2 al 1,5% el porcentaje del Producto Interior Bruto (PIB) que se destina a las enseñanzas universitarias. Manuel Chaves, a este respecto, ha prometido no reducir ni un euro en la partida prevista para las universidades andaluzas para 2009.

El Obispo de Huelva a favor de las donaciones de órganos

"Con la donación, una muerte se puede transformar en vida"

Huelva.- Redacción

El Obispo de la diócesis de Huelva, Monseñor José Vilaplana, se ha mostrado partidario y defensor de las donaciones y trasplantes de órganos en el transcurso de una reunión de trabajo mantenida junto a personas que, en el transcurso de los últimos años, han recibido distintos órganos que les permitieron encontrar una oportunidad de vivir. A la misma asistió el Coordinador de Trasplantes del SAS en las provincias de Huelva y Sevilla, José Pérez Bernal, quien agradeció y resaltó "la defensa de Monseñor Vilaplana en torno a los trasplantes, la solidaridad y la esperanza de vida".

El Obispo de Huelva, José Vilaplana, no dudó en mostrarse como un "defensor" de todo lo referente a las donaciones y trasplantes de órganos así como de la lucha por la vida en los enfermos terminales, cuya única esperanza, dijo, "reside en la solidaridad humana". Con la donación de los órganos, una muerte se puede transformar en vida para muchos enfermos, como se constata con la experiencia diaria". El prelado se interesó por los enfermos que, en Huelva, están en lista de espera para ser objeto de un trasplante.

El Prelado onubense sostuvo una reunión de trabajo con personas que, en su momento, necesitaron y fueron objeto de operaciones de trasplantes de diversos órganos (corazón, hígado, riñón y pulmón) así como con familiares de los donantes de órganos que cumplieron con la decisión del fallecido en un gesto supremo de solidaridad y esperanza. El coordinador sectorial de trasplantes de las provincias de Huelva y Sevilla, José Pérez Bernal (Hospital Virgen del Rocío) resumió, muy satisfecho, el resultado de este encuentro porque, subrayó, "el Obispo Vilaplana se ha mostrado como un abierto defensor de las donaciones de órganos que posibilitan unos trasplantes que juegan un papel decisivo en la lucha por la vida de muchos enfermos ter-



El Obispo Vilaplana junto a trasplantados onubenses

minales cuya única esperanza de vida radica en la solidaridad humana. El Obispo hizo hincapié en que "con la donación de órganos una muerte se puede transformar en vida para muchas personas, muchos enfermos en situaciones extremas".

Receptivas

Monseñor Vilaplana afirmó, igualmente, que "Huelva y su provincia son muy receptivas a los temas solidarios y que, con el apoyo de todos los cristianos, se podrá avanzar e incrementar, aun más, la sensibilización social hacia las necesarias donaciones de órganos". Y para dar ejemplo, el Obispo de la diócesis onubense se fotografió con antiguos pacientes mostrando, orgulloso, la "Tarjeta de Donante" que le hizo entrega el responsable del SAS, Dr. Pérez Bernal. Curiosamente, esta noticia, de enorme significación, llegaba pocos días después de que Huelva y las donaciones de órga-

nos fueran noticia de alcance nacional al saberse que, en los últimos días de julio, tres donaciones multiorgánicas habidas en el hospital Juan Ramón Jiménez hicieron posible que nada menos que 17 personas recibieran un trasplante. En total, y según daba cuenta el SAS, "se implantaron seis riñones, tres hígados, un páncreas, un pulmón además de las córneas a otros seis pacientes que las necesitaban para recuperar la visión".

Fuentes del Juan Ramón Jiménez detallaron que, en estas operaciones, trabajaron cerca de un centenar de profesionales, médicos y de enfermería principalmente, tanto del propio centro onubense como de equipos llegados desde Sevilla, Córdoba y Málaga. Todos realizaron "un esfuerzo importante" máxime al coincidir "dos donaciones en menos de 20 horas" para poder respetar los tiempos que "hacen finalmente viable los trasplantes".

AUMENTAN LAS DONACIONES

El infatigable trabajo de los profesionales sanitarios (enfermería a la cabeza) encargados de los equipos responsables en cada provincia se ha visto compensado con la "cosecha" de donaciones en Andalucía, que siguen al alza y lo reflejan las estadísticas: De enero a julio del presente año se contabilizaron 168, o lo que es igual un 13% más que en el ejercicio de 2007. Ese número de donaciones altruistas permitió realizar 369 trasplantes, según datos facilitados por el coordinador del programa andaluz de donación de trasplantes de órganos Manuel Alonso Gil, quien agradeció la "generosidad" de la sociedad andaluza que ha permitido crecer en un 11 por ciento el número de operaciones respecto al mismo periodo evaluado del año precedente.

Tras su reciente nombramiento

La Delegada de Salud recibe al Colegio de Enfermería



La delegada de Salud, M^a José Rico, recibió al Presidente de la Enfermería provincial

Huelva.- Redacción

La nueva delegada de Salud en Huelva, María José Rico Cabrera, ha mantenido un primer encuentro con el presidente del Colegio Oficial de Enfermería de esta provincia, Gonzalo García Domínguez, quien le trasladó la mejor de las bienvenidas a su nueva tarea así como deseos de éxito en su gestión en nombre de la profesión a la que institucionalmente representa. Gonzalo García prometió a la responsable sanitaria provincial la "máxima colaboración para que, entre todos, podamos comenzar a trabajar con el único y obligado propósito de mejorar tanto las líneas generales del Sistema como de los principales pro-

blemas que afectan al colectivo de Enfermería". M^a José Rico es una abogada asturiana que, hasta este momento, desempeñaba labores como letrada en la Autoridad Portuaria de Huelva.

Unión Profesional

Desde hace poco tiempo, la Consejería de Salud de la Junta tiene a una nueva responsable. La titular del área, María Jesús Montero, decidió la llegada de María José Rico al frente de la Delegación provincial y, con este relevo, "se ha producido de hecho, -en palabras del presidente del Colegio de Enfermería- "la apertura de una nueva etapa, un nuevo ciclo en el que

todos estamos llamados a participar con la mejor de las voluntades para ir superando los muchos problemas que nos afectan". En el transcurso de un encuentro mantenido entre la nueva Delegada y la Unión Profesional de Colegios de Huelva, entidad donde la Enfermería ocupa la vicepresidencia, María José Rico transmitió a los responsables de las organizaciones colegiales su agradecimiento por este primer encuentro que ha de servir como antesala de posteriores contactos para que el diálogo presida el desarrollo del panorama sanitario onubense.

Problemática

A su conclusión, el presidente del Colegio de Enfermería provincial, Gonzalo García, saludó esta primera toma de posición como "antesala de lo que todos queremos: que la sanidad onubense sea fruto del consenso porque, de esta forma, los muchos problemas que nos afectan e implican necesitan de las mayores dosis de colaboración y compromiso. Yo espero y confío en que, a partir de ahora, la Delegada tenga en cuenta, claro está, los intereses generales de la población cuanto los de la Enfermería a la que el Colegio va a seguir prestando su atención y respaldo. M^a José Rico es consciente de que nos rodean numerosos y graves problemas, desde la dimensión de las plantillas asistenciales, al clima de violencia que padece el profesional con reiterados episodios que es preciso condenar y un largo etcétera que, con el paso del tiempo, ya estarán sobre la mesa de la primera responsable sanitaria en nuestra provincia. La Enfermería quiere ser escuchada en un panorama económico y social nada sencillo y vaya por delante mi confianza de que seamos un interlocutor válido para ir afrontando y resolviendo la problemática que nadie puede obviar".

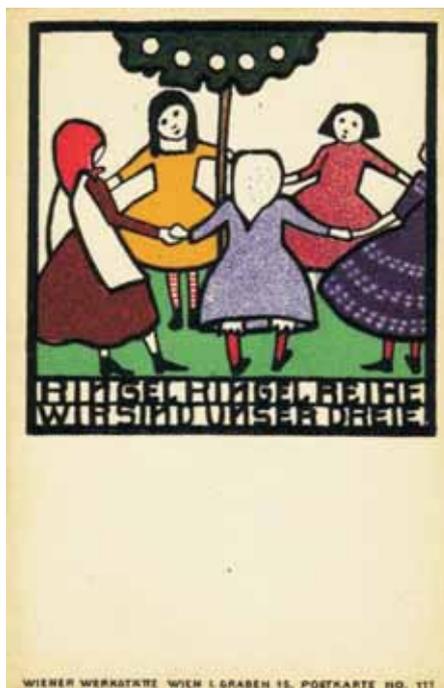
Normas y Criterios para la Elaboración, Redacción y Presentación de **Casos Clínicos en una Sesión Clínica de Cuidados**

Introducción

La presentación de "casos clínicos" como una variante de la tradicional técnica cualitativa del "estudio de casos" aplicada a las ciencias socio-sanitarias, no constituye una práctica habitual en enfermería a pesar de los múltiples beneficios que puede reportar, sobre todo cuando son llevados a la colectividad por medio de la Sesión Clínica de Cuidados (SCC). Existen estudios que ponen de manifiesto cómo aquellos modelos de trabajo que incluyen en sus programas de formación el método de la sesión clínica produce una mayor satisfacción profesional en las enfermeras respecto al trabajo tradicional (24), constituye un elemento de mejora en el trabajo y en la comunicación (17), incrementa la calidad asistencial y la eficiencia sanitaria (2,3), propicia el trabajo en equipo(19), contribuye a la resolución de problemas asistenciales, metodológicos, de gestión, investigación (11), etc. . . Aspectos todos que facilitan la comprensión sobre por qué se está constituyendo en un objeto de preocupación institucional muy vinculado a los planes de calidad. No obstante, resulta paradójico que, a pesar de que en los últimos años asistimos a un creciente interés por parte de las revistas especializadas a nivel nacional de publicaciones del típico "clinical case" o "clinical report", no es menos cierto la dificultad que representa la búsqueda bibliográfica relacionada con los criterios de calidad del proceso de construcción del caso clínico. Ni que decir tiene lo acotado del resultado hallado cuando de adscribir la búsqueda al dominio de la "sesión clínica" se trata (9). En la mayoría de los casos, los principios para su elaboración, quedan al mejor criterio del interesado y de la posterior revisión del comité asesor al de redacción de las revistas científicas. Se podría afirmar que, en líneas generales, los casos presenta-

Autor:

Manuel Jesús SALAS IGLESIAS
Doctorando de la Universidad de Alicante:
D.E.A. en Enfermería.
Diplomado y Titulado Superior en Enfermería. Licenciado en Antropología Social y Cultural.



dos adolecen en su construcción de ciertos criterios básicos de cientificidad. No es difícil comprender, por tanto, que si en el proyecto de construcción de un edificio fallan los cimientos es muy probable que los resultados esperados se diluyan en una constante declaración de intenciones a las que aspirar pero que quedan muy lejos de materializarse como realidad.

En cualquier caso y como quiera que fuere es probable que éste constituya uno de los múltiples factores que contribuyan a la tradicional escasez de publicaciones de éste tipo más allá de condicionantes filosóficos, socioculturales e históricos de sobra conocidos.

Este artículo es una recopilación de consenso y revisión crítica de las diferentes y escasas publicaciones existentes al respecto, incluyendo la literatura gris, referida básicamente a los conocimientos impartidos en seminarios, sesiones, cursos y jornadas donde, de manera explícita o secundaria, se ha tenido la oportunidad de abordar el tema de la SCC. Es a la vez un documento justificado por necesidades profesionales donde se proponen un conjunto de normas y criterios para construir, redactar y presentar un caso clínico, sin que por ello se le presuponga rango de exclusividad. No son los únicos criterios existentes. Además, su elaboración parte de que tampoco incluye todos los criterios posibles, por lo que no debe verse con voluntad excluyente. Sí pretende recoger el esfuerzo, estudio y conocimiento que propios y ajenos vienen manifestando al respecto.

El Estudio de Casos

El estudio de casos es una técnica de investigación cualitativa de gran arraigo en ciencias sociales pero con notoria tradición de uso en ciertas disciplinas socio-sanitarias bajo la forma típica del "caso clínico". Véase por ejemplo la medicina y sus especialidades, así como la psicología

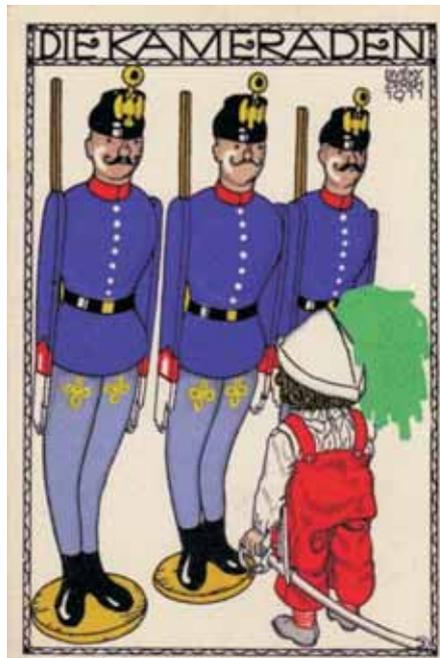
gía. Lo que se pretende con la construcción de un caso clínico es conocer mejor la realidad que nos rodea pero incorporando la comprensión subjetiva. Es un ejemplo de pluralismo metodológico donde el agua y el aceite, lo cualitativo y cuantitativo, se dan la mano. El desconocimiento en ocasiones y la escasa preocupación por parte de los autores, en otras, por ciertos criterios de calidad como son la representatividad, validez, generalización estadística *versus* analítica, fiabilidad, etc..., han contribuido a que sea considerada como un tipo de investigación secundaria en el mejor de los casos, e incluso desprovista de tal estatus. Nada más lejos de la realidad e inexacto.

Existen muchos tipos de estudios de casos: algunos de tipo exploratorio, pero otros analíticos; algunos que permiten acercarnos al objeto de estudio a través de su descripción, pero otros que son utilizados como herramienta para la comprobación y construcción de teorías. En cualquier caso, en la ciencia del Cuidado, la mayor preocupación en la actualidad, así como el principal objeto de interés lo vienen a constituir una tipología conocida como estudios de casos "de objeto" o "caso clínico", directamente relacionados con el paciente y centrados en un aspecto concreto del ámbito asistencial. No obstante algunos autores ya se han percatado del enorme potencial de esta técnica para la comprobación de teorías a través de estudios de casos "analíticos ejemplares o ilustrativos", sobre todo en el ámbito de la metodología enfermera (16).

Normas y criterios de calidad

Las cuestiones relativas a la calidad del caso que se vaya a construir, son cuestiones que todo autor debe abordar tarde o temprano si pretende un veredicto final positivo por parte de la comunidad científica o, dicho de otra manera, para que resulte "fructífero" para sí y para los "colegas".

Por todo lo cual, antes de empezar el caso, se deben tomar en consideración y reflexionar sobre algunas recomendaciones que resultan fundamentales para aplicar con éxito dicha técnica cualitativa y que se resumen a continuación:



1. Justificación del caso: Los casos hay que construirlos. Construir un caso es justificar su elección. De la justificación del caso depende el éxito o el fracaso de la investigación. Viene dada por su relevancia y naturaleza, esto es, por la contestación a las preguntas sobre ¿por qué este caso es importante para la enfermería? y ¿cuáles son sus límites?. Esto significa que a la hora de elegir un caso se debe priorizar aquel que sea de excepcional interés, bien por su escasa frecuencia, naturaleza única o rareza, bien por su evolución no habitual, por la excepcionalidad de su impacto en la sociedad, por la trascendencia de la teoría previa que se quiera comprobar o por su aportación al conocimiento de la práctica enfermera en cualquiera de sus vertientes. Por todo lo cual puede ser útil completar y empezar por una frase similar a "Este es un estudio de...", contestando en la misma el uso que se le pretende dar. De hecho, un buen documento debe contener una respuesta clara a las tres preguntas siguientes: ¿por qué se ha elegido un estudio de caso?, ¿de qué es éste caso? y ¿por qué se escoge éste caso y no otros? Debe, además, quedar sintetizada su esencia en el título.
2. Mapa de teorías: Se debe especificar el mapa de teorías previas o de conocimientos del que se parte o en los que se fundamenta la investigación. Como hemos advertido, un "caso clínico" es una investigación que pretende conocer mejor la realidad asistencial que nos rodea, pero a nadie escapa que resulta imposible conocer toda la realidad circundante. Es necesario acotar la información que vamos a recoger y analizar, fijando un objetivo preciso y un resultado claro. Por ejemplo, pensemos que queremos construir un caso donde queden latentes las ventajas de aplicar las evidencias que manifiesta una Guía de Práctica Clínica (G.P.C.) en los cuidados de un paciente con incontinencia urinaria funcional. Otro ejemplo sería la construcción de un caso cuyas conclusiones constituyesen un apoyo a la teoría sobre las potencialidades que presentan los indicadores NOC en la valoración de un paciente como criterio de confirmación diagnóstica. Un tercer ejemplo podría ser la descripción de un caso típico de salud mental y la utilización del marco teórico de Hildegarde Peplau como elemento filosófico de orientación profesional. En los tres casos resulta evidente que el contexto teórico de partida resulta diferente, a la vez que el camino que se va a recorrer en cada caso va a ser distinto. Es una cuestión de claridad, de saber cuales son los aspectos sobre los que estamos interesados, qué materiales vamos a recoger y cómo, de si conocemos o no los asuntos que se quieren investigar.
3. Utilización consciente de elementos que contribuyen a disipar la variabilidad profesional: Se deben utilizar términos estándares para que sea comprensible por la comunidad profesional. Para ello es necesario traer a colación los SELEs (Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero: NANDA, NOC, NIC).
4. Escritura económica: Un caso requiere concisión en vez de extensión. "La claridad es la cortesía del filósofo" que diría Ortega y Gasset. Es conveniente una descripción cuidadosa, concisa y clara. Debe abarcar un total aproximado de 1500 palabras, antecedido de un resumen de 150-200 palabras con 5 palabras clave, preferiblemente contrastadas en el Decs español y/o Mesh de Pubmed.

5. Para contribuir a una mejor exposición y comprensión del caso, la elaboración del mismo debe contemplar los siguientes apartados:

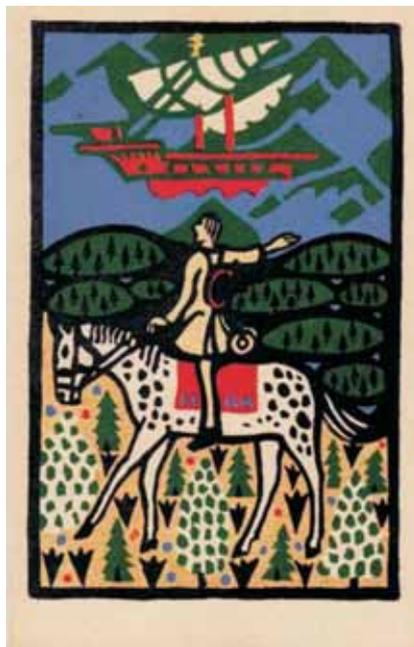
- Título del caso,
- Introducción, motivo y/o justificación,
- Breve historial del problema, que debe incluir datos de pruebas diagnósticas realizadas y diagnóstico médico,
- Valoración integral por necesidades básicas de salud de Virginia Henderson o patrones funcionales de Marjory Gordon.
- Juicio diagnóstico según taxonomía NANDA, incluyendo los problemas de autonomía y de colaboración en cada caso,
- Planificación de cuidados estableciendo los resultados esperados y las intervenciones que se llevarán a cabo para conseguirlos (NOC y NIC),
- Evaluación de los resultados, Seguimiento y Discusión con implicaciones para la práctica clínica.

6. Criterios de calidad en la Valoración:

- Se utiliza un sistema de valoración coherente con el modelo de cuidados elegido.
- Se valora a la persona de forma integral, teniendo en cuenta todas sus dimensiones, esto es, biológica, psicológica y sociocultural.
- Se diferencian claramente los datos normales de los anormales, las conductas adecuadas e inadecuadas, reflejando otros datos que puedan ser de interés.
- Se complementa la valoración con instrumentos de medida de la salud, como variables clinimétricas proporcionadas por cuestionarios, test e índices.

7. Criterios de calidad en el Juicio Diagnóstico:

- Se utiliza la taxonomía NANDA para la denominación de los problemas.
- El diagnóstico está basado en el juicio clínico sobre respuestas humanas.
- La relación causal es correcta y explica y contiene los datos recogidos en la valoración.
- El diagnóstico sigue el formato PES (Problema, Etiología, Signos y Síntomas).
- Sensibilidad. Es un criterio de validez diagnóstica. Es la capacidad de estar expresando correctamente el proble-



ma identificado. Para ello el juicio debe recoger en toda su extensión las pistas diagnósticas que proporcionan los datos explicitados en la valoración y las manifestaciones y/o factores relacionados deben ser compatibles con el diagnóstico.

- Especificidad. Es también un criterio de validez. Persigue que realmente el diagnóstico esté expresando un problema de enfermería. Para ello el juicio no debe comprender factores o manifestaciones que sean incompatibles con respuestas humanas a problemas de salud o procesos vitales.
- En el juicio diagnóstico se valorará el razonamiento en base a diagnóstico diferencial, explicitación de imágenes hipotético-deductivas y utilización de indicadores NOC para los factores etiológicos y evidencias.
- Se han revisado Guías de Práctica Clínica (GPC).

8. Criterios de calidad en el Juicio Terapéutico:

- Los criterios de resultado representan adecuadamente los factores relacionados y manifestaciones del diagnóstico.
- La priorización de objetivos es coherente con la situación clínica y los recursos disponibles.
- Se usa Taxonomía NIC para establecer intervenciones.
- Las Intervenciones están vinculadas a los criterios de resultado.
- En caso de disponibilidad, las intervenciones se basan en fuentes de evidencia.

f) En caso de conflicto ético, se realiza análisis de principios.

g) En el juicio terapéutico se valorará la traída a colación de la mejor evidencia disponible para las intervenciones sanitarias, especificando GPC, revisiones sistemáticas, meta-análisis, etc. . .

9. La calidad del caso puede estar por encima de ciertas exigencias de corte cuantitativo. Sin embargo, ante la necesidad de precisar una puntuación de corte que justifique la aceptación o modificación del mismo, algunos autores (14) proponen un sistema de calificación numérica según la situación de los criterios anteriormente señalados. Estos criterios se valorarán con:

- (-1) Si está ausente o es incorrecto,
- (0) Se cumple el criterio aunque no en toda su acepción,
- (1) Se cumple el criterio en todas sus dimensiones.

Notas y discusión

La redacción de las normas y recopilación de criterios se ha llevado a cabo teniendo en cuenta aquello a lo que el autor deberá afrontar desde una perspectiva profesional ampliamente dominada por las orientaciones filosóficas de Henderson. Somos conscientes pues de este "sesgo" de partida a pesar de haber pretendido una cierta asepsia teórica para evitar encorsetar la técnica del estudio de casos al ámbito filosófico. Quizás haya quedado más claro con algunos de los ejemplos expuestos. En cualquier caso reiteramos la intención de que el texto se constituya en elemento de reflexión y debate. Está abierto a las modificaciones que razonadamente y de forma argumentada se quieran hacer de manera particular para generar consenso en la comunidad. Por todo lo cual, desde estas líneas se lanza una invitación a todas aquellas personas cuya lectura del presente artículo les haya suscitado algún comentario, deseen realizar alguna aportación, corrección, idea, etc. . . A todos les agradecería lo remitiesen por e-mail a

majesalas@yahoo.es

Bibliografía

- (1) Alfaro-LeFevre, R. Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso. Springer-Verlag Ibérica. Barcelona. 1999.
- (2) Álvarez, S., Caballero, M.A., Gallego, P., Nieto, R., Latorre, C., Rodríguez, G. Sesiones basadas en escenarios clínicos: Una aplicación del aprendizaje basado en la resolución de problemas. Revista de Medicina Familiar y Comunitaria. 2001;11(2):83-91.
- (3) Álvarez, S., Martínez, C., Latorre, C., Bermejo, F., Gallego, P., Luaces, A. Sesiones MUESCLI (múltiples escenarios clínicos): Un paso en aprendizaje por resolución de problemas para equipos de atención primaria. Revista de Medicina Familiar y Comunitaria. 2002;12(6):387-397.
- (4) Bellido Vallejo, J.C. Sesiones clínicas de cuidados. Experiencia en positivo. Art. de opinión. Inquietudes 2007;36 (enero-junio):3.
- (5) Buela-Casal, G. y Sierra J.C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. Revista Internacional de Psicología Clínica y Salud. Vol 2(3): (525-532).
- (6) Coller, X. El estudio de casos. Cuadernos metodológicos del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Madrid. 2005:30.
- (7) Echevarría, C., del Pino, R., Sánchez, A., Ferrand, P., e Ibáñez, T. La Sesión Clínica Basada en la Evidencia. Temas valorados críticamente. *Rehabilitación (Madr)* 2004;38(4):199-203
- (8) Fernández, C. y Novel, G. (1993). El proceso de Atención de Enfermería: Estudio de Casos. Barcelona. Masson-Salvat Enfermería.
- (9) Fuentes, L. (2008) Cómo realizar sesiones clínicas de enfermería. Formación Continuada Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.
- (10) García, A.M., Perteguer, I., Sebastián, M.J., Gil, R., Marchal, M. Las sesiones de enfermería como recurso docente en la formación básica. *Metas de Enfermería*. 1998;7:38-41.
- (11) Guiráo-Goris, J.A. y Pino(del), R. La sesión clínica de cuidados. Finalidad y método. *Enfermería Clínica*. 5(vol 11):42-47.
- (12) Gutiérrez, J. Dinámica del grupo de discusión. Cuadernos metodológicos del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).Madrid. 2008; 41.
- (13) March, J.C.(1999). Técnicas Cualitativas para la investigación en Salud Pública y Gestión de Servicios de Salud: Algo más que otros tipos de técnicas. *Gaceta Sanitaria*. Vol. 13(4):(312-319).
- (14) Morales Asencio, J.M. (2002). Evaluación de casos clínicos. Citado en "Sesiones Clínicas de Enfermería". Programa Quid-Innova. Fundación INDEX-SAS. Sevilla-2008.
- (15) Morilla Herrera, J.C., Morales Asencio, J.M., Martín Santos, F.J., Cuevas Fernández-Gallego, M. El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras. *Metas de Enferm. dic.* 2005/ene. 2006; 8(10):58-62.
- (16) Morilla Herrera, J.C., Morales Asencio, J.M., Martín Santos, F.J., Cuevas Fernández-Gallego, M. El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras (2ª parte). *Metas de Enferm.* mar. 2006; 9(2):6-12.
- (17) Ordóñez, A. y Espinosa, E. La sesión clínica según la dinámica de grupo. *Med. Clin. (Barc)* 1996; 107:620-622.
- (18) Phaneuf, M. La planificación de los cuidados enfermeros. Un sistema integrado y personalizado. Mc Graw-Hill Interamericana. México. 1996.
- (19) Pulido, R. y Souto, C. Sesiones enfermeras: Una asignatura pendiente. *Metas de Enferm* 1999; 20:45-47.
- (20) Reed, C. Sesiones Clínicas sobre el cuidado del paciente. Tres rápidos pasos que mejoran el plan de cuidados. *Nursing* (Ed. Esp) 1987;5(9):36-37.
- (21) Revista "Enfermería Clínica" (2008). Redacción: Normas para la publicación de casos clínicos.
- (22) Revista "Index de Enfermería" (2008). Redacción: Normas para la publicación de casos clínicos.
- (23) Revista "Metas de Enfermería" (2008). Redacción: Normas para la publicación de casos clínicos.
- (24) Ventura Ribal M.R., et al. Sesiones clínicas conjuntas en UCI y satisfacción de los profesionales. *Enferm. Intensiva* 2002; 13(2):68-77
- (25) Wesorick, B. Estándares de calidad para cuidados de enfermería. Doyma. Barcelona. 1993.

II CONGRESO DE ENFERMERÍA ALGARVE-ANDALUCÍA

Los días 23, 24 y 25 de octubre /08 va a tener lugar en Faro (Portugal) el II Congreso de Enfermería Algarve-Andalucía en el que participan y colaboran un buen número de entidades sanitarias de ambos países, entre ellas este Colegio de Enfermería de Huelva. Un denso programa, en el que se contemplan diferentes aspectos profesionales, configuran esta apuesta profesional que servirá para acercar, no solo físicamente, a dos enfermerías tan próximas como las del Algarve y la andaluza. Aspectos como los cuidados seguros, la prevención de riesgos y errores clínicos; el derecho a nacer en seguridad, la contribución para los cuidados seguros, o las competencias de las enfermeras, constituyen los principales argumentos los que discurrirá esta cita cuya mas completa información puede encontrarse en el correo: fmatos@ualg.pt, en el teléfono 289 89 53 00 o fax 289 89 53 19.

I CONGRESO REGIONAL DE

ENFERMERAS DE ENLACE

La ciudad de Aracena será el escenario donde se celebrará, los días 27 y 28 de octubre, el I Congreso Regional de Enfermeras Gestoras de Casos. Bajo el lema "Oportunidad de hoy, fortaleza de mañana", se trata de un importante evento en el que se actualizará todo lo referido a la actuación de las Enfermeras de enlace, o gestoras de casos, de tanta actualidad en la sanidad pública regional. En el programa se han configurado cuatro áreas temáticas referidas a la Metodología, Seguridad, Dependencia y Cuidadoras. La potenciación de los cuidados domiciliarios es el punto de partida para debatir esta realidad social donde Enfermería tiene un papel indiscutible y trascendente. La información complementaria se puede localizar por estas vías: en la página www.congreso-aracenaegc.es o a través del fax 959 02 52 97.

Plan de Cuidados de Enfermería para tratar a un menor con

Anorexia Nerviosa

EN UNA
UNIDAD DE
AGUDOS DE
PSIQUIATRÍA

*M^a Dolores Barros Albarrán. DUE
Especialista de Salud Mental
(Huelva)*

*Antonio Ángel García Baret. DUE
Residente de Salud Mental
Hospital Universitario Virgen
Macarena (Sevilla)*



1. INTRODUCCIÓN

Los enfermeros que trabajan en una unidad de hospitalización de agudos, a menudo se encuentran con casos que son difíciles de llevar y que exigen una buena coordinación y comunicación entre los miembros integrantes del equipo que trata al paciente. Nuestro caso en concreto, supuso un reto para todos nosotros (AE, DUE, Psiquiatra...) y nos gustaría compartir con el resto de nuestros compañeros las decisiones que tomamos al respecto así como nuestra forma de proceder.

A principios de enero de este mismo año, llegó a la unidad de agudos un chico de 16 años con un cuadro compatible con el de Anorexia Nerviosa. Procedía de pediatría, donde se encontraba ingresado de forma ectópica, pero hubo de ser trasladado a psiquiatría puesto que no había mejoría y su evolución era tórpida. Nuestro paciente a su llegada, pesaba de 35,8 Kg para una talla de 1,58 m (IMC = 14,32). Así pues, dado su extenso bagaje en el campo de la manipulación y el deterioro y cese de su desarrollo físico, nos encontramos ante un caso difícil que requería que nos pusiésemos de acuerdo y nos coordinásemos para no dar mensajes contradictorios y por supuesto, para actuar ante un problema no sólo del paciente en cuestión,

sino de una familia cuyos roles no se cumplían de forma adecuada.

2. OBJETIVOS

Objetivar la importancia de la comunicación entre los miembros del equipo y la elaboración de un plan de cuidados cuyos objetivos sean los mismos para todos los profesionales que tratamos a un mismo paciente.

Mejorar la calidad de nuestros cuidados, teniendo en cuenta las dificultades y errores que hayamos podido tener a la hora de abordar este caso para los casos futuros.

Insistir en la necesidad de individualizar cuando trabajamos con planes de cuida-

dos estandarizados, puesto que cada persona es diferente así como diferentes son sus necesidades.

Evidenciar la importancia del papel de los integrantes del núcleo familiar, haciéndolos partícipes del proceso de atención de enfermería y trabajando también con ellos.

3. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE POR PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON

3.1. PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD

Nula conciencia de enfermedad.

Es un chico con buen rendimiento académico, conoce el nombre de su enfermedad, pero de alguna forma trata de "no aparentar saber". *"Se lo que tengo porque me lo han dicho los médicos y me gustaría ponerme bien, lo que pasa es que me pongo nervioso y no puedo"*.

3.2. NUTRICIÓN / METABOLISMO

Solo come bajo indicación y en una cantidad claramente insuficiente.

Necesita una persona al lado mientras come, persistiendo la actitud manipuladora propia de estos trastornos. Come trocitos muy pequeños, desmenuza y mezcla toda la comida del plato, trata de que se le caiga parte de ella... Resulta curioso cómo durante la comida, aborda a la persona que lo acompaña para asegurarse de que coma, le pregunta todo sobre su vida, lo que ha estudiado, si tiene hijos, cuánto tiempo lleva trabajando en la unidad... información que de alguna forma, posteriormente utiliza para "ganarse" al personal; también es habitual que se levante durante la comida varias veces con la excusa de querer mostrar al profesional parte de sus objetos personales.

Al principio, tardaba en comer aproximadamente 1 hora, tiempo durante el cual, prescindíamos de uno de los miembros

del equipo, el cual estaba con él durante todo el tiempo mientras comía.

La dieta que se pauta en principio es una dieta de protección gástrica, que posee menor cantidad de grasas, a fin de que comience a comer cosas normales y no afecte negativamente a su estómago (poco acostumbrado) y añadimos suplementos dietéticos (1 fortimel® en cada comida).

Su IMC a la llegada es de 14,32 (Talla: 1,58; Peso: 35,8 Kg).

Cuando llegó traía colocada una sonda nasogástrica y solamente comía nutrición enteral, de manera que el acto de comer lo realizaba solo y de una forma "extraña", teniendo en cuenta que la comida es un acto social, en donde la familia habla, se cuentan cosas del día a día... Procedemos desde el principio a la extracción de la sonda nasogástrica.

3.3 ELIMINACIÓN

No presenta alteraciones en la eliminación urinaria.

A nivel fecal, evacua 1 vez cada 1 ó 2 días.

Estamos ante un caso de anorexia restrictiva con algún componente purgativo. Dentro de la unidad no va a utilizar laxantes ni diuréticos evidentemente. Según nos consta en su historia, no aparecen vómitos durante su estancia en pediatría, aunque no lo podemos excluir, de manera que la puerta del baño permanecerá cerrada 2 horas después de la comida.

Sudoración profusa a primera hora de la mañana, cuando se reparte la medicación (8:20 a.m.). Generalmente lleva colocada mucha ropa y creemos que realiza ejercicio físico durante la noche, aunque él alega que *"pasa mucho calor en la habitación"*, no siendo normal en su caso, puesto que no posee grasa en su cuerpo, por lo que su termorregulación estaría alterada y lo lógico sería que pasase frío.

3.4. ACTIVIDAD – EJERCICIO

Dificultad para permanecer sentado, deambula constantemente sin poder permanecer ni sentado ni tumbado *"No puedo, me pongo muy nervioso"*.

Refiere que desde que empezó con el trastorno no puede realizar el ejercicio físico

que hacía anteriormente, puesto que se cansa.

Desde su llegada, comienza a utilizar el pasillo de la unidad como instalación deportiva, en el sentido de que no para de caminar por el pasillo, cuando se le restringen los paseos incesantes, aprovecha cualquier excusa para venir al control de enfermería, para mostrar un dibujo, para preguntar si han llamado por teléfono o quienes vienen a trabajar en el turno siguiente.

3.5. DESCANSO – SUEÑO

Refiere que por la noche tiene alguna dificultad para dormir por los ruidos, pero sospechamos que realiza ejercicio.

3.6. COGNICIÓN – PERCEPCIÓN

No presenta alteraciones de la conciencia.

No presenta alteraciones de la atención.

En cuanto a la percepción, lo típico de estos casos es la dismorfofobia, aunque el paciente no verbaliza que se ve gordo, justo al contrario, comenta que le gustaría ponerse bien, no obstante, sus conductas nos dicen que si se ve gordo (negativa a comer, realización de ejercicio físico a hurtadillas...).

No presenta alteraciones de la memoria.

No presenta alteraciones del lenguaje.

3.7. AUTOPERCEPCIÓN – AUTO-CONCEPTO

Existe un conflicto con su imagen y con el hecho de crecer que se alimenta por otro lado de la opinión que otros tienen sobre él, sobre todo la opinión de su madre.

Se trata de un chico muy dependiente de su madre.

Busca continuamente la aprobación de los demás y en ausencia de su progenitora, busca la aprobación en los profesionales, por ejemplo, si hace un dibujo, nos lo muestra, pero él lo valora negativamente mientras que nosotros generalmente lo que hacemos es decirle que está muy bien, que la técnica que ha utilizado es buena...

3.8. ROL – RELACIONES

Alta dependencia de su madre y alta dependencia de la madre con respecto al hijo.

jo. La madre quiere estar con él en todo momento y lo trata como a un bebé. Cuando establecemos normas relacionadas con las visitas, su madre trata por todos los medios buscar una causa que justifique el hecho de poder entrar para estar con su hijo (quiere darle la ropa limpia personalmente, aprovecha que los profesionales de seguridad no la conocen al principio para pasar a verlo...).

Padre periférico en el sentido de que se trata de un hombre que sufre de Esquizofrenia Paranoide y en algunos momentos ha presentado brotes que al parecer se relacionan con el abandono del régimen terapéutico. Parece ser que su padre no cumple las expectativas de nuestro paciente y tampoco las de la madre. Cuando viene a visitarlo, es un hombre aparentemente tímido y actualmente está compensado en lo que respecta a su enfermedad, de hecho, trabaja y la actitud que muestra ante la situación es de preocupación.

En palabras del paciente, su madre *"es muy lista y está muy pendiente de mí, ella es la presidenta de la asociación de padres de alumnos y hace muchas cosas, siempre me trata muy bien"*, sin embargo, de su padre dice que *"es diferente, está menos pendiente de mí porque tiene que trabajar y eso"*. No habla de su padre, salvo cuando se le pregunta, sin embargo, habla constantemente de su madre.

Según nos consta, por parte del psiquiatra infantil que lleva el caso, su madre es bastante manipuladora y su padre a penas toma partido en las decisiones de la familia, existe un claro conflicto entre ambos y el padre está *"prácticamente anulado"*. Existe la posibilidad de que nuestro paciente no acepte de alguna forma el rol de adulto que ve a su alrededor (madre que "lo lleva todo por delante, una esclava de la familia" y padre con enfermedad crónica muy desvalorizado) y que su enfermedad le lleve a la salida que busca, la de no crecer y ser como los adultos que tiene alrededor.

Corre por parte del psiquiatra infantil la terapia de pareja, de la que estaremos informados en la reunión que a diario los enfermeros mantenemos con el psiquiatra.

3.9. SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN

Hasta el momento no existen pruebas fehacientes de que manifieste un problema con respecto a su identidad sexual, aunque en estos casos y a estas edades no se puede descartar en este tipo de patologías.

Manifiesta un déficit de conocimientos relacionados con la sexualidad que nos comunica su psiquiatra infantil, siendo éste último el que aborda este problema.

3.10 ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS

Aparición de ansiedad tras la ingesta de la comida.

Conductas infantiles y regresivas con baja tolerancia a la frustración (lloriqueos por cosas mínimas, enfados muy infantiles y típicas pataletas cuando no logra lo que quiere).

3.11. VALORES Y CREENCIAS

No presenta alteraciones.

Se considera católico, medianamente practicante.

Muy ligado a la tradición de la semana santa, a las cofradías y hermandades.

4. UTILIZACIÓN DE LA TAXONOMÍA NANDA - NIC - NOC EN NUESTRO CASO Y ESTABLECIMIENTO DE NORMAS COMUNES PARA TODO EL EQUIPO

A continuación, se proponen los diagnósticos más importantes sobre los que tuvimos que actuar al principio, así como los objetivos y dirección de las intervenciones que se plantearon inicialmente para este paciente. No obstante, hemos hincapié en la necesidad de mo-

dificación de los objetivos e intervenciones, puesto que las necesidades del paciente fueron cambiando a lo largo de su estancia en la unidad de agudos. Así pues, manifestamos que el plan de cuidados ha de ser dinámico y modificado en función de las etapas por las que pase el proceso de enfermedad del paciente, lo cual requiere nuevas valoraciones del mismo, con la finalidad de cerrar diagnósticos cuyas necesidades hayan sido cubiertas y crear nuevos diagnósticos según vayan apareciendo nuevas necesidades, no obstante, se hace necesario priorizar y abordar al paciente en primera instancia desde lo que más urge, que en este caso es la recuperación orgánica.

En colaboración con su psiquiatra infantil, hemos elaborado un plan de cuidados de enfermería que lleva consigo intervenciones muy conductuales, siendo necesaria la elaboración de normas con las que todo el equipo que trabaja con el paciente está de acuerdo y las cuales nos comprometemos a cumplir manteniéndonos firmes, con la finalidad de no contradecirnos los unos a los otros (recordemos que tanto el paciente como su madre son bastante manipuladores) y de cumplir con los objetivos que nos hemos propuesto.

Diagnóstico de Dominio 2 (Nutrición) y Clase 1 (Ingestión) 00002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO r/c factores psicológicos (verse gordo, dificultad para adoptar un rol de adulto) m/p peso inferior al 20% del peso ideal, ingestas inferiores a las mínimas recomendadas, estado de desnutrición

OBJETIVOS PLANTEADOS (NOC)

1612 CONTROL DEL PESO

(ESCALA: 1. Nunca manifestado; 2. Raramente manifestado; 3. En

ocasiones manifestado; 4. Con frecuencia manifestado; 5. Constantemente manifestado).

161202 Mantiene una ingesta calórica diaria óptima.

161205 Utiliza los complementos nutricionales cuando es necesario.

161220 Demuestra progreso hacia el peso objetivo.

INTERVENCIONES PLANTEADAS (NIC)

1030 MANEJO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.

Elaborar con el psiquiatra el plan del tratamiento y las normas de conducta y hacer participe de todo el plan al paciente y a la familia.

Se negocia con el paciente la petición de una dieta de protección gástrica, ya que es equilibrada pero no excesivamente pesada, por contener pocas grasas. Deberá empezar a tomar un poco de cada alimento e ir aumentando la cantidad progresivamente. No se negociará cambio de ningún alimento por otro. Tendrá un suplemento alimenticio tras la comida el cual deberá tomar entero.

El tiempo implicado en la comida se irá reduciendo paulatinamente y la presencia de los profesionales de enfermería (AE, DUE, EIR) durante las mismas irá desde la presencia desde el principio hasta el fin de la comida hasta que el paciente sea capaz de comer solo y en un tiempo prudencial.

Se procederá al peso del paciente todos los días a primera hora de la mañana, desnudo, y sin informarle de su peso.

Las llaves del baño estarán en poder del personal de enfermería no pudiendo ir durante las 2 horas posteriores a la comida. Un profesional estará presente sin invadir la intimidad del usuario y estableciendo un tiempo durante las entradas al baño.

Si el paciente pierde peso, se le mantendrá todo el día en su habitación, sin visitas ni entretenimientos (libros, radio, teléfono, etc.).

Si mantiene el peso se mantendrá en su habitación, pero con sus distracciones.

Si gana entre 1 – 200gr. Podrá disfrutar de una hora de salida de la habitación por la mañana y de una hora de visita por la tarde.

Si gana entre 201 - 400 gr. El número de horas de salida y visita será de 2h.

Si gana más de 400gr. El número de horas de salida y visita será de 3h.

Cuando el estado físico del paciente lo permita, las horas de visita se convertirán en horas de salida a la calle con la familia.

Supervisaremos y vigilemos la realización de ejercicio físico como forma purgativa, recurriendo a la sujeción mecánica si es necesario, intentando siempre la contención verbal.

Diagnóstico de Dominio 6 (Autopercepción) y Clase 3 (Imagen Corporal) 00118 TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL r/c factores psicológicos que hacen que tenga una percepción errónea de su silueta m/p conductas poco apropiadas en relación a la ingesta (para su edad, peso y talla), ansiedad ante la presencia de alimentos y miedo evidente a engordar

OBJETIVOS PLANTEADOS (NOC)

1403 CONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORSIONADO

(ESCALA: 1. Nunca manifestado; 2. Raramente manifestado; 3. En ocasiones manifestado; 4. Con frecuencia manifestado; 5. Constantemente manifestado).

140312 Expone pensamiento basado en la realidad.

INTERVENCIONES PLANTEADAS (NIC)

5220 POTENCIACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

Determinaremos junto al paciente cuáles son las expectativas corporales esperadas para su estado de desarrollo (adolescencia) y las relacionaremos con su estado actual, a fin de que entienda que su desarrollo se está viendo mermando con el problema que tiene.

Informaremos de la realidad que se espera en cuanto a los cambios que se han de sufrir en esta etapa de desarrollo.

Ayudaremos al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.

Observaremos las frases autocríticas.

Identificaremos como son las estrategias de adaptación que utilizan los padres en respuesta al cambio de aspecto de su hijo.

Ayudaremos al paciente a que desarrolle una expectativa de la imagen corporal que sea más realista.

Diagnóstico de Dominio 1 (Promoción de la Salud) y Clase 2 (Manejo de la Salud). 00080 MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO FAMILIAR r/c complejidad del régimen terapéutico, conflicto familiar – parental, m/p actividades familiares inapropiadas para alcanzar los objetivos de un programa de tratamiento (continuar tratándolo como un niño)

OBJETIVOS PLANTEADOS (NOC).

2604 NORMALIZACIÓN DE LA FAMILIA.

(Escala: 1. Nunca manifestada; 2 Raramente manifestada; 3 En ocasiones manifestada; 4 Con frecuencia manifestada; 5 Manifestada constantemente).

260401 Reconocimiento de la existencia de alteraciones y sus posibilidades de alterar las rutinas de la familia.

260416 Se esfuerzan por realizar los roles que les corresponden en el núcleo familiar, sin anular los roles de los otros miembros.

260417 Aceptan el cambio o desarrollo del paciente y lo tratan como a tal, evitando tratamientos típicos de niños pequeños y potenciando la autonomía y la toma de decisiones.

INTERVENCIONES PLANTEADAS (NIC)

7200 FOMENTO DE LA NORMALIZACIÓN FAMILIAR

Estaremos en continuo contacto con el psiquiatra que aborda la terapia familiar para saber de los cambios que se están produciendo así como de la evolución de la terapia de pareja.

Fomentaremos y ayudaremos al paciente a que tome sus propias decisiones.

Reforzaremos todos los pequeños logros que el paciente consiga y lo animaremos a seguir así. La falta de distracciones, salidas... No será interpretada nunca como un castigo y se insistirá en que no se le quitan cosas, se le dan cuando el las gana.

Reforzaremos todos los pequeños logros en relación al tratamiento que los padres le dan al paciente, alentando y reforzando positivamente el que le den autonomía, lo dejen tomar decisiones y lo traten como un adolescente.

Evitaremos el tratamiento típico de un niño pequeño y comentaremos con los padres y no delante del paciente aquellas conductas que han realizado con el paciente y que no nos parece que se ajustan a los objetivos.

Reforzaremos las conductas positivas de la familia durante la interacción con su hijo en los permisos terapéuticos, nos mantendremos en contacto con ellos a diario vía telefónica y será informados de todos los

cambios si no pueden visitar al paciente.

Diagnóstico de Dominio 9 (Afrontamiento / Tolerancia al Estrés) y Clase 2 (Respuestas de Afrontamiento). 00146 ANSIEDAD r/c amenaza al autoconcepto y miedo a engordar, m/p inquietud, preocupación creciente tras las ingestas y aprensión

OBJETIVOS PROPUESTOS (NOC)

1402 CONTROL DE LA ANSIEDAD

(ESCALA: 1. Nunca manifestado; 2. Raramente manifestado; 3. En ocasiones manifestado; 4. Con frecuencia manifestado; 5. Constantemente manifestado).

140207 Utiliza técnicas de relajación para disminuir la ansiedad.

140216 Ausencia de manifestaciones de conducta ansiosa.

140217 Controla la respuesta de ansiedad.

INTERVENCIONES PROPUESTAS (NIC)

5340 PRESENCIA

Permaneceremos con el paciente en momentos de ansiedad o angustia.

Estaremos y así se lo haremos saber, físicamente disponibles como elementos de ayuda.

Utilizaremos la escucha activa y la empatía sin dejarnos invadir y evitando la manipulación.

En caso de sujeción mecánica por pérdida de control, permaneceremos con el paciente y le haremos entender que no es un castigo, y que en el momento que esté más tranquilo y pueda ser abordado verbalmente se retirará la sujeción mecánica, la cual no exime el hecho de utilizar paralelamente una técnica de relajación sencilla.

5880 TÉCNICA DE RELAJACIÓN.

Enseñaremos inicialmente una técnica de relajación sencilla, de respiración abdomi-

nal y estaremos presente en las fases iniciales de realización de la misma, hasta que sea capaz de realizarla a solas.

Pautaremos como norma la realización de tal técnica tras la ingesta de alimentos, aprovechando el momento de descanso.

Instruiremos al paciente sobre otros métodos para reducir la ansiedad, que pueden ir desde la utilización de sus distracciones cuando pueda, a la realización de técnicas de relajación más complicadas a medida que se vaya sintiendo preparado y domine las anteriores.

CONCLUSIONES

Nuestra experiencia en la realización de un plan de cuidados y la elaboración de normas comunes a todos los miembros del equipo, ha sido en este caso positiva y ha hecho evolucionar satisfactoriamente al paciente, siendo dado de alta de la unidad de agudos y derivado la Unidad de Día. Además, a esto se une el hecho de haber contribuido a una mejora de la comunicación entre nosotros y a la reafirmación de la necesidad de abordar todos los casos con una estrategia común.

BIBLIOGRAFÍA

NANDA: Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación (2003 – 2004). Ed. Harcourt. Madrid. 2004.

Jonson, M; Maas, M; Morread, S. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Ed. Harcourt España. Madrid. 2005.

McCloskey, J. C; Bulechek, G. M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Ed. Harcourt. Madrid. 2004.

Morrison, M. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Ed. Mosby. Madrid. 1999.

Vallejo Ruiloba, J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Ed. Masson. Barcelona. 2005.

Fornés Vives, J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Ed. Médica Panamericana. Madrid. 2005.

Novel Martí, G; Lluch Canut, M.T.; Miguel López de Vergara, M.D. Enfermería Psicosocial y Salud Mental. Ed. Masson. Barcelona. 2005.

Reconocimiento de trienios al personal Estatutario

Con fecha 21 de agosto de 2008, BOJA nº 166, se ha hecho pública Resolución de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional, sobre el reconocimiento de servicios previos al Personal Estatutario fijo y de *reconocimiento* de servicios prestados al Personal Estatutario Temporal que presta servicios en el Servicio Andaluz de Salud (*Trienios*).

El procedimiento se iniciará únicamente previa solicitud del personal.

La solicitud se pueden presentar en papel o través del registro telemático de la página web del SAS y se le debe acompañar certificación de servicios prestados.

El plazo de presentación es hasta el día 21 de febrero de 2009 y los efectos económicos serán desde el 13 de mayo de 2007, fecha de entrada en vigor del Estatuto Básico del Empleado Público.

Se computaran los servicios prestados en cualquier Administración, los periodos de excedencia para cuidado de familiares así como los servicios prestados en las Administraciones Públicas de los Estados miembros de la Unión Europea.



Todos aquellos colegiados que tuvieran iniciado una reclamación judicial por este concepto deberán igualmente proceder a solicitarlo de acuerdo al procedimiento previsto en la presente resolución.

Para más información puedes recoger copia de la resolución así como la solicitud en las oficinas del Colegio.

REGIÓN	MATRONAS	SALUD MENTAL	TOTAL
ARAGÓN	10	12	22
ASTURIAS	3	9	12
Andalucía	37	12	49
BALEARES	15	–	15
CANARIAS	25	10	35
CANTABRIA	5	–	5
CASTILLA Y LEÓN	10	10	20
CASTILLA LA MANCHA	30	16	46
CATALUÑA	74	39	113
C. VALENCIANA	48	10	58
EXTREMADURA	8	–	8
GALICIA	15	2	17
MADRID	49	13	62
MURCIA	20	6	26
NAVARRA	–	–	–
P. VASCO	24	10	34
RIOJA	4	–	4
CEUTA	4	–	4
MELILLA	4	–	4
Total Plazas	385	149	534

CONVOCATORIA DE ESPECIALIDADES

Con fecha 19 de septiembre de 2008, BOE 227, se ha hecho pública la convocatoria de prueba selectiva para el acceso en 2009 a plazas de formación de las **especialidades de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona) y de Enfermería de Salud Mental.**

Total plazas ofertadas:

MATRONAS:	414
SALUD MENTAL:	149

Plazo de presentación de solicitudes:
22 septiembre- 2 de octubre de 2008, ambos inclusive.

Lugar de recogida y entrega de solicitudes:
Subdelegación del Gobierno. Avd. Martín Alonso Pinzón 3.

Inauguran nuevas dependencias en Urgencias

Huelva.- Redacción

Desde primeros de octubre, los ciudadanos pueden beneficiarse de un moderno edificio destinado a las Urgencias del Hospital Infanta Elena. La principal mejora consiste en el espacio disponible que, prácticamente, se ha visto triplicado lo que, sin duda, mejorará tanto la atención del enfermo como en las condiciones de trabajo de los profesionales, enfermería a la cabeza. La Consejera de Salud, María Jesús Mote-ro, ha calificado esta remodelación como de "un salto cualitativo y cuantitativo en la atención al paciente".

Espacio

El centro hospitalario comarcal Infanta Elena por fin cuenta con un nuevo espacio destinado a las Urgencias. Inauguradas a final de septiembre por la consejera de Salud de la Junta de Andalucía, junto a autoridades y profesionales, supone, en la práctica, pasar de los hasta ahora 500 metros cuadrados disponibles a 1.500 lo que indica la importancia de este proceso de renovación. Con un coste, aproximado de 3 millones de euros, las remozadas Urgencias han significado ver aumentadas en dos camas de observación y una nueva área de sillones, sin olvidar los cambios en ala de Pediatría para que "en la sala de espera no se mezclen con la de adultos lo que, en palabras de la titular de la consejería "se eliminan situaciones traumáticas".

Enfermería ya dispone de una nueva zona para "triaje" en la que se proceda a la clasificación de los pacientes nada más acceder al recinto sanitario así como una sala específica de radiología convencional lo que supondrá dejar de trasladar a los



La Consejera Montero presidió el acto inaugural

pacientes a otras dependencias del hospital. Todo ello reportará una reducción en el tiempo de espera unido al hecho de que las consultas han pasado de cinco a ocho. En la sala de observación (con ocho camas de vigilancia) se ha dispuesto una nueva sala para atender a la evolución de aquellas patologías no graves de que se trate. Media docena de sillones ayudarán a mejorar la estancia de las personas afectadas. Los familiares también disponen de nuevas y más amplias salas para la espera.

Rehabilitación

Se trata, en suma, de la culminación de un largo proceso de reorganización de las Urgencias del Hospital Infanta Elena que ha durado tres años y en el que el SAS da cuenta que "se han ido incorporando, de forma progresiva, cuatro nuevos facultativos, dos enfermeras y diversos profesionales de otras áreas, asistenciales y no asistenciales". Para el gerente del centro, Rafael García Vargas-Machuca, todo esta aportación se ha de situar en la reorganización y mejora de las infraestructuras del citado hospital entre las que caben citarse un nuevo servicio para Rehabilitación, la construcción de otro edificio para

almacén (a punto de concluir) así como reformas en los cuartos de baño y la remodelación de alguna de las alas de hospitalización. En diciembre podrían iniciarse, finalmente, otras obras en la entrada principal del Infanta Elena con un tiempo de ejecución estimado en cuatro meses.

RÉCORD DE PARTOS

El Infanta Elena registró un movimiento intenso durante el pasado mes de agosto y referido al área de Parto. Así, este centro batió su récord en cuanto a número de partos contabilizados en esos treinta días con un total de 207 bebés, de los que 111 fueron niños y 96 niñas. Esta noticia vino acompañada de la incorporación de una historia clínica específica para el parto que, entre otras ventajas, mejorara el traspaso de información con el resto de las áreas asistenciales mejorando la colaboración entre los profesionales de las diferentes especialidades implicadas en el nacimiento o lo que es igual, en la salud de la madre y del recién nacido. En este documento se incluye la valoración de enfermería en el que se contemplan las necesidades físicas de la madre como las psicológicas del proceso de alumbramiento.

EN UN LUGAR DE LA MANCHA...

Sancho Panza, un escudero, un Cuidador Principal...

Carmen M^a Martínez Sánchez, Enfermera.
José Eugenio Guerra González, Enfermero

Múltiples y variados acontecimientos se conmemoraron hace ya tres años en España pero ninguno tan relevante y conocido en el ámbito cultural como el IV Centenario de la publicación de la obra literaria -gloria del ingenio español y precioso depósito de la propiedad y energía del idioma castellano-, *Don Quijote de la Mancha*, de D. Miguel de Cervantes Saavedra (Madrid, 29-IX-1.547/Madrid, 22-IV-1.616). Cuando investigar en Enfermería se consolida no solo en la vertiente cuantitativa sino también en la cualitativa, existen aún fuentes de estudio escasamente abordadas -literatura, cine, filatelia etc.-, que pueden aportar conocimientos relativos a hechos cuidadores y cuidados dispensados en épocas ya pasadas. Establecer vínculos entre la obra literaria seleccionada y algún aspecto relevante de la actual situación del sistema sanitario público andaluz pudiera resultar en primera instancia al menos sorprendente, pero al analizar ambos ámbitos... ¿Puede existir cierto paralelismo entre la labor del escudero Sancho Panza y la figura del Cuidador principal en el actual SSPA?

El Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas elaborado por la Junta de Andalucía (Decreto 137/2.002, de 3 de abril), -Capítulo VII, Sección 1^a, Artículo 24 y Sección 2^a y 3^a, Artículo 32-, establece un conjunto de medidas, servicios y ayudas para la institución familiar desde una perspectiva global, incidiendo entre otras en la protección social, la salud y la protección a mayores y personas con discapacidad. La Familia -estructura más básica de organización social-, ha experimentado en Andalucía relevantes cambios -tipología y relaciones entre miembros-, siendo origen del aprendizaje, del desarrollo de sentimientos y máxima expresión de afecto y solidaridad en la persona mereciendo valoración social y el apoyo de las instituciones públicas. Los cambios en la familia se han debido fundamentalmente al envejecimiento progresivo de la población y al aumento de la supervivencia de personas con enfermedades discapacitantes suponiendo una creciente demanda de cuida-



dos y la disponibilidad de cuidadores en un futuro. Aunque estas modificaciones en la familia debieran de haber afectado por igual a los distintos miembros de la familia -derechos, deberes y responsabilidades-, las consecuencias de esta sobrecarga familiar están siendo ostentadas fundamentalmente por las mujeres, transformándose estas en Cuidadoras principales, personas que desarrollan su labor en el entorno de la persona a cuidar y en virtud de relaciones afectivas o de parentesco, convirtiéndose en una relevante figura del Sistema Sanitario actual.

> METODOLOGÍA

El objetivo del presente artículo es identificar y analizar en la universal obra literaria *Don Quijote de la Mancha* el Rol de Cuidador Principal en la figura del personaje Sancho Panza. La metodología seguida se fundamenta en una primera lectura del libro que facilite la identificación de las distintas partes de la obra literaria. A continuación una segunda lectura -más pausada-, que identifique párrafos con vinculación al objeto de estudio -Rol de Cuidador principal en la figura del personaje Sancho Panza-. Tras la selección y posterior transcripción de algunos párrafos -se procede a establecer la vinculación con una breve reflexión de las características que definen a un Cuidador principal, teniendo presente la dificultad de com-

prensión que tiene extraer un párrafo de su contexto, mas si cabe de una obra literaria producto de la imaginación.

La riqueza en personajes de la obra *Don Quijote de la Mancha* bien pudiera haber centrado este artículo en otros -Don Quijote, el Párroco, el barbero etc.-, pero es el personaje de Sancho Panza por su desempeño -escudero- y su vinculación -siempre al lado del personaje central-, aspectos determinantes en su elección. Sancho Panza -Pedro Alonso-, es un hombre de bien -título del que es pobre-, de muy poca sal en la moya, rústico y de baja condición social. Este campesino basto y gordinflón pasa a ser mozo de campo y plaza -mozo para todo-, del hidalgo caballero de dudosa salud mental don Quijote de la Mancha -Alonso Quijano-, abandonando pueblo, mujer, hijos y vecinos. Fiel escudero, por llanuras de la Mancha y a lomos de su asno hace compañía en múltiples aventuras -Molinos de viento, los Cueros de vino tinto etc.-, a su señor don Quijote de la Mancha, de la Orden de los Caballeros Andantes -en defensa de doncellas, amparo de viudas y socorro de huérfanos y menesterosos-, para mostrar valerosidad y hacer méritos a la simpár Dulcinea del Toboso -Aldanza Lorenzo-, mujer bella, exquisita... Sancho Panza, nuestro personaje, ostenta como mayor incentivo para seguir en cuerpo y alma a su señor el ver cumplido el ofrecimiento de este en hacerlo gobernador de una ínsula...

> FICHA BIBLIOGRÁFICA

Título: *Don Quijote de la Mancha*; Autor: D. Miguel de Cervantes Saavedra; Edición: *IV Centenario de la Real Academia Española. Asociación de Academias de la Lengua Española (22 Academias)*; Patrocinio: *X Quijote. IV Centenario Castilla-La Mancha y Fundación Caja Madrid*; Editorial: *Alfaguara*, 2.004; ISBN: 84-204-6728-6; Páginas: 1.249; Viñetas y Grabados: *Edición impresa en Madrid (1.780), obra maestra de Joaquín Ibarra, corregida y publicada por la Real Academia Española*; Estructura: *1ª Parte del Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha, comprende a su vez 4 Partes que agrupan 52 Capítulos; 2ª Parte del Ingenioso Caballero Don Quijote de la Mancha, que agrupa a 72 Capítulos.*

> ANÁLISIS DE LA OBRA

El Cuidador principal debe ser persona observadora, de actitudes para la ayuda –predispuesta, responsable, objetiva, optimista etc.–, con conocimientos de calidad en la realidad de este ámbito e interlocutora entre el individuo a su cuidado, familiares, amigos, instituciones y profesionales socio-sanitarios.

...acertó a pasar por allí un labrador de su mismo lugar y vecino suyo...el cual, viendo aquel hombre allí tendido le preguntó que quién era y qué mal sentía, que tan tristemente se quejaba. (I, I, 5, pág. 56)

...lleváronle luego a la cama, y, catándole las heridas, no le hallaron ninguna; y él dijo que era molimiento, por haber dado una gran caída con Rocinante...hicieronle mil preguntas, y a ninguna quiso responder otra cosa sino que le diesen de comer y le dejaran dormir...el cura se informó muy a la larga del labrador y Él se lo contó todo... (I, I, 5, pág. 60)

El Cuidador principal debe identificar y prevenir situaciones de riesgo –caídas, accidentes, incendios etc.–, así como planificar las medidas oportunas para evitar que la persona a su cuidado agrave su estado de salud pues enfermedades y discapacidades aumentan el riesgo de accidentes. El Cuidador principal deberá ofrecer seguridad y tranquilidad al individuo en su medio natural siendo consciente de la imposibilidad de eliminar totalmente el riesgo de cualquier situación pero sí conseguir un nivel aceptable de riesgo que no sacrifique la independencia de la persona.

...descubrieron treinta o cuarenta molinos de viento...y don Quijote los vio: Ves allí, amigo Sancho Panza...treinta o pocos mas desaforados gi-



gantes, con quien pienso hacer batalla...¿Qué gigantes?, dijo Sancho Panza...mire vuestra merced que aquellos no son gigantes, sino molinos de viento, y lo que en ellos parecen brazos son las aspas...y, diciendo esto, dio espuelas a su caballo Rocinante, sin atender las voces que Sancho le daba, advirtiéndole que sin duda alguna eran molinos de viento, y no gigantes, aquellos que iba a acometer (I, I, 7, pág. 75)

El Cuidador principal mantendrá una estrecha relación con el individuo, conocerá gustos, fortalezas, debilidades, deseos y necesidades –sin sobreproteger–, todo desde la confianza y la fidelidad. La relación se establecerá desde el respeto y la dignidad –privacidad física y emocional, a ser escuchado, a decidir...–, aspectos del éxito de la relación de cuidado.

...quiero que aquí a mi lado y en compañía de esta buena gente te sientes, que seas una misma cosa conmigo, que soy tu amo; que comas en mi mismo plato y bebas por donde yo bebiere... (I, II, 10, pág. 96)

...ya fuese de la melancolía que le causaba el verse vencido o ya por la disposición del cielo...se le arraigó una calentura que le tuvo seis días en cama, en los cuales fue visitado del cura, del bachiller y del barbero...sin quitársele de la cabecera Sancho Panza, su buen escudero. (II, 74, pág. 1.099)

El Cuidador principal estimulará al individuo a ser independiente en las tareas de la vida diaria, será respetuoso en su ayuda al cuidado personal –vestirse, bañarse, comer etc.–, mientras que en otras la suplencia será fundamental. Evaluará la necesidad de intervención de instituciones y otros profesionales, reconociendo al individuo el esfuerzo de intentos y la

consecución de metas que contribuyan a la mejora de la situación y del proceso.

¿Pero qué a de comer vuestra merced en tanto que yo vuelvo? ¿Ha de salir...a quitárselo a los pastores? –dijo Sancho–. No te dé pena ese cuidado porque, aunque tuviera, no comiera otra cosa que yerbas y frutos que este prado y árboles me dieran... (I, III, 25, pág. 246)

...su escudero el cuál rogó al cura que permitiese que su señor saliese por un rato de la jaula, porque sino le dejaban salir, no iría tan limpia aquella prisión como requería la decencia de un tal caballero como su amo. (I, IV, 49, pág. 502)

El Cuidador principal debe ser consciente de que cuidarse o dejarse cuidar es fundamental para el devenir exitoso de la relación. Mantener un estado óptimo y de equilibrio entre labor profesional y vida diaria a nivel social, familiar y personal es imprescindible. Deberá evitar el estrés que todo proceso de ayuda y/o cuidado genera identificando recursos institucionales y privados de apoyo, ampliando su red social, planificando actividades de ocio, efectuando una correcta alimentación y ejercicio físico, con actitud positiva, autoestima alta y bienestar intelectual y espiritual.

...los yangüeses que se vieron maltratar de aquellos dos hombres solos...acudieron a sus estacas...y comenzaron a menudear sobre ellos con gran ahinco...al segundo toque dieron con Sancho en el suelo que junto a su señor, con voz enferma y lastimada dijo: ¡Ah, señor don Quijote!...si fuese posible me diese dos tragos de bebida de Fierabrás...quizá será de provecho para los quebrantamientos de huesos, como lo es para las feridas. (I, III, 15, pág. 131-132).



...no fueron golpes –dijo Sancho–, sino que la peña tenía muchos picos y tropezones, y que cada uno había hecho su cardenal...no caí, sino que, del sobresalto de ver caer a mi amo, me duele a mi el cuerpo, que me parece me han dado mil palos...y la asturiana Maritornes curó a Sancho, que no menos lo había menester que su amo. (I, III, 16, pág. 139-140)

El Cuidador principal debe poseer o adquirir habilidades que le permitan identificar en la relación –en el otro y en él mismo–, cambios del comportamiento, del estado emocional y anímico –resignación, desesperación etc.–, aspectos de discrepancia –monotonía, ingratitude etc.–, nada positivos para la relación y el proceso cuidador. Deberá identificarlos, analizarlos, afrontarlos, solucionarlos y sobreponerse, siendo normal que se presenten pues por ambos existe una pérdida de control sobre su propia vida.

...porque el dolor de las quijadas de don Quijote no le dejaba sosegar ni atender a darse prisa, quiso Sancho entretenerle y divertille diciéndole alguna cosa... (I, III, 18, pág. 165)

... tengo para mí que aquellos que se holgaron conmigo no eran fantasmas ni hombres encantados, como vuestra merced dice, sino hombres de carne y hueso como nosotros...y lo que yo saco en limpio...es que estas aventuras que andamos buscando nos han de traer a tantas desventuras, que no sepamos cual es nuestro pie derecho...¿Qué poco sabes Sancho?...Así debe ser... (I, III, 18, pág. 155)

...Sancho sobre la cuesta mirando las locuras que su amo hacía, arrancábase las barbas, maldiciendo las horas...en que la fortuna se le había dado a

conocer, caído en el suelo...acudió a su asno para sacar de las alforjas con qué curar a su amo, y como no las halló estuvo a punto de perder el juicio: maldijose de nuevo y propuso en su corazón dejar a su amo y volverse a su tierra, aunque perdiese salario... y el gobierno de la prometida insula. (I, III, 18, pág. 162-163)

Esto es de lo que yo me quejo...Cátese vuestra merced una por una con esta reina...y después puede volverse con mi señora Dulcinea...en lo de hermosura no me entremeto...puesto que yo nunca he visto a la señora Dulcinea. ¿Cómo que no la has visto traidor, blasfemo? –dijo don Quijote-. Pues ¿no acabas de traerme ahora un recado de su parte? Digo que no la he visto tan despacio...ahora te disculpo y perdóname el enojo que te he dado... (I, IV, 30, pág.307)

El Cuidador principal -figura clave en la asistencia socio-sanitaria no institucionalizada-, en la actualidad ostenta y así debe reconocerse públicamente su gran relevancia social, debiéndose articular una serie de medidas socio-económicas que faciliten la calidad y continuidad de su asistencia.

... es mi voluntad que de ciertos dineros que Sancho Panza, a quien en mi locura hice mi escudero, tiene...quiero que no se le haga cargo de ellos ni se le pida cuenta, que si sobrare alguno...el restante sea suyo, que será bien poco; y si, como estando yo loco fui parte para darle el gobierno de la insula, pudiera ahora, estando cuerdo, darle el de un reino, porque la sencillez de su condición y fidelidad de su trato lo merece (II, 74, pág. 1.102)

–don Quijote– Por esto quería que la fortuna me ofreciese presto alguna ocasión donde me hiciese emperador, por mostrar mi pecho haciendo bien a

mis amigos, especialmente a este pobre de Sancho Panza, mi escudero, que es el mejor hombre del mundo... (I, IV, 50, pág. 512)

El Cuidador principal debe planificar conjuntamente con el individuo y familia el futuro –decisiones sobre enfermedad y muerte, testamentos etc.–, y aunque no es cómodo evitará problemas posteriormente y se actuará según lo decidido y más correcto. Deberá saber afrontar el proceso de muerte y del duelo en familiares y amigos, ofreciendo mientras la mejor calidad de vida al individuo.

...plega a Dios, Sancho, que yo te vea mudo antes que me muera. Al paso que llevamos...antes que vuestra merced muera estaré yo mascando barro –enterrado–... no hay que fiar en la descarnada, digo, en la muerte, tan bien come cordero como carnero y a nuestro cura he oído decir que con igual pisaba las altas torres de los reyes como las humildes chozas de los pobres. Tiene esta señora más de poder que de melindre; no es nada asquerosa: de todo come y a todo hace, y de toda suerte de gentes, edades y preeminencias hinche sus alforjas. (II, 20, pág. 706)

Llamaron sus amigos al médico, tomole el pulso, y no le contentó mucho y dijo que, por sí o por no, atendiese a la salud de su alma porque la del cuerpo corría peligro. Oyolo don Quijote con ánimo sosegado, pero no lo oyeron así su ama, su sobrina y su escudero, los cuales comenzaron a llorar tiernamente, como si ya le tuvieran muerto delante. (II, 74, pág. 1.099)

Para finalizar este artículo y desde estas líneas invitaros a adentraros en el reconfortable hábito -cuidado mental donde los haya-, de la lectura y porqué no del texto *Don Quijote de la Mancha*, de D. Miguel de Cervantes Saavedra.

A mi padre, José Guerra García, manchego, natural de Valdepeñas (Ciudad Real)

BIBLIOGRAFÍA

1. *Don Quijote de la Mancha*. Miguel de Cervantes. Edición del IV Centenario. Real Academia Española. Asociación de Academias de la Lengua Española. (2.005). Alfaguara.
2. *El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha*. Miguel de Cervantes. Edición IV Centenario de la Empresa Pública Don Quijote. Biblioteca IV Centenario. (2.005)
3. *Manual del Cuidador*. Wahington State Department of Social and Health Services. USA. (2.003)

La crisis económica y su reflejo en la Sanidad Provincial

Huelva.-Redacción

La crisis económica ha "aparecido" en la vida española y la sanidad, como uno de sus sectores más determinantes, no podía estar ausente a esta realidad. Nadie niega, a estas alturas, que desde la Consejería de Salud y el SAS se han diseñado, y ordenado, políticas de ajuste y los presagios menos optimistas se están convirtiendo en hechos palpables pese a que las autoridades sanitarias de Andalucía y España, se pasaran varios meses negando la realidad. Huelva, como el resto de provincias de Andaluzas, ya conoce de casos de recortes derivados del presupuesto –escaso– de que dispone la sanidad pública regional. Las estimaciones más fiables indica que uno de cada tres contratos temporales no se verán renovados por esta causa económica.

La Consejera de Salud de la Junta, María Jesús Montero, tuvo que acabar concluyendo que los efectos de la crisis van a propiciar que las cosas se sigan haciendo en su departamento aunque "a ritmo algo más lento" que hasta el presente. En otras palabras, que la política de ahorro en todos los campos de la sanidad es un hecho irrefutable de los que Huelva, como cualquier otra provincia hermana, ha asumido en su integridad.

Se están procediendo a no renovar contratos de personal sin fijeza en el empleo, así como la clausura de determinados puntos de atención o disminución de personal o equipos (caso de las urgencias de Riotinto) en base a "causas económicas". En el Hospital de referencia de la provincia, el Juan Ramón Jiménez, también se han comprobado estos ajustes porque distintas fuentes han afirmado que el centro tiene un déficit importante (cerca de los 800.000 euros) lo que comporta la adopción de numerosas



Pese a ello, M^a Jesús Montero asegura que los Chares previstos para la provincia (Condado, Aracena y Costa occidental) no se verán afectados

medidas entre ellas el recorte de sustituciones. Sin embargo, esas mismas fuentes profesionales aclararon que los ajustes no iban a presentar la "dureza" que sí se vivirá en otras provincias.

Lo que nadie discute es que, en el seno de la profesión, como en el resto de colectivos, se vive un clima de inquietud laboral. Los profesionales de enfermería onubenses y andaluces, pertenecientes tanto al ámbito especializado como a la atención primaria, se preguntan si los recortes que se anuncian, por mor de la cuestión económica, van a ser algo coyuntural o si esta situación pudiera transformarse en algo permanente.

Si se diera el segundo de los supuestos, que la crisis se prologue en el tiempo más allá de lo deseable, la realidad afectaría a los ratios de enfermería por habitante, algo de por sí puesto en cuestión aun en tiempos de bonanza conforme el macro-

estudio elaborado por el Consejo General de Enfermería. Ello comportaría un indiscutible cansancio, fruto de la carga laboral, y su correspondiente merma en la calidad asistencial que la profesión ofrece a los ciudadanos. Una enfermería sobrecargada de trabajo, en el nivel que se quiera, tendría una clara y rápida repercusión en forma de tasas de estrés laboral que, tampoco se discute, equivaldrá a bajas por esta razón con lo que el círculo enfermera(o)-paciente se resentiría.

Chares, sí

Menos mal que, en medio de estas noticias que hablan de precariedad presupuestaria, la consejera aseguró que la crisis económica no va a tener especial incidencia ni consecuencias en el futuro de los Centros Hospitalarios de Alta Resolución (Chare) que, como se sabe, están previstos dotar a la provincia de Huelva. Se trata, en concreto, de los Chares que irán situados en la Costa Occidental, en El Condado y la Sierra de Aracena los cuales, como apuntó María Jesús Montero, estarán en funcionamiento antes de que concluya la actual legislatura. En la sede del Parlamento andaluz, la Consejera de Salud subrayó que el Chare de la Costa occidental será el primero en finalizarse estando previsto que las obras, vigentes desde finales de 2007, concluyan cerca de la Navidad de 2009. Los cálculos sitúan su puesta en marcha en el primer trimestre de 2010.

El Chare de la Sierra de Aracena comenzará a construirse en breve plazo de tiempo por lo que sus prestaciones a los ciudadanos del área podrán ser efectivas para 2012. En relación al Chare destinado a la comarca de El Condado, Montero precisó que su departamento de Salud se encuentra a la espera de que se hagan oficial la cesión de los terrenos que, además, ya cuentan con el visto bueno del propio SAS, ahora dirigido por José Luis Gutiérrez. Cuando entren en funcionamiento estos tres Chares, la provincia de Huelva comenzará a estar debidamente descentralizada en materia de la atención sanitaria disponiendo de un centenar de camas hospitalarias más respecto a la actualidad.

EN MANOS DE LA ENFERMERÍA

Huelva.- Redacción



La profesión de Enfermería, siempre llamada a desempeñar un papel relevante en el normal desarrollo del Sistema Sanitario, adquiere un rol de auténtico protagonismo cuando llega el otoño y la Consejería de Salud anuncia la puesta en marcha de la campaña para la vacunación antigripal. En este año, la administración ha previsto vacunar contra el virus de la gripe a un millón de andaluces, haciendo énfasis en las personas mayores de 65 años, los pacientes crónicos y el personal sanitario. En la campaña del año pasado, un total de 70.546 personas sufrieron la gripe con una tasa de incidencia de 862 casos por cada 100.000 habitantes. En lo que se refiere a la provincia de Huelva se contemplan la dispensación de 78.018 dosis.

La responsable de Salud pública de la Junta, Josefa Ruiz, fue la persona que dió luz verde al inicio de la campaña preventiva antigripal en 2008. El propósito es superar el millón de personas vacunadas en la región para lo cual, dijo, la Consejería adquirió 1.321.168 de dosis luego de una inversión de 6,4 millones de euros. Los mayores de 65 años "aunque estén sanos", los enfermos crónicos y el personal sani-

tario por su contacto con los ciudadanos, vuelven a ser los objetivos de esta campaña de vacunación que trata de rebajar los 70.546 casos registrados oficialmente a lo largo del pasado ejercicio, algo que supuso una tasa de incidencia de 862 casos por 100.000 personas. Se espera que el pico máximo de virulencia de la gripe se registre entre los meses de diciembre y enero.

Puntos

En Andalucía se contabilizan 1.492 puntos de vacunación que son, en su gran mayoría, otros tantos centros de salud, lo que equivale a significar que el personal de enfermería del ámbito primario es quien está teniendo la principal tarea preventiva para contribuir a reducir el número de casos de gripe, cuestión ésta mucho más trascendente de lo que, a primera vista, pudiera parecer puesto que la campaña reduce hasta en un 50% el número de ingresos hospitalarios, sean motivados por la propia gripe o por complicaciones en otras patologías. Según apuntó Josefa Ruiz, la vacuna también reduce "hasta en un 80% de casos" las muertes por agravamiento de otras dolencias a raíz de la gripe.

Dosis

Por provincias, la distribución de las dosis se localiza de esta forma: la provincia de Sevilla (con 267.509 dosis) es la mayor dispensadora de la vacuna seguida por la de Málaga (231.767), Córdoba (164.852), Cádiz (157.119), Jaén (146.484), Almería (99.389) y, finalmente, la provincia de Huelva con 78.018 dosis preparadas en el sistema público. Aspecto importante ha sido valoración que, por especialistas, se ha hecho acerca de la previsión de la gripe en 2008. Según la directora de Salud Pública de Andalucía, Josefa Ruiz, la epidemia gripal en este año no presenta un carácter especialmente malo frente a otras apreciaciones que, por ejemplo, salieron de la OMS al alertar de un otoño difícil en este sentido. Ruiz atribuyó esta postura de la OMS a "presiones interesadas". Lo realmente cierto es que la vacuna antigripal de este año contiene tres cepas virales: dos del tipo A (similares a las aisladas en Australia en el 2007) y una del tipo B, que se corresponde con la cepa aislada en Florida durante 2006.

CURSO EXPERTO UNIVERSITARIO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Está previsto impartir este Experto Universitario, del cual te detallamos las siguientes características:

CONTENIDOS

- MÓDULO I.** Presentación del curso. Aspectos ético-legislativos. Metodología de la Investigación.
- MÓDULO II.** Estructura y organización de los servicios de urgencias. Sistemas de Información
- MÓDULO III.** Emergencias cardiológicas
- MÓDULO IV.** Resucitación cardiopulmonar avanzada.
- MÓDULO V.** Enfermería en las emergencias en el traumatizado.
- MÓDULO VI.** Enfermería en las urgencias obstétricas y pediátricas.
- MÓDULO VII.** La seguridad del Profesional: bioseguridad y cuidados al cuidador.
- MÓDULO VII.** Enfermería en las urgencias que no conllevan emergencias
- MÓDULO VIII.** Taller práctico. Prácticas en urgencias.

SIMULACRO FINAL

MODALIDAD: Presencial.

PRÁCTICAS: Las prácticas podrán realizarse en centros de reconocido prestigio en la Comunidad de Madrid o bien podrá cumplimentarse este módulo por trabajo fin de curso.

DURACIÓN: 250 horas (25 créditos académicos).

- 200 horas teórico-prácticas en aula.
- 50 horas de practicas o trabajo fin de curso.

FECHAS PREVISTAS

- 1 ^{er} MÓDULO	10-14 NOVIEMBRE 2008
- 2 ^o MÓDULO	15-19 DICIEMBRE 2008
- 3 ^{er} MÓDULO	19-23 ENERO 2009
- 4 ^o MÓDULO	09-13 FEBRERO 2009
- 5 ^o MÓDULO	16-20 MARZO 2009
- 6 ^o MÓDULO	20-24 ABRIL 2009
- 7 ^o MÓDULO	11-15 MAYO 2009
- 8 ^o MÓDULO	08-12 JUNIO 2009

TITULACIÓN: Diploma de Experto Universitario expedido por la Universidad Complutense de Madrid y Titulación Universitaria expedida por la Universidad Complutense de Madrid.

CUOTA DE INSCRIPCIÓN: 1.873.52 euros.

Los interesados deberán comunicarle al Colegio a la mayor brevedad posible su interés en realizar este curso y serán informados personalmente de las fechas previstas, preinscripción y proceso de matriculación.

CURSO EXPERTO UNIVERSITARIO EN SEXUALIDAD Y SALUD REPRODUCTIVA

- **A impartir entre los meses de noviembre de 2008 y junio de 2009 durante fines de semana.**
- **TITULACIÓN:** Diploma de Experto Universitario expedido por la Universidad Complutense de Madrid y Titulación Universitaria expedida por la Universidad Complutense de Madrid.
- **CUOTA DE INSCRIPCIÓN:** 1873.52 euros.

Los interesados deberán comunicarle al Colegio a la mayor brevedad posible su interés en realizar este curso y serán informados personalmente de las fechas previstas, preinscripción y proceso de matriculación.

Otras noticias

BOLSA ÚNICA . El "próximo corte de la Bolsa Única" para la actualización de méritos será el "31 de octubre de 2008". Asimismo el SAS con fecha 12 de septiembre ha hecho publica resolución por la que establece que el próximo aporte de documentación será relativo al corte de 31 de octubre de 2008, unificando de esta forma los cortes de abril y octubre de 2007 y octubre de 2008.

CONCURSO DE TRASLADOS. Para el próximo mes de octubre está previsto que se haga publico el listado definitivo del concurso de traslados convocados con fecha de Julio 2007.

PROGRAMA FORMACIÓN DE POSTGRADO

Segundo Semestre 2008

MES DE OCTUBRE

CURSO: ATENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN Y ÚLCERAS DE LA PIEL

FECHA PREVISTA: 20-24 de octubre de 2008.
HORARIO: Tardes de 16,00 a 22,00 horas.
IMPARTE Y ACREDITA: Escuela de Ciencias de la Salud (Universidad Complutense de Madrid).
Nº PLAZAS: 35.
Nº HORAS TEÓRICO-PRÁCTICAS: 40.
IMPORTE MATRÍCULA: 18 Euros.

CURSO: ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA

FECHA PREVISTA: 27-31 Octubre de 2008.
HORARIO: Tardes de 16,00 a 22,00 horas.
IMPARTE Y ACREDITA: Escuela de Ciencias de la Salud (Universidad Complutense de Madrid).
Nº PLAZAS: 35.
Nº HORAS TEÓRICO-PRÁCTICAS: 40.
IMPORTE MATRÍCULA: 18 Euros.

MES DE NOVIEMBRE

ATENCIÓN PRIMARIA Y DIAGNÓSTICO DE SALUD

FECHA PREVISTA: 3-7 de noviembre de 2008.
HORARIO: Tardes de 16,00 a 22,00 horas.
IMPARTE Y ACREDITA: Escuela de Ciencias de la Salud (Universidad Complutense de Madrid).
Nº PLAZAS: 35.
Nº HORAS TEÓRICO-PRÁCTICAS: 40.
IMPORTE MATRÍCULA: 18 Euros.

CURSO: ELECTROCARDIOGRAFÍA BÁSICA Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO

FECHA PREVISTA: 24-28 noviembre de 2008.
HORARIO: Tardes de 16,00 a 22,00 horas.
IMPARTE Y ACREDITA: Escuela de Ciencias de la Salud (Universidad Complutense de Madrid).
Nº PLAZAS: 35.
Nº HORAS TEÓRICO-PRÁCTICAS: 40.
IMPORTE MATRÍCULA: 18 euros.

MES DE DICIEMBRE

TALLER TEÓRICO-PRÁCTICO DE INTRODUCCIÓN AL QUIROMASAJE

FECHA PREVISTA: 11 de diciembre de 2008
HORARIO: de 10,00 a 14,00 y 16,00 a 21,00 horas
Nº PLAZAS: 20
Nº HORAS TEÓRICO PRÁCTICAS: 10
IMPORTE MATRÍCULA: Gratuito

TALLER TEÓRICO-PRÁCTICO DE INTRODUCCIÓN AL VENDAJE FUNCIONA

FECHA PREVISTA: 12 de diciembre de 2008
HORARIO: de 10,00 a 14,00 y 16,00 a 21,00 horas
Nº PLAZAS: 20
Nº HORAS TEÓRICO PRÁCTICAS: 10
IMPORTE MATRÍCULA: Gratuito

ENERO 2009

QUEMADURAS

FECHA PREVISTA: 12-16 de enero de 2009.
HORARIO: Tardes de 16,30 a 20,30 horas.
Nº PLAZAS: 35.
Nº HORAS TEÓRICO-PRÁCTICAS: 30.
IMPORTE MATRÍCULA: 18 Euros.

BIOÉTICA PARA ENFERMERÍA

FECHA PREVISTA: 26-30 de enero de 2009
HORARIO: Tardes de 16,30 a 20,30 horas.
Nº PLAZAS: 35.
Nº HORAS TEÓRICO-PRÁCTICAS: 30.
IMPORTE MATRÍCULA: 18 Euros.

CARACTERÍSTICAS GENERALES Y PLAZO DE MATRÍCULA

Los programas correspondientes a cada uno de los cursos detallados se podrán consultar en las oficinas del Colegio.

Las inscripciones en las actividades formativas contempladas en la presente programación se podrán formalizar a partir del día 8 de octubre, en las oficinas del Colegio o vía fax (para lo cual deberá previamente confirmar sus admisión contactando con las oficinas del Colegio).



ILUSTRE. COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE HUELVA

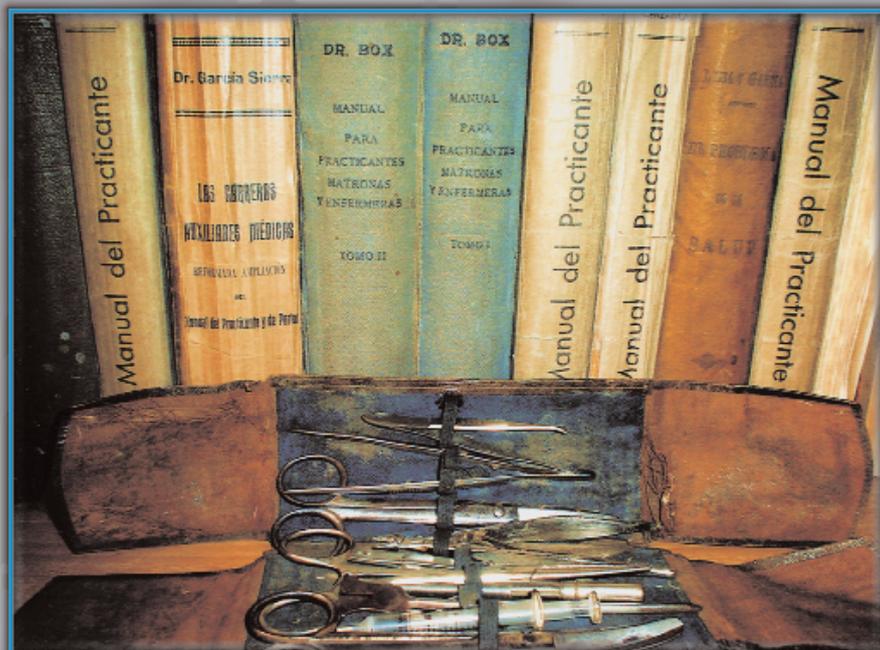


CONVOCA

XV

Certamen de Investigación en Enfermería CIUDAD DE HUELVA

bases



Vestigios Profesionales *José Eugenio Guerra González*

1. DENOMINACIÓN:

Certamen Onubense de Investigación en Enfermería "CIUDAD DE HUELVA"

2. OBJETO:

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

3. DOTACIÓN:

La dotación será:

Primer Premio: 1.200 euros y trofeo.

Accesit: 300 euros y trofeo.

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

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

4. PRESENTACIÓN:

Los trabajos se presentarán en la sede del colegio antes de las 18:00 horas del día 22 de Diciembre de 2008. No tendrán límite de espacio y acompañará bibliografía si la hubiese, así como documentación gráfica. Se presentarán cinco copias, en tamaño DIN A-4, mecanografiados a doble espacio por una sola cara, encuadrados y empaquetados.

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

INFORMACIÓN:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva
C/ Berdigón, nº 33, 1º izq. 21003 Huelva
Telf.: 959 54 09 04 - Fax: 959 25 62 70
e-mail: coleg21@enfermundi.com

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

5. PARTICIPANTES:

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

6. JURADO:

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

7. FALLO:

El fallo del jurado será hecho público por el secretario designado entre sus miembros, el Día Internacional de Enfermería, San Juan de Dios del año 2009.

8. PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:

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

9. TITULAR DEL PREMIO:

Será quien aparezca como único o primer firmante.

<http://www.ocenf.org/huelva/>