

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERIA
DE HUELVA



enfermería

AÑO XIII

nº 39 Octubre 2010



EXPERTO y SIMULACRO



Curso sobre Prescripción y tecnologías

Edita:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería
de Huelva

Consejo de Administración:

Junta de Gobierno del Ilustre Colegio Oficial de
Enfermería de Huelva

Consejo de Redacción

Presidente:

Gonzalo García Domínguez

Director Técnico:

Vicente Villa García-Noblejas

Jefa de Redacción:

Patricia Mauri Fábrega

Redacción:

Josefa Lorenzo Martín

Enrique Aguiar Mojarro

Eduardo Rico González

Martín Vázquez Bermúdez

Antonio Olid Torres

Carmen D. Beltrán Camacho

Mercedes González Hernández

M^a Carmen Pilo López

Asesora de redacción:

Eva M^a Lorenzo Martín

Fotografía:

Archivo del Ilustre Colegio de Enfermería de
Huelva

Redacción: Sede Colegial

Imprime: Technographic, S.L.

Depósito Legal: H-1996-43

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

Tirada: 2.600 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

4 PÓLIZA

5 COMIENZA EL CURSO DE PRESCRIPCIÓN...

6/7 TOMOGRAFÍA ÓPTICA

8/11 ATENCIÓN A LOS PACIENTES AGITADOS

12 ÚLTIMA OPE EN HUELVA

13/15 SIMULACRO

16/23 MUERTE PERINATAL

24 INFANTA ELENA

25 INVESTIGACIÓN SANITARIA

26/27 ABIERTO EL PLAZO PARA EL ACCESO A LAS PLAZAS DE FORMACIÓN EN 6 ESPECIALIDADES ENFERMERAS

28 XVII CERTAMEN DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA



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.

DEL EXPERTO EN URGENCIAS, A LA PRESCRIPCIÓN

El Colegio de Enfermería de Huelva está inmerso en dos auténticos acontecimientos profesionales de los que merecen ser analizados en su justa dimensión. Ambos tienen un profundo calado y aparecen revestidos del carácter innovador que la Organización Colegial lleva años empeñada en conseguir para la profesión. Hablamos, de una parte, del Curso de Experto uUniversitario de Enfermería en Urgencias y Emergencias. Y, de otro, del Curso sobre Prescripción y nuevas tecnologías. Si a todo este panorama se le añade la publicación, reciente, en el BOE de un importante contenido en materia de especialidades, se entenderá que, una vez más, resulte adecuado y hasta preciso hablar de que estamos ante la mas firme apuesta en favor del progreso del colectivo al servicio de la sociedad.

En un mero orden cronológico, y conforme damos cuenta en las páginas interiores del presente número de octubre/10, el Colegio despidió con total éxito una nueva edición del Curso de Experto universitario en Enfermería de Urgencias y Emergencias. Otro año más, —y ya son muchos los vividos— la corporación colegial onubense se marcó el objetivo de ofertar esta importante herramienta del conocimiento a nivel del post-grado para que la Enfermería provincial pueda seguir adiestrándose en una materia tan exigente como es la actuación y funciones profesionales ante situaciones extremas, de urgencias y emergencias donde la vida de los ciudadanos se decide por minutos y en base —ahí es nada— a la preparación de los dispositivos intervinientes.

Aunque quizá lo que llame más la atención sea la espectacular puesta en escena del Simulacro para la atención, evacuación y rescate de los heridos víctimas de un siniestro vial, ello no debe ocultar que para llegar al Recinto Ferial junto al Estadio Nuevo Colombino tuvieron que discurrir largos meses (desde el pasado otoño) dedicado a desarrollar las enseñanzas hasta ver completado un amplio y denso temario de Módulos en los que profesores y alumnas pusieron lo mejor de sí mismos en la búsqueda de lograr el mas positivo de los rendimientos en esta apuesta del Colegio. Apuesta que, no se olvide, cuenta con el aval y soporte de la Escuela en Ciencias de la Salud de Madrid, centro dependiente de la Organización Colegial de Enfermería y adscrito a la Universidad Complutense de la capital de España. Una Escuela Ciencias de la Salud que, no hará falta añadir, lleva acumulados años de ejercicio con miles y miles de enfermeras y enfermeros de toda España formados en distintas áreas del conocimiento.

Pero las novedades, por lo que a este Colegio se refiere, no concluyeron con el exitoso Experto universitario sino que, nada mas retomar la actividad tras el verano, la sede colegial se ha convertido en un aula poblada de alumnos de todas las edades decididos a iniciar el Curso que sobre la Prescripción y las nuevas tecnologías se ha convertido, por derecho propio, en la "estrella" de la formación post-grado dentro de la Organización colegial en Huelva. Como lo atestigua el que de norte a sur y de este a oeste de la nación, los Colegios de Enfermería están logrando unas respuestas casi masivas en torno a este capítulo de la formación continua.

El Colegio de Huelva no iba a ser, ni mucho menos, la excepción y a los números nos remitimos: ya son mil los colegiados inscritos en su realización lo cual, teniendo en cuenta cual es la dimensión la total del colectivo en la provincia, habla a las claras del interés como de la confianza puesta en este Curso que permite vislumbrar el futuro que va a suponer su aplicación práctica. No solamente para la parcela concreta de la Prescripción sobre determinados medicamentos y productos sanitario sino, además, por el valor que encierra cara a potenciar la vía de la homologación en los niveles de grado y máster conforme se contempla en el Espacio Europeo de de Educación Superior, mas conocido como "Plan Bolonia".

Entendemos, sinceramente, que el Colegio de Enfermería de nuestra provincia no hace sino dar respuesta a las demandas mas innovadoras que, hoy por hoy, tiene planteadas la profesión. Todo ello en el seno de la Organización Colegial y como parte integrantes de un colectivo que, a nivel nacional, acaba de vivir en las páginas del BOE otra conquista en forma de promulgación de las plazas para especialistas en el ejercicio académico 2010–2011. Este logro es consecuencia de haberse logrado desbloquear la situación de las especialidades gracias a las gestiones del Consejo General ante el Ministerio de Sanidad y Política Social. El resultado ahí está: un BOE que, en su número 230 de fecha 20/septiembre/2010, es como un espléndido impulso a las aspiraciones, de las enfermeras y enfermeros colegiados repartidos por toda España.

El Colegio te protege con 3.500.000 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.**

COMIENZA EL CURSO DE PRESCRIPCIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

Huelva Redacción

El Colegio Oficial de Enfermería de la provincia de Huelva ha comenzado a desarrollar, desde el pasado mes de septiembre, las enseñanzas post-grado con más demanda en toda la historia de esta corporación: El "Curso para la prescripción enfermera y las nuevas tecnologías" se está a impartiendo con un primer grupo de 50 asistentes los cuales se irán, paulatinamente, adentrando en la materia que, sin duda, va a significar la apertura de nuevos horizontes para el desarrollo profesional. La aceptación que ha despertado esta apuesta del colegio se ha traducido en que ya se superan las mil enfermeras y enfermeros onubenses inscritos. El coste es gratuito.

Desde el pasado 20 de septiembre, en el Colegio de Enfermería de Huelva se está llevando a cabo el muy demandado "Curso sobre prescripción de fármacos por enfermería y nuevas tecnologías". Durante dos meses, —un día a la semana durante tres semanas—, con una carga lectiva de 12 créditos europeos equivalentes a 300 horas de formación y de carácter gratuito para el colegiado, el medio centenar de alumnos con los que se inauguró el amplio programa de contenidos han comenzado a adentrarse en un campo realmente poco experimentado, pero que conducirá a la prescripción de medicamentos así como a la vía de entrada en los procesos de homologación a las nuevas titulaciones —grado, master y doctorado— derivadas de la implantación en nuestro país del Espacio Europeo de Educación Superior, mas comúnmente conocido como "Plan Bolonia".

Seminarios

El personal docente, también profesionales de Enfermería onubenses previamente adiestrado en esta materia, lleva a cabo las enseñanzas de un Curso diseñado con metodología "on line" y semipresencial. Consta de 3 seminarios presenciales de orientación los cuales son de asistencia obligatoria. Además, las previstas tutorías de consulta y ampliación de conceptos se efectúan cada jueves correspondiente a las semanas presenciales. Esto equivale a decir que la función primordial del pro-

fesor no es otra que la de orientar y estimular al alumno para la práctica del programa previsto a través de las tres herramientas o bloques con las que se articula este ambicioso Curso:

- Plataforma e-nursing
- Campus virtual
- Secretaría virtual

Cuando finalice el periodo fijado para los tres seminarios presenciales, cada alumno dispondrá de un máximo de 15 días para enviar la evaluación prevista mediante el módulo 6 del



campo virtual. Dicha prueba consistirá en la elaboración de una prescripción de un caso clínico que será fijado por el profesor. A destacar que, dada la naturaleza de las enseñanzas, el Colegio tuvo que realizar, durante el reciente verano, obras de equipamiento en materia audiovisual para que el aula resultante pudiera ser el escenario más idóneo que habla, ciertamente, de campus y secretaría virtuales.

Comprensión

En el arranque del Curso, compareció el presidente del Colegio, Gonzalo García, quien felicitó a los asistentes por "haberse decidido a dar este nuevo paso en la tarea que nos incumbe como Enfermería avanzada". Tras aludir al compromiso que "toda la Organización Colegial tiene para conseguir una profesión a nivel nacional bajo un mismo título de Grado", el responsable provincial estuvo seguro de que, tanto por parte de los alumnos como del cuadro de profesores existirá la mayor atención, voluntad y comprensión porque, —subrayó— todos estamos en la misma dirección de potenciar el mayor conocimiento en torno a un programa que va a suponer un enorme cambio en el futuro de la Enfermería".



“PARS PLANITIS”: HALLAZGO CASUAL MEDIANTE TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA

Antonio Minchón Hernando.
Enfermero. UGC Oftalmología. Hospital J. R. Jiménez. HUELVA

Palabras claves: Pars planitis, OCT, uveítis intermedia.

INTRODUCCIÓN

Se define la “Pars planitis” (PP) como una Uveítis intermedia (UI) de causa desconocida, de origen probablemente autoinmune, caracterizada por vitritis crónica, recidivante, asociada a exudados denominados en “banco de nieve” y condensación vítrea sobre la retina periférica y pars plana, normalmente a nivel^{1,2,3} inferior. Su diagnóstico se realiza únicamente con examen oftalmológico⁴.

La imagen obtenida mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) de la UI muestra un Edema Macular Cístico (EMC) en pacientes con inflamación de carácter crónico, dándose entre el 10-30% de los afectados^{1,3} (Imagen nº 1), siendo

esta una de las complicaciones más frecuentes.

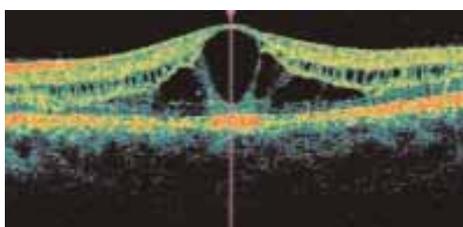


Imagen 1. Edema Macular Cístico

Se presenta un caso clínico de PP bilateral con alteración de la imagen en la OCT del ojo derecho (OD) realizada con el tomógrafo Cirrus™ HDOCT Modelo 4000, Software 3.0 de Carl Zeiss Meditec, Inc., Dublín, CA. mediante el modo de exploración *Macular Cube 512x128*. Se precisó de midriasis farma-

cológica con tropicamida al 1% para la obtención de la imagen.

CASO CLÍNICO

Mujer de 31 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude al Servicio de Urgencias por pérdida de visión de forma brusca.

Presenta agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD) de 0,6 y, en el ojo izquierdo (OI) de 0,9. Parámetros bioquímicos (sangre y orina) y hematológicos dentro de la normalidad incluido ECA (Enzima Convertidora de Angiotensina) así como la Rx Torax en proyección PA y L.

A la exploración mediante OCT se observa mácula del OD con imagen de Gliosis pre-

retiniana en el umbo (Imagen nº 2) y mácula del OI de características normales (Imagen nº 3).

Evolución favorable con corticoesteroides sistémicos por vía oral a dosis inicial de 50 mgr/día sin necesidad de recurrir a terapias más agresivas como fotocoagulación, crioterapia o inmunomoduladores sistémicos.

Al mes y medio de inicio del tratamiento se puede apreciar disminución del tejido inflamatorio prerretiniano y recuperación de la AV (la unidad en ambos ojos). (Imagen nº 4).

Es necesario destacar la singularidad del caso expuesto por el hallazgo casual de la imagen tomográfica anormal del OD obtenida en una fase muy temprana de la enfermedad, donde las manifestaciones clínicas descritas de “bancos de nieve” tan características de la PP no se observaron. Si se apreció zona de elevación prerretiniana que orientaron a la OCT como primera ayuda diagnóstica. Tras la obtención de la imagen se realiza una búsqueda de la causa más probable de dicha patología.

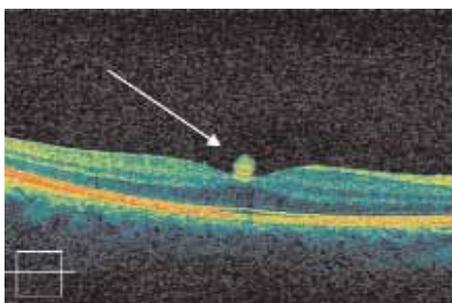


Imagen nº 3. Gliosis prerretiniana en el umbo del OD

CONCLUSIONES

La OCT puede llegar a ser un elemento clave en el diagnóstico y seguimiento de patología ocular de la retina. No hay que olvidar que la adecuada anamnesis, la exploración mediante biomicroscopía (BMC) en lámpara de hendidura y el resto de exploraciones complementarias en oftalmología no son excluyentes para el diagnóstico certero de la patología retiniana.

La OCT puede ser muy útil para valorar la estructura anatómica y funcional de la retina. El análisis del espesor retiniano permite identificar la localización, la detección de estadios precoces y el estudio del edema intrarretiniano⁴.

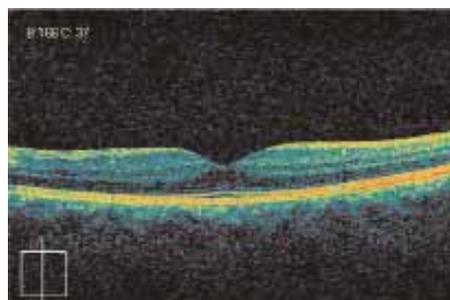


Imagen 2. Imagen tomográfica del OI de aspecto normal

La enfermera de oftalmología debe saber identificar en las

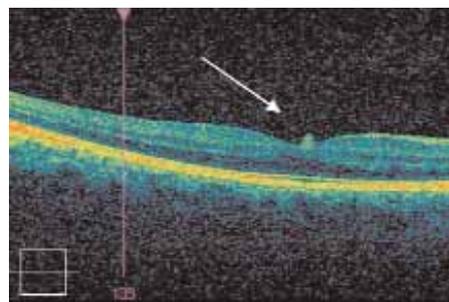


Imagen nº 4. Apréciase la disminución de tamaño de la gliosis prerretiniana tras el tratamiento con corticoesteroides

imágenes tomográficas aquellas que pueda facilitar el diagnóstico clínico de la patología ocular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Inflamación intraocular y uveítis. American Academy of Ophthalmology. Elsevier España, S.A. 2008; 7: 166-172.
2. España Contreras M; Alijo Serrano E; Fernández Baca Casares I. Enfermedad inflamatoria retinocoroidea. En: OCT de las enfermedades retinianas y del nervio óptico. España Contreras M; Fernández Baca Casares I. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2007; VIII: 15-59177.
3. Kanski J. Oftalmología Clínica. Elsevier España, S.L. 2009; 14: 448450.
4. Gegúndez Fernández JA. Exploraciones complementarias en las uveítis. Arch Soc Esp Ophthalmol [revista en la Internet]. 2003 Dic [citado 2010 Jun 25]; 78(12): 64364-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912003001200001&lng=es. doi: 10.4321/S0365-669120030001200001.

ATENCIÓN A LOS PACIENTES AGITADOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Autora: Isabel Rabadán Cabeza

INTRODUCCIÓN:

Entendemos por agitación psicomotriz un síndrome englobado en los trastornos de la conducta; es un cuadro en el cual el paciente presenta hiperactividad motora y psíquica, con un aumento incontenible de la movilidad física y una sensación de tensión interna difícil de controlar.

El paciente se mostrará escasamente colaborador y puede moverse constantemente, empujar aquello que se le pone por delante, gesticular, correr, movimientos automáticos o intencionales, pero que en general carecen de un objetivo estable común, también pueden presentar desinhibición verbal, falta de conexión ideativa y estado afectivo ansioso o colérico con pánico o euforia, acompañado de una activación vegetativa (sudoración profusa, taquicardia, midriasis...) y pudiendo llegar a la violencia física con auto y heteroagresividad.

La agitación psicomotriz está considerada como una urgencia psiquiátrica que requiere una respuesta rápida y coordinada del personal sanitario, lo que evitará un incremento de la ansiedad y probable comportamiento violento por parte del paciente así como lesiones a él mismo, a otros pacientes de la unidad o al equipo sanitario.

Es necesario distinguir agitación de agresividad o violencia. La agitación puede incluir ambas, pero la mayoría de las conductas violentas se presentan en individuos no definibles como pacientes mentales u orgánicos. Cuando esa hiperactividad tiene un objeto determinado hablamos de agresividad o violencia.

Los objetivos generales de los servicios de emergencia y urgencias son evaluar al paciente, estabilizar la situación y/o los síntomas clínicos, realizar una orientación terapéutica y dar continuidad en la asistencia. Para ello se seguirá el esquema propio de las urgencias.

CAUSAS:

La agitación es un síndrome que puede deberse a enfermedades médicas, situaciones de extrema tensión o ansiedad, o bien a una enfermedad psiquiátrica de base; estas agrupaciones etiológicas deben descartarse en el siguiente orden: orgánicas, psiquiátricas y reactivas.

Orgánicas:

Los cuadros más habituales son los síndromes confusionales (delirium), que se acompañan de cierta obnubilación de conciencia, desorientación, dificultades de atención y a veces también alucinaciones o delirios, discurso incoherente, dificultad para la marcha, hiperexcitabilidad muscular; son de aparición relativamente brusca, se prolongan pocos días y son fluctuantes, alternándose periodos de calma con otros de agitación. La etiología es siempre médica, no psiquiátrica. Las causas más habituales son:

TÓXICAS	METABÓLICAS	NEUROLÓGICAS
Alcohol, fármacos con actividad anticolinérgica, digitálicos, corticoides, lidocaína, ansiolíticos, los cambios relativamente bruscos de niveles plasmáticos de fármacos con alguna actividad sobre el sistema nervioso central comportan un riesgo de delirium, en especial en grupos predisuestos, como los ancianos o los consumidores de drogas ilegales.	Encefalopatía hepática, uremia, hipoglucemia, hipo-hipermagnesemia, hipo-hipercalcemia, acidosis, hipoxia, hipercapnia, enfermedades endocrinas, etc.	Confusión postconvulsiva en epilepsia, traumatismo craneal, anoxia cerebral, infecciones intracraneales, accidente cerebrovascular y encefalopatía hipertensiva, es frecuente la presentación de cuadros confusionales en enfermos con patología cerebral previa como demencias o AVC.

La presencia de *delirium* es el indicador más seguro de que un cuadro de agitación tiene su origen en un trastorno orgánico agudo y que puede suponer un riesgo vital para el paciente.

Psiquiátricas:

El paciente está vigil y orientado, sin presentar alteración de la conciencia. Se distinguen dos tipos de agitación psiquiátrica: la *psicótica*, en

la que existe una notable desconexión de la realidad, y la *no psicótica*, en la que no se produce una pérdida grave del contacto con la realidad. Entre las psicosis las más importantes son la esquizofrenia y la manía. Se diferencian de los cuadros confusionales orgánicos por la ausencia de los trastornos de la conciencia, atención y orientación, que hay que explorar en todo caso de agitación, y además presen-

tan vivencias delirantes o alucinatorias. Además, en estos casos de psicosis suele haber antecedentes psicopatológicos personales o familiares. Entre las agitaciones menores no psicóticas destacan las crisis de angustia, que en ocasiones van acompañadas de solicitud de atención urgente.

Situacionales-reactivas:

Resulta difícil encontrar reacciones situacionales puras, ya que con frecuencia hay factores predisponentes psicopatológicos u orgánicos. Pueden aparecer, sin embargo, cuadros de agitación ante situaciones catastróficas que comportan una amenaza grave para el individuo o sus allegados, o también ante situaciones de relativa desconexión sensorial, como ocurre tras las intervenciones oftalmológicas o en las unidades de cuidados intensivos. Los pacientes que padecen trastornos de ansiedad con crisis de angustia, presentan con cierta frecuencia episodios de agitación. La existencia de dolor precordial atípico, síntomas gastrointestinales, mareos, sensación de dificultad respiratoria o de muerte inminente colaboran en el diagnóstico.

Así mismo, los pacientes diagnosticados de trastornos de personalidad, en especial los que presentan rasgos antisociales y rasgos borderline de personalidad, pueden presentar episodios de agitación o agresividad.

Normalmente, todos estos trastornos cursan sin alteración del nivel de conciencia y sin síntomas psicóticos. No obstante, los episodios de agitación en pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad y los episodios de agitación situacional o reactiva se asocian con frecuencia a consumo de alcohol u otros tóxicos, lo que puede modificar el cuadro clínico (lo que se conoce como patología dual).

EVALUACIÓN:

En esta fase es preciso: examinar los elementos básicos del estado psicopatológico del enfermo; determinar la presencia o ausencia de enfermedad somática; y determinar la integración y el soporte social del paciente.

Realizaremos una exploración, basada en unos conocimientos, una relación interpersonal y unas técnicas de entrevista, que debemos desarrollar en un espacio y tiempo suficientes. Es importante considerar que la ansiedad o el miedo propios pueden entorpecer la entrevista, pudiendo manifestarse en forma de hostilidad, deseo de huida, medicalización excesiva, autoritarismo, negación o culpa, vergüenza, abatimiento, seducción. Por otra parte es obvio que casi ineludiblemente el paciente presentará alguna dificultad de relación, como angustia o miedo, desconfianza, reticencia, ambivalencia, que hay que atender de forma adecuada.

Algunos puntos clave que hay que considerar en la entrevista en la situación de la urgencia psiquiátrica son:

- Aspecto general, apariencia y lenguaje. Actitud frente a la entrevista (colaboración o no). Datos de filiación.
- Signos premonitorios de violencia o agresividad (auto-heteroagresividad).



- Motivo de la consulta (urgente) y quién la solicita. Historia de la enfermedad actual.
- Criterio de realidad y de juicio. Versión del paciente de su presencia. Interpretación de las cosas.
- Nivel de orientación, memoria, atención y vigilia.
- Ideación delirante y alucinaciones (en especial auditivas y visuales).
- Estado afectivo (depresión, ansiedad, pánico, euforia, indiferencia).
- Antecedentes personales médicos y psiquiátricos (ingresos, tratamientos).
- Antecedentes familiares. Alcoholismo, psicosis, trastornos afectivos, demencia.
- Historia anterior y evaluación de la conducta actual, consumo de alcohol, fármacos o drogas.

El plan de tratamiento se adaptará a cada situación específica, destacando tres grandes aspectos. El primero es que, si hay situación de riesgo, habrá que tomar decisiones oportunas y rápidas, que pueden ir desde la compañía o custodia permanentes del paciente hasta el aislamiento del medio familiar, ingreso involuntario, sujeción mecánica, etc. El segundo aspecto consiste en la prescripción terapéutica que será tratamiento farmacológico o psicológico al paciente. El tercer aspecto incluye el concepto de conducta o cuidados clínicos, que se refiere al conjunto de decisiones que se requieren para resolver una situación clínica.

También debemos considerar los factores de riesgo de violencia, que comprenden: declaración de intención, formulación de un plan específico, medios disponibles, sexo masculino, edad joven, bajo nivel socioeconómico, sistema de apoyo social insuficiente, antecedentes de violencia, otros actos antisociales, escaso control de impulsos, antecedentes de intentos

de suicidio, factores de estrés recientes. Los antecedentes de violencia son los mejores factores de predicción. Otros factores importantes son: antecedentes de victimización en la infancia, antecedentes durante la infancia de una tríada de síntomas (orinarse en la cama, provocación de incendios y crueldad hacia los animales), antecedentes penales, servicio militar o servicio policial, imprudencia al conducir, y antecedentes familiares de violencia.

Algunas normas que debemos seguir mientras evaluamos al paciente agitado son las siguientes:

- Protéjase. Asumir que la violencia es siempre una posibilidad, y estar alerta para un acto de violencia súbito. Jamás entreviste a un individuo armado; éste siempre deberá entregar el arma a un guardia de seguridad. Obtenga toda la información posible sobre el individuo antes de realizar la entrevista. No entreviste a un paciente potencialmente violento a solas o en una consulta con la puerta cerrada. Considere la posibilidad de quitarse corbatas, collares y otros accesorios que el paciente pueda arrancarle. Manténgase a la vista de otros miembros del personal. Deje la restricción de los movimientos a cargo del personal especializado a tal efecto. No permita que el individuo tenga acceso a zonas en las que haya armas (carro de paradas o sala de tratamiento). No se sienta cerca del sujeto paranoide que se pueda sentir amenazado. Manténgase por lo menos a la distancia de un brazo de un paciente potencialmente violento. No desafíe ni confronte con un paciente psicótico. Esté atento a los signos de violencia inminente. Deje siempre una vía por la que pueda escapar con facilidad en caso de que el paciente lo ataque. Nunca le dé la espalda al paciente. Se



separar al paciente de dicha situación o persona. Intente intervenciones familiares y otras modificaciones del entorno. ¿El paciente seguiría siendo potencialmente violento si viviera con otros familiares?

- La hospitalización puede ser necesaria para detener al paciente e impedir la violencia. Puede ser necesaria la observación constante, aún cuando el paciente esté hospitalizado en una sala de psiquiatría con llave.
- Si el tratamiento psiquiátrico no es adecuado, se puede pedir intervención policial o judicial.
- Se debe advertir a las potenciales víctimas del riesgo continuado de peligro.

Los sí y los no de la atención a pacientes violentos:

- Si la policía trae al paciente a la sala de emergencias con algún objeto que restrinja sus movimientos, no retirárselo de inmediato.
- Realizar la entrevista en un lugar seguro y con asistentes de guardia por si el paciente se agita.
- No ubicarse en un lugar tal que el individuo pueda bloquearle la salida de la sala.
- No realizar la entrevista en una sala en la que haya objetos cortantes o potencialmente peligrosos.
- Confiar en las propias sensaciones. Si usted se siente inquieto o con miedo finalice la entrevista.
- Preguntar sobre intentos de violencia anteriores, ya que estos son predictores de futuros actos de violencia.
- No dudar acerca de dejar a un paciente en observación si existe alguna sospecha de que sea un peligro para los demás.

INTERVENCIÓN Y TRATAMIENTO:

El objetivo del tratamiento en la agitación psicomotriz es asegurar la seguridad del paciente y del entorno, además de facilitar la restauración adecuada de la relación con el paciente para poder consensuar el tratamiento más indicado para el trastorno que presenta.

El primer paso es aplicar las medidas de seguridad adecuadas para controlar en lo posible los peligros que pudiera correr el paciente, el personal que lo cuida o la sala donde se encuentra. Estas medidas van desde una compañía tranquilizadora hasta la sujeción mecánica del enfermo; de este modo, tal y

como está consensuado por la comisión nacional de expertos americanos, se preferirán en primer lugar las medidas menos coercitivas.

El segundo paso será valorar la presencia de síntomas somáticos de riesgo vital que requerirían intervención más o menos inmediata. En la medida de lo posible tiene que llevarse a cabo una exploración general y neurológica, además de una valoración psiquiátrica, que debe informar sobre orientación y atención, presencia de delirios y alucinaciones, y estado afectivo. Es muy importante contar con la información de personas allegadas al paciente, quienes nos van a proporcionar datos de antecedentes, forma de inicio, características y duración del presente cuadro; si contamos también con datos del propio enfermo, podremos evaluar la concordancia y fiabilidad de ambas fuentes de información.

La entrevista clínica que hay que seguir tiene dos componentes: actitud tranquilizadora, encaminada a absorber el temor y la ansiedad del enfermo, y actitud firme y segura, que sirve tanto para marcar límites a la conducta del enfermo como para darle una referencia externa de seguridad y de orden en un momento en el que él solo no puede conseguirla.

El tercer paso será el tratamiento farmacológico.

La principal intervención enfermera será la contención verbal. Sirve para recoger información y filtrar el cuadro observando el discurso, la presencia de alucinaciones o delirios, la lucidez de conciencia, el grado de comprensión, la presencia de signos de intoxicación...

Antes de iniciar la entrevista se debe intentar recabar la mayor información posible, hablando con familiares, si existen, y quien lo haya trasladado (policía, personal de emergencia, etc.). Una vez con el paciente nos debemos dirigir de forma educada, en tono bajo, no amenazante, pero con seguridad y firmeza, evitando el contacto ocular fijo que puede ser interpretado como amenazante. La agitación del paciente y el comprensible nerviosismo de familiares, amigos... no debe alterarnos. Hemos de mostrar interés por su problema, escuchándole, ofreciéndole ayuda y comprensión. Puede ser de utilidad ganarse su confianza preguntándole por cuestiones no relativas al cuadro actual, distrayendo así su atención del foco de agitación.

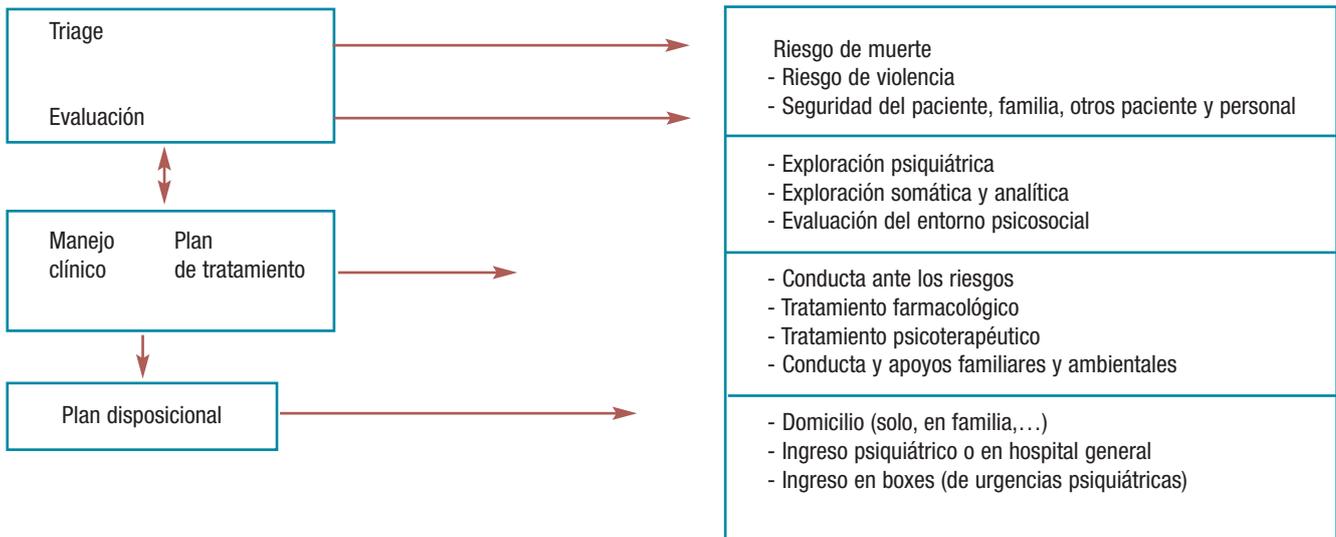
En general, la contención verbal suele ser insuficiente para controlar un cuadro de agitación intensa y debe utilizarse la contención farmacológica y muchas veces la mecánica.

dispondrá de un botón de alarma exterior.

- Los signos de violencia inminente son actos de violencia recientes contra las personas o la propiedad, dientes apretados o puños cerrados, amenazas verbales, tenencia de armas u objetos que puedan ser usados como armas, agitación psicomotora, intoxicación por alcohol o drogas, delirios paranoicos y alucinaciones imperativas.
- Asegúrese de que el personal necesario esté disponible para restringir los movimientos del paciente de un modo seguro. Pida ayuda antes de que se produzca un aumento de la agitación. A menudo, la simple demostración de fuerza mediante la presencia de miembros del personal que sean corpulentos es suficiente para evitar un acto violento.
- La restricción de los movimientos sólo debe realizarla personal con entrenamiento apropiado. No se deben restringir los movimientos de aquellos pacientes de quienes se sospecha intoxicación por fenclidina (se debe evitar especialmente la restricción de los movimientos de las extremidades) porque se podrían lastimar. Habitualmente, se administra una benzodiacepina o un antipsicótico inmediatamente después de la restricción física para suministrarle restricción química; la elección del fármaco dependerá del diagnóstico. Provea un ambiente que no sea estimulante.
- La evaluación diagnóstica definitiva la realizará el psiquiatra. Se deben examinar los signos vitales y realizar el examen físico y la anamnesis psiquiátrica. Evalúe el riesgo de suicidio y formule un plan de tratamiento que prevea el manejo de posible violencia ulterior. Tener signos vitales elevados puede sugerir abstinencia de alcohol o de sedantes-hipnóticos.
- Explore posibles intervenciones psicociales para reducir el riesgo de violencia. Si la violencia está relacionada con una situación o una persona determinadas intente

ESQUEMA DE INTERVENCIÓN ANTE LA URGENCIA PSIQUIÁTRICA

Urgencia psiquiátrica



Seguimiento ambulatorio:

- Seguimiento en centro de atención primaria
- Seguimiento en hospital de día
- Otro seguimiento ambulatorio
- Medicina
- Salud mental
- Toxicomanías

Recomendaciones ante la violencia inminente:
Intervenciones iniciales.
Intervenciones alternativas.
Intervención verbal.
Contención física.
Medicación voluntaria.
Aislamiento con o sin contención.
Medicación de emergencia.
Realizar algún ofrecimiento, bebida o comida

CONCLUSIÓN

Se hace necesario distinguir la causa de la agitación de los pacientes que llegan en este estado a los servicios de urgencia para poder iniciar el tratamiento adecuado. El papel de la enfermera en la atención del paciente deberá ir encaminado a reducir la ansiedad, proporcionar un ambiente terapéutico y reducir los estímulos, evaluando al paciente continuamente, de tal manera que se garantice la seguridad del paciente y de los que le rodean.

BIBLIOGRAFÍA

- www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/17.Psiquiatricas/El%20paciente%20agitado.pdf
- www.fernocas.com/descargas/paciente_agitado.pdf
- www.medynet.com/usuarios/iraguiar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/agitado.pdf
- Hyman, Tesar. Manual de urgencias psiquiátricas. 1996. 3ª Edición. Editorial Masson.
- Kaplan, Sadock. Psiquiatría clínica. Manual de bolsillo. Capítulo 20: suicidio, violencia y otras emergencias psiquiátricas. 3ª edición. Waverly hispánica. Barcelona; 2003. Páginas: 277-294.
- Bulbena A, Martín L. Urgencias psiquiátricas. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. 6ª edición. Lugar de edición: Barcelona. Editorial Elsevier Masson; 2006. Páginas 799-812.
- Molina E. Manejo de enfermería en pacientes con cuadros de agitación. Editorial Glosa. Barcelona. 2002.

241 PROFESIONALES DE ENFERMERÍA CON PLAZA FIJA

Huelva.-Redacción

Un total de 241 profesionales de enfermería de la provincia de Huelva han ido tomando posesión de sus plazas fijas como personal estatutario del Servicio Andaluz de Salud (SAS) a consecuencia de publicarse en el BOJA una Resolución de la Consejería de Salud por la que se daba aprobación oficial a la adjudicación de las plazas, tanto de médicos de familia, como pediatras y enfermería a nivel andaluz. Han sido 2.725 las enfermeras y enfermeros que han logrado este objetivo tras celebrarse la última de Oferta Pública de Empleo (OPE) en la sanidad regional.

En el BOJA número 181, del 15 de septiembre, se publicó una muy esperada Resolución de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del SAS por la que se procedía a nombrar personal estatutario fijo de los estamentos médicos, de atención primaria y de enfermería. En concreto, en Andalucía, han sido 2.725 enfermeras

y enfermeros quienes, desde la citada fecha de publicación oficial y a lo largo de un mes "improrrogable", han debido ir incorporándose a sus nuevos puestos de trabajo. De esa cifra global, a la provincia de Huelva han correspondido 241 profesionales de enfermería, así repartidos por niveles asistenciales: 156 para hospitales y 85 con destino en la atención primaria.

Historia

La Consejería de Salud destacó cómo estas incorporaciones suponen "un notable incremento de la tasa de estabilidad de la plantilla de enfermeras hospitalarias" que la propia administración situaba en el 92%, especialmente referidas al centro de referencia, hospital Juan Ramón Jiménez, a la vez que subrayaba que era "la incorporación de enfermeras con plaza en propiedad más numerosa que acoge el Juan Ramón Jiménez a lo largo de su historia". Por la Dirección de enfermería del centro se anunció un programa de recepción de los nuevos trabajadores de enfermería "con la finalidad de que el profesional reciba la información necesaria para el conocimiento y la

adaptación a la Unidad y al puesto de trabajo específico donde, a partir de ahora, va a prestar sus servicios".

Atracción

En la última OPE, la administración sanitaria andaluza convocó un total de 13.059 plazas para un conjunto de 94 especialidades sanitarias como personal no sanitario. En total, en el proceso de selección tomaron parte, entre todas las categorías, 74.955 aspirantes. También, la Consejería de Salud ha recordado que todos estos cambios "han sido elegidos por los propios profesionales, ejerciendo su derecho de estabilidad en el empleo y movilidad". Finalmente, se destacaba cómo de los profesionales que concurren a la OPE un total de 681 procedían de otras regiones españolas o del sector sanitario privado fundamentalmente personal de enfermería (399) seguido de los médicos de familia (251) y médicos pediatras (31). Este dato sirvió para que el SAS resaltara "la capacidad de atracción de la sanidad pública andaluza en los profesionales de otros servicios de salud".

UN ESPECTACULAR SIMULACRO PUSO FIN AL EXPERTO UNIVERSITARIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Huelva.- Redacción

El Colegio Oficial de Enfermería de Huelva puso, un año más, brillante colofón al Curso de Experto Universitario en Enfermería de Urgencias y Emergencias. Las alumnas de esta flamante promoción de especialistas cumplieron un exigente programa de enseñanzas que, a lo largo de nueve meses, permitió abordar los distintos módulos de que consta un programa que capacita para el ejercicio laboral en esas unidades destinadas a la atención del ser humano en situaciones de extrema dificultad. En el simulacro final del curso, el presidente del Colegio, Gonzalo García, dejó constancia de la felicitación a la enfermería que se ha volcado en una faceta docente "ampliamente contrastada y de prestigio profesional".

El Colegio de Huelva con el respaldo de la Escuela Ciencias de la Salud dependiente de la Organización Colegial adscrita a la Universidad Complutense de Madrid, fueron los promotores de una nueva edición del Curso de Experto Universitario en Enfermería de Urgencias y Emergencias. Después de largos meses de clases teóricas y prácticas, las 25 alumnas (porque la mujer prácticamente copó las inscripciones para corroborar el carácter femenino de la profesión) se dispusieron a vivir



en primera persona la culminación de todo lo aprendido mediante un acto simulado de atención a las víctimas de un siniestro vial.

Fue en la explanada del Recinto Ferial, junto al Nuevo Estadio Colombino de Huelva, donde distintos cuerpos de intervención se dispusieron a dar respuesta a la demanda que resultó ante el choque de dos vehículos que, tras producirse una grave colisión, quedaron en situación de precariedad para las vidas de los numerosos pasajeros que quedaron atezados en cada habitáculo. Efectivos de la Policía Local, Bomberos, personal de Protección Civil, Ambulancias... se encontraron ante un escenario que, desafortunadamente, se repite demasiadas veces en la vida cotidiana. Un accidente de tráfico entre dos automóviles exigía la mejor de las prestaciones por parte del alumnado del Curso como de los profesionales anteriormente citados.

Coordinación

Todo funcionó con la obligada precisión a la hora de procurar la supervivencia de los heridos en el siniestro vial. El conjunto de dispositivos que se habían dado cita comenzó a ejecutar sus respectivos cometidos poniendo en evidencia el alto grado de preparación así como de una coordinación que resulta absolutamente indispensable a la hora de llevar a buen término la nada sencilla tarea de salvar la vida de las personas afectadas, en distintos grados, por un percance que, si en esta ocasión, era simulado, a cada paso y en nuestro alrededor se repite con ribetes de auténtica tragedia.





El resultado de las distintas intervenciones consistió en el rescate de los heridos, la inmediata estabilización de sus problema vitales mas acuciantes, el abordaje a los que revestían mas gravedad y la derivación a los hospitales de referencia para ser atendidos más en profundidad. Desde la Policía Local, pasando por la imprescindible tarea de los Bomberos en materia de rescate, sin olvidar el papel del transporte sanitario urgente...

la totalidad de los recursos presentes en el Recinto ferial se mostraron a un alto nivel de exigencia. Junto a ellos, la promoción 2009-2010 del este Curso de Experto universitario para quienes, como con-

fesaron, "esta experiencia de vivir el Simulacro resumen de las enseñanzas ha servido para confirmar tanto de la crudeza que representa la atención a este tipo de víctimas como de la importancia de las enseñanzas del Curso de Experto desarrolladas desde meses atrás".

Vocación

Por su parte, el Colegio de Enfermería, por medio de su presidente Gonzalo García, presente en el ejercicio del Simulacro, no quiso dejar de mencionar "la felicitación, en nombre de nuestra entidad, a todos y cada uno de los alumnos, profesores y dispositivos que han intervenido durante los meses en que se ha desarrollado el programa como en este desenlace. Estamos hablando de un Curso que presenta una alta exigencia porque el título acredita, a nivel nacional, para desarrollar la labor de la Enfermería en la materia de las urgencias y las emergencias donde se pide, a cada instante, un mayor conocimiento y actitud. La vocación y entrega de esta última promoción de quienes son auténticos especialistas es un motivo de satisfacción para que el Colegio de Enfermería de Huelva se complazca en proclamarlo como prueba de que nuestro colectivo no quiere dejar de estar, cada curso académico, presente en este ambicioso techo formativo".





Si la enfermería es una profesión con marcado carácter y acento femenino, el Curso de Experto universitario en Urgencias y Emergencias que ha celebrado el Colegio de Huelva en el ejercicio académico 2009-2010 es una buena muestra de ello. Ahí están, para el recuerdo, las integrantes de esta última promoción de especialistas en la atención a las víctimas de situaciones extremas. llámense urgencias o emergencias. El grupo de las nuevas "Expertas" posó así de satisfecho para la revista del Colegio pensando en poner en práctica, y cuanto antes, las enseñanzas recibidas a lo largo de muchos meses de duración del programa docente.

MUERTE PERINATAL y DUELO (1ª PARTE)

M^a Dolores Neto. Matrona Hospital J.R.J.
Irene Rico Neto. Grado Enfermería
Marina Rico Neto. Grado Enfermería

1. INTRODUCCIÓN

Como humanos que somos depositamos nuestros afectos en los demás y unimos nuestras vidas y las suyas mediante una tupida red de relaciones emocionales, sociales, de dependencia en general. Con la extinción de esta relación mueren ligazones comunes, que nos ayudan a sentir quien somos, por eso se tarda en realizar el proceso de elaboración del duelo, siendo este proceso doloroso⁽¹⁾.

Cuando se confirma el embarazo, en la mujer, se producen una serie de cambios tanto en la configuración corporal como en la expectativa de función personal. Todo ello conlleva un reto al que toda mujer embarazada debe enfrentarse durante este periodo de su vida para adaptarse a dichos cambios.



La relación de la madre con su hijo/a no comienza fisiológica o psicológicamente en el momento del nacimiento, sino que todos los padres y madres se forman alguna impresión sobre su hijo durante el crecimiento intrauterino de éste.

En esta etapa tienen lugar cambios psicológicos; el estado de ánimo de la madre no es estático a lo largo de la gestación. Para De Muyllder⁽²⁾, tiene generalmente tres fases:

- Aceptar al feto como parte de sí misma
- Reconocer al feto como individuo autónomo
- Desear que llegue el momento del parto.

Cuando este acontecimiento se ve truncado y acaece la muerte en fase perinatal, los padres se enfrentan con la difícil tarea de cambiar emociones y en vez de la previsión ansiosa de alegría, asumir el choque y el dolor de la pena. La muerte de un ser querido, tiene una gran repercusión para la familia, especialmente si se trata de una situación de muerte intrauterino, o en los días próximos al nacimiento (perinatal). Los padres que pierden un hijo/a ya sea por aborto, parto inmaduro o muerte en los días próximos al nacimiento, pueden tener problemas para elaborar esa pérdida. Antiguamente, al ser tan elevada la tasa de mortalidad, se instaba, en la mayor parte de las culturas, a los padres, a que no se apegaran a su futuro hijo/a, hasta no estar seguros de que este viviría^(1bis).

La causa que motiva la consulta de la gestante suele ser el sangrado, la falta de percepción de movimientos fetales o la disminución de los mismos. Otras señales de alarma pueden ser la disminución del tamaño del abdomen o la desaparición de los cambios asociados a la gestación (náuseas, mareos, etc.). Pese a ello, hoy en día no es infrecuente que la muerte fetal sea un hallazgo casual durante un examen rutinario.

En la mayoría de los países desarrollados, la creación de un ambiente de atención empático y estrategias que permitan a la madre, el padre y la familia aceptar la realidad de la muerte perinatal constituyen una parte aceptada de la asistencia y del apoyo social estándar. Intervenciones como apoyo u orientación psicológica, o ambos, se sugirieron encaminadas a mejorar las consecuencias para las familias después de una muerte perinatal. Se debe permitir que los padres expresen sus sentimientos, lloren, griten, que den rienda suelta a su aflicción porque así elaboraran el duelo en forma natural y adecuada. El duelo puede tener un efecto negativo considerable sobre la relación de pareja, la dinámica familiar o la crianza, o ambos^(1bis).

La mayoría de los profesionales de la salud elegimos esta profesión para beneficiar a las personas que nos solicitan ayuda, pero cuando esa ayuda tiene que ver con la experiencia

de la muerte y el duelo, hay algo que limita nuestra capacidad para ayudar. Todos los que trabajamos en el área de la salud, hemos sufrido diversas pérdidas a lo largo de nuestra propia vida y sentimos temores con respecto a pérdidas futuras. Como seres humanos, los miembros del equipo de salud, debemos reconocernos vulnerables para poder comprender que las situaciones de duelo y muerte en nuestros pacientes nos van a afectar⁽³⁾.

La falta de conocimiento acerca de cómo comportarnos y nuestra tendencia inconsciente a evitar toda aquella situación no deseable, nos hace adoptar aptitudes, no siempre acertadas, ante la situación de una muerte perinatal, consiguiendo, en la mayoría de los casos, que un fuerte sentimiento de frustración e impotencia nos invada, cosa que dificulta nuestra labor.

Ante esto, se considera muy necesario abordar la elaboración de un Plan de cuidados enfermeros adaptado a las condiciones peculiares y particulares que rodean la situación de muerte perinatal, ya sea en su fase temprana (aborto), fase intermedia (parto inmaduro) o fase tardía (en los días próximos al nacimiento).

2. OBJETIVOS

Con la elaboración de un Plan de cuidados propio enfermero de la situación de muerte perinatal, en la que se pueden encontrar hasta el 8% de la población española, se pretende:

- Conocer la respuesta ante la muerte perinatal y la importancia que la resolución del duelo tiene para la madre, pareja, familia y comunidad.
- Avanzar en materia de HUMANIZACIÓN, como materia de salud, mejorando la calidad de la atención al RN grave o que ha fallecido y a la familia.
- Adquirir estrategias de intervención ante la muerte
- Elaboración de un *Protocolo de Duelo Perinatal*, cuyos contenidos se fundamenten en los derechos del niño, las acciones dirigidas a los padres y las acciones dirigidas al equipo de salud⁽⁴⁾.

3. MUERTE PERINATAL

3.1. DEFINICIÓN

La OMS define la muerte fetal como “aquella que acontece antes de la expulsión o extracción completa de su madre de un producto de la concepción, con independencia de la duración del embarazo. La muerte se diagnostica por el hecho de que después de dicha separación, el feto no respira ni muestra ninguna otra evidencia de vida, tal como latido del corazón, pulsación del cordón umbilical o movimiento apreciable de los músculos voluntarios”.⁽⁵⁾

3.2. CLASIFICACIÓN

Según la OMS^(5bis)

Cronológicamente se pueden distinguir:

- **Muerte fetal temprana:** comprende a fetos de menos de 22 semanas de gestación y/o <500 g. de peso. Se refiere por tanto a los abortos.
- **Muerte fetal intermedia:** comprende a los fetos de entre 22-28 semanas de gestación y/o peso entre 500-999 g.
- **Muerte fetal tardía:** incluye muertes fetales a partir de los 1.000 g. de peso y/o mayores de 28 semanas completas de gestación.

Desde el punto de vista etiológico las causas con origen en el feto son responsables de un 25-40% de las muertes fetales, las placentarias de un 25-35% y las maternas de un 5-10%. Tras un estudio más o menos exhaustivo, siempre queda un grupo de muertes de etiología desconocida que suponen un 25-35% de las mismas.⁽⁶⁾

3.3. CAUSAS QUE INFLUYEN EN LA MORTALIDAD PERINATAL

Por orden de frecuencia,^(6bis)

- Complicaciones placentarias y funiculares (10–20%).
- Placentarias: Desprendimiento precoz de placenta y placenta previa.
- Funiculares: Prolapso de cordón, nudo verdadero, torsión del cordón y trombosis de los vasos umbilicales.
- Anomalías congénitas (10–15%).
- Alteraciones cromosómicas.
- Malformaciones congénitas.
- Complicaciones médicas (Incluyendo malformaciones autoinmunes) (5–15%).
- Enfermedad hipertensiva del embarazo (5–10%).

3.4. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA MORTALIDAD PERINATAL:

3.4.1. *Factores sociales y ambientales,*^(6bis)

- Nivel socioeconómico: Cuanto más bajo es el nivel socioeconómico, mayor es la tasa de mortalidad perinatal, debido a una mayor tendencia a tener descendencia a edades más jóvenes, mayor número de hijos, a la necesidad de trabajar durante el embara-

zo y a la utilización inadecuada de los servicios sanitarios.

- Estado civil: La tasa de mortalidad perinatal es considerablemente mayor en las madres solteras que en las casadas, ya que la soltería puede acompañarse de una situación social desfavorable.
- Intervalo entre embarazos: El intervalo de tiempo entre el final de un embarazo y el comienzo del siguiente de alrededor de 2 años es el que asocia con un menor índice de mortalidad perinatal. Un intervalo excesivamente corto, inferior a los 6 meses se asocia con un aumento del riesgo de muerte perinatal, mientras que los intervalos excesivamente prolongados no se asocian a un aumento del mismo.
- Trabajo materno durante el embarazo: Los factores asociados con el riesgo de mortalidad perinatal son: Duración de la jornada semanal laboral, posición corporal durante el trabajo (En un estudio realizado en Berlín se observó que la tasa de nacidos muertos era cuatro veces más alta en las gestantes que desarrollaban su actividad laboral de pie que en aquellas que la hacían sentadas), ausencia de escasos periodos de descanso durante el trabajo y realizar un trabajo especialmente cansado.
- Alcoholismo y consumo de drogas durante el embarazo: Los efectos del abuso del alcohol durante el embarazo incluyen un aumento de la tasa de muerte perinatal. En cuanto al abuso de drogas durante el embarazo hay que tener en cuenta en primer lugar que las mujeres que abusan de una droga tienen tendencia a consumir múltiples tipos de drogas durante la gestación, y en segundo lugar, suelen tener una nutrición inadecuada, una situación socioeconómica adversa y una asistencia médica insuficiente durante el embarazo.
- Nutrición materna: La ganancia de peso materno durante el embarazo es el indicador primario de la morbimortalidad perinatal. La restricción excesiva del ingreso calórico del embarazo puede afectar negativamente al crecimiento fetal y contribuir a un aumento de la tasa de mortalidad perinatal. Más importante que la ganancia absoluta de peso, es el ritmo de ganancia de peso durante el embarazo. La asistencia prenatal precoz es de gran importancia, ya que el 70% de las complicaciones médicas durante el embarazo pueden ser previstas en la consulta inicial.

3.4.2. *Factores biológicos,*^(6bis)

- Edad materna: El riesgo es relativamente alto en las madres con una edad inferior a los 20 años, especialmente en aquellas que tienen menos de 15 años, existe un riesgo mínimo entre 20–29 años, aumenta entre los 30 y los 40, y se produce un marcado incremento cuando la edad materna es superior a los 40 años

- Paridad: La mortalidad perinatal disminuye al aumentar la paridad en la misma mujer.
- Antecedentes de muerte perinatal: Las madres que muestran antecedentes de muerte perinatal en embarazos anteriores tienen un riesgo relativo más alto de presentar muertes perinatales en embarazos posteriores.

3.4.3. *Factores fetales y del recién nacido,*^(6bis)

- Sexo fetal: La mortalidad perinatal es superior en los nacidos de sexo masculino que en los de sexo femenino.
- Peso al nacer: La tasa de mortalidad perinatal más alta existe en los nacidos de 500–999 gr., descendiendo según aumenta el peso al nacer con la tasa más baja en los nacidos entre 3500–3999 gr., y a continuación aumenta a medida que se incrementa el peso.
- Edad de la gestación al nacer: La tasa de mortalidad perinatal descende rápidamente cuando progresa la edad de la gestación, alcanzando el mínimo en la gestación a término y presentando un leve incremento en los nacidos posttérmino.
- Gestación múltiple: La tasa de mortalidad perinatal, según los diferentes informes publicados, indican que es de 4 a 10 veces más alta en embarazos gemelares.

3.5. INFLUENCIA DE CULTURA Y RELIGION EN LA MUERTE PERINATAL

La muerte es un hecho al que todo ser humano ha intentado dar respuesta. Ante la actitud frente a la muerte la religión y la cultura tienen una gran relevancia. Po lo que en una sociedad plural, como en la que vivimos, sería incompleto analizarla sin tener en cuenta el modo en que la viven en las otras religiones y culturas con la que convivimos, también a través de los diferentes momentos históricos.⁽⁷⁾

3.5.1. *Según algunas culturas,*^(7bis)

Para los creyentes, según cuál sea su religión, la ayuda religiosa, es un gran soporte en estos momentos de pena infinita. Los ritos religiosos producen paz interior y tranquilidad espiritual.

- En el cristianismo, el niño, por su inocencia, entra directamente en el Reino de los cielos, por eso su muerte no debe ser motivo de tristeza.
- El islam, guarda silencio respecto de este tema aunque esto no signifique que no haya impacto afectivo, lo que si hay es retención de la manifestación exterior. Esta manifestación de dolor varía según la edad, el sexo. Mantenerse en estado de sufrimiento impediría que el niño pudiera interceder en el Más allá, por sus padres.
- En el budismo no se hace referencia a esta circunstancia pues su creencia en la Reencarnación concede a todos los individuos, muertos y vivos, la misma consideración.



3.5.2. Según algunas religiones,^(7bis):

No es tanto estar físicamente fuera del útero materno cuanto estar dentro de la sociedad que convierte a un feto en "humano".

Son muchos los factores culturales que influyen en la forma de afrontamiento de esta situación tan adversa, desde posturas estoicas hasta rituales de luto cuidadosamente elaborados, las plañideras y las manifestaciones públicas.

4. EL DUELO

El duelo es el sentimiento subjetivo provocado por la muerte de un ser querido. No es un trastorno mental, si no un proceso doloroso e inesperado en respuesta a la muerte de un ser querido o de una pérdida significativa. A pesar de no ser un trastorno mental es necesario que los profesionales enfermeros estemos preparados para la atención de este tipo de situaciones.⁽⁸⁾

Toda consulta por este motivo debe ser tenida en cuenta y valorada profesionalmente, para así definir el tipo de cuidados a seguir y la necesidad o no de una intervención más especializada. Es importante tener presente que no todos los duelos tienen una evolución normal y una resolución satisfactoria, es aquí donde el profesional de los cuidados enfermeros debe estar capacitado para saber cuándo un duelo se está desviando hacia un problema de salud, requiriendo estar más atentos a estos casos para diagnosticar problemas y planificar intervenciones y actividades de forma oportuna y adecuada. Duelo no es sinónimo de depresión, pero muchos pueden terminar provocando un episodio depresivo y por ende la necesidad de instaurar un tratamiento precoz, para evitar las complicaciones que pueda llevar un episodio depresivo mal tratado.

El duelo normal se inicia inmediatamente después, o en los meses subsiguientes, a la muerte de un ser querido. Los signos y síntomas típicos del duelo son:

- **Tristeza**

- **Recuerdo reiterativo de la persona fallecida**
- **Llanto**
- **Irritabilidad**
- **Insomnio**
- **Dificultad para concentrarse y llevar a cabo las labores cotidianas.**

4.1. PERIODOS DEL DUELO^(8bis)



Tradicionalmente el duelo dura entre seis meses y un año, algunos signos y síntomas pueden persistir mucho más y es posible que algunos sentimientos, conductas y síntomas relacionados con este persistan durante toda la vida. Los duelos normales se resuelven y las mujeres vuelven a su estado habitual. Por lo general los síntomas agudos se van suavizando y entre el primer y segundo mes posterior a la pérdida, ya la mujer es capaz de dormir, comer y volver a realizar las actividades cotidianas, sin embargo un duelo normal puede acabar provocando un trastorno depresivo completo que requiera cuidados y tratamiento farmacológico.

La palabra duelo suele utilizarse como sinónimo de luto, aunque en sentido estricto, el luto se refiere al proceso mediante el cual se resuelve el duelo, es decir a la expresión social de la conducta y las prácticas posteriores a la pérdida.

En general, es preferible hablar del luto para referirnos a los aspectos y manifestaciones socioculturales y socio-religiosas de los procesos psicológicos del duelo y reservar el término de duelo y procesos de duelo para los componentes psicológicos, psicosociales y asistenciales del fenómeno.

4.2. PERSPECTIVA DEL DUELO,^(8bis):

- **Psicológica.** No es posible evitar los duelos, pero las formas de reaccionar ante ellos varía. Un duelo mal elaborado puede cronificarse en cualquiera de las formas de psicopatología, así mismo puede hacer recaer al individuo en una psicopatología ya existente.
- **Psicosocial.** La forma de elaborar los duelos y transiciones psicosociales es un componente fundamental de nuestra adaptación al entorno.

En los adultos jóvenes:

- Ruptura matrimonial.
- **Embarazo (especialmente el primero).**
- **Aborto (más si es de repetición).**
- Nacimiento de un niño disminuido.
- Pérdida del trabajo.
- Pérdida de un progenitor.
- Emigración
- **Social y etológica-antropológica.** La elaboración normal del duelo conduce a la reconstrucción del mundo interno. Las manifestaciones sociales y antropológicas del duelo y los procesos de duelo tienen una triple función: permitir la expresión al nivel de la sociedad de esos procesos, tender a ayudar en el proceso psicológico del duelo (de ahí de la importancia de determinados ritos como los funerales) y por último, facilitar la comunicación del hecho a la comunidad.

- **Biológica.** El duelo es una respuesta fisiológica a la vez que emocional.

Hasta hace poco se creía que la muerte de un hijo, antes o poco después del nacimiento era mucho menos intensa que la experimentada ante la muerte de otro familiar cercano, sin embargo, estudios realizados demuestran que, el proceso de duelo ante la muerte perinatal es igual o mayor que el producido ante la muerte de otro familiar. Durante la fase aguda del duelo, al igual que ocurre en otros acontecimientos estresantes, puede sufrirse una alteración de los ritmos biológicos. El sistema inmune también puede alterarse como consecuencia del duelo. Se desconoce si los cambios inmunológicos son significativos.

Los puntos más relevantes en el proceso del duelo por muerte perinatal son:

- **Incremento de la sensación de irrealidad.** Se debe a que la relación con el bebé muerto se basa en lazos afectivos basados en la esperanza y en fantasías.
- **Disminución de la autoestima** como consecuencia del sentimiento de fracaso ante la imposibilidad de haber concluido con éxito su misión "acabar su gestación satisfactoriamente".

4.3. FASES DEL DUELO SEGÚN ELISABETH KÜBLER-ROSS⁽⁹⁾, ⁽¹⁰⁾,

1. Negación y aislamiento. El sentimiento de incredulidad puede durar días o semanas. Se produce un proceso de adaptación como forma de aceptar la realidad auténtica. "Esto no me está pasando a mí".

2. Ira y hostilidad. La mujer se autoinculpa, por causa de un sentimiento de enojo y resentimiento.

3. Negación o pacto. Actitud en la que se intenta negociar la muerte a cambio de algo.

4. Depresión y pena. No se niega la pérdida pero aparecen sentimientos de depresión y pena.



5. Aceptación. Con la ayuda necesaria, la madre, padre y familia, estarán preparados para aceptar la muerte, con una relativa paz y tranquilidad.

Para la resolución del duelo, los padres, se necesitaría entre uno o dos años, pero a partir de los seis meses, para los padres, no debería ser el centro de su atención emocional.

Ante el anuncio de la situación de muerte todas las ilusiones que la pareja se ha ido formando en la expectativa de recibir a su bebe, elegir el nombre, expectativas de futuro, preparar su ajuar y su habitación, quedan truncadas y deben enfrentarse a la difícil tarea de cambiar sus emociones, asumiendo el choque y el dolor de la pérdida.



Variables que afectan el curso del duelo^(8bis)

- **Las circunstancias de la pérdida.**- Tienen a complicar el duelo situaciones en las que no se llega a ver el muerto o cuando no se tiene seguridad de la muerte, la forma de recibir la noticia, las pérdidas anteriores recientes, las pérdidas prematuras o las pérdidas inesperadas pueden dificultar la elaboración de un proceso de duelo.
- **Psicosociales.**- Las condiciones de vida precarias, el aislamiento social, la existencia de prácticas sociales que dificultan el duelo, la mezcla del duelo con problemas sanitarios, la forma de comunicar la pérdida, etc., son circunstancias psicosociales que afectan a los procesos de duelo
- **Intrapersonales.**- Aquellas circunstancias que influyen en la elaboración del duelo son mediadas por la personalidad del sujeto en duelo. Asimismo el tipo de vínculo con el ser perdido puede dificultar la elaboración del proceso de duelo.

4.4. EL PROFESIONAL DE LA SALUD ANTE EL DUELO^(8bis)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que el equipo interdisciplinario de salud solo podrá enfrentar y aceptar adecuadamente la muerte (los sentimientos y la angustia que se viven en relación con ésta), si dispone de fuentes de apoyo, si ha podido superar satisfactoriamente sus propios duelos y si posee una adecuada capacidad para tolerar el estrés⁽³⁾.

Como profesionales de la salud, estamos preparados para ayudar en la felicidad, para formar parte en la cadena de la vida, pero ¿lo estamos en los momentos difíciles de asesorar a los padres en la muerte perinatal? Con nuestro trabajo favorecemos la vida y tenemos la sensación de que transmitimos impulso vital al bebe. Como profesionales no solo cuidamos y atendemos al recién nacido también somos apoyo para los padres y madres pues podemos ayudarles a separar y experimentar los sentimientos antagónicos, pues la esperanza y la aceptación, para ellos, en un caso como este es especialmente difícil.

Tenemos que ser capaces de saber lo que les produce tensión, lo que es importante para ellos, de esta forma contribuiremos al acompañamiento y elaboración del duelo por parte de los padres, madres y familiares en este difícil momento. Podemos crear un ambiente que facilite la vinculación afectiva y proporcione recuerdos tangibles que conforten a la familia.

Los factores que aumentan el riesgo de los resultados psicológicos adversos para los padres y madres después de una muerte perinatal incluyen: apoyo social inadecuado percibido, circunstancias traumáticas acerca de la muerte, dificultades para superar una crisis en relaciones pasadas, relaciones problemáticas en el núcleo familiar y la presencia de otras crisis. Además, el duelo es más extenso en las madres que en los padres.

En hospitales más avanzados, con planes de humanización del duelo perinatal ya se habla de "circuitos de duelo" dentro de la planta de maternidad, es decir no mezclar a padres y madres que han tenido un bebé sano con padres que acaban de perder a su bebé y asignar un espacio concreto para el duelo.

El diseño de este espacio ayuda a:

- Velar por la intimidad del bebé, sus padres y su familia (Insonorización)
- Respetar la relación bebé-familia antes que la relación paciente-hospital.
- Dar la libertad a la familia para ejercer sus ritos culturales o religiosos.

La habitación de despedida:

- Debe ubicarse en una zona poco transitada.
- Estar identificada por fuera (nombre/ símbolo).
- Con luz natural, conexión visual con el exterior y iluminación artificial indirecta.
- Con decoración sencilla y acogedora.

- Debe permitir dejar entrar una cama por si la madre no se puede levantar

4.5. LOS MITOS SOBRE EL DUELO⁽¹¹⁾:

Nuestra sociedad continúa manteniendo un cierto número de mitos acerca del dolor y el duelo. Estos mitos pueden parecer inofensivos, pero pueden causar dificultades durante el proceso de curación.

Los mitos relacionados con la muerte son afirmaciones consideradas verdaderas, sin evidencia científica que la sustente. En el duelo, estas "afirmaciones" engañosas nos hacen pensar que estamos ayudando al doliente a elaborar la pérdida, sin embargo, le producen la sensación de no ser comprendido por su entorno social inmediato.

Entre los más comunes vemos:

1.-Mito.- *La persona que ha perdido a una ser querido no debe conocer los detalles del acontecimiento; es poco conveniente que vea su cuerpo.*

Realidad: Conocer los detalles vinculados a la muerte de su ser querido le ayuda a aceptar la realidad de la pérdida. La confusión y falta de información permiten que se elaboren toda clase de hipótesis y fantasías que pueden impedir la resolución del duelo positivamente.

2.-Mito: *Si se ve a la persona fallecida significa que el doliente está a punto de sufrir una depresión.*

Realidad: Cuando una persona siente dolor, rabia o desesperanza y se encuentra al inicio del duelo puede ser que vea o sienta la pérdida. La expresión de tales sentimientos resulta adecuada ya que permite que se procese esta. Es importante permanecer alerta frente a señales que muestren una alteración en el proceso de elaboración del duelo y buscar ayuda profesional cuando se considere conveniente.

3.-Mito: *Entre más cariño se haya sentido por la persona, más traumático, doloroso y largo debe ser el proceso de duelo*

Realidad: El trabajo del duelo es una experiencia que depende de las características de cada individuo, del significado que para cada uno tenía la persona fallecida, de aspectos sociales y culturales, etc. Lo anterior implica que no hay reglas para determinar el camino ni la duración del proceso de duelo. Los resultados de los estudios son tan solo aproximaciones que intentan explicar un fenómeno humano, tan cambiante como el hombre mismo.

4.-Mito: *Cuando la persona muere, se pierde su recuerdo, no queda nada.*

Realidad: Aunque la relación ya no sea igual, debido a la ausencia física del fallecido, es posible apreciar que los recuerdos no desaparecen sino que permanecen "dormidos" en la mente. Estos recuerdos reaparecen paulatinamente a lo largo del proceso de duelo que lleva la persona

5.-Mito: *El sentimiento de pérdida por un ser querido es un afecto que no debe ser expresado, pues esto facilita el sobrellevar la situación.*

Realidad: Aunque en nuestra cultura se veneran el valor y la entereza con la que se deberían enfrentar las situaciones dolorosas, resulta conveniente hacer a un lado esta creencia ya que el sufrimiento debe ser expresado de alguna manera con el fin de permitir al doliente descargar la sensación que en ese momento lo inunda.

6.-Mito: *Los grupos de apoyo o de autoayuda son para personas débiles*

Realidad: Participar en grupos de apoyo o autoayuda permite al doliente entender que no está solo en su dolor. Muchas personas han manifestado que este tipo de apoyo los ha ayudado en su camino hacia la recuperación.



5. PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS DE GESTANTE Y FAMILIA EN SITUACIÓN DE MUERTE PERINATAL

Como matronas y enfermeras, en nuestra actividad asistencial cotidiana hemos de enfrentarnos a la difícil situación de atender a una

mujer gestante y familia a la que acaba de comunicársele la muerte intrauterina de su bebé, ya sea en una etapa temprana de su embarazo o en otra más tardía.

La falta de conocimientos de cómo afrontar y la tendencia inconsciente a evitar situaciones no deseadas, hacen que adoptemos una actitud no siempre adecuada ante la muerte perinatal, consiguiendo que muchas veces sintamos un alto grado de frustración.

El proceso de atención de enfermería se entiende como un proceso de resolución de problemas, las distintas partes que lo componen están estandarizadas mediante el uso de taxonomías, así para los diagnósticos se ha adoptado la taxonomía II de la NANDA⁽¹²⁾, para los resultados la taxonomía NOC⁽¹⁴⁾ y para las intervenciones la taxonomía NIC⁽¹³⁾

Para desarrollar nuestra actividad de atención integral a la gestante, en esta situación adversa, estableceremos los diagnósticos enfermeros precisos, derivados de la observación a través de un modelo enfermero objetivaremos los resultados que deseamos alcanzar, de los que partimos, con la aplicación de las intervenciones oportunas para prestar los cuidados precisos.

5.1. VALORACIÓN

Proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un paciente.

Tipos de datos:

- Subjetivos. La percepción individual de una situación o una serie de acontecimientos.
- Objetivos. Información susceptible de ser observada y medida.
- Históricos. Situaciones o acontecimientos que se han producido en el pasado.
- Actuales. Situaciones o acontecimientos que se están produciendo en el momento

Métodos de recogida de datos.

ENTREVISTA.- habilidad para establecer una relación de confianza, formular preguntas, escuchar y observar

OBSERVACIÓN.- uso de los sentidos para adquirir información sobre el cliente, sus seres queridos, el entorno y las interacciones entre estas tres variables.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Definición de la respuesta ante el proceso de la enfermedad o problema de salud especialmente de aquellas respuestas susceptibles a las intervenciones de enfermería

Establecimiento de los datos básicos para la evaluación de la eficacia de las intervenciones de enfermería

Comprobación de los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista o cualquier otra interacción entre profesional de enfermería y cliente.

5.2. DIAGNÓSTICOS

Diagnóstico enfermero es el juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable

Diagnóstico principal:

- Muerte perinatal

Diagnósticos relacionados:

- 000124.- Desesperanza.
- 000071.- Afrontamiento defensivo
- 000069.- Afrontamiento inefectivo.
- 000120.- Baja autoestima situacional.
- 000126.- Conocimiento deficiente (aborto y/o muerte perinatal).
- 000172.- Riesgo de duelo complicado.
- 000146.- Ansiedad.
- 000136.- Duelo.
- 000004.- Riesgo de infección (Rotura de bolsa)
- 000148.- Temor
- 000175.- Sufrimiento moral.
- 000132.- Dolor agudo

Tabla nº1.-Diagnósticos según NANDA⁽¹²⁾

000124	Definición	Estado subjetivo en que la persona percibe poca o ninguna alternativa y es incapaz de movilizar su energía en su provecho
	Patrón Gordon	Autopercepción y autoconcepto
	Necesidad Henderson	Comunicación y relación
000071	Definición	Autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón de evaluación deficiente de lo que se percibe como amenaza
	Patrón Gordon	Afrontamiento y tolerancia al estrés
	Necesidad Henderson	Autorrealización
000069	Definición	Incapacidad para hacer una apreciación válida de un agente estresante y elegir la respuesta adecuada.
	Patrón Gordon	Afrontamiento y tolerancia al estrés
	Necesidad	Autorrealización

000120	Definición	Desarrollo de una percepción negativa en respuesta a una situación concreta (muerte perinatal)
	Patrón Gordon	Auto percepción y auto concepto
	Necesidad	Comunicación y relación
000126	Definición	Carencia de información relacionada con un tema específico
	Patrón Gordon	Cognitivo y perceptual
	Necesidad	Aprendizaje
000172	Definición	Riesgo de la aparición de un trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa
	Patrón Gordon	Afrontamiento y tolerancia al estrés
	Necesidad	Comunicación y relación
000175	Definición	Respuesta a la incapacidad para llevar a cabo las decisiones
	Patrón Gordon	Cognitivo y perceptual
	Necesidad Henderson	Valores y creencias
000148	Definición	Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce como un peligro
	Patrón Gordon	Auto percepción y auto concepto
	Necesidad	Seguridad
000067	Definición	Riesgo de deterioro de la capacidad de experimentar el significado y propósito de la vida
	Patrón Gordon	Valores y creencias
	Necesidad	Valores y creencias
000146	Definición	Vaga sensación de malestar acompañada de un sentimiento de aprensión por la anticipación de un peligro
	Patrón Gordon	Auto percepción y auto concepto
	Necesidad	Seguridad
000136	Definición	Proceso que incluye respuestas emocionales, físicas, espirituales y sociales por la que las personas incorporan en su vida una pérdida significativa
	Patrón Gordon	Función y relación
	Necesidad	Valores / creencias
000004	Definición	Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos
	Patrón Gordon	Percepción y control de la salud.
	Necesidad	Seguridad
000148	Definición	Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce como un peligro
	Patrón Gordon	Auto percepción y auto concepto
	Necesidad	Seguridad
000175	Definición	Respuesta a la incapacidad para llevar a cabo las decisiones éticas o morales elegidas
	Patrón Gordon	Cognoscitivo y perceptual
	Necesidad	Valores/creencias
000132	Definición	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible
	Patrón Gordon	Patrón cognoscitivo y perceptual
	Necesidad	Seguridad

5.3. PLANIFICACIÓN

La planificación consistirá en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir

o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería. ¿Qué cambios sugiere el equipo para mejorar el proceso? ¿Cómo se realizarán estos cam-

bios? ¿Quién es necesario que participe en el proceso de cambio? ¿Cómo sabremos que los cambios han tenido éxito?

5.4. RESULTADOS

Los resultados que queremos alcanzar, en relación a los distintos diagnósticos reseñados, serán formulados relacionándolos a los mismos.

En relación al diagnóstico:

0124.- Desesperanza.- El gran impacto de la noticia de la muerte del hijo, tiene como consecuencia un desequilibrio psicológico y espiritual que puede conllevar un desequilibrio en las creencias religiosas.

Resultados.- Consiguiendo restablecer el equilibrio emocional, para que pueda controlar la depresión y aumentar su esperanza.

0071-0069.- Afrontamiento defensivo e inefectivo.- Es cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo o de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación productora de estrés.

Resultados.- Mediante las intervenciones adecuadas encaminadas a: aumentar la capacidad de afrontar los problemas, se facilitará la toma de decisiones y con una mejor autoestima será capaz de controlar los impulsos.

0120.- Baja autoestima situacional.- Es la valoración afectiva que hacemos de nosotros mismos, funciona como un filtro de lo que nos sucede.

Resultados.- en este caso concreto de muerte perinatal, nuestras intervenciones, queremos alcanzar el resultado de aumentar la autoestima, para que se produzca la resolución de la aflicción.

0126.-Conocimiento deficiente: aborto, muerte perinatal.- La falta de información conlleva una predisposición mayor a la falta de recursos para solventar cualquier tipo de situación estresante.

Resultados.- El principal es la información y el asesoramiento para que se adquiera un conocimiento de la medicación, de los procedimientos terapéuticos y de la medicación.

0136.- Duelo.- El duelo psicológico es el estado y proceso que sigue a la pérdida de un ser querido.

Objetivos.- Lo fundamental para el equilibrio emocional de los participantes o afectados en esta situación, es la resolución de la aflicción de la forma eficaz y el aumento de la resistencia familiar.

0172.-Riesgo de duelo complicado.- En este caso la experiencia del sufrimiento que acompaña el luto no sigue las expectativas habituales y se manifiesta en un deterioro funcional.

Resultados.- Con intervenciones como el apoyo a la familia y emocional, así como el asesoramiento y la educación sanitaria, la escucha activa y la facilitación del duelo conseguiremos un buen afrontamiento de los problemas y la resolución eficaz de la aflicción.

0146.-Ansiedad.- La ansiedad es un sentimiento de recelo, nerviosismo o miedo. La fuente de este desasosiego no siempre se sabe o se reconoce, lo que puede aumentar la angustia que uno siente.

Objetivo.- Disminuir y controlar la ansiedad es lo que pretendemos conseguir con intervenciones como apoyo emocional, terapias de relajación, grupos de apoyo.

0148.-Temor.- Es una emoción caracterizada por un intenso sentimiento habitualmente desagradable, provocado por la percepción de un peligro.

Resultados.- Si La mujer y su familia buscan información para reducir el miedo y utilizan técnicas de relajación, podemos decir que están en la trayectoria de controlar el miedo

0004.- Riesgo de infección.- En la situación de muerte perinatal, concretado en el caso de la muerte fetal intrauterino, pueden producirse la rotura de las membranas de la bolsa u otra posible infección.

Resultados.- Disminuir la severidad de la infección es el resultado que pretendemos alcanzar, con la inducción del parto y el cuidado de la fiebre.

5.5. EJECUCIÓN

5.5.1. Disminución de la ansiedad y temor

Tanto la enfermera/o o la matrona/o, con su asesoramiento y apoyo en la toma de las decisiones oportunas favorecerán la disposición de la gestante para un afrontamiento eficaz.

Con el fin de aumentar su autoestima, disminuir el temor se elogia cuando inicia las conductas de cuidado personal aunque no domine la técnica totalmente.

5.5.2. Duelo eficaz

La gestante, que previamente ha sido asesorada, será capaz de instaurar su duelo de forma más eficaz. Sabiendo que debe hacer cualquier manifestación afectiva hacia el bebe sin que medien barreras sociales.

Se la insta a tener objetos que le recuerden, físicamente, a su hijo.

5.6. EVALUACIÓN FINAL

Entre los resultados esperados se incluyen los siguientes:

- Disminución de la ansiedad y el miedo.
- Mejor afrontamiento.
- Instauración del duelo y resolución eficaz.

5.7. CONCLUSIÓN

1º.- Las diferentes situaciones que rodean la circunstancia de una muerte perinatal, requieren un manejo, por parte del personal de enfermería, muy sensible. Los cuidados propios de enfermería, requieren la aplicación tras el diagnóstico de duelo por muerte perinatal, de una serie de intervenciones, todas ellas encaminadas a alcanzar unos resultados concretos, enfocados a minimizar el impacto que esta situación tiene o puede llegar a tener a nivel psicológico. Uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta es dar una respuesta de honestidad, sinceridad y acogida ante las necesidades individuales.

2ª.- Debemos ser capaces de identificar lo que produce más tensión emocional, tanto al padre

como a la madre, teniendo en cuenta que no podemos estandarizar los cuidados pues cada pareja es distinta.

3ª.- Desde nuestra posición, seremos las personas que con nuestro acompañamiento fomentemos, tanto en los padres como en los familiares que los acompañan, la instauración del duelo. Con simples gestos podemos crear un ambiente que propicie una vinculación afectiva y que deje, en ellos, recuerdos.

4ª.- Se hace necesaria, en estos casos, la colaboración estrecha entre los equipos de atención hospitalaria y los de atención primaria, para hacer un seguimiento de cómo, esa pareja, va elaborando su duelo, para detectar y actuar, en el momento adecuado, ante una situación de duelo patológico.

6. VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES SEGÚN M. GORDÓN

6.1. PERCEPCIÓN—MANEJO DE LA SALUD⁽¹⁰⁾

Este patrón describe como percibe, en este caso la gestante, su salud:

- ¿Cómo percibe su estado de salud?
- ¿Se considera sano o enfermo?
- ¿Ha tenido ingresos hospitalarios?
- ¿Tiene prácticas perjudiciales para su salud?
 - Fuma
 - Toma alcohol
 - Consume drogas
 - ¿Alergia a alguna sustancia?

Este patrón puede encontrarse alterado, según la gestante, en la situación de Muerte Perinatal

6.2. NUTRICIONAL—METABÓLICO^(10 bis)

Mediante este patrón se pretende determinar las costumbres de consumo alimenticio.

- ¿Cuál es la ingesta típica diaria?
- ¿Estado de piel y mucosas?
- ¿Qué temperatura corporal tiene?

Este patrón no tiene por qué estar alterado en la situación de Muerte Perinatal.

6.3. ELIMINACION^(10 bis)

Este patrón describe la función excretora intestinal, urinaria y de sudoración.

- ¿Frecuencia y características de las deposiciones?
- ¿Tiene molestias durante la defecación?
- ¿Frecuencia de la micción?
- ¿Tipo de sudoración?

Este patrón si puede afectarse, no por la situación final de la gestación si no por la gestación misma.

6.4. ACTIVIDAD—EJERCICIO^(10 bis)

En este patrón se describen la capacidad de movilidad autónoma y la actividad.

- ¿Grado de independencia?
- ¿Cómo es su presión arterial?

Este patrón no tiene por qué verse alterado en esta situación.

6.5. SUEÑO-DESCANSO (10 bis)

Describe los patrones del sueño, descanso y relax a lo largo del día.

- ¿Cuántas horas duerme?
- ¿Concilia bien el sueño?
- ¿Toma algo para dormir?

Durante el proceso de muerte perinatal, pues la situación estresante, se puede alterar el patrón de sueño.

6.6. COGNITIVO-PERCEPTUAL(10 bis)

En este patrón se determina la existencia o no de dolor, las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones.

- ¿Siente dolor o malestar físico?
- ¿Le es fácil tomar decisiones?

Este patrón se altera en la situación de Muerte perinatal pues puede aparecer dolor y dificultad para tomar decisiones.

6.7. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO(10 bis)

Este patrón describe la percepción de sí mismo, incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, su identidad y su sentido general de valía.

- ¿Se han producido cambios en su cuerpo?
- ¿Suele tener ansiedad o depresión?
- ¿Siente desesperanza?

6.8. RELACIONES(10 bis)

En este patrón se valora el papel que juega la persona en la familia, las responsabilidades que tiene, la existencia de problemas en sus relaciones familiares y/o sociales.

- ¿Vive sola o en familia?
- ¿Existen problemas en las relaciones familiares, con los hijos, la pareja?

Este patrón puede verse afectado o no según cada situación personal y familiar de cada gestante.

6.9. SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN(10 bis)

Este patrón valora la satisfacción con su sexualidad.

- ¿A qué edad fue la menarquía?
- ¿Ha tenido otros embarazos?
- ¿Hay cambios en las relaciones sexuales?

Este patrón no tiene por qué verse afectado, en el embarazo pero teniendo en cuenta la situación estresante por la que está pasando si se verá afectado.

6.10. ADAPTACION-TOLERANCIA AL ESTRÉS(10 bis)

Este patrón describe la adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. La capacidad para resistirse a las amenazas, formas de manejar el estrés, os sistemas de apoyo familiares.

- ¿Ha habido algún cambio en su vida?
- ¿Como lo ha vivido?
- ¿Cómo actúa cuando tiene algún problema, los afronta o se escuda en medicamentos?

- ¿Cómo trata los problemas cuando los tiene?
- ¿Tiene alguien cercano en quien confiar? Necesariamente, este patrón, ha de estar alterado por la situación en la que se encuentra, por la sobrecarga emocional que le ha supuesto la noticia de la muerte de su bebe, sea cual sea la edad gestacional en que se haya producido la muerte.

6.11. VALORES-CREENCIAS(10 bis)

Describe los valores y creencias que guían las decisiones y opciones de cada individuo.

- ¿La religión es importante en su vida?
- ¿Le ayuda cuando surgen dificultades?
- ¿Tiene algún tipo de creencia?

Este patrón puede estar alterado, si la fe en la creencia (Dios, Alá, Yavé, u otra divinidad), se ve alterada por el estado de desesperanza.

7. DESARROLLO DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NANDA 2009

00124.- DESESPERANZA(12)

Definición.- Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales, y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho.

Patrón Gordon.- Autopercepción y autoconcepto
Necesidad Henderson.- Comunicación / relación
Carat. Defi.:

- 1120.- Disminución de la respuesta a los estímulos
- 1734.-Falta de implicación en sus cuidados
- 2822.-Pasividad

Factores relacionados:

- 1447.- Estrés de larga duración.
- 1, Abandono.
- 772.- Declive o deterioro del estado fisiológico
- 2875.- Perdida de la fe en Dios

Intervenciones:

- 4420.- Acuerdo con el paciente
- 7140.- Apoyo a la familia.
- 5270.- Apoyo emocional.
- 5240.- Asesoramiento
- 5230.- Aumentar el afrontamiento.
- 5440.- Aumentar sistemas de apoyo.
- 5310.- Dar esperanza
- 5310.- Escucha activa
- 5294.-Facilitar el duelo.

Resultados:

- 1409.- Autocontrol de la depresión.
- 2000.- Calidad de vida
- 1201.- Esperanza.
- 1204.- Equilibrio emocional.

000071.- AFRONTAMIENTO DEFENSIVO(12bis)

Definición.- Proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que defiende a la persona de lo que percibe como amenaza.

Patrón.- Afrontamiento y tolerancia al estrés.
Necesidad.- Autorrealización

Carac. Def.:

- 7178.- Falta de participación en el tratamiento.
- 1803.- Falta de seguimiento del tratamiento.
- 2686.- Negación de los problemas
- 3022.- Proyección de culpas.

Intervenciones:

- 004420.- Acuerdo con el paciente
- 005270.- Apoyo a la familia.
- 005270.- Apoyo emocional
- 005240.- Asesoramiento
- 005230.- Aumentar el afrontamiento
- 004640.- Ayuda para controlar el enfado
- 005310.- Dar esperanza.
- 005470.- Decir la verdad al paciente.
- 004920.- Escucha activa.
- 005294.- Facilitar el duelo.
- 005300.- Facilitar la expresión del sentimiento de culpa.

Resultados:

- 001302.- Afrontamiento del problema.
- 001502.- Habilidades de interacción social.
- 001205.- Autoestima
- 001300.- Aceptación de la situación actual.

000069.- AFRONTAMIENTO INEFECTIVO(12bis)

Definición.- Incapacidad para llevar a cabo una apreciación valida de un agente estresante, para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.

Patrón.- Afrontamiento y tolerancia al estrés.
Necesidad.- Autorrelación

Caract. Def.:

- 1605.- Expresiones de incapacidad para afrontar la situación.
- 1676.- Falta de conductas orientadas al logro de objetivos o a la resolución de problemas.
- 3324.- solución inadecuada de los problemas.

Factores relacionados:

- 3417.- Trastorno del patrón de apreciación de amenazas.
- 2148.- Incertidumbre.
- 1680.- Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.

Intervenciones:

- 005230.- Aumentar el afrontamiento
- 005310.- Dar esperanza.
- 005240.- Asesoramiento.
- 004920.- Escucha activa.
- 005510.- Educación sanitaria.
- 005470.- Decir la verdad al paciente.
- 005820.- Disminuir la ansiedad.
- 005294.- Facilitar el duelo.
- 008340.- Fomentar la resistencia

Resultados:

- 001302.- Afrontamiento de los problemas.
- 000906.- Toma de decisiones.

(CONTINUARÁ)

CIRUGÍA MENOR PARA ENFERMERÍA

Huelva.—Redacción

El hospital Infanta Elena, a través de su servicio de Cirugía, puso en marcha una nueva edición, la quinta, correspondiente al Curso de carácter teórico-práctico sobre la Cirugía menor ambulatoria (CMA) como continuidad a lo que se ha venido impartiendo durante los últimos años. El objetivo de esta propuesta docente es enseñar, tanto a médicos como a la enfermería de atención primaria, las diferentes técnicas quirúrgicas que se utilizan para la realización de esta clase de inter-

venciones entendidas como de menor complejidad y que no suelen, en una gran mayoría de casos, comportar de hospitalización. En total fueron 40 alumnos los que asistieron a esta prestación sanitaria, de un alto contenido práctico.

La CMA engloba, como es bien sabido, a todas aquellas opera-

ciones que necesitan de la anestesia local con bajo nivel de complicaciones. Por lo general, no sobrepasan los 15 minutos de duración, no originan inestabilidad metabólica o cardiopulmonar en el enfermo y, a su vez, requieren de unos cuidados post-operatorios mínimos. Para formarse en esta realidad sanitaria, la actividad del Infanta Elena contó con de más de 250 horas de formación de las cuales la mayoría de ellas (95%) se dedicaron, en exclusiva, a actividades prácticas y de adquisición de habilidades manuales.

En concreto, el Curso se inició con un bloque de contenidos teórico-prácticos sobre material inerte que ayudó a los asistentes a tomar contacto con todo lo que supone la actividad quirúrgica de esta naturaleza así como a aprender los distintos tipos de sutura y abordaje quirúrgicos. Un segundo apartado se llevó a cabo en los quirófanos de la CMA y del hospital de Día del Infanta Elena donde los asistentes, —médicos y enfermería— pudieron "visualizar las técnicas directamente en los enfermos y abordarlas ellos mismos" tras completar la formación. Para ello contaban con la supervisión de los médicos-cirujanos del propio centro hospitalario. En la última edición de este programa se han aumentado, de forma significativa, las horas de práctica quirúrgica permitiendo a los profesionales de los centros de atención primaria mejorar sus capacidades con el objetivo de extender la CMA por toda la red de centros de Salud en la provincia de Huelva. Los cuarenta inscritos, como decíamos, correspondieron a los colectivos de médicos de A.P., enfermería y facultativos en formación.

Otro de los aspectos contenidos en las enseñanzas giraron en torno al uso de la anestesia local, la elección de las técnicas específicas para cada paciente y cada caso así como la implantación de un programa de CMA en cada uno de los centros asistenciales. Para ello, la selección de los pacientes más adecuados en la aplicación de estas técnicas así como la información sobre los procesos que pueden asumir y aquellos que deben ser derivados directamente al hospital fueron objetivos igualmente analizados, en estas enseñanzas.



MATERIAL CLÍNICO PARA MOZAMBIQUE

El hospital Infanta Elena ha hecho entrega de numeroso equipamiento clínico a una Asociación humanitaria de Jerez —Siloé— que se encarga de desarrollar un proyecto de cooperación en la población de Beira, en Mozambique. Este proyecto es posible merced a la mediación del Fondo de Cooperación al Desarrollo y Ayuda Humanitaria del SAS.



Desde Huelva hasta el corazón de África: material y equipo clínico del Infanta Elena que han sido sustituidos por otros equipamientos con mayores prestaciones, pero que continúan funcionando con total normalidad, fueron entregados a la "Asociación Jerezana de ayuda a afectados de VIH/SIDA Siloé" que lleva a cabo un loable trabajo de cooperación para el desarrollo en la barriada de Munchava de la ciudad de Beira, en tierras de Mozambique. Esta nueva donación de material —ya que es la segunda vez en que se materializa— clínico y logístico se suma a los equipos donados por el Infanta Elena a la misma entidad durante el pasado 2009. Ello ha permitido que en el proyecto con escenario mozambiqueño puedan estar funcionando distintas herramientas tales como negatoscopios para mejorar la visualización de las radiografías, así como material administrativo y de servicios generales y un "gran volumen" de lencería para la atención de los niños enfermos.

El Fondo de Cooperación y Ayuda al Desarrollo de la sanidad pública andaluz tiene por finalidad introducir aquellos recursos en las zonas elegidas y que favorezcan la atención sanitaria a la población. El Infanta Elena ha ido destinando material a países con claras necesidades y carencias en materia sanitaria (Camerún, Perú, Argel) al tiempo que se ha ido favoreciendo la aparición de nuevos y más modernos equipamientos para el funcionamiento del hospital onubense.



Huelva.– Redacción

Un total de 30 proyectos de investigación han sido presentados por parte de los investigadores sanitarios de la provincia de Huelva dentro de la convocatoria 2010 de la Consejería de Salud de la Junta, con el objetivo de obtener financiación de la investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud. Este volumen de propuestas duplica la cifra en relación a la convocatoria del año 2009 en la que fueron 15 las iniciativas que, desde distintos ámbitos, habían solicitado dicha ayuda, lo cual habla positivamente, sobre el impulso que está experimentando la investigación en Huelva dentro de los campos sanitarios y docente.

Las solicitudes presentadas corresponden a distintos proyectos surgidos, mayoritariamente, desde el hospital Juan Ramón Jiménez (con 15 iniciativas) seguidas a distancia por las procedentes de la Universidad de Huelva (6), el Distrito Huelva–Costa (4), el área de gestión sanitaria–norte (3), mientras el Hospital Infanta Elena (1) y el distrito Condado–Campiña (1) cierran esta relación. Como se aprecia, por primera vez han decidido optar a los proyectos tanto los profesionales de los centros hospitalarios como de la atención primaria en la provincia.

Beturia

Las iniciativas, como corroboró la propia administración, han sido canalizadas por medio de la "Fundación Andaluza Beturia para la investigación en salud (FABIS)", entidad que tiene su sede en el hospital Juan Ramón Jiménez y que se encuentra integrada como parte de la red de fundaciones gestoras de la investigación en el sistema sanitario público andaluz. La finalidad de esta red no es otra que promover "la investigación biomédica y en ciencias de la salud en el área de la provincia onubense". La FABIS tiene ya cuatro años de andadura en este contexto y sus esfuerzos se orientan "a la mejora de la satisfacción de los investigadores sanitarios a través de una atención directa e individual que facilite el progreso de su actividad investigadora y de transferencia del conocimiento hacia la asistencia clínica/asistencial así como la divulgación a la sociedad y al sector empresarial".

Una muestra de estas líneas de investigación se localiza, por ejemplo, en el proyecto que trata de determinar si la ingesta de fresas influye en parámetros bioquímicos relacionados con la salud cardiovascular. Este ensayo, con gran potencialidad en la provincia al ser Huelva una de las primeras de España en producción de fresa, se encuentra coordinado por el centro de salud La Orden, el centro tecnológico de la Agroindustria de Lepe y el Centro de Edafología y Biología aplicada del Segura perteneciente al Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).

ABIERTO EL PLAZO PARA EL ACCESO A LAS PLAZAS DE FORMACIÓN EN 6 ESPECIALIDADES ENFERMERAS

El Consejo General de Enfermería edita un folleto informativo con toda la información relevante para acceder a las plazas de formación

El Boletín Oficial del Estado (BOE) de 22 de septiembre ha publicado la Orden SAS/2447/2010, de 15 de septiembre, por la que se convoca la prueba selectiva 2010, para el acceso en 2011 a 461 plazas de formación de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), 178 plazas de Enfermería de Salud Mental, 132 de Enfermería Familiar y Comunitaria, 52 de Enfermería Pediátrica, 13 de Enfermería Geriátrica y 12 de Enfermería del Trabajo. Para conocer al detalle toda la información sobre la convocatoria, el Consejo General de Enfermería ha editado un folleto informativo ([pulse aquí para consultarlo](#)) con todo que lo se debe conocer para acceder a estas plazas de formación.

El sistema de selección para el acceso a las plazas consistirá en la realización de un ejercicio de contestaciones múltiples (hasta un máximo de 100 preguntas), y en la valoración de los méritos académicos de los aspirantes, a los que se les aplicará, para ello, un baremo contemplado en esta orden. En esta convocatoria se ha eliminado la valoración de los méritos profesionales que hasta ahora se realizaba en las especialidades de enfermería. De tal forma que la puntuación final, como en el resto de titulaciones sanitarias, estará constituida en un 90% por el resultado del examen y en un 10% por el baremo de méritos académicos.

Presentación de solicitudes

Las solicitudes para participar en esta prueba selectiva se harán a través del "modelo 790" que se entregará gratuitamente en el Ministerio de Sanidad y las delegaciones y subdelegaciones de Gobierno, y será allí, precisamente, donde deban ser finalmente entregadas. El modelo deberá ser presentado en cualquiera de las entidades financieras colaboradoras para acreditar el pago de las tasas. La tasa de derechos de examen es de 21,33 euros.

Para acceder al modelo 790

Junto a la solicitud, ya validada por la entidad financiera, se deberá adjuntar las fotocopias compulsadas del DNI, del título de Graduado/Diplomado en Enfermería, de la certificación académica personal en la que figurarán las calificaciones obtenidas, y, en el caso de aspirantes extranjeros, la acreditación de un conocimiento suficiente de la lengua castellana. Si los estudios se han cursado en el extranjero se deberá presentar también la resolución de reconocimiento u homologación del correspondiente título extranjero. La compulsas se podrá hacer gratuitamente mediante la presentación del documento original y una copia del mismo ante los funcionarios encargados de la recepción de las solicitudes.



Tras la publicación de la relación provisional de aspirantes admitidos y no admitidos a la prueba selectiva, que se publicará en el Ministerio de Sanidad y en las delegaciones y subdelegaciones de Gobierno, se dispondrá de diez días para presentar reclamaciones. A partir de esta convocatoria también ha desaparecido la admisión condicional a las pruebas. Todos los documentos requeridos, incluyendo el título y las certificaciones académicas deberán haber sido obtenidos antes de que finalice el plazo de presentación de solicitudes, si bien, pueden aportarse hasta la finalización del plazo de reclamación a la relación provisional de admitidos y no admitidos.

Resultados de la prueba y adjudicación de plazas

Una vez realizada la prueba, el próximo 29 de enero 2011, se hará pública la relación de respuestas correctas al cuestionario, que se podrán recurrir durante un plazo de tres días. Seguidamente, se valorarán los ejercicios y los expedientes académicos de los aspirantes y se publicará la relación provisional de resultados obtenidos. Para recurrir esta relación se dispondrá de cinco días.

Aprobada la relación definitiva de resultados, a través del BOE se convocará a los aspirantes seleccionados para que, conforme al número de orden consignado en la citada relación, soliciten la asignación de plaza de formación en las unidades docentes acreditadas en las que se ofertan plazas, señalando los lugares y calendario de sesiones previstos para los actos de asignación. Las plazas que puedan quedar vacantes en esta convocatoria podrán ser adjudicadas asimismo en resultas.

Los adjudicatarios de plaza iniciarán, en la unidad docente que corresponda, el programa de formación, para lo que se formalizará el oportuno contrato de trabajo, tras lo cual se incorporarán a la correspondiente unidad docente en calidad de enfermeros en formación a fin de adquirir, bajo la supervisión de dicha unidad, los conocimientos teóricos y prácticos que figuran previstos en el programa de cada especialidad.

Calendario

de las pruebas selectivas 2010/2011

Plazo de presentación de solicitudes:

Del día 24 de septiembre al 4 de octubre de 2010.

Exhibición de las relaciones provisionales de admitidos: A partir del día 12 de noviembre de 2010.

Exhibición de las relaciones definitivas de admitidos: A partir del día 27 de diciembre de 2010.

Fecha del ejercicio: Sábado, día 29 de enero de 2011.

Exhibición de las plantillas de respuestas correctas: A partir del día 4 de febrero de 2011.

Plazo de reclamaciones a las plantillas de respuestas correctas: Días 7, 8 y 9 de febrero de 2011.

Reunión de las Comisiones Calificadoras para resolver las reclamaciones presentadas: Días 22 y 23 de febrero de 2011.

Exhibición de las relaciones provisionales de resultados: A partir del día 25 de febrero de 2011.

Exhibición de las relaciones definitivas de resultados: A partir del día 18 de marzo de 2011.

Actos de asignación de plazas: A partir del día 30 de marzo de 2011. Conforme al calendario que aprobará la Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección.

Plazo posesorio para incorporación: Días 12 y 13 de mayo de 2011, ambos inclusive.



ILUSTRE. Colegio Oficial de ENFERMERÍA de HUELVA

CONVOCA

XVII

Certamen de Investigación en Enfermería CIUDAD DE HUELVA



Cuidados
Pediátricos

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 2010. No tendrán límite de espacio y acompañará bibliografía si la hubiese, así como documentación gráfica. Se presentarán cinco copias, en tamaño DIN A-4, mecanografiados a doble espacio por una sola cara, 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 Andalucía 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 2011.

8. PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:

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

9. TITULAR DEL PREMIO:

Será quien aparezca como único o primer firmante.

<http://www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es>