

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERIA
DE HUELVA



enfermería

AÑO XIV

nº 41 Marzo 2011



Colegio

Sentencia:

ENFERMERA

“AGENTE

DE LA

AUTORIDAD”

Archivo Histórico



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

M^a Carmen Vázquez Fernández

Antonio Olid Torres

Carmen D. Beltrán Camacho

Mercedes González Hernández

M^a Carmen Pilo López

Asesora de redacción:

Eva M^a Lorenzo Martín

Fotografía:

Archivo del Ilustre Colegio de Enfermería de
Huelva

Redacción: Sede Colegial

Imprime: Tecnographic, S.L.

Depósito Legal: H-1996-43

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

Tirada: 2.600 ejemplares

Distribución gratuita



Domicilio de la sede colegial

C/ Berdigón, nº 33, pral. izq.

21003 Huelva

Telf. 959 54 09 04

Correo electrónico:

Línea Móvil 639/11 17 10

Coleg21@enfermundi.com

Página Web:

www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es

Fax: 959 25 62 70

Horario de Oficina:

De lunes a viernes.

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

Horario de la Asesoría Jurídica

Martes y jueves de 17,30 a 19 horas

Entrevista con el presidente:

Concertar cita

Sumario

3 EDITORIAL

4 PÓLIZA

5 CONDENAN AL AGRESOR DE UNA ENFERMERA

6 INFANTA ELENA

7/11 DOLOR NEONATO

12 CELIACOS/RIOTINTO

13 DÍA DEL PATRÓN

14/15 ORGANIZACIÓN DEL ARCHIVO HISTÓRICO

16/19 CASO CLÍNICO

20/23 ENFERMERÍA HUMANITARIA

24 XVII CERTAMEN DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA



NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN EN DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANTE UN NUEVO DÍA del *Patrón*

El Colegio Oficial y la profesión de enfermería de Huelva tienen en pie la marcha atrás para asistir a una cita de las que apetece cumplir. El próximo 11 de marzo, el colectivo volverá a reunirse en torno a la figura, carismática y esclarecedora como pocas, de San Juan de Dios que, además de ser nuestro Patrón, atesora muchas de las cualidades, virtudes y enseñanzas que han distinguido a la enfermería a través de los siglos. Será una excelente oportunidad para, además de hacer repaso a la actualidad más inmediata, dejar constancia de la unión que representa la enfermería en esta provincia como decisivo eslabón en la gran cadena que llamamos Sistema Nacional de salud (SNS) y que en Andalucía identificamos como SAS.

Otro año más, el Colegio va a tener un contacto lo más directo que sea posible con sus colegiados. Contacto que, por otra parte, se manifiesta y desarrolla a lo largo y ancho del calendario como lo confirma el denso programa docente que, mes a mes, convierte una buena parte del aforo de la sede colegial en un aula para que se pongan encima de la mesa los conocimientos relativos a un amplio panel de contenidos, desde la especificidad de los talleres a la prescripción de fármacos como resumen de cuanto decimos.

Por lo mismo, y ante el nuevo San Juan de Dios, la oportunidad deberá servir para reforzar los fuertes vínculos que unen a esta corporación con el colectivo y patentizar que, en virtud de esa misma cohesión, el futuro, por dificultoso que se anuncie, ha de ser conseguido por la enfermería. Conscientes de que constituimos uno de los sectores más importantes del Sistema sanitario español, –sea público o privado–, nadie puede esconder que la realidad actual pasa por graves amenazas inherentes al descomunal déficit que soporta el SNS y que, implacable, va a suponer ajustes en todos y cada uno de los frentes, enfermería incluida.

Pero como es tiempo de consolidar lo ganado y avanzar en la única dirección que nos es factible, nada mejor que celebrar el Día del Patrón dando una prueba más de firmeza en nuestros planteamientos y seguridad de que la enfermería seguirá ocupando el sitio que los ciudadanos tiempo ha le otorgaron por su servicio y cualificación. Unas herramientas que, por cierto, se ven reflejadas en los diferentes trabajos que, aliados con las noticias más destacadas, forman el grueso de esta nueva aparición de DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA, primera edición de 2011.

Esas mismas virtudes van a estar, de alguna manera, condensadas en los dos ejes sobre los que va a gravitar la fiesta del Patrón. De un lado, los nuevos jubilados de la enfermería provincial. De otro, la identificación de quienes sean los ganadores del XVII Certamen de investigación Ciudad de Huelva, prueba que sigue mereciendo el mayor apoyo y respaldo por parte de la enfermería onubense, lo que en sí mismo constituye un premio que se va reflejando en tantas convocatorias consecutivas como se llevan acumuladas desde su instauración en el lejano año... Lo dicho: preparémonos para vivir un nuevo y feliz Día de San Juan de Dios.

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.**

CONDENAN AL AGRESOR DE UNA ENFERMERA COMO "AGENTE DE LA AUTORIDAD"

Huelva Redacción.- Foto: P.M.

El Colegio Oficial de enfermería de Huelva, en defensa de una enfermera colegiada, ha obtenido la condena de un ciudadano que, como quedó probado en la vista, había agredido a la diplomada en el ejercicio de sus funciones. La novedad de este Fallo es que la Magistrada ha catalogado a la enfermera de "Agente de la autoridad" como se contempla en dos artículos del Código Penal, lo que supone un avance significativo en el posicionamiento de la Justicia ante los reiterados casos de violencia que sufre el personal sanitario.



La Asesoría jurídica del Colegio Oficial de Enfermería de la provincia, representada por Eva Lorenzo, asumió fechos atrás la defensa de una enfermera que había acudido a la institución colegial para exponer lo sucedido a finales de enero de 2011. Referido, en concreto, a la circunstancia en que la diplomada se vio envuelta en una agresión mientras atendía los requerimientos de un hombre en un centro de Salud. En el Fallo dado a conocer se condena al protagonista de este acto de violencia como "autor penalmente responsable a un delito de atentado a Agente de la autoridad" a la pena de 8 meses de prisión, accesoria de inhabilitación especial para el sufragio pasivo durante el tiempo de duración de la condena" así como se le declara autor de una falta de lesiones a la pena de 20 días de multa con cuota de 6 euros y un día de RPS por cada 2 cuotas impagadas. El agresor también fue condenado al abono de las costas procesales.

Normas

Los hechos que provocaron este reprobable caso sucedieron en un centro de atención primaria de esta capital cuando un hombre, mayor de edad, se personó en estado definido como "muy alterado" con la exigencia de recibir un medicamento (metadona) tanto para él co-

mo para sus hermanos. En ese instante intervino la enfermera con intención, subraya el Fallo, de "calmarle y explicarle que no podía entregarle dicha medicación al haber cambiado las normas". En ese momento, el individuo lejos de atemperar su conducta, decidió lanzar una mesa a la enfermera que le impactó al tiempo que le profería amenazas en el sentido de que si no le hacía llegar del fármaco tomaría represalias del orden "en la calle te vas a enterar". La agredida sufrió lesiones catalogadas como leves que requirieron varios días de atención.

Autoridad

La enfermera, obviamente, acudió a los servicios jurídicos del Colegio donde recibió todo el apoyo legal y moral que demandaba este episodio. Interpuesta la pertinente denuncia, tuvo lugar la vista del caso en el Juzgado de Instrucción número 1 de Huelva. El carácter novedoso de este suceso es que las diligencias se llevaron a cabo en calidad de constituir un "delito de atentado a Agente de la autoridad" así como una falta de lesiones según lo previsto en la ley de Enjuiciamiento Criminal. Una vez oídas las partes y observadas las prescripciones legales, la Magistrada titular del

Juzgado consideró como hechos probados lo sucedido en el centro de atención primaria hasta emitir el Fallo anteriormente detallado. La sentencia fue firme por lo que no hubo posibilidad de interponer recurso alguno.

Servicio

Desde el departamento jurídico del Colegio de Enfermería se quiere destacar la "importancia del Fallo habido en este asunto tanto por la condena al agresor como, sobre todo, la consideración de la figura de la enfermera como agente de la autoridad, algo por lo que los letrados de los Colegios Oficiales de Enfermería, Huelva incluido, vienen luchando desde hace tiempo como una medida de indudable trascendencia para atajar la creciente sucesión de agresiones contra el personal sanitario en general y contra el colectivo de enfermería en particular". La letrada Eva Lorenzo insiste en la necesidad de acudir al departamento jurídico del Colegio al tratarse de "un servicio de respaldo y ayuda al colegiado que, desafortunadamente, se vea envuelto en situaciones de esta índole".

El Infanta Elena *cumplió* 25 años

Huelva.- Redacción

El hospital Infanta Elena acaba de vivir una efemérides de las que marcan el devenir histórico de una institución. El XXV aniversario del centro comarcal se ha desarrollado en los últimos meses para dejar patente la influencia que este hospital ha venido significando para su área de influencia. Con una población adscrita aproximadamente, de 200.000 personas, en este primer cuarto de siglo ha ido acumulado una actividad hasta configurar un millón de urgencias y ha visto nacer a 35.000 bebés. El colectivo de enfermería está presente en el quehacer diario con más de 200 enfermeras (os).

El Infanta Elena ya tiene cumplidas las bodas de plata. Desde que abrió sus puertas en 1985, su presencia y actividad ha supuesto un notable impacto, sanitario y económico, en la población que abarca, las áreas de Huelva-Costa y Condado-Campiña, aproximadamente unas 200.000 personas o, lo que es igual, un tercio de la población onubense. El viceconsejero de Salud, Enrique Cruz, señaló que el Infanta Elena es "una referencia entre los hospitales medios de Andalucía, en muchos aspectos como el tecnológico" al tiempo que deseó "otros 25 años de futuro y proyectos".

La Caridad

Se programaron una serie de conferencias en las que, cada jueves, distintas personalidades fueron ofreciendo sus visiones, –iguales pero también diferentes y enriquecedoras–, sobre la realidad hospitalaria. El ciclo de ponentes se abrió un una atractiva aportación del cirujano e historiador Benjamín Naranjo quien ofreció un recorrido por la historia tanto de la capital como de la sanidad onubense, allá desde el siglo XVI evocando aquellos primitivos hospitales que forman parte indisoluble de la memoria de los mayores –los de San Andrés, La Misericordia, Santiago– sin olvidar el de La Caridad que apenas contaba "con cinco camas para una población de 5.278 habitantes".



Diferentes asociaciones ciudadanas se hicieron patente en el calendario de actos así como alcaldes y vecinos de los municipios a los que da atención especializada. Catedráticos, profesores de la Universidad, delegada provincial de Salud y el ex-ministro de Sanidad, Bernat Soria fueron alguno de los ponentes que se aproximaron a la celebración de este XXV aniversario, destacando su impronta actual como el anuncio de la próxima instauración de la Facultad de Medicina de la Universidad onubense que se prevee funcione para 2014.

Partos

Desde su apertura, y según informó el director Basilio Bernard, el Infanta Elena (por cierto hay un hospital con el mismo nombre en Madrid) ha ido acumulando estadísticas que podrían resumirse en estos números principales: ha atendido a un millón de urgencias, se realizaron 200.000 operaciones quirúrgicas y fue el lugar donde vinieron al mundo algo más de 35.000 bebés.

El Infanta Elena, según los datos de Salud, tiene 280 camas de hospitalización, cuenta con 7 quirófanos y 2 paritorios. El colectivo de enfermería está representado en las 226 enfermeras(os), 12 matronas y más de 200 auxiliares de su plantilla. Cuenta con 151 médicos, 292 trabajadores no sanitarios y 5 unidades clínicas.

Tratamiento no Farmacológico del Dolor en el Neonato

Manuela Rebollo González
D.U.E. Hospital Juan Ramón Jiménez

Introducción

Como enfermera de una UCI neonatal me he parado a pensar muchas veces cuando observo el llanto, los gestos y otras manifestaciones de dolor de un recién nacido ante estímulos dolorosos –un pinchazo, un sondaje, un aspirado...–, y me he preguntado ¿por qué no hacemos más para aliviar ese dolor, cuando esto hoy por hoy es posible?

Es bien sabido que el recién nacido, incluyendo grandes prematuros, percibe el dolor al igual que lo podemos percibir nosotros (todos sabemos lo que es sentir dolor y lo que esto supone); y también es cierto que a pesar de que los profesionales que les prestamos cuidados detectamos diariamente ese dolor, son pocas las unidades de neonatología que aplican medidas no farmacológicas para combatirlo; quizás caemos en el trabajo rutinario, quizás un cierto desconocimiento de las medidas a nuestro alcance como enfermeros para aliviar el dolor, la falta de tiempo, de incentivar... Desde aquí animo a todos los enfermeros implicados en cuidados neonatales a conocer y a poner en práctica actuaciones no farmacológicas ante el dolor en el recién nacido, actuaciones muy simples, fáciles, sencillas y económicas pero que tienen una gran evidencia científica.

Ser recién nacido es pasar por una de las etapas más importantes de nuestra vida, con lo que puede conllevar a posteriori todas las experiencias vividas, luego no caigamos en el error de que por ser pequeños y no ocupar un gran espacio no necesitan cuidados muy especiales, entre ellos tratar el dolor.

Como nombraremos, existen diversas medidas para aliviar el dolor en el neonato, todas ellas estudiadas y de una gran validez científica. Yo personalmente, en compañía de un grupo de enfermeras de neonatología del hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, he comprobado en una visita concertada en abril del 2009, a la unidad de neonatología del hospital doce de octubre de Madrid, pionero este en cuidados centrados en el desarrollo (NIDCAP) y en la actualidad con un protocolo en práctica de tratamiento no farmacológico del dolor, lo efectiva que pueden llegar a ser la aplicación de estas medidas.

Por otra parte he hecho un ensayo clínico o estudio de investigación cuyo objetivo es llegar a conclusiones y evidencias observables de la efectividad del tratamiento no farmacológico del dolor en el neonato.

Para este estudio he tomado una población de neonatos entre 40 y 26 semanas de gestación ingresados en la unidad de neonatología en la que desempeño mi trabajo, sin incluir a aquellos que tuvieran sedación para no cejar el estudio y dar falsos positivos.

Los recursos empleados en el estudio son:

- **Materiales.** Formularios de recolección de datos, escala de dolor, chupetes adaptados a la edad gestacional del niño, solución de sacarosa, nidos, bibliografía variada.
- **Humanos.** Yo, como enfermera de la plantilla de la unidad de neonatología y madres de los neonatos ingresados objeto de estudio.
Planteamientos de partida para iniciar el estudio. Partimos de la medición del dolor con una escala validada. Para hablar de dolor hay que tener la certeza de que este existe y medirlo. En mi caso la escala utilizada es la de PIPP, pues es la que he encontrado más apropiada para el tipo de neonatos que solemos tener hospitalizados, en su mayoría prematuros. (Adjunto copia de dicha escala). Otros planteamientos de partida.
- Medir el dolor manifestado por el niño en reposo, sin presencia de manipulaciones o técnicas.
- Medir el dolor durante técnicas y procedimientos sin la aplicación de ningún tipo de tratamiento.
- Medir el dolor durante técnicas y procedimientos habiendo aplicado tto no farmacológico para aliviar ese dolor. Los métodos de tratamiento a aplicar en caso de dolor que voy a estudiar son la succión no nutritiva, contención y uso de solución de sacarosa, y en algún caso si las condiciones de trabajo me lo han permitido la colaboración y cariñoterapia materna.
Tras la observación y recopilación de todos los datos recogidos, se obtienen los siguientes resultados:
- De todos los niños estudiados solo uno muestra dolor en estado de reposo y sin ser manipulado; en este ca-

so se aplica baño de relajación, masaje y contención y resulta totalmente efectivo.

- El 100% de los neonatos ingresados responden con dolor ante técnicas invasivas como extracciones sanguíneas, dextrostix y canalizaciones venosas centrales (estas son las técnicas en las que me he centrado en el estudio pues son las más habituales en mi unidad).
- El 100% de estos niños expresan menos dolor si son tratados con succión no nutritiva, sacarosa y/o contención, aunque con variaciones; pues se observa que no todos los niños responden igual ante un método que otro, e incluso el mismo niño responde de manera diferente si se aplica el mismo método en dos momentos distintos y ante el mismo procedimiento.
- La succión no nutritiva no es aplicable a todos los niños objeto del estudio. Me encuentro que en muy grandes prematuros que aún no han desarrollado la succión, esta no es aplicable.
- De los pocos neonatos a los que se les ha podido aplicar para tratar el dolor la colaboración y cariñoterapia materna (digo pocos porque la dinámica de trabajo de la unidad no me ha permitido hacer participe a más padres durante técnicas y procedimientos dolorosos) todos han respondido sorprendentemente ante la presencia y el calor de su madre; esta era la que hacía contención y favorecía la succión con sacarosa. En todos los casos el niño no ha manifestado signo de dolor ante extracciones sanguíneas y dextrostix, ni ha opuesto resistencia a la técnica.

Evaluación de los resultados.

En base a este estudio, la evidencia de hospitales pioneros en cuidados neonatales, la búsqueda bibliográfica y mi propia experiencia he llegado a las conclusiones que expongo a continuación.

Definición de dolor

La NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), define el dolor agudo como: "Una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencia".



El niño percibe como estímulos dolorosos y estresantes:

- Ruido y luz
- Valoraciones de médicos y enfermeras
- Aspirado bronquial
- Punciones
- Intubación y ventilación mecánica
- Sondajes
- Pinchazos en los talones
- Drenajes
- Colocación de vías intravenosas (IV) periféricas y arteriales.
- Colocación de vía central
- Punción lumbar

Desarrollo del sistema perceptor del dolor

Las terminales nerviosas libres se desarrollan alrededor de las 7 semanas de gestación

De 12–16 semanas, el tálamo se conecta a la corteza. De las 23–25 semanas, se forman sinapsis entre las fibras nerviosas que transmiten el dolor y la corteza cerebral.

Para las 26 semanas de gestación, el sistema del dolor está completo y funcional.

En cuanto a la percepción del dolor decir que las vías ascendentes que conducen la percepción del dolor se desarrollan alrededor de la semana 20 de gestación mientras que las vías descendentes, que inhiben los impulsos dolorosos entrantes, no maduran hasta el último trimestre, lo que significa que la sensibilidad al dolor de los prematuros sea probablemente más elevada, además, mientras menor sea el bebé, más procedimientos dolorosos posiblemente tendrá que soportar.

Respuestas del niño al dolor

- Reflejo de retirada. Llanto. Facies. Actitud. Respuesta motora corporal.
- Cambios de Comportamiento.
- Tensión muscular.
- Midriasis.
- Cambios cardiovasculares como aumento de la frecuencia cardiaca y de la tensión arterial, palidez, resistencia vascular pulmonar elevada.
- Cambios respiratorios, asociados a su vez a respuestas endocrino–metabólicas = liberación de catecolaminas, cortisol, glucagón, hormona de crecimiento, aldosterona, etc., así como supresión de la secreción de insulina lo que produce un aumento del consumo de oxígeno, hiperglucemia y estado catabólico.
- Modificaciones bioeléctricas EEG. ECG.
- Hallazgos de neuroimagen, RM,espectroscópica. PET.

