

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERIA
DE HUELVA



enfermería

AÑO XIII

nº 40 Diciembre 2010



Sucedió en 2010



Edita:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería
de Huelva

Consejo de Administración:

Junta de Gobierno del Ilustre Colegio Oficial de
Enfermería de Huelva

Consejo de Redacción

Presidente:

Gonzalo García Domínguez

Director Técnico:

Vicente Villa García-Noblejas

Jefa de Redacción:

Patricia Mauri Fábrega

Redacción:

Josefa Lorenzo Martín

Enrique Aguiar Mojarro

Eduardo Rico González

Martín Vázquez Bermúdez

Antonio Olid Torres

Carmen D. Beltrán Camacho

Mercedes González Hernández

Mª Carmen Pilo López

Asesora de redacción:

Eva Mª Lorenzo Martín

Fotografía:

Archivo del Ilustre Colegio de Enfermería de
Huelva

Redacción: Sede Colegial

Imprime: Technographic, S.L.

Depósito Legal: H-1996-43

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

Tirada: 2.600 ejemplares

Distribución gratuita

Domicilio de la sede colegial

C/ Berdigón, nº 33, pral. izq.

21003 Huelva

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 EL "TIJERETAZO" EN LAS NÓMINAS...

6/ 40.000 FUNCIONARIOS DICEN "NO AL DECRETAZO"

7/13 NUTRICIÓN EN EL PACIENTE ANTICOAGULADO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

14 ESTABILIDAD EN EL EMPLEO PARA ENFERMERÍA

15 ESPAÑA NECESITA 90.000 ENFERMERAS

16/17 CALENDARIO 2011

18 HOSPITALES DE HUELVA. ANTE ACCIDENTES BIOLÓGICOS Y NUCLEARES/ANDALUCÍA: MAS DEL 50% DE CASOS DE ICTUS

19/22 ENFERMERÍA Y LEY DE DEPENDENCIA

23/30 MUERTE PERINATAL Y DUELO (2ª PARTE)

31 CRISTMAS NAVIDAD

32 CERTAMEN



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.

Editorial

ENFERMERÍA: EXPECTATIVAS PROFESIONALES EN UN CONTEXTO DIFÍCIL

Con una muestra notable de distintos trabajos profesional junto a la notificación de noticias de relieve referidas a la actualidad sanitaria y profesional, con estos argumentos la presente revista del Colegio de Enfermería de Huelva dice adiós a un año, 2010, que ha estado preñado, de principio a fin, con acontecimientos de verdadera importancia tanto para los intereses del colectivo como para el mundo sanitario general en el que nos sentimos partícipes.

En el discurrir del calendario asistimos a numerosos hitos que fueron configurando la realidad cotidiana. Pero, a la hora de elegir uno en concreto, habría que remitirse a cuando el Congreso de los Diputados aprobó la modificación de la Ley del Medicamento por la que se daba entrada a la Enfermería en la tarea de prescripción de un amplio catálogo de fármacos y productos sanitarios para ensanchar el panorama competencial. Con esta luz verde de la Cámara Alta se materializaban no pocos esfuerzos desplegados desde el Consejo General en pos de un logro que tanto costó conseguir.

Esfuerzos que, en la hora presente, han quedado en paréntesis a consecuencia del relevo al frente del Ministerio de Sanidad. Trinidad Jiménez, que tan buena sintonía tuvo con las distintas Organizaciones Colegiales, abandonó esa responsabilidad en la última crisis/remodelación del ejecutivo y en su lugar Rodríguez Zapatero decidió que fuera una joven política, Leire Pajín la que asuma la dirección de esta cartera. A Pajín, obviamente, es preciso dar un tiempo para el necesario "aterrizaje" antes de que muestre sus propuestas y perfil concretos en todo lo que se refiere al desarrollo de un Sistema Nacional Sanitario agitado por un déficit económico impresionante que amenaza su estabilidad presente y futura.

También aguardamos expectantes lo que Pajín decida sobre una profesión, –Enfermería– que desea ver materializadas, bajo su responsabilidad, aquellas parcelas que han quedado pendientes con la marcha de Jiménez. Por lo mismo, compás de espera antes de visualizar de qué modo entiende y valora la actual Ministra de Sanidad respecto a la impronta de unas 250.000 enfermeras y enfermeros repartidos por toda España.

En Andalucía, también han existido tensiones y acontecimientos dignos de ser tenidos en cuenta. Digamos que el último y mas sonado se refiere al Decreto/Ley de la Junta para "reorganizar" el entramado de Empresas Públicas que, como auténticos hongos, han ido surgiendo por el conjunto de las consejerías (Salud incluida) y que ha provocado un movimiento totalmente desconocido en nuestra región por parte de miles y miles de funcionarios que se han echado, literalmente, a la calle rechazando el decreto y defendiendo que las tareas al servicio público deben estar presididas por las condiciones de mérito e igualad. Recurrido ante los Tribunales de Justicia, los próximos meses irán desvelando cuál es la dirección que aguarda a esta reorganización de las Empresas Públicas que, de forma sorpresiva, ha propiciado una respuesta tan negativa por parte de organizaciones profesionales, sindicales como de los partidos políticos en la oposición al Parlamento Andaluz.

Dispongamos, de nuestra parte, los mejores deseos para que el año 2011 sea una etapa de nuevos logros para la Enfermería andaluza. Pero sin olvidar un ápice el difícil contexto en el que nos movemos. La mas que severa crisis económica que ya recorta las nóminas salariales y que todo lo invade ojalá no se acabe trasladando al orbe sanitario en el que Enfermería tiene un destacado papel. De las autoridades responsables esperamos valoren la aportación del colectivo al conjunto del SAS como del SNS para que, no se produzca merma alguna en la presencia de las enfermeras y enfermeros al servicio de la sociedad.

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.

EL "TIJERETAZO" EN LAS NÓMINAS CONSTITUCIONAL

La sala de lo Social de la Audiencia Nacional decide remitirlo a la mas alta instancia



Huelva.- Redacción

La rebaja en las nóminas que, ordenada por el Gobierno de José Luis Rodríguez Zapatero, los empleados públicos españoles sufren desde hace ya siete meses ha llegado hasta el Tribunal Constitucional (TC) como consecuencia de los recursos presentados ante distintas instancias judiciales. Fue la Audiencia Nacional la que ha acabado remitiendo este "tijeretazo" a las percepciones mensuales por entender que, podía incurrir en una presunta vulneración de los derechos constitucionales. La enfermería viene percibiendo, por efectos del decreto, un 5,7% menos.

El decreto de ajuste salarial que, sin precedentes, fue dictado por el Gobierno socialista el pasado mes de mayo ha llegado al TC. La Sala de lo Social de la Audiencia nacional ha sido la instancia que ha trasladado este asunto que afecta a centenares de miles de profesionales de todos los sectores –magistrados y jueces, médicos y enfermería, bomberos, policías, maestros y docentes en

general...–, vinculados al sector público del Estado. La Audiencia Nacional presentó cuestión de inconstitucionalidad que se plantea cuando un Juez, o Tribunal, debe aplicar un precepto legal que, en su opinión, podría contravenir o vulnerar determinados derechos fundamentales contemplados en la Constitución.

NÓMINAS

Este asunto tuvo su origen en uno de los numerosos recursos originados por el recorte salarial del gobierno socialista. En concreto, el que formularon los trabajadores de la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre a quienes, como al resto de colectivos enumerados, afectó la merma en sus nóminas de cada mes. El Gobierno, como medida para atajar la grave crisis financiera del país, decidió que los trabajadores al servicio público debían contribuir con su esfuerzo que, en el caso de la enfermería, supuso un recorte del 5,7% de la nómina. Pues bien, los trabajadores de la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre entendieron que habían sido objeto de discriminación por cuanto el mismo decreto a cargo del ejecutivo nacional eximió del "tijeretazo" a otras empresas públicas del Estado, caso de Renfe, Aena o Adif.

IGUALDAD

Por lo mismo, la Sala de lo Social de la Audiencia Nacional enten-

dió que, con el mencionado Decreto, se podría haber vulnerado los derechos de libertad, negociación colectiva e igualdad de los, aproximadamente, 1.700 empleados de la Fábrica Nacional de Moneda. También se ha opinado que, dada la importancia de esta rebaja gubernamental a los empleados públicos, desborda el campo de los intereses de esas concretas empresas públicas, y podría marcar el camino de otros recursos presentados, así como de los que, de forma constante, se están ejercitando ante la "sospecha" de una posible inconstitucionalidad.

3.000

Al conocerse la admisión del recurso por el TC, el Gobierno trató de restar trascendencia a esta circunstancia argumentando que ante situaciones de crisis como la que España atraviesa, el ejecutivo tiene potestad para introducir aquellas modificaciones salariales de los empleados al servicio público con la finalidad de que contribuyan a la recuperación. Conviene, al respecto, recordar que fue el propio Rodríguez Zapatero quien, en el momento de anunciar este "tijeretazo" salarial, lo evaluó en un ahorro económico para las arcas estatales de 3.000 millones de euros. Mientras que, por ejemplo, en el Plan E se gastaron en obras no imprescindibles unos 8.000 millones.

40.000 FUNCIONARIOS dicen "NO AL DECRETAZO"

La publicación del Decreto-Ley 5/2010 de la Junta ha provocado una reacción de rechazo entre los profesionales del servicio público de las ocho provincias que nadie, José Antonio Griñán, incluido podía sospechar. El Decreto, bautizado como "decretazo del enchufismo", supone una reestructuración del entramado de empresas públicas que, dependientes de la administración regional, se han ido configurando a lo largo de las últimas décadas por todas y cada una de las consejerías, Salud incluida.

La manifestación celebrada en Sevilla el pasado 14 de noviembre reunió a 40.000 personas que, conscientes y sorprendidas de un acto de fuerza de esta envergadura y sin precedentes en el sector público, gritaban un "no" rotundo a lo que, manifestaron, supone el Decreto-Ley. Esta masiva concentración se convirtió en un punto y aparte tras una serie de manifestaciones que han ido sucediéndose por toda la comunidad y donde al presidente Griñán y a sus consejeros les viene acompañando actos de rechazo por parte de unos funcionarios exigiendo la deración de un Decreto-Ley que no fue debatido en el Parlamento andaluz.

Miles de empleados públicos han plantado cara al gobierno de Griñán bajo proclamas como "Defiendo mi derecho y la gestión pública", "Fuera decreto de enchufados", "Yo entré en la administración pública sin enchufes" al tiempo que llenaban las calles del centro de Sevilla de cables y enchufes en una exhibición sin precedentes. El origen de esta gran pro-

testa, la normativa en forma de Decreto-Ley que, a finales de julio, presentaba la consejera de Economía, Carmen Martínez Aguayo justificada por, dijo, la "crisis económica" y como una forma de "reordenar las estructuras" simplificándolas en base a una "responsable gobernanza".

El Decreto suprimió, de un plumazo, nada menos que 111 entes públicos, modificaba la personalidad jurídica de otros 16 y creó 6 Agencias públicas de los distintos sectores entre ellas la denominada "Agencia pública empresarial sanitaria de Andalucía" en la que se engloban numerosos hospitales comarcales y Centros hospitalarios de alta resolución, (Chares), repartidos por la comunidad. La cabecera de esta macroagencia se localiza en el hospital Costa del Sol de Marbella, el mismo centro que ha puesto en circulación las controvertidas "facturas-sombra".

Anulación

Ya en el pasado mes de agosto, nada más conocerse su contenido, se produjo una reacción en bloque ante el Decreto por parte de numerosas organizaciones y sindicatos profesionales así como del resto de formaciones políticas presentes en la Cámara autonómica, excepto el PSOE. Tanto el PP como IU han mostrado su rechazo exigiendo la anulación, de una herramienta referida a lo que muchos consideran la "administración paralela" de la Junta.

Distintas organizaciones independientes de profesionales-funcionarios andaluces no han cesado de expresar su negativa a asumir este Decreto-Ley. Así, Pedro Ruiz, portavoz de la Asociación "Defiendo mi derecho y la gestión pública", resumía el estado de opinión diciendo que "el Decreto colma el hartazgo por el despilfarro y el



Consejera Martínez Aguayo

enchufismo". Para Sergio Hurtado, portavoz de la Plataforma de Empleados públicos de Andalucía, "defender el mérito y la igualdad para llegar a un puesto de funcionario público es defender el interés de todos los ciudadanos". Alicia Martos, presidenta del sector público de CSIF aseguró que "no vamos a pararnos. Seguiremos rechazando la reordenación de los puestos de trabajo con movilizaciones contra el Decreto".

En síntesis, el Decreto-Ley 5/2010 desencadenante de esta rebelión afecta a 23.476 personas así desglosadas: una minoría (1.474) son personal laboral de la Junta, 2.069 son funcionarios y el resto (9.993) son personal contratado directamente, sin oposición, por las distintas Empresas públicas. Los funcionarios entienden que si optan por trabajar voluntariamente en las Agencia de nueva configuración, perderán su condición de funcionarios por lo que han mostraron su repulsa a que se les equipare, laboralmente con el personal contratado en esta "administración paralela de unos 20.000 trabajadores que no han accedido a sus puestos bajo las exigencias y criterios de mérito, igualdad, capacidad y publicidad. "Creo, en suma, que los contratados "a dedo" se equiparán a los funcionarios de las consejerías sin pasar por ninguna prueba selectiva.?

NUTRICIÓN EN EL PACIENTE ANTICOAGULADO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

AUTORES:

Isaac Florido Pérez. Experto Universitario en Nutrición Artificial Ambulatoria y Domiciliaria. D.U.E. Distrito Sanitario Condado Campiña. Huelva.

María Isabel Jiménez Núñez. Experto Universitario en Nutrición Artificial Ambulatoria y Domiciliaria. D.U.E. H.J.R Jiménez. Huelva.

María Gema Chacón Crespillo. D.U.E.

