

# Documentos

ILUSTRE  
COLEGIO  
OFICIAL DE  
ENFERMERIA  
DE HUELVA



# enfermería

AÑO XII

nº 36 Diciembre 2009



## Enfermería innovadora

**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

M<sup>a</sup> Carmen Pilo López

Enrique Aguiar Mojarro

Eduardo Rico González

Martín Vázquez Bermúdez

Antonio Olid Torres

Carmen D. Beltrán Camacho

Mercedes González Hernández

**Asesora de redacción:**

Eva M<sup>a</sup> Lorenzo Martín

**Fotografía:**

Archivo del Ilustre Colegio de Enfermería de  
Huelva

**Redacción:** Sede Colegial

Imprime: Tecnographic, S.L.

Depósito Legal: H-1996-43

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

Tirada: 2.600 ejemplares

Distribución gratuita



Domicilio de la sede colegial

C/ Berdigón, nº 33, pral. izq.

21003 Huelva

Telf. 959 54 09 04

Correo electrónico:

Línea Móvil 639/11 17 10

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

5

El TSJA paraliza la Prescripción Enfermera

6/7

Jornadas sobre procesos asistenciales

8/13

Estandarización de Planes de cuidados para  
problemas Específicos basados en la  
experiencia clínica: el dolor abdominal

14

Jornada Hospitalaria Infanta Elena

15

Colegios Registros de Profesionales

16/17

Calendario 2010

18/23

Aproximación en Unidad Pediátrica

24/26

Reflexiones en torno a una Revisión Bibliográfica  
[Plan Formativo (recuadro pág. 26)]

27

Insuficiencia respecto a la demanda social

28/29

Actividades de cuidados en la Unidad de  
Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital de  
Riotinto

30

El Centro de Salud de Bollullos, pág. "Web"

31

Felicitación Navidad

32

XVI Certamen de Investigación de Enfermería



06



14



19



24

## 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.*

## UN AÑO CARGADO DE ACONTECIMIENTOS

**P**OR poca visión objetiva que se tenga, nadie podrá poner en duda que el año próximo a concluir ha sido, para la enfermería, de los más intensos y cargados de contenido que se recuerdan. No hubo mes en el que no se agolparan hechos y circunstancias de indudable peso específico. Así, todo fue sucediendo hasta acabar el intrincado panorama correspondiente a 2009 con el último episodio referido al auto del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía sobre la prescripción enfermera en nuestra región, del que aun no se ha escrito, ni mucho menos, la última palabra. Pero todo en su conjunto ha venido a corroborar cuanto decimos.

Vivimos tiempos de cambios y esto es algo que todos y cada uno de los colegiados de nuestra provincia, al igual que del resto de la nación, lo tienen asumido como algo a lo que hacer frente. Y nos estamos refiriendo tanto a los ámbitos laborales, con una sustantiva realidad, como a los formativos ahora que en las universidades españolas se empieza a atisbar el título de Grado al que seguirán, según la disposición individual de cada profesional, el acceso a los niveles de máster y doctorado.

Si hablamos del terreno práctico, donde se desarrolla el día a día del común de los profesionales, 2009 ha resultado un periodo con abundancia de novedades. Llámese la configuración de la carrera profesional, (para entendernos, la antigüedad), los Registros profesionales (donde los Colegios ostentan por ley un papel esencial), la promulgación de plazas (siquiera simbólicas) en la especialidad de enfermería del Trabajo o la aun caliente publicación en el BOE del programa formativo de la especialidad de enfermería Geriátrica. Pero, sobre todo, la prescripción enfermera con todo el bagaje de tensiones y acontecimientos al máximo nivel, Congreso y Senado incluidos, sobre lo que no es preciso hacer una relación exhaustiva por conocida y de cuyos avatares seguro nos van a continuar acompañando a lo largo y ancho de 2010.

Alrededor de todos y cada uno de estos hitos bien puede afirmarse que están compendiados unos cambios muy significativos que afectan a todo el colectivo, sin exclusiones. En la gran mayoría de ellos, el Colegio Oficial de la provincia ha estado —y está— presente con el único objetivo de servir digna y plenamente a los intereses de la enfermería, sea en nuestro caso la onubense, como también la andaluza y española, según se corresponde con los escalones que configuran la Organización Colegial. Y si hablamos del aspecto docente, el Plan Bolonia y sus consecuencias inmediatas van a deparar, a corto plazo, la aparición del título de Grado que permitirá, según la libre decisión de cada cual, la posibilidad ya consolidada de ascender en la escala formativa hasta los peldaños del máster y doctorado con todo lo que representa. ¿Verdad que esto mismo, dicho así de sencillo, era una utopía hace apenas cinco o diez años?

El resumen que se podría realizar de esta realidad no es otro que la existencia de una profesión en marcha, en permanente actividad que sabe conjugar todos estos "tiempos" con las armas adecuadas a cada circunstancia. Cuando tengamos la perspectiva adecuada, esto es el paso de los años, no será exagerado catalogar como de histórico lo que estamos ahora mismo protagonizando con sus luces y sombras incluidas. Pero todo este esfuerzo será un legado para quienes nos vayan sucediendo en el ejercicio de la profesión. Y es que, en definitiva, tanto en el conjunto del Sistema Nacional Sanitario como en la población a la que nos debemos, nadie puede arrogarse ningún objetivo que no pase, forzosamente, por la participación y compromiso de la enfermería.

En cualquier terreno concreto, ante cualquier realidad que se pretenda, los poderes públicos deben estar, ya, habituados a entender que enfermería es un eslabón imprescindible, e insustituible, si se quiere alcanzar el objetivo que a todos importa: la mejor atención sanitaria al ciudadano. El ejemplo, bien reciente, de la doble campaña de vacunación frente a las gripes (estacional y A) sirve como el reflejo más diáfano para entender cuál es la aportación de la enfermería en la época que nos ha tocado vivir.

En este contexto, el Colegio Profesional de Huelva quiere reiterar su compromiso para acompañar a las enfermeras y enfermeros de la provincia en el camino que, a pocas fechas vista, vamos a empezar a recorrer y que se extenderá a lo largo de 2010. Es seguro que, de forma inevitable, muy pronto aparezcan nuevos problemas, diferentes aristas en las que debemos mostrarnos como una profesión unida y capaz de afrontar las dificultades. Para ello, contamos con el respaldo de una Organización Colegial tan directamente implicada en semejantes avatares como la experiencia nos viene demostrando. Pero, en fin, aprovechemos la oportunidad que supone la edición de esta revista justo al filo de 2010 para desear toda la suerte y felicidad en las fechas tan cercanas de la Navidad y Año Nuevo para toda la enfermería onubense.

# 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.**

# EL TSJA PARALIZA LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

Huelva. - Redacción

**E**l Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (TSJA) ha resuelto paralizar, de forma cautelar, el Decreto (307/2009) de la Consejería de Salud de la Junta andaluza por el que se define la actuación de las enfermeras(os) en el ámbito de la prestación de un catálogo de fármacos y productos sanitarios. El Alto Tribunal de la comunidad razona su decisión en base a que dicha normativa incurre en "vicios de ilegalidad". Conocida esta importante novedad, no tardaron en producirse las reacciones y tanto el Consejo General como el Consejo Andaluz de Enfermería, subrayaron que lo importante era que la decisión judicial es "cautelar" sin entrar a valorar el fondo de la cuestión. Ambos organismos profesionales, además de la propia Consejería de Salud, anunciaron la presentación de sendos recursos.

El TSJA, a través de la Sala Contencioso-Administrativa con sede en Granada, acordó, el pasado 24/noviembre/09, paralizar, de modo cautelar, la aplicación del Decreto de la Consejería de Salud por el que la Enfermería andaluza se constituyó como pionera en España a la hora de prescribir un determinado catálogo de fármacos y productos sanitarios. El Alto Tribunal de la región señala en el Auto que "son tantos los alegatos de vicios de ilegalidad, seis, que no parece desproporcionado apreciar la medida cautelar" que, en su día, solicitó el Consejo General de Colegios de Médicos y "sin necesidad de profundizar en el fondo del asunto". El Auto mantiene que "no ha quedado acreditado que exista un interés público que exija la inmediata ejecución de la nueva ordenación de la gestión asistencial".

## Alegaciones

De inmediato, la Organización Colegial de Enfermería anunció su propósito de "presentar alegaciones" contra la suspensión cautelar del TSJA y que, en el caso de que el Alto Tribunal la aceptase, "se levantaría dicha suspensión cautelar" por lo que el Decreto de Salud "seguiría funcionando". Al mismo tiempo, desde el Consejo General y el CAE se indicaba que, en el supuesto de que el TSJA rechazase el Recurso de súplica, a la Junta de Andalucía le quedaría la posibilidad de "elear un Recurso de casación ante el Tribunal Supremo". Si tal sucediera, el Consejo General de Médicos también podría solicitar del TSJA que, mientras se solventa la cuestión en el Supremo, continuará adelante la suspensión cautelar del Decreto de Salud lo que podría suponer que el proceso se dilatará durante años.

## Inseguridad

Para el Consejo General de Enfermería y el CAE, lo sustantivo en todo este contexto es la "inseguridad jurídica que había venido a paliar el Decreto de Salud, demostrando cómo las enfermeras andaluzas indican medicamentos en su asistencia sanitaria y en toda España". Además, recordaban que este nuevo giro derivado de la polémica Ley del Medicamento (cuya modificación, no se olvide, se ha aprobado por los grupos parlamentarios del Congreso de los Diputados antes de pasar al Senado), donde se contempla el origen del problema: únicamente el médico y el odontólogo gozan de autorización legal para la prescripción lo que equivale a significar que Enfermería (amén de fisioterapeutas y podólogos) están en situación de ilegalidad cuando llevan a cabo numerosas actuaciones cotidianas.



Sede del TSJA

Con similar voluntad se pronunció la administración sanitaria regional. La Consejera María Jesús Montero, durante una visita a Huelva, anunció que los servicios jurídicos de la Junta iban a presentar recurso de súplica ante el TSJA añadiendo que, si "el desenlace a dicho recurso fuera favorable a la Consejería, se seguirá adelante con el decreto y si es contrario llegarán ante el Supremo" desde la convicción de que el decreto cuenta no solo con garantías jurídicas sino con la competencia autonómica para poder desarrollarlo".

## Mejora

Como se sabe, el decreto ahora paralizado vino a aportar un importante logro no solo para la enfermería andaluza sino, sobre todo, para la atención sanitaria en el sistema público (SAS). Desde el pasado mes de septiembre se comenzó a aplicar acompañado de una etapa de formación y adecuación para la Enfermería implicada (sobre todo de la atención primaria) con el objetivo de ofrecer una importante mejora en la atención a los ciudadanos. En la factura farmacéutica del SAS, la Enfermería aporta, como prescripción a su cargo, un porcentaje estimado en el 4% del global.

# JORNADAS SOBRE PROCESOS ASISTENCIALES

Huelva.-Redacción

**E**l hospital Juan Ramón Jiménez fue escenario en la celebración de las "Jornadas sobre Procesos Asistenciales", una herramienta impulsada desde la consejería de Salud y el SAS que tiene como finalidad ofrecer al paciente una atención homologada, es decir uniforme en sus parámetros sea cual fuere el centro en donde recibe los cuidados así como el profesional que los imparta en cada momento. El encuentro se constituyó en un interesante foro para el debate, análisis e intercambio de experiencia en este nuevo contexto que afecta tanto a los profesionales de la atención primaria como de la especializada de la provincia.

La delegada provincial de Salud en Huelva, María José Rico, fue la encargada de inaugurar esta segunda edición de unas Jornadas encaminadas a divulgar y materializar sobre los Procesos asistenciales en donde compartieron experiencias el personal sanitario perteneciente a los dos niveles de atención (primario y especializado) de la sanidad onubense para, de este modo, poder avanzar en el objetivo latente en la estrategia de calidad que busca ofrecer al enfermo una atención lo más homogénea posible con independencia de los factores determinantes, esto es, el centro donde acude el usuario y el profesional que se hace responsable de la atención en cada momento.

## El paciente irá recibiendo información sobre todo el desarrollo del proceso asistencial

En el programa de la Jornada se contempló un variado capítulo de intervenciones que comenzaron por conocer cual es la situación actual de los procesos asistenciales en Andalucía. En total, se llevan contabilizados 29 procesos asistenciales que están ya implantados en el hospital de referencia (Juan Ramón Jiménez) mediante algo tan esencial como es la coordinación multidisciplinaria que debe imperar entre los distritos de atención primaria Huelva-Costa y Condado-Campiña. Este enfoque asistencial centra el conjunto de las actuaciones sanitarias que recibe el ser humano teniendo en cuenta, y desde el inicio, sus necesidades y expectativas, así como midiendo el grado de satisfacción que propicia su implantación.



*Camelia García, coordinadora de enfermería*

De esta forma, en cada proceso quedan muy definidos los distintos elementos, recursos y tecnologías que intervienen en la atención del paciente, desde quien le atiende hasta cómo se realiza esta concreta asistencia pasando por el momento y lugar en que se ha prestado. La Jornada, por lo tanto, analizó las experiencias que se han ido acumulando en procesos asistenciales tales como los denominados "Embarazo, parto y puerperio" o los específicos de la "Diabetes" que son los que cuenta con una mayor implantación pues su inauguración data de hace más de siete años (desde 2002) con el factor añadido de contar con grupos de mejora que monitorizan la actividad y la efectividad de los cambios producidos hasta el momento así como se encargan de trazar las líneas de mejora en base a los indicadores de calidad.

## Competencias

En esta segunda convocatoria de las Jornadas se presentaron a los profesionales asistentes dos nuevos procesos que, en la actualidad, se encuentran en plena fase de desarrollo e implantación. Son, concretamente, los relativos al "cáncer de pulmón y de nutrición clínica". A su vez, se abordó la situación presente de los diferentes procesos asistenciales en el Sistema sanitario público andaluz (SAS). En este sentido, quedó patente que la consejería de Salud de la Junta se encuentra trabajando en el nuevo diseño del modelo de gestión por procesos asistenciales que han ido surgiendo desde su puesta en funcionamiento. Tal es el caso de las nuevas competencias de la profesión de enfermería, con su influencia en el uso racional del medicamento o de la seguridad del enfermo.

# INTRODUCCIÓN

El área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez, está desarrollando iniciativas encaminadas a mejorar la gestión de sus procesos e introduciendo modelos de gestión que impliquen a los clínicos en la gestión de sus servicios, además un elemento de sustancial importancia, la continuidad de la atención, dirigida a procurar una entrega de servicios única y coordinada.

Encaminados a la gestión integral de procesos como el devenir del paciente a través del sistema sanitario y en su deseo de conseguir una atención y respuesta única a sus necesidades y problemas de salud.

El área Juan Ramón Jiménez, invita a todos los profesionales de Atención Primaria y Especializada para la participación activa en las II Jornadas de los Procesos Asistenciales 2009, para ayudarnos a conocer, comprender y compartir experiencias concretas, con un enfoque práctico-teórico de nuestra realidad sanitaria y ser la mejora continua de nuestro trabajo diario una realidad.

UFC unidad de formación continuada  
"UNIDAD DE CALIDAD"

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD



EN PROCESO DE ACREDITACIÓN

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

UFC unidad de formación continuada  
"UNIDAD DE CALIDAD"

Hospital Juan Ramón Jiménez



## II JORNADAS DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES

15 DE OCTUBRE DE 2009

### CONTACTO

Martina Prada Peña, Teléfono 671562066  
Camelia García Fernández, Teléfono 959016/57  
Antonio Pérez Márquez, Teléfono 651450034  
Rafael Martín Cañete, Teléfono 670940367

Secretaría de la Unidad de Formación Continuada,  
TIF: 959 01 67 57  
E-mail: docencia.hjr.sspa@juntadeandalucia.es

### COORDINACIÓN

MARTINA PRADA PEÑA, HJRIJ  
CAMELIA GARCÍA FERNÁNDEZ, HJRIJ  
ANTONIO PÉREZ MÁRQUEZ, DISTRITO HUELVA-COSTA  
RAFAEL MARTÍN CAÑETE, DISTRITO CONDADO-CAMPAÑA

### PARTICIPANTES

HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ  
DISTRITOS SANITARIOS HUELVA-COSTA Y CONDADO CAMPAÑA



Antonio Alcalde, enfermero

En el nuevo modelo se piensa incorporar distintos elementos al proceso asistencial como, por ejemplo, son los cuidados enfermeros o un concepto renovado de las funciones a desarrollar por los profesionales del colectivo que van a permitir proporcionar una atención al paciente mucho más personalizada. En este sentido, las Jornadas analizaron cómo está previsto se sumen los planes de cuidados conocidos a cada proceso asistencial insistiendo en una visión multidisciplinar o de corresponsabilidad, la cual ha de ser compartida tanto por parte del facultativo como de la enfermera(o).

Otro de los ejes o pilares de esta personalización de la asistencia sanitaria se basará en la información continua que se irá proporcionando al enfermo acerca de cómo camina su proceso de atención. Los profesionales serán los encargados de ir suministrando esta información en nombre del Sistema sanitario. El conjunto de todas estas, y otras actuaciones, se enmarcan en el (III) Plan andaluz de Salud y el (II) Plan de Calidad de la consejería de Salud.

**En** el área hospitalaria del Juan Ramón Jiménez se encuentran adscritos un buen número de excelentes profesionales que trabajan, diariamente, al servicio del mejor resultado final que llegue y afecte al paciente. El objetivo de alcanzar las mayores cotas de calidad es perseguido por todos los trabajadores intervinientes a lo largo del proceso. Las claves para la gestión por los procesos asistenciales se basan en una serie de elementos entre los que se destacaron:

- Centrar las actuaciones en el enfermo, entendiendo, desde un primer momento, sus necesidades y expectativas. Medición del grado de satisfacción que depara. Con ese conocimiento y perspectiva, se obtendrá una forma de enfocar el proceso de atención que favorezca un "cambio cultural en la organización" y que está dirigido a no olvidar, en ningún momento, que el auténtico y único centro de todas las actividades es el enfermo.
- Medir su grado de satisfacción

# ESTANDARIZACIÓN DE PLANES DE BASADOS EN LA EXPERIENCIA

## 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.

## 1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

**1.1.** La Estandarización de Planes de Cuidados constituye en la actualidad uno de los pilares fundamentales sobre los que descansan cuestiones específicas relacionadas con ámbitos como la Seguridad del Paciente, la Calidad de la prestación sanitaria o el carácter Científico-Técnico de la Intervención. En el fondo, todos estos aspectos están ligados a la homogeneización de cuidados para problemas específicos y se relacionan directamente con la disminución de la variabilidad profesional, tanto en el contenido como en el proceso. Incluye la utilización de un lenguaje común, una estructura de la planificación basada en procesos (asistenciales y de cuidados) y unos criterios mínimos de validez y recomendación.

**1.2.** Justificación: A pesar de que el dolor abdominal está contemplado como Proceso Asistencial Integrado, no aparece del mismo modo recogido su Plan de Cuidados Estandarizado. Las búsquedas bibliográficas relativas a las intervenciones enfermeras están aún en una fase primaria, así como los posibles ensayos clínicos que soporten la toma de decisiones, por lo que, lo más habitual, es que los planes de cuidados estándar se fundamenten en opiniones de expertos. Nuestro objetivo es partir de la experiencia clínica para dar pistas a la investigación, dar paso a la disminución de la variabilidad profesional y a la búsqueda de la mejor evidencia disponible sobre lo que hacemos habitualmente.

**1.3.** Objetivo: Elaboración de un plan de cuidados estandarizado para el dolor abdominal en una unidad de hospitalización.

**1.4.** Criterios de Calidad: El plan de cuidados debe recoger como criterios mínimos: una Valoración por necesidades básicas de salud de Virginia Henderson, donde se indicarán los signos y síntomas de mayor evidencia en la alteración de las mismas; La utilización de los Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero (SELE's) di-

ferenciando, en el juicio clínico, entre juicio diagnóstico y terapéutico. El juicio diagnóstico se expresará a través de la taxonomía NANDA, con el factor causal y los signos y/o síntomas que lo evidencian con mayor probabilidad, poniendo también de manifiesto los problemas de autonomía. El juicio terapéutico vendrá definido por los criterios de resultados NOC para cada problema y por las intervenciones NIC para la consecución de los resultados planificados, así como el sistema de evaluación, en clara alusión a este último aspecto; Por último se procederá a la definición y abordaje de los problemas interdependientes.

**1.5.** Metodología: Con la metodología nos referimos al método de validación del contenido del plan de cuidados. Nos planteamos cuál es el grado de representatividad en relación a los problemas de enfermería que un usuario con dolor abdominal presenta en una unidad de hospitalización. Para ello, hemos hecho una aproximación al método Fehring, salvando el distanciamiento teoría-práctica, toda vez que los autores han elaborado el estándar de acuerdo a la experiencia de trabajo en una unidad de hospitalización de cirugía durante 4 años, analizando los problemas más frecuentes y las intervenciones más efectivas en el contexto de los SELE's.

## 2. DEFINICIÓN FISIOPATOLÓGICA DEL DOLOR ABDOMINAL

El Dolor abdominal se define en la literatura médica como el síntoma que aparece con más frecuencia en las manifestaciones clínicas de las enfermedades del aparato digestivo. Su etiología puede resultar muy diversa, diferenciándose causas de tipo mecánico, inflamatorio, circulatorio o tumoral. Sus manifestaciones se clasifican en dolor de tipo visceral, parietal o referido (ver tabla 1) y, al igual que su etiología, el tratamiento médico puede ser amplio y variable, dependiendo, entre otros, de la causa del dolor, del riesgo pa-

ra el paciente, de las posibles complicaciones, de la intensidad y su duración, pudiéndose contemplar desde el abordaje analgésico hasta el quirúrgico. A nivel hospitalario, el diagnóstico del dolor abdominal, suele incluir pruebas complementarias diversas como la extracción de muestras sanguíneas (hemograma, bioquímica, coagulación), muestras de orina y heces, electrocardiograma, radiografía de tórax y abdomen, ecografía abdominal, enema opaco, tránsito esofagogastroduodenal y tránsito del intestino delgado o endoscopia esofagogastroduodenal.

## 3. PLAN DE CUIDADOS

El presente plan de cuidados está elaborado para un "paciente tipo" con dolor abdominal, ingresado en una unidad de hospitalización. Parte de un mapa de teorías adscrito al marco teórico de Virginia Henderson, utiliza los SELES's y contempla los diagnósticos enfermeros y los problemas de autonomía como parte independiente en el contexto del desarrollo profesional. Los problemas de colaboración con otros profesionales sanitarios se diferencian en el área de interdependencia, según el modelo bifocal de prestación de servicios enfermeros. En la valoración por necesidades básicas de salud se hace mención de los signos, síntomas y otros datos de interés que hemos encontrado con mayor asiduidad en los pacientes con dolor abdominal y que nos podrían reportar datos de necesidad alterada. Del mismo modo se proponen un conjunto de variables clinimétricas básicas de ayuda a la evidencia de manifestaciones de problemas concretos.

### 3.1. VALORACIÓN: Según las 14 necesidades de V. Henderson.

Consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores. Se realiza en las primeras 24 horas (al ingreso).



# CUIDADOS PARA PROBLEMAS ESPECÍFICOS

## CLÍNICA: EL DOLOR ABDOMINAL

### 3.1.1. NECESIDAD DE RESPIRAR

Posible función ventilatoria alterada debido al dolor.

### 3.1.2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN.

Puede existir pérdida de peso y náuseas; malos hábitos alimentarios o técnicas inadecuadas de alimentación que pueden haber producido la enfermedad, además de por una infección.

### 3.1.3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

Evacuación alterada.

Puede existir vómitos, estreñimiento, diarrea.

### 3.1.4. NECESIDAD DE PROMOVER Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Movilidad física alterada.

Presentan dolor agudo y tipo cólico para el que utilizan posturas antiálgicas.

### 3.1.5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR.

Trastornos del sueño.

Descanso alterado por sintomatología y

problemas derivados del entorno hospitalario.

### 3.1.6. NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE.

Energía disminuida.

### 3.1.7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL.

Puede haber aumento de la temperatura secundario a infección.

### 3.1.8. NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL.

Higiene personal alterada(energía disminuida)

### 3.1.9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Estado de ánimo alterado(pueden presentar irritabilidad, inquietud y miedo a los procedimientos hospitalarios).

### 3.1.10. NECESIDAD DE COMUNICAR EMOCIONES.

Relaciones interpersonales alteradas.

Dificultad para expresar sus dudas, miedos.

### 3.1.11. NECESIDAD DE MANTENER SUS

CREENCIAS Y VALORES.

Ejecución del rol alterado.

### 3.1.12. NECESIDAD DE OCUPARSE PARA REALIZARSE.

Ejecución del rol alterado.

### 3.1.13. NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Actividades de ocio comprometidas.

### 3.1.14. NECESIDAD DE APRENDER Y DESCUBRIR.

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

### 3.2. VARIABLES CLINIMÉTRICAS RECOMENDADAS.

- Índice de Barthel.

- Cribado de deterioro Cognitivo. Test de Pfeiffer versión española.

- Cuestionario de Oviedo del Sueño.

- Cuestionario del dolor español.

- Percepción de la función familiar. Cuestionario de Apgar familiar.

### 3.3. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (NANDA) MÁS COMUNES, CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC) E INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC), EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

<b>Dx:</b> 00146 <b>ANSIEDAD</b>					
r/c amenaza de cambio en el estado de salud/entorno m/p preocupación creciente, dolor abdominal.					
<b>NOC:</b> 1402 CONTROL DE LA ANSIEDAD			ESCALA LIKERT: manifestado		
140202 Elimina precursores de la ansiedad.	1	2	3	4	5
140204 Busca información para reducir la ansiedad.	1	2	3	4	5
140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.	1	2	3	4	5
140218 Otros .....	1	2	3	4	5
<b>NIC:</b> 5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD					
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</li> <li>-Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.</li> <li>-Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</li> <li>-Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.</li> <li>-Escuchar con atención.</li> <li>-Crear un ambiente que facilite la confianza.</li> <li>-Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</li> <li>-Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.</li> </ul>				
<b>NIC:</b> 5340 PRESENCIA					
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Establecer una consideración de confianza y positiva.</li> <li>-Escuchar las preocupaciones del paciente.</li> <li>-Establecer contacto físico con el paciente para expresar la consideración si resulta oportuna.</li> <li>-Estar físicamente disponible como elemento de ayuda.</li> <li>-Permanecer con el paciente para fomentar seguridad y disminuir miedos.</li> </ul>				

**Dx: 00148 TEMOR**

r/c separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante(procedimientos hospitalarios: pruebas diagnósticas)  
m/p verbalización del paciente(identifica el objeto del miedo).

<b>NOC: 1404 CONTROL DEL MIEDO</b>	ESCALA LIKERT: manifestado				
140202 Elimina los factores precursores del miedo	1	2	3	4	5
140203 Busca información para reducir el miedo	1	2	3	4	5
140205 Planea estrategias para superar las situaciones temibles	1	2	3	4	5
140218 Otros .....	1	2	3	4	5

**NIC: 5240 ASESORAMIENTO**

Actividades	-Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno. -Pedir al paciente que identifique lo que puede o no puede hacer sobre lo que le sucede.
-------------	--

**NIC: 5618 ENSEÑANZA: PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO**

Actividades	-Informar al paciente acerca de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento/tratamiento sin procede. - Informar al paciente acerca de la duración esperada del procedimiento/tratamiento. -Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado. -Determinar las experiencias anteriores del paciente y el nivel conocimientos relacionados con el procedimiento/tratamiento. -Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento. -Enseñar al paciente cómo cooperar/participar durante el procedimiento/tto si procede.
-------------	---

**Dx: 000126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: PROCESO DE LA ENFERMEDAD Y/O RÉGIMEN TERAPÉUTICO**

r/c poca familiaridad con los recursos para obtener información  
m/p verbalización del problema, seguimiento inexacto de las instrucciones.

<b>NOC: 1813 CONOCIMIENTO: RÉGIMEN TERAPÉUTICO</b>	ESCALA LIKERT: manifestado				
181302 Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual.	1	2	3	4	5
181309 Descripción de los procedimientos prescritos.	1	2	3	4	5
181310 Descripción del proceso de la enfermedad.	1	2	3	4	5
181314 Otros .....	1	2	3	4	5

**NIC: 5618 ENSEÑANZA: PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO**

Actividades	-Informar al paciente acerca de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento/tratamiento sin procede. - Informar al paciente acerca de la duración esperada del procedimiento/tratamiento. -Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado. -Determinar las experiencias anteriores del paciente y el nivel conocimientos relacionados con el procedimiento/tratamiento. -Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento. -Enseñar al paciente cómo cooperar/participar durante el procedimiento/tto si procede.
-------------	---

**NIC: 5602 ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD**

Actividades	-Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. -Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad si procede. -Describir el proceso de la enfermedad. -Identificar las etiologías posibles. -Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad. -Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad. -Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.
-------------	--

**Dx: 00095 DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO**

r/c temor, falta de intimidad o control para el sueño, pensamientos repetitivos antes del sueño  
 m/p quejas verbales de dificultad para conciliar el sueño, no sentirse bien descansado.

<b>NOC: 0004 SUEÑO</b>	ESCALA LIKERT: comprometido				
000403 Patrón del sueño.	1	2	3	4	5
000404 Calidad del sueño.	1	2	3	4	5
000415 Otros .....	1	2	3	4	5

**NIC: 6482 ACTUACIÓN AMBIENTAL: COMODIDAD**

Actividades	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Seleccionar un compañero de habitación que tenga preocupaciones ambientales similares.</li> <li>-Limitar las visitas.</li> <li>-Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.</li> <li>-Determinar las fuentes de incomodidad: posición de la sonda, ropa de cama arrugada, factores ambientales irritantes, etc...</li> <li>-Proporcionar una cama limpia y cómoda.</li> <li>-Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos en lo posible.</li> <li>-Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona.</li> <li>-Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad.</li> </ul>
-------------	--

**NIC: 1850 INDUCCIÓN AL SUEÑO**

Actividades	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.</li> <li>-Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad.</li> <li>-Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.</li> <li>-Ajustar el ambiente(luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.</li> <li>-Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.</li> <li>-Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.</li> <li>-Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran en el sueño.</li> <li>-Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia si procede.</li> <li>-Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción al sueño.</li> <li>-Agrupar las actividades para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 min.</li> </ul>
-------------	---

**Dx: 00060 INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES**

r/c cambio en el estado de salud de un miembro de la familia  
 m/p cambio en los patrones y rituales.

<b>NOC: 2604 NORMALIZACIÓN DE LA FAMILIA</b>	ESCALA LIKERT: manifestado				
260401 Reconocimiento de la existencia de alteraciones y sus posibilidades de alterar las rutinas de la familia.	1	2	3	4	5
260403 Mantiene las rutinas habituales.	1	2	3	4	5
260405 Adapta el programa para satisfacer las necesidades de los individuos afectados.	1	2	3	4	5
260407 Satisface las necesidades psicosociales de los miembros de la familia no afectados.	1	2	3	4	5
260410 Comunica la importancia de mantener las actividades normales y las rutinas de forma apropiada.	1	2	3	4	5
260416 Otros .....	1	2	3	4	5

**NIC: 7100 ESTIMULACIÓN DE LA INTEGRIDAD FAMILIAR**

Actividades	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Escuchar a los miembros de la familia.</li> <li>-Ayudar a la familia a resolver los sentimientos de culpa.</li> <li>-Ayudar a la familia en la resolución de conflictos.</li> <li>-Asesorar a los miembros de la familia acerca de las habilidades eficaces, susceptibles a ser usadas en problemas adicionales.</li> <li>-Disponer intimidad para la familia.</li> <li>-Informar a los miembros de la familia de que es segura y aceptable la utilización de expresiones típicas de afecto.</li> <li>-Proporcionar información regularmente a los miembros de la familia sobre el estado del paciente, de acuerdo con los deseos de éste.</li> <li>-Colaborar con la familia en la solución de problemas.</li> <li>-Facilitar una comunicación abierta entre los miembros de la familia.</li> <li>-Acordar la realización de los cuidados que han de prestarse al paciente por parte de los miembros de la familia, si resulta óptimo.</li> </ul>
-------------	--

**Dx: 00094 RIESGO DE INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD**

r/c falta de experiencia en la realización de la actividad(dolor).

<b>NOC: 2102 NIVEL DEL DOLOR</b>	<b>ESCALA LIKERT: intensidad</b>				
210204 Duración de los episodios de dolor.	1	2	3	4	5
210205 Expresiones orales de dolor.	1	2	3	4	5
210206 Expresiones faciales de dolor.	1	2	3	4	5
210207 Posiciones corporales protectoras.	1	2	3	4	5
210209 Tensión muscular.	1	2	3	4	5
210216 Otros .....	1	2	3	4	5

**NIC: 1400 ACTUACIÓN ANTE EL DOLOR**

<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.</li> <li>-Observar claves no verbales de molestia, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.</li> <li>-Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida(sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).</li> <li>-Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.</li> <li>-Controlar los factores ambientales que pueden influir en la respuesta del paciente a las molestias(temperatura de la habitación, iluminación y ruido).</li> <li>-Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor(miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).</li> <li>-Seleccionar y desarrollar aquellas medidas( farmacológicas, no farmacológicas e interpersonal) que faciliten el alivio del dolor, si procede.</li> <li>-Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas(relajación, distracción, terapia de juegos, terapia de actividad, aplicación de calor/frío y masajes) si fuera posible durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o que aumente; y junto con las otras medidas de alivio del dolor.</li> <li>-Colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas de alivio del dolor si procede.</li> <li>-Fomentar periodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.</li> </ul>
--------------------	--

**NIC: 0180 CONTROL DE ENERGÍA**

<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Determinar las causas de la fatiga(tto, dolor y medicamentos).</li> <li>-Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad.</li> <li>-Disminuir las molestias físicas que puedan interferir con la función cognoscitiva y el autocontrol/regulación de la actividad.</li> <li>-Limitar los estímulos ambientales(luz y ruido) para facilitar la relajación).</li> <li>-Utilizar ejercicios de movimientos articulares activos para aliviar la tensión muscular.</li> <li>-Ayudar en las actividades físicas normales, si resulta necesario.</li> <li>-Favorecer la actividad física.</li> </ul>
--------------------	--

**3.4. PROBLEMAS DE AUTONOMÍA.**

Reflejan la falta total o parcial, temporal o permanente, de la capacidad física o psíquica del usuario para hacer por sí mismo las acciones apropiadas con objeto de satisfacer las necesidades básicas.

**ALIMENTACIÓN** → NIC 1803 Ayuda con los autocuidados: Alimentación.

**BAÑO/HIGIENE** → NIC 18031 Ayuda con los autocuidados: Baño/Higiene.

**ELIMINACIÓN** → NIC 1804 Ayuda con los autocuidados: Aseo.

**VESTIDO** → NIC 1802 Ayuda con los autocuidados: Vestido/arreglo personal.

**MOVILIDAD** → NIC 0840 Cambio de posición.

**TEMPERATURA** → NIC 3900 Regulación de la temperatura.

**SEGURIDAD** → NIC 6480 Manejo ambiental.

**3.5. PROBLEMAS DE COLABORACIÓN.**

Según Alfaro son los problemas reales o potenciales que aparecen como resultado de complicaciones de la enfermedad primaria, estudios de diagnósticos o tratamientos médicos o quirúrgicos y que pueden prevenirse, resolverse o reducirse mediante actividades interdependientes o de colaboración de enfermería.

Son problemas que la enfermera no puede tratar de forma independiente, sino que deben ser abordados de forma interdisciplinaria, en colaboración con otras profesiones.

Los que hemos encontrado como más habituales en el dolor abdominal son:

-dolor agudo, infección, hipertermia, diarrea, estreñimiento, secundarios a su patología de base: dolor abdominal.

-Prescripción de encame(reposo en cama)

-Prescripción de privación nutricional(dieta absoluta)

**3.6. INTERVENCIONES SUGERIDAS PARA LOS PROBLEMAS DE COLABORACIÓN.**

-NIC 7310 Cuidados de enfermería al ingreso.

-NIC 6680 Vigilancia de constantes vitales.

-NIC 5618 Enseñanza de procedimientos, tratamiento.

-NIC 7680 Ayuda en la exploración.

-NIC 4238 Flebotomía: muestra de sangre venosa.

-NIC 4190 Punción intravenosa.

-NIC 2440 Cuidado de los catéteres venosos.

-NIC 3590 Vigilancia de la piel.

-NIC 2305 Administración de medicación parenteral.

-NIC 2304 Administración de la medicación oral.

-NIC 1400 Actuación ante el dolor.

-NIC 2210 Administración de analgésicos.

-NIC 3740 Tratamiento de la fiebre.

**Dx: 00015 RIESGO DE EXTREÑIMIENTO**

r/c actividad física insuficiente, estrés emocional, malos hábitos alimentarios.

<b>NOC: 0501 ELIMINACIÓN INTESTINAL</b>	<b>ESCALA LIKERT: comprometido</b>				
050101 Patrón de eliminación.	1	2	3	4	5
050103 Color de las heces.	1	2	3	4	5
050113 Control de la eliminación de heces.	1	2	3	4	5
050124 Ingestión de líquidos adecuada.	1	2	3	4	5
050125 Ingestión de fibra adecuada.	1	2	3	4	5
050127 Otros .....	1	2	3	4	5

**NIC: 0440 EDUCACIÓN INTESTINAL**

Actividades	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Planificar un programa intestinal con el paciente y demás personas relacionadas.</li> <li>-Instruir al paciente acerca de Alimentos con alto contenido en fibra.</li> <li>-Proporcionar alimentos ricos en fibra y/o que hayan sido identificados por el paciente como medio de ayuda.</li> <li>-Asegurar una ingesta adecuada de líquidos.</li> <li>-Asegurarse de que se realizan ejercicios adecuados.</li> <li>-Dedicar para la defecación un tiempo coherente y sin interrupciones.</li> <li>-Disponer de intimidad.</li> </ul>
-------------	--

**NIC: 0450 ATENCIÓN ANTE EL ESTREÑIMIENTO/IMPACTACIÓN**

Actividades	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.</li> <li>-Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma volumen y color de las heces, si procede.</li> <li>-Identificar los factores (v.gr., medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden se causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.</li> <li>-Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado.</li> <li>-Pedir al paciente/familia que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.</li> <li>-Enseñar al paciente/familia a mantener un diario de comidas.</li> <li>-Instruir al paciente/familia acerca de la dieta rica en fibra, si procede.</li> <li>-Instruir al paciente familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento/impactación.</li> </ul>
-------------	---

- NIC 0440 Educación intestinal.
- NIC 1100 Control de la nutrición.
- NIC 0840 Cambio de posición.
- NIC 6540 Control de infecciones.
- NIC 0180 Control de energía.
- NIC 6480 Control del medio ambiente.
- NIC 7370 Planificación del alta.

Definiciones y Clasificación 2005-2006. Harcourt. Madrid, 2005.  
 (2) Proyecto de Resultados de Iowa. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), 2º Edic., Harcourt. Edición española. 2001.  
 (3) Proyecto de Intervenciones de Iowa. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 3º Edic. Editorial Harcourt. Edición española 2001.  
 (4) Luis Rodrigo, M.T. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Barcelona. Masson.2005.  
 (5) Luis Rodrigo, M.T.; Fernández Ferrín, C.; y Navarro Gómez Mª V. De la teoría a la práctica.

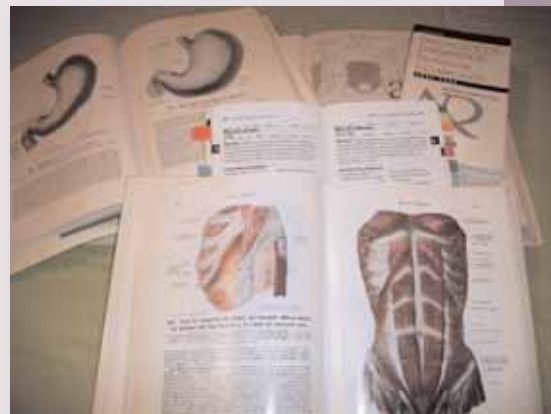
El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona. Masson.1998.  
 (6) Guía de diagnósticos enfermeros en atención primaria. FUDEN. Madrid. 2003.  
 (7) Proyecto NIPE: Resultado del estudio de 100 GDR. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2005.  
 (8) Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. Enfermer@s del Servicio Andaluz de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2004.

**4. BIBLIOGRAFÍA**

(1) Diagnósticos Enfermeros de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA):

**TABLA 1: TIPOLOGÍA DE DOLOR ABDOMINAL**

TIPOLOGÍA	CARACTERÍSTICAS
VISCERAL	Está originado en los órganos abdominales. Es de carácter sordo y mal localizado. En ocasiones aparece como una sensación de plenitud abdominal. También puede ser de tipo cólico(como un retortijón) acompañándose de nauseas, vómitos, palidez y sudoración.
PARIETAL	Está originado en estructuras de la pared abdominal. Se agrava con los movimientos y aumenta con la palpación.
REFERIDO	Se percibe en lugares diferentes del estímulo. Así se explica, por ejemplo, que se pueda tener dolor en el hombro derecho y tener una <u>colecistitis</u> (inflamación de la vesícula biliar) o un <u>cólico biliar</u> , lo cual pone de manifiesto la dificultad añadida de poder diagnosticar adecuadamente un dolor abdominal.



# RECONOCIMIENTO SOCIAL y RETOS PROFESIONALES

Huelva.- Redacción

**Las** XI Jornadas de Enfermería del Hospital Infanta Elena sirvieron para analizar una buena parte de los retos a los que se encuentra abocada la profesión así como la implicación que ha de tener el colectivo ante algunos capítulos tan trascendentes como, por ejemplo, la atención a personas con dependencias o inmersas en una situación terminal. Unos 200 profesionales asistieron a una cita que ya es tradicional y en la que colabora este Colegio Oficial de Enfermería de la provincia. Este foro tuvo el gran acierto de estar enfocado y dedicado a la práctica cotidiana del profesional de enfermería.

Las Jornadas de Enfermería del Hospital Infanta Elena (HIE) volvieron a suponer una especie de un altavoz donde tuvieron la mayor resonancia aquellas problemáticas más destacadas que, al día de hoy, tiene ante sí la profesión de enfermería. Convocadas bajo el lema "Reconocimiento social: nuevas competencias y roles profesionales", estuvieron organizadas por la Asociación de Enfermería de HIE y contaron con la colaboración del Colegio provincial y la Escuela Universitaria así como del Área sanitaria Norte de Huelva. La apertura oficial del foro corrió a cargo de la representante de la Consejería de Salud en Huelva, M<sup>a</sup> José Rico, quien, tras felicitar a los promotores por esta nueva convocatoria, estimuló a la Enfermería para que ahonde en las propuestas que, a partir de ahí, iban a exponerse centradas en la existencia de un marco de competencias pleno de ambición y que, siempre, han de beneficiar el único objetivo final: propiciar el mejor cuidado del enfermo.

## Cuidados

El programa previsto por los organizadores se fue desgranando de forma exhaustiva a lo largo y ancho de los dos días de que constaban las Jornadas mediante la celebración de diferentes ponencias y mesas redondas en donde tuvieron cabida aspectos tales como el papel de la enfermería en los cuidados a pacientes dependientes y a sus familiares sobre quienes



recae el mayor peso de esta atención; el abordaje del enfermo paliativo desde una óptica enfermera, el cometido a desempeñar por la profesión en el contexto de lo que actualmente el lenguaje oficial ha venido en denominar como "muerte digna", la humanización de los cuidados y el papel que tiene la auxiliar de Enfermería en un Área de hospitalización.

En las Jornadas también se analizaron capítulos tan específicos como la prescripción de determinados fármacos y productos sanitarios por parte de la enfermería, temática que, no es preciso insistir en ello, se está viendo envuelta en una larga y sostenida controversia como reflejan las distintas posturas de los sectores intervinientes y con hitos más importantes en la votación, afirmativa, del Congreso de los Diputados para tratar de modificar la Ley del Medicamento, (sobre lo que tratamos en otro lugar de esta misma edición) por la que únicamente el personal médico y los odontólogos están autorizados, legalmente, para las tareas de prescripción y donde tiene su origen la inseguridad jurídica de la Enfermería. Amén de la última decisión de los Tribunales de Justicia paralizándolo el TSJA, de modo cautelar, el Decreto del pasado verano a cargo de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía por el que se autorizaba, por primera vez en España, a la Enfermería regional en este mismo contexto y que el Consejo General de Médicos decidió recurrir.

## Dietas

Las Jornadas también celebraron una mesa redonda para avanzar en la mejora en la coor-

dinación entre los niveles de la atención primaria y la especializada sin olvidar que también se contemplaron aquellos aspectos relativos a Dietética y Nutrición al paciente tanto en el nivel de los cuidados dispensados al enfermo con nutrición enteral así como la presentación del Manual de Dietas Hospitalarias.

Los asistentes, en fin, pudieron ver reflejados, a lo largo de las distintas intervenciones, lo más novedosos en torno al universo que representan los cuidados de Enfermería y la continuidad que, siempre, debe existir entre el quehacer del personal adscrito al Centro de Salud y la realidad hospitalaria. Especialmente significativa fue la aportación presentada en forma de un testimonio real a cargo de una persona cuidadora, perteneciente a la Federación de Asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer, quien narró, en primera persona, cuáles son las vivencias que, a cada momento del día, representa el cuidado de un paciente afectado, en ese caso concreto, de un proceso con deterioro cognitivo.

Sobre el tapete de su realista intervención quedaron toda una gama de problemas y dificultades a las que, las cuidadoras no sanitarias, se deben enfrentar en el desarrollo de su cometido así como el conocimiento que precisan de todo tipo de ayudas que la sociedad les puede facilitar, principalmente a través de la enfermeras de enlace, para mejorar las condiciones y circunstancias que supone cuidar a una persona dependiente.

# COLEGIOS Y REGISTROS DE PROFESIONALES

Huelva.- Redacción

**La** Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, en cumplimiento y conforme a lo previsto en su Decreto 42/2008 de 29 de julio, ha abordado el capítulo referido a los Registros de Profesionales sanitarios de Andalucía para crear el denominado "Registro principal de profesionales de enfermería" andaluces. En este sentido, es pertinente recordar que el Decreto en cuestión fue impugnado, en su momento, por el Consejo Andaluz de Enfermería (CAE), mediante Recurso 2619/2008 ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (TSJA) con sede en Granada. Cierto es que no fue solamente la enfermería quien decidió recurrirlo sino la práctica totalidad de entidades colegiales que representan a las distintas profesiones sanitarias.

La razón esencial de este Recurso se debe a que el establecimiento del Registro de Profesionales vulnera lo dispuesto en el artículo 5.2 de la Ley 44/2003 de 21 de noviembre sobre Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). Ni que decir tiene que en la LOPS se sustenta uno de los pilares del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS). Pues bien, en esa Ley de rango superior se establece que el Registro principal de las profesiones sanitarias –con independencia de si el trabajador actúa en un ámbito público o privado– es competencia y estará a cargo de los Colegios Oficiales, Consejos Autonómicos o Consejos Generales respectivos. Así lo ha entendido el TSJA que, dando la razón a las reivindicaciones mantenidas, acordó suspender determinados artículos y el capítulo II de este Decreto de la Consejería en tanto se resuelva el Recurso.

Queda claro en la L.O.P.S. que a los Colegios profesionales se le encomendó la labor de desarrollar el Registro para lo cual este Colegio provincial de Enfermería de Huelva reitera la petición de actualización de los datos de que disponemos de cada colegiada (o) y que debe estar, debidamente cumplimentado, antes del próximo 15 de diciembre 2009, por cualquiera de estas vías: entrega personal en la sede del Colegio, correo postal ordinario, fax o correo electrónico.

De los datos, y conforme a la actual Ley orgánica (15/1999) de Protección de Datos de carácter personal, tendrán carácter público los referidos a: nombre, titulación, especialidad (si la hubiere), lugar de ejercicio, categoría y función. El titular de estos datos tendrá el derecho de acceso, rectificación o cancelación de aquellos que pudieran ser inexactos o incorrectos. Este Cole-

gio de enfermería de Huelva quiere recordar al profesional su deber de colaborar con esta actividad que emana del cumplimiento de una normativa legal y estatutaria para lo cual la colaboración del censo colegial es imprescindible. En las oficinas del Colegio pueden encontrar modelo para la recogida de datos.

## Acceso por vía excepcional enfermería del Trabajo

**El** Colegio de Huelva informa que la fecha tope para acceder a la especialidad de enfermería del Trabajo por la vía excepcional finaliza el próximo 22 de marzo/2010. Los requisitos para acceder a esta vía excepcional son: 4 años de servicio prestados en el ámbito de la enfermería del Trabajo. 2 años de servicios prestados en el ámbito de la enfermería del Trabajo y 40 créditos de formación en la materia. Y en ambos casos, superación de una prueba de carácter objetivo. La documentación necesaria para hacerla acompañar a la solicitud consta de:

- 1) Título original de ATS/DUE.
- 2) Certificación que acredite el tiempo de servicios prestados.
- 3) DNI original y
- 4) Instancia facilitada en la secretaría del Colegio.

# DOCUMENTOS

ILUSTRE  
COLEGIO  
OFICIAL DE  
ENFERMERÍA  
DE HUELVA



# Enfermería 2010

## Enero

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

## Febrero

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

## Marzo

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

## Abril

L	M	J	V	S	D	

## Mayo

L	M	J	V	S	D	

## Junio

L	M	J	V	S	D	



	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>					
5	6	7	8	9	10	<b>11</b>			
12	13	14	15	16	17	<b>18</b>			
19	20	21	22	23	24	<b>25</b>			
26	27	28	29	30					

						<b>1</b>	<b>2</b>		
3	4	5	6	7	8	<b>9</b>			
10	11	12	13	14	15	<b>16</b>			
17	18	19	20	21	22	<b>23</b>			
24	25	26	27	28	29	<b>30</b>			
31									

							<b>3</b>	4	5	<b>6</b>
7	8	9	10	11	12	<b>13</b>				
14	15	16	17	18	19	<b>20</b>				
21	22	23	24	25	26	<b>27</b>				
28	29	30								

### Julio

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

### Agosto

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

### Septiembre

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

### Octubre

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

### Noviembre

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

### Diciembre

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

# APROXIMACIÓN EN UNIDAD PEDIÁTRICA

\*V JORNADAS DE CALIDAD E INNOVACIONES SANITARIAS

I Reunión Provincial de Calidad Asistencial

7 de Mayo de 2009 - Hospital "Juan Ramón Jiménez" - HUELVA

ORGANIZACIÓN: Unidad de Formación Continuada Hospital Infanta Elena.

Comisión Central de Calidad - Hospital Infanta Elena

Antonio Cuadri Silva

Diplomado Universitario en Enfermería.

Colegiado nº 2142

Hospital "Infanta Elena" - Huelva

## 1. INTRODUCCIÓN

La Seguridad Clínica cobra cada vez mayor sentido ante el incremento de la proporción de los Efectos o Eventos Adversos (EA) ligados a la prestación sanitaria. Ello es debido a:

- Gran incremento de la **Actividad Asistencial**.
- Incremento sustancial de la **Complejidad y Especialización** de los procesos y técnicas sanitarias.

La mayor parte de la evidencia actual sobre Eventos Adversos (EA) proviene del medio hospitalario, debido al mayor riesgo que comporta la atención sanitaria en este entorno.

Diversos estudios manifiestan la importancia de la magnitud y consecuencias de los EA, en términos de morbilidad/mortalidad, y de costes económicos. Como primera iniciativa de actuación está La Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes, de la OMS en 2004 y posteriormente a ello, y más concretamente en España, surgen las directrices marcadas por:

- **"Estrategia en Seguridad del Paciente del sistema Nacional de Salud"** (Ministerio de Sanidad y Consumo):

<http://www.seguridaddelpaciente.es/>

- **"Estrategia para la Seguridad del Paciente"** (II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía – Consejería de Salud). Cuyo objetivo principal es: "Aumentar la calidad de la asistencia sanitaria proporcionando atención y cuidados más seguros a los pacientes y disminuyendo la incidencia de efectos adversos atribuibles a los mismos" y para ello define 24 Procesos Estratégicos a seguir, como generadores de una cultura de seguridad:

<http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/profesionales/procesos/PlandeSeguridadparaCD.pdf>

Esta importancia que adquiere la Seguridad Clínica se ve respaldada en nuestra comunidad cuando en 2005 se lleva a cabo el "Estudio andaluz sobre eventos adversos ligados a la hospitalización" y entre sus resultados son destacables los siguientes:

- La incidencia global de EA ligados a la hospitalización (EAh) en la población hospitalizada fue de **6,93%**.
- La incidencia mayor de los EAh se produce durante los cuidados en hospitalización (**38,35%**) y en el procedimiento principal (cirugía y anestesia) (**33,08%**).
- El **53,63%** de los EA produjeron una prolongación de la estancia hospitalaria, en forma de prolongación de la misma o de reingresos.
- El **39,66%** de los EA detectados causaron algún tipo de incapacidad, siendo, por lo general, ésta, una incapacidad social leve.
- Los episodios de hospitalización expuestos a EA mostraron un riesgo **7,37 veces mayor de éxitus** que los no expuestos a EA.

Por lo expuesto se deduce que la planificación en Seguridad Clínica exige un planteamiento desde las unidades de hospitalización, en coordinación con la Comisión de Seguridad Clínica del centro, para poder llevar un control exhaustivo de los factores que promuevan los eventos adversos.

Aquí se plantean pautas que se podrían seguir en una Unidad Pediátrica, recopilando riesgos desde una visión global de la misma (estructura física y funcional, recursos humanos y materiales, clientes externos e internos...) y elaborando instrumentos para su medida y valoración (indicadores). Ello, posiblemente, sea extrapolable a unidades de iguales características (a nivel específico) y a otras unidades (a nivel general) con la adaptación que requiera a su propia realidad.

Esta planificación solo tendrá sentido dentro de un plan institucional integrado que englobe todas las unidades del centro y a su vez a todos los centros dependientes de la Organización Sanitaria, en este caso del Servicio Andaluz de Salud.

## 2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

### 2.1. TIPOLOGÍA DE PACIENTES

La Unidad Pediátrica del hospital Infanta Elena presta atención a los niños/as desde 0 años hasta los 14 años, en la amplia gama de patologías que padecen dentro de la población englobada en la zona del Condado y la Costa.

En la atención prestada se engloba tanto a los niños como a su familiar cuidador, fundamentalmente la madre, quien lo acompaña constantemente.

Las patologías tratadas abarcan todas las que se puedan presentar en pacientes de estas características, lo que comprende:

- ✓ Enfermedades infecciosas (bacterianas, víricas...)
- ✓ Patologías quirúrgicas (cirugía, traumatología, otorrinolaringología, oftalmología...)
- ✓ Patología nutricional,
- ✓ Patología traumática,
- ✓ Patología urológica, etc.

Todo ello exige una gran variabilidad en la atención a prestar y una formación del personal, tanto a nivel técnico como en habilidades psicosociales, ya que coexisten simultáneamente muy distintos y dispares niveles socioculturales tanto en la población habitual como en la población flotante de características, a su vez variables, dependiendo si se corresponde con el turismo (nacional e internacional) o con las inmigraciones temporales de carácter laboral relacionada con diferentes países de origen, que pueden ser distintos de un año para otro, dependiendo de la situación socioeconómica.

## 2.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADORES

El intervalo de edad en el que están comprendidos los pacientes atendidos, marca invariablemente que estén acompañados las 24 horas por un familiar cuidador estrechamente vinculado con ellos, lo que se ve favorecido por las normas internas específicas para esta la unidad. Por norma general este papel corresponde a la madre.

En la atención pediátrica, la madre queda englobada, de forma invariable, en la atención a prestar, tanto por lo especial de su especial vinculación emocional como por la necesidad y responsabilidad inherentes en la prestación de los cuidados durante la hospitalización como posteriormente en la continuidad de los mismos en su domicilio en:

- ✓ el periodo inmediato al alta hospitalaria en las patologías agudas
- ✓ de forma continuada en las patologías crónicas

De forma menos habitual, el papel de cuidador queda vinculado a las personas que habitualmente están a su cuidado como responsabilidad directa del Servicio de Protección al Menor, como consecuencia de la falta de los progenitores y familiares cercanos en las que pudiera recaer. Bien ligado al fallecimiento de éstos bien a la retirada de su custodia como protección ante difíciles circunstancias y situaciones socioeconómicas que así lo hayan requerido. Las actividades de la atención de este tipo de pacientes ligadas al cuidador van dirigidas a su colaboración en:

- ✓ la aportación de todos los datos preciso para una correcta anamnesis del paciente
- ✓ los cuidados básicos (aseo, higiene y protección, acompañamiento...)
- ✓ la administración del tratamiento correcto y de la forma adecuada
- ✓ facilitar la administración de las medidas terapéuticas necesarias, tras su consentimiento informado
- ✓ la adquisición de los conocimientos y habilidades básicas, para que tengan la autonomía necesaria que le permita prestar, él mismo, los cuidados al paciente y que éstos tengan una continuidad adecuada tras el alta hospitalaria (en patologías agudas y crónicas), etc.

## 2.3. ESTRUCTURA DE LA UNIDAD PEDIÁTRICA

### 2.3.1. Estructura física

Las características de la Unidad Pediátrica están marcadas por las propias del

hospital comarcal al que pertenece.

Ésta está compuesta por tres departamentos diferenciados:

- a) Dietética.** Aquí se preparan las papillas y los biberones para los lactantes y recién nacidos, tanto de la propia unidad como del Servicio de Obstetricia.
- b) Neonatos.** Aquí ingresan los bebés desde 0 a 30 días. Tiene una capacidad de 8 pacientes atendidos bien en incubadoras bien en cunas. Se les presta cuidados específicos no llegando a ser los propios de una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, por lo que de ser necesario deben ser trasladados. Las madres de estos pacientes, si están ingresadas en el Servicio de Obstetricia (2ª Planta) se desplazan a este departamento (1ª Planta) para proporcionarles lactancia materna. En caso de no estar ingresadas, se les facilita que puedan proseguir con la lactancia materna proporcionándoles una habitación de hospitalización donde pueden permanecer mientras dura el ingreso de sus hijos.
- c) Pediátricos.** Aquí ingresan los pacientes desde 1 mes hasta los 14 años. Tiene una capacidad de 18 pacientes atendidos bien en cunas bien en camas, en un total de 10 habitaciones de las cuales 8 son dobles y 2 individuales (principalmente para uso con pacientes que requieran aislamiento). Los cuidadores directos (generalmente sus madres) pueden permanecer junto a los pacientes constantemente para lo cual se le facilita la comida, el aseo y un sillón extensible donde descansar.
- d) Sala de exploración.** Aquí se explora y reciben tratamiento inmediato los pacientes cuya gravedad al ingreso así lo requiere, bien para pasar posteriormente al área de hospitalización, bien para aplicarles las medidas necesarias que garanticen su seguridad en el traslado a un centro de mayor especialización donde ser tratado.
- e) Aula lúdico-pedagógica.** Aquí el profesor imparte actividades de ocio y educativas (adaptadas a la edad y nivel de escolarización) a todos los pacientes que son capaces de desplazarse hasta la misma. En caso contrario se les proporciona a pie de cama.

### 2.2.3. Recursos humanos y organización funcional

El personal que comprende la unidad está organizado en las siguientes categorías:



- a) Profesor (2).** En horario de 8:00h a 15:00h de lunes a viernes
- b) Pediatras (8).** Su atención queda distribuida en:
  - ✓ los departamentos que componen la unidad (pacientes pediátricos y neonatales)
  - ✓ el Servicio de Obstetricia (pacientes recién nacidos a valorar)
  - ✓ el Servicio de Parto (pacientes neonatos en su nacimiento)
  - ✓ el Servicio de Urgencias (incidencias patologías de los pacientes del todo el intervalo de edad de la atención pediátrica)
  - ✓ Consulta Externa Pediátrica, tanto nuevas consultas como revisiones periódicas de los pacientes de todo el intervalo de edad de la atención pediátrica
- c) Auxiliares de enfermería (11).** Distribuidas 2 en cada turno rotatorio (mañanas-tardes-noches) de manera que una está en el departamento de

pacientes Pediátricos y la otra cubre a la vez el departamento de Neonatos y el de Dietética. De lunes a viernes, además, está presente una auxiliar en horario de 8:00h a 15:00h.

**d) Enfermeras (11).** Distribuidas 2 en cada turno rotatorio (mañanas-tardes-noches) de manera que una está en el departamento de pacientes Pediátricos y la otra en el departamento de Neonatos. De lunes a viernes, además, está presente una enfermera en horario de 8:00h a 15:00h.

#### 2.4. CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL

A nivel general todo el personal ha recibido una formación en conocimientos y técnicas, fuertemente orientada a lo específico de la atención a los pacientes pediátricos y neonatales, así como de su cuidador más directo.

Aun así, esta formación requiere de una constante y periódica actualización de la que ya se consta, como en habilidades psicosociales de relación (dadas por formación en el centro y por la propia experiencia profesional) y de apoyo en circunstancias especialmente difíciles relacionadas con la atención a este tipo de pacientes y sus cuidadores. Con las dificultades añadidas por la gran variabilidad que representa la población objeto de la atención a prestar, entre las más destacables están:

- ✓ Diferentes niveles formativos y sociales
- ✓ Diferentes culturas y religiones
- ✓ Variación constante de las características generales de la población debido a turismo, inmigración por contratación en origen de carácter laboral temporal (que a su vez puede proceder unas temporadas de un determinado país y otras de otro muy distinto), etc.

La variabilidad de conocimientos y prácticas clínicas que suponen los distintos departamentos queda amortiguada por una adecuada y frecuente rotación de todo el personal, tanto a nivel médico como de personal de enfermería.

A un nivel más habitual y ante una carencia de una cultura de Seguridad Clínica ante el Paciente, las incidencias que se puedan dar se refieren como “inevitables” o ligadas a la coincidencia de picos asistenciales en situaciones de una cobertura no adecuada del personal.

#### 2.5. ACTITUD ANTE LA SEGURIDAD CLÍNICA

Actualmente, en la Unidad Pediátrica, así

como en el resto del centro existe una falta de concienciación sobre la importancia y necesidad de adoptar medidas para mantener la Seguridad del Paciente mientras se le presta la atención que su patología requiere, en el sentido de realizarlo de manera organizada y estructura que permita un posterior seguimiento y evaluación.

Las medidas adoptadas que se toman con respecto a la Seguridad del Paciente, se basan mayoritariamente en la intuición y van dirigidas a aspectos que tradicionalmente han resultado evidente (barandas en pacientes que es evidente que puedan sufrir caídas, correcta dilución de medicamentos,...) no registrándose ni siguiéndose de manera estructurada su eficacia, su necesidad o la falta de actuación ante ello. No se sigue de manera adecuada los aspectos englobados en los procesos definidos en la Estrategia para la Seguridad del Paciente<sup>(1)</sup> de la Consejería de Salud de Andalucía.

#### 2.6. LOGROS Y TEMAS PENDIENTES EN SEGURIDAD CLÍNICA

##### 2.6.1. Logros en Seguridad Clínica

La Seguridad Clínica acaba de incorporarse a nuestra institución sin que sus efectos sean aun visibles por estar en una etapa de pre-implantación ya que se ha creado una Comisión de Seguridad Clínica multidisciplinar que está dando sus primeros pasos, tanto a nivel organizativo y como de formación específica en este tema.

Teniendo como referente los aspectos englobados por los distintos procesos establecidos en la comentada Estrategia para la Seguridad del Paciente marcada por la Consejería de Salud de Andalucía, se puede decir que en la Unidad Pediátrica-Neonatal se cubren, al menos en parte, aspectos tratados en los siguientes procesos:

**1) Impulsar una adecuada organización asistencial donde se favorezca la implementación de las estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes.**<sup>(1)</sup>

En ello está trabajando la recién creada Comisión de Seguridad Clínica multidisciplinar.

**5) Plan de formación.**<sup>(1)</sup>

Actualmente se han realizado cursos formativos aislados en relación con la Seguridad Clínica que han abarcado a parte de los profesionales del centro.

**7) Fomentar la implicación del paciente y persona cuidadora.**<sup>(1)</sup>

Se dispone de folletos formativos, hay elaborados protocolos unificados de actuación y pliegos normalizados para el Consentimiento Informado.

Por las características de nuestros pacientes y al ser la madre, generalmente, la persona cuidadora vemos facilitado este aspecto, salvo en los casos en que las barreras idiomáticas nos lo dificultan.

**11) Disminuir barreras arquitectónicas y señalizar adecuadamente los centros.**<sup>(1)</sup>

Se han eliminado las barreras arquitectónicas y la accesibilidad está facilitada, sea cual sea la autonomía de los pacientes y familiares.

La correcta señalización se percibe como una necesidad así como su actualización conforme a los formatos unificados normativamente por el Servicio Andaluz de Salud. Tan solo podemos observar algún retraso en dicha actualización, ligados a los últimos cambios estructurales que se han realizado en el centro.

**12) Identificación inequívoca de la ciudadanía que entra en contacto con el SSPA.**<sup>(1)</sup>

Si bien cada uno de los pacientes ingresados en el departamento de Neonatos lleva una pulsera identificativa que, además, los relaciona inequívocamente con sus respectivas madres. No ocurre lo mismo en el departamento de Pediátricos con el riesgo que supone por su gran movilidad, la tendencia a tener amigos en otras habitaciones, o compartir cama para el juego,... Esta circunstancia la percibe el personal como de especial riesgo y sus actuaciones siempre van marcadas por una especial atención a este aspecto.

**14) En la valoración de los pacientes se identificarán los factores intrínsecos y extrínsecos que pueden incidir en una disminución de la seguridad del paciente.**<sup>(1)</sup>

En el primer contacto con los padres de valoran, respecto al niño, las alergias o intolerancias (medicamentosas, alimenticias o de otro tipo), patología crónica previa, situación sociocultural y económica, los riesgos de caídas (relacionadas con la edad, con restricciones de la movilidad o con algún otro tipo de patología, el riesgo especial que éstas puedan suponer en asociación con su patología actual,...).

**15) Valoración de la persona cuidadora.**<sup>(1)</sup>

Durante la estancia hospitalaria se valora, aunque no de forma estructurada, la apti-

tud de la madre en el afrontamiento de la patología y su disposición a aprender cómo prestar los cuidados necesarios para la correcta evolución y/o control de la patología del niño.

Esta valoración comprende también el saber qué capacidad posee para ello y marca las directrices a seguir al alta en coordinación las enfermeras Gestoras de Casos lo que determinará un seguimiento más o menos estrecho por su enfermera de zona en Atención Primaria.

#### **17) Prevenir la infección nosocomial.<sup>(1)</sup>**

A este respecto se incide principalmente en el lavado de manos por la gran y positiva repercusión que se obtiene de su realización correcta.

Ello se lleva a cabo a nivel del centro con un programa de formación y concienciación de todo el personal sanitario, aunque la casi totalidad del personal que se implica pertenece al conjunto de la enfermería, con la minusvalía que conlleva en la efectividad de este programa al ser muchos otros los profesionales implicados en la atención a los pacientes.

Adicionalmente, Medicina Preventiva en coordinación con la Dirección de Enfermería ha retomado la implantación del uso de soluciones de hidroalcoholes, estando en marcha el reincidir en la promoción de su uso, apoyado con una adecuada distribución de los dispensadores y una reiterada formación al respecto.

Actualmente, se ha procedido a la normalización del uso de los distintos tipos de mascarillas especificándose qué tipo hay que usar y para qué indicaciones. Esto es el resultado del trabajo coordinado de la Unidad de Riesgos Laborales, Medicina Preventiva y la Dirección de Enfermería. Ello se complementa con la transmisión por escrito a los distintos responsables de las unidades y también mediante reunión conjunta con ellos.

#### **18) Potenciar la transfusión segura de sangre y hemoderivados.<sup>(1)</sup>**

Se hace especial hincapié en la confirmación de los datos de la muestra de hemoderivado a transfundir y el paciente destinatario. Y existe una hoja de control a cumplimentar por el personal que realiza dicha transfusión donde se reflejan las posibles incidencias que hayan podido surgir durante la misma. Esta información queda recopilada en el laboratorio de Hematología.

#### **19) Mejorar la seguridad de los pacientes que van a ser sometidos a inter-**

#### **venciones quirúrgicas.<sup>(1)</sup>**

Se realiza la administración de la profilaxis antibiótica preoperatoria prescrita y se comprueba, antes de salir de la planta, la correcta relación entre paciente e intervención correspondiente, yendo siempre acompañado de su Historia Clínica, donde están los informes previos realizados por el Servicio de Anestesia y Servicio de Cirugía, especificando el diagnóstico, el tipo de intervención y la ubicación a la que afecta. Todos estos datos son verificados de nuevo por el personal de quirófano en la recepción del paciente.

#### **20) Establecer las medidas necesarias para la detección y actuación ante el riesgo de caídas.<sup>(1)</sup>**

Al ingreso de los pacientes se valora el riesgo de caídas (relacionadas con la edad, con restricciones de la movilidad o con algún otro tipo de patología, el riesgo especial que éstas puedan suponer en asociación con su patología actual,...) y se toman las medidas necesarias para evitarlas. De producirse quedan reflejadas en un registro implantado a nivel de centro, que reportará datos que permitan adoptar medidas más concretas.

#### **21) Impulsar medidas para la prevención del riesgo de deterioro de la integridad cutánea y para el cuidado de las úlceras por decúbito.<sup>(1)</sup>**

En la Unidad Pediátrica este problema no tiene especial relevancia, por el tipo de pacientes a los que se atiende. De todas formas en casos muy puntuales se podrían aplicar las medidas ya instauradas en todo el centro tanto para su prevención (crema protectora de la piel, cambios posturales, colchones cuyas características disminuyen la presión en las zonas acras, la utilización de colchones de aire alternante, superficies almohadilladas de silicona para aliviar la presión en las zonas de especial riesgo de lesión,...), como para su tratamiento cualquiera que sea su estadio (líquido hidratante protector de la piel, apósitos almohadilladores, de hidrocoloides, de alginatos con o sin plata,...). Se favorece el correcto uso de los distintos apósitos y lociones mediante la información a todos los responsables de los distintos servicios de las distintas indicaciones, a la vez que se distribuyen folletos de rápida consulta elaborados, en colaboración con la Dirección de Enfermería.

#### **24) Asegurar la continuidad asistencial.<sup>(1)</sup>**

Se realiza una planificación previa del al-

ta de los pacientes, en especial de aquellos con patologías crónicas o que requieran cuidados especiales. Valorándose la correcta adquisición de los conocimientos y actitudes por parte de los padres, necesarios para mantener la continuidad de los cuidados en su domicilio.

También se les explica el tratamiento e indicaciones reflejadas en el Informe de Alta y, en los casos necesarios, se coordinaría con Atención Primaria a través de las enfermeras Gestoras de Casos.

### **2.6.2. Temas pendientes en Seguridad Clínica**

Manteniendo como referente los distintos procesos descritos en la Estrategia para la Seguridad del Paciente marcada por la Consejería de Salud de Andalucía, en la Unidad Pediátrica no se cubren los expuestos a continuación, bien porque no procede su aplicación en una unidad concreta sino a nivel de todo el centro, bien por que no entran dentro del ámbito de nuestro centro, como hospital comarcal:

**2) Incorporar los objetivos de seguridad propuestos por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud en los correspondientes contratos de gestión.<sup>(1)</sup>**

**3) Gestión de los riesgos descentralizada, horizontal y flexible.<sup>(1)</sup>**

**4) Potenciar la adaptación de los centros a los estándares de seguridad del Modelo de Acreditación de Andalucía.<sup>(1)</sup>**

**6) Impulsar la investigación en materia de seguridad del paciente.<sup>(1)</sup>**

**8) Integrar la información sobre seguridad que facilitan los distintos sistemas de información existentes con el propósito de conocer, analizar y prevenir los EA.<sup>(1)</sup>**

**9) Desarrollar y mantener un sistema de notificación.<sup>(1)</sup>**

**10) Disponer de un Observatorio de Seguridad.<sup>(1)</sup>**

**13) Identificación correcta y entorno seguro en la asistencia telemática.<sup>(1)</sup>**

**16) Potenciar el uso seguro de la medicación para prevenir los errores en el proceso de prescripción, conservación, preparación y administración de medicamentos.<sup>(1)</sup>**

**22) Fomentar entornos seguros en las inmovilizaciones mecánicas y farmacológicas.<sup>(1)</sup>**

**23) Monitorización de las extubaciones no planeadas.<sup>(1)</sup>**

### 3. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

#### 3.1. MEDICACIÓN Y HEMOTERAPIA: ERRORES Y EFECTOS ADVERSOS

**a) Intolerancia a determinados medicamentos o a su presentación farmacológica.** Como ejemplos más llamativos:

- ✓ incapacidad del niño para tomar medicamentos cuya presentación sea en jarabe y/o solución oral (por producirle vómitos de forma habitual),
- ✓ soluciones preparatorias para determinadas pruebas diagnósticas,...

No controlar estos riesgos conllevaría una no efectividad del tratamiento prescrito y la posible repetición de pruebas diagnósticas y la consecuente e innecesaria prolongación de la estancia hospitalaria, con todo lo que ello implica para un paciente pediátrico.

**b) Alergia medicamentosa (al igual que la alimentaria).** Es de especial interés la relacionada con los antibióticos por las gravísimas repercusiones que conllevaría para el paciente no quedar reflejadas y tenidas en cuenta.

**c) La correcta confirmación de los datos de identidad y compatibilidad del paciente receptor de hemoderivados por parte del personal responsable de su administración.** Del no control de estos riesgos no solo se derivaría la falta de efectividad de la prescripción sino que directamente puede poner en peligro la vida del paciente. Ello no resta importancia que la administración correcta al paciente indicado tenga como consecuencia una reacción adversa como riesgo inherente a este tipo de tratamiento pero obliga, además de tomar las medidas pertinentes, a que ello se registre adecuadamente en el formato existente para ello de manera que contribuya como factor de control de este tipo de tratamiento.

**d) Errores de interpretación de la medicación y dosis prescritas.** Las prescripciones se realizan a mano sobre papel, y las dudas que puedan surgir sobre el tipo de tratamiento y las dosis prescritas se consultan directamente con el responsable del mismo. Especial importancia tiene este apartado ya que casi la totalidad de las dosis a administrar no se corresponden con las de las presentaciones farmacéuticas y son el

resultado de cálculos previos en los que intervienen números decimales lo que conlleva que una variación en una coma equivaldría a la administración de una dosis 10 veces menor o mayor.

**e) La administración de medicación oral.** Debe conllevar la presencia del profesional responsable hasta que es ingerida por el paciente. Si bien la puede llevar a cabo el familiar cuidador potenciándose así por una parte la aceptación por parte del niño y la adquisición por parte de la madre de las habilidades y conocimientos necesarios. El riesgo vendría en el dejar la medicación en la habitación ya que informar a la madre de ello no garantiza su correcta administración ni evita que otro niño sin precisarlo la llegue a ingerir.

#### 3.2. YATROGENIA VINCULADA A LA HOSPITALIZACIÓN Y LOS CUIDADOS

**a) Riesgo de caídas.** Evitable mediante:

- ✓ La adecuación de cama, cuna pediátrica o cuna neonatal, a la edad y madurez a este respecto recogida en entrevista con la persona cuidadora.
- ✓ Información a las personas cuidadoras de que este riesgo puede persistir en las pasillos de la unidad cuando la edad de los pacientes ingresados obligan a mantener en los pasillos las camas que no son precisas en las habitaciones, en ese momento ocupadas con cunas pediátricas. Circunstancias que se dan al carecer de otro lugar donde almacenarlas.

**b) Afectación de la funcionalidad de articulaciones.** Referida a la necesaria fijación y protección en el miembro inferior o superior donde se instaure una vía venosa periférica. De no respetarse la posición anatómica y funcional de la articulación y al prolongarse la inmovilización en el tiempo dará lugar, al menos, a una recuperación dolorosa de su correcta funcionalidad.

**c) Adquisición de una patología infecciosa distinta al motivo del ingreso del paciente y presente en otro paciente de la unidad.** Para evitar este riesgo es preciso mantener una constante incentivación de todo el personal de la unidad (además de medidas generales en todo el centro) en el estricto lavado de manos y en el uso correcto

de las soluciones de hidroalcoholes.

#### 3.3. ELEMENTOS DE SEGURIDAD CLÍNICA

**a) No utilización de pulseras identificativas en los pacientes del departamento de Pediátricos.** En este departamento son frecuentes los pacientes que se pueden desplazar por sí mismos y además es lo recomendable por la motivación en el desarrollo social que implica. Ello lleva consigo que puedan estar en otra habitación donde no está su cama de ingreso o bien en el Aula Lúdico-educativa, implicando el riesgo de su no identificación correcta en la administración de medicación, pruebas diagnósticas, etc.

**b) El pequeño almacén de medicamentos de la unidad.** Este persistió durante una primera etapa (aun persiste en otras unidades del centro) y estaba sujeto, de forma periódica, a revisiones de caducidades por parte de la Unidad de Farmacia. Actualmente este almacén ha quedado sustituido por una máquina dispensadora que exige la identificación inequívoca del profesional que extrae la medicación. Aún así existe la práctica habitual entre los profesionales de la unidad de revisar la fecha de caducidad de todo medicamento que se vaya a administrar.

**c) Existe un carro de parada en el departamento de Neonatos y otro en el departamento de Pediátricos,** con material específico para cada uno de los tipos de pacientes. Constan de una hoja-guía para la revisión periódica que exige la supervisión tanto de su periodicidad como de su correcta cumplimentación.

**d) Riesgo durante los traslados.** El traslado de los pacientes para pruebas diagnósticas requiere frecuentemente el acudir a otro hospital sirviéndonos del transporte en ambulancia y ésta puede ser de tipo colectivo desconociéndose el tipo de patología que sufren los otros pacientes con el riesgo de contagio que puede conllevar.

**e) Tutela de las Historias Clínicas.** Éstas se encuentran en un armario sin puertas disponible en el control de enfermería con libre y fácil acceso y cuando el personal está atendiendo a los pacientes en las distintas habitaciones quedan demasiado asequibles para cualquiera persona que quiera acceder a ellas.

f) **Riesgo de quemaduras.** Principalmente éste existe en los pacientes del departamento de **Neonatos** sometidos a Fototerapia que en ningún momento deben ser tratados con cremas ya que junto con el efecto calorífico de la luz pueden ocasionar quemaduras. Habitualmente con la atención de los profesionales habituales el riesgo es inexistente, pero sí forma parte de la especial atención que se debe poner cuando la atención recae sobre sustitutos ocasionales (para cubrir bajas por enfermedad, días de libre disposición...)

#### 3.4. INFRAESTRUCTURAS

- a) **Ventanas de las habitaciones.** Éstas están a un nivel fácilmente alcanzable por los niños, sobre todo si tiene próximo el sillón donde descansa el familiar cuidador. Suponen especialmente un riesgo durante la época estival donde la tendencia de los familiares es la de dejar abiertas las doble ventanas corredizas.
- b) **Camillas con ruedas y sillas de ruedas.** Éstas suponen un especial riesgo cuando quedan en la planta sin ser precisas para ningún paciente y los niños intentan usarlas para el juego con las malas consecuencias que ello puede conllevar.
- c) **Las barandas de protección de las camas,** van incorporadas plegándose paralelamente sobre los laterales y disponen de un sistema que difícilmente puede accionar un niño pequeño, pero sí lo podrían accionar los de mayor edad suponiendo un riesgo de lesiones por atrapamiento y el efecto "tijera" que puede ocasionar sobre alguno de sus miembros o dedos.
- d) **Las puertas de los baños,** abren para dentro y además algunas disponen de seguro interior. Ello facilita que los pacientes puedan quedar atrapados en su interior.
- e) **Los enchufes** están situados en las cabeceras de las camas/cunas en el departamento de Pediátricos. Su altura los hacen accesibles tanto para los niños mayores que se ponen de pie en la cama como para los lactantes que logran mantenerse de pie en la cuna al agarrarse a su baranda. Por ello deben permanecer protegidos y a la vez estar disponibles para las bombas de perfusión, monitores, pulsioxímetro, etc. de manera que ningún olvido puede conllevar trágicas consecuencias.

#### 4. BATERÍA DE INDICADORES

##### 4.1. INDICADORES CENTINELAS

- a) **Quemaduras en paciente neonatal en tratamiento con Fototerapia.**
- b) **Pacientes que sufren una caída en el departamento de Neonatos.**
- c) **Reacción alérgica a antibiótico o alimento del que se tenía conocimiento previo.**
- d) **Pacientes que hayan sufrido descargas eléctricas por entrar en contacto con los enchufes del departamento de Pediátricos.**

##### 4.2. INDICADORES DE RESULTADOS

- a) **Número de pacientes que adquieran una patología infecciosa, distinta al motivo de su ingreso y presente en alguno de los otros pacientes también ingresados.**
- b) **Número de pacientes del departamento de Pediátricos que han sufrido alguna caída.**
- c) **Número de pacientes que han manifestado un efecto adverso de los descritos en la medicación administrada.**
- d) **Número de casos en los que algún paciente queda atrapado dentro del baño al accionar involuntariamente el seguro interior.**
- e) **Número de medicamentos ya caducados que se encuentren en la unidad.**
- f) **Números de veces que se ha administrado medicación o atención al paciente para el que no estaban expresamente indicados.**
- g) **Nivel de satisfacción del paciente (a través de encuesta realizada a la personal cuidadora).**
- h) **Número de pacientes que han sufrido una parada respiratoria en el departamento de Neonatos.**

##### 4.3. INDICADORES DE PROCESO

- a) **Número de personal de enfermería que durante el año realiza algún curso formativo relacionado con la higiene de manos.**
- b) **Número de personal médico que durante el año realiza algún curso formativo relacionado con la higiene de manos.**
- c) **Número de sustitutos que prestan atención ocasional en la Unidad Pediátrica sin tener en ésta como referente en el mismo turno a otro de su misma categoría profesional habitual en la unidad.**

#### 4.4. INDICADORES DE ESTRUCTURA

- a) **Número de dispensadores de jabón en relación al número de habitaciones y salas de la Unidad Pediátrica.**
- b) **Número de dispensadores de solución de hidroalcohol en relación al número de habitaciones y salas de la Unidad Pediátrica.**

#### 5. SELECCIÓN DE INDICADORES

Todos los indicadores antes descritos deben quedar expresados de manera que queden clarificados los distintos items que lo componen de manera que cualquiera que los valore obtenga la misma interpretación de los datos de medición que proporcionan. Como ejemplo se exponen a continuación como pueden quedar desarrollados dos de ellos:

5.1. Quemaduras en paciente neonatal en tratamiento con Fototerapia.

- **DEFINICIÓN:** Pacientes neonatales sometidos a Fototerapia que hayan sufrido quemadura relacionada con la utilización de cremas con base de vaselina.
  - **NUMERADOR:** Número de neonatos sometidos a Fototerapia que sufren quemaduras.
  - **DENOMINADOR:** Número total de neonatos sometidos a Fototerapia.
- El resultado se multiplicará por 100.

5.2. Administración de medicación al paciente para el que no estaba indicada.

- **DEFINICIÓN:** Pacientes del departamento de Pediátricos a los que se le administra una medicación que no tenía prescrita (bien en tipo, bien en dosis).
  - **NUMERADOR:** Número de pacientes del departamento de Pediátricos a los que se les administra una medicación que no tenía prescrita.
  - **DENOMINADOR:** Número total de pacientes del departamento de Pediátricos.
- El resultado se multiplicará por 100.

#### 6. BIBLIOGRAFÍA

- Consejería de Salud, [2006], "Estrategia para la Seguridad del Paciente". [Sevilla]: D.L.: SE-4751-06, Junta de Andalucía:  
<http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/profesionales/procesos/PlandeSeguridaparaCD.pdf>

# MULTICULTURALIDAD EN EL PROCESO DEL EMBARAZO

## REFLEXIONES EN TORNO A UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Marina Rico Neto.-D.U.E.  
Irene Rico Neto.- Estudiante de Enfermería  
M<sup>a</sup> Dolores Neto Maestre.- D.U.E., Matrona

### INTRODUCCIÓN

En la actualidad, en nuestro país, se vive una transformación poblacional por lo que estamos experimentando la vivencia de la multiculturalidad, es decir, la convivencia con personas de otras culturas. Estas personas hacen a nuestra cultura la aportación, de las sus propias, bagaje del que aunque estén en nuestro país no pueden apartar de sí mismos y que ha de servirnos de enriquecimiento.

La inmigración tan fuerte que padece nuestro país, está dando lugar a grandes cambios en el afrontamiento de los procesos de salud.

Es por tanto que los profesionales de la misma, debemos adaptar nuestros conocimientos y actitudes a una gran variedad de culturas.

### DESCRIPCIÓN

España ha pasado de ser un país de emigrantes a ser un país receptor de inmigración.

Como consecuencia del gran número de personas de otros países que llegan a España, el Sistema Nacional de Salud ha de plantarse como prestar atención sanitaria a todas ella/os. Estos movimientos migratorios suponen un reto para los profesionales de la salud, que se plantean en como ofrecer una atención de calidad con esta nueva diversidad.<sup>1</sup>

La mayoría de las mujeres inmigrantes que vienen a nuestro país se encuentran en edad fértil<sup>2</sup>, esto nos lleva a pensar de que la manera de vivir el proceso del embarazo y el parto puede ser diferente a la nuestra.

El objetivo del trabajo es explorar las dificultades culturales que se plantean con estas mujeres en el proceso del nacimiento.

La atención sanitaria puede verse dificultada por las barreras tanto lingüísticas como culturales, ya que, la maternidad es un fenómeno bio-cultural donde se reflejan valores, sentimientos y creencia.<sup>3</sup>

En los artículos revisados se refleja como principal barrera con la que se encuentran tanto las mujeres como los profesionales es el idioma ya que dificulta la comunicación bidireccional, para poder expresarse, y para poder entenderlo. Este dificultad en la comunicación nos aboca a un grado de insatisfacción por ambas partes. En la mujer, por no poder hacerse entender en sus requerimientos sean cuales sean y por parte del profesional de la salud por no lograr entenderlas y no poder satisfacer sus necesidades plenamente.<sup>4,5</sup>

Aunque la asistencia sanitaria recibida, tanto por las autóctonas como por inmigrantes es de la misma índole, mientras la española puede hacer una valoración real del grado de satisfacción, la inmigrante al tener otro bagaje cultural, no entenderá ciertas formas de comportamiento, hacia ella durante el proceso, con lo que aumentará su nivel de frustración o insatisfacción.

Por otra parte, la cultura es un sistema de símbolos que son compartidos, aprendidos y transmitidos a través de las generaciones en un grupo social. El significado es muy importante en este tipo de definiciones. La cultura suministra un mapa conceptual y una guía para actuar e interpretar nuestra experiencia. La cultura es revelada a través de la conversación y el lenguaje. Podemos describir lo que la gente piensa escuchando lo que dice. Nuestros orígenes culturales influyen sobre cómo nos comunicamos. Es muy importante ser consciente de nuestros propios estilos de comunicación pa-

ra cambiarlos cuando sea necesario. Es muy común para un paciente inmigrante considerar que una enfermera no es sensible o es incompetente simplemente por el uso de diferentes estilos de comunicación verbal o no. Y cuando la usuaria se construye esta opinión, es muy probable que no siga sus recomendaciones y que evite contactos posteriores. Cuando además el profesional ni siquiera sepa que ofendió o no se atendió adecuadamente las necesidades de la mujer<sup>6</sup>.

Asimismo la cultura no es algo estático, sino en continuo cambio por la cual la necesidad de puesta al día por los profesionales, tendrían que formar parte del a Formación continuada.

En el ámbito hospitalario también es frecuente que se produzcan choques culturales y religiosos en cuanto a las dietas, el uso de la vestimenta o el sentido del pudor. Estas situaciones pueden dar lugar incidentes y malentendidos más o menos graves que comprometen la comunicación<sup>7</sup>.

Como conclusión podemos establecer que la cultura es de un bagaje de cada persona tanto usuaria como profesional.

Si tenemos en cuenta que el mayor número de mujeres inmigrantes se encuentran en España en edad fértil y aunque la calidad de la asistencia sanitaria ofrece muchas ventajas respecto a sus países de origen, pueden aparecer contradicciones con las concepciones socio-culturales de sus lugares de origen<sup>1</sup>. Es por tanto que los aspectos culturales influyen mucho en la percepción de la calidad sanitaria por parte de las mujeres que la reciben.

Los profesionales sanitarios nos podemos encontrar con un inconveniente, que desde nuestra percepción etnocéntrica del trato con inmigrantes, podemos no tener disposición para comprender las



otras culturas y comportarnos con prejuicios que conduzcan a discriminación en la atención. Aunque la ética profesional impide, al profesional, dar un trato discriminatorio, se puede incurrir en esta situación sutil de forma, como puede ser menor empatía, ya sea por desconocimiento o por adopción de aptitudes etnocéntricas.<sup>3</sup>

Se hace obligatorio para los profesionales, en nuestra determinación de abandonar las posturas etnocentristas que seamos especialmente sensibles ante determinados condicionamientos de índole cultural de las mujeres a las que atendemos.

Entre estos apreciamos:

*Sentido del pudor.* se aprecia más acusado, sobre todo, en las mujeres musulmanas. Dentro de la población inmigrante estas mujeres son las que acuden a menos controles. Además por su sentido del pudor rechazan la asistencia directa por parte de varones.<sup>7,8</sup>

*Actitud ante el dolor.* La manifestación del dolor no es expresada por igual en todas las culturas es constatable que las mujeres del este de Europa y las subsaharianas son estoicas en su manifestación del dolor, mientras las magrebíes lo manifiestan de forma exacerbada.<sup>9,10</sup>

*Acompañamiento durante el parto.* En este aspecto también pueden presentarse matices de tipo cultural.

Entre la población musulmana, los hombres, son reticentes a manifestaciones afectivas con las mujeres. En algunas subculturas africanas prefieren no estar acompañadas por sus parejas, por la creencia de que el parto es cosa de mujeres. Las latinoamericanas, en cambio, demandan el acompañamiento de sus parejas durante todo el proceso y las del este de Europa pueden venir solas o acompañadas de una amiga<sup>2,3,8</sup>.

*Influencia de sus creencias.* Entre la población musulmana, el nacimiento de una niña puede producir rechazo por parte los padres. En algunos casos nos encontramos con mujeres con mutilación del clítoris que, a pesar de encontrarse en nuestro país, cuando paren una niña.

*Interacción con el recién nacido.* La forma de manifestar su alegría por el nacimiento del hijo/a, si bien hay algunos matices que destacar como son las musulmanas que por condicionamiento cul-

tural.<sup>3,5</sup> También se encuentran diferencias en la respuesta al contacto piel con piel.

Analizando la situación, en un número importante de mujeres inmigrantes, podemos concluir que esta situación por miedo o desconocimiento puede influenciar en un número menor de controles perinatales que no de asistencia hospitalaria para el parto. En un gran porcentaje de mujeres el producto de las partos suele ser recién nacidos sanos aunque en algunas ocasiones, el déficit de control induce a partos prematuros u otro tipo de patologías.<sup>12, 13,14</sup>

## CONCLUSIÓN

La salud como derecho fundamental del ser humano está recogida para todas las personas. Nuestro país, cuenta con un servicio sanitario público que atiende a todo aquel que se acerca a sus centros, independientemente de su categoría social, idioma, ideología religiosa bagaje cultural... Esto unido a la creciente afluencia de personas procedentes de otros lugares del planeta, hace que los/as profesionales de este servicio tengan la misión de ser flexibles y estar abiertos ante nuevas situaciones a las que deben saber adaptarse.

El requisito indispensable para poder establecer empatía entre las personas con principios diferentes, es la comunicación, que se presenta como punto de partida y mediador del hilo conductor entre esas dos personas. En situaciones difíciles, la comunicación se puede presentar como un obstáculo, por lo que la introducción de profesionales que faciliten esta conexión debería ser un reto a conseguir por las responsabilidades sanitarias quieren ofrecer un servicio sanitario de calidad a todo aquel/la de sus usuarios sanitarias.

No sólo es obligación de las autoridades ofrecer una buena atención. Los profesionales, en este caso de enfermería, debe adaptarse a todas estas nuevas situaciones. Se debe partir desde la no-anulación, ni subestimación de toda aquella cultura que sea diferente a la de uno mismo y de algo que es también muy importante: mostrar interés por conocer lo más relevante de sus planteamientos y creencias ante diferentes hechos.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Goberna Tricas J, Viñas Llebot H, Palacio Tauste A, Galí García M, Paulí Cabezas A, Gómez Moreno C. Atención al embarazo a mujeres africanas inmigrantes. Percepción de las matronas de asistencia primaria. *Enfermería Clínica*, 2005; 15(2):88-94.
2. Aguilera Rodríguez FJ. La vivencia del parto en una extranjera. *Arch Memoria [en línea]*. 2008; (5 fasc. 1).
3. Luque Fernández M, Oliver Reche M. Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto. El caso de las mujeres inmigrantes. *Index Enferm (Gran)*. 2005; (48-49):9-13.
4. Forca Sánchez ME, García Jerez MV, García Lisón E, González Grima A, Guillén Ayala J, Hernández Almagro FJ. La inmigrante y su salud, un camino por recorrer en el S.XXI. *Enfermería Global* 2009; 15: 1-11.
5. Martínez García E. Con la mutilación en casa. *Índex de enfermería* 2000; 31:28-29.
6. Lipson JG. Cultura y Cuidados de Enfermería. *Índex de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2000; 28-29:19-25.
7. Oliver Reche M.I. Comunicación intercultural: comunicándonos con mujeres de otras culturas. *Matrona Profesión* 2002; 9:21-27.
8. Oliver Reche M.I, Velasco Juez M.C. La mujer y la salud reproductiva en Marruecos. *Matronas Profesión* 2002; 7:26-32.
9. Del Rey Márquez, M<sup>a</sup> Dolores. Mitos vs vivencias de las mujeres inmigrantes: el embarazo, el parto y el puerperio. *Una enfermería transcultural*. Evidentia 2004 sept-dic; 1(3).
10. Pozo Pérez F. Una decisión muy difícil. *Arch Memoria* 2006; 3(2).
11. Martínez García E. Con la mutilación en casa. *Índex de enfermería* 2000; 31:28-29.



12. Martínez García E, López A.F. Diferencias de morbilidad asociada al embarazo y de resultados obstétricos y perinatales entre mujeres inmigrantes y autóctonas. *Matrona Profesión* 2004; vol.5 (17):12-18.
13. Mata Zubillaga D, Ledesma Benítez R, Morales Sánchez R, Rosón Varas S, Lapeña López de Armentia S. Características perinatales del recién nacido de madre inmigrante en el Complejo Asistencial de León. *Bo. Pediatr* 2008; 48:259-264.
14. Pérez Cuadrado S, Muñoz Ávalos N, Robledo Sánchez A, Sánchez Fernández Y, Pallás Alonso C.R, de la Cruz Bértolo J. Características de las mujeres inmigrantes y de sus hijos recién nacidos. *An Pediatr (Barc)* 2004; 60(1):3-8.
16. Lillo Crespo, Manuel; Galao Malo, Roberto; Casabona Martínez, Isabel; Mora Antón, Mª Dolores. Competencia cultural y cuidados. Análisis conceptual y revisión bibliográfica. *Evidentia* 2004 sept-dic; 1(3).
17. López Valero M. Respuesta cultural en las mujeres musulmanas. *Arch Memoria [en línea]*. 2008; (5 fasc. 2).
18. Cabrera Sanz M.T. Acompañamiento en el parto. *Matrona Profesión*, número extraordinario de Noviembre, 2001:9-11.
19. Roigé Ventura X. Nuevas Familias, nuevas maternidades. *Matrona Profesión* 2002; 9:10 10-16.
20. Jansà Josep M., García de Olalla Patricia. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit [revista en la Internet]*. 2009 Jun 14].
21. Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante de Barcelona. *Gac Sanit* 2002; 16:376-84.
22. Martín Ibáñez I, López Vilches M.A, Lozano Blasco J, Mur Sierra A. Resultados perinatales de la gestantes inmigrantes. *An Pediatr (Barc)* 2006; 64:550-6.
23. Martínez Casamayor F, Monzón Fernández A, Falcón Albero A, Pardo Monzón A. Partos de inmigrantes y jóvenes inmigrantes en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza (España). *Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital)* 2002; 38.
24. de la Torre J, Coll C, Coloma M, Martín J.I, E. Padron, González González N. L. Control de gestación en inmigrantes. *Anales del sistema sanitario de Navarra, Vol. 29, N.º. Extra 1, 2006* emergente de las inmigraciones, págs. 49-61.
25. Puig Sola Carmen, Zarzoso Palomero Amparo, García-Algar Óscar, Cots Reguant Francesc, Burón Pust Andrea, Castells Oliveres Xavier et al. Ingreso hospitalario de los recién nacidos según el origen étnico y el país de procedencia de

los progenitores en una área urbana de Barcelona. *Gac Sanit [revista en la Internet]*. 2008 Dic. [Citado 2009 Jun 14]; 22(6): 555-564.

26. Maroto-Navarro Gracia, García-Calvente María del Mar, Mateo-Rodríguez Inmaculada. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. *Gac Sanit [revista en la Internet]*. [Citado 2009 Jun 14].
27. Marquete J.M, Romagosa C. Diferencias de morbilidad obstétrica y perinatal entre la población autóctona y magrebí. *Clin Invest Gin Obst* 2002; 29(9):318-28.
28. Armada Maresca M.I; Alonso Ortiz T, Alonso Chacón P. Aspectos epidemiológicos de los hijos de madres inmigrantes nacidos en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid. *Toko-Gin Pract* 2002; 61(3):125-133.
29. Rodríguez Fernández E, Lorca González T.M, López Jordán M.A, Gómez Moraga A. Mujer inmigrantes: motivo de consulta e historia gineco-obstetrica en una zona de salud. *Semergen* 2008; 34(2):59-65.
30. Gispert Magarolas Rosa, Clot-Razquin Guillem, Torné M. del Mar, Bosser-Giralt Roser, Freitas-Ramírez Adriana. Diferencias en el perfil reproductivo de mujeres autóctonas e inmigrantes residentes en Cataluña. *Gac Sanit [revista en la Internet]*. 2008 Dic. [Citado 2009 Jun 14]; 22(6): 574-577.
31. Linares Abad M, Gálvez Toro A, Linares Abad M. La relación de ayuda a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del primer hijo. *Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital)* 2002; 38.
32. Rubio Rico, Lourdes; Ferrater Cubells, María. Los conceptos salud y enfermedad contenidos en el Corán. *Cultura de los cuidados. Año X, nº 20, 2º semestre 2006, pp. 122-128 1138-1728.*
33. Gentil García, I. Enfermería y personas de otras culturas. *Cultura de los cuidados, 2006; 19: 37-40.*
34. Manzanera Galán S. Resultados del mal control del embarazo en la población inmigrante. *Prog Obstet Ginecol*. 2008; 51:215-23.
35. Sargatal J, Guillen JJ, Sole Sedeño JM, Serra C, Genover E. Patología del parto en mujeres inmigrantes. Casuística en el hospital de Mataró. *Ginecología y Obstetricia Clínica* 2005; 6(1):8-23.

## Fallecidos

En la secretaría de esta corporación se supo del fallecimiento de dos colegiados: D. Manuel Jesús Rodríguez Rebollo y D. Juan Vélez Ruiz. A sus respectivas familias y allegados, quede constancia del sentimiento de sincera condolencia que expresa el Colegio de Enfermería de la provincia de Huelva. Descansen en paz.

## Plan formativo

# LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA, EN EL BOE

**E**l Boletín Oficial de Estado (BOE) número 288, de fecha 13 de noviembre, ha publicado una Orden (SAS/3225/2009) por la que "se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de ENFERMERÍA geriátrica". Firmada por la ministra de Sanidad, Trinidad Jiménez, la Orden presenta todo lo referente al contenido formativo de esta nueva Especialidad profesional que entró en vigor al día siguiente (14 de noviembre) de su publicación.

Para el BOE, la denominación oficial de la especialidad así como los requisitos de titulación se basan en que es una especialidad de 2 años de duración a partir de obtener el título de Diplomado universitario en ENFERMERÍA. El BOE define, oficialmente, a esta nueva figura profesional como la "Enfermera especialista en Enfermería geriátrica es el profesional que presta atención y cuidados de ENFERMERÍA a la población anciana estando capacitada para enseñar, supervisar, investigar, gestionar y liderar los cuidados destinados a este colectivo en situaciones complejas en las que también actúa como asesor en todos los niveles del sistema socio-sanitario".

## Áreas

El programa formativo de esta especialidad se articula en las siguientes áreas:

- Bases de la Gerontología
- Gerontología experimental
- Gerontología psicológica
- Gerontología social
- Educación para la salud en el ámbito gerontológico
- Marco legal y políticas socio-sanitarias en ENFERMERÍA gerontológica
- Bioética en ENFERMERÍA gerontológica
- Gestión de cuidados y servicios gerontológicos

# Siguen las carencias

Huelva.- Redacción

**La** publicación, en el BOE de la Orden que asigna el cupo de plazas oficiales para la formación de las Especialidades de Enfermería, correspondiente al actual curso, ha vuelto a deparar la misma frustración que se repite año tras otro. De tal modo que tanto el Gobierno central como las consejerías de Salud de las regiones españolas ni tan siquiera han ofertado las plazas acreditadas con anterioridad. Eso sí, la única nota positiva ha girado en la especialidad de Enfermería del Trabajo con una asignación de 12 plazas a nivel nacional, ocho de ellas para impartirse en Andalucía. general a esta adjudicación no se corresponde con las actuales exigencias del Sistema porque los gestores continúan sin visión de futuro.

Del lenguaje político oficial a la realidad del BOE. Ese es el camino que, forzosamente, ha de valorarse a la vista de la publicación en el BOE de 22 de septiembre/09 de la Orden con las plazas para la formación de Enfermería Especialista. En estos tres campos de actuación: los dos habituales (Matronas y Salud Mental) mas la novedad que representa la Enfermería del Trabajo. Frente a las necesidades que, en materia de recursos humanos de Enfermería, tiene el conjunto del Sistema Nacional de Salud

(SNS) en el que ha de incluirse el SAS, la realidad de la asignación definitiva choca con la evidencia: España ha crecido de forma importante en el número de habitantes y, sin embargo, este insoslayable factor no se ha visto correspondido con un aumento del número de enfermeras(os) especialistas que satisfagan las demandas sociales.

## Cicatería

La responsabilidad debe recaer tanto en el Ministerio de Sanidad como en las consejerías de salud de las regiones españolas. Fruto del consenso alcanzado entre las partes, es la presente configuración de lo que, en medios profesionales de Enfermería, se ha catalogado como "una prueba mas de cicatería" a la hora de proporcionar especialistas a la sanidad pública. Baste citar dos ejemplos llenos de significación: en el apartado de formación de futuras Matronas, han quedado sin cubrir 85 plazas.

Y en cuanto a Salud Mental, de las 165 acreditadas para el conjunto del Estado fueron –(véase recuadros adjuntos)– 154 las ofertadas. La Enfermería del Trabajo, todo sea dicho, ha protagonizado el lado más positivo de esta oferta al convocarse 12 plazas a nivel nacional que se desglosan entre las 8 andaluzas (una por provincia) además de Castilla y León (1 plaza) y Murcia (3). Sorprende que regiones con tanta densidad industrial y económica como, por ejemplo, Cataluña, País Vasco, Comunidad Valenciana o Madrid no hayan inaugurado esta especialidad.

FORMACIÓN MATRONAS 2009/10		
Región	Plazas acreditadas	Plazas ofertadas
ANDALUCÍA	86	82
ARAGÓN	10	10
ASTURIAS	6	6
CANARIAS	28	28
C. LA MANCHA	35	32
CATALUÑA	77	77
CANTABRIA	10	5
EXTREMADURA	11	8
P. VASCO	24	24
GALICIA	20	17
I. BALEARES	18	16
C. Y LEÓN	20	18
MADRID	58	53
MURCIA	20	20
NAVARRA	4	4
L. RIOJA	4	4
C. VALENCIANA	91	33
CEUTA	4	4
MELILLA	4	4
<b>TOTAL</b>	<b>530</b>	<b>445</b>

FORMACIÓN SALUD MENTAL 2009/10		
Región	Plazas acreditadas	Plazas ofertadas
ANDALUCÍA	12	12
ARAGÓN	12	12
ASTURIAS	9	9
CANARIAS	10	10
C. LA MANCHA	16	16
C. Y LEÓN	10	10
CATALUÑA	42	41
EXTREMADURA	1	1
GALICIA	2	2
MADRID	13	13
MURCIA	10	8
C. VALENCIANA	10	10
P. VASCO	18	10
<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>154</b>

FORMACIÓN ENFERMERÍA	
Región	Plazas Ofertadas
ANDALUCÍA (1 x provincia)	8
CAST. Y LEÓN	1
MURCIA	3
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>

# ACTIVIDAD DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DEL HOSPITAL DE RIOTINTO

Juana Rodríguez Reyes. Enfermera.  
 Ángeles Alonso Romero. Enfermera.  
 Isabel M<sup>a</sup> Lobo Díaz. Enfermera.  
 Sonia Ruiz Sánchez. Enfermera.

Gema Muñiz Santos. Enfermera.  
 Fernando J. Robledo Cárdenas. Supervisor de Enfermería.  
 Hospital de Riotinto. Servicio Andaluz de Salud.  
 fernandoj.robledo.sspa@juntadeandalucia.es

## INTRODUCCIÓN

La estructura sanitaria introduce con frecuencia cambios e innovaciones sobre los que no llegamos a imaginar el auténtico impacto que se genera; eso mismo es lo que ha ocurrido con la apertura de la nueva unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) del Hospital de Riotinto.

El régimen ambulatorio es actualmente, una modalidad de atención en continuo crecimiento, cada vez son más los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que precisan de una mínima estancia con las ventajas que ofrece para la población.

La CMA surge como consecuencia de los avances de la cirugía actual, la progresiva minimización invasiva y la mejora en la seguridad de los pacientes.

Para la calidad de la atención sanitaria, la CMA es una estrategia básica, reducción de estancias y aumento considerable del rendimiento de la actividad quirúrgica por la mejora en el rendimiento del uso de las camas de hospitalización.

Para los profesionales, las nuevas unidades de CMA suponen una auténtica oportunidad de avanzar en el sentido de trabajar bajo una dinámica muy ansiada como es la ordenación de los hospitales por necesidades. En realidad, las personas que acuden a

este tipo de unidades presentan unas necesidades similares, independientemente de que acudan para intervenciones distintas y/o por servicios médicos distintos.

Para los pacientes y sus familias, la CMA es una modalidad que genera un impacto mucho menos agresivo que la hospitalización convencional.

Los resultados preliminares del primer semestre de la nueva unidad de CMA del Hospital de Riotinto son los que se representan en este breve estudio descriptivo de la actividad y organización.

## OBJETIVOS:

Describir la actividad de cuidados de la CMA del Hospital de Riotinto en su primer semestre.

Describir el perfil global de paciente atendido en CMA.

## MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal.  
 Periodo del estudio: Del 1/03/09 al 31/08/09

Población de estudio: Todas las personas atendidas en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital de Riotinto.

Variables de estudio:

- Personas atendidas.
- Distribución por sexo.
- Distribución por edad.
- Valoraciones realizadas.

Planes de cuidados estandarizados realizados.

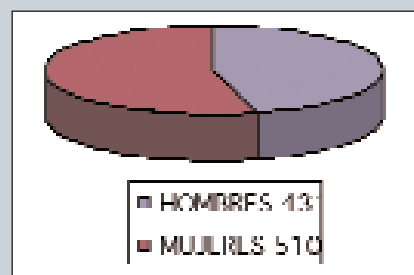
ICC realizados.

Pacientes con seguimiento telefónico.

Distribución por días de la semana.

## RESULTADOS:

- Personas atendidas. 941.
- Distribución por sexo.



EDAD (años)	<20 a	20 a 40	41 a 60	61 a 80	> 80	TOTAL
Nº	37	247	244	318	95	941
%	3,93	26,25	25,93	33,79	10,1	100



- Distribución por edad:

DÍA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TOTAL
<b>PACIENTES</b>	258	126	161	200	196	941
<b>%</b>	27,42	13,39	17,11	21,25	20,83	100

- Valoraciones realizadas: 941 (100%).
- Planes de cuidados estandarizados realizados: 941 (100%).
- ICC realizados: 810 (86.08%).
- Pacientes con seguimiento telefónico: 580 (61.64%).
- Distribución por días de la semana:

### CONCLUSIONES:

Existe una consecución importante de los objetivos de metodología en materia de calidad de los cuidados. La realización de informes de continuidad de cuidados precisa de un mayor seguimiento, posiblemente por la repercusión de la época estival. La distribución de la ocupación es desigual, apreciándose un rango de datos amplio entre distintos días de la semana. El perfil del paciente es principalmente el de una mujer de 61 a 80 años, intervenida en lunes, jueves o viernes.

## Medalla de oro del Colegio de Huelva

# MURIÓ RAFAEL ALFARO

**A** la edad de 86 años, ha fallecido todo un personaje para la profesión en las provincias de Huelva y Sevilla. Rafael Alfaro Ros nos ha dejado y con su desaparición, queda un hueco difícilmente reemplazable. Natural de Huelva, se formó como Practicante algo que siempre situaba a modo de declaración de principios en sus numerosas intervenciones públicas como conferenciante. Entre sus muchas condecoraciones, figuró la Medalla de oro del Colegio Oficial de Enfermería de Huelva, distinción que se entrega en muy contadas ocasiones.

Porque es preciso decir algo ya sabido por la enfermería onubense y sevillana: Alfaro Ros se convirtió en todo un especialista en la vida y obra de J.R. Jiménez y de su esposa Zenobia Camprubí. Hasta el punto fue un experto que el pueblo natal de Zenobia, (Malgrat de Mar, Barcelona) le concedió una distinción al igual que los herederos del Nobel de Literatura cuando le entregaron el "Perejil de Oro" en reconocimiento a largos años (desde su jubilación profesional) dedicado a investigar sobre el autor de Platero.

Ni los graves problemas de visión y de movilidad que le afectaron en los últimos años, pudieron con su enorme entusiasmo por todo lo que significara el mundo de la cultura y bien hacer. Fue nombrado miembro de la Cofradía de Investigadores de Toledo y el entonces cardenal primado, monseñor Cañizares le hizo entrega de semejante distinción en la catedral toledana. Hasta los últimos momentos, Rafael Alfaro quiso trabajar y mantener viva la llama de conferenciante y hombre culto que siempre le caracterizó y distinguió. Padre de una familia numerosa en la que figuran médicos, enfermera y abogados, quiso que sus restos mortales descansaran para siempre en su querida Huelva. Donde, desde hace poco, descansa en paz. Adiós a un gran personaje: Rafael Alfaro Ros

## EL CENTRO DE BOLLULLOS, CON PÁGINA "WEB"

**E**l objetivo de diseñar una página web fue crear un instrumento que nos permitiera informar y formar a los ciudadanos. Poner información más al alcance de los ciudadanos, no solo sobre salud, sino también sobre organización y acceso al Sistema Sanitario. La página también permite compartir información entre los profesionales sanitarios y no sanitarios y poner a su alcance herramientas para facilitar el acceso a la información médica, a la formación y al desarrollo de una red de comunicación entre profesionales y ciudadanos como es la existencia de un foro.

La web consta de seis bloques principales: Atención al ciudadano, enfermería, medicina de familia y pediatría, forma joven (incluye un foro), videos de interés sanitario y salud pública. En la sección dedicada especialmente al **ciudadano** podemos encontrar los siguientes enlaces internos:

Teléfono de urgencias, datos del centro de salud, cita sin demora, cita previa, como coger cita por Internet o a través de Salud Responde, como pedir cita al especialista, información sobre la receta XXI, información sobre la receta con visado, que hacer tras el alta hospitalaria, gran cantidad de temas sobre primeros auxilios, horarios del mostrador del centro, enfermeros según el cupo médico, horarios de los médicos, horarios de los enfermeros, cartera de servicio, educación maternal, control de niño sano, vacunas infantiles, salud escolar, información sobre la tarjeta de gran discapacitados (tarjeta +cuidado), como obtener el carné de manipuladores, odontología, salud bucodental, rehabilitación en nuestro centro, radiografías, citología vaginal, planificación familiar, cirugía menor en nuestro centro, retinografías, espirometrías, consulta forma joven, información para la tercera edad, consejos sobre la ola de calor, información sobre compañías privadas, saber mas... sobre diversos temas, información para las cuidadoras y una sección de contactar o buzón de sugerencias.

En la sección de la Web dedicada a **Enfermería** se pueden encontrar temas de gran utilidad para este colectivo. En la parte izquierda de la pantalla se mantienen enlaces internos y en la derecha están los que nos comunican con otras páginas de interés para enfermería. Dentro de los enlaces que están en la misma web destacan todos los diagnósticos NANDA, temas sobre enfermería comunitaria de enlace, mas de 30 documentos de interés de muy diversos temas, educación maternal, como registrar un informe de condiciones de salud, todos los test e índices necesarios para hacer una valoración de enfermería, distintos trabajos de formación continuada que hemos realizado los profesionales del Centro, continuidad de cuidados, vacunas, Dira, Diabete, Gestión de residuos, legislación, atención a la dependencia, ola de calor, guías y

protocolos, planes de cuidados y por ultimo una sección de contactar o buzón de sugerencias donde cualquier persona se puede poner en contacto con nosotros.

También hay una sección con 35 Videos de técnicas.

En esta página hay multitud de enlaces que pueden ser de interés para el **Médico de familia**. Se pueden consultar los horarios de las consultas, información médica de interés para profesionales sanitarios y para los ciudadanos. Exis-

te un Foro en el que para participar solo hay que registrarse y le contestamos los profesionales del centro.

En la sección sobre **salud pública** los temas principales son la inspección de alimentos, enfermedades transmisibles por animales, multitud de documentos de interés, tabaquismo (incluida toda la cartelería existente con posibilidad de imprimirlas), educación para la salud, control de legionella, etc.



ten también enlaces a páginas de contenido útil para sanitarios como son Material necesario para la consulta, Medicamentos, Búsquedas en Internet de información sanitaria, Sociedades Médicas más importantes, Gripe A H1N1 y enlaces de páginas de Formación para personal sanitario.

En la columna de la derecha existe una sección que es **solo para los profesionales del Centro**, a la que solo se puede acceder con nombre de usuario y contraseña. Utilizamos esa sección para la información privada de nuestra Unidad Clínica. Nos permite estar informados desde cualquier sitio y tener acceso a documentación, calendarios de guardias, plantillas, estadísticas sobre los procesos con los que trabajamos y otra información de interés para los profesionales de nuestro Centro

En la sección de **videos de interés sanitario** hay 45 videos distribuidos en 8 temas principales. Estos temas son: emergencia sanitaria (061), diabetes, Salud Responde, salud bucodental, tabaquismo, gripe, alimentación andaluza y cuidadoras.

En la sección de **forma joven** los temas principales son tabaquismo, sexualidad, alimentación, alcohol, drogas, psicología del adolescente y consejos para ayudar a estudiar, etc

### Conclusiones:

Desde que la página web fue colocada en Internet hace ocho meses ha tenido más de 23.600 visitas, algunas incluso desde Estados Unidos, Suiza, Chile, México, Perú, Argentina, Portugal... Hemos conseguido mejorar la comunicación con los ciudadanos y estar más cerca y accesibles para ellos.

Esperamos que nuestra web sea de utilidad como medio educativo e informativo.

Los profesionales de nuestro Centro de Salud hemos conseguido tener un sistema que nos permita comunicarnos y tener al alcance de varios clic de ratón información sobre nuestra organización interna e incluso sobre la evolución de los distintos objetivos de nuestra UGC.

La evaluación de la calidad y la efectividad de la educación sanitaria a través de una página web constituyen un reto metodológico de gran importancia que debería ser abordado de forma prioritaria en los próximos años.

Webmaster: Antonio José Alcalde Pérez, enfermero

[www.centrodesaluddebollullos.es/](http://www.centrodesaluddebollullos.es/)

e-mail: [antonioalcalde@telefonica.net](mailto:antonioalcalde@telefonica.net)

[www.antonioalcalde.es](http://www.antonioalcalde.es)

Colegio de Huelva



“Virgen con el Niño”. Bartolomé Murillo. Museo de Lier (Bélgica)

*Con el deseo  
de Paz y Felicidad  
Navidad 2009*



# 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](http://www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es)

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