Consecuencias del dolor

- El dolor es estresante.
- Produce sufrimiento.

- Tiene efectos nocivos debido a los cambios fisiológicos, hormonales y biológicos que pueden reprogramar a largo plazo el desarrollo del sistema nervioso central.
- Los procedimientos dolorosos repetidos causan hiperalgesia aguda en el sitio del que el dolor se origina y posterior disminución de la sensibilidad al dolor.
- Los estímulos dolorosos también pueden aumentar la presión intracraneal, que puede llevar a hemorragia intraventricular.
- Los niños en los que no es tratado debidamente el dolor presentan dificultades en los procesos de aprendizaje, conducta, memoria, socialización, autorregulación y expresión de los sentimientos.

Valoración del dolor en neonatos

El principal problema que se plantea en el tratamiento del dolor neonatal es el de su valoración. Es necesario medir el dolor para poder tratarlo.

Existen varios tipos de escalas de valoración del dolor.

- **Comportamentales**
- **Fisiológicas**
- **Combinadas**

Escalas comportamentales

- Estas valoran aspectos como:
 - Respuestas motoras
 - Reflejo de retirada
 - Reflejo cutáneo flexor
 - Expresiones faciales, Neonatal Facial
 - Análisis del llanto
 - Actividad postural
 - Respuestas complejas

Escalas Fisiológicas

- Estas valoran:
 - Frecuencia cardíaca
 - Presión arterial
 - Frecuencia y patrón respiratorio
 - O₂ transcutáneo y saturación periférica O₂
 - Conductancia de la piel

Escalas Combinadas

Entre ellas encontramos:

- Escala visual analógica realizada por un observador
- Escala objetiva de dolor (OPS)
- Escala neonatal infantil de dolor (NIPS)
- **Premature Infant Pain Profile (PIPP)**
- **CRIES**
- Neonatal Facial Coding System (NFC S)

- **COMFORT**
- **TPPPS**
- **IBCS**
- **DSVNI**

Tratamiento del dolor neonatal

Al tratar el dolor pretendemos:

- Asegurar el confort del paciente en la terapia.
- Disminuir la morbi-mortalidad.
- Evitar las secuelas psicológicas por mal manejo del dolor.

Medidas no farmacológicas del manejo del dolor

- Prevenir o limitar los estímulos dolorosos.
- Agrupar las extracciones sanguíneas.
- Crear ambiente agradable, reducción de factores estresantes.
- Posturas cómodas y en flexión con barreras.
- Métodos de monitorización no cruentos y justificados.
- Mínima manipulación.
- Permitir en lo posible la presencia de los padres, caricias, método canguro y amamantamiento.
- Soluciones orales dulces como sacarosa al 24%.
- Terapia de masaje.
- Medidas de contención.
- Crema EMLA.
- Succión no nutritiva.

Agrupar las extracciones sanguíneas

Evitaremos extracciones innecesarias. Cuando las extracciones sean muy frecuentes se debe disponer de una vía venosa o arterial. La extracción de sangre venosa parece menos dolorosa que la punción de talón, por lo que debe darse preferencia a la primera. No debe sacarse a los niños de la incubadora cuando se proceda a una venopunción.

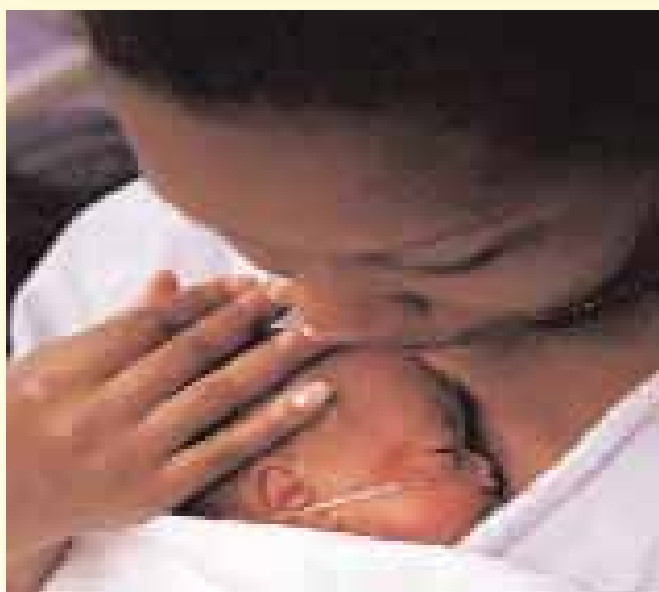
Crear ambiente agradable, reducción de factores estresantes

Reducción máxima del ruido y música suave de fondo en lo posible. Evitar el calor, el frío y el hambre. Intentaremos que el niño esté lo más cómodo posible.

Evitaremos la sujeciones de miembros y entablillados y evitaremos manipulaciones excesivas.



Posturas Cómodas y en flexión con barreras. Uso de nidos y rollos



Permitir en lo posible la presencia de los padres, caricias, método canguro y amamantamiento

Soluciones orales dulces como sacarosa al 24%

Distintos tipos de soluciones orales dulces han demostrado su efecto analgésico en neonatos. La solución de sacarosa en concreto ha demostrado efectividad en la disminución de la respuesta dolorosa. Es importante la educación de enfermería en la incorporación de esta práctica. Abad y cols. compararon la administración de una solución de sacarosa al 24% frente a EMLA como procedimientos analgésicos en la venopunción en las unidades neonatales, llegando a la conclusión de la superioridad de la solución azucarada frente a la crema anestésica en esta situación.

La sacarosa es el azúcar común. A los recién nacidos la administraremos diluida en agua.

Se ha visto que tras la administración de sacarosa se incrementan los niveles de endorfinas (sustancias parecidas a la morfina) que contribuyen a disminuir la sensación dolorosa.

Es segura, solo hay que considerar su alta osmolaridad. Es fácil de preparar. Es barata.

Se puede repetir la dosis varias veces al día, antes de cualquier estímulo doloroso o molesto y se puede administrar a niños prematuros e incluso a niños a dieta porque el volumen a administrar es muy pequeño.

Se administrará sacarosa aproximadamente 2 minutos antes del estímulo doloroso.

NO se debe emplear indiscriminadamente para calmar la irritabilidad producida por hambre

Preparación:

Se preparará un biberón de sacarosa al 24% por unidad y turno de la siguiente manera:

En un biberón disolveremos 3 sobres de azúcar común (8 gr.) en 100 c.c. de agua embotellada. La conservación será a temperatura ambiente, debiéndolo renovar en cada turno para evitar posibles contaminaciones. Antes de su utilización se debe agitar la solución.

La dosis a emplear varía de 0,05ml a 0,2ml dependiendo del peso.

< 1000 gramos	—————	0.05 ml
1000–1500 gramos	———	0.1 ml
> 1500 gramos	—————	0.2 ml

Terapia de masaje

La estimulación táctil tiene como objetivo promover la sensación de seguridad, ganancia de peso, mejorar la función gastrointestinal y genitourinaria, el crecimiento neuromuscular y la maduración de los reflejos, también ayuda a desarrollar la percepción del medio.

En prematuros se realiza masaje mediante presión, más que con caricias suaves, que no son agradables para los prematuros y muchas veces son causa de estrés. Es necesario que todos los estímulos respeten la conducta del niño, en caso contrario dejarían de ser beneficiosos.

Medidas de contención

La contención es una técnica que limita los movimientos del neonato simulando el ambiente uterino y se propone como ayuda para inducir la relajación en los prematuros. La contención del cuerpo es una medida que proporciona la sensación de seguridad, quietud y autocontrol. Mejora la tolerancia al estrés.

Pueden hacerse maniobras de contención mientras son manipulados, durante las intervenciones y después de los procedimientos que ayudan a la autorregulación. Su aplicación puede consistir en:

Envolverlos (contener las extremidades en posición de flexión con las manos o envolturas);

Sujetarles los dedos o las manos u ofrecer la posibilidad de agarrar a algún elemento como dedos de la persona que lo cuida o extremo de una sábana.

Cruzarles las manos en la línea media.

Crema EMLA

EMLA ha demostrado ser un buen anestésico tanto en niños como en adultos, para reducir el dolor en los procesos cutáneos.

Es un anestésico tópico que atraviesa la piel de forma intacta.

Succión no nutritiva

La succión no nutritiva debe ser aplicada dos minutos antes y durante el procedimiento.

Se sugiere que el mecanismo de acción es la dominación sensorial, pues el chupar es una fuente poderosa de información perceptual para los niños, ya que centran su atención en la actividad de chupar.

Bibliografía

- VIDAL, M. A. et al. Dolor en neonatos. Rev. Soc. Esp. Dolor [online]. 2005, vol.12, nº. 2.
- Vidal M. A., Calderón E., Martínez E., González A., Torres L. M. Dolor en neonatos.
- Rev. Soc. Esp. Dolor [revista en la Internet]. 2005 Mar.
- Martínez–Tellería A, Delgado JA, Cano ME, Núñez J and Gálvez R. Postoperative analgesia in the neonate. Rev Soc. Esp. Dolor 2002; 9: 317–327.
- Rev. Soc. Esp. del Dolor, Vol. 9, n.º 5, Junio–Julio 2002.
- Lerat L., Beaujouant M, Horber V, et al. La douleur du Pré-maturé. En: Progrès en Neonatologie. XXVe. Journées Nationales de Neonatologie. París, Karger, 1995, 313–318.
- Stevens B, Taddio A, Ohlsson A, Einarson T. The Efficacy of sucrose for relieving procedural pain in neonates. A systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr Scand 1997;86:837–842.
- Valdivielso Serna. Analgesia, sedación y relajación. En: J. López, et al., editores. Manual de Cuidados Intensivos Pediátricos. Madrid, Publimed. 2001. p. 481–500.
- Medidas de seguridad, protección y confort. www.eccpn.ai-barra.org/temario/seccion1/.../capitulo12.htm.
- Protocolo de tratamiento del dolor del Hospital Doce de Octubre de Madrid.
- NIDCAP Federation International www.nidcap.org.

Cerca de 3.500 celíacos sin diagnosticar

Huelva.– Redacción

En la provincia de Huelva viven, actualmente, cerca de 3.500 personas que padecen la enfermedad celíaca aunque no están diagnosticados y, por lo mismo, tienen los serios problemas de salud que esta dolencia representa. Así lo ha anunciado la Asociación provincial de celíacos de Huelva (Asprocehu) entidad que ha pedido a la administración "busque los cauces necesarios para propiciar un diagnóstico precoz de la enfermedad".

La celiaquía es, como se sabe, una manifiesta intolerancia a la proteína llamada gluten que está presente en numerosos alimentos. La enfermedad es cada vez más frecuente a la par que no resulta sencillo para quien la padece encontrar productos alimenticios que no dañen su estado general y eviten hemorragias y otra serie de complicaciones digestivas. Si las cifras más fiables sitúan a 3.450 los



onubenses que sufren la enfermedad celíaca, por el contrario hay 550 personas ya diagnosticadas a las que la citada Asociación, presidida por Carmelo Mariño, procura acercar la realidad y problemática de este anomalía que afecta no solo al paciente sino al entorno familiar.

La Asociación provincial trabaja para "ayudar a mantener una alimentación adecuada sin gluten difundiendo la información que resulte más interesante y que, globalmente, repercuta en la mejor calidad de vida de los celíacos". El conocimiento de esta patología, la forma de actuar ante organismos públicos y privados para la defensa de los intereses de los afectados, son otras las facetas que los celíacos procuran extender por un bienestar generalizado.

Sobre todo porque esta dolencia, que condiciona por completo el ritmo de vida de quien la padece, no tiene un tratamiento farmacológico sino que el remedio terapéutico se basa en adoptar una dieta exclusivamente "sin gluten" lo que equivale a una prohibición de ingerir alimentos tan básicos como son el pan, la harina, la pasta o cualquier producto de repostería. La sociedad, poco a poco, se va concienciando de lo que significa este problema sanitario que ya no es minoritario pero que sí representa problemas tanto de salud como de tipo económico dado que los productos asumibles tienen un coste superior a los, digamos, normalizados en el mercado. La Asociación provincial de enfermos celíacos se ha felicitado dado de que, a partir de 2012, será obligatorio observar un reglamento que contemple el etiquetado de los productos sin gluten.

531 PARTOS DURANTE 2010

El Hospital Comarcal de Riotinto, integrado en el área sanitaria norte de Huelva, ha dado a conocer el número de partos ocurridos en su instalación durante el pasado 2010. Un total de 531 partos de mujeres de la comarca de la Sierra, Andévalo y Cuenca Minera tuvieron lugar durante los últimos doce meses lo que representa una cifra que, según el Hospital, "se mantiene estable" respecto a ejercicios anteriores.



Esos 531 partos dieron lugar a 538 nacimientos de los que una gran, mayoría (440, el 82,9%) se produjeron por vía vaginal mientras el resto (91) lo fueron mediante cesárea, lo que indica que solo el 17,1% de las mujeres que dieron a luz en el Comarcal requirieron de esta práctica sanitaria.

El hospital público de Riotinto tiene vigente, desde 2010, un programa de "Humanización de la atención perinatal", o estrategia impulsada por la Consejería de Salud a nivel regional con el objetivo de convertir el parto "en un acontecimiento natural para la madre y el bebé" de modo que la intervención de los profesionales sanitarios —médicos ginecólogos y matronas principalmente— se circunscriba únicamente a situaciones concretas en las que la evolución del parto no resulte la adecuada.

11 de Marzo



Imagen del Día de San Juan de Dios en 2009

San Juan de Dios en Huelva

Huelva.- Redacción

El Colegio Oficial de Enfermería de Huelva ha citado a la profesión en esta provincia para una de las citas más destacadas del año. El próximo 11 de marzo se celebrará el Día de San Juan de Dios mediante un programa que condensa una buena parte de los alicientes propios de la fecha que conmemora al Patrón de la Enfermería. A la cabeza, el Fallo del XVII Certamen de Investigación de Enfermería Ciudad de Huelva con entrega de galardones.

El próximo 11 de marzo, viernes, la Enfermería onubense tiene por delante un atractivo, y agradable rito convertido ya en tradición. El Día de San Juan de Dios, vuelve a aparecer como un especial motivo para el reencuentro de colegiadas y colegiados que, en muchos casos junto a sus familiares más cercanos, depara una jornada de las que siempre se retienen en la memoria por cuanto suponen, además de un paréntesis en el quehacer cotidiano, una buena forma de compartir cuantas vivencias, experiencias, y, por qué no, problemas son inherentes a cualquier colectivo y mucho más en la época por la que atravesamos.

El Colegio, mediante circular personalizada, ya ha dado a conocer las líneas generales del cercano San Juan de Dios 2011 por lo que esta revista únicamente desea recordar sus alicientes más destacados que giran en torno a unos eventos tan esperados.

- Homenaje a los últimos Jubilados de la enfermería onubense
- Fallo del XVII Certamen de investigación Ciudad de Huelva
- Presentación Cartel XVIII Certamen Ciudad de Huelva

En cada uno de los tres apartados, la profesión conocerá de primera mano tanto la emoción que supone rendir un merecido reconocimiento a quienes acaban de acceder al retiro laboral y que, por lo mismo, son merecedores del afecto y respeto del conjunto de la Enfermería onubense. Y, ya en otro plano, el Día de San Juan de Dios servirá para desvelar las identidades de quienes vean logrado inscribir su nombre en el dilatado historial del Certamen de Investigación de Enfermería Ciudad de Huelva correspondiente a su decimoséptima convocatoria. Un Certamen que, desde hace tiempo, es un referente en el seno de la profesión y que asistirá a la propuesta para una nueva convocatoria en forma del Cartel que sirva para divulgar esta vertiente investigadora.

Pasado y futuro

En nombre de la Junta, su presidente Gonzalo García quiere subrayar, a través de las páginas de esta revista, la invitación para que, "el 11 de marzo, la Enfermería onubense vuelva a reunirse en torno a lo que son nuestras auténticas señas de identidad. La fecha del Patrón en nuestra provincia ha logrado aunar el simbolismo que encarna la figura legendaria de San Juan de Dios con la vanguardia representada en el Certamen de Investigación de Enfermería que, año tras año, no solo ha sabido abrirse paso sino, lo más importante, consolidarse y alcanzar diecisiete años de vigencia algo que no está al alcance de muchas pruebas. Por lo mismo, todos quedamos pendientes de asistir al San Juan de Dios de 2011 con las mismas expectativas e ilusión que en ocasiones precedentes".

La organización del Archivo Histórico del Colegio Oficial de Enfermería de Huelva

Diego José Feria Lorenzo y
José Eugenio Guerra González
Enfermeros del Colegio Provincial de Huelva

Fotos: P.M.

La organización de los archivos históricos en la mayoría de los Colegios Profesionales de Enfermería de España está ausente, en ellos está latente una información que aún está por descubrir y que es fiel reflejo de los cuidados y cuidadores en la etapa de la profesionalización y el desarrollo científico de nuestra disciplina. En este periodo, los colegios han desarrollado un papel en muchos casos fundamental para la consolidación profesional. Por la relevancia que ésta documentación tiene para la construcción de nuestra historia profesional es necesario la concienciación por los profesionales de enfermería para su puesta al día, pues en muchos colegios parte de ella se ha perdido, eliminada como *papeles viejos*. Otra parte se puede localizar apilada, quizás deteriorándose, en algún rincón de alguna dependencia de estas instituciones, y por la buena voluntad de algún enfermero que la ha mantenido a la espera de que alguien pueda organizarla en un futuro, está en un lugar que no reúne las condiciones idóneas para su conservación. Es este el fin principal de toda organización archivística documental, la conservación, y junto a él la recuperación y la difusión como objetivos últimos de la misma.

Es de considerar y hacer hincapié en que los contenidos de la documentación conservada en estas asociaciones, en todo el territorio de nuestro país, son de vital importancia para la reconstrucción de la historia profesional. Un archivo es una institución con entidad propia,



en la que se conserva documentación que ha generado una persona, sociedad u organismo al realizar sus funciones o actividades a lo largo de su existencia como fuente de información para su gobierno. La archivística según T. R. Scchellenberg es *“la ciencia que trata de los archivos, de su conservación, administración, clasificación, ordenación, interpretación, etcétera; de las colecciones de documentos que en los archivos se conservan como fuente para su conocimiento ulterior y servicio público”* (En J.R. CRUZ MUNDET. *Manual de Archivística*. Madrid, 2008: p. 57).

Podemos destacar la necesidad que la ordenación de estos repertorios, generados por la asociación de profesionales de la enfermería

en un organismo de su competencia, tiene para la investigación histórica, conocimiento de la misma y como servicio público a los miembros de la disciplina. Las funciones que poseen los archivos, teniendo en cuenta que aseguramos con esta acción su atesoramiento para futuras generaciones, son:

- Clasificar y mantener el orden de los fondos según los principios archivísticos.
- Elaborar instrumentos de descripción de la documentación para hacer más accesible la información contenida en ella, valorando las ventajas que nos ofrecen las nuevas tecnologías.
- Tener en cuenta la legislación existente respecto a los archivos, promulgada tanto a nivel nacional como autonómico.



- Garantizar un equipamiento adecuado del archivo para asegurar la conservación.
- Organización y puesta en servicio para la administración de las oficinas colegiales.
- Iniciar la coordinación con el archivo administrativo, para establecer la transferencia periódica entre ambos de la documentación que deje de ser de uso corriente.
- Aplicar los principios actuales de valoración de los documentos para conservar los de valor y desechar el resto.
- Todas estas funciones han de ser desarrolladas y perfectamente establecidas y garantizadas mediante la creación de un reglamento de funcionamiento del servicio del archivo (J.R. CRUZ MUNDET. *Manual de Archivística*: p. 93).

No podemos olvidar que estos cometidos están orientados al servicio de la administración colegial, que es el órgano que genera esta documentación, hacia los profesionales colegiados y hacia la investigación y la difusión cultural.

El Archivo del Colegio Oficial de Enfermería de Huelva

La organización del archivo onubense tiene su origen en los colegiados onubenses Diego José Fera Lorenzo –enfermero e historiador, Profesor Titular de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva-, y José Eugenio Guerra González –enfermero asistencial en el Hospital Ntra. Sra. de Valme de Sevilla- investigadores de Historia de Enfermería, ante la necesidad y el planteamiento de la realización de la historia de la institución profesional por la próxima conmemoración de su primer centenario. Un primer contacto con el presidente de la institución colegial para la petición de los permisos correspondientes para el manejo de los fondos pone de manifiesto la necesidad de su clasificación, como paso previo a la elaboración de su devenir histórico.

La propuesta de ordenación de los fondos ante los órganos de dirección tuvo una favorable acogida, máxime cuando la preservación de los mismos se había llevado a cabo por el presidente actual al llegar al cargo y encontrárselos apilados en un pasillo del Colegio. La sensibilidad ante la historia profesional hizo que Gonzalo García Domínguez, distribuyera los AZ y expedientes personales en varias estanterías de la sede colegial aisladas del suelo y la humedad. Al iniciar la organización de la documentación según criterios archivísticos, pudimos comprobar que se encontraba en un buen estado de conservación.

La primera acción para acometer la organización del archivo consistía en conocer la organización administrativa del Colegio provincial junto a la revisión de los estatutos, para elaborar un primer índice clasificatorio que no llegaba a ser ni cuadro de clasificación. Este índice tendrá, con el paso del tiempo y la revisión de la documentación, numerosas modificaciones hasta su estado definitivo, el cual aún no ha llegado. Según Cruz Mundet (*Manual de Archivística*: p. 243), “el cuadro de clasificación no debe ser elaborado apriorísticamente”, se ha de partir del conocimiento previo de “la historia, la organización y los procedimientos de la entidad, esto es del contexto que le permita analizar el conjunto de documentos como un todo”. Así el archivero con la visión de conjunto podrá identificar las agrupaciones documentales y establecer las diferentes series que compondrán el archivo definitivo.

Conociendo la historia de la institución y la ordenación del archivo administrativo del organismo que lo ha generado, se puede iniciar la revisión de la documentación para su posterior clasificación, siendo fiel al *principio de procedencia*. Este principio establece que el origen de los documentos debe de conservarse según la estructura original, no debiendo mezclarse los fondos de un organismo con los de otro. La aplicación de este precepto dará lugar a la estructura o partes del cuadro de clasificación.

Teniendo en cuenta las premisas antes descritas, hemos acometido esta empresa que deseamos que sea la primera llama que prenda mecha de la organización de los archivos en las entidades colegiales del resto de nuestro país. Sí debemos de asegurar, que los profesionales que inicien este trabajo cuenten con formación específica para tal cometido, siendo fundamental también buscar asesoramiento de especialistas en la misma.



ESTUDIO DE UN CASO CLÍNICO con ENFERMEDAD DE MENIÈRE

Autores:

Rosa María Rodríguez Muñiz

Diplomada Universitaria de Enfermería, enfermera de atención primaria en el Consultorio de San Bartolomé de la Torre (Huelva). Experto Universitario en Enfermería Comunitaria, Experto Universitario en Acupuntura y Medicina Tradicional China, Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales

Manuel Alberto Orta González

Diplomado Universitario de Enfermería, enfermero, coordinador de cuidados de enfermería de la Unidad de Gestión Clínica Palos de la Frontera/Mazagón (Huelva). Experto Universitario en Gestión de Servicios de Enfermería.

1. Introducción

Según la Guía Clínica sobre la Enfermedad de Menière,⁽¹⁾ en la actualidad no existe un tratamiento curativo para esta enfermedad, puesto que no se conoce la causa. sólo se tratan los síntomas. Por ello, cuando un paciente presenta síntomas tales como vértigos, acúfenos e hipoacusia, debe ser inspeccionado por diversos especialistas. En primer lugar es derivado a un Otorrinolaringólogo, que asociará el origen del problema a un aumento del líquido endolinfático, y aún sin tener clara la etiología, pondrá un tratamiento específico para dichos síntomas. Posteriormente, le revisará un Neurólogo, el cual descartará patología tumoral o alteraciones cerebrales.

Muchos pacientes acuden también al Traumatólogo y al Alergólogo, puesto que algunos de sus síntomas tienen relación con la patología cervical y con determinadas alergias. Lo cierto es que el paciente se ve "atrapado" por el sistema sanitario, pasando de un profesional a otro, pidiéndole cada uno determinadas pruebas y prescribiendo cada uno de ellos un tratamiento. Normalmente se llega al diagnóstico descartando todo lo demás y al no disponer de un tratamiento global del síndrome, sólo se tratan sus síntomas, no la causa. El paciente acaba sintiéndose un poco "desahuciado" por la medicina occidental.

Sin embargo, por increíble que pueda parecer, la Medicina Tradicional China (M.T.Ch) reconoce los síntomas de la Enfermedad de Menière desde hace casi 5.000 años, y ha investigado sobre su etiología y tratamiento⁽²⁾. La M.T.Ch. tiene una visión mucho más holística del cuerpo humano, ya que no lo compartimenta como en Occidente, sino que explica el origen de los síntomas como un desequilibrio energético.

En Medicina China, los más importantes elementos de diagnóstico⁽³⁾ son las características del pulso en la muñeca y las de la lengua. Ello se completa con un cuestionario que recoge datos para su estudio y análisis, sobre el sueño, la orina, heces, dolor, sudor, temperatura corporal, gusto y alimentación, sed, vista, oído, edad, sexo, enfermedades pasadas, costumbres, malos hábitos, trabajo, problemas familiares o del entorno, ejercicio físico y emociones.

Las causas de la enfermedad se determinan analizando cuidadosamente y en conjunto todos los síntomas, para detectar cual es el síndrome que padece el enfermo.

Una vez realizado el diagnóstico, se aplica el tratamiento con la inserción de finas agujas en los acupuntos escogidos, mientras el paciente descansa, normalmente acostado. Es una operación rápida y prácticamente indolora. La respuesta del organismo es una sensación de leve descarga eléctrica, cosquilleo, entumecimiento, hormigueo, picor, frío, calor o pesadez, que se llaman "De Qi", o la llegada del "Qi".

La reacción del organismo a la acupuntura es una sensación de relajación y bienestar. Hay pacientes que notan una mejoría muy rápida de sus síntomas y en otros casos se precisa más tiempo. Una vez más, la diferencia vendrá determinada por una serie de variables como la gravedad de los síntomas, edad del paciente, frecuencia en la repetición del tratamiento, etc.

Actualmente se considera como científicamente demostrado, según los parámetros de la medicina occidental, que la acupuntura produce cambios fisiológicos y liberación de sustancias⁽⁴⁾:

- **Endorfinas** en el cerebro, cuyo efecto es el mismo que el de la droga opiácea llamada morfina utilizada para calmar el dolor. La reducción de la percepción del dolor por el sistema nervioso central permite una recuperación de los tejidos dañados.
- **Cortisol natural**, que posee propiedades antiinflamatorias.
- **Estimulación del sistema inmunológico.**

Los muchos mecanismos de la acupuntura son motivo de numerosos estudios y los nuevos descubrimientos son constantes.



La acupuntura se utiliza para el tratamiento y prevención de numerosas enfermedades agudas y crónicas. Ya en 1980, la Organización Mundial de la Salud de la ONU, publicaba una larga lista de enfermedades que la acupuntura había demostrado tratar eficazmente:

<i>Sistema respiratorio.</i>	Sinusitis, rinitis, resfriado, gripe, amigdalitis, bronquitis, asma, faringitis.
<i>Sistema digestivo</i>	Espasmos del esófago y cardias, hipo, indigestión, colon irritable, diarrea, estreñimiento, gastritis, úlcera duodenal, disentería.
<i>Sistema nervioso.</i>	Jaqueca, migraña, parálisis facial, neuralgia del trigémino, parálisis postopoplejía, neuropatía periférica, parálisis por poliomeilitis, síndrome de Menière, enuresis nocturna, ciática, insomnio, tensión nerviosa.
<i>Otros estados patológicos</i>	Lumbalgia, periartritis escapulo humeral, artritis reumatoidea, hipertensión, lesiones deportivas, alergias, problemas de la piel, trastornos adictivos, conjuntivitis, retinitis, miopía en niños, cataratas, dolor de muelas, gingivitis, taquicardias, trastornos de la fertilidad, trastornos ginecológicos, e innumerables dolencias generales agudas y crónicas.

2. Descripción

Paciente varón de 42 años, con antecedentes de cólicos nefríticos de repetición en ambos riñones y alergia a los ácaros. Antecedentes familiares de litiasis renales por parte de padre, hermana y tía materna, lo que nos orienta a un terreno débil en Riñón. Ha recibido tratamiento con vacuna antialérgica durante tres años. En la actualidad está asintomático y sólo recurre a antihistamínicos a principios de la primavera. Sus análisis clínicos son normales.

La enfermedad surgió a comienzos del año 2000. El paciente recuerda que a raíz de un lavado de oído aparece un "ruidito" suave que no le molestaba. Tres meses más tarde, con un resfriado, sintió ruidos en ambos oídos, desapareciendo posteriormente en uno de ellos. Durante cinco años el paciente ha sufrido de acúfenos e hipoacusia y en el tercer trimestre del año 2004 tuvo su primera crisis de vértigo, acompañado de náuseas, palpitaciones y malestar general. Esta crisis duró varios días y remitió con sulpiride 1 comprimido cada 8 horas. Aunque el mareo desapareció, persistió la sensación de inestabilidad. Después padeció dos crisis más, de parecida duración e intensidad.

Con todo este cortejo sintomático, por fin fue diagnosticado de enfermedad de Menière y se le prescribió Betahistina 16mgr, 1 c/ 8 h. y un diurético c/24 h.

El paciente manifestaba mucho miedo e inseguridad. Después de 5 años rodando por el sistema sanitario, de un especialista a otro, ahora sabía la enfermedad que padecía; pero ello no le tranquilizaba, ya que, al no conocerse la causa, no había un tratamiento efectivo, lo que la convertía en algo incurable.

Hasta ese momento había recibido tratamiento con sulpiride en las crisis y con betahistina y un diurético en las intercrisis. No manifesta-

ba una mejoría importante, pues si bien los mareos cedían, persistía la sensación de inestabilidad, el miedo, los dolores articulares, la astenia, la opresión torácica, el ahogo y la taquicardia.

No se sentía capaz de conducir un coche y estaba en baja laboral, deprimido, estresado, ansioso, triste, desorientado, obsesivo y con ciertos componentes fóbicos.

En esa época, uno de los autores terminó los estudios de Acupuntura y Medicina Tradicional China. La Tesina fin de curso se dedicó a esta patología.

En primer lugar se elaboró la historia clínica en acupuntura para realizar un diagnóstico de la enfermedad según la MTCH. La historia clínica, en MTCH se divide en tres partes sistematizadas que se denominan (2):

1. Cuatro elementos de diagnóstico: recogida de datos.

- Inspección y observación.
- Audición y olfatación.
- Interrogación.
- Palpación.

2. Ocho reglas de diagnóstico: a través de ella se le da nombre a la enfermedad.

3. Ocho técnicas terapéuticas: reglas generales del tratamiento etiológico.

El tratamiento que se ha empleado con el paciente ha sido:

1. Regulación energética: intentando equilibrar en cada tratamiento los desórdenes energéticos que vayan apareciendo.
2. Tonificar la sangre: **6 BP y 10 BP.**
3. Tonificar el BP: **12 RM, 36 E y 4 IG.**
4. Metabolizar las flemas: **40 E y 3 BP.**
5. Tonificar el Riñón Yin: **3 R, 6 R y 7 R.**
6. Sedar el Hígado Yang: **3 H a 2 H.**
7. Tratamiento local: **17 TR, 19 ID y 8 VB.**
8. Tratamiento a distancia: **2 TR y 3 TR.**
9. Tratamiento sobre cervicales: **3 ID, 14 DM, 20 VB,** y paravertebrales en electrodispersión.

Se aplicó el tratamiento al principio tres veces a la semana, completándolo con puntos auriculares en los que se fue combinando la auriculoterapia china y la francesa. Muy eficaces fueron los puntos psíquicos. Tras las primeras sesiones desaparecieron los vértigos y en unas semanas desapareció la sensación de inestabilidad. El acúfeno persistió, pero fue menos intenso y más soportable. Al mes y medio se fue espaciando las sesiones a 2 veces por semana. En general, el tratamiento fue muy bien y el cambio más apreciable se notó en su estado anímico, que le llevó a ver las cosas de otra forma, a relativizar y ser menos obsesivo. El paciente manifestaba que hacía mucho tiempo que no se sentía tan bien.

Posteriormente el tratamiento fue quincenal: utilizando **6 R** como punto de apertura, el **3 R, 6 BP, 40 E, 2 TR, 4 IG, 20 VB y 19 ID.**

En la actualidad el paciente parece totalmente curado. No ha vuelto a tener vértigos, ha disminuido la intensidad del acúfeno hasta la mitad, manteniendo el nivel de audición. No realiza ningún tipo de tratamiento farmacológico y lleva una vida normal.

Además de la acupuntura, se le prescribió una dieta:

- **baja en sal:** Se cree que una dieta baja en sal, combinada con un diurético, reduce la hidropesía endolinfática.



Según la base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas, no existen pruebas suficientes para indicar que el tratamiento con antihipertensivos o con diuréticos mejora el tinnitus, (8-9) la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea tampoco aporta resultados concluyentes. Tampoco hay evidencia suficiente para afirmar que la betahistina tiene algún efecto en la enfermedad de Menière. (10)

Aplicando la terapia cognitivo-conductual no se encontró una diferencia significativa en el volumen subjetivo del tinnitus o en la depresión asociada. Sin embargo, se halló mejoría significativa en la calidad de vida. (11)

La experiencia de uno de los autores como acupuntora y auriculoterapeuta lleva a concluir que la acupuntura por sí misma, y otras veces combinada con medicina occidental u otras terapias alternativas, es muy eficaz. No obstante, sería necesario realizar estudios bien diseñados para verificar los resultados.

- **antialérgica:** La enfermedad de Menière se asocia en algunas personas con alergias al polen, aire, mohos y alimentos. Hay estudios que muestran que muchos pacientes con esta enfermedad experimentaron mejoría en sus síntomas al evitar los alimentos sospechosos de provocar alergias. También ha realizado cambios en su estilo de vida, como la eliminación de cafeína, nicotina y alcohol. Otras recomendaciones muy útiles y efectivas, que el paciente ha realizado son las siguientes:
- **Terapia física:** las personas con enfermedad de Menière padecen con frecuencia problemas musculoesqueléticos en la cabeza y en el cuello. Parece que los ejercicios que ayudan a fortalecer esta zona pueden aliviar los síntomas en algunos casos.
- **Apoyo psicológico:** algunos investigadores recomiendan asesoramiento psicológico para aliviar la perturbación emocional que significa padecer esta enfermedad.
- **Ejercicio:** algunos de los principales investigadores recomiendan que los pacientes con esta enfermedad practiquen ejercicios de rehabilitación vestibular, que se usan sobre todo para recuperarse del vértigo. Los ejercicios deben iniciarse sólo después de que los síntomas se hayan estabilizado con otros tratamientos y no deben realizarse cuando la enfermedad esté activa.

3. Discusión

Si bien es cierto que la literatura consultada muestra que se han realizado ensayos clínicos con hipnosis, psicoterapia, biofeedback, acupuntura..., muchos de esos estudios presentan deficiencias metodológicas en su diseño, y no se pueda aportar una evidencia fuerte sobre ninguna de estas terapias. (5-6)

Se ha buscado documentación en la Guías de Práctica Clínica, Revisiones Sistemáticas, Buscadores de Evidencia y en Bases de Datos Bibliográficas, pero hay muy pocos estudios al respecto, y los que se han realizado fueron deficientes por un mal diseño del estudio científico y porque el número de personas estudiadas fue muy pequeño.

En la bibliografía consultada, sólo se ha encontrado un estudio clínico prospectivo para estudiar la eficacia de la acupuntura en el alivio sintomático del zumbido de oído. Y la conclusión es que hubo una reducción significativa en el grupo al que se aplicó la acupuntura(7).

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Campos Pérez I, Castillo Castillo R, Espinosa Sánchez J.M. Guías Clínicas. Enfermedad de Menière. Grupo de otoscopia de Samfyc. Linares, Jaén, 2001. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guías/2/meniere.asp>
- (2) Nogueira Pérez, C. Acupuntura I. Fundamentos de Bioenergética. pag. 41-49 Ediciones C.M.E.T.C. s.l., Madrid, 2001.
- (3) Nogueira Pérez, C. Acupuntura II. Fisiología, Patología, Semiología y Terapéutica en M.T.Ch. Ediciones C.M.E.T.C. s.l., Madrid, 2001.
- (4) Domingo, C, Introducción a la Medicina Tradicional China y Acupuntura. El método terapéutico que equilibra la energía Revista Rol de Enfermería. 2001.
- (5) Grupo de MBE Galicia. Acúfenos o tinnitus. Complejo Hospitalario Xeral- Calde. Servicio Galego de Saúde. Lugo. Guías Clínicas 2007; 7(24).
- (6) Okada, Daniel Mochide, Onishi, Héctor Tsuneo, Chani, Fernando Ioriatti et al. Acupuntura for tinnitus immediate relief. Rev. Bras. Otorrinolaringol., mar./abr. 2006; vol. 72, nº 2, p. 182-186. INSS 00347299.
- (7) Yan SM. Acupuntura for Meniere's syndrome. Short and long-term observation of 189 cases. Inf. J. Acupunct. 1999; 10:303-4.
- (8) Baldo P, Doree C, Lazzarini R, Molin P, McFerran DJ Antidepresivos para los pacientes con tinnitus (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- (9) Thirlwall AS, Kundu S Diuréticos para la enfermedad o el síndrome de Ménière (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- (10) James AL, Burton MJ. Betahistina para la enfermedad o síndrome de Menière (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007. Número 2. Oxford: Update.
- (11) Martínez Devesa P, Waddell A, Perera R, Theodoulou M Terapia cognitivoconductual para el tinnitus (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Acción Humanitaria

Juan Antonio Manjavacas García del Pozo (DUE)

INTRODUCCIÓN

La presencia y participación enfermera en los momentos más difíciles y en los que más peligran la salud de las personas es intrínseco a nuestra profesión

A lo largo de la historia hemos estado no solo desarrollando nuestra profesión de una forma meramente por emolumentos sino que estamos vinculados a una profesión de vocación y por tanto a una labor de voluntariado altruista entre los más pobres.

Así, nuestro desempeño, en lo que se llamó *"Las Misiones"* también denominado *"El Tercer Mundo"* y posteriormente nuestra participación en la aparición de las *"ONGs"* con los que se desarrollan los hoy conocidos conceptos de *"Ayuda Humanitaria y Cooperación al desarrollo"*.

La labor de las enfermeras es una pieza clave para llevar los cuidados de salud a las poblaciones con menos recursos y a los sectores sociales con mayor riesgo de exclusión en todo el mundo como agente de desarrollo en el bienestar de las poblaciones.

COMIENZOS DE LA ENFERMERÍA

En la época medieval año 542 fue fundado El Hotel Dieu (Casa de Dios) de Lyon y el de París, lo fue en 651. Representaban el símbolo de la caridad y de la hospitalidad. Allí atendían tanto a enfermos como a los necesitados y desvalidos.

Realizaban diversos trabajos caritativos aparte los propios de la enfermería y estaba diseñado para acoger a peregrinos, huérfanos, pobres, débiles y enfermos. El Papa Inocencio IV organizó el grupo originario de mujeres laicas que atendían a los enfermos como orden religiosa. Se las denominó Hermanas Agustinas.

Se considera que ésta es la orden más antigua de hermanas puramente enfermeras. La información más completa sobre las cuestiones de enfermería procede de estos centros.

Tanto los hermanos como las hermanas tenían asignadas actividades específicas, entre las que figuraban el trabajo externo la administración del hospital, el cuidado de los enfermos y los servicios religiosos.

Florence Nigthingale

Curiosamente la enfermera más conocida del siglo XIX, Florence Nigthingale contaba con 17 años cuando en 1837 empezó a visitar las viviendas de personas pobres y enfermas tratando de apoyarlas a mitigar sus penas. A los veintitrés años decide convertirse en una enfermera.

su gran vocación fue la de mejorar el servicio a los enfermos y aquellos que la necesitaban, por supuesto esta opción suponía romper totalmente con la ideología que se tenía debido a su clase social ya que las enfermeras de aquel entonces eran personas que correspondían a una clase social inferior.



El aire de leyenda que acompaña la figura de Florence Nightingale comenzó a raíz del estallido de la guerra franco rusa, en Crimea, en el año 1854. Tras escuchar noticias acerca de las deficientes condiciones sanitarias que imperaban en el Hospital de Üsküdar, ella envió una carta al secretario de guerra británico ofreciendo sus servicios como voluntaria. Al recibir una respuesta afirmativa, emprendió el viaje acompañada de 38 enfermeras voluntarias que había reclutado y se presentó en los campos de batalla: era la primera vez que se permitía la entrada de personal femenino en el ejército británico. Ya en Crimea se pudo constatar el deplorable estado en el que se encontraban los soldados hospitalizados: catres amontonados, escasa limpieza, mala comida y apenas medicinas.

La imagen que hoy nos muestran las películas de guerras, nos exponen la insigne labor e inquebrantable dedicación de las enfermeras, con su abnegación y sufrimiento en los hospitales y sobretodo en los hospitales de campañas.

Las enfermeras sirvieron bajo el fuego en hospitales de campo y en hospitales de evacuación, en trenes y barcos hospital y en aviones de evacuación.

FILOSOFÍA DE LA PROFESIÓN

La presencia y participación enfermera en los momentos más difíciles y en los que más pelagra la salud de las personas es intrínseco a nuestra profesión, por lo que siempre hemos tenido o asumido el acudir en ayuda a los más necesitados.

A lo largo de la historia hemos estado no solo desarrollando nuestra profesión de una forma meramente por emolumentos sino que estamos vinculados a una profesión de vocación y por tanto a una labor de voluntariado altruista entre los más pobres.

Así, nuestro desempeño, en lo que se llamó "*Las Misiones*" también denominado "*El Tercer Mundo*" y posteriormente nuestra participación en la aparición de las "*ONGs*" con los que se desarrollan los hoy conocidos conceptos de "*Ayuda Humanitaria y Cooperación al desarrollo*".

La labor de las enfermeras es una pieza clave para llevar los cuidados de salud a las poblaciones con menos recursos y a los sectores sociales con mayor riesgo de exclusión en todo el mundo como agente de desarrollo en el bienestar de las poblaciones.

ENFERMERÍA Y LA ACCIÓN HUMANITARIA

La idea contemporánea de la acción humanitaria se puede encontrar en las diferentes culturas y religiones, habiéndose plasmado a lo largo de la historia en concepciones como la beneficencia, la caridad o la filantropía.



En 1859, después de la batalla de Solferino, Henry Dunant sugirió la constitución de una sociedad voluntaria de socorro y que los estados ratificaran "un principio internacional convencional" garantizando la protección jurídica a los hospitales y al personal sanitario. Como consecuencia, en 1864 se creó el Comité internacional de la Cruz Roja.

A raíz de la hambruna de Biafra de 1968, motivada por la guerra en esa región de Nigeria. La ONU y la ayuda bilateral no estuvieron presentes, lo que dio pie a la primera operación humanitaria por parte de las ONG.

De esta experiencia, un grupo de médicos y periodistas franceses fundó Médicos sin fronteras y en el Reino Unido se creaba el Instituto Internacional de Desastres. Posteriormente entre los 70 y 80 aparecieron nuevas organizaciones: Médicos del mundo, Acción contra el hambre Oxfam y Care.

El trabajo en un país del tercer mundo puede ser emocionante, peligroso y según condiciones puede resultar austero. Pero trabajar en un país del tercer mundo ofrece la oportunidad de experimentar diversas culturas, crecer personal y profesionalmente, promover la salud y prevenir las enfermedades, y tener la sensación de que estás marcando una diferencia.

Existen varios tipos de oportunidades de enfermería en el extranjero. Los más comunes son voluntarios en Cooperación internacional y Ayuda al desarrollo, en las que el plazo de tiempo depende del proyecto a desarrollar, o bien el tipo de contrato personal con ongs, u organizaciones religiosas, siendo los compromisos generalmente de uno a tres años.

Los enfermeros también estamos presentes en misiones internacionales de Ayuda humanitaria urgente, a las víctimas de catástrofes y desastres, estando estas caracterizadas, por un despliegue de organizaciones multiservicios en el que hay un enriquecimiento personal y enriquecedor por los componentes desplegados, bomberos, equipos de rescate, logistas, equipos sanitarios etc. También el trabajo es más agotador pues es en auxilio de una emergencia, el trabajo es más a destajo y el desgaste, físico psi-



- El principio de non-refoulement (no devolución)
- Las Normas Mínimas fijan los niveles mínimos de asistencia que tienen que proporcionarse y que los afectados tienen derecho a esperar en cada uno de los cinco principales campos de la ayuda humanitaria:
- Abastecimiento de agua y saneamientos.
 - Nutrición

Ayuda alimentaria

Refugios, asentamientos y planificación de emplazamientos

Servicios de salud

En definitiva, la Carta y las Normas representan en conjunto las siguientes aportaciones (Rey, 1999:123-4):

cológico y mental es mucho mayor, es por ello que la permanencia sobre el terreno en estos casos se ciña a no más de 15 – 21 días.

Desde hace unos años, se están realizando proyectos sanitarios a corto plazo de unos 20 a 30 días, con desplazamiento de equipos quirúrgicos especializados, en los que se trata de resolver una serie de patologías quirúrgicas, que sin estas actuaciones concretas en la mayoría de los casos no se resolverían, y en los que además se hacen programas de seguimientos postoperatorios por los servicios locales de salud.

Actualmente por parte de diversas organizaciones, se está favoreciendo un nuevo servicio exprés, llamado vacaciones solidarias, consistente en que a partir de pagarte el billete va a depender del trabajo a desarrollar, normalmente implicándote en el trabajo en una comunidad o bien visitando distintos proyectos. Muchos de estos viajes son patrocinados por organizaciones religiosas, grupos sindicales o individuales, durando de una a tres semanas de trabajos en los que equipos de voluntarios viajan diariamente a clínicas improvisadas. Estas clínicas pueden estar situadas en las afueras de una ciudad o en aldeas remotas.

PROYECTO ESFERA

El Proyecto de la Esfera es una iniciativa lanzada en 1997 por un grupo de organizaciones humanitarias con el objetivo de establecer, por primera vez, una serie de normas mínimas universales en las áreas más importantes de la ayuda humanitaria post-desastre, de modo que ésta vea mejorada su calidad y su *rendición de cuentas*. Según se dice expresamente en el preámbulo del Proyecto, los derechos humanos básicos y los principios humanitarios se aplican o vinculan a la provisión de unos determinados niveles de ayuda, que se tienen que alcanzar para lograr la plena aplicación del derecho a la asistencia. Esos niveles se establecen en las Normas Mínimas.

La Carta recalca tres principios básicos en los que se asienta

- El derecho a una vida digna
- La distinción entre combatientes y no combatientes

a) Un compromiso de cooperación entre los actores humanitarios, buscando su coordinación en el terreno y en otros ámbitos.

b) Un compromiso de las agencias para incrementar su rendición de cuentas);

c) El establecimiento del alcance, límites y responsabilidades de la acción humanitaria.

d) El compromiso de cumplir las exigencias de ayuda formuladas en la Carta y concretadas y cuantificadas en las Normas.

e) La reafirmación de principios humanitarios existentes en los instrumentos jurídicos vigentes.

La OMS y los objetivos de desarrollo del milenio

La Declaración del Milenio fue aprobada en la Cumbre del Milenio, celebrada en septiembre de 2000 en Nueva York. Las perspectivas sobre cuáles son los principales problemas del mundo convergieron en puntos sumamente específicos:



Los objetivos acordados en esta Cumbre se conocen ahora como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (los ODM) y proporcionan un marco para que todo el sistema de la ONU trabaje coherentemente y en conjunto hacia un fin común. La ONU tiene una posición excepcional para impulsar el cambio, conectar a los países con el conocimiento y los recursos, y ayudar a coordinar esfuerzos más amplios en el nivel nacional.

Objetivos:

- 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- 2: Lograr la enseñanza primaria universal
- 3: Promover la igualdad entre géneros y la autonomía de la mujer
- 4: Reducir la mortalidad infantil
- 5: Mejorar la salud materna
- 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
- 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Resultados más importantes que debe obtener el desarrollo, a saber:

Reducción de la mortalidad materna asociada al parto;

Aumento de la supervivencia infantil durante los primeros años de vida;

Lucha contra la catástrofe que conlleva el VIH/SIDA;

Garantía de acceso a los medicamentos que salvan vidas;

Mejoramiento de la salud en todas sus formas, contribución ésta muy importante para la reducción de la pobreza.

(Septiembre de 2000, Adopción de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. Suscrita por 189 países, se establecen objetivos por alcanzar para 2015.)

OBJETIVOS ONGs

Mejorar las expectativas y condiciones de vida de las poblaciones más desfavorecidas, mediante la prevención, la educación sanitaria y la construcción de infraestructuras que garanticen condiciones higiénicas adecuadas.

Contribuir a mejorar la situación de las poblaciones afectadas por desastres fortaleciendo la respuesta y la prevención de estas situaciones.

Cubrir las necesidades básicas de la población ante cualquier emergencia, en la que superan la capacidad de reacción de la población más vulnerable.

Desarrollar una buena labor y enseñar nuestras técnicas y métodos a las enfermeras de allí para que, cuando nosotras regresemos, sepan cómo desenvolverse".

Material y Métodos

Proyectos de Acción humanitaria: Hacer frente a las necesidades apremiantes de las poblaciones en peligro serio de subsistencia.

Proyectos de desarrollo: Proyectos a largo plazo que intentan integrarse en la estructura sanitaria básica de la región. Se trata de



sentar las bases de un desarrollo sanitario más amplio.

Ayuda ante Emergencias: La intervención de emergencias marca la diferencia entre la vida y la muerte de las personas más vulnerables, para las que es imposible salir de esta situación por sus propios medios.

Prestar ayuda en aquellas regiones afectadas de forma transitoria y repentina. Atención de heridos, enfermos y refugiados y a la construcción de infraestructuras sanitarias o higiénicas que suplan las necesidades básicas de la población.

Operaciones de apoyo logístico, potabilización de agua y atención médica prehospitalaria.

Aplicar los principios de la Medicina Humanitaria

- Mejorar las condiciones de vida y las posibilidades de desarrollo de los habitantes de los países más empobrecidos.
- Mejorar la situación de los sectores marginados de la sociedad española con el fin de lograr su completa integración.
- Informar, concienciar y formar a la sociedad sobre la realidad de los países empobrecidos y de los colectivos marginados de la sociedad española.
- Salud básica:
 - Programas de atención sanitaria básica.
 - Infraestructura sanitaria básica.



SEMECA

CARITAS

Voluntariado con emigrantes los marginados y desarraigados en las ciudades.

CONCLUSIONES

A lo largo de su historia La Enfermería ha estado marcada desde la formación, y también desde la mirada de la sociedad, como algo más vocacional que profesional.

En las últimas décadas, los cambios en la sociedad fueron transformando la idea de vocación hasta convertirla casi en una palabra maldita, y las enfermeras colocamos en su lugar profesionalidad, defendiéndola como el eje de nuestro quehacer.

Pero debemos rescatar la palabra Vocación, actualizarla y darle sentido, sin perder por ello todo lo ganado como profesionales.

Hay aspectos de la profesión que uno elige, no por razones claras y razonables, sino por ese otro motivo que tiene que ser con valores humanos, con solidaridad.

Nosotros tenemos nuestro proyecto de ayudar a vivir, a nacer, a morir, dar salud, evitar la enfermedad, calmar el dolor; todo eso forma parte de nuestra profesión tiene muchos elementos no cuantificables, no tiene compensación en el dinero, en el reconocimiento social, es otra cosa y tal vez eso sea vocación.

La Enfermería, ha asumido el papel de cuidador de la salud de la gente. (Antón Nardiz M^a Victoria. **“LAS ENFERMERAS ENTRE EL DESAFÍO Y LA RUTINA. Una mirada al siglo XXI”.**)

Por tanto si las enferme@s son solidarias, estaremos hablando de Solidaridad enfermer@

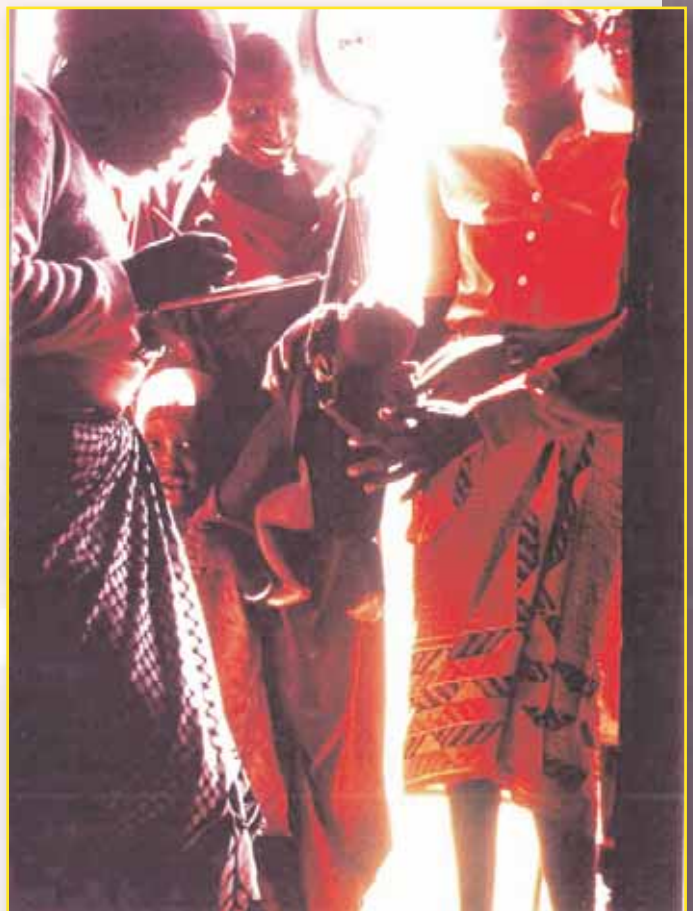
- Nutrición básica. Educación sanitaria básica.
 - Control de enfermedades básicas.
 - Formación de personal sanitario.
- Salud reproductiva:
- Atención en salud reproductiva.
 - Planificación familiar.
 - Lucha contra ETS (enfermedades de transmisión sexual), incluido el Sida.
 - Formación de personal para población y salud reproductiva.

AGENTES DE LA COOPERACIÓN

- CRUZ ROJA
- PROTECCIÓN CIVIL
- MISIONES RELIGIOSAS
- ONGs
- UNICEF,

Médicos sin fronteras,
Médicos del mundo,
Acción contra el hambre
Fundación Vicente Ferrer

Enfermeras para el mundo,
Acción contra el Hambre
Bomberos unidos sin fronteras (B.U.S.F)
ACNUR





ILUSTRE. Colegio Oficial de ENFERMERÍA de HUELVA

CONVOCA

XVII

Certamen de Investigación en Enfermería CIUDAD DE HUELVA



Cuidados
Pediátricos

A. Alcalde

Bases

1. DENOMINACIÓN:

Certamen Onubense de Investigación en Enfermería "CIUDAD DE HUELVA"

2. OBJETO:

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

3. DOTACIÓN:

La dotación será:

Primer Premio: 1.500 euros y trofeo.

Accesit: 500 euros y trofeo.

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

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

4. PRESENTACIÓN:

Los trabajos se presentarán en la sede del colegio antes de las 18:00 horas del día 22 de Diciembre de 2010. No tendrán límite de espacio y acompañará bibliografía si la hubiese, así como documentación gráfica. Se presentarán cinco copias, en tamaño DIN A-4, mecanografiados a doble espacio por una sola cara, encuadernados, empaquetados y en soporte digital.

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

INFORMACIÓN:

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

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

5. PARTICIPANTES:

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

6. JURADO:

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

7. FALLO:

El fallo del jurado será hecho público por el secretario designado entre sus miembros, el Día Internacional de Enfermería, San Juan de Dios del año 2011.

8. PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:

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

9. TITULAR DEL PREMIO:

Será quien aparezca como único o primer firmante.

<http://www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es>