RESUMEN:

En el siguiente documento se realizó una revisión literaria de artículos relacionados con la administración oral de anticoagulantes derivados cumarínicos: acenocumarol (Sintrom®) y warfarina (Aldocumar®), además de consultas bibliográficas sobre nutrición y la relación que la vitamina K aportada en la dieta tiene con el mantenimiento adecuado de los niveles de INR "objetivo" (International Normalized Ratio), del tratamiento con ACO (anticoagulantes orales). Se quiere hacer constancia de la importancia de la nutrición y dietética en el ámbito del manejo del paciente anticoagulado en atención primaria de salud.

ABSTRACT:

In the following document was realized a literary review of articles related to the oral administration of cumarina derivated anticoagulants: acenocumarol (Sintrom™) and warfarina (Aldocumar™), besides bibliographical consultations on nutrition and the relation that the vitamin K contributed in the diet has with the suitable maintenance of the levels of "objective" INR (International Normalized Ratio), of the treatment with OAC (oral anticoagulants). There wants to be done witness of the importance of the nutrition and dietetics in the area of the managing of the patient anticoagulated in primary care of health.

INTRODUCCIÓN:

Dentro de los cuidados ofertados en la atención primaria de salud, encontramos el manejo y seguimiento de pacientes tratados con ACO (anticoagulantes orales). El tratamiento con ACO se encuentra muy difundido en el ámbito de la atención primaria siendo un gran avance para la comodidad del paciente el poder hacer un seguimiento y control desde el centro de atención primaria¹.

Los anticoagulantes cumarínicos son fármacos con un uso muy extendido en atención primaria⁷ y cuya monitorización corresponde al profesional de enfermería. Estos fármacos son administrados para la prevención de procesos tromboembólicos y/o en el tratamiento de ellos cuando ya se han instaurado. Como ejemplo de sus indicaciones tenemos: la trombosis venosa profunda (TVP), el embolismo pulmonar, la fibrilación auricular (FA) y la sustitución de válvulas cardíacas entre otras^{2, 5}.

Estos fármacos actúan como antagonistas de la vitamina K, impidiendo la activación de los factores de la coagulación dependientes de esta.

La vitamina K es una vitamina liposoluble la cual puede ser producida por las bacterias intestinales (vit K2), ingerida con la dieta proveniente de los vegetales de hoja verde, aceites vegetales, hígado y/o tomates entre otros alimentos (vit K1), además de ser fabricada artificialmente para el tratamiento médico (vit K3= Konakion®). Al ser una vitamina liposoluble puede almacenarse en el tejido graso del organismo⁸.

Se necesita vitamina K para la formación hepática de protrombina, factores VII (proconvertina), IX y X, todos de gran importancia para la coagulación sanguínea¹ Por lo anteriormente citado, un déficit de vitamina K provocaría un retardo en la coagulación sanguínea³.

Los medicamento derivados de la cumarina actúan inhibiendo la acción de la vitamina K sobre la gamma-carboxilación de ciertas moléculas de ácido glutámico localizadas en los factores de coagulación II (protrombina), VII, IX, X y en la proteína C, sin la cual no puede desencadenarse la coagulación sanguínea⁵.

JUSTIFICACIÓN:

En la atención primaria de salud, la nutrición pasa desapercibida casi en la totalidad de los casos. Los profesionales de enfermería solamente se dedican a seguir las dietas de alimentación por pautas que son facilitadas por los laboratorios y/o sociedades farmacéuticas, claramente insuficientes y que necesitan ser ampliadas o concretadas para conseguir la excelencia de los cuidados enfermeros para con los paciente crónicos. En el caso del paciente anticoagulado existe la errónea creencia de que el paciente no debe de ingerir alimentos que contengan vitamina K o hacerlo de manera muy, muy moderada⁶. Tampoco existen claras guías de nutrición para pacientes anticoagulados, solamente pautas y/o recomendaciones generales. Existen otros factores los cuales pueden alterar el INR del paciente tratado con ACO como puede ser el tratamiento con

AINE's, pero esto ya son problemas de colaboración. La nutrición, o en su defecto la educación nutricional es una función clara de enfermería.

El documento pretende ser un inicio para las pautas alimenticias que los profesionales de enfermería puedan ofertar de manera correcta a los pacientes tratados con ACO.

ATENCIÓN EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA:

En la atención enfermera dentro de la consulta programada para el control del paciente crónico poseemos poderosas herramientas para el control y seguimiento del paciente anticoagulado como son los planes de cuidados de enfermería⁴. Dentro del proceso enfermero encontramos los siguientes diagnósticos de enfermería asociados a sus correspondientes objetivos (NOC) e intervenciones (NIC):

- 00069 AFRONTAMIENTO INEFECTIVO:
NOC 1302: SUPERACIÓN DE PROBLEMAS.
NIC 5230: AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO.
NIC 5240: ASESORAMIENTO.
- 00146 ANSIEDAD:
NOC 1402:
AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD.
NIC 5820: DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD.
NIC 5240: ASESORAMIENTO.
- 00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES:
NOC 1813 CONOCIMIENTO RÉGIMEN TERAPÉUTICO.
NIC 5602 ENSEÑANZA: PROCESO ENFERMEDAD.
NIC 5618
ENSEÑANZA:PROCEDIMIENTO Y TRATAMIENTO.
NIC 5606 ENSEÑANZA INDIVIDUAL.
NIC 5520 FACILITAR EL APRENDIZAJE.
NIC 5614 ENSEÑANZA DIETA PRESCRITA.
- 00078 MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO.
NOC 1601 CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO.
NIC 5510 EDUCACIÓN SANITARIA.
NIC 4360 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA.

Mediante el coagulómetro portátil (Ej: CoaguChek® Roche Diagnostics) conocemos si el paciente se encuentra en rango terapéutico de INR. En caso de que no sea así, procedemos a la valoración enfermera pertinente además de la modificación de la pauta de ACO mediante las herramientas informáticas adecuadas (TaoChek® Roche Diagnostics). En este preciso momento es donde debemos de prestar especial atención a la dieta que realiza el paciente tratado con ACO. Veremos más adelante como podemos adecuar dicha alimentación para mantener el INR lo más estable posible dentro de su rango terapéutico, consiguiendo así una mayor seguridad para el paciente, mejorar su percepción de salud, además de mejorar su comodidad al tener que acudir menos a la consulta de enfermería para su seguimiento y control.

OBJETIVOS:

- Aumentar los conocimientos sobre nutrición y dietética de los profesionales de enfermería.
- Aumentar la destreza en el manejo de las tablas de alimentos para realizar la adecuada educación nutricional al paciente.
- Adiestrar al paciente a mantener el aporte adecuado diario de vitamina K en asociación con la pauta del tratamiento con ACO y respetado sus preferencias alimentarias, para conseguir un INR dentro del rango terapéutico.
- Conseguir un mejor control y seguimiento del paciente anticoagulado, mejorando la satisfacción del usuario y aumentando la seguridad en la práctica clínica.

DISCUSIÓN:

Debemos de tener claro el error de prohibir la ingesta de alimentos que contengan vitamina K⁶, puesto que este nutriente es importante para el correcto funcionamiento del organismo. Además, como veremos a continuación en las tablas de alimentos, la vitamina K se encuentra en menor o mayor medida en muchos de los alimentos que consumimos a diario. Cabe destacar que la cantidad diaria recomendada (CDR) de vitamina K en un adulto es de 80 mcg/día.

Ya que el aporte de vitamina K influye directamente en el INR, debemos de instruir al paciente en que debe consumir una cantidad diaria de vitamina K que debemos de

terminar en función de sus hábitos alimenticios, por ejemplo: no es lo mismo un paciente que tenga apetencia por las verduras que otro que tenga mayor apetencia por consumir frutos secos o fruta.

Haciendo una correcta valoración sobre las preferencias alimentarias del usuario, y teniendo en cuenta sus posibles patologías adyacentes (Ej: hipertensión arterial, diabetes, etc.) podemos hacer unas recomendaciones dietéticas para el aporte diario adecuado de vitamina K. Mediante tablas que muestren el aporte de vitamina K por porciones o raciones, le hacemos más fácil al paciente el tener un aporte adecuado de la misma.

Lo más importante y nuestro principal objetivo es que el paciente anticoagulado mantenga un aporte diario con la menor variación posible de vitamina K para que la dosificación del ACO sea efectiva y mantenga el INR en el rango adecuado⁶. Es muy importante que el paciente nos comunique en la consulta de enfermería si va a realizar un cambio importante en sus hábitos alimenticios para así adecuar el tratamiento con ACO mediante el uso de las herramientas informáticas adecuadas y en comunicación con el médico.

TABLAS DE ALIMENTOS QUE CONTIENEN VITAMINA K:

Las siguientes tablas muestran el contenido en vitamina K de los alimentos que podemos encontrar en la dieta. Los alimentos están marcados según el siguiente código de color:

ROJO: Alimentos con alto contenido en Vitamina K = de 100 a ∞ mcg por ración.

AMARILLO: Alimentos con moderado contenido en Vitamina K = de 10 a 99 mcg por ración.

AZUL: Alimentos con bajo contenido en Vitamina K = de 0 a 9 mcg por ración.

Mediante las siguientes tablas podemos informar claramente al paciente sobre la cantidad de alimentos que contienen vitamina K y forman parte de su dieta cotidiana, realizar las correcciones pertinentes o incluso formular una dieta completa. Debemos recordar que la CDA de vitamina K es de 80 mcg/día en un adulto.

HUEVOS Y LÁCTEOS:

ALIMENTO	TAMAÑO DE LA RACIÓN	CANTIDAD DE VITAMINA K EN MCG
HELADO	1 TAZA	MENOS DE 1
HUEVOS COCIDOS	1 UNIDAD	1
HUEVOS COCIDOS	1 TAZA	4
LECHE DESNATADA	1 TAZA	MENOS DE 1
LECHE ENTERA	1 TAZA	MENOS DE 1
LECHE SEMIDENATADA	1 TAZA	MENOS DE 1
NATA	1 TAZA	8
QUESO	1 TAZA CORTADO	3
YOGURT	1 TAZA	MENOS DE 1

VERDURAS:

ALIMENTO	TAMAÑO DE LA RACIÓN	CONTENIDO EN VITAMINA K EN MCG
ACELGAS	1 TAZA (CRUDA)	299
AGUACATE	1 TAZA (CRUDA)	30
AJO	1 TAZA (CRUDA)	2
AJO	1 DIENTE	MENOS DE 1
ALGA NORI (SECA)	1 TAZA (CRUDA)	28
APIO	1 TAZA (CRUDA)	35
BERENGENA	1 TAZA (CRUDA)	3
BERROS	1 TAZA (CRUDA)	85
BRÓCOLI	1 TAZA (CRUDA)	89
CALABACÍN	1 TAZA (CRUDA)	5
CALABAZA	1 TAZA (COCIDA)	2
CEBOLLAS AMARILLAS	1 TAZA (CRUDA)	MENOS DE 1
CEBOLLAS VERDES	1 TAZA (CRUDA)	207
CHAMPIÑONES	1 TAZA (CRUDA)	MENOS DE 1
CHUCRUT (COL FERM.)	1 TAZA (COCIDA)	81
CILANTRO	1 TAZA (CRUDA)	50
COL RIZADA	1 TAZA (CRUDA)	1054
COLIFLOR	1 TAZA (CRUDA)	16

(Continuación)

NDIVIA	1 TAZA (CRUDA)	61
ESCAROLA	1 TAZA (CRUDA)	59
ESPÁRRAGOS	1 TAZA (CRUDA)	56
ESPINACAS	1 TAZA (CRUDA)	145
ESPINACAS	1 TAZA (COCIDA)	884
HABICHUELAS VERDES	1 TAZA (CRUDA)	16
HOJAS DE BERZA	1 TAZA (CRUDA)	184
HOJAS DE MOSTAZA	1 TAZA (CRUDA)	279
LECHUGA ICEBERG	1 TAZA (CRUDA)	13
LECHUGA ROMANA	1 TAZA (CRUDA)	63
MAÍZ	1 TAZA (COCIDO)	MENOS DE 1
PATATA CON PIEL	1 TAZA (ASADA)	2
PEPINILLO	1 TAZA (CRUDA)	26
PEPINILLO	1 UNIDAD	6
PEPINO	1 TAZA (CRUDA)	9
PEREJIL	1 TAZA (CRUDA)	984
PEREJIL	10 RAMITAS	16
PIMENTÓN	1 TAZA COCINADA	13
REPOLLO ROJO	1 TAZA (CRUDA)	34
REPOLLO VERDE	1 TAZA (CRUDA)	53
TOMATE	1 TAZA (CRUDA)	14
ZANAHORIA	1 TAZA (CRUDA)	15

BEBIDAS:

ALIMENTO	TAMAÑO DE LA RACIÓN	CONTENIDO EN VITAMINA K EN MCG
AGUA	100 ml	Menos de 1
CAFÉ	100 ml	Menos de 1
CERVEZA	100 ml	Menos de 1
LECHE ENTERA	100 ml	Menos de 1
REFRESCO DE COLA	100 ml	Menos de 1
TÉ	100 ml	Menos de 1
VINO	100 ml	Menos de 1
ZUMO DE NARANJA NAT.	100 ml	Menos de 1

ACEITES Y GRASAS:

ALIMENTO	TAMAÑO DE LA RACIÓN	CONTENIDO EN VITAMINA K EN MCG
ACEITE DE MAÍZ	1 TAZA	4
ACEITE DE MAÍZ	1 CUCHARADA	MENOS DE 1
ACEITE DE OLIVA	1 TAZA	130
ACEITE DE OLIVA	1 CUCHARADA	8
ACEITE DE SÉSAMO	1 TAZA	30
ACEITE DE SÉSAMO	1 CUCHARADA	2
ACEITE DE SOJA	1 TAZA	431
ACEITE DE SOJA	1 CUCHARADA	27
MAHONESA	1 TAZA	93
MAHONESA	1 CUCHARADA	6
MANTEQUILLA	1 TAZA	16
MANTEQUILLA	1 CUCHARADA	1
MARGARINA	1 TAZA	211
MARGARINA	1 CUCHARADA	13

CARNES:

ALIMENTO	TAMAÑO DE LA RACIÓN	CONTENIDO EN VITAMINA K MCG
CERDO	1 TAZA CORTADO	MENOS DE 1
CORDERO	1 TAZA CORTADO	6
HÍGADO DE POLLO	1 TAZA CORTADO	3
HÍGADO DE TERNERA	1 TAZA CORTADO	5
PATO	1 TAZA CORTADO	6
PAVO	1 TAZA CORTADO	DE 5 A MENOS DE 1
PESCADO	1 TAZA CORTADO	MENOS DE 1
POLLO	1 TAZA CORTADO	3
TERNERA	1 TAZA CORTADO	2
TOCINO	1 TAZA CORTADO	MENOS DE 1
VENADO	1 TAZA CORTADO	2

FRUTAS:

ALIMENTO	TAMAÑO DE LA RACIÓN	CANTIDAD DE VITAMINA K EN MCG
ALBARICOQUE	1 TAZA	4
ARÁNDANOS	1 TAZA	26
FRAMBUESA	1 TAZA	10
LIMA	1 TAZA	MENOS DE 1
LIMÓN	1 TAZA	MENOS DE 1
MANGO	1 TAZA	7
MANZANA	1 TAZA	3
MELÓN	1 TAZA	4
NARANJA	1 TAZA	MENOS DE 1
PERA	1 TAZA	7
PLÁTANO	1 TAZA	MENOS DE 1
POMELO	1 TAZA	MENOS DE 1
SANDIA	1 TAZA	MENOS DE 1
UVAS	1 TAZA	23

FRUTOS SECOS:

ALIMENTOS	TAMAÑO DE LA RACIÓN	CANTIDAD DE VITAMINA K EN MCG
ALMENDRAS	1 TAZA	MENOS DE 1
ANACARDOS	1 TAZA	45
AVELLANA AMERICANA	1 TAZA	3
AVELLANAS	1 TAZA	16
CACAHUETES	1 TAZA	MENOS DE 1
NUECES	1 TAZA	3
NUEZ DE MACADAMIA	1 TAZA	MENOS DE 1
PISTACHOS	1 TAZA	17

CEREALES Y LEGUMBRES:

ALIMENTOS	TAMAÑO DE LA RACIÓN	CANTIDAD DE VITAMINA K EN MCG
ALUBIAS BLANCAS	1 TAZA	3
ALUBIAS PINTAS	1 TAZA	6
ARROZ	1 TAZA	MENOS DE 1
ARROZ INTEGRAL	1 TAZA	1
AVENA	1 TAZA	1
HARINA DE TRIGO	1 TAZA	MENOS DE 1
HARINA INTEGRAL	1 TAZA	2
LENTEJAS COCIDAS	1 TAZA	3
PAN	1 REBANADA	MENOS DE 1
PASTA ALIMENTICIA	1 TAZA	MENOS DE 1

CONCLUSIÓN:

Cabe destacar que, como la vitamina K es un elemento que se encuentra en gran parte de los alimentos que ingerimos al día, es muy importante la monitorización de la cantidad diaria de vitamina K que ingiere el paciente anticoagulado e instruirlo para que dicha cantidad sea estable. Logrando este objetivo se evidencia la mejora de la satisfacción del paciente, pues este puede continuar con sus preferencias alimentarias, se reduce el número de visitas del mismo al centro de atención primaria lo cual nos lleva a reducir la frecuentación mejorando la eficiencia. Cabe destacar también el aumento de la satisfacción de los profesionales de enfermería que ven mejorada la calidad de la atención prestada, haciendo más eficiente su función. Además también se consigue una mayor personalización de los cuidados ofertados, un aumento de la seguridad del paciente y una reducción de las posibles contingencias que puedan surgir en el tratamiento por ACO.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Alcalá Muñoz A., Arribas Mir L., Baena Ramírez B., y otros. Anticoagulación oral: coordinación en el control y seguimiento del paciente. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2005.
2. Mosquera J.M., Galdós R. Farmacología para enfermeras. Madrid: Interamericana-McGraw Hill; 1994.
3. Guyton, Dr. A.C. Tratado de Fisiología Médica 10ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2001.
4. Zapata Sampedro M.A., García Fuente S., Jiménez Gil A. MANEJO DEL PACIENTE ANTICOAGULADO EN ATENCIÓN PRIMARIA. Rev Nure Investigación N° 34 Mayo-Junio 2008. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/protocolo_34.pdf
5. Ficha Técnica Sintrom®. Laboratorio Novartis.
6. Zapata-Sampedro, Marco Antonio; Castro-Varela, Laura. ¿Deben suprimirse de la dieta de pacientes anticoagulados los alimentos ricos en vitamina k? Enfermería Comunitaria (rev. digital) 2008, 4(1). Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/v4n1/ec6652.php>
7. Biurrun Martínez L.M., Esteban Cortijo M.S., Díaz Herrero A. Manejo de los Anticoagulantes Orales en Atención Primaria. SEMER-GEN; 2001.
8. Hernández Rodríguez M., Sastre Gallego A. Tratado de Nutrición. Madrid; 1999.
9. Montero Fernández M.J. Anticoagulación Oral en Atención Primaria. Toledo: SESCAM Área de farmacia; 2004. Disponible en: http://sescam.jccm.es/web1/profesionales/farmacia/usoRacional/documentos/VI_3_AnticoagulacionOral.pdf
10. Osborne D.R. Análisis de Nutrientes de los alimentos. Madrid: Acribia, S.A.; 1986.
11. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. Madrid: Elsevier España S.A; 2010.
12. Bulechek, G.M., Butcher, H.K., McCloskey Dochterman, J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Madrid: Elsevier España S.A; 2009.
13. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., Swanson, E. Clasificación de Resultados de Enfermería. Madrid: Elsevier España S.A; 2009.

Estabilidad en el empleo para enfermería

Huelva. Redacción

La Consejería de Salud, a través del Servicio Andaluz de Salud (SAS) anunció su propósito de promover la estabilidad en el empleo del personal de enfermería. En concreto, la Consejería ha cifrado en 732 las enfermeras eventuales que dispondrían de contratos de larga duración conforme a la puntuación que ostentasen, a fecha del 31 de octubre de 2008, en la Bolsa única de Trabajo de la sanidad pública regional.

Salud quiere rebajar el índice de precariedad laboral que afecta al personal de enfermería en el sistema público. Para lo cual anunció su decisión de estabilizar un total de 732 enfermeras mediante una convocatoria en la que se van a convertir contratos eventuales en otros de larga duración conforme a lo tratado en la Mesa técnica de la Bolsa única de empleo. Los profesionales de enfermería englobados en este proceso podrán acceder a los nuevos puestos según la

puntuación lograda a 31 de octubre de 2008 en la Bolsa del SAS al tiempo que el SAS puntualizaba: "Siempre y cuando hayan seleccionado algunos de los centros con plazas en su solicitud telemática de Bolsa, actualizada a 30 de abril de 2010".

Promoción

La dirección general de Personal del SAS tenía ya elaborado, al cierre de esta edición, una primera lista de candidatos que cumplían los citados requisitos. En esa relación se incluyen, según informó la propia administración, "el número de discapacitados y de promoción interna temporales necesarios para cubrir los cupos pactados según convenio".

Mejora

En una primera convocatoria estaba previsto se adjudicaran la mitad de las plazas siendo en días sucesivos la citación del resto de profesionales que hubieran acudido a seleccionar vacante entre los días 23 y 25 de noviembre. A este tipo de plazas pudieron acceder todos los profesionales, aunque estén en activo, si supone para los interesados "una mejora laboral". La oferta también contemplaba que el personal solicitante debía estar disponible para ocupar las plazas a partir del 1 de diciembre.

Escuela de Pacientes

El Hospital Comarcal de Riotinto ha inaugurado tres aulas de la Escuela de Pacientes que buscan aportar formación e información en distintos ámbitos de actuación, para mejorar la calidad de vida de aquellos enfermos inmersos en los procesos de cuidados paliativos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y personas cuidadoras.

En el Hospital de Riotinto, perteneciente al área sanitaria norte de Huelva, se han puesto en funcionamiento tres aulas de la llamada "Escuela de Pacientes". En concreto, son referidas a suministrar formación e información básica para los cuidados paliativos, la EPOC y las personas encargadas de cuidar a los enfermos.

En estas propuestas se dieron cita tanto profesionales sanitarios como personas y familiares encargadas de los cuidados. Se busca que estas aulas aporten un caudal de formación y reflexión sobre cómo debe afrontarse el día a día de la persona objetivo de la atención.

Aspectos tales como las nociones sobre alimentación, medicación, higiene, prevención de las úlceras por presión, sueño, insomnio, movilidad, cuidados respiratorios, comunicación, relación y un largo capítulo de cometidos se engloban en los contenidos de estas aulas o Escuela de Pacientes que se inauguraron en 2008.

España necesita

90.000 ENFERMERAS

La enfermería española, en general, necesitaría de 90.000 nuevas enfermeras y enfermeros para considerarse plenamente integrada entre las más desarrolladas en el campo de la sanidad. La necesidad de que se aumente tan importante número se considera esencial de cara a igualar las tasas inherentes a los Sistemas más avanzados. Esta es una de las principales conclusiones del informe "La enfermería frente al espejo: mitos y realidades", recientemente presentado por la Fundación Alternativas.

El estudio denominado "la enfermería frente al espejo: mitos y realidades" obra de Juan Hernández Yáñez, sociólogo y consultor del ministro de sanidad y la OMS, busca "contextualizar y documentar la situación actual de la profesión enfermera en los países desarrollados" con especial interés en España. El responsable subrayó que, al día de hoy, la profesión "parece encontrarse inmersa en una seria crisis de identidad" para lo que propone diversas medidas.

Respuesta

Por ejemplo que el Sistema Nacional Sanitario (SNS) deberá abordar políticas estratégicas comunes sobre el desarrollo profesional que "no se limiten a abordar, por

acuciantes que sean o parezcan, los problemas de demografía profesional sino que traten de dar una respuesta más global, de rediseño a los mapas profesionales a partir de las aportaciones potenciales, cualitativas y cuantitativas" del conjunto de las profesiones y ocupaciones sanitarias.

Riesgos

Más adelante precisa que la enfermería debería "reconocer la necesidad de acometer un proceso extensivo e intensivo de relevo generacional" para lo cual insta a que los responsables deberían abrir "un proceso de reflexión sobre las oportunidades y amenazas de los nuevos desarrollos cuestionando el marketing político con el que las viejas élites adornan sus retóricas. En primer lugar, apunta, porque estos nuevos desarrollos distarán mucho de ser igualitarios y, en segundo lugar, porque existe el riesgo de que las nuevas tareas y funciones sean las que le sobren a la medicina, más que las que le falten a la enfermería".

A lo largo de este intensivo estudio, se consta como a 31 de diciembre de 2008, en España había un total de 257.355 enfermeras(os) colegiadas, de los cuales una inmensa mayoría (215.197) son mujeres mientras que 7.216 tienen la especialidad de matrona. España, se subraya, siempre ha sido una nación catalogada con más médicos y menos enfermeras en términos relativos de la población.

En función a estos datos, España ocupa un lugar en la parte inferior de la tabla de las naciones desarrolladas con una dotación de 7,54 enfermeras por cada 1.000 habitantes, frente a la media de 9,56 de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), es decir, hasta un 21% menor. Esto equivale, sigue el Informe, a que España se sitúa en el lugar 20

de los 30 países estudiados. Francia está en la posición inmediatamente anterior y Portugal queda siete puestos por debajo.

En el informe igualmente se afronta el que, a corto plazo, está previsto se vayan a jubilar unos 8.500 diplomados españoles lo que supone que habrá un "saldo negativo" con una pérdida de unos 5.000 puestos de trabajo. El estudio precisa que habrá que esperar al 2014 para recuperar la normalidad demográfica en el sector de la enfermería.

Una de las conclusiones que establece este estudio es que, por parte de los gobiernos como de las universidades se impone vayan pensando en aumentar "considerablemente" la oferta de plazas de estudiantes de enfermería para, de este modo, recuperar a las enfermeras que se habrán perdido en el proceso de adaptación al Plan Bolonia. Finalmente, concluye con una estimación que a nadie sorprende: en muchos hospitales de España la realidad gira en torno a la falta del personal sanitario.

Alternativas

La Fundación Alternativas es un organismo dedicado al análisis de la situación española en su conjunto y que se vincula a la izquierda y concretamente al Psoe. El Patronato de la Fundación está presidido por Pere Portabella y entre sus miembros pueden encontrarse a Nicolás Sartorius o los ex-ministros socialistas Juan Manuel Eguigaray, Joaquín Almunia, Mercedes Calvo-Sotelo e, incluso, José Luis Rodríguez Zapatero en su actual condición de presidente del Gobierno. El informe sobre la enfermería frente al espejo contó con la asistencia del citado Eguigaray.

Enero

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

Febrero

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

Mayo

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

Junio

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

Septiembre

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

Octubre

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



Colegio Oficial
de Enfermería
de Huelva

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

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

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

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

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

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



Enfermería 2011

Ante accidentes biológicos y nucleares

La administración sanitaria andaluza ha incorporado Unidades de Descontaminación en los hospitales públicos de Huelva para que puedan atender a pacientes procedentes de una potencial catástrofe de riesgo tecnológico. Estas herramientas, en una provincia como la nuestra en la que se localiza un importante foco industrial, adquiere especial relevancia y significación.

Las autoridades políticas y sanitarias de Huelva presentaron la Unidad de Descontaminación instalada en el hospital Juan Ramón Jiménez, la cual forma parte de la estructura incorporada a cada centro hospitalario del SAS y que en Huelva se completa con otros similares dispositivos localizados en los hospitales Infanta Elena y Comarcal Riotinto.

Estos dispositivos cuentan con capacidad para descontaminar tanto a personas expuestas a contaminantes de origen químico, radiactivo o biológicos así como aquellas que necesitan de descontaminación mientras reciben asistencia sanitaria. En estos recursos se incluyen equipos individuales de atención para la intervención de los profesionales en áreas de riesgo medio, equipos para áreas de riesgo bajo, identificadores de triaje y prendas para las víctimas. Todos estos utensilios especializados proceden de una inversión del Fondo Social Europeo en su programa 2007-2013 para Andalucía y tiene un montante económico estimado en 3.7 millones de euros.

Un primer grupo de profesionales (29 del J. R. Jiménez, 27 de I. Elena y 24 en Riotinto) ya han recibido formación teórico-práctica que finalizaron con un simulacro de la asistencia que recibirán las víctimas. Entre ellos se encuentra personal médico y de enfermería del servicio de Cuidados Críticos y Urgencias además del personal de Mantenimiento y de la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales. La intención es que se vaya extendiendo, de forma progresiva, al resto de los profesionales de los hospitales públicos.

ANDALUCÍA: MAS DEL 50% DE CASOS DE ICTUS

La mortalidad por ictus en nuestra región es un cincuenta por ciento superior a la que se registra en otras comunidades. Así se expuso en una información dada a conocer con ocasión de celebrarse el Día nacional de una enfermedad, como el ictus, denominación bajo la que se agrupa a las dolencias cerebrales debidas a causas de trastornos circulatorios. Es, además, la segunda causa de muerte –primera en la mujer– y la primera en cuanto a invalidez absoluta.

En un foro desarrollado en torno a esta importante parcela de salud, el jefe del servicio de neurología del hospital Virgen de las Nieves de Granada, José Maestre advirtió que la mortalidad por ictus en las ocho provincias andaluzas es un cincuenta por ciento superior a la que se contabiliza en el resto de comunidades. La Sociedad Andaluza de Neurología (SAN) hizo un llamamiento para fomentar el cuidado y la prevención, en este mismo contexto.

Según Maestre, las recomendaciones más latentes en torno al ictus pasan porque "la prevención y su correcto tratamiento constituyen un paso fundamental para mantener el cerebro joven y en funcionamiento hasta edades avanzadas". Por lo mismo, abogó por hacer un mayor seguimiento sobre el incremento del ictus en Andalucía lo cual podría achacarse a una mayor incidencia y a un peor control de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo, sin olvidar lo que denominó como los "factores sociales".

Control

Con un control más adecuado de otras patologías, tales como la hipertensión, la diabetes, el colesterol elevado, el tabaquismo y resto de dolencias cardíacas, se lograrían evitar los ictus en numerosas ocasiones. Por su parte, el presidente de la SAN, Guillermo Izquierdo, neurólogo del hospital Virgen Macarena y una de las autoridades españolas en la investigación de este campo, señaló que Andalucía solo cuenta, en la actualidad, con dos Unidades específicas para el tratamiento del ictus. Se localizan en las ciudades de Málaga y Sevilla aunque, aun así, su funcionamiento "es incompleto al no cumplir todos los requisitos establecidos". Por lo cual, en la región andaluza no se dispone de "ninguna unidad acreditada".

Evidencia

Para el Dr. Izquierdo, sería necesario contar con una Unidad de ictus por cada 400.000 habitantes lo cual equivaldría a contemplar un total de 20 unidades en Andalucía: "Si tenemos en cuenta –agregó– que para prevenir esta patología se ha demostrado con grado de evidencia científica máxima, que las unidades de ictus son el mejor remedio, no se entiende la carencia tan importante de éstas" en la sanidad regional. Por otra parte, también se ha demandado el derecho a disponer de una rehabilitación "integral" en la sanidad de titularidad pública que sea de forma continuada y especializada puesto que, quienes son víctimas de un ictus, deberán afrontar el coste económico de su propio bolsillo para seguir un tratamiento necesario de por vida.

Nace la Asociación Nacional Enfermería Mutuas de Accidentes de Trabajo

Huelva.-

El Colegio de Huelva ha recibido notificación oficial de haberse constituido, recientemente, un nuevo organismo en el seno de la profesión. Se trata, concretamente, de la Asociación Nacional de Enfermería de Mutuas de Accidentes de Trabajo (ANEMAT). Entre sus finalidades programáticas figura "el desarrollo científico y profesional" de este sector del colectivo así como representar a las enfermeras y enfermeros de las distintas Mutuas existentes en el entramado empresarial con el objetivo de poder lograr "el reconocimiento de estos profesionales".

La ANEMAT ha sido presentada, formalmente, a través de su primer responsable, Mario Bonilla. Inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones (número 594.582) esta nueva entidad se constituyó entre los últimos meses de 2009 y febrero del 2010. La ANEMAT justifica su existencia para "representar a los enfermeros y enfermeras de las diferentes Mutuas" y sus actuaciones van a estar dirigidas "a lograr el reconocimiento social" de estos profesionales, un colectivo del que la misma Asociación asegura que "hoy por hoy sigue sin estar claramente identificado tanto por la sociedad en general como por los diferentes ámbitos profesionales" de la Enfermería.

Entre sus finalidades, figuran todas aquellas iniciativas que "fomenten y promuevan la formación y el intercambio de conocimientos entre asociados y, también, entre los no asociados". Quienes deseen entrar en contacto con ANEMAT pueden hacerlo a través del correo electrónico: secretarioanemat@gmail.com.

Enfermería y Ley de Dependencia



Juan Manuel Cotilla Franco,
Juan Prieto Tinoco
Belén Anaya Cotilla

En nuestro país, con anterioridad a la puesta en marcha de la ley de dependencia debemos tener en cuenta que se inician una serie de reformas de los servicios sanitarios que ponen el énfasis en la atención a la salud en el propio entorno: alta precoz hospitalaria, programas de cirugía ambulatoria, reformas de la atención psiquiátrica, etc. Cada día más personas con enfermedades graves, dependientes de la alta tecnología o en situación terminal son atendidas en el hogar. Hay un desplazamiento de cuidados, cada vez más complejos, hacia el sistema informal, en un marco de contención del gasto sanitario y escaso desarrollo de otros servicios de atención social. Esta situación está demandando un aumento de los servicios a domicilio, donde profesionales sanitarios, sociales y cuidadores informales deberían formar un equipo con responsabilidades compartidas.

Diversas investigaciones confirman que la familia es la principal proveedora de cuidados de salud y en ocasiones constituye la única fuente de cuidados para las personas que los necesitan.

En Andalucía, todas estas reformas y medidas de apoyo constituyen una línea institucional que aparece paralelamente a los planteamientos de la "futura" ley, y que inciden decisivamente en el colectivo enfermero en el que se produce un incremento de competencias, se apuesta por un cambio hacia la "visión enfermera" en nuestra actuación, se potencia la atención domiciliaria y se produce un incremento de profesiona-

les. En este sentido y como marco normativo hay que destacar el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas.

El Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas fue puesto en marcha por la Junta de Andalucía con la publicación del Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. Este decreto establece un conjunto de medidas, servicios y ayudas que se reflejan en un apoyo a la institución familiar desde una perspectiva global. Así, incide en cuestiones como la protección social, la salud, la educación, la protección de mayores y personas con discapacidad, la inserción laboral o la adecuación de sus viviendas.

Dentro de este Plan, el Sistema Sanitario Público Andaluz (sspa) inició actuaciones en cuatro medidas específicas referidas al cuidado de personas dependientes y mejora de la accesibilidad a los servicios:

Cuidados domiciliarios
Rehabilitación y fisioterapia
Plan andaluz de Alzheimer
Salud mental infantil y juvenil

La Orden de 9 de marzo de 2004 del Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas, recoge en su artículo 28 la necesidad de mejorar los cuidados enfermeros a domicilio para las personas mayores o con discapacidad que lo necesiten, así como prestar apoyo y formación a las cuidadoras familiares en su labor. Para ello define el refuerzo de los equipos enfermeros de los grandes núcleos de población.

Son líneas estratégicas de actuación del citado plan:

- Personalización del servicio
- Creación de la figura de la enfermera comunitaria de enlace
- Plan de formación

- Plan de comunicación
 - Dirigido a la población
 - Dirigido a los profesionales
- Promover la continuidad de cuidados
- Material de apoyo para los pacientes y cuidadoras
- Material específico para el mejor desarrollo de los cuidados

Entre otras innovaciones, la persecución de estos objetivos supuso la creación dentro del SAS de una estructura formal dedicada a la mejora de los cuidados que proveen las enfermeras, denominada Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados cuyas líneas estratégicas principales se basan en impulsar la personalización de la atención, garantizar la continuidad de cuidados, apoyar a la familia cuidadora y mejorar la accesibilidad.

Aunque citamos y nos centramos en el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas como el documento con más influencia en los cambios producidos en el número, la organización y el enfoque de la enfermería en la fase previa a la implantación de la Ley de Dependencia, existen numerosos documentos, normativas y planes institucionales que plantearon importantes debates internos, desde organizaciones profesionales y desde el propio sspa y generaron modificaciones en las principales líneas estratégicas de nuestro colectivo. Documentos como:

- Libro blanco de la dependencia (diciembre de 2004). En dicho libro se trataban aspectos tan importantes como la Coordinación sociosanitaria (Capítulo VII) o La valoración de la dependencia: criterios y técnicas de valoración y clasificación (Capítulo IX), lo que generó enormes expectativas en el colectivo y dio lugar a la aparición de numerosos artículos sobre el tema en las revistas especializadas en enfermería donde se pretendía visibilizar el papel de la enfermería y justificarlo como el profesional en mejor posición para hacer frente a las necesidades que presentaba la futura ley.
- Plan de atención a cuidadoras familiares en Andalucía. 2005-2007.
- Cuidarte. Una estrategia para los cuidados en la Andalucía del siglo XXI.

- III Plan Andaluz de Salud 2003-2008.
- Pacto andaluz por el desarrollo de estrategias para la Atención Primaria del siglo XXI.
- Etc.

En este contexto se publica la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, en adelante Ley de Dependencia, que inicia así su andadura gradual el 1 de Enero de 2007.

IMPLANTACIÓN

Tras la publicación de la Ley de Dependencia, en Junio de 2007, se nos informa, a todo el personal sanitario de atención primaria del sspa, por parte de las direcciones de los centros, de cual sería nuestra participación en la misma y de nuestro papel en la implantación de la ley mediante la presentación del Informe de Condiciones de Salud (ICS) y las instrucciones para su cumplimentación. Previa lluvia intensa de numerosos rumores oficiales y extraoficiales sobre el desarrollo de la ley (radio macuto), los beneficiarios, la forma de acceder a las ayudas, las pagas, los dimes y diretes, y la gente preguntando en los pasillos y en las consultas mientras nos encogíamos de hombros, se nos convoca a una reunión en la cual se nos presenta:

- Modelo de ICS
- Instrucciones para la elaboración del ICS
- Registro en la aplicación informática
- Argumentario (posibles preguntas nuestras o de los ciudadanos y las respuestas correctas)

Definitivamente el Servicio Andaluz de Salud ha encargado a las enfermeras del Sistema Público la elaboración y firma del Informe de Condiciones de Salud (ICS) para la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. En dicho informe las enfermeras deben hacer constar los diagnósticos enfermeros NANDA principales en relación con la situación de dependencia. Nuestro papel se centra en la emisión/cumplimentación del informe de condiciones de salud, una de las áreas a valorar en la persona dependiente. Se convierte, por tanto, en una práctica diaria específica surgida de la aplicación de la Ley y la implicación de las enfermeras en el proceso de concesión de prestaciones que dicha ley contempla.

Ante el desconcierto inicial, dudas y miedos normales en la puesta en marcha de un proceso de tales características, en Julio se incorporan nuevos documentos de apoyo:

- estándares y DdE prevalentes por profesionales relevantes
- algoritmo diagnóstico

Pero... ¿qué hacemos las enfermeras?

Ante una solicitud de prestación presentada por un ciudadano, trámite que debe realizar

en Ayuntamientos o Delegaciones provinciales de Igualdad y Bienestar Social, esta delegación solicitará al Servicio Andaluz de Salud el Informe de Condiciones de Salud necesario para completar el expediente de cada persona solicitante del reconocimiento de la dependencia.

La Consejería para la Igualdad y Bienestar Social dispone de tres meses de plazo para cumplir todo el procedimiento, una vez que se inicia un expediente de solicitud de reconocimiento de dependencia por parte de algún ciudadano/a. Por tanto, la Consejería de Salud ha de realizar los Informes de Condiciones de Salud en el mínimo tiempo posible, y siempre antes de 30 días (plazo máximo), desde su registro oficial de entrada en el Servicio Andaluz de Salud. Nuestro plazo de elaboración se convierte por tanto en "lo antes posible", tiempo que permita ajustarse a los 30 días.

La elaboración del informe recaerá en la enfermera referente del ciudadano. Esta debe:

- realizar la búsqueda de información: consultar historia (Dx médicos y DdE)
- realización del informe, con visita domiciliaria si es necesaria, sobre todo si los diagnósticos enfermeros no constan en la historia.
- colaboración con médico o pediatra (visita conjunta si es necesario) en caso de que no consten ni unos ni otros diagnósticos
- firma y remisión al Distrito del informe
- registro en DIRAYA⁽¹⁾: donde se abrirá una Hoja de seguimiento de enfermería con el motivo de consulta "informe de condiciones de salud" incluido en un proceso que llamaremos "Informe Ley de Dependencia". En dicha hoja se añadirán los Diagnósticos de Enfermería "etiquetas diagnósticas" incluidas en el ICS enviado.

El Informe de Condiciones de Salud consta de:

- página 1: Motivos de la solicitud y datos de la persona solicitante del reconocimiento de dependencia
- página 2: Diagnósticos médicos, diagnósticos enfermero (solo posibilita la expresión de la etiqueta diagnóstica), con un máximo de cinco, y las puntuaciones en el test de Barthel y de Pfeiffer. Se incorporan en este nuevo informe estas escalas de valoración, uno de los aspectos demandados por algunos colectivos enfermeros.
- Página 3: algunas características especiales de la situación del dependiente: polimedicado, rehabilitación, ayudas técnicas, prótesis u órtesis, etc.
- Página 4: Datos de quien emite el informe.

(1) Diraya es el sistema que se utiliza en el sistema sanitario público de Andalucía como soporte de la historia clínica electrónica. Integra toda la información de salud de cada ciudadano, para que esté disponible en el lugar y momento en que sea necesario para atenderle, y sirve también para la gestión del sistema sanitario].



Se trata pues del último informe, de diciembre de 2009, que incluye escasos cambios con respecto al inicial, los más significativos son relativos al "motivo de la solicitud".

Según los escasos estudios realizados, por lo general estudios descriptivos, las etiquetas diagnósticas más prevalentes en los ciudadanos que han solicitado la valoración de dependencia coinciden con lo que se esperaba para esta población (publicado como estimaciones con anterioridad a la publicación de la ley), es decir, con la aparición de problemas de autonomía. Estas son:

- Déficit de autocuidados: baño/higiene
- Déficit de autocuidados: vestido/acicalamiento
- Riesgo de Caídas
- Intolerancia a la actividad
- Deterioro de la movilidad física

El paciente "tipo" que solicita la valoración "es una mujer de 74 años, polimedicada y con patología degenerativa, osteoarticular y mental, superponible a la de la población general de la misma edad. Las etiquetas NANDA los catalogan de elevada dependencia, siendo más frecuentes los déficits de autocuidados y deterioro de la movilidad física. La cuidadora es una mujer de 58 años, cuida a su madre desde hace 2, y comparan domicilio. Es ama de casa y presentan HTA, trastornos de adaptación y patología osteoarticular. Se demuestra mayor potencia de diagnóstico NANDA que de los CIE como herramienta para describir el nivel de dependencia. (Título: Ley de Dependencia: Perfil de los pacientes y cuidadoras que solicitan ser valorados en el primer año de aplicación. UGC Isla Chica. Huelva).

ANÁLISIS

Ahora, con la experiencia que aporta el trabajo continuado, durante estos últimos tres años, es más fácil reflexionar sobre los Problemas y potencialidades a la hora de la

puesta en marcha de esta novedosa intervención enfermera:

Problemas en la implantación: "lo negativo"

- El desconocimiento inicial del profesional sanitario sobre dicha ley. La información que nos llegó de primera mano por los medios de comunicación y por los múltiples usuarios que llegaban solicitando la prestación y petición de lo expuesto por dichos medios; no sabiendo dar nosotros respuestas a los interrogantes y a las expectativas que nos planteaban, creando una imagen, cuando menos de descoordinación.
- Las características "restrictivas" del informe:
 - no posibilita el desarrollo de ninguna opinión sobre el caso
 - no permite cuantificar la necesidad de suplencia de las personas, por lo que la expresión de los problemas de autonomía se complica y deben incluirse como etiqueta diagnóstica.
 - No permite la expresión de evolución de los casos, objetivos, intervenciones y/o perspectivas de cambio.
 - Ni siquiera permite expresar los Diagnósticos de Enfermería (DdE) en formato completo, formato PES (problema, etiología y síntoma), solo nos deja identificar cinco etiquetas diagnósticas.
- Incorporar una nueva actividad en un colectivo al que se da un papel secundario. Sin coordinación sociosanitaria alguna. Todo el grueso organizativo y decisorio queda en manos de Consejería de Igualdad y Bienestar Social y en las estructuras de los Servicios Sociales Comunitarios pertenecientes a la diputación, sin que se articulen canales de comunicación profesionales (si vías administrativas) para la consulta y/u opinión (y menos decisión) de los casos que compartimos y de los Planes Individuales de Atención que se pondrán en marcha.
- Imposibilidad de expresar diagnósticos de enfermería completos, formato PES solo podemos expresar etiquetas diagnósticas (visión lineal-simplista). Incluso en los documentos de apoyo que se nos aportan desde la organización se identifican etiquetas diagnósticas para terapias específicas:
 - intolerancia a la actividad > oxigenoterapia domiciliaria
 - patrón respiratorio ineficaz > respiradores a domicilio
 - protección inefectiva > aplicable a pacientes paliativos en situación terminal que no se encuadren en otros diagnósticos, situaciones estas incongruentes con cualquier modelo teórico.

Se genera un conflicto entre el modelo que se había estado implantando (V. Henderson) y lo demandado en el informe, por lo que deberíamos revisar la homogeneidad del uso de etiquetas diagnósticas enfermeras en los informes de condiciones de salud.



- Confusión en el modelo teórico de referencia: "Virginia Henderson", "modelo ley dependencia", "modelo ICS", DdE en relación con la ley de dependencia. Se presentan en documentos internos, que los servicios centrales del SAS o los distritos sanitarios distribuyen, algoritmos de DdE exclusivos al ICS: "El presente algoritmo es una interpretación práctica del autor focalizada y orientada a la búsqueda ad hoc de una lista de diagnósticos concretos. Por todo ello, y por su carácter inductivo, es obligado advertir que NO SIRVE para la valoración integral de pacientes, ya que se han obviado situaciones clínicas e indicadores que pueden sugerir la presencia de otros diagnósticos sumamente importantes, y que se escaparían si se aplicara el algoritmo sin más a la práctica diaria". Es decir se nos dirige a un Cuasi modelo teórico enfermero en relación al ICS.

Podemos encontrar en documentación oficial expresiones como "para facilitar la correcta cumplimentación del ICS, se hace necesario el cambio de la visión enfermera con respecto a la formulación de los DdE" o "algoritmo de ayuda para el juicio diagnóstico enfermero orientado a la cumplimentación del ICS" o "Debemos enunciar aquéllos que hagan referencia clara a la dependencia que presenta la persona aunque esta dependencia sea suplida por su cuidador; de esta manera no se relacionarán diagnósticos, y algunos de ellos no precisarán planes de cuidados.."

- Se nos obliga a un doble registro. Debemos realizar el ICS en formato papel, para su envío a la delegación de igualdad y bienestar social, y, paralelamente, en el registro informático (historia DIRAYA), como parte de nuestra actividad profesional. Son muchos los profesionales que apoyan la creación de un ICS "único" en DIRAYA, que posibilite su impresión y posterior envío, lo que aceleraría el proceso; así como también eliminarían la obligación, por parte del colectivo enfermero, de cumplimentar los diagnósticos médicos ya que no siempre están claros en la historia única y/o los tiene claro dicho profesional, lo que genera una pérdida de tiempo importante para nuestro colectivo.

Potencialidades en la implantación "lo positivo"

- Potenciar nuestro desarrollo profesional: las valoraciones realizadas para el informe de salud han permitido la puesta en

marcha de valoraciones regladas y estandarizadas.

- Uso habitual del lenguaje enfermero estandarizado.
- Aumento de la posibilidad de captación de clientes. La publicidad económica de esta ley ha sido la mejor forma de captación pensada.
- Reconocimiento social del profesional de enfermería. Muchas familias no conocían a sus enfermeras porque precisaban más de recursos sociales que de asistencia sanitaria.
- Satisfacción por la posibilidad de ampliar la atención a las cuidadoras.
- Incremento de las relaciones intersectoriales. En numerosas ocasiones, casos complejos que precisan intervención rápida sobre todo, y aunque sea por vías informales, se debe contactar con el personal de los servicios sociales comunitarios y/o con el de la delegación provincial de igualdad y bienestar social. Dichos contactos persiguen información en ambas direcciones, información que ayude a la valoración, resolución y celeridad de los casos planteados.

Después de estos tres años, la "ley de dependencia": recepción, búsqueda de información, visita, entrevista, cumplimentación de informe y envío; se ha convertido en una actividad rutinaria, pocos son los enfermeros con algún problema a la hora de realizarlos. Aunque persiste la queja del consumo de tiempo excesivo, más aún al hablar sobre las revaloraciones que sobre los primeros informes. Hay que tener en cuenta que la posibilidad de obtener más o mejores ayudas incrementa la solicitud de revaloración, aspecto que crece cada día más, lo que genera más trabajo a nuestro colectivo.

CONSIDERACIONES FINALES

Por último he pensado que sería adecuado incluir estas consideraciones finales que os impregnen del sentir de un enfermero andaluz de atención primaria en relación a la ley de dependencia. Estas son:

1. La Ley de Dependencia ha sustraído de su espacio a la Enfermería, depositaria de la valoración para el cuidado, y por ello aparece como un mero catálogo de informes, datos y precios. Esto ha supuesto una desilusión para todos los que teníamos grandes expectativas para la profesión paralelas a la aplicación de la Ley. La ciencia enfermera tiene como propósito, entre otros, investigar la eficacia de la atención a las necesidades de las personas a la vez que transmitir esos conocimientos para una asistencia efectiva y de calidad. Resulta una evidencia que son las enfermeras quienes valoran y atienden estos aspectos de déficit de las personas en la mayoría de los países de la Comunidad Europea. El tamiz que desvirtúa ese prota-

Motivo de solicitud del Informe de Condiciones de Salud

Valorar la situación de dependencia *(El cumplimiento del informe en cualquiera de las dos ramas y firmas)*
 Solicitud inicial
 Solicitante ya localizado anteriormente
 Revisar grado y nivel de dependencia de oficio *(El cumplimiento en todo caso el informe y firmas)*
 Revisar grado y nivel de dependencia a instancia de parte
 ¿Existe agravamiento en las condiciones de salud que puedan afectar a la situación de dependencia respecto al último informe emitido?
 Sí *(El cumplimiento del informe y firmas)* No *(El firme de discrepancia con el documento)*

Datos de la persona solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia

Apellidos:	Nombre:
DNI/NIE:	NUS/SS:
Calle:	Nº: Hija: Piso: Esc: Puerta:
Población:	C.P.:
Provincia:	Teléfono:

Motivo de informe no realizado:⁽¹⁾

Incidencias a destacar:

La persona solicitante rechaza la realización del informe

Firma de la persona solicitante:

(1) Situaciones que impiden la realización del informe: a) repetir en el primer momento "Luz/No Luz"; b) pasarse de localización; o c) no pertenecer a SPM y no haberse incorporado a cualquier lista y forma de llamada desde el inicio del centro.

gonismo en nuestro país, no es otro que el lapsus profesional que sufrió la enfermería, disponiéndola durante las últimas décadas del siglo pasado, hacia una orientación biologicista, en donde su rol se limitó por la administración sanitaria, a ejercer de ayudante y ejecutor de la medicina, desaprovechando su formación y su potencial en el cuidado de las personas, como si sucedió en el resto de países.

Los enfermeros, comprometidos con los ciudadanos, con sus distintas y cambiantes condiciones de cuidado y autocuidado, somos los que compartimos con el usuario y el cuidador sus individuales circunstancias, y nos encontramos con que, tanto ellos como nosotros, estamos sin voz en todo este proceso. Aunque observamos una mejora en las situaciones que nos encontramos a diario, nos preguntamos si la Ley:

¿Promueve realmente la independencia de las personas con discapacidad?

¿Se está potenciando una dependencia mayor de las cuidadoras basadas en una retribución económica?

2. Las enfermeras estamos realizando una labor no reconocida por el sistema sanitario público andaluz, ni en los objetivos de las unidades de gestión, ni en los contrato-programa de los distritos, ni siquiera se promueve un agradecimiento a la labor realizada. Se evidencia, por tanto, como algo externo a nuestra organización que se nos ha asignado y hemos aceptado sin oposición.

3. No podemos adaptar la Enfermería actual a la ley de dependencia, mas bien, lo normal sería, adaptar los informes de Condiciones de Salud y la información que en ellos se solicita, al marco teórico-práctico de la Enfermería, solo así lograremos una enfermería independiente y estaremos en el camino de la excelencia.

Somos conscientes de la disonancia entre los actuales sistemas de sanidad y de asistencia social, dependientes de administraciones con intereses y objetivos distintos en sus políticas sociales, pero también es una evidencia que las necesidades alteradas de las personas con el perfil que contempla la Ley, no solamente repercuten en sus déficits domésticos, sino en sus problemas de salud, que son los que determinan su problemática social; estos y no al revés son los que deben determinar el tipo de atención a realizar, que incluirá si es necesario, la intervención de profesionales sociales y de cuidadores formales e informales que palien las necesidades domésticas y de recursos.

4. Además de lo expuesto, paralelamente a la implantación de la Ley, las enfermeras hemos perdido la oportunidad:

- de fomentar las redes socio sanitarias "formales" necesarias: comisiones, protocolos conjuntos, etc. entre sectores (social y sanitario) que persiguen un mismo objetivo, es decir de establecer una firme coordinación sociosanitaria.

- de impulsar la investigación: faltaba el planteamiento previo. Aunque algunos centros han realizado ese esfuerzo, son escasos y era una buena oportunidad (con instauración regional conjunta) para haber sacado partido a nuestro trabajo mediante innumerables estudios de investigación.

- de dar un impulso al uso de modelo común y lenguaje enfermero en el servicio andaluz de salud.

Como Morales Asensio denomino "el tránsito desde, el hacer por hacer, al hacer para obtener, es la migración de una práctica cuidadora que no establece objetivos individualizados con los pacientes y sus familias, sin vínculo entre la detección de problemas y el establecimiento de criterios de resultados, hacia un ejercicio clínico centrado en la persona y su familia, con la búsqueda permanente de resultados derivados de la planificación conjunta de los cuidados".

Esta evolución, necesaria hacia el "hacer para obtener", nos lleva a plantearnos varias cuestiones (relacionadas con el cómo):

¿Cómo realizar este enfoque de los cuidados enfermeros hacia la consecución de resultados?

¿Cómo hacerlo extensible a la práctica profesional?

¿Cómo pasarlo de la teoría a la práctica?

En esta materia se abren nuevas expectativas para la enfermería con la incorporación de las nuevas promociones de enfermeras, el inicio de los estudios de grado y, sobre todo, con la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, de la que se publicaron los planes formativos el 29 de Junio pasado. Esto supondrá un nuevo impulso para la profesión en este y en otros muchos ámbitos.

REFERENCIAS

- García Calvente, María del Mar; Mateo Rodríguez, Inmaculada y Maroto Navarro, Gracia. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gac Sanit [online]. 2004, vol.18, suppl. 2, pp. 83-92. ISSN 0213-9111.
- De la Cuesta Benjumea, Carmen (2006). "Aquí cuidamos todos": asuntos de individualidad versus colectividad en un estudio sobre cuidado en la casa de pacientes con demencia avanzada [50 párrafos]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 7(4), Art. 5 Disponible en <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs060458>
- Hernández Pérez, Roberto. La enfermería comunitaria en la atención sociosanitaria. Disponible en <http://enfermeros.org/revista/ENE-RevistaDeEnfermeria-Num-1-diciembre2007.pdf>
- Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. BOJA 52, 04/05/2002, Páginas: 7127-7134.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. 44142 Viernes 15 diciembre 2006 BOE núm. 299

- Consideraciones a la Ley de Dependencia. Sindicato de Enfermería de UGT 2006.
- 5ª Reunión de invierno AEC. Enfermeras en la dependencia: valoramos y cuidamos. 2008. Enferm. Comun. 2007; 3(2).
- ORDEN de 9 de marzo de 2004, por la que se publica un texto integrado de los Decretos 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, 18/2003, de 4 de febrero, y 7/2004, de 20 de enero, ambos de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas. BOJA 56 de 22/03/2004.
- Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) 2005. Disponible en <http://www.imser-somayores.csic.es/documentos/documentos/libroblancodependencia/mtas-libroblancodependencia-01.pdf>
- Morales Asensio JM. Investigación de resultados en Enfermería: el camino hacia la efectividad de los cuidados. Index de Enfermería 2004; XIII (44-45): 37-41.
- Algoritmo de ayuda para el juicio diagnóstico enfermero orientado a la cumplimentación del informe de condiciones de salud ley de dependencia Distrito Sanitario Guadalquivir. Córdoba.
- ¿Cómo registrar en diraya el informe de condiciones de salud de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia? Disponible en <http://www.centrodesaluddebollos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Documentos%20de%20interes/Registrar%20el%20ICS%20en%20Diraya.pdf>
- Sistema Integrado de Gestión e Información para la Atención Sanitaria Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_diraya
- Instrucciones provisionales sobre la elaboración del informe de condiciones de salud para la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Disponible en http://www.faecap.com/Documentos.nueva/Documentos_noticias/INSTRUCCIONES_CONDICIONES_SALUD.pdf

MUERTE PERINATAL y DUELO (2ª PARTE)

Mª Dolores Neto. Matrona Hospital J.R.J.
Irene Rico Neto. Grado Enfermería
Marina Rico Neto. Grado Enfermería

000120.-BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL^(12bis)

Definición.- Desarrollo de una respuesta negativa ante la situación actual (muerte del bebe).

Patrón.- Autopercepción y autoconcepto.

Necesidad.- Comunicación / relación

Carac. Def.:

628.- Conducta indecisa.

631.- Conducta no asertiva.

1602.- Expresión de desesperanza.

Factores relacionados:

982.- Deterioro funcional.

3090.- Rechazo

Intervenciones:

005270.- Apoyo emocional.

005240.- Asesoramiento.

005230.- aumentar el afrontamiento.

005294.- Facilitar el duelo (muerte perinatal).

006760.- Preparación al parto.

Resultados:

001304.- Resolución de la aflicción.

001205.- Autoestima.

001305.- Cambio de vida.

000126.- CONOCIMIENTO DEFICIENTE^(12bis)

Definición.- Carencia o deficiente información cognitiva relacionada con la situación actual de muerte perinatal y parto

Patrón.- Cognitivo y perceptual

Necesidad.- Aprendizaje.

Carac. Defi.:

591.- Comportamiento inapropiado (hostilidad, agitación).

3219.- Seguimiento inexacto de las instrucciones.

3530.- Verbalización del problema.

Factores relacionados:

2521.- Mala interpretación de la información.

2829.- Poca familiaridad con los recursos para obtener la información.

Intervenciones:

004420.- Acuerdo con el paciente.

005250.- Apoyo en la toma de decisiones.

005242.- Asesoramiento genético.

005440.- Aumentar los sistemas de apoyo

006760.-Cuidados de enfermería al ingreso

004920.- Escucha activa.

006834.- Cuidados embarazo de alto riesgo.

006260.- Preparación al parto.

006850.- Inducción al parto.

001400.- Manejo del dolor

Resultados:

001811.- Conocimiento de la actividad prescrita.

001808.- Conocimiento de la medicación.

001814.- Conocimiento del procedimiento terapéutico.

001911.- Conductas de seguridad personal.

001806.- Conocimiento de los recursos sanitarios.

001803.- Conocimiento del proceso de la enfermedad.

001805.- Conocimiento de la conducta sanitaria.

000172.- RIESGO DE DUELO COMPLICADO^(12bis)

Definición.- Riesgo de la aparición de un trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en la que la experiencia del sufrimiento que acompaña el luto no sigue las expectativas habituales y se manifiesta en un deterioro funcional.

Patrón.- Afrontamiento y tolerancia al estrés.

Necesidad.- comunicación / relación.

Factores de riesgo:

2654.- Muerte de una persona significativa.

2215.- Inestabilidad emocional.

Intervenciones:

007140.- Apoyo a la familia.

005270.- Apoyo emocional.

005240.- Asesoramiento.

005230.- Aumentar el afrontamiento.

005310.- Dar esperanza.

005294.- Facilitar el duelo.

005470.- Decir la verdad.

004920.- Escucha activa

Resultados:

001302.- Afrontamiento de los problemas.

001304.- Resolución de la aflicción.

000146.- ANSIEDAD^(12bis)

Definición.- Vaga sensación de malestar acompañada de un sentimiento de aprensión por la anticipación de un peligro

Patrón.- Autopercepción y autoconcepto

Necesidad.- Seguridad.

Caract. Defi.:

2945.- Preocupación.

3426.- Trastorno del sueño

2314.- Inquietud

2322.- Insomnio.

217.-Angustia.

893.- Desesperanza dolorosa.

Factores relacionados:

1443.- Estrés.

203.- Amenaza del autoconcepto

Intervenciones:

002300.- Administración de medicación.

005270.- Apoyo emocional

005420.- Apoyo espiritual.

005230.- Aumentar el afrontamiento.

005294.- Facilitar el duelo: muerte perinatal.

005430.-Grupos de apoyo

005880.- Técnica de relajación.

005450.- Terapia de grupo.

Resultados:

001402.- Autocontrol de la ansiedad.

001302.- Afrontamiento de los problemas.

00136.- DUELO^(12bis)

Definición.- Proceso que incluye respuestas emocionales, físicas, espirituales y sociales por la que las personas incorporan en su vida una pérdida significativa.

Patrón.- De función y relación.

Necesidad.- Valores / creencias.

Caract. Defi.:

168.- Alteración del nivel de actividad.
 193.- Alteración de los patrones de sueño.
 417.- Búsqueda del significado de la muerte.
 744.- Culpa
 3351.- Sufrimiento.
Factores relacionados:
 2645.- Muerte de una persona significativa.
Intervenciones:
 005270.- Apoyo emocional.
 005420.- Apoyo espiritual.
 004920.- Escucha activa.
 005294.- Facilitar el duelo: muerte perinatal.
 005430.- Grupo de apoyo.
Resultados:
 002600.- Afrontamiento familiar.
 001302.- Afrontamiento de problemas.
 001304.- Resolución de la aflicción.

000004.- RIESGO DE INFECCIÓN^(12bis)

Definición.- Aumento del riesgo de ser invadida por microorganismos patógenos.
Patrón.- Percepción y control de la salud.
Necesidad.- Seguridad
Factores de riesgo:
 3191.- Rotura de las membranas amnióticas.
Intervenciones:
 006800.- Cuidados embarazo de alto riesgo.
 006850.- Inducción de Parto.
 003740.- Tratamiento de la fiebre.
Resultados:
 000703.- Severidad de la infección.

000148.- TEMOR^(12bis)

Definición.- Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce como un peligro.
Patrón.- Auto percepción y autoconcepto.
Necesidad.- Seguridad.
 2262.- Informes de inquietud.
 2276.- Disminución de la seguridad en uno mismo.
 1849.- Fatiga.
 1440.- estrechamiento del foco de atención en el origen del terror
Factores relacionados:
 3256.- Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante.
 390.- Barreras idiomáticas.
Intervenciones:
 005270.- Apoyo emocional
 005240.-Asesoramiento
 005820.- Disminución de la ansiedad.
 005602.- Enseñanza del proceso de la enfermedad.

004920.- Escucha activa
 Modificación de la conducta.
 005880.- Técnica de relajación
 Resultados:
 001404.-Autocontrol del miedo
 001210.- Nivel del miedo

000175.- SUFRIMIENTO ESPIRITUAL^(12bis)

Definición.- Deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros o un poder superior al propio yo
Patrón.- Patrón de valores y creencias
Necesidad.- Valores/creencias.
Caract. Def.:
 1579.- Expresión de falta de aceptación
 0744.- Culpa
 01581.- Expresión de falta de esperanza
 02580.- Manifiesta que sufre
Factores relacionados:
 231.- Ansiedad
 2653.- Muerte
 1188.- Dolor
Intervenciones:
 005240.- Apoyo espiritual
 007140.- Apoyo espiritual
 005310.- Dar esperanza
 08340.- Fomentar la resistencia
 05300.- Facilitar la expresión de duelo
Resultados:
 001201.- Esperanza
 002201.- Salud espiritual

8. DESARROLLO DE LAS INTERVENCIONES

4420.- Acuerdo con el paciente⁽¹³⁾:

Definición.- Negocio de un acuerdo con un paciente para reforzar un cambio de conducta específica.
Dominio.- Conductual
Clase.- terapia ocupacional
Definición de clase.- Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas no deseables.
Actividades:
 0759.- Animar al paciente a que determine sus virtudes y habilidades
 1661.- Ayudar al paciente a identificar las practicas sobre la salud que desea cambiar.
 3584.- determinar los objetivos de los cuidados
 5345.- Establecer objetivos en términos positivos
 4324.- Disponer un ambiente abierto, de aceptación, para la creación del acuerdo
 1596.- Ayudar al paciente a establecer límites de tiempos realistas.

002300.-Administracion de medicamentos^(13bis):

Definición.- Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación
Dominio.- Fisiológico Complejo
Clase.- Control de fármacos
Definición de clase.- Intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos.
Actividades:
 11488.- Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco.
 01775.- Ayudar al paciente a tomar la medicación.
 08669.- Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados.
 00251.- Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas

002210.-Administración de analgésicos^(13bis):

Definición.- Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.
Dominio.- Fisiológico complejo.
Clase.- Control de fármacos.
Definición de clase.- Intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos.
Actividades:
 05279.-Establecer expectativas positivas respecto de la eficacia de los analgésicos para optimizar la respuesta del paciente.
 01234.- Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.
 05537.- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales, y se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas y vómito).
 03859.- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales, y se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas y vómito).

7140.- Apoyo a la familia^(13bis):

Definición.- Estimulación de los valores, intereses y objetivos familiares
Clase.- Familia
Definición de clase.- Intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y

el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda su vida

Actividades:

10640.- Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia y ayudarles a obtener respuestas. Reducir las discrepancias entre el paciente, la familia y los profesionales, mediante el uso de técnicas de comunicación.

10627.- respetar y apoyar los mecanismos de adaptación utilizados por la familia para resolver los problemas.

10342.- Reforzar a la familia respecto a sus estrategias para enfrentarse a los problemas.

10412.- Ayudar a los miembros de la familia durante el proceso de muerte y duelo, si procede.

5270.- Apoyo emocional^(13bis):

Definición.- Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

Dominio.- Conductual

Clase.- Ayuda para hacer frente en situaciones difíciles.

Definición de clase.- Intervenciones para ayudar a otros a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento.

Actividades:

02338.- Comentar la experiencia emocional con el paciente.

05931.- Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones.

10021.- realizar afirmaciones enfáticas.

00008.- Abrazar o tocar al paciente para darle apoyo.

09032.- Permanecer con el paciente y proporcionarle sentimiento de seguridad durante los momentos de mas ansiedad

06180.- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.

5420.- Apoyo espiritual^(13bis):

Definición.- Ayuda al paciente a conseguir el equilibrio a través de sus creencias

Dominio.- Conductual

Actividades:

09817.- Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.

05419.- Estar abierto a las expresiones de preocupación del individuo

05420.- Estar abierto a las expresiones del individuo de soledad e impotencia.

06284.- Fomentar el uso de recursos espirituales, si se desea

05429.- Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo.

06036.- Facilitar el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del individuo.

005250.- Apoyo en la toma de decisiones^(13bis):

Definición.- Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios.

Dominio.- Conductual.

Clase.- Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles

Definición de clase.- Intervenciones para ayudar a otros a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento.

Actividades:

01515.- Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.

06167.- Facilitar la toma de decisiones en colaboración

09736.- Proporcionar la información solicitada por el paciente.

05258.- Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso.

5240.- Asesoramiento^(13bis):

Definición.- Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.

Dominio.- Conductual.

Clase.- Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles

Definición de clase.- Intervenciones para ayudar a otros a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento

Actividades:

03446.- Demostrar simpatía, calidez y autenticidad.

5410.- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.

06183.- Favorecer la expresión de los sentimientos.

09674.- Proporcionar información objetiva, si procede.

03575.- Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia.

5242.- Asesoramiento genético^(13bis):

Definición.- Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la prevención de un trastorno genético o en la capacidad de interactuar con un miembro familiar que tiene un trastorno genético.

Dominio.- Conductual

Actividades:

04257.- Disponer intimidad y asegurar confidencialidad

05410.- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto

03715.- Determinar la base de cono-

cimiento, mitos, percepciones y percepciones erróneas relacionadas con un defecto de nacimiento o condición genética

09480.- Proporcionar apoyo en la toma de decisiones a medida que los pacientes consideren sus opciones

09430.- Proporcionar al paciente un resumen escrito de la sesión de asesoramiento genético, según esté indicado.

5230.- Aumentar el afrontamiento^(13bis):

Definición.- Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

Dominio.- Conceptual

Clase.- Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles

Definición de clase.- Intervenciones para ayudar a otros a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento.

Actividades:

11474.- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.

114509.- Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación.

04325.- Disponer un ambiente de aceptación.

09673.- Proporcionar información objetiva, respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

06426.- Fomentar el dominio gradual de la situación.

00509.- Alentar el uso de fuentes espirituales, si es adecuado.

5440.- Aumentar los sistemas de apoyo^(13bis):

Definición.- Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.

Dominio.- Conductual.

Actividades:

03761.- Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes

01964.- Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo.

06394.- Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas

10563.- Remitir a un grupo de autoayuda, si se considera oportuno

09762.- Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo

06810.- Implicar a la familia/seres queridos/amigos en los cuidados y la planificación.

4640.- Ayuda para el control del enfado^(13bis):

Definición.- Facilitación de la expresión del enfado de manera adecuada y no violenta.

Dominio.- conductual

Actividades:

11335.- Utilizar un acercamiento que sea sereno y que dé seguridad.

00750.- Animar al paciente a que busque ayuda de parte del personal de cuidados u otras personas responsables durante los períodos en que aumente la tensión.

02881.- Controlar el potencial de agresión inadecuada en el paciente e intervenir antes de que se manifieste
06575.- Identificar con el paciente los beneficios de la manifestación de enfado de una forma no violenta, que se adapte a las circunstancias
01035.- Apoyar al paciente en la puesta en práctica de estrategias de control del enfado y en la manifestación adecuada del mismo.

Cuidados de enfermería al ingreso^(13bis):

Definición.- Facilitar el ingreso de un paciente en un centro hospitalario

Dominio.- Familia

Actividades:

09311.- Presentarse al paciente

089600.- Orientar al paciente, familia, seres queridos sobre las expectativas de los cuidados.

04358.- Disponer una intimidad adecuada para el paciente, familia, seres queridos.

08959.- Orientar al paciente, familia, seres queridos en las instalaciones del centro.

10102.- realizar una valoración física, en el momento del ingreso, si procede.
06564.- Identificar al paciente con riesgo de ingreso.

05270.- Establecer un plan de cuidados del paciente, los diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones.

Cuidados por cese de embarazo^(13bis):

Definición.- Control de las necesidades físicas y psicológicas de la mujer que ha sufrido un aborto.

Dominio.- Familia

Actividades:

09244.- Preparar físicamente y psicológicamente a la paciente para el procedimiento del aborto.

05896.- Explicar las sensaciones que puede experimentar la paciente.

00306.- Administrar medicación para interrumpir el embarazo, si procede.

00827.- Animar al ser querido a que apoye a la paciente antes, durante y después del aborto.

08685.- Observar si se producen hemorragias o retortijones.

02024.- Canalizar una vía intravenosa.
08520.- Observar si hay signos de aborto espontáneo.

08545.- Observar si hay signos de shock.

07063.- Informar sobre los procedimientos (legrado,)

04596.- Enseñar a la paciente los cuidados postaborto y el control de los efectos secundarios

09928.- Proporcionar una guía anticipada acerca de la reacción de aflicción por muerte fetal.

5310.- Dar esperanza^(13bis):

Definición.- Aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones.

Dominio.- Conductual

Clase.- Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles

Definición clase.- Intervenciones para ayudar a otros a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento.

Actividades:

05619.- Evitar disfrazar la verdad

01827.- Ayudar al paciente/familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.

09442.- Proporcionar al paciente/familia la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo

03241.- Crear un ambiente que facilite al paciente la práctica de su religión, cuando sea posible

06395.- Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos

5470.- Declara la verdad al paciente^(13bis):

Definición.- Uso de toda la verdad, verdad parcial o retardar el decirla para fomentar la autodeterminación y el bienestar del paciente.

Dominio.- Conductual

Actividades:

02058.- Clarificar los valores del paciente, la familia, el equipo de cuidados y la institución acerca de la situación particular.

05405.- Establecer una relación de confianza

03417.- Decir la verdad con sensibilidad, calidez y franqueza

01236.- Atender a las señales verbales y no verbales durante el proceso de comunicación

08310.- Observar las respuestas del paciente a las interacciones, incluyendo alteraciones del dolor, intranquilidad, ansiedad, cambio de humor, implicación en los cuidados, capacidad para sintetizar nueva información, capacidad para manifestar sentimientos e información.

5820.- Disminución de la ansiedad^(13bis):

Definición.- Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Dominio.- Conductual

Actividades:

05917.- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento

11090.- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.

09030.- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

05221.- Escuchar con atención

03242.- Crear un ambiente que facilite la confianza

08548.- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

5510.- Educación sanitaria^(13bis):

Definición.- Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de enseñanza que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.

Dominio.- Conductual

Actividades:

06657.- Identificar las características de la población objetivo que afectan a la selección de las estrategias de enseñanza.

06451.- Formular los objetivos del programa de educación sanitaria

02041.- Centrarse en beneficios de salud positivos inmediatos o a corto plazo para conductas de estilo de vida positivas, en lugar de beneficios a largo plazo o efectos negativos derivados de incumplimientos

05644.- Evitar el uso de técnicas que provoquen miedo como estrategia para motivar el cambio de conductas de salud o estilo de vida en la gente.

05602.- Enseñanza del proceso de la enfermedad^(13bis):

Definición.- Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

Dominio.- Conductual

Clase.- Educación de los pacientes.

Definición de clase.- Intervenciones para facilitar el aprendizaje

Actividades:

03518.- Describir el proceso de la enfermedad, si procede.

10362.- Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados, si procede.

05957.- Explorar recursos/apoyo posibles, según cada caso.

03378.- Dar seguridad sobre el estado del paciente, si procede

4920.- Escucha activa^(13bis):

Definición.- Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente.

Dominio.- Conductual

Clase.- Potenciación de la comunicación.

Definición de clase.- Intervenciones para facilitar la expresión o recepción de mensajes verbales o no verbales.

Actividades:

08098.- Mostrar interés en el paciente

06514.- Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones

05424.- Estar atento a las palabras que se evitan, así como los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas

00049.- Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.

05597.- Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura).

5294.-Facilitar el duelo^(13bis):

Definición.- Ayuda en la resolución de una pérdida perinatal

Dominio.- Conductual.

Clase.- Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles

Definición de clase.- Intervenciones para ayudar a otros a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento

Actividades:

04155.- Discutir los planes que se hayan realizado (entierro, funeral y nombre del bebé)

04170.- Discutir sobre grupos de apoyo disponibles, si procede

03540.- Describir los recuerdos que se obtendrán, incluyendo huellas de los pies, huellas de las manos, fotos, gorrito, batitas, mantas, pañales y dispositivos inflados para la presión sanguínea, si procede

09204.- Preparar al bebé para que sea visto, bañándolo y vistiéndolo, incluyendo a los padres en las actividades, si procede

04321.- Disponer tiempo para que la familia esté a solas con el bebé, según voluntad

01942.- Bautizar al bebé, si procede.

005300 Facilitar la expresión del sentimiento de culpa^(13bis):

Definición.- Ayudar a una persona a enfrentarse con sentimientos dolorosos de responsabilidad, real o percibida.

Dominio.- Conductual

Clase.- Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.

Definición de clase.- Intervenciones

para ayudar a otros a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento.

Actividades:

01509.- Ayudar al paciente /familia a identificar y examinar las situaciones en las que se experimentan o generan estos sentimientos.

001825.- Ayudar al paciente/familia a entender que la culpa es una reacción común a trauma, abuso, duelo, enfermedad devastadora o accidentes.

03351.- Derivar al paciente /familia al grupo adecuado de trauma, abuso, duelo, enfermedad, cuidador o supervivientes en busca de educación y apoyo

008340.- Fomentar la resistencia^(13bis):

Definición.- Ayudar a individuos, familias y comunidades en el desarrollo, uso y fortalecimiento de factores protectores para ser utilizados para hacer frente a tensiones ambientales y sociales.

Clase.- Sistema sanitario.

Dominio.- Mediación del sistema sanitario

Definición de clase.- Intervenciones para facilitar el encuentro entre paciente/familia y sistema de asistencia sanitaria.

Actividades:

06054.- Facilitar la cohesión familiar.

06244.- Fomentar conductas positivas de búsqueda de la salud.

06060.- Facilitar la comunicación familiar.

5430.- Grupo de apoyo^(13bis):

Definición.- Uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros.

Dominio.- Conductual

Actividades:

03681.- Determinar el nivel y conveniencia del sistema actual de apoyo al paciente.

03253.- Crear una atmósfera relajada y de aceptación

11743.- Vigilar y dirigir la implicación activa de los miembros del grupo.

08132.- No permitir que el grupo se convierta en una reunión social improductiva.

07864.- Mantener una presión positiva para el cambio de conducta

Inducción del parto^(13bis):

Definición.- Iniciación o progresión del proceso de parto mediante métodos mecánicos o farmacológicos.

Dominio.- Familia.

Clase.- Cuidados de un nuevo bebé

Definición de clase.- Intervenciones

para ayudar a la preparación del parto y controlar los cambios psicológicos y fisiológicos antes, durante e inmediatamente después del parto.

Actividades:

10728.- Revisar el historial obstétrico para obtener información que pueda influir sobre la inducción, tal como la edad de gestación y la duración de partos previos y contraindicaciones como placenta previa completa, rotura uterina clásica y deformidades estructurales.

10138.- Realizar o ayudar en la aplicación de agentes mecánicos o farmacológicos (laminaria y gel de prostaglandina) a intervalos adecuados, si es necesario, para mejorar la preparación del cérvix.

11578.- Vigilar el progreso del parto, estando alerta por si hubiera señales anormales.

06313.- Fomentar la deambulación, si no hay contraindicaciones para la madre ni para el feto.

001400.- Manejo del dolor^(13bis):

Definición.- Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

Clase.- Fisiológico Básico

Dominio.- Fomento de la comodidad física

Definición de clase.- Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas.

Actividades:

10222.- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.

11209.- Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.

02709.- Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor.

09638.- Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.

00808.- Animar al paciente a utilizar medicación para el dolor adecuada.

004360.- Modificación de la conducta^(13bis):

Definición.- Promoción de un cambio de conducta.

Dominio.- Conductual

Clase.- Terapia ocupacional

Definición de clase.- Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables.

Actividades:

- 01704.- Ayudar al paciente a identificar su fortaleza y reforzarla.
- 06384.- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.
- 00765.- Animar al paciente a que examine su propia conducta.
- 01685.- Ayudar al paciente a identificar los más pequeños éxitos producidos.

6260.- Preparación al parto^(13bis):

Definición.- Proporcionar información y apoyo para facilitar el parto y potenciar la capacidad de desarrollo y realización por parte de una persona del papel parental.

Dominio.- Familia

Actividades:

- 04584.- Enseñar a la madre y a la pareja la fisiología de los dolores y el parto.
- 07223.- Instruir a la madre y a la pareja sobre los signos del parto
- 06887.- Informar a la madre de las opciones del parto si surgen complicaciones
- 04083.- Discutir con la madre las opciones para controlar el dolor
- 04802.- Enseñar al asistente medidas de alivio del paciente durante el parto (frotar la espalda, presión en la espalda y posición).

5450.- Terapia de grupo^(13bis):

Definición.- Aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo, incluyendo la utilización de interacciones entre los miembros del grupo.

Dominio.- Conductual

Actividades:

- 03690.- Determinar el propósito del grupo (mantenimiento de pruebas de la realidad, facilitar la comunicación, examen de las habilidades personales y apoyo) y la naturaleza del proceso grupal.
- 05301.- Establecer la hora y lugar de las reuniones del grupo
- 07669.- Llevar al grupo a la etapa de trabajo lo más rápidamente posible.
- 00622.- Animar a los miembros a que compartan su ira, tristeza, humor, falta de confianza y demás sentimientos unos con otros.
- 09829.- Proporcionar refuerzo social (verbal y no verbal) para conseguir las conductas/respuestas deseadas.

5880.- Técnica de relajación^(13bis):

Definición.- Disminución de la ansiedad del paciente que experimenta angustia aguda.

Dominio.- Conductual

Actividades:

- 07696.- Mantener contacto visual con el paciente.
- 07738.- Mantener la calma de una manera deliberada

10874.- Sentarse y hablar con el paciente

06076.- Facilitar la expresión de ira por parte del paciente de una manera constructiva.

10333.- Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.

09034.- Permanecer con el paciente.

Tratamiento de la fiebre^(13bis):

Definición.- Actuación ante un paciente con hipertermia causada por factores no ambientales.

Dominio.- Fisiológico Complejo

Clase.- Termorregulación

Definición de clase.- Intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales.

Actividades:

- 00274.- Administrar líquidos i.v., si procede
- 00333.- Administrar medicamentos para tratar la causa de la fiebre, si procede.
- 00302.- Administrar medicación anti-pirética, si procede.

Técnica de relajación^(13bis):

Definición.- Disminución de la ansiedad del paciente que experimenta angustia aguda

Dominio.- Conductual

Clase.- Fomento de la comodidad psicológica

Definición de clase.- Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas.

Actividades:

- 07738.- Mantener la calma de una manera deliberada.
- 10874.- Sentarse y hablar con el paciente.
- 06204.- Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente.
- 07372.- Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede.
- 06558.- Identificar a los seres queridos cuya presencia pueda ayudar al paciente

9. DESARROLLO DE LOS RESULTADOS

001300.- Aceptación: estado de salud⁽¹⁴⁾

Definición.- Reconciliación con cambios significativos en las circunstancias de salud

Patrón Gordon.- Patrón de percepción y control de la salud

Dominio.- Salud fisiológica

Clase.- Adaptación psicosocial

Nivel.- Nivel Individuo

Conocimiento.- Resultado conductual secundario

Indicadores:

- 04504.- Reconocimiento de la realidad de la situación de salud

04297.- Se adapta al cambio en el estado de salud

05283.- Superación de la situación de salud

001302.- Afrontamiento de problemas^(14bis)

Definición.- Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo

Patrón Gordon.- Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés

Dominio.- Salud fisiológica

Clase.- Adaptación psicosocial.

Nivel.- Nivel individuo

Conocimiento.- Resultado conductual primario y secundario

Indicadores:

- 00157.- Adopta conductas para reducir el estrés
- 02766.- Identifica patrones de superación eficaces
- 03715.- Obtiene ayuda de un profesional sanitario
- 05877.- Obtiene ayuda de un profesional sanitario

002600.- Afrontamiento de los problemas de la familia^(14bis)

Definición.- Acciones de la familia para controlar los factores estresantes que comprometen los recursos de la familia

Dominio.- Salud percibida

Clase.- Bienestar familiar

Nivel.- Nivel Familia

Conocimiento.- Resultado conductual secundario

Indicadores:

- 01936.- Establece prioridades
- 02244.- Expresa libremente sentimientos y emociones
- 02817.- Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones
- 05693.- Utiliza estrategias para reducir el estrés

0011205.- Autoestima^(14bis)

Definición.- Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo

Patrón Gordon.- Patrón de autopercepción y autoconcepto

Dominio.- Salud fisiológica

Clase.- Bienestar psicológico

Nivel.- Nivel Individuo

Conocimiento.- Resultado conductual primario y secundario

Indicadores:

- 03654.- Nivel de confianza
- 05900.- Verbalizaciones de autoaceptación
- 04751.- Respuesta esperada por los demás

001402.- Autocontrol de la ansiedad^(14bis)

Definición.- Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de

aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada
Patrón Gordon.- Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés
Dominio.- Salud fisiológica
Clase.- Autocontrol
Nivel.- Nivel Individuo
Conocimiento.- Resultado conductual secundario
Indicadores:
0539.- Busca información para reducir la ansiedad
01086.- Controla la respuesta de ansiedad
04064.- Planea estrategias para superar situaciones estresantes

001409.- Autocontrol de la depresión^(14bis)

Definición.- Acciones personales para minimizar la tristeza y mantener el interés por los acontecimientos de la vida.
Patrón Gordon.- Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés.
Dominio.- Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés.
Clase.- Autocontrol
Nivel.- Nivel individuo
Conocimiento.- Resultado conductual primario y secundario
Indicadores:
02374.- Fija objetivos realistas
05206.- Sigue un esquema terapéutico
01199.- Cumple el programa terapéutico
04585.- Refiere mejoría del estado de ánimo

001404.- Autocontrol del miedo^(14bis)

Definición.- Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o inquietud secundarios a una fuente identificable
Patrón Gordon.- Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés
Dominio.- Salud fisiológica
Clase.- Autocontrol
Nivel.- Nivel Individuo
Conocimiento.- Resultado conductual secundario
Indicadores:
00538.- Busca información para reducir el miedo
05810.- Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo

002000.- Calidad de vida^(14bis)

Definición.- Alcance de la percepción positiva de las condiciones actuales de vida
Patrón Gordon.- Patrón de percepción y control de la salud
Dominio.- Conocimiento y conducta de salud
Clase.- Salud y calidad de vida Salud y calidad de vida

Nivel.- Nivel Individuo
Indicadores:
04216.-Privacidad
01483.- Dignidad

001911.- Conductas de seguridad personal^(14bis)

Definición.- Acciones personales que previenen las autolesiones personales
Patrón Gordon.- Patrón de percepción y control de la salud
Dominio.- Conocimiento y conducta de salud
Clase.- Control del riesgo y seguridad
Nivel.- Nivel Individuo
Conocimiento.- Resultado conductual primario y secundario
Indicadores:
05191.- Sigue las precauciones de la medicación
05540.- Uso correcto de dispositivos de ayuda

001811.- Conocimiento: actividad prescrita^(14bis)

Definición.- Magnitud de la comprensión transmitida sobre la actividad y el ejercicio prescritos
Patrón Gordon.- Patrón de reposo y sueño
Dominio.- Salud psicosocial
Clase.- Conocimientos sobre salud
Nivel.- Nivel Individuo
Conocimiento.- Resultado de conocimiento
Indicadores:
01718.- Efectos esperados de la actividad
00481.- Beneficios de la actividad y el ejercicio

001805.- Conocimiento: conducta sanitaria^(14bis)

Definición.- Grado de comprensión transmitido sobre el fomento y la protección de la salud
Patrón Gordon.- Patrón de reposo y sueño
Dominio.- Salud psicosocial
Clase.- Conocimientos sobre salud
Nivel.- Nivel Individuo
Conocimiento.- Resultado de conocimiento
Indicadores:
05132.- Servicios de promoción de la salud
05379.-Técnicas efectivas de control del estrés

001808.- Conocimiento: medicación^(14bis)

Definición.- Grado de la comprensión transmitida sobre el uso seguro de la medicación
Patrón Gordon.- Patrón de reposo y sueño
Dominio.- Salud psicosocial

Clase.- Conocimientos sobre salud
Nivel.- Nivel individuo
Conocimiento.- Resultado de conocimiento
Indicadores:
01253.- Declaración del nombre correcto de la medicación
01730.- Efectos terapéuticos de la medicación

001814.- Conocimiento: procedimiento terapéutico^(14bis)

Dominio.- Grado de comprensión transmitido sobre un procedimiento requerido dentro de un régimen terapéutico
Clase.- Patrón de reposo y sueño
Nivel.- Salud psicosocial
Conocimiento.- Resultado de conocimiento
Indicadores:
03917.- Pasos del procedimiento
04283.- Propósito del procedimiento

001803.- Conocimiento: proceso de la enfermedad^(14bis)

Definición.- Grado de comprensión transmitido sobre el proceso de una enfermedad concreta y prevención de complicaciones
Patrón Gordon.- Patrón de reposo y sueño
Dominio.- Salud psicosocial
Clase.- Conocimientos sobre salud
Nivel.- Nivel Individuo
Conocimiento.- Resultado de conocimiento
Indicadores:
01225.- Curso habitual de la enfermedad
02344.- Factores de riesgo
00831.- Complicaciones de la enfermedad

001806.- Conocimiento: recursos sanitarios^(14bis)

Definición.- Grado de comprensión transmitido sobre recursos sanitarios relevantes
Patrón Gordon.- Patrón de reposo y sueño
Dominio.- Salud psicosocial
Clase.- Conocimientos sobre salud
Nivel.- Nivel Individuo
Conocimiento.- Resultado de conocimiento
Indicadores:
01160.- Cuándo contactar con un profesional sanitario
0797.- Cómo contactar con los servicios necesarios

001201.- Esperanza^(14bis)

Definición.- Optimismo que es personalmente satisfactorio y revitalizante
Patrón Gordon.- Patrón de autopercepción y autoconcepto
Dominio.- Salud fisiológica
Clase.- Bienestar psicológico

Nivel.- Nivel individuo
Conocimiento.- Resultado conductual primario y secundario
Indicadores:
01276.- Demostración de entusiasmo por la vida
02271.- 02271
02290.- Expresión de sensación de autocontrol

001204.-Equilibrio emocional^(14bis)
Definición.- Adaptación apropiada del tono emocional predominante en respuesta a las circunstancias
Patrón Gordon.- Patrón de autopercepción y autoconcepto
Dominio.- Salud fisiológica
Clase.- Bienestar psicológico
Nivel.- Nivel Individuo
Conocimiento.- Resultado conductual primario y secundario
Indicadores:
01120.- Conversa a un ritmo moderado
03594.- Muestra un afecto adecuado a la situación
03598.- Muestra un estado de ánimo sereno

001502.- Habilidades de interacción social^(14bis)
Definición.- Conductas personales que fomentan relaciones eficaces
Patrón Gordon.- Patrón de función y relación
Dominio.- Salud psicosocial
Clase.- Interacción social
Nivel.- Nivel individuo
Conocimiento.- Resultado conductual primario y secundario
Indicadores:
05855.- Utilizar estrategias de resolución de conflictos
03528.- Mostrar consideración
05110.- Sensibilidad con los demás

001210.- Nivel de miedo^(14bis)
Definición.- Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente identificable
Patrón Gordon.- Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés
Dominio.- Salud fisiológica
Clase.- Bienestar psicológico
Nivel.- Nivel Individuo
Conocimiento.- Resultado conductual secundario
Indicadores:
05411.- Tensión muscular
05398.- Temor verbalizado
03107.- Irritabilidad.

001304.- Resolución de la aflicción^(14bis)
Definición.- Adaptación a la pérdida real o inminente
Patrón Gordon.- Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés
Dominio.- Salud fisiológica

Clase.- Adaptación psicosocial
Nivel.- Nivel Individuo
Conocimiento.- Resultado conductual secundario
Indicadores:
00819.- Resultado conductual secundario
02225.- Expresa creencias espirituales sobre la muerte
02258.- Expresa sentimientos sobre la pérdida
05886.- Verbaliza la aceptación de la pérdida
05889.- Verbaliza la realidad de la pérdida

000906.- Toma de decisiones^(14bis)
Definición.- Capacidad para realizar juicios y escoger entre dos o más alternativas
Patrón Gordon.- Patrón de reposo y sueño
Dominio.- Salud fisiológico
Clase.- Neurocognitiva
Nivel.- Nivel Individuo
Conocimiento.- Resultado conductual secundario
Indicadores:
04036.- Reconoce el contexto social de la situación
00815.- Compara alternativas

002001.- Salud espiritual^(14bis)
Definición.- Vinculaciones con el yo, los otros, el poder superior, la naturaleza y el universo que trasciende y se apodera del yo
Patrón Gordon.- Patrón de valores y creencias
Dominio.- Conocimiento y conducta de salud
Clase.- Salud y calidad de vida
Nivel.- Nivel Individuo
Indicadores:
02270.- Expresión de confianza.
02295.- Expresión de serenidad.
04883.- Satisfacción espiritual

000703.- Severidad de la infección^(14bis)
Definición.- Gravedad de infección y síntomas asociados
Patrón Gordon.- Patrón de percepción y control de la salud
Dominio.- Salud fisiológica
Clase.- Respuesta inmune
Nivel.- Nivel Comunidad
Conocimiento.- Resultado conductual secundario
Indicadores:
00393.- Aumento de leucocitos
02372.- Fiebre

10. BIBLIOGRAFÍA:

1.- Marcos Gómez Sancho. "La pérdida de un ser querido: el duelo y el luto". Editorial arandana Madrid 2007.

- 2.- De Muyllder X. Maternal psychological evolution during pregnancy. Contracept Fertil Sex 1990.
- 3.- Zoraida E. Carmona Barrios. "La muerte, el duelo y el equipo de salud". Revista de Salud Pública. Diciembre 2008.
- 4.- Declaración de los derechos de los niños. Asamblea General de las Naciones Unidas. 1959.
- 4.- Convención sobre los derechos del niño. Naciones Unidas. 1989
- 5.- "Muerte fetal anteparto". Protocolo SEGO. Actualizado en junio de 2008.
- 6.- J. González Merlo. Obstetricia. Editorial Masson. Barcelona 2006
- 7.- "Avanzando en la muerte perinatal". Enfermeras hospital de Basurto.
- 8.- "Monografía sobre el duelo". www.cfnavarra.es/salud/anales/textos
- 9.- Elisabeth Kübler-Ross. Sobre el duelo y el dolor. Editorial Luciérnaga. Barcelona 2006.
- 10.- Guy R. Lefrançois. El ciclo de la vida. Editorial Thomson. México 2005
- 11.- <http://www.duelo.org>
- 12.- NANDA Diagnósticos enfermeros 2009-2011 definiciones y clasificación. Editorial Elsevier. 2010
- 13.- Clasificación de intervenciones de enfermería NIC. Editorial Elsevier 2008.
- 14.- Clasificación de resultados de enfermería NOC. Editorial Elsevier 2008.
Gloria M. Bulecher. "Clasificación de intervenciones de enfermería". Editorial Elsevier Barcelona 2008.
Betty J. Ackley, Gail B. Ladwig. "Manual de diagnósticos de enfermería" Editorial Elsevier Madrid 2006
"Patrones funcionales de M. Gordon". www.nipe.enfermundi.com
Vicky Flenady, Trish Wilson. "Apoyo a madres, padres y familia después de la muerte perinatal". Biblioteca Cochrane plus. Nº1 2010.
Gilbert Harmon. "Manual de embarazo y parto de alto riesgo". Editorial Elsevier Madrid 2003.
Elisabeth Kübler-Ross. Los niños y la muerte. Editorial Luciérnaga. Barcelona 2009.
www.umamanita.es
www.vivirla perdida.com
www.missfoundation.org/spanish/index.html

Colegio de Enfermería de Huelva



"Las dos Trindades", Bartolomé Murillo (1617-1682)

Feliz Navidad y 2011



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, mecanografiadas a doble espacio por una sola cara, encuadernados, empaquetados y en soporte digital.

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

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>