

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERIA
DE HUELVA



enfermería

AÑO XVI

nº 50 Junio 2013

ENFERMERÍA: APUESTAS por la **SALVACIÓN** del S.N.S.



*Muere Manuel Toscano,
referencia del Colegio y de
la profesión en Huelva*

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

Tomás Lozano León

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

Tel. 959 54 09 04

Correo electrónico:

Coleg21@enfermundi.com

Línea Móvil 639/11 17 10

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 ESPECIALISTAS HUELVA

6/9 MUERTE PERINATAL

10/13 GESTANTES OBESAS

14 JORNADA EQUIPOS MÓVILES

15 FALLECIDOS

16/20 TRAUMAS OCULARES

21 AMA

22/23 SALVAR EL SNS

24/25 CONGRESO INTERNACIONAL ENFERMERAS

26 NORMAS DE PUBLICACIÓN

27 ARACENA / CARTAYA

28 XX CERTAMEN



Muere Manuel Toscano,
referencia del Colegio y de
la profesión en Huelva



CRISIS, RECORTES Y PÉRDIDAS IRREPARABLES

La actualidad se sigue escribiendo con tinta de preocupación y carencias.

La crisis está extendiéndose en el ámbito sanitario público como, entre otras muchas referencias, acaban de denunciar hasta siete organizaciones sindicales de la región al dejar patente que la Junta está "desmantelando" pilares de la sociedad tan esenciales como la sanidad y la educación. Y para más muestras locales, la precariedad en el empleo que está padeciendo centenares de enfermeras y enfermeros justo en puertas de que se inicie un verano donde, ya es tradicional, los ajustes en dotaciones y recursos humanos son permanente letanía en el discurrir de los últimos años en la sanidad pública andaluza. No caben más paños calientes por cuanto nos encontramos inmersos en una política tan evidente como solapada de tantos y tan duros recortes. Trufada, eso sí, con incesantes proclamas de buenismo e intentos de huida de las propias responsabilidades por parte de la administración andaluza.

Sin embargo, debemos seguir siendo todo lo (moderadamente) optimistas que la situación permite. Y entre estos oasis que significan algún tipo de avances, debemos dejar constancia de que en la sanidad pública de Huelva ha comenzado la etapa de especialización de la enfermería, vía Eir, en las áreas de Salud Mental y Trabajo. Si bien es cierto que con cifras de aspirantes aun es muy débil, pero principios quieren las cosas y hay que felicitarse de que el pórtico a la especialización profesional también ofrezca acento onubense por los hospitales y centros de atención primaria.

En esta misma línea, no podemos dejar sin mención, siquiera breve, al éxito logrado por el Consejo General de Enfermería al conseguir que España, y la ciudad de Barcelona, vaya a ser sede del Congreso Internacional de la profesión en todo el mundo en el 2017. Aunque parezca muy lejana, esta cita reúne los alicientes imprescindibles para calibrar su importancia porque va a suponer que la profesión de enfermería española ofrezca a la del resto del mundo sus cualidades, ambiciones y, por qué no, los principales problemas que le afectan a la cabeza de todos el enorme desempleo que amenaza con frustrar a un buen número entre los más jóvenes de la titulación. Este Colegio Oficial de la provincia de Huelva, como parte integrante de la Organización Colegial, quiere expresar su beneplácito y felicitación ante un logro que, a buen seguro, supondrá el mejor escaparate para propiciar avances que afecten al conjunto de la profesión.

Y si hablamos de la Organización Colegial, resulta obligado subrayar el acierto que ha supuesto poner firma y voluntad ante la Ministra de Sanidad a fin de que la enfermería española demuestre, con hechos y propuestas concretas, que su compromiso por salvar el sistema va más allá de un mero formulismo. Conforme dejamos constancia en el presente número, nadie podrá argumentar que la enfermería española vivió a espaldas de una realidad tan sumamente grave como la que atraviesa el SNS. Ahí está su decisión de colaborar en la difícil tarea de reflotar un Sistema en el que todos los ciudadanos estamos, de una u otra forma, implicados.

Hemos dejado para el final, luego de recomendar todos y cada uno de los trabajos científicos aquí desarrollados, el capítulo no deseado de las ausencias irreparables. En esta edición reflejamos la realidad de tres fallecimientos igualmente dolorosos. Dos jóvenes diplomados -Manuela Benítez y Antonio Salgado- nos han dejado en lo mejor de sus vidas entre la enorme tristeza de familiares y amigos, a los que acompañamos en su dolor. Y, permítasenos, como Colegio Oficial, nos sentimos de alguna manera huérfanos ante la muerte de Manuel Toscano, el auténtico "patriarca" de la corporación que presidió a lo largo de 30 años. Con él desaparece una figura que ya es parte de la historia del Colegio y de la enfermería de Huelva. Descansen en paz.



SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
DE LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL CON LA COMPAÑÍA MAPFRE

EL COLEGIO TE PROTEGE

CON EL ÚNICO SEGURO -INCLUIDO EN LA CUOTA- QUE CUBRE A 1^{er} RIESGO TODAS LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO PRIVADO, CONCERTADO Y PÚBLICO (*)

3,5

MILLONES DE EUROS

3.500.000 €

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

NORMAS DE PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE POSIBLES RECLAMACIONES:

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.

(*) Hospitales y centros de salud públicos, Hospitales y centros privados, Hospitales y centros concertados con el SAS, Residencias de mayores y Centros sociosanitarios públicos, concertados y privados, Compañías aseguradoras, Consultas privadas y Ejercicio libre de la profesión.

Si tienes otras pólizas contratadas, para evitar consecuencias no previstas, tráelas al Colegio para que te aclaremos sus coberturas y si te cubren la actividad privada, concertada y pública.

LA NUEVA PÓLIZA AMPLÍA LAS PRINCIPALES COBERTURAS:

Responsabilidad civil de los colegiados en el desarrollo propio de su actividad profesional o especialidad sanitaria, tal como se regula en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, incluyendo la actividad docente, terapias alternativas y "piercing" ■ Cobertura por inhabilitación profesional como consecuencia de sentencia judicial firme, con abono, por parte de la Aseguradora de una cantidad máxima de 1.350 €/mes, por un plazo máximo de 15 meses ■ Posibilidad de contrademanda o reclamación a contrario frente a denuncias infundadas, temerarias o con mala fe.

COMIENZA LA FORMACIÓN DE LAS ESPECIALIDADES



En Huelva, enfermería cuenta con dos profesionales de Trabajo y Salud Mental

Huelva.- Redacción

El Hospital Juan Ramón Jiménez fue el escenario elegido para llevar a cabo el tradicional acto de bienvenida a un total de 47 futuros nuevos Especialistas interno residentes (Eir) que, desde el pasado mes de mayo 2013, han comenzado el periodo de formación en los centros hospitalarios de la capital de la provincia (El citado J. R. Jiménez y el Infanta Elena) con una duración que oscila entre los dos y cinco años, en función de las especialidades elegidas. Por lo que a enfermería se refiere, la novedad es la presencia de dos profesionales. una enfermera para especializarse en Trabajo y un enfermero que, por primera vez en Huelva, inicia su periplo en la Salud Mental.

La delegada de Salud y Bienestar Social en Huelva, Lourdes Martín, junto a directivos y jefes de ambos hospitales presidieron la recepción oficial a los 47 futuros especialistas que han iniciado su post-grado en la sanidad onubense. Los residentes (36 en el J. R. Jiménez) y el resto (11 en el Infanta. Elena) pertenecen a diversos colectivos y titulaciones. A saber: Medicina (Psiquiatría incluida), Farmacia, Enfermería y Psicología. La mayoría de esta promoción pertenecen (18) a Medicina Familiar.

La enfermería tuvo representación en este inicio multidisciplinar de los Eir, merced a una diplomada que aspira a especializarse en enfermería del Trabajo y la novedad de la incorporación de un enfermero a la Unidad docente de Salud mental de Huelva que abre sus puertas al colectivo para cursar las enseñanzas de Salud mental. junto a Psiquiatras y Psicólogos. Es la consecuencia a haberse acreditado, en 2012, la Unidad Docente específica de Huelva por parte del Ministerio de Sanidad, como dimos noticia en su momento a través de esta Revista. Unos tutores que, a lo largo de los próximos 2 años, en el caso de la enfermería, ejercerán labores de supervisión y apoyo a los futuros especialistas.

Premio Fabis

La administración sanitaria, al mismo tiempo, dio a conocer que, como estímulo a la labor de los residentes formados en los centros de atención primaria y hospitalaria de la sanidad pública onubense, ha convocado la primera edición del premio Fabis al "Mejor residente" al que han optado los titulados que, durante el presente 2013, finalizan su periodo de formación de postgrado por alguna de las vías establecidas -Mir, Eir, Pir y Fir- en cualquiera de los centros donde desarrollan su labor. En concreto, este I Premio Fabis 2013, dotado con 1.500 euros, ha recaído en M^a del Rosario Pérez, residente de Medicina Interna del Hospital Infanta Elena. La Fundación onubense Fabis es una institución con sede en el Hospital Juan Ramón Jiménez que tiene como objetivo "la promoción de la investigación biomédica y en Ciencias de la Salud de la provincia onubense".

PLAN DE CUIDADOS EN EL ABORDAJE DE LA MATERNIDAD TRAS UNA MUERTE PERINATAL PREVIA

AUTORAS:

- M^a del Carmen Mejías Paneque. Matrona y Licenciada en Antropología. Hospital de Osuna. Sevilla. N^o colegiada 15742 (Sevilla).
- Silvia García González. Matrona. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. N^o colegiada 4111 (Huelva).
- Laura Duarte González. Matrona. Atención primaria Distrito Huelva. N^o colegiada 4289 (Huelva).

1. INTRODUCCIÓN

Uno de los procesos más dolorosos y difíciles que algunas parejas tendrán que experimentar en su vida en común será la muerte perinatal o neonatal (definida por la OMS como aquella que ocurre a partir de las >28 sg o feto >1000gr + muerte neonatal precoz). Supondrá un antes y un después en la vida de pareja y la manera de afrontarlo dependerá de los mecanismos de defensas de ambos progenitores y de su propia idiosincrasia como pareja.

La muerte perinatal ocurre en la edad fértil de la mujer y en algunas ocasiones, en parejas que no tienen hijos previos, lo cual suscitará el deseo de una nueva gestación. Pero la gestación tras una pérdida perinatal previa presentará algunas peculiaridades importantes: los padres han *perdido la inocencia* que tenían en la gestación anterior, saben que no todo sale siempre bien y viven la nueva gestación *con un pie dentro y otro fuera*.

Es importante que como sanitarios entendamos las modificaciones en la adaptación psicológica de la madre y su pareja, miedos e inseguridades ante la nueva gestación para poder ofertar un adecuado apoyo emocional. Para ello es especialmente útil la realización de un plan de cuidados estandarizados con interniveles entre atención primaria y hospitalaria logrando una atención integral de la mujer y su pareja.

1.1. ¿CUÁNDO ES EL MOMENTO DE BUSCAR UNA NUEVA GESTACIÓN?

Lake y cols (1) afirman que la resolución del duelo en una mujer de luto por un recién nacido muerto requiere de uno a dos años. Condon (2) considera que éste sería el periodo adecuado para la resolución total de duelo pero que a los seis meses la muerte perinatal o pérdida neonatal ya no forma el centro de la vida emocional de la mujer, siendo éste un buen momento para volver a quedarse embarazada si lo desea.

A pesar de la recomendación de que esperen de seis meses a un año para una nueva gestación, Wolff y cols.(3) y Forrest y cols.(4) constataron que el impulso emocional de volver a quedarse embarazada es muy fuerte a pesar de las dudas y miedos que los invaden.

Al revisar los diferentes estudios realizados sobre el momento idóneo para volver a quedarse embarazada tras la pérdida aparecen resultados diversos (4) por lo que es difícil establecer un modelo único de compor-

tamiento, además el momento ideal dependerá del tiempo que precise la propia pareja para superar el duelo, pero a grandes rasgos podemos afirmar que se ha visto que el nacimiento de un nuevo hijo a menudo conllevará recuerdos del hijo muerto (5) comparando la gestación actual con la anterior; sin embargo, cuando se produce en el periodo adecuado, el volver a recordar el pasar por la pérdida, puede constituir una experiencia positiva al proporcionar el cierre del duelo. Por tanto el nuevo hijo, si nace en el tiempo de 18 a 24 meses, cierra el ciclo de percepciones psicológicas negativas en la pareja y sobre todo en la madre mientras que los padres que se precipitan en otra gestación pueden poner al nuevo hijo y a sí mismos en un riesgo psicológico (6)

1.2. LOS MIEDOS QUE SURGEN DURANTE EL EMBARAZO

a) PRIMER TRIMESTRE

Los antecedentes obstétricos previos harán que este embarazo se considere de Alto Riesgo, lo cual implicará mayores controles y vigilancia. Esto ocasionará en los padres un doble sentimiento: Por un lado la tranquilidad al tener más controles que en la gestación anterior y por otro lado mayor nerviosismo ante el resultado de cualquier prueba.

Durante este primer trimestre es raro que los padres muestren la emoción inicial de todo embarazo; muchos no querrán decir que están embarazados hasta que no pase el primer trimestre siendo incapaces de participar de la alegría de los demás. Los propios familiares se mostrarán preocupados y sorprendidos ante esta actitud pues piensan que al quedarse embarazados de nuevo se sentirán mejor e ilusionados y olvidan que para los padres el nuevo embarazo supone un nuevo temor: el de perder también a este bebé.

Conforme avanza el primer trimestre surge en los padres un sentimiento de ambivalencia (7): alegría por el nuevo hijo y dolor por el recuerdo del hijo perdido.

En ocasiones la mujer cambiará alguno de sus hábitos de vida: tipo de alimentación, ejercicio o actividad sexual al considerar que puede existir una relación entre estos y la pérdida perinatal.

b) SEGUNDO TRIMESTRE

El umbral del dolor se encuentra disminuido lo que provoca que la mujer acuse más las molestias habituales del embarazo. Pennebaker (8,9) considera que este hecho es una respuesta de somatización

ante la ansiedad que le provoca el pensar en la posibilidad de sufrir una nueva pérdida.

El miedo crece al sentir los primeros movimientos del bebé, los padres pensaban que estos movimientos les darían confianza, en lugar de esto se cuestionarán si son muchos, pocos o suficientes.

El conocer el sexo del bebé les puede producir sentimientos encontrados: Algunos querrán un bebé del mismo sexo del que murió y otros del sexo opuesto. Este hecho supondrá un resurgimiento del dolor porque empiezan a ser conscientes de que se trata de un niño diferente al que falleció.

c) TERCER TRIMESTRE

Cuanto más se acerca la fecha estimada de parto más miedo pueden sentir, no es raro que los padres digan: “saquen al bebé como sea, ahora que todavía está vivo.”

Las parejas se centrarán más en el trabajo o en otros aspectos de la vida que en el propio embarazo. Hense (10) observó una resistencia de la mujer a establecer el vínculo de apego como una respuesta materna de autoprotección para no ser lastimada de nuevo.

d) PARTO

Muchas familias han descrito reacciones del síndrome de estrés postraumático cuando entran en el área de maternidad, la proximidad del nacimiento evocará al bebé muerto aunque este recuerdo puede suponer una experiencia positiva al facilitar el cierre del proceso de duelo (11).

El umbral del dolor se encuentra disminuido, siendo necesaria la administración de analgésicos durante la fase prodrómica o de latencia de parto.

Es necesario que la mujer esté acompañada en todo momento por su marido/pareja ya que se ha demostrado que constituye un elemento clave para disminuir la ansiedad materna (12). La matrona o ginecólogo debe informar a la pareja del proceso de evolución del parto: exploraciones y control de bienestar fetal, estos datos permiten a los padres mantener un mayor control y vivenciar de manera positiva el trabajo de dilatación y parto (13).

Inmediatamente después del nacimiento se debe mostrar el neonato a sus padres para reducir los temores sobre su aspecto o apariencia. Es especialmente necesario el contacto precoz piel-piel para promover la formación del vínculo materno-filial debido a que algunas madres pueden experimentar rechazo inicial por haber idealizado al hijo anterior (14), además estas parejas necesitan de más tiempo para aliviar la preocupación y ansiedad propia de todo parto.

e) PUERPERIO

El recién nacido debe permanecer en la misma habitación que sus padres durante la estancia hospitalaria y las exploraciones físicas necesarias deben hacerse en presencia de éstos.

El nacimiento del nuevo bebé puede suponer el cierre del duelo por la pérdida de la gestación anterior pero, en ocasiones representa una forma de evitar el dolor de la pérdida anterior (15). Algunos padres pondrán el mismo nombre al nuevo bebé, el que tenían pensado para el fallecido, lo cual nos indica que consideran al nuevo hijo un sustituto de él. Durante los primeros meses puede aparecer el síndrome del niño vulnerable caracterizado por sobreprotección paterna, gran preocupación por la salud del hijo/a, vigilancia excesiva de la respiración mientras duerme y mayor inquietud la primera vez que el hijo enferma. Los sanitarios deben informar a los padres que es normal el surgimiento de estos sentimientos al principio e indicarles que irán desapareciendo a medida que se adaptan al nuevo rol de paternidad.

2. COORDINACIÓN INTERNIVELES EN LOS PADRES QUE HAN SUFRIDO UNA PÉRDIDA PERINATAL PREVIA A LA NUEVA GESTACIÓN

a) ASISTENCIA ESPECIALIZADA

Debemos ser conscientes de que estos padres demandarán mayor información de las pruebas solicitadas por la ansiedad del nuevo embarazo. Para aliviarlos y tranquilizarlos es necesario que se les informe con claridad de los resultados de las pruebas.

Se consideran embarazos de alto riesgo, por lo tanto el seguimiento del programa de embarazo, parto y puerperio se realizará de manera conjunta entre atención primaria y atención hospitalaria. Las visitas ginecológicas se realizarán en el hospital de referencia mientras que las visitas de la matrona se llevarán a cabo por la matrona de su centro de salud.

La gestante precisa confirmar constantemente el bienestar de su hijo por lo que la consulta al equipo obstétrico y a urgencias suele ser más frecuente de lo habitual. En muchas ocasiones la gestante experimenta contracciones o sienten que el bebé ha dejado de moverse en fechas próximas al aniversario de la pérdida del bebé anterior.

Al encontrarse el umbral del dolor disminuido, percibirá con mayor intensidad las molestias habituales del embarazo.

Durante el proceso de dilatación, las reacciones emocionales de los padres pueden estar intensificadas al recordar la experiencia anterior. Es muy importante el acompañamiento y la escucha por parte del profesional sanitario en este momento.

Es necesario informar de la evolución de la dilatación y del bienestar fetal para aportarles tranquilidad y lograr una vivencia positiva del nacimiento.

Tras el parto es fundamental el contacto precoz piel-piel para facilitar el vínculo y aliviar la preocupación, ofreciéndoles a los padres un espacio de intimidad en el puerperio inmediato.

Durante la estancia hospitalaria el recién nacido permanecerá junto a sus padres en todo momento y las exploraciones pediátricas se realizarán en presencia de los mismos.

b) ASISTENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

El objetivo principal es trabajar el miedo a otro embarazo anormal. Desde la consulta de atención primaria se debe ofrecer un espacio de diálogo y ayuda para resolver dudas favoreciendo la expresión de miedos y ansiedades.

Ayudarlos a eliminar el miedo a vincularse afectivamente a este nuevo bebé. Hay que entender que el mantener una relación distante con el bebé que llega es su forma de protegerse debiendo guiar a los padres en la aceptación de que sería igualmente doloroso que este bebé muriese también y ellos no se hubiesen permitido establecer vínculo con él.

Es especialmente adecuado que visiten el área de dilatación y parto, para ello concertaremos cita con la supervisora de paritorios del área hospitalaria. Aunque a los padres les resulte difícil, debemos aconsejarla pues nos ayuda a prevenir que el síndrome de estrés postraumático se produzca el mismo día del parto, necesitan recrear sus sentimientos y enfrentarse a ellos para que cuando llegue el nuevo parto estén preparados.

Las visitas domiciliarias de la matrona durante el puerperio permitirán valorar la interacción madre-hijo/a y detectar alteraciones en la adaptación de la mujer a su nuevo rol de madre.

Tabla1. Coordinación interniveles: guía del proceso de embarazo en feto cruz anterior

PRIMERA VISITA	MATRONA	6-8 semanas de gestación	Primera visita. Recomendaciones generales.
SEGUNDA VISITA	TOCÓLOGO DE ATENCIÓN PRIMARIA	12-13 semanas de gestación	Confirmación evolución normal de la gestación y edad gestacional. Derivación asistencia especializada.
TERCERA VISITA	MATRONA	16-18 semanas de gestación	Evaluación de analíticas. Valorar la vinculación afectiva con nueva gestación.
CUARTA VISITA	TOCÓLOGO AREA HOSPITALARIA	20 semana de gestación	Ecografía morfológica de las 20 semanas. Evaluar riesgo obstétrico.
QUINTA VISITA	MATRONA	23-24 semana de gestación	Solicitar analítica del 2 trimestre. Test O'Sullivan. Recomendar vacuna Tétanos. Citar para educación maternal.
SEXTA VISITA	MATRONA	28 semana de gestación	Valoración analítica. Explorar miedos e inseguridades que resurgen en este trimestre.
SEPTIMA VISITA	TOCÓLOGO ÁREA HOSPITALARIA	32 semana de gestación	Ecografía con objetivo de valorar crecimiento y anomalías congénitas de aparición tardía
OCTAVA VISITA	MATRONA	35-36 semana de gestación	Solicitar analítica del 3 trimestre. Toma de EGB. Visita coordinada a las salas de dilatación/paritorio del hospital de referencia.
NOVENA VISITA	TOCÓLOGO DE ÁREA HOSPITALARIA	38 semana de gestación	Evaluación de riesgos obstétricos de nueva aparición. Pruebas de bienestar fetal (TNS, Ecografía).
DECIMA VISITA	TOCÓLOGO DE ÁREA HOSPITALARIA	40 semana de gestación	Evaluación de riesgos obstétricos de nueva aparición. Pruebas de bienestar fetal (TNS, Ecografía).

3. OBJETIVO

Principal:

- Ofertar un adecuado apoyo emocional disminuyendo miedos e inseguridades que surgen en la nueva gestación.

Secundarios:

- Reforzar una vinculación afectiva a la nueva gestación.
- Asesorar ante dudas que puedan surgir.
- Valorar adaptación al rol materno.

4. DESARROLLO

DIAGNOSTICO ENFERMERO	NOC	NIC
00172 Riesgo de duelo disfuncional r/c muerte perinatal en gestación anterior m/p conductas que dificultan la aceptación de la pérdida.	1305 Modificación psicosocial: Cambio de vida. 130507 Expresiones de sentimientos permitidos. 130508 Identificar estrategias de superación.	5230 Aumentar el afrontamiento 5270 Apoyo emocional 5240 Asesoramiento

DIAGNOSTICO ENFERMERO	NOC	NIC
000146 Ansiedad r/c estrés ocasionada por la nueva gestación m/p trastorno del sueño, preocupación y verbalización de angustia.	001402 Autocontrol de la ansiedad	002300 Administración de medicación 005230 Aumentar el afrontamiento 005880 Técnicas de relajación
000069 Afrontamiento inefectivo r/c falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación m/p expresiones de incapacidad para afrontar la situación.	00132 Afrontamiento de los problemas 000906 Toma de decisiones	005230 Aumentar el afrontamiento 004920 Escucha activa 005294 Facilitar el duelo

5. CONCLUSIONES

La muerte perinatal en gestaciones anteriores condicionará la vivencia de la nueva gestación desde un marco de inseguridad, ansiedad y temor. Se hace necesario el adecuado apoyo emocional y

asesoramiento de los profesionales sanitarios implicados en el proceso de embarazo, parto y puerperio para evitar un incremento de las patologías psiquiátricas y lograr una vivencia positiva de la nueva gestación.

ANEXO. Sesiones formativas en educación para la salud:

SESIÓN 1: El duelo Objetivos: Expresar sentimientos y pensamientos sobre la pérdida del hijo. Identificar la fase del proceso de duelo en el que se encuentra.	Actividades Valorar historia puerperal. Describir las fases del duelo. Identificar núcleos de apoyo emocional en el círculo familiar.
SESIÓN 2: La comunicación con la pareja Objetivos: Verbalizar sentimientos compartidos con la pareja.	Actividades Destacar la importancia de la comunicación con la pareja. Expresión de sentimientos/temores en el nuevo embarazo.
SESIÓN 3: El nuevo embarazo Objetivos: Verbalizar que la llegada de un nuevo hijo no viene a sustituir al perdido.	Actividades Explicar la importancia de vivir la nueva gestación desde el proceso de duelo resuelto. Asignar un nombre al futuro recién nacido. Valorar grado de vinculación afectiva o negación de la nueva gestación.
SESIÓN 4: Autoestima Objetivos: Identificar actividades de la vida cotidiana alteradas por el duelo. Expresar sentimientos positivos hacia ellos mismos.	Actividades Informar sobre la importancia de mantenerse bien físicamente: nutrición, ejercicio, descanso. Elaborar grupos de apoyo con parejas que hayan vivido la misma situación.

BIBLIOGRAFÍA

- Lake M, Knuppel RA, Murphy J, Johnson TM. The role of a grief support team following stillbirth. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 146:877-881.
- Condon JT. Prevention of emotional disability following stillbirth: The role of the obstetrical team. *Aust NZ Obstet Gynaecol* 1987; 27:323-329.
- Wolff JR, Nielson PE, Schiller P. The emotional reaction to a stillbirth. *Am J Obstet Gynecol* 1970; 108:73-77.
- Forrest GC, Standish E, Braum JD. Support afterperinatal death: a study of support and counseling after perinatal bereavement. *Br Med J* 1982; 285: 1475-1479.
- Peppers LG, Knapp RJ. *Motherhood and mourning*. New York. Praeger. 1980. 66-74.
- Rowe J, Clyman R, Green C, Mikkelsen C, