

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERÍA
DE HUELVA



enfermería

AÑO XII

nº 35 Julio 2009

Ante la Gripe H1N1



Prescripción

Edita:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería
de Huelva

Consejo de Administración:

Junta de Gobierno del Ilustre Colegio Oficial de
Enfermería de Huelva

Consejo de Redacción

Presidente:

Gonzalo García Domínguez

Director Técnico:

Vicente Villa García-Noblejas

Jefa de Redacción:

Patricia Mauri Fábrega

Redacción:

Josefa Lorenzo Martín

Enrique Aguiar Mojarro

Eduardo Rico González

Martín Vázquez Bermúdez

Antonio Olid Torres

Carmen D. Beltrán Camacho

Mercedes González Hernández

Mª Carmen Pilo López

Asesora de redacción:

Eva Mª Lorenzo Martín

Fotografía:

Archivo del Ilustre Colegio de Enfermería de
Huelva

Redacción: Sede Colegial

Imprime: Technographic, S.L.

Depósito Legal: H-1996-43

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

Tirada: 2.600 ejemplares

Distribución gratuita



Domicilio de la sede colegial

C/ Berdigón, nº 33, pral. izq.

21003 Huelva

Tel. 959 54 09 04

Correo electrónico:

Línea Móvil 639/11 17 10

Coleg21@enfermundi.com

Página Web:

www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es

Fax: 959 25 62 70

Horario de Oficina:

De lunes a viernes.

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

Horario de la Asesoría Jurídica

Martes y jueves de 17,30 a 19 horas

Entrevista con el presidente:

Concertar cita

Sumario

3	Editorial		
4	Póliza del Colegio		
5/7	Decreto		08
8	Patente J.R. Jiménez		
9/11	Trabajo Piercing		
12	Declaración Institucional de la Organización Colegial de Enfermería en relación con el fallecimiento del bebé Ryan		15
13	Gripe A		
14	Especialidades BOE		16
15	Riotinto 25 años		
16	El Colegio renueva su página "WEB"		
17/21	Trabajo Neonatos		17
22	Primer Taller sobre RCP		
23	La investigación en Enfermería...		
24/27	Temor e incumplimiento del tratamiento en una paciente intervenida de coleditiasis...		22

NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN EN DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pocos

veranos, que recordemos, se han presentado tan cargado de acontecimientos como este de 2009. Parece como si, llegado el periodo estival, el ocio no tomara asiento en el orbe sanitario y todo fueran multiplicarse los problemas y las circunstancias de distinta envergadura. Ni que decir tiene que, a la cabeza de todas, hay que situar ese triste episodio, convertido en noticia nacional, referido a la muerte de un bebé en una UCI de Neonatología de un hospital público madrileño. Pero no ha sido solo el eje por el que han rotado las noticias de importancia dado que la actualidad, condensada al máximo en las páginas del presente número, ofrece numerosas aristas sobre las que reflexionar porque nos afectan y por doble motivo: en cuanto a ciudadanos, primero, y profesionales de enfermería, después. O al revés, que tanto monta.

Respecto al caso del bebé muerto en trágicas circunstancias en el Gregorio Marañón de Madrid, poco queremos añadir que no sea, junto a nuestra firme repulsa por la "condena" hacia una compañera emitida a las pocas horas de producirse el siniestro, la reflexión que se contiene en la Declaración Institucional de la Organización Colegial de Enfermería, que nos complace insertar en el presente número y donde, de su redacción, nos quedaríamos con las alusiones a la necesidad de que, en cualquier supuesto por desafortunado que fuere, la sociedad española debe saber del grado de entusiasmo, solvencia y preparación de que hacen gala, en su conjunto, la enfermería española allí donde ejerza su cometido.

Pero la vida continúa y la mejor evidencia son los constantes envíos de trabajos de investigación que sirven para jalonar cada aparición de "DOCUMENTOS..." como prueba, más que fehaciente, de que en el seno del colectivo onubense ya forma parte de sus primeras inquietudes el ver publicados aquellos trabajos a los que la comisión encargada en el Colegio da su plácet. Esto no es sino el reflejo de una semilla puesta en marcha hace ya 15 años cuando la Junta colegial decidió instaurar un Certamen de investigación de ámbito provincial cuyos frutos se están recogiendo de forma palmaria. A las pruebas nos remitimos.

Como también es evidente el grado de preocupación que, como profesionales de la salud, debemos asumir ante el crecimiento de la Gripe A (H1N1) que es cualquier cosa menos un asunto menor. El que la O.M.S. la haya catalogado como "pandemia" ahorra mas comentarios por nuestra parte. De lo cual entendemos que el manual de protección no farmacológica debe contribuir a formar un mejor estado de opinión en cuanto a que la enfermería es un agente de cultura sanitaria de primer rango por su contacto con el ser humano.

Acabemos este comentario hablando de dos notas no menos trascendentes. Una: El Colegio acaba de potenciar su pagina web para que, al instante, la actualidad enfermera con acento onubense esté al alcance de todos. En la red de redes está el latido de la sociedad y, bajo esa premisa, nuestra corporación ha remodelado, de forma significativa, esta herramienta vía internet al servicio de los colegiados. Y, finalmente, constatar el acierto de promover, junto al Ayuntamiento de nuestra capital, unos foros en los que se hable de enfermería y salud publica a ras de suelo, como auténtica educación sanitaria de primer orden. Cuando son muchas las instituciones que efectúan proclamas en ese sentido, luego viene una realidad que la transforma en mera declaraciones de intenciones. No es este nuestro caso: jóvenes enfermeros y enfermeras van a ir propagando las mejores pautas de Salud para que el ciudadano anónimo las utilice en beneficio propio. Esto es, lisa y llanamente, la difusión de una cultura sanitaria que, por desgracia, falta a manos llenas y que el Colegio, en la medida de sus posibilidades, va a tratar de combatir y remediar con hechos.

El Colegio te protege con 3.090.000 euros

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

NUEVO SEGURO

DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL CON LA COMPAÑÍA

MAPFRE

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

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

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

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

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

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

LA NUEVA PÓLIZA AMPLÍA LAS PRINCIPALES COBERTURAS:

- Riesgo cubierto: responsabilidad civil de los colegiados en el desarrollo propio de su actividad profesional o especialidad sanitaria, tal y como se regula en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, incluyendo la actividad docente, terapias alternativas y "piercing".
- Manteniendo el importe de la prima, la cobertura por siniestro se incrementa hasta 3.090.000 euros, con un límite por anualidad de veinte millones.
- Cobertura por inhabilitación profesional como consecuencia de sentencia judicial firme, con abono por parte de la Aseguradora de una cantidad máxima de 1.350 euros al mes, por un plazo máximo de 15 meses.
- Posibilidad de contrademanda o reclamación a contrario frente a denuncias infundadas, temerarias o con mala fe.

Aumenta la cobertura

El lector rápidamente habrá comprobado cómo la Póliza de Responsabilidad Civil de la Organización Colegial ha pasado, en cuanto a su cobertura, de los 3 millones de euros (que equivalen a 500 millones de pesetas) a **3.090.000 euros** como límite máximo de indemnización por siniestro. Esto significa que, con el año 2009, ha crecido el arco de cobertura de la enfermería española lo que supone un importante plus para que el trabajo diario se lleve a cabo en las mejores circunstancias de solvencia profesional

SALUD APRUEBA LA PRESCRIPCIÓN DE 96 FÁRMACOS Y PRODUCTOS

La Junta de Andalucía, en su Consejo de Gobierno del día 21/7/2009, dió luz verde al decreto por el que se define, de modo oficial, "La actuación de las enfermeras(os) andaluces en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía". El texto, en su literalidad, dice así:

El artículo 55.2 del Estatuto de Autonomía para Andalucía establece que corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia compartida en materia de sanidad interior y, en particular y sin perjuicio de la competencia exclusiva que le atribuye el artículo 61, la ordenación, planificación, regulación y ejecución de los servicios y prestaciones sanitarias.

La ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, establece en el artículo 77 que son los médicos y los odontólogos los únicos profesionales sanitarios con facultad para ordenar la prescripción de medicamentos. No obstante la Disposición adicional duodécima de la citada Ley 29/2006, de 26 de julio, dispone que para facilitar la labor de los profesionales sanitarios que, de acuerdo con esta Ley, no pueden prescribir medicamentos, en el plazo de un año el Ministerio de Sanidad y Consumo revisará la clasificación de los medicamentos de uso humano que han de dispensarse con o sin receta médica.

Por otro lado, existen en el mercado medicamentos que no están sujetos a prescripción médica, conforme a las previsiones del artículo 19.1 de la citada Ley 29/2006, de 26 de julio.

La Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía, en su disposición adicional tercera, establece que todo cuanto se establece con relación al profesional de la medicina en el Título III será de aplicación a cuantos otros profesionales tengan reconocida capacidad legal para prescribir medicamentos o productos sanitarios de uso humano.

En el ámbito de las profesiones sanitarias, cada vez son mayores los espacios

competenciales compartidos y el funcionamiento del trabajo en equipo entre profesionales. La cooperación multidisciplinaria, por tanto, es uno de los principios básicos de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, que determina en su artículo 9.1 que la atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas. Así mismo, la ley señala que las actuaciones sanitarias dentro de los equipos de profesionales se articularán los criterios de conocimientos y competencia de los profesionales que integran el equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas.

La citada Ley 44/2003, de 21 de noviembre, en el artículo 7.2.a) establece que le corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, el mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

Por lo que se refiere al ámbito de actuación de los especialistas en enfermería obstétrica-ginecológica, la Directiva Europea 2005/36 CE, del Parlamento y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, cuya transposición se ha realizado por Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, determina que tienen facultades para el diagnóstico, supervisión, asistencia del embarazo, parto, posparto y de la persona recién nacida normal mediante los medios técnicos y clínicos adecuados.

Por ello, este Decreto en el marco de las funciones establecidas en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, viene a desarrollar las actuaciones específicas de los enfermeros y de las enfermeras, consistentes en la cooperación, en el seguimiento protocolizado

de determinados tratamientos con medicamentos, la facultad de usar e indicar medicamentos no sujetos a prescripción médica, e indicar y prescribir los productos sanitarios, incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Teniendo como objetivo fundamental la seguridad y el beneficio de los pacientes, se adopta esta disposición, desde el reconocimiento de que el ejercicio de la práctica profesional de enfermeras y enfermeros, en sus distintas modalidades de cuidados generales o especializados, implica necesariamente la utilización de medicamentos y productos sanitarios y, por tanto, dado el interés que para el Sistema Sanitario Público de Andalucía tiene el que dicha utilización se produzca de forma ordenada, mediante los procedimientos y requisitos necesarios para ello.

En su virtud, a propuesta de la Consejera de Salud, de conformidad con el artículo 21.3 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, de acuerdo con el Consejo Consultivo de Andalucía y previa deliberación del Consejo de Gobierno en su reunión del día de 21 de julio 2009.

DISPONGO:

Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación

Constituye el objeto del presente Decreto definir actuaciones específicas de las enfermeras y enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Artículo 2. Actuaciones de las enfermeras y enfermeros del Sistema Sanitario Público de Andalucía

Las enfermeras y enfermeros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en el ejercicio de su actuación profesional, podrán desarrollar las siguientes actuaciones:

a) Usar e indicar los medicamentos que, de acuerdo con la normativa vigente, no estén sujetos a prescripción médica y, en su caso, autorizar su dispensación con cargo a

la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, para los pacientes a los que presten sus cuidados y que tengan derecho a ella, en las condiciones que se establecen en este Decreto.

b) Cooperar con los profesionales de la medicina y de la odontología en programas de seguimiento protocolizado de determinados tratamientos farmacológicos, en las condiciones que se establecen en el artículo 4.

c) Indicar y prescribir los productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, a los pacientes a los que presten sus cuidados y que tengan derecho a ella, en las condiciones que se establecen en este Decreto.

Artículo 3. Uso e indicación de medicamentos no sujetos a prescripción médica

1. Las enfermeras y enfermeros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en el ejercicio de su actuación profesional, tanto en el ámbito de los cuidados generales como en los especializados, podrán usar e indicar medicamentos que, de acuerdo con la normativa vigente, no estén sujetos a prescripción médica. Por ello, podrán autorizar su dispensación por los servicios de farmacia de los centros asistenciales correspondientes y por las oficinas de farmacia, en su caso, de los medicamentos que se encuentren incluidos la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía para los pacientes que tengan derecho a la misma.

2. Para garantizar la utilización adecuada de estos medicamentos, la Consejería competente en materia de salud, con la participación profesional y el asesoramiento de las sociedades científicas y organizaciones profesionales, podrá establecer programas de formación, protocolos y pautas de utilización específicos de obligado cumplimiento.

Artículo 4. Seguimiento protocolizado de tratamientos farmacológicos individualizados

1. Las enfermeras y enfermeros del Sistema Sanitario Público de Andalucía acreditadas al efecto por la Consejería competente en materia de salud, en el ejercicio de su actuación profesional, tanto en el ámbito de los cuidados generales como en los especializados y en el marco de los principios de atención integral de salud y para la continuidad asistencial, podrán cooperar en el seguimiento protocolizado de determinados tratamientos individualiza-

dos, que se establezcan en una previa indicación y prescripción médica u odontológica.

2. Corresponde al profesional de la medicina o de la odontología, que prescribe el tratamiento al paciente, autorizar, expresamente, la realización del correspondiente seguimiento protocolizado a que hace referencia al apartado 1.

3. A los efectos previstos en este artículo, será obligatorio dejar constancia, en la historia clínica del paciente, de una descripción detallada del tratamiento inicial y la identificación del profesional de la medicina o de la odontología que lo prescribe; de la autorización expresa de éste para que sea seguido y, en su caso, modificado, por una enfermera o enfermero, conforme al protocolo establecido o autorizado por la Consejería competente en materia de salud, así como, de la correcta identificación de todos y cada uno de los cambios que se introduzcan en el citado tratamiento y del profesional que los ordena, debiendo hacer constar la fecha y hora en que se produce cada anotación. Todo ello deberá realizarse en una hoja de tratamiento única y compartida por los y las profesionales que atienden al paciente.

4. En el caso de que el acceso al medicamento deba realizarse a través de oficinas de farmacia, el seguimiento protocolizado del tratamiento, sólo podrá realizarse si la prescripción médica u odontológica correspondiente, se ha producido a través del sistema de receta médica electrónica.

5. Corresponde a la Consejería competente en materia de salud establecer los tratamientos farmacológicos susceptibles de seguimiento por parte de las enfermeras y enfermeros y autorizar o establecer sus correspondientes protocolos, así como fijar los requisitos específicos y procedimientos para la acreditación a que se refiere el apartado 1, contando, para todo ello, con la correspondiente participación profesional y el asesoramiento de las sociedades científicas y organizaciones profesionales.

Los protocolos, establecidos o autorizados por la Consejería de Salud, contemplarán, al menos, los parámetros del tratamiento ajustables por dichos profesionales y los rangos de ajuste autorizados para cada uno. En ningún caso podrá modificarse el principio activo o la marca del medicamento prescrito por el profesional de la medicina o de la odontología.

Artículo 5. Indicación y prescripción de productos sanitarios

1. Las enfermeras y enfermeros del Sis-

tema Sanitario Público de Andalucía, en el ejercicio de su actuación profesional, tanto en el ámbito de los cuidados generales como en los especializados, podrán indicar y prescribir los productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, a los pacientes que tengan derecho a la misma y, en consecuencia y en función de cuál sea el modelo de gestión adoptado conforme a lo establecido en el Real Decreto 9/1996, de 15 de enero, autorizar su dispensación, con cargo a dicha prestación, por las oficinas de farmacia o, en su caso, proceder a su entrega en el centro asistencial.

2. Para garantizar la utilización adecuada de estos productos sanitarios, la Consejería competente en materia de salud, con la participación profesional y el asesoramiento de las sociedades científicas y organizaciones profesionales, podrá establecer programas de formación, protocolos y/o pautas de utilización específicos de obligado cumplimiento.

Artículo 6. Orden enfermera de dispensación en oficinas de farmacia

1. La orden enfermera de dispensación, en soporte papel o informático, es el documento oficial del Sistema Sanitario Público de Andalucía que por una de sus enfermeras o enfermeros, en las condiciones establecidas en este Decreto, autoriza la dispensación, con cargo a la prestación farmacéutica, por las oficinas de farmacia, de los productos sanitarios y medicamentos, no sujetos a prescripción médica, incluidos en dicha prestación y para pacientes que tengan derecho a ella.

2. La orden enfermera de dispensación del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en soporte papel, adoptará el modelo correspondiente de los establecidos en el Anexo I, que podrán presentarse en forma de talonarios de 100 ejemplares, para cumplimentación manual, o imprimirse, en blanco y negro o color, tras su cumplimentación informatizada, en hojas de papel blanco. Le serán de aplicación las mismas reglas y procedimientos establecidos en la normativa vigente para las recetas médicas.

3. La orden enfermera de dispensación del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en su soporte informático, solo será válida si ha sido cumplimentada y emitida a través de su sistema informático de receta electrónica. Le serán de aplicación las mismas reglas y procedimientos establecidos en el Decreto 181/2007, de 19 de junio, por el que se regula la receta médica electrónica.

4. En la orden enfermera de dispensación del Sistema Sanitario Público de Andalucía, la enfermera o enfermero se identificará por su nombre, apellidos y código numérico personal. Siempre que ello sea factible, los medicamentos serán identificados, por la denominación oficial española (DOE) o, en su defecto, por la denominación común internacional (DCI), de sus principios activos y los productos sanitarios por su denominación genérica. Los datos mínimos de consignación obligatoria, serán los establecidos para la emisión de las recetas médicas, en el soporte correspondiente.

5. Con independencia del soporte utilizado, el contenido de la orden enfermera de dispensación deberá quedar registrado en la historia clínica del paciente, en una hoja de tratamiento única y compartida por todos los profesionales que le atienden.

Artículo 7. Orden enfermera de dispensación de medicamentos en los centros asistenciales

1. La orden enfermera de dispensación de medicamentos en los centros asistenciales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en soporte papel o informático, es el documento que, correctamente cumplimentado por una de sus enfermeras o enfermeros, en las condiciones establecidas en este Decreto, autoriza para su uso en el centro asistencial, la dispensación, por el servicio de farmacia correspondiente, de los medicamentos, no sujetos a prescripción médica, que se encuentren incluidos en la guía farmacoterapéutica del centro.

2. La orden enfermera de dispensación de medicamentos en los centros asistenciales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en soporte papel, se extenderá en el modelo que establezca cada centro asistencial. La enfermera o enfermero se identificará por su nombre, apellidos y código numérico personal. Los medicamentos serán identificados, exclusivamente, por la DOE o, en su defecto, DCI, de sus principios activos. El resto de datos mínimos de consignación obligatoria, serán los establecidos para la emisión de las recetas médicas en soporte papel.

3. La orden enfermera de dispensación de medicamentos en los centros asistenciales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en soporte informático, solo será válida si se emite a través del sistema informático que el Sistema Sanitario Público de Andalucía tenga establecido al efecto. Los datos mínimos de consignación

obligatoria son los mismos que en el soporte papel más los que el sistema informático requiera para su correcto funcionamiento.

Artículo 8. Orden enfermera de entrega directa de productos sanitarios

1. En los casos en que el Sistema Sanitario Público de Andalucía, en base a lo establecido en el artículo 4 del Real Decreto 9/1996, de 15 de enero, por el que se regula la selección de los efectos y accesorios, su financiación con fondos de la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la sanidad y su régimen de suministro y dispensación a pacientes no hospitalizados, tenga establecida la entrega directa a los pacientes, en los centros asistenciales, de productos sanitarios incluidos en su prestación farmacéutica, la orden enfermera de entrega directa de productos sanitarios es el documento oficial que, en los términos y condiciones establecidos en este Decreto, justifica dicha entrega directa para pacientes que tengan derecho a la misma.

2. La orden enfermera de entrega directa de productos sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en soporte papel, se extenderá en el modelo de uso multiprofesional establecido en el Anexo II de este Decreto, impreso de hojas de papel blanco. Los datos mínimos de consignación obligatoria son los que figuran en dicho modelo.

3. La orden enfermera de entrega directa de productos sanitarios, del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en soporte informático, solo será válida si se emite a través del sistema informático que el Sistema Sanitario Público de Andalucía tenga establecido al efecto. Los datos mínimos de consignación obligatoria son los mismos que en el soporte papel más los que el sistema informático requiera para su correcto funcionamiento.

Artículo 9. Condiciones de Dispensación o entrega

1. Las Oficinas de Farmacia de Andalucía dispensarán los medicamentos y los productos sanitarios que figuren en la orden enfermera regulada en el artículo 6, siempre que dicha orden cumpla los requisitos establecidos en este Decreto, en las condiciones económicas y administrativas establecidas para las recetas médicas de los mismos medicamentos, productos sanitarios y pacientes.

2. Los servicios de farmacia del Sistema Sanitario Público de Andalucía dispen-

sarán las órdenes enfermeras de dispensación de medicamentos en centros asistenciales, que cumplan los requisitos establecidos en ese Decreto, conforme a las normas generales de funcionamiento de los mismos.

3. Las órdenes enfermeras de entrega directa de productos sanitarios en los centros asistenciales, que cumplan los requisitos establecidos en este Decreto, justificarán ante los servicios correspondientes, dicha entrega y la correspondiente gestión del suministro. La entrega se realizará conforme a las normas de funcionamiento establecidas al efecto en el centro donde se produzca.

Disposición adicional primera. Enfermeras y enfermeros que presten sus servicios en centros sanitarios concertados por el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El presente Decreto será de aplicación a la actuación de las enfermeras y enfermeros que presten sus servicios en centros sanitarios concertados por el Sistema Sanitario Público de Andalucía, en los términos que se establezcan en sus correspondientes decretos.

Disposición adicional segunda. Tratamiento de la información.

En las actuaciones previstas en este Decreto, que tengan relación con el tratamiento, cesión y custodia de datos de carácter personal se estará a lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la citada Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre.

Disposición derogatoria única. Derogación normativa.

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en este Decreto.

Disposición final primera. Desarrollo y ejecución.

Se faculta a la persona titular de la Consejería de Salud para dictar las disposiciones necesarias de desarrollo del presente Decreto.

Disposición final segunda. Vigencia.

El presente Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

Salud

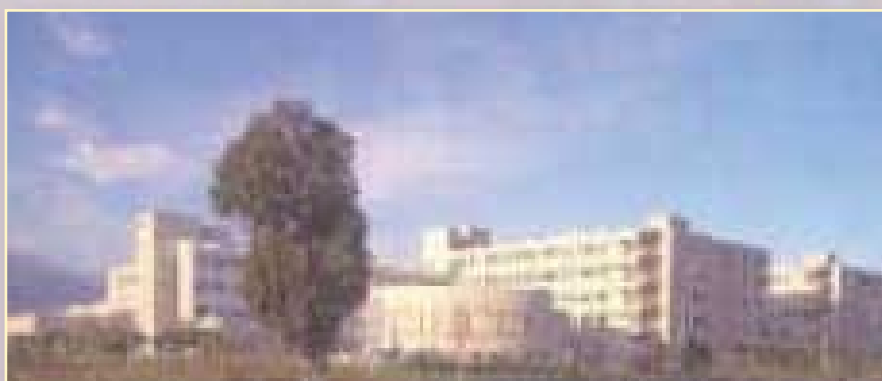
CEDE LA LICENCIA A UNA PATENTE DEL J. R. JIMÉNEZ

Huelva. -Redacción

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha firmado el primer contrato de licencia para la explotación y uso comercial de una idea, surgida y patentada en el Hospital Juan Ramón Jiménez y consistente en mejorar la seguridad en la realización de la llamada "radiografía de pie de carga". El autor de este invento es Miguel Pichardo, jefe de prevención de Riesgos Laborales del citado centro hospitalario. El prototipo, además, ya ha demostrado su utilidad durante el último año al haberse utilizado, con éxito, en casi 2.000 exploraciones radiológicas acometidas en el J. R. Jiménez.

Escalera

Una idea surgida en el J. R. Jiménez, dentro del marco de la Fundación onubense para la investigación en Salud (FABIS), ha obtenido el respaldo que supone constituirse en el primer contrato de licencia para su explotación y comercialización que Salud ha firmado hasta el momento. Se trata de una apuesta por mejorar la seguridad del paciente y consiste en la denominada "radiografía de pie de carga" cuya idea pertenece a Miguel Pichardo Jefe de la Unidad de prevención de Riesgos Laborales en el Hospital J. R. Jiménez. Pichardo ha logrado poner en marcha un "dispositivo en forma de escalera que permite al enfermo acceder de forma cómoda, a la posición adecuada para la realización de la prueba". Esta aportación ha demostrado ya su uti-



lidad al haberse probado, durante el último año, y con pleno éxito a través de unas 2.000 exploraciones radiológicas. La innovación que incorpora este sistema ha hecho posible su inscripción en la Oficina Española de Patentes y Marcas con la finalidad de proteger los resultados de este trabajo a nivel nacional pudiéndose hacer una traslación de estas mejoras en beneficio de los enfermos. La Fundación Fabis, de marcado acento onubense, nació a iniciativa de distintos grupos de profesionales sanitarios de otros tantos centros públicos de la provincia de Huelva para convertirse en un instrumento, sin ánimo de lucro, orientado a promover y orientar aquellas iniciativas cuya finalidad no sea otra que la generación de conocimientos, la prevención de las enfermedades o la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos.

Menor riesgo

FABIS, en su línea de promoción de la investigación biomédica en Huelva ha facilitado todo el soporte necesario para la tramitación de esta propuesta. De tal forma que, a finales de junio/09, la Funda-

ción ha cedido a la empresa nacional de material sanitario (Tecmedical S. L.) la exclusividad para la fabricación y comercialización de este producto. Las primeras unidades ya están disponibles para la venta y son varios los hospitales (tanto de Andalucía como de la región de Madrid) que han mostrado interés por conocer sus características. Las radiografías en pie de carga, utilizadas para valoración de la rodilla y del tobillo, comportan que el paciente deba subir a la mesa de rayos con una banqueta para alcanzar la altura adecuada. Este movimiento entraña un riesgo evidente por la caída en enfermos de edad avanzada o con movilidad reducida. Con el sistema ya patentado, se minimiza el riesgo de producirse una caída así como la ayuda necesaria a cargo de profesionales sanitarios o acompañantes. No es la primera vez en que el J. R. Jiménez es centro de atención por este motivo dado que, con anterioridad, el cirujano Fernando de la Portilla tiene patentado un instrumental quirúrgico utilizado para la separación del tejido profundo en patologías de la pelvis. Y el radiofísico Santiago Velázquez tiene, en fase de tramitación, dos ideas dentro del contexto de las áreas tumorales.

El “piercing” y la Enfermería

Autor: José Antonio Gómez Fernández (DUE, colegiado)

1. HISTORIA DEL PIERCING

El piercing es una forma de expresión tan vieja como la cultura, que ha existido en la práctica totalidad de las civilizaciones. En occidente, durante casi todo el siglo veinte quedó reducido a la simple perforación de los lóbulos de las orejas para colocar pendientes. Pero en la última década se ha difundido enormemente, sobretudo entre los jóvenes, hasta el punto de ser tan común encontrar una persona con un pendiente en la oreja como otra que lleve uno o varios piercings en el ombligo, el labio o la lengua. ¿La razón? Puede ser desde simplemente decorarse el cuerpo, hasta identificarse dentro de un grupo social.

Resulta imposible establecer en qué momento exacto apareció el anillado corporal o piercing en la historia de la humanidad aunque lo cierto es que su origen es tan antiguo como la misma piel. Por una gran variedad de motivos es un arte antiguo y venerable que en las últimas décadas parece haber emergido de nuevo.

Ya en la Roma de los centuriones, los miembros de la guardia del César llevaban aros en los pezones como muestra de su virilidad y coraje así como un accesorio de sus vestimentas ya que les permitían colgar en ellos las cortas capas que usaban. Esta práctica también fue bastante común entre las chicas de alta sociedad en la era Victoriana. Lo hacían para realizar el volumen de sus pezones.

El ombligo anillado era un signo de la antigua realeza egipcia y prohibido a todos aquellos que no fuesen nobles. En aquellos tiempos, los ombligos muy profundos eran los más preciados.

Es de todos bien sabido que en la India muchas mujeres han sido anilladas en la nariz desde muy pequeñas. Esta tradición la suelen llevar a cabo las abuelas, que deberán anillar a sus nietas antes de que se casen. Se piensa que originariamente se hacía como signo de sumisión y devoción de la mujer hacia su marido. Este piercing se realiza en uno u otro lado de la nariz, en función de la etnia a la que pertenezca la mujer.

Cuando el pendiente se coloca en el espacio entre las dos fosas nasales recibe el nombre de Septum. Grupos étnicos de diversas partes del mundo lo han utilizado y muchos de ellos todavía hoy siguen practicándolos, como en Papua Nueva Guinea, Polinesia, África, India... En un principio su función era defensiva ya que daba un aspecto más feroz a quien lo llevaba aunque sus fines actualmente son también estéticos y permiten a los distintos grupos tribales diferenciarse entre ellos, conocer el estatus social del que lo lleva, etc.

Algunas mujeres de Rajastán (India) llevan en su Septum grandes aros de oro finamente trabajados con una finalidad cultural y estética.

El Prince Albert era un anillado habitual entre los miembros de la alta sociedad Victoriana, originariamente era usado para sujetar los genitales masculinos



nos en la pierna derecha o izquierda del pantalón, que solía ser muy estrecho. La leyenda cuenta que el Príncipe Alberto se hizo este piercing para mantener su prepucio retraído y lograr así que su miembro estuviera siempre libre de malos olores que pudieran ofender a la reina. Consiste en un aro que pasa a través de la uretra hasta la base del glande, a la altura del frenillo.

El uso del Dydoes parece haberse iniciado más recientemente. Consiste en dos piercings que se emplazan en la corona del glande, en la parte superior (en un reloj, a las 10:00h y a la 1:00h). Se piensa que devuelve parte de la sensibilidad perdida por la extirpación del prepucio tras la circuncisión.

Nietzsche nos parece muy interesante e invita a la reflexión: “En los márgenes de la sociedad actual, modificar nuestro cuerpo y adquirir una identidad propia en tiempos de masificación, más allá del desafío de convenciones estéticas y sociales, supone la expresión más primaria, de que para el ser humano **LO ILÓGICO TAMBIÉN ES NECESARIO**”.



2. PERSONAL APLICADOR DE PIERCINGS

En la actualidad, son numerosos los establecimientos de piercings y tatuajes que existen en España, normalmente son los mismos tatuadores los encar-

gados de colocar los piercings, la mayoría de ellos son “artistas” de la piel, pero en cambio su formación sanitaria suele ser bastante deficiente.

También hay jóvenes que se arriesgan, y se los ponen ellos mismos o algún amigo o conocido que se atreva.

En parafarmacias o farmacias mediante la llamada “pistola”, que está expresamente prohibido en zonas distintas al lóbulo de la oreja.

3. REQUISITOS LEGALES DEL PERSONAL APLICADOR DE TÉCNICAS DE PERFORACIÓN CUTÁNEA (PIERCING)”

En Andalucía la práctica de los piercings está regulada por Decreto 286/2002, de 26 de noviembre, donde se detallan los requisitos tanto de los establecimientos como del personal aplicador. En el artículo 10 del capítulo IV se explica la formación que debe tener el personal aplicador de técnicas de tatuaje y perforación cutánea (piercing) que a continuación se describe:

Artículo 10. Obligación de formación del personal.

1. El personal aplicador de técnicas de tatuaje y perforación cutánea (piercing) dispondrá de un nivel de conocimientos suficientes para realizar una prevención efectiva de los riesgos para la salud, derivados de las actividades objeto de este Decreto.
2. A efectos de lo dispuesto en el apartado anterior de este artículo, el personal aplicador deberá superar los correspondientes cursos de formación, que tendrán una duración mínima de 40 horas.
3. Las entidades organizadoras de los cursos acreditarán el aprovechamiento de la formación recibida por el personal, mediante la expedición de los certificados correspondientes, en los que se hará constar la referencia a la resolución de homologación concedida, de acuerdo con lo establecido en el artículo siguiente.”

Como vemos con un curso de 40 horas homologado por la consejería de salud es suficiente para ejercer dichas prácticas, no obstante, hay que decir que en la actualidad dicho decreto está en fase de derogación.

4. COMPLICACIONES DE LOS PIERCINGS

La mayoría de los estudios científicos existentes en la actualidad, están enfocados a las complicaciones de los piercings y están realizados principalmente por odontólogos y dermatólogos.

Por citar alguno; Un estudio publicado en el Mayo Clinic Proceedings ha concluido que de los jóvenes que se colocan un piercing, casi uno de cada cinco sufre algún tipo de complicación, desde infecciones persistentes hasta sangrados o lesiones.

Durante el reciente Primer Simposio de Odontostomatología para higienistas organizado por la Asociación de Higienistas y Auxiliares Dentales de España (AHIADEC), este colectivo también advirtió de los riesgos de los piercings en la boca, recomendando que se acuda a profesionales preferiblemente con formación médica para colocar estos adornos.

Las complicaciones más comunes en estos casos son alergias, reacciones en los tejidos o las mucosas bucales, infecciones diversas (hepatitis B, C, SIDA, pseudomonas etc), ingestión de pieza, lesiones cutáneas, nerviosas o en venas, queloides y fracturas dentales.

5. PIERCINGS: UN NUEVO RETO PARA LA ENFERMERA COMUNITARIA

Teniendo en cuenta las numerosas complicaciones sanitarias que pueden llegar a provocar los piercings, así como el gasto sanitario que conlleva, es evidente que se necesita una formación más profunda y completa, (que un curso de 40 horas) para manejar este nuevo problema de salud que afecta a nuestros jóvenes y que cada vez, va a más, en nuestra sociedad.

La enfermería comunitaria puede y debe afrontar este nuevo reto como propio, ya que está en contacto directo con la sociedad y dispone del cuerpo de conocimientos necesarios.

5.1 ¿QUÉ PUEDE APORTAR LA ENFERMERA COMUNITARIA?

Según el código deontológico de la enfermera aprobado por el consejo general de enfermería de España el 14 de Julio de 1989 "Respecto al papel de los Enfermeros/as en la sociedad, hemos de tener en cuenta su responsabilidad en el área de:

- 1º Prevención de las enfermedades.
- 2º Mantenimiento de la salud.
- 3º Atención, rehabilitación e integración social del enfermo.
- 4º Educación para la salud.
- 5º Formación, administración e investigación en Enfermería.

Debemos estar en disposición de propiciar una respuesta adecuada a los procesos de cambio que experimente la atención de salud, manteniendo normas de educación, siendo pioneros en la sugerencia de estrategias de puesta en práctica, que tengan en cuenta el contexto social, político y económico del país.

6. PLAN DE CUIDADOS EN LA COLOCACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PIERCING

ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS

6.1 TEMOR

R/C déficit de conocimiento.

M/P verbalizaciones del cliente "eso duele mucho, se me inflamará"



✓ **Objetivos enfermeros (NOC) :**

Control del miedo (1404)

Dominio: salud psicosocial (III)

Clase: autocontrol (O)

✓ **Intervenciones enfermeras (NIC):**

• **Disminución de la ansiedad (5820)**

Dominio: De la conducta.

Clase: T – Fomento de la comodidad psicológica.

Actividades:

1. Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
2. Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
3. Tratar de comprender la perspectiva del cliente sobre una situación estresante.
4. Instruir al cliente sobre el uso de técnicas de relajación.

6.2. DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

R/C perforación cutánea.

M/P enrojecimiento, inflamación y pérdida de sustancia cutánea.

✓ **Objetivos enfermeros (NOC) :**

1. Criterios de resultado: Curación de la herida: por segunda intención. (1103)

Dominio: salud fisiológica (II)

Clase: integridad tisular (L)

Escala: ninguna a completa (j)

✓ **Intervenciones enfermeras (NIC):**

• **Administración de medicación: tópica (2306)**

Dominio: Fisiológico: complejo 2

Clase: H – Uso de fármacos

Actividades:

1. Aplicar agentes antifúngicos, antibacteriano o antiinflamatorio tópico en la zona, según se requiera.
2. Instruir al paciente en la técnica correcta de aplicación de medicamentos tópicos.
- **Cuidados del sitio de incisión (3440)**
Dominio: Fisiológico: complejo 2
Clase: L – Control de la piel/heridas

Actividades:

1. Explicar el procedimiento al paciente mediante una preparación sensorial.
2. Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento o inflamación.
3. Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.
4. Enseñar al paciente y/o a la familia a cuidar la incisión, incluyendo signos y síntomas de infección.

6.3. DOLOR AGUDO

R/C perforación cutánea.

M/P postura antiálgica para evitar el dolor, gestos de protección, máscara facial, irritabilidad, agitación y llanto o gemidos.

/ **Objetivos enfermeros (NOC):**

1. Criterios de resultados: Control del dolor. (1605)

Dominio: conocimiento y conducta en salud (IV)

Clase: conducta en salud (Q)

Escala: nunca manifestado a manifestado constantemente (m)

✓ **Intervenciones enfermeras (NIC):**

• **Actuación ante el dolor (1400)**

Dominio: Fisiológico básico 1

Clase: E– Fomento de la comodidad física

Actividades:

1. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
2. Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
3. Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor.
4. Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas, como la relajación, antes, después y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente; y junto con las otras medidas de alivio del dolor.

• **Administración de analgésicos (2210)**

Dominio: Fisiológico complejo 2

Clase: H – Uso de fármacos

Actividades:

1. Determinar la selección de analgésicos.
2. Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.
3. Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.

6.4. RIESGO DE INFECCIÓN

R/C déficit de autocuidados o higiene deficiente de la perforación cutánea.

✓ **Objetivos enfermeros (NOC):**

1. Criterios de resultados: Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)

Dominio: salud fisiológica (II)

Clase: integridad tisular (L)

Escala: extremadamente comprometida a no comprometida (a)

✓ **Intervenciones enfermeras (NIC):**

• **Cuidados de las heridas (3660)**

Dominio: Fisiológico complejo 2

Clase: L – Control de la piel/heridas.

Actividades:

1. Administrar cuidados en la zona de incisión.
2. Limpiar la zona afectada con una solución salina a presión.
3. Aplicar un ungüento adecuado a la piel/lesión si precisa.
4. Enseñar al paciente o miembro de la familia a realizar la cura de la herida.

7. CONCLUSIONES

- La formación sanitaria del personal aplicador de piercing parece insuficiente en la actualidad, debido a las numerosas complicaciones en que pueden derivar dicha técnica.
- La enfermería comunitaria puede y debe afrontar este nuevo **reto** como propio, ya que está en contacto directo con la sociedad y dispone del cuerpo de conocimientos necesarios.
- El principal obstáculo que se presenta a la hora de abordar el piercing, es la falta de información o desconocimiento por parte de los sanitarios y de la administración de este problema, que cada vez afecta a más adolescentes. La actuación sanitaria en la actualidad se limita a la retirada del piercing cuando un adolescente se acerca de nuestras consultas, sin saber como hacerlo en la mayoría de los casos.
- Se propone
 - En primer lugar, incluir en el **diseño curricular** de la diplomatura (próximamente grado), una asignatura teórico-práctica, ya que tanto la técnica de inserción como los cuidados del piercing son desconocidos para la mayoría de los enfermeros.
 - Campañas de información y prevención por parte de la administración y los sanitarios dirigidas a los adolescentes.
 - Comenzar a investigar en este campo, ya que en la actualidad prácticamente no existen estudios científicos publicados.

8. BIBLIOGRAFÍA

- <http://www.blanqueamientodontal.com>. Artículos de divulgación
 - <http://www.nuevadermatologia.com.ar/piercing.html>. Mayo Clinic Proceedings vol 77, nº1. 2002.
 - <http://WWW.MedicinaTV.com>.
 - <http://aula.elmundo.es/aula/noticia.php/2004/04/01/aula1080751602>.
- html. Cardoso, C. Un estudio sobre los tatuajes y los piercings. 2004.
- <http://donacion.organos.ua.es/enfermeria/enfermeria.htm> Vitoria-Gasteiz, Donostia-San Sebastián
 - Moyano C, Sánchez G, **Piercing & Tattoo: educación para la salud**. [A Coruña] 2003. Pp. 135-139. Comunicación.

1: van der Meer GT, Schultz WC, Nijman JM. Intimate body piercings in women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2008 Dec; 29(4): 235-9. PMID: 19065394 [PubMed-indexed for MEDLINE]

2: Slutzkey S, Levin L. Gingival recession in young adults: occurrence, severity, and relationship to past orthodontic treatment and oral piercing. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2008 Nov; 134(5): 652-6. PMID: 18984397 [PubMed-indexed for MEDLINE]



3: Navarro DS. What teens should know about oral piercings. *School Nurse News*. 2008 Nov;25(5):25-6. No abstract available. PMID: 19146065 [PubMed-indexed for MEDLINE]

4: Armstrong ML, DeBoer S, Cetta F. Infective endocarditis after body art: a review of the literature and concerns. *J Adolesc Health*. 2008 Sep;43(3):217-25. Epub 2008 May 12. Review. PMID: 18710675 [PubMed-indexed for MEDLINE]

5: Reyes P. Hole-y mouth jewelry! Piercings could lead to anterior tooth loss. *J Calif Dent Assoc*. 2008 Sep;36(9):651, 655. No abstract available. PMID: 18856166 [PubMed-indexed for MEDLINE]

6: Ho MR, Acevedo M, Baker JE. Tooth fairy abscess. *J Emerg Med*. 2008 Aug;35(2):207. Epub 2007 Aug 29. No abstract available. PMID: 17976758 [PubMed-indexed for MEDLINE]

7: Schoffl H, Froschauer SM, Huemer GM. Phlegmonous infection of the hand after interdental piercing. *Aesthetic Plast Surg*. 2008 Jul;32(4):703-4. No abstract available. PMID: 18493818 [PubMed-indexed for MEDLINE]

8: Hounsfield V, Davies SC. Genital piercing in association with gonorrhoea, chlamydia and warts. *Int J STD AIDS*. 2008 Jul;19(7):499-500. PMID: 18574130 [PubMed-indexed for MEDLINE]

9: Ndiwane A. Laying down the knife may decrease risk of HIV transmission: cultural practices in Cameroon with implications for public health and policy. *J Cult Divers*. 2008 Summer;15(2):76-80. Review. PMID: 18649445 [PubMed-indexed for MEDLINE]

10: Kluger N. [Tattooing and piercing practices in France] *Presse Med*. 2008 Jul-Aug;37(7-8):1109-11. Epub 2008 Apr 28. French. No abstract available. PMID: 18440764 [PubMed-indexed for MEDLINE]

11: Nunes Mdo C, Barbosa FB, Gelape CL, Leduc LR, Castro LR, Gresta LT, Ferrari TC. Piercing-related endocarditis presenting with multiple large masses in the right-side chamber of the heart. *J Am Soc Echocardiogr*. 2008 Jun;21(6):776.e1-3. Epub 2007 Oct 25. PMID: 17961978 [PubMed-indexed for MEDLINE]

12: Ebrahim R, Naidoo S. Oral and perioral piercings in Tshwane. *SADJ*. 2008 Jun;63(5):288-91, 294, 296. PMID: 18811079 [PubMed-indexed for MEDLINE]

13: Ozkaya E. Fixed drug eruption at sites of ear piercing. *Clin Exp Dermatol*. 2008 May;33(3):345-7. Epub 2008 Feb 28. No abstract available. PMID: 18312457 [PubMed-indexed for MEDLINE]

14: Bengualid V, Singh V, Singh H, Berger J. Mycobacterium fortuitum and anaerobic breast abscess following nipple piercing: case presentation and review of the literature. *J Adolesc Health*. 2008 May;42(5):530-2. Epub 2008 Feb 7. PMID: 18407050 [PubMed-indexed for MEDLINE]

15: Carelli R, Fimiani F, Iovine A, Vassallo P, Magli A. Ocular complications of eyebrow piercing. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*. 2008 May-Jun;45(3):184-5. PMID: 18524201 [PubMed-indexed for MEDLINE]

16: Schulz H. [Periumbilical dermatoses] *MMW Fortschr Med*. 2008 Mar 6;150(10):34-7. German. No abstract available. PMID: 18447289 [PubMed-indexed for MEDLINE]

17: Hayward M, Tindale R. Knowing your 'Dydoe' from your 'Madonna': an emergency nurse guide to body piercing. *Emerg Nurse*. 2008 Mar;15(10):26-35. Review. No abstract available. PMID: 18372784 [PubMed-indexed for MEDLINE]

18: Rowshan HH, Keith K, Baur D, Skidmore P. Pseudomonas aeruginosa infection of the auricular cartilage caused by "high ear piercing": a case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008 Mar;66(3):543-6. Review. No abstract available. PMID: 18280391 [PubMed-indexed for MEDLINE]

19: Kapferer I, Hienz S, Ulm C. Labial piercing and localized periodontal destruction-partial periodontal regeneration following periodontal debridement and free gingival graft. *Dent Traumatol*. 2008 Feb;24(1):112-4. PMID: 18173679 [PubMed-indexed for MEDLINE]

20: Kaatz M, Elsner P, Bauer A. Body-modifying concepts and dermatologic problems: tattooing and piercing. *Clin Dermatol*. 2008 Jan-Feb;26(1):35-44. Review. PMID: 18280903 [PubMed-indexed for MEDLINE]





DECLARACIÓN INSTITUCIONAL DE LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON EL FALLECIMIENTO DEL BEBÉ RYAN

El reciente fallecimiento del bebé Ryan en la UCI de Neonatología del Hospital Gregorio Marañón de Madrid constituye un dolorosísimo suceso de consecuencias irreparables que pone en evidencia el trascendental papel que juegan los profesionales sanitarios, y muy especialmente, los enfermeros y enfermeras que a diario realizan sus intervenciones buscando en todo momento la seguridad de los pacientes.

En primer término, no hay palabras de cariño ni gestos de solidaridad suficientes que en estos momentos permitan trasladar a la familia todo el apoyo que la profesión enfermera quiere mostrarles: sabemos que el dolor y el sufrimiento por el que atraviesan no los mitigan las simples declaraciones, sino el compromiso y la búsqueda de la verdad de los hechos para que, además de sentirnos a su lado, sepan que seguimos trabajando al objeto de que situaciones como la acaecida no vuelvan a producirse nunca más.

Al mismo tiempo, debemos obrar con prudencia y con firmeza para investigar a fondo los hechos, determinar las responsabilidades que existan y adoptar las medidas deontológicas, estructurales y organizativas que permitan mejorar un sistema sanitario muy avanzado, pero que no puede permitir que se repitan estos lamentables sucesos.

Nos preocupa, no obstante, que algunas manifestaciones realizadas puedan afectar a los derechos constitucionales a la presunción de inocencia y a un procedimiento justo de las enfermeras implicadas. Será la investigación que realicemos todas las instancias competentes (judicial, administrativa y deontológica) la que determine su grado de implicación y su responsabilidad, y sobre ello, se adoptarán las decisiones que procedan, pero en modo alguno puede justificarse un juicio paralelo ni un escarnio público que son incompatibles con un Estado de Derecho.

La profesión enfermera y su Organización Colegial llevan mucho tiempo proclamando su ineludible compromiso con la salud y la seguridad de los pacientes desde una práctica ética, autónoma y competente. La sociedad también es consciente del grado de preparación y capacitación de los profesionales enfermeros. Por ello, precisamente, estamos dispuestos a asumir como profesión las consecuencias derivadas de una concatenación de circunstancias que han producido tan desgraciado accidente y vamos a actuar en consecuencia para que cada vez haya menos situaciones como la acaecida. Es obvio que los accidentes no pueden eliminarse por completo, pero sí podemos trabajar para reducirlos en su número y en su alcance.

Como el órgano regulador de la profesión, la Organización Colegial no sólo va a exigir las responsabilidades deontológicas a que haya lugar, sino que, dentro de su función de llevar a cabo el control de calidad de los enfermeros y enfermeras para tratar de garantizar el derecho a la salud de los pacientes, va a adoptar las medidas internas necesarias y también va a exigir a las autoridades sanitarias todas aquellas que propicien una práctica profesional aún más segura.

Una vez que obre en nuestro poder la información y la documentación que hemos solicitado a las autoridades sanitarias, será analizada por el grupo de expertos, que realizará las conclusiones y propondrá las medidas que estime procedentes, las cuales trasladaremos a las partes afectadas, a las autoridades competentes y a la opinión pública.

MEDIDAS DE PROTECCIÓN ANTE LA GRIPE A

Huelva. - Redacción

El personal sanitario debe conocer, siquiera mínimamente, una serie de recomendaciones que, a la postre, son de enorme utilidad con las que protegerse, de forma no farmacológica, ante la gripe A (H1N1) que tantos problemas está generando en materia de salud pública hasta el punto de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la declarase, al principio del presente verano, oficialmente como pandemia. En la actualidad, sus efectos están presentes en los cinco continentes con naciones como Méjico o Argentina donde, en este último caso, los afectados superan las 100.000 personas con medio centenar de fallecidos.

Enfermeras

En España, una joven de origen marroquí falleció a principio de verano en Madrid mientras, en Andalucía, hay que destacar, forzosamente, el episodio protagonizado por un grupo de catorce enfermeras del Hospital de Puerto Real (Cádiz) que contrajeron la dolencia y que, por encima de cualquier otra estimación, es un claro exponente de que la enfermería, por su continua relación con la sociedad, debe asumir y contemplar una serie de cautelas al respecto. Las citadas enfermeras gaditanas, según aportó la Consejera de Salud, María Jesús MOntero, se habrían contagiado fuera del hospital aunque, como medida preventiva, todas ellas recibieron el tratamiento antiviral y fueron enviadas a sus domicilios respectivos donde observaron una evolución "favorable".

En cualquier caso, es destacable la importancia de la aportación hecha pública por la Agencia de la Unión Europea (UE) con sede en Estocolmo llamada "Centro Europeo para la Prevención y Control de las Enfermedades Infecciosas (ECDC, por sus siglas de inglés), y que entendemos de carácter preferencial difundir.

Grupos

La gripe, como es sabido, es una enfermedad producida por un virus que infecta las vías respiratorias. Los virus de la gripe se clasifican en 3 grupos: A, B, y C. Los dos primeros grupos son los responsables de las gripes que aparecen en cada estación invernal. El virus tipo C apenas produce síntomas y, por lo mismo, no ha de ser tenido mayoritariamente en cuenta. El virus causante de la gripe es mutante, es decir, cambia constantemente y esos mismos cambios le permiten volver, una y otra vez, al individuo sin que su sistema inmunitario lo reconozca. Dicho lo cual, y pensando en el grupo A, estas serían, a propuesta del ECDC, las:

MEDIDAS DE PROTECCIÓN PERSONAL (NO FARMACOLÓGICAS) PARA REDUCIR EL RIESGO DE CONTRAER/TRANSMITIR LA GRIPE A

- 1) **EVITAR** el contacto directo con personas enfermas.
- 2) **MANTENERSE** a una distancia (un metro mínimo) de la persona que presente síntomas gripales (fiebre, tos, escalofríos...) evitando lugares concurridos.
- 3) **LAVADO** de manos. Ha de hacerse con frecuencia para protegerse del virus. Lavarse bien, con agua y jabón y no como un mero aclarado. Debe durar 20 segundos como mínimo.
- 4) **EVITAR** tocarse ojos, nariz y boca: es la forma más rápida de propagación del virus.
- 5) **MASCARILLAS**. No hay datos que evidencien que su uso, fuera de ámbitos sanitarios, ofrezca protección o reduzca la transmisión. Si se usa, al quitársela debe introducirse en una bolsa de plástico bien cerrada.
- 6) **MASCARILLAS** usadas por enfermos. Son útiles para contener las secreciones respiratorias por tos o estornudo. Reducen el riesgo de contagio.

- 7) **MASCARILLAS** como protección para quien cuida de otra persona con gripe A. Ha de extenderse a las personas (o familiares) que cuidan de un enfermo con síntomas gripales, en casa o fuera de ella.
- 8) **UTILIZACIÓN**. La mascarilla debe colocarse cuidadosamente **SOBRE** la nariz y la boca, que cubra cara y barbilla y sujetarla bien. Mientras la lleve puesta, no debe tocarla con las manos. Cuando se humedezca por el uso, ha de cambiarse por otra nueva.
- 9) **DESHECHO**. La mascarilla debe desecharse correctamente: desatándose o cortando las gomas inferior y superior, tocando únicamente las cintas. Debe meterse en una bolsa de plástico cerrada y depositada con la basura.
- 10) **DESINFECCIÓN**. Una vez despojada de la mascarilla, lávese las manos con agua/jabón o con desinfectante con alcohol.

¿La vacuna?

Pero la sociedad se pregunta para cuándo va a existir una vacuna específica que pueda hacer frente a la gripe A (H1N1). Mientras esto sucede, las naciones están adoptando las medidas que entienden más urgentes ante la pandemia. España, por ejemplo, se encuentra estudiando a que grupos (de riesgo) de la población se deberá vacunar contra la gripe. Esta cuestión es común a la mayoría de naciones de la UE dado que la nueva gripe parece estar afectando más a personas jóvenes que a las de edad madura. Para lo cual, la Ministra de Sanidad, Trinidad Jiménez, confirmó que su departamento se dispone a adquirir 18 millones de dosis, en cuanto estén disponibles.

Por su parte, el número dos del ministerio, su secretario general José Martínez Olmos, aseguraba que la incidencia de la gripe A no va a suponer "ningún cambio de estrategia en la atención a las personas que resulten afectadas". Y este experto granadino admitía que "no siempre es fácil diagnosticar a una persona que tiene la gripe A". O dicho de otra forma: la prevención, conforme insiste la Agencia comunitaria ECDC, podría ser uno de los caminos más adecuados para encarar lo que, pensando en el inminente otoño, puede adquirir, —aún más—, relevancia social y sanitaria.

El BOE publica los programas

ESPECIALIDADES: MATRONAS Y ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Huelva.-Redacción

El Boletín Oficial del Estado (BOE), ha publicado dos Órdenes a cargo del Ministerio de Sanidad y Consumo, por las que adquieren rango oficial los programas formativos de dos de las siete especialidades que Enfermería tiene aprobadas por el Real Decreto de 2005. Se trata de las correspondientes a Enfermería obstétrica-ginecológica (Matronas) y Enfermería del Trabajo. Para acceder a ellas sigue siendo necesario poseer el título de diplomado en enfermería al que seguirá un periodo de dos años de formación específica. A partir de ahora, es el turno para que las regiones del Estado promuevan las correspondientes Unidades docentes en las que se formen los futuros especialistas.

Primer, y trascendente, paso al frente en el largo camino de las especialidades de Enfermería. De las siete consagradas vía R. D., dos de ellas acaban de quedar configuradas en sus programas formativos a través del BOE en su edición 129 correspondiente al 28 de mayo/09. El ministerio de Sanidad y Consumo, bajo la rúbrica de su titular Trinidad Jiménez, publicaba dos Órdenes por las que "se aprueba y publica el programa formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona)" así como el de "Enfermería del trabajo". En los dos casos se establece que los aspirantes a cada una de las especialidades deberán estar en posesión del título de diplomado en Enfermería antes de seguir dos cursos académicos de especialización. En ambos casos, la efectividad de la entrada en vigor de estos programas fue al día siguiente (29 mayo/09) de verse publicada en el citado BOE.

Matronas

En el programa de la especialidad de Enfermería obstétrica-ginecológica (Matrona) lo más importante es que serán 2 años de estudio y será aplicable para aquellas enfermeras que obtengan la plaza de residente en 2009. En el programa formativo se ven reforzados determinados puntos referidos a una Especialidad que por otra parte, y desde hace décadas, goza de una implantación y consolidación indiscutibles en nuestro país. Así, queda fijado que las residentes que aspiren a titularse como Matronas deberán adquirir las competencias necesarias para convertirse en un profesional sanitario que proporcione, a tra-

vés de los medios clínicos pertinentes y una actitud responsable, una atención integral a la salud (reproductiva, sexual y maternal) de la mujer, sea en sus ámbitos de prevención, promoción, atención y recuperación de la salud, incluyendo la atención a la gestante en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, alumbramiento y puerperio normal, sin olvidar la atención al recién nacido sano hasta el 28 día de vida.

En el BOE queda igualmente patente que el "perfil competencial de la Enfermera especialista obstétrico-ginecológico (Matrona) contenido en este programa "se ha ajustado a las directrices derivadas de la Confederación Internacional de Matronas, a las directrices de la Unión Europea contenidas en el artículo 55 del R. D. 1837/2008, de 8 de noviembre, que se refiere a las actividades profesionales que, como mínimo, deben realizar las Matronas así como a las necesidades del Sistema Nacional de Salud, a la evolución de los conocimientos científicos y a las demandas de la sociedad actual que reclama un profesional mucho más implicado en las facetas preventivas y de promoción de la salud de la mujer". El ámbito de actuación de las Matronas abarca tanto la Atención Primaria como la especializada, razón por la que las residentes deberán rotar por ámbitos clínicos como comunitarios.

Trabajo

En cuanto a la especialidad de Enfermería del Trabajo, el programa indica una formación de 2 años para completar el bagaje de unos profesionales que realicen las tareas propias de este campo: prevenir, promover, proteger y restaurar la salud de la población trabajadora con un enfoque laboral y comunitario, integrado e integral, con base científica y conocimiento empírico. En el BOE se destaca que las necesidades sociales y las condiciones laborales de los trabajadores reclaman que la responsabilidad y funciones de la Enfermera (o) especialista en Trabajo no debe limitarse a la vigilancia de la salud y proporcionar la atención sanitaria de urgencia en el lugar de trabajo sino que, a la vez, deberá abarcar su actividad a las circunstancias que afecten a la salud de los trabajadores, informando y formando en promoción de la salud. Por lo que se refiere a la formación práctica de estos futuros especialistas, se realizará en los dispositivos que tenga la unidad docente así como en estas áreas: atención especializada (5 meses y medio), atención primaria (1 mes), servicios de gestión administrativa (2 semanas) y servicios de prevención (12 meses).

EL HOSPITAL DE RIOTINTO CELEBRA SU 25 ANIVERSARIO

Huelva. - Redacción

El hospital Comarcal de Riotinto está conmemorando el 25 aniversario de su puesta en funcionamiento. Se ha cumplido un cuarto de siglo en la vida de esta institución sanitaria desde que fuera inaugurado, un 3 de julio de 1984, por el entonces Ministro de Sanidad, Ernesto Lluch. Y lo hace en plena proceso de reforma de sus actuales instalaciones especialmente para ampliar el área de gestión y administración. El acto de celebración contó con la presencia de la Consejera de Salud, María Jesús Montero, quien resaltó el significado de este hito al tiempo que dedicó un homenaje a aquellos trabajadores que permanecen en el hospital desde su apertura. En la actualidad, el Hospital de Riotinto cuenta con una plantilla que supera las 600 personas.



hito en la provincia onubense ya que, por primera vez, la asistencia sanitaria especializada se ofrecía fuera de la capital de la provincial acercándose al ciudadano de unas zonas tradicionalmente asiladas y con difíciles vías de comunicación, caso de las comarcas del Andévalo, la Cuenca Minera y la Sierra.

rreno, especial énfasis tiene la cirugía mayor ambulatoria que ha representado, prácticamente, la mitad. El Comarcal de Riotinto cuenta con 113 camas de hospitalización, 5 de UCI, 5 de hospital de día, 4 quirófanos, 20 salas de consultas externas y una sala de observación de urgencias dotada con 7 camas.



El hospital comarcal de Riotinto cumple sus primeros 25 años de vida. Un espacio de tiempo ciertamente importante en el que se ha podido constatar la importancia de esta instalación que da cobertura a unos 69.000 habitantes repartidos en un total de 34 poblaciones. Inaugurado el 3/julio/1984 por el entonces Ministro de Sanidad, Ernesto Lluch, trágicamente desaparecido al ser asesinado por la banda terrorista etarra, su apertura supuso un

Plantilla

Cuando el hospital abrió sus puertas, bajo la dirección de Salvador Palomo, arrancaba con el concurso de 237 profesionales de todos los niveles y categorías. En la actualidad, su plantilla supera los 600 trabajadores que hacen posible el que se haya pasado de 2.400 ingresos durante 1984 a más de 4.300 contabilizados en 2008.

En cuanto a las consultas externas, los cambios han sido evidentes: 10.000 atendieron en el primer año frente a cerca de 100.000 del último registro. Las urgencias también reflejan el ritmo ascendente (de 10.000 a 25.000) y la actividad de los quirófanos ha corrido en paralelo: 1.200 fueron los enfermos intervenidos quirúrgicamente en el año del estreno frente a los 4.300 del último ejercicio. En este te-

Homenaje

Durante su visita al centro, la Consejera de Salud, M^a Jesús Montero, giró una visita a la mayoría de las dependencias destacando el actual proceso de reformas y ampliación para una nueva área de gestión y administración que va a disponer, en una superficie de 3.000 metros cuadrados, el que se pueda liberar espacios que irán destinados a la asistencia, también, la consejera hizo entrega de unos recuerdos a aquellos profesionales —enfermería incluidos— que llevan el mismo tiempo de vinculación laboral que la vida del Comarcal, sin olvidarse de recordar a aquellos que ya están en situación de jubilación. En las diferentes intervenciones del acto del 25 aniversario, quedaron patentes los buenos datos referidos a las encuestas de satisfacción que los usuarios dispensan a este hospital Comarcal de Riotinto.

Toda la información de interés, en la red

El Colegio renueva su página

“WEB”

- En la dirección www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es, los contenidos que competen al colectivo

Huelva.-Redacción

El Colegio Oficial de Enfermería de la provincia de Huelva se complace en comunicar a todo el colectivo que, desde hace pocas fechas, se ha procedido a renovar, actualizar y potenciar una de las herramientas más demandadas por la profesión como es la página web de esta corporación. De esta forma, el colegiado onubense, como cualquier otra persona que navegue por la inmensa órbita telemática, puede acercarse a la realidad del Colegio y de la profesión que representa en esta provincia para obtener los datos de mayor relevancia dentro de un amplio contexto: llámese trámites administrativos en la secretaría, formación, investigación, información y un largo etcétera. Todo en la dirección www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es.

Desde hace unas fechas, este Colegio provincial de Enfermería dispone de una página web totalmente cambiada respecto a la que, hasta ahora, ha venido funcionando. Desde la Junta de Gobierno se ha querido trabajar en la dirección de poner al alcance de cualquier profesional, primero, pero de todo el mundo que accede a la red, una herramienta de enorme vigencia y rapidez como es la página "web" mediante la cual, en un instante, se entra en contacto con la realidad del Colegio y de la profesión en sus múltiples facetas.

Dirección

Quienes marquen la dirección (www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es) van a estar en disposición de encontrarse con un menú en el que, tras el saludo inicial del presidente colegial, Gonzalo Domínguez García, tendrá acceso a un amplio capítulo de recursos, llámense de in-



dole administrativa–burocrática como de formación, ofertas de empleo, convocatorias oficiales que se publiquen en el BOJA, aspectos que competen a la asesoría jurídica de la entidad y que sean de interés general su conocimiento, asuntos relativos al Certamen de Investigación Ciudad de Huelva que, anualmente, convoca este Colegio, sin olvidar otros frentes como actualización de dossiers de prensa sanitaria, diferentes imágenes y, en fin, la colección de esta Revista DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA que ahora tiene en sus manos, para realizar cualquier consulta sobre trabajos o noticias ya publicadas y que conforman el patrimonio escrito (y por lo mismo, perdurable) de esta publicación dedicada, en exclusiva, a la Enfermería provincial onubense.

Cambios

Como apunta el propio presidente del Colegio en su salutación al navegante por internet, esta herramienta también estará abierta para recibir cuantas sugerencias tengan los profesionales y que, en sus contenidos, sirvan para aportar nuevas visiones y perspectivas de las que se beneficie la Enfermería provincial como el ciudadano en común. Se trata pues, de una innovadora prestación que el Colegio de Enfermería de Huelva tiene ya vigente en el macroespacio de internet para que los profesionales, desde cualquier lugar y momento, lo hagan propio en su consulta diaria. En un mundo tan cambiante, y a tanta velocidad como se producen las variaciones de cualquier índole, no hemos querido dejar de aportar nuestro particular grano de arena para que el Colegio, en la hora presente de 2009, esté en línea a las exigencias de una profesión inmersa en una sociedad que demanda más y más información y contenidos. Con esa filosofía hemos procedido a renovar y potenciar la página "web" de la institución en la certeza de que estamos apostando por una Enfermería lo más actualizada que sea posible.

PLAN DE CUIDADOS

APLICABLE AL GRAN PREMATURO EN BASE A TERMINOLOGÍA NANDA Y PARTIENDO DE VALORACIÓN DE NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Autora: **Manuela Rebollo González** (DUE, colegiada, Hosp. J.R. Jiménez)

INTRODUCCIÓN

El objetivo que se pretende alcanzar a la hora de elaborar este plan de cuidados es mejorar la calidad en los cuidados que se prestan a los grandes prematuros, desde el ingreso hasta el alta, minimizando así todas las posibles secuelas neurológicas, visuales, auditivas etc., que en estos niños pueden ser muchas debido a su inmadurez.

Es también muy importante contemplar a la familia del gran prematuro, alrededor de quien va a girar también este plan de cuidados.

Por otro lado creo necesario la unificación de criterios por parte de enfermería a la hora de actuar ante un gran prematuro, de ahí la elaboración de este plan.

Empezaremos definiendo que es un gran prematuro y los problemas que este puede presentar, para que todos sepamos de que estamos hablando; después haremos una valoración por necesidades partiendo del modelo de Virginia Henderson y nos adentraremos ya en una planificación de los cuidados.

GRAN PREMATURO

Consideramos gran prematuro a aquel cuya edad gestacional es menor de 31 semanas y peso al nacer inferior a 1500 gr.

GRANDES PROBLEMAS QUE PUEDE PRESENTAR EL GRAN PREMATURO

➤ RESPIRATORIOS

1. Depresión respiratoria.
2. Distress respiratorio o enfermedad de membrana hialina.
3. Apnea.

➤ NEUROLÓGICOS

1. Depresión perinatal.
2. Hemorragia intraventricular

➤ CARDIOVASCULARES

1. Hipotensión.

➤ HEMATOLÓGICOS

1. Anemia.
2. Hiperbilirrubinemia.

➤ GASTROINTESTINALES

1. Intolerancia.
2. Enterocolitis necrotizante.

➤ RENALES

1. Alteraciones en el equilibrio hidroelectrolítico.



➤ INFECCIOSOS

1. Sepsis.
2. Infecciones nosocomiales.

➤ TÉRMICOS

1. Regulación de la temperatura e hipotermia.
2. Hipertermia.

➤ OFTALMOLÓGICOS

1. Retinopatía del gran prematuro.

Valoración estandarizada de necesidades según modelo de Virginia Henderson

1. Necesidad de respirar.

Necesidad alterada, pues el gran prematuro el principal problema que presenta es depresión respiratoria con apnea y bradicardia, precisando en la mayoría de los casos de ventilación asistida e incluso de R.C.P.

2. Necesidad de alimentación e hidratación.

Alterada por la incapacidad de succionar y deglutir y la posible intolerancia a la alimentación enteral, lo que conlleva requerimiento de nutrición por vía parenteral y aportes de líquidos i.v.

3. Necesidad de eliminar.

El patrón urinario no tiene por que estar necesariamente afectado, aunque es posible una alteración del equilibrio hidroelectrolítico por inmadurez renal.

4. Necesidad de movimiento y mantener una postura adecuada.

Estos niños normalmente precisan de sedación para su adaptación al respirador, lo que los mantiene con poca actividad y a veces incluso escasa respuesta a estímulo. También podrían citarse los posibles problemas neurológicos.

5. Necesidad de dormir y descansar.

Nos podemos encontrar con niños sedados (para su buena adaptación al respirador) o también con situaciones de decaimiento, -producidas por el agotamiento respiratorio, infecciones...-, o irritabilidad, sobre todo a las manipulaciones, lo que conlleva una alteración del patrón del sueño.

6. Necesidad de vestimenta adecuada.

El R.N. gran prematuro en principio no va a requerir ninguna vestimenta, va a estar dentro de una incubadora, posteriormente una vez se inicie el método canguro, la vestimenta apropiada para ello.

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal.

Son posibles las pérdidas de calor por conducción, convección y evaporación, todas ellas de gran valor en el prematuro que tiene una inmadurez del centro de la termorregulación.

8. Necesidad de mantener la higiene corporal.

Va a necesitar la ayuda de cualquier R.N., más la específica, al ser portador de dispositivos intravenosos, de ventilación y de monitorización.

9. Necesidad de evitar peligros.

Potencial riesgo de infección.

10. Necesidad de comunicarse y relacionarse

Se puede ver alterada la relación padres/lactante o vínculo materno, así como la relación de los padres con el personal sanitario debe de ser de lo más beneficiosa.

11. Necesidad de mantener creencias y valores.

Puede verse alterada en los padres por cambios en la escala de valores.

12. Necesidad de ocuparse y realizarse.

Los padres o cuidadores pueden sentirse irrealizados como tal, tener necesidad de ocuparse en lo posible del cuidado de su hijo.

13. Necesidad de participar en actividades recreativas.

Sin alteración.

14. Necesidad de aprender y descubrir.

Los padres tiene una gran necesidad de aprender todo lo relacionado con la situación de su hijo y los cuidados que este necesita. Habría que valorar la necesidad de ofrecer información a estos sobre lo que es el proceso de la enfermedad, funcionamiento de la unidad y otras necesidades que detectemos.

Planificación de cuidados

Problemas de autonomía

El R.N. ya por su naturaleza necesita ayuda total para la satisfacción de sus necesidades, al tratarse de un R.N. de gran prematuridad, estas necesidades se ven alteradas y precisan de nuestra ayuda. La suplencia va a ser siempre total. Vamos a puntualizar sobre los siete problemas de autonomía con los que nos vamos a encontrar.

1. Patrón de alimentación ineficaz.

2. Déficit de autocuidado baño higiene.

3. Déficit de autocuidado: uso del wc.

4. Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento.

- 5. Deterioro del patrón de sueño.
- 6. Termorregulación ineficaz.
- 7. Riesgo de lesión.

INTERVENCIONES DERIVADAS DE ESTOS PROBLEMAS DE AUTONOMÍA

00107 Patrón de alimentación ineficaz:

- 1056 Alimentación enteral por sonda.
- 1052 Alimentación por biberón.
- 5244 1054 Asesoramiento en la lactancia materna y ayuda en esta.
- 6840 Cuidados de canguro.
- 1100 Manejo de la nutrición.
- 6900 Succión no nutritiva
- 1874 Cuidados de la sonda gastrointestinal.

00108 Déficit de autocuidado baño/higiene:

- 1801 Ayuda con los autocuidados baño Higiene.

00110 Déficit de autocuidado: uso del wc:

- 1804 Ayuda con los autocuidados: aseo.

00109 Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento.

- 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal. (Cuando esto sea posible).

00095 Deterioro del patrón de sueño:

- 6480 Manejo ambiental: confort.
- 1850 Mejorar el sueño.
- 0840 Cambio de posición.
- 4400 Musicoterapia.
- 5880 Técnica de relajación.

00008 Termorregulación ineficaz

- 6480 Manejo ambiental.
- 3900 Regulación de la temperatura.

00035 Riesgo de lesión.

- 1875 Cuidados del catéter umbilical.
- 6924 Fototerapia.
- 6486 manejo ambiental: seguridad.
- 3180 Manejo de las vías aéreas artificiales.
- 3160 Aspiración de las vías aéreas.

ACTIVIDADES DERIVADAS DE ESTAS INTERVENCIONES

1056 Alimentación enteral por sonda.

- Insertar sonda, fijarla y comprobar su colocación
- Proporcionar chupete durante la alimentación.
- Irrigar sonda después de alimentación.
- Observar náuseas y vómitos.
- Antes de alimentación comprobar residuos.
- Desechar equipos de administración c/24 h
- Controlar el peso.

5245 Asesoramiento en la lactancia.

- Instruir a los padres acerca de la alimentación del bebe proporcionando información de ventajas y desventajas de la alimentación de pecho.
- Corregir conceptos equivocados
- Determinar la frecuencia con la que se da el pecho, en relación a las necesidades del bebé, cuando esto sea posible.
- Evaluar la succión/deglución llegado el momento.
- Mostrar forma de amamantar, técnicas de relajación y masaje de pecho llegado el momento.



- Fomentar la estimulación del pecho entre tomas. Recomendar el cuidado de los pezones.

1052 Alimentación por biberón cuando proceda.

- Determinar el estado del bebé antes de iniciar la alimentación.
- Calentar la formula a temperatura a tª ambiente.
- Colocar al bebé en posición semi-fowler.
- Hacer eructar al bebé en mitad de la toma.
- Utilizar tetina adecuada.
- Fomentar la succión.
- Vigilar el peso del bebé.

6840 Cuidados de canguro.

- Animar a la madre a que comience con los cuidados del bebe.
- Explicar los cuidados de canguro de niños prematuro y sus beneficios.
- Determinar si el estado del bebé cumple con las guías de participación en los cuidados de canguro.
- Preparar un ambiente tranquilo y privado.
- Conseguir que la madre lleve ropa cómoda, abierta por delante.
- Llevar a cabo la técnica correctamente.
- Monitorizar el estado del bebé.

1100 Manejo de la nutrición.

- Comprobar la ingesta registrada.
- Pesar al niño.

6900 Succión no nutritiva:

- Seleccionar un chupete adecuado para fomentar la succión. Proporcionarlo durante la alimentación por sonda y cinco minutos después de acabar esta así como cada cuatro horas. Mecer y coger al bebe si es posible cuando tenga el chupete y su estado lo permita.
- Acariciar suavemente la mejilla del bebe para estimular el reflejo de succión.
- Poner música suave y adecuada.
- Animar a la madre a que dé el pecho cuando sea posible.
- Instruir a los padres acerca del uso de la succión no nutritiva.

1874 Cuidados de la sonda gástrica.

- Observar la correcta colocación de esta, fijarla.
- Observar náuseas y vómitos.
- Auscultar sonidos intestinales.
- Observar cantidad, color y consistencia de contenido gástrico.
- Proporcionar cuidados de nariz y boca.
- Iniciar y vigilar periódicamente el aporte de alimentación por sonda.



- Proporcionar cuidados de la piel alrededor de la zona de inserción de la sonda. Extraer la sonda cuando se precise.

480 Manejo ambiental

- Limitar las visitas.
- Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.
- Determinar fuentes de incomodidad.
- Proporcionar incubadora limpia y cómoda.
- Ajustar la temperatura ambiental.
- Ajustar la iluminación.
- Controlar o evitar ruidos.
- Vigilar la piel y evitar exponerla a factores irritantes.

1850 Mejorar el sueño.

- Determinar efectos de la medicación en el sueño.
- Comprobar esquema de sueño del paciente, observando circunstancias que interrumpen el sueño
- Ajustar el ambiente
- Llevar a cabo medidas agradables.
- Agrupar actividades.

0840 Cambio de posición

- Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.
- Colocar en posición para el alivio de la disnea.
- Colocar en una posición que facilite la perfusión, ventilación.
- Cambios posturales frecuentes.

5820 Disminución de la ansiedad.

- Administrar masajes.
- Observar signos de ansiedad.
- Permanecer con el niño.

4400 Musicoterapia

- Limitar estímulos extraños.
- Asegurar volumen adecuado, y no largos periodos de tiempo.

5880 Técnica de relajación.

- Coger y calmar al bebé.
- Hablar suavemente.
- Reducir estímulos.
- Frotar la espalda.
- Ofrecer un baño.

3900 Regulación de la temperatura:

- Comprobar la tª. y ajustar la tª ambiental.
- Vigilar la tª del R.n. hasta que se establezca, manteniendo después esta a una tª cte.
- Observar el color y la tª de la piel.
- Colocar al R.n. en incubadora.

6924 Fototerapia.

- Observar signos de ictericia.
- Sacar niveles de bilirrubina, bajo solicitud médica.
- Cubrir los ojos, retirando gafas c/4h.
- Colocar fototerapia a altura adecuada, comprobando intensidad.
- Vigilar signos vitales.
- Cambios posturales.
- Observar signos de deshidratación, estado neurológico.
- Instruir a la familia.

1801 Baño.

- Realizar baño con agua a temperatura adecuada con jabones neutros y ausencia de estos en los primeros días de vida.
- Inspeccionar el estado de la piel.
- Aplicar crema en zona de piel seca.
- Cuidados perianal.

Diagnósticos de Enfermería prevalentes.

00161 Disposición para mejorar el conocimiento.
00126 Conocimiento deficiente.

00074 Afrontamiento familiar comprometido.
00115 Riesgo de conducta desorganizada del lactante.
00058 Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante.
00069 Afrontamiento inefectivo.
00105 Interrupción de la lactancia materna.

<u>Diag. 00126 Conocimiento deficiente.</u>		
Rc. Mala interpretación de la información, limitación cognitiva, falta de interés en el aprendizaje		
Mp. Verbalización del problema, comportamiento inapropiado o congruente (historia, apatía, agitación...)		
RESULTADOS	INDICADORES	INTERVENCIONES
<ul style="list-style-type: none"> 1819 Conocimiento sobre cuidados del lactante. 	09 DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA DE ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE 15 DESC. COLOCACIÓN PAÑALES 18 DESC. PATRONES DE SUENO DEL RN	<ul style="list-style-type: none"> 5244 Asesoramiento en la lactancia.
<ul style="list-style-type: none"> 1801 conocimiento lactancia materna. 	09 DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS DE L.M. 05 DESC. DE TÉCNICA ADECUADA PARA AMAMANTAR AL BEBE 15 DESC. DE TÉCNICA ADECUADA DE EXTRACCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE L.M.	<ul style="list-style-type: none"> 1054 Ayuda en la lactancia materna.
<ul style="list-style-type: none"> 1803 conocimiento proceso de la enfermedad. 	02 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE LA ENFERMEDAD.	
<ul style="list-style-type: none"> 1813 conocimiento régimen terapéutico 	05 DESCRIPCIÓN DE LA JUSTIFICACIÓN DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO	<ul style="list-style-type: none"> 5606 Enseñanza individual.

<u>Diag. 00058 Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante.</u>		
Rc los factores de riesgo pueden ser: barreras físicas, ansiedad asociada al rol parental, roles preestablecidos, falta de intimidad, incapacidad de los padres para satisfacer las necesidades personales y separación.		
RESULTADOS	INDICADORES	INTERVENCIONES
<ul style="list-style-type: none"> 2200 Adaptación del cuidador principal al ingreso 	02 PARTICIPACIÓN EN LOS CUIDADOS 07 RESOLUCIÓN DE LA CULPA 13 DISPONIBILIDAD PARA CONSENTIR LOS TÍTOS	<ul style="list-style-type: none"> 5238 Asesorar al alimentadores.
<ul style="list-style-type: none"> 1382 Afrontamiento de problemas 	07 VERBALIZA SEÑALES DE CONTROL 04 REFIRSE DISTORSIONES DE ESTRÉS 05 VERBALIZA ACEPTACIÓN DE LA SITUACIÓN 11 IDENTIFICA ESTRATEGIAS DE COPING 17 REFIRSE IDENTIFICACION DE LOS SENTIMIENTOS NEGATIVOS	<ul style="list-style-type: none"> 5568 Educación paternidad.
<ul style="list-style-type: none"> 1409 Autocontrol de la depresión 	04 PLANEAR ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LOS EFECTOS DE LOS FACTORES PRECUSAORIOS 05 AUSENCIA DE MANIFESTACIONES DE UNA CONDUCTA HIPERDEFENSA.	
<ul style="list-style-type: none"> 1819 Conocimiento: cuidados del lactante 	09 DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA DE ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE 15 DESC. COLOCACIÓN PAÑALES 18 DESC. PATRONES DE SUENO DEL RN	
<ul style="list-style-type: none"> 2211 Ejecución del rol de padre 	01 FACILITA LAS NECESIDADES FÍSICAS DEL RN 17 MANIFIESTA RELACION DE AFECTO CON EL RN	<ul style="list-style-type: none"> 6710 Facilitar el conocimiento.
<ul style="list-style-type: none"> 1300 Llamas afectivos padre-hijo. 	14 LOS PADRES RESPONDEN A LAS SEÑALES DEL LACTANTE 20 EL LACTANTE RESPONDE A LAS SEÑALES DE LOS PADRES.	
<ul style="list-style-type: none"> 1212 Nivel de estrés 	13 INESTABILIDAD 22 ANSIEDAD	

<u>Diag. 00161 disposición para mejorar los conocimientos</u>		
Mp. los padres muestran interés en el aprendizaje, explican su conocimiento del tema y describen experiencias previas.		
RESULTADOS	INDICADORES	INTERVENCIONES
<ul style="list-style-type: none"> 1819 Conocimiento sobre cuidados del lactante. 	09 DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA DE ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE 15 DESC. COLOCACIÓN PAÑALES 18 DESC. PATRONES DE SUENO DEL RN	<ul style="list-style-type: none"> 5244 Asesoramiento en la lactancia.
<ul style="list-style-type: none"> 1801 conocimiento lactancia materna. 	09 DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS DE L.M. 05 DESC. DE TÉCNICA ADECUADA PARA AMAMANTAR AL BEBE 15 DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA ADECUADA DE EXTRACCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE L.M.	<ul style="list-style-type: none"> 1054 Ayuda en la lactancia materna.
<ul style="list-style-type: none"> 1803 conocimiento proceso de la enfermedad. 	02 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE LA ENFERMEDAD.	
<ul style="list-style-type: none"> 1813 conocimiento régimen terapéutico 	05 DESCRIPCIÓN DE LA JUSTIFICACIÓN DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO	<ul style="list-style-type: none"> 5606 Enseñanza individual.

Diag. 00115 Riesgo de conducta desorganizada del lactante		
R: Pueden ser varios los factores de riesgo como dolor, procedimientos invasivos o dolorosos, prematuridad en sí o subdesarrollo ambiental.		
RESULTADOS	INDICADORES	INTERVENCIONES
<ul style="list-style-type: none"> 0117 Adaptación del prematuro 	01 FIC 03 ER 04 SATISFACCIÓN 06 CRIATURAS CUTÁNEA 07 TOLERANCIA AL DOLOR 18 POSTURA FLEXIONADA 17 RESONANCIA ULTRASONICA	<ul style="list-style-type: none"> 4540 Cambio de posición
<ul style="list-style-type: none"> 0212 Movimiento controlado 	01 RESISTENCIA DE LA CONTRACCIÓN MUSCULAR 02 TONO MUSCULAR 07 MOVIMIENTO (AJUSTADO)	<ul style="list-style-type: none"> 4620 Cuidado del lactante.
<ul style="list-style-type: none"> 1004 Sueño 	01 HORAS DE SUEÑO 02 HORAS DE SUEÑO CUMPLIDAS 01 PATRÓN DEL SUEÑO	<ul style="list-style-type: none"> 4402 Manejo ambiental confort.
<ul style="list-style-type: none"> 1000 Termorregulación 	01 T° CUTÁNEA AUMENTADA 02 DESEMPEÑO DE LA T° 03 HEDATARRRHO 06 HEMEREMIA 07 CAMBIOS DE COLORACIÓN CUTÁNEA 13 IR 14 DESHIDRATACIÓN 17 IC 18 HIPERTERMIA 20 HIPOTERMIA	<ul style="list-style-type: none"> 4000 Sacción no nutritiva 3900 Regulación de la temperatura
<ul style="list-style-type: none"> 0120 Desarrollo integral 	RELEER	

Diag. Interrupción de la LM.		
R.e. Prematuridad		
M.p.		
<ul style="list-style-type: none"> Dosis inadecuada de mantener la lactancia y proporcionar el leche para amamantar a su hijo Separación madre hijo Falta de conocimiento sobre la lactancia y el amamantamiento de la leche 		
Resultados	Indicadores	INTERVENCIONES
<ul style="list-style-type: none"> 1000 Consentimiento LM. 	01 DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS DE LM. 01 DESCRIP. DE TÉCNICA ADECUADA PARA AMAMANTAR AL BEBÉ 15 DESCRIP. DE TÉCNICA ADECUADA DE EXTRACCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE LM.	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo emocional. 3244 Asesoramiento en LM.
<ul style="list-style-type: none"> 1002 Mantenimiento LM. 	01 CAPACIDAD PARA RECIBIR Y ALMACENAR DE FORMA SUFFICIENTE LECHE MATERNA CUANDO SE DEBE. 04 CONOCIM FAMILIAR DE LOS BENEFICIOS DE LA LM CONTINUADA. 13 EXPERIENCIAS FAMILIARES DE SÍNTESIS RELACIONADAS CON EL PROCESO DE LACT. MATERNA	<ul style="list-style-type: none"> 3250 Asesorar el amamantamiento.
<ul style="list-style-type: none"> 1000 Cuidos afectivos (padre hijo) 	15 LOS PADRES RESPONDEN A LAS SEÑALES DEL LACTANTE. 20 EL LACTANTE RESPONDE A LAS SEÑALES DE LOS PADRES.	<ul style="list-style-type: none"> 3400 Enseñanza individual. 4000 Sacción no nutritiva

Diag 00074 Afrontamiento familiar comprometido.		
R: Los padres están temporalmente preocupados e intentan manejar sus conflictos emocionales e información personal, son incapaces de percibir e actuar de forma efectiva con respecto a las necesidades del niño. Los padres tienen información o comprensión inadecuada e incorrecta.		
M.p. Los padres intentan poner en práctica comportamientos de ayuda con resultados poco satisfactorios, necesitan conductas dispuestas a cambio, demuestran preocupación ante la efectividad y desconfianza en su comprensión o conocimiento inadecuado.		
RESULTADOS	INDICADORES	INTERVENCIONES
<ul style="list-style-type: none"> 3000 Afrontamiento de los problemas 	01 VERBALIZA SENSACIONES DE ESTRES. 04 RESPONDE DEMUESTRA DE ESTRES 05 VERBALIZA ACEPTACIÓN DE LA SITUACIÓN 11 EXHIBIR ESTRATEGIAS DE SUPERACIÓN 17 RESPONDE DEMUESTRA DE LOS SENTIMIENTOS NEGATIVOS	<ul style="list-style-type: none"> 7140 apoyo a la familia. 5234 Asesorar el afrontamiento.
<ul style="list-style-type: none"> 2204 Relación entre los padres y el niño. 	01 COMPRENSIÓN EFECTIVA 02 PACIENCIA 04 TRANQUILIDAD 07 PROTECCIÓN 12 RESPONSABILIDAD DE RESPONSABILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> 7200 Fomentar la implicación familiar.
<ul style="list-style-type: none"> 2306 Salud emocional de los padres. 	01 SENSACIONES DE ESTRES. 04 TEMOR 06 CULPA 07 DEPRESIÓN 08 FRUSTRACIÓN	

Diag 00069 afrontamiento inefectivo		
Re incertidumbre, falta de confianza, percepción de un nivel inadecuado de control.		
Mp falta de conductas orientadas al logro de objetivos o a la resolución de problemas, incapacidad para tratar la dificultad para organizar la información, incapacidad para afrontar la situación e incapacidad para satisfacer las expectativas del rol		
RESULTADOS	INDICADORES	INTERVENCIONES
<ul style="list-style-type: none"> 2200 Adaptación del cuidador principal al ingreso 	02 PARTICIPACION EN LOS CUIDADOS 07 RESOLUCION DE LA CULPA 11 DISPONIBILIDAD PARA CONSENTIR LOS TTOS	<ul style="list-style-type: none"> 5230 Aumentar el afrontamiento. 5568 Educación paterna: niño. 6710 Fomentar el acercamiento.
<ul style="list-style-type: none"> 1302 Afrontamiento de problemas 	03 VERBALIZA SENSACION DE CONTROL 04 REFIERE DISMINUCION DE ESTRES 05 VERBALIZA ACEPTACION DE LA SITUACION 11 IDENTIFICA ESTRATEGIAS DE SUPERACION 17 REFIERE DISMINUCION DE LOS SENTIMIENTOS NEGATIVOS	
<ul style="list-style-type: none"> 1409 Autocontrol de la depresión 	04 PLANIFICA ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LOS EFECTOS DE LOS FACTORES PRECURSORES. 05 AUSENCIA DE MANIFESTACIONES DE UNA CONDUCTA DEPRESIVA.	
<ul style="list-style-type: none"> 1819 Conocimiento: cuidados del lactante 	00 DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA DE ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE 15 DESCRIP. COLOCACION PAÑALES 18 DESCRIP. PATRONES DE SUEÑO DEL RN	
<ul style="list-style-type: none"> 2211 Ejecución del rol de padres 	01 FACILITA LAS NECESIDADES FISICAS DEL NIÑO. 17 MANIFIESTA RELACION DE AFECTO CON EL NIÑO	
<ul style="list-style-type: none"> 1500 Lazos afectivos padre-hijo. 	15 LOS PADRES RESPONDEN A LAS SEÑALES DEL LACTANTE. 20 EL LACTANTE RESPONDE A LAS SEÑALES DE LOS PADRES.	
<ul style="list-style-type: none"> 1212 Nivel de estrés 	13 INQUIETUD. 22 ANSIEDAD.	

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

Alteraciones respiratorias

Intervenciones: monitorización, oxigenoterapia, aspiración de las vías aéreas, manejo de las vías aéreas artificiales, fisioterapia respiratoria, intubación/extubación, ventilación mecánica.

Apneas y bradicardias propias del prematuro

Intervenciones: monitorización, manejo del shock.

Riesgo de infección o infección ya manifiesta.

Intervenciones: cambio de posición, vigilancia de la piel, cuidados del catéter, protección contra infecciones, administración de medicamentos.

Hipo/hiper glucemias o riesgo de estas.

Intervenciones: manejo de la hipoglucemia, manejo de la hiper glucemia.

Convulsión.

Intervenciones: manejo de las convulsiones.

Ictericia.

Intervenciones: fototerapia, manejo de líquidos.

Dolor.

Intervenciones: manejo del dolor.

Necesidad de aporte i.v., medicación y/o productos sanguíneos.

Intervenciones: terapia i.v., administración de N.P. administración de medicación y manejo de esta, administración de productos sanguíneos.

Toma de muestras.

Intervenciones: flebotomía venosa, arterial, capilar, vía canalizada.

EN MARCHA EL CONVENIO AYUNTAMIENTO-COLEGIO

Huelva.- Redacción

El Colegio de Enfermería y el Ayuntamiento de Huelva han comenzado a desarrollar el programa contenido en el Convenio firmado por ambas instituciones, del que dimos cuenta en nuestro anterior número. En virtud de una iniciativa de marcado acento social, profesionales de Enfermería designados por el Colegio han puesto en marcha una serie de encuentros con la población que se irán desarrollando a lo largo del presente 2009. Como primera y positiva experiencia, el reciente Taller celebrado en la sede de la "Federación Onubense de Discapacitados Cristóbal Colón".



RCP" que tuvo como destinatarios a los integrantes de la "Asociación Onubense de Cáncer de Mama Santa Agueda" convocados a tal efecto en la sede de la Federación de Discapacitados Cristóbal Colón, sita en la Plaza de la Magdalena de nuestra capital.

Los profesionales encargados de impartir estas enseñanzas, de enorme utilidad para el ciudadano de a pie, fueron Ángel Salvador Gómez y Jesús Ruiz Neira, dos jóvenes enfermeros que, de forma voluntaria, se volcaron en cuantas explicaciones hubo lugar a desarrollar. El coordinador para este evento, como para el resto del programa contenido en el convenio con el consistorio, es Pedro Pino Moya, igualmente enfermero colegiado onubense.

portar beneficios para los ciudadanos. Se trata de poner a pie de calle conocimientos básicos y alentar aquellas actitudes personales sobre distintos capítulos de auténtica salud pública, llámese RCP, el cuidado del pie diabético, la movilización de enfermos y un largo etcétera. Como son cosas que ocupan, y preocupan, a amplios sectores de la sociedad, el Colegio se siente muy satisfecho de protagonizar estos eventos porque se acercan a la realidad diaria de tanto casos en los que hay una gran ausencia de información y conocimiento al respecto de todos los enunciados que, hasta acabar el presente año, vamos a ir desarrollando en diferentes lugares de carácter ciudadano".

Hábitos

Los lectores de esta publicación recordarán que entre el Ayuntamiento de la ciudad de Huelva y este Colegio Oficial se suscribió un convenio por el que ambas partes se comprometían a desarrollar foros dedicados, entre otros objetivos, a "promocionar hábitos y conductas saludables". Y como la velocidad se demuestra andando, el compromiso no ha quedado en papel mojado sino todo lo contrario: la primera piedra de este interesante programa ya se ha materializado en forma de un Taller sobre "Primeros auxilios:

Básicos

Tras esta primera experiencia en el comentado Taller sobre primeros auxilios, el secretario de la Junta de Gobierno colegial, Martín Vázquez, no dudaba de calificar como "de muy positiva e interesante esta iniciativa que, a buen seguro, solo va a re-



La investigación en Enfermería como eje convergente entre la formación postgrado y las nuevas perspectivas laborales



Bernat Soria

Autores: Tomás Lozano-León¹, José Antonio Gómez-Fernández², Esther María Romero Indiano³, Brígida Peral Belchior⁴.

¹Doctorando en Enfermería, Universidad de Alicante. Diplomado y Máster Oficial en Enfermería. Unidad de Roting, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

²Doctorando en Enfermería, Universidad de Alicante. Diplomado y Máster Oficial en Enfermería. Supervisor de Laboratorio de Análisis Clínicos, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

³Diplomada en Enfermería. Dispositivo de Apoyo, Distrito Sanitario Huelva-Costa.

⁴Diplomada en Enfermería. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

*¡Desafortunados los científicos que sólo tengan en su cabeza ideas claras!
Louis Pasteur (1822-1895)*

Investigar, investigar e investigar. Esta ha sido una de las principales conclusiones del I Congreso Internacional sobre el desarrollo profesional y Académico de la Enfermería: Niveles competencias y ámbito laboral celebrado los pasados 20 al 23 de Mayo de 2009 en el Campus del Carmen de la Universidad de Huelva.

Se plantea este congreso como la búsqueda de la convergencia entre la Enfermería académica, enmarcada en el nuevo Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) y la transmisión de esta nueva formación Enfermera, ya sin techo académico, en el ámbito laboral.

Este evento organizado por la Dirección del Master Oficial en Ciencias de la Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería, ha sido capaz de convocar a profesionales de reconocido prestigio nacional e internacional entre los que cabría destacar al Profesor Dr. Bernat Soria (Catedrático de la Universidad de Alicante y ex-Ministro de Sanidad), Adrián Vermunt (ex-Rector de la Universidad Hogeschool Zeeland y actual Coordinador Europeo de Programas Máster y Doctorado en Ciencias de la Salud) o Concepción Padilla Marín (Directora de Estrategia de Cuidados de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía); así como una nutrida representación de otras instituciones y universidades como la Universidad de Alicante, Almería, Internacional de Cataluña, Zaragoza y otras.

No habría tenido razón de ser el actual Congreso sin la puesta en marcha del EEES que, a través de su controvertido Plan de Bolonia, ha permitido que la Enfermería pase de ser una titulación de segunda clase – en la que ser diplomado era el tope formativo de no ser por los itinerarios alternativos de aquellos Enfermeros con inquietudes y aspiraciones académicas superiores – a recibir igual trato que el resto de titulaciones europeas con la creación

de los niveles académicos de Grado, Máster y Doctorado.

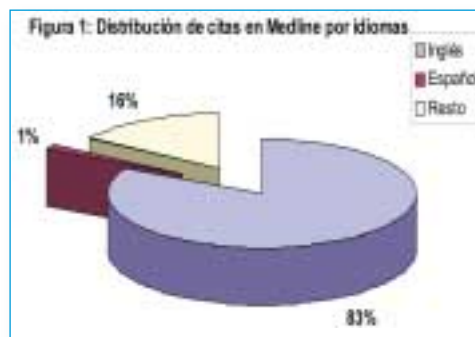
Vemos de este modo superado nuestro tan ansiado techo de cristal.

Lograda la igualdad académica, ahora toca encontrar en el ámbito profesional cabida a esta formación de Grado y postgrado en lo que respecta a estos diferentes niveles Enfermeros, por un lado, y por otro lado en el ámbito “extra-Enfermero”. Esto es, alcanzar la diferenciación profesional de los cuidados como disciplina independiente y a su vez integrada en el equipo de salud.

A este respecto alude el profesor Bernat Soria. Pone como condición indispensable para el progreso independiente de una disciplina profesional incipiente como es la Enfermería, la profesionalización de la investigación en nuestro propio cuerpo de conocimiento, la cual tiene ahora cabida con la actual formación oficial postgrado de Máster y Doctorado. Es la única manera de formar parte del sistema de salud como un “conjunto disjuncto”. De este modo hacía referencia a la necesidad de que nuestra profesión tome su propio derrotero al margen de las demás disciplinas de salud. Es más, Soria animó a la Enfermería en la línea investigadora a ir más allá de la etapa posdoctoral con la realización de “macroproyectos” de investigación.

Una asignatura pendiente para lograr estos objetivos, es el idioma común de la investigación. Si se quiere que la investigación enfermera obtenga la repercusión y la visibilidad de otras disciplinas es imprescindible el pleno dominio de la lengua anglosajona.

La mayor base de datos biomédica, Medline, cuenta actualmente con más de 18 millones de citas de publicaciones científicas, de las cuáles tan sólo 260.000 están en español (Figura 1). Lo que supone que 1 de cada 70 artículos publicados en Medline están en español.



Fuente: Pubmed (US National Library of Medicine)
Elaboración propia.

Pero es más, de esos 18 millones de referencias, el 3% corresponden a citas de revistas enfermeras, entre los que encontramos 4900 artículos escritos en español (Figura 2). ¿Supone una visibilidad aceptable para nuestra profesión el hecho de encontrar un 0,03% de

artículos enfermeros en español dentro de la mayor base de datos biomédica? Tenemos un gran reto por delante.



Fuente: Pubmed (US National Library of Medicine)
Elaboración propia.

Por otro lado, la responsable de Cuidados de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía apuesta institucionalmente por la acreditación de los profesionales sanitarios. Espera que en los próximos años haya un aumento gradual de lo Enfermeros acreditados o que inician el proceso. Desde este foro de debate, Concepción Padilla tendió la mano y lanzó el reto al ámbito académico universitario estando dispuestos a contratar aquellas personas que tengan el grado en Enfermería, siempre y cuando estén formadas en una serie de competencias.

Se acerca de este modo la formación universitaria a las nuevas perspectivas laborales. Son las altas esferas de lo laboral y lo académico las que deben aproximarse buscando el punto de unión más preciso para que, desde la universidad se forme a Enfermeros competentes que la sociedad y la sanidad demandan y a su vez la sanidad oferte perfiles de puestos de trabajos que la sociedad necesita y la universidad forma.

Parece ser por todo lo expuesto, que nos encontramos después de muchas generaciones de Enfermeros y Enfermeras luchando desde muy diversos frentes, ante un punto de inflexión en el desarrollo profesional y académico de nuestra profesión. Conviene recordar que hace menos de 60 años todavía se podía estudiar Practicante, y hasta hace poco más de 30 años aún se realizaban los estudios de Ayudante Técnico Sanitario. Todas estas titulaciones, no universitarias, siempre a la sombra y como corpúsculos de otras disciplinas sanitarias.

Estamos ante el inicio de una andadura en solitario en la que nos queda mucho camino por recorrer en lo académico – actualmente contamos con unos 30 Doctorandos en Enfermería en la provincia de Huelva – y en lo laboral a través de la profesionalización de los cuidados Enfermeros.

1. TÍTULO:

Temor e Incumplimiento del tratamiento en una paciente intervenida de coleditiasis. El marco teórico de Virginia Henderson en una unidad de cirugía.

2. AUTORES:

- María del Carmen VÁZQUEZ FERNÁNDEZ. Enfermera del Servicio Andaluz de Salud. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.
- Manuel Jesús SALAS IGLESIAS. Enfermero del Servicio Andaluz de Salud. Distrito Sanitario Huelva-Costa. Huelva.

3.-INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL CASO:

3.1.- Tipología: Estudio de caso que responde a la tipología general de "caso clínico" propiamente dicho, donde el objeto de estudio se centra en el paciente y refiere a un aspecto concreto del ámbito asistencial: planificación del cuidado de una paciente intervenida de coleditiasis. Por su alcance, es de tipo genérico y ejemplar toda vez que pudiera ilustrar algunas características de los planes de cuidados que, aunque se encuentran en otros casos, por ejemplo, con diagnósticos como el temor o el incumplimiento del tratamiento, adquieren una connotación de distinta naturaleza en atención especializada. El ámbito de aplicación responde por tanto al contexto de una unidad de hospitalización. Es un caso contemporáneo, único y de uso exploratorio-descriptivo. Plantea algunas cuestiones relativas a la continuación del estudio inferencial.

3.2.- Justificación del caso: Su relevancia viene dada por ser un "caso tipo" de plan de cuidados en una paciente ante una intervención quirúrgica. Constituye un caso diacrítico de hospitalización en una unidad de cirugía. Contribuye a acercarse a la teoría partiendo de la práctica asistencial. Trae a colación cuestiones relativas al desarrollo profesional, evidenciando áreas de autonomía profesional en atención especializada y la utilización de herramientas metodológicas como la NIC para manifestar las intervenciones interdependientes. Se pone de manifiesto la relevancia de la detección de problemas específicos que son abordados de forma básica y que precisan continuidad en atención primaria.

3.3.- Mapa de teorías: Partimos del marco teórico de Virginia Henderson como elemento filosófico de orientación profesional y utilizamos los Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero(SELE'S) como elemento que contribuye a disipar la variabi-



lidad profesional: NANDA, NOC y NIC. Utilizamos las variables clinimétricas como elementos de soporte en la valoración. Se pone en valor el informe de enfermería al alta como herramienta de potenciación de la continuidad de cuidados.

4.- HISTORIAL:

Paciente de 61 años, con diagnóstico médico de coleditiasis, que llega a la Unidad de Cirugía del Hospital Juan Ramón Jiménez derivada de Consultas Externas para intervención quirúrgica programada. Refiere no conocer alergias medicamentosas y presenta Antecedentes Personales de Hipertensión Arterial(HTA).

5.- PLAN DE CUIDADOS

5.1.- VALORACIÓN EN PLANTA

5.1.1.- NECESIDAD DE RESPIRACIÓN

- Presenta hábito tabáquico, fumadora de 20 cig./día. Refiere tos seca y disnea de esfuerzo, sobre todo al subir escaleras. No ha intentado nunca dejar de fumar, manifestando verbalmente que "le gusta". Reconoce que en varias ocasiones le han recomendado que deje el tabaco.

- Datos objetivos: Frecuencia Respiratoria(F.R.): 24 respiraciones/min.; Frecuencia cardiaca(F.C.): 82 pulsaciones/min., rítmico; Presión Arterial (T.A.): 120mmHg./70mmHg.

- Variables Clinimétricas:

Test de Fageström: (5) Dependencia moderada a la nicotina.

Test de Richmon: (2) Poca Motivación

Paciente en fase precontemplativa de Prochaska y DiClemente

5.1.2.- NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN

- No tolera bien las grasas. Hace una dieta equilibrada pero con sal, manifestando su negación a realizar dieta sosa a sabiendas de que constituye parte del tratamiento de su HTA.

- Estado de la mucosa oral: faltan piezas dentales, aunque no refiere problemas para la masticación-deglución.

- Ingesta diaria de líquido de 1.5 litros.

5.1.3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

- Urinaria: Continente, sin pérdidas. No refiere molestias. Orina de aspecto normal.

- Intestinal: Continente. Refiere cierta dificultad para la defecación desde siempre, con un ritmo habitual de 1 vez c/3 días. No utiliza laxantes y presenta hemorroides.

5.1.4.- NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN

- Sin alteración observada ni manifestada. Hace ejercicio habitualmente y va a clases de baile(sevillanas, rumba) dos veces a la semana.

- Variables Clinimétricas:

Índice de Barthel: (100)

5.1.5.- NECESIDAD DE REPOSO/SUEÑO

- Duerme 6 horas al día aproximadamente, de las cuales 5 y ? h. son nocturnas. Refiere que este es su patrón de sueño desde siempre, que es "una persona de dormir poco".

- Refiere dificultad para conciliar el sueño y precisa de medicación (Tranxilium 5 mg. antes de acostarse).

- Se despierta varias veces para orinar.

5.1.6.- NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE

-No necesita ayuda. Usa ropa cómoda.

5.1.7.- NECESIDAD DE TEMPERATURA CORPORAL

- Afebril: (Tª 36.5 °C).

- Refiere no adaptarse bien a los cambios de Tª.

5.1.8.- NECESIDAD DE HIGIENE CORPORAL/PIEL

- Hábitos higiénicos: en invierno se ducha en días alternos y a diario en verano. No precisa ayuda.

- Buen estado de la piel y mucosa.

5.1.9.- NECESIDAD DE SEGURIDAD

- Refiere no conocer alergias de ningún tipo.

- Cumple el plan terapéutico prescrito, aunque sólo el medicamentoso, presentado resistencia a la modificación-adquisición de hábitos saludables(hábito tabáquico, dieta sosa).

- Refiere dolor constante, localizado en epigastrio e irradiado hacia hipocondrio derecho, con una intensidad puntuable de 4 en una escala de cero al diez(0-10).

- Se muestra nerviosa e inquieta al ingreso y manifiesta temor ante hecho de tener que ser operada.

5.1.10.-NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

- No presenta dificultad en la comunicación. Muy sociable, con facilidad para hacer amigos.

- Usa gafas para el cerca.

5.1.11.-NECESIDAD DE RELIGIÓN/CREENCIAS

-Católica, practicante. Muestra interés para que nos pongamos en contacto con el cura del hospital, manifestando que para ella "es importante practicar la fe durante su ingreso".

5.1.12.- NECESIDAD DE TRABAJAR/REALIZARSE

-Situación laboral activa, refiere "trabajar por libre como empleada del hogar en una familia" desde hace 13 años.

5.1.13.- NECESIDAD DE ACTIVIDADES RECREATIVAS

- Va a clases de Baile dos veces por semana. Le gusta la lectura, la televisión, pasear y conversar con las amigas y la familia.

5.1.14.- NECESIDAD DE APRENDER Y DESCUBRIR

- Está informada sobre el proceso de su enfermedad y presenta interés por la evolución postquirúrgica.

6.-PROBLEMAS DE ENFERMERÍA (NANDA)

6.1.- DxE(000148): Temor

R/C: procedimientos hospitalarios: intervención quirúrgica

M/P: verbalización del paciente: *"sentirse asustada, inquieta, mayor dificultad para conciliar el sueño y demanda de apoyo espiritual"*.

6.1.1.-CRITERIO DE RESULTADO (NOC)

NOC (1404): Control del miedo.

Indicadores:

140402-Elimina los factores precursores del miedo:(1)?(3) en dos días.

140403-Busca información para reducir el miedo:(3)?(4) en dos días.

140405-Planea estrategias para superar las situaciones temibles:(1)?(3) en dos días.

140407-Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo:(1)?(3) en dos días.

6.1.2.- INTERVENCIONES (NIC)

NIC(5610): Enseñanza: prequirúrgica.

Actividades:

- Informar a la paciente y al familiar acerca de la fecha, hora, lugar programados de la cirugía.

- Informar a la paciente de la duración esperada de la operación.

- Dar tiempo a la paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.

- Describir las rutinas preoperatorias(anestesia, dieta, preparación de la piel, terapia intravenosa(I.V.), vestimenta, zona de espera para la familia y traslado al quirófano).

- Discutir las posibles medidas de control del dolor.

- Explicar el propósito de las frecuentes valoraciones postoperatorias.

- Describir las rutinas postoperatorias(medicamentos, catéteres, deambulación, dieta, visitas familiares) y explicar su objetivo.

- Enseñar al paciente cómo puede ayudar en la recuperación.

NIC(6040): Terapia de relajación simple.

Actividades:

-Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles(musical y relajación muscular progresiva).

- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luz suave y temperatura agradable, cuando sea posible.

- Enseñar a la persona a adoptar una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados.

- Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezo, respiración abdominal e imágenes de paz.

-Utilizar un tono de voz bajo, diciendo las palabras lenta y rítmicamente.

- Fomentar la repetición o práctica frecuente de las técnicas seleccionadas.

- Dejarle un tiempo sin molestar ya que la paciente puede quedarse dormida.

NIC(5420): Apoyo espiritual.

Actividades:

- Estar abierto a los sentimientos de la paciente acerca de la enfermedad y la muerte.

- Alentar la asistencia a servicios religiosos.

- Remitir al asesor espiritual de la elección del paciente.

6.2.-DxE(00079): Incumplimiento del tratamiento: hábito dietético (dieta s/s) y tóxico (tabáquico)

R/C: (F.D.: Fuerza psíquica): Factores individuales: toma inadecuada de decisiones.

M/P: conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento por afirmaciones del paciente: se niega a comer la dieta s/s y no tiene intención de dejar de fumar aún sabiendo que forman parte del tto.

6.2.1.-CRITERIO DE RESULTADO(NOC)

NOC(1601): Conducta de cumplimiento.

Indicadores:

160102-Solicita la pauta prescrita:(1) → (3) en un mes.

160103-Comunica seguir la pauta prescrita:(1)?(3) en un mes.

160101-Confianza en el profesional sanitario sobre la información obtenida:(1)?(3) en un mes.

160110-Otros: Especifica las modificaciones que debe introducir en sus hábitos de vida: alimentación y hábito tabáquico:(1) → (3) en un mes.

6.2.2.-INTERVENCIONES (NIC)

NIC(5246)-Asesoramiento nutricional.

Actividades:

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.

- Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud.

- Facilitar la identificación de las conductas alimenticias que se desean cambiar

- Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.

- Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimenticios básicos, así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta.

- Comentar gustos y aversiones alimenticios del paciente.

- Valorar los esfuerzos realizados para conseguir objetivos.

NIC(4510)-Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas.

Actividades:

- Establecer una relación terapéutica con el paciente.

- Animar a la paciente a que tome el control de su propia conducta.

- Ayudar a los miembros de la familia a reconocer que la dependencia de sustancias químicas es una enfermedad familiar.

- Discutir con el paciente el impacto que tiene el consumo de sustancias en el estado médico y de salud en general.

- Discutir el efecto del consumo de sustancias en las relaciones familiares y con los amigos.

-Identificar los objetivos constructivos con el paciente para disponer alternativas al consumo de sustancias que disminuyan el estrés.

6.3.- DATOS DE INTERÉS PARA SU MÉDICO:

- Disnea de Esfuerzo.

- Se despierta varias veces para orinar ¿toma diurético por la noche?, ¿hay posibilidad de cambio?

6.4.- COMPLICACIONES POTENCIALES (C.P.):

- C.P: Estreñimiento secundario a hemorroides. Remitir a protocolo hemorroides.

6.5.- PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES O DE COLABORACIÓN:

- Dolor.

- Proceso quirúrgico.

Intervenciones de enfermería:

NIC(7310)-Cuidados de enfermería al ingreso.

NIC(2880)-Coordinación preoperatoria.

NIC(2930)-Preparación quirúrgica.

NIC(2305)-Administración de medicación: parenteral.

NIC(6680)-Vigilancia periódica de los signos vitales.

NIC(3660)-Cuidado de las heridas.

NIC(7370)-Planificación del alta.

7.- EVOLUCIÓN AL ALTA DE LA PACIENTE

Buena evolución durante el periodo postquirúrgico. Responde bien a la pauta de analgesia prescrita que es retirada a las 24 horas por mejoría. Constantes vitales normales. Buena tolerancia tras la intervención. Herida quirúrgica sin hallazgos significativos; no signos de infección.

Necesitará cuidados de la herida quirúrgica en el centro de salud de su ZBS, así como retirada de puntos el día indicado en informe de alta médica. Presenta independencia en la necesidad de movilidad, pudiendo desplazarse a su centro de salud para las curas; variables clinimétricas: Barthel 100. Durante su ingreso no se ha evidenciado estreñimiento, debiendo ser estudiado con posterioridad, al igual que una posible manifestación de dependencia en el patrón del sueño.

En cuanto a los diagnósticos, durante el tiempo que ha estado presente la causa del temor(intervención quirúrgica) se han conseguido los objetivos mediante las intervenciones planteadas. Al alta queda resuelto.

En relación al incumplimiento del tto precisamos una continuidad en A.P.S. toda vez que los objetivos y las intervenciones planificadas así lo exigen cronológicamente. Durante la estancia hospitalaria hemos trabajado la fuerza psíquica encontrando una respuesta positiva en la paciente. Toma consciencia de los beneficios y relaciona con su situación de salud el seguimiento dietético terapéutico y la deshabitación tabáquica indicada(Fase contemplativa)

8.- INFORMACIÓN PARA SU ENFERMERO/A DE FAMILIA Y SALUD COMUNITARIA: CONTINUIDAD DE CUIDADOS

- Continuar asesoramiento nutricional.
- Ayuda para dejar de fumar.
- Cuidados de herida quirúrgica.
- Valorar Sueño después de la intervención quirúrgica y alta hospitalaria;(sigue alterado?: entonces DxE; Identificar F.D. y/o derivar a otro profesional.

9.- BIBLIOGRAFÍA

- (1) Alfaro-LeFevre, R. Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso. Springer-Verlag Ibérica. Barcelona. 1999.
- (2) Buena-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).
- (3) Coller, X. El estudio de casos. Cuadernos metodológicos del Centro de Investigaciones Sociológicas(CIS).Madrid. 2005;30.
- (4) Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. Enfermer@s del Servicio Andaluz de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2004.
- (5) Diagnósticos Enfermeros de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA): Definiciones y Clasificación 2005-2006. Harcourt. Madrid, 2005.
- (6) Fernández, C. y Novel, G.(1993). El proceso de Atención de Enfermería: Estudio de Casos. Barcelona. Masson-Salvat Enfermería.
- (7) Fuentes, L. (2008) Cómo realizar sesiones clínicas de enfermería. Formación Continuada Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.
- (8) Guía de diagnósticos enfermeros en atención primaria. FUDEN. Madrid. 2003.
- (9) Luís Rodrigo, M.T. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Barcelona. Masson.2005.
- (10) Luís Rodrigo, M.T.; Fernández Ferrín, C.; y Navarro Gómez Mª V. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona. Masson.1998.
- (11) Morales Asencio, J.M.(2002). Evaluación de casos clínicos. Citado en "Sesiones Clínicas de Enfermería". Programa Quid-Innova. Fundación INDEX-SAS. Sevilla-2008.
- (12) 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.
- (13) 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 Enfermar 2006;9(2):6-12.

- (14) Phaneuf, M. La planificación de los cuidados enfermeros. Un sistema integrado y personalizado. Mc Graw-Hill Interamericana. México. 1996.
- (15) Proyecto de Resultados de Iowa. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), 2º Edic., Harcourt. Edición española. 2001.
- (16) Proyecto de Intervenciones de Iowa. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 3º Edic. Editorial Harcourt. Edición española 2001.
- (17) Proyecto NIPE: Resultado del estudio de 100 GDR. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2005.
- (18) 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.
- (19) Salas, M.J. Normas y Criterios para la elaboración, redacción y presentación de casos clínicos. Documentos de Enfermería. Nº32;(11); 2008
- (20) Wesorick, B. Estándares de calidad para cuidados de enfermería. Doyma. Barcelona. 1993.

10.- ANEXOS

ANEXO 1

Dx: 00148 TEMOR

r/c: procedimientos hospitalarios: intervención quirúrgica m/p: verbalización del paciente: "sentirse asustada, inquieta, mayor dificultad para conciliar el sueño y demanda de apoyo espiritual".

NOC: 1404 CONTROL DEL MIEDO

	ESCALA LIKERT: manifestado			
140402 Elimina los factores precursores del miedo	1	→	3	en dos días
140403 Busca información para reducir el miedo	en dos días		3	→ 4
140505 Planea estrategias para superar las situaciones temibles	1	→	3	en dos días
140407 Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo	1	→	3	en dos días

NIC: 5610 ENSEÑANZA: PREQUIRÚRGICA

Actividades	
- Informar a la paciente y al familiar acerca de la fecha, hora, lugar programados de la cirugía.	
- Informar a la paciente de la duración esperada de la operación.	
- Dar tiempo a la paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.	
- Describir las rutinas preoperatorias(anestesia, dieta, preparación de la piel, terapia intravenosa(I.V.), vestimenta, zona de espera para la familia y traslado al quirófano).	
- Discutir las posibles medidas de control del dolor.	
- Explicar el propósito de las frecuentes valoraciones postoperatorias.	
- Describir las rutinas postoperatorias(medicamentos, catéteres, deambulación, dieta, visitas familiares) y explicar su objetivo.	
- Enseñar al paciente cómo puede ayudar en la recuperación.	

NIC: 6040 TERAPIA DE RELAJACIÓN SIMPLE

Actividades	
- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles(musical y relajación muscular progresiva).	
- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luz suave y temperatura agradable, cuando sea posible.	
- Enseñar a la persona a adoptar una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados.	
- Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezo, respiración abdominal e imágenes de paz.	
- Utilizar un tono de voz bajo, diciendo las palabras lenta y rítmicamente.	
- Fomentar la repetición o práctica frecuente de las técnicas seleccionadas.	
- Dejarle un tiempo sin molestar ya que la paciente puede quedarse dormida.	

NIC: 5420 APOYO ESPIRITUAL

Actividades	
- Estar abierto a los sentimientos de la paciente acerca de la enfermedad y la muerte.	
- Alentar la asistencia a servicios religiosos.	
- Remitir al asesor espiritual de la elección del paciente.	

ANEXO 2

Dx: 00079 INCUMPLIMIENTO DEL TTO: HÁBITO DIETÉTICO(DIETA S/S) Y TÓXICO(TABÁQUICO)				
r/c: (F.D.: Fuerza psíquica): Factores individuales: toma inadecuada de decisiones.				
m/p: conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento por afirmaciones del paciente: se niega a comer la dieta s/s y no tiene intención de dejar de fumar aún sabiendo que forman parte del tto.				
NOC: 1601 CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO		ESCALA LIKERT: manifestado		
160102 Solicita la pauta prescrita	1	→	3	en un mes
160103 Comunica seguir la pauta prescrita	1	→	3	en un mes
160101 Confianza en el profesional sanitario sobre la información obtenida	1	→	3	en un mes
160110 Otros: Especifica las modificaciones que debe introducir en sus hábitos de vida: alimentación y hábito tabáquico	1	→	3	en un mes
NIC: 5246 ASESORAMIENTO NUTRICIONAL				
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. - Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud. - Facilitar la identificación de las conductas alimenticias que se desean cambiar - Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional. - Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimenticios básicos, así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta. - Comentar gustos y aversiones alimenticios del paciente. - Valorar los esfuerzos realizados para conseguir objetivos. 			
NIC: 4510 TRATAMIENTO POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS				
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer una relación terapéutica con el paciente. - Animar a la paciente a que tome el control de su propia conducta. - Ayudar a los miembros de la familia a reconocer que la dependencia de sustancias químicas es una enfermedad familiar. - Discutir con el paciente el impacto que tiene el consumo de sustancias en el estado médico y de salud en general. - Discutir el efecto del consumo de sustancias en las relaciones familiares y con los amigos. - Identificar los objetivos constructivos con el paciente para disponer alternativas al consumo de sustancias que disminuyan el estrés. 			

ANEXO 3

DATOS DE INTERÉS PARA EL MÉDICO:
<ul style="list-style-type: none"> - Disnea de Esfuerzo. - Se despierta varias veces para orinar ¿toma diurético por la noche?, ¿hay posibilidad de cambio?
COMPLICACIONES POTENCIALES(C.P.)
<ul style="list-style-type: none"> - C.P: Estreñimiento secundario a hemorroides. Remitir a protocolo hemorroides.
PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES O DE COLABORACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Dolor. - Proceso quirúrgico.
NIC: 7310 CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL INGRESO
NIC: 2880 COORDINACIÓN PREOPERATORIA
NIC: 2930 PREPACIÓN QUIRÚRGICA
NIC: 2305 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: PARENTERAL
NIC: 6680 VIGILANCIA PERIODICA DE SIGNOS VITALES
NIC: 3660 CUIDADO DE LAS HERIDAS
NIC: 7370 PLANIFICACIÓN DEL ALTA



ILUSTRE. COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE HUELVA



CONVOCA

XVI

Certamen de Investigación en

Enfermería CIUDAD DE HUELVA



La mano amiga *A. Alcalde*

bases

1. DENOMINACIÓN:

Certamen Onubense de Investigación en Enfermería "CIUDAD DE HUELVA"

2. OBJETO:

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

3. DOTACIÓN:

La dotación será:

Primer Premio: 1.500 euros y trofeo.

Accesit: 500 euros y trofeo.

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

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

4. PRESENTACIÓN:

Los trabajos se presentarán en la sede del colegio antes de las 18:00 horas del día 22 de Diciembre de 2009. No tendrán límite de espacio y acompañará bibliografía si la hubiese, así como documentación gráfica. Se presentarán cinco copias, en tamaño DIN A-4, mecanografiadas a doble espacio por una sola cara, encuadernados, empaquetados y en soporte digital.

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

INFORMACIÓN:

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

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

5. PARTICIPANTES:

Podrán concurrir todos los profesionales de Enfermería, que se encuentren colegiados en 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 2010.

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.

www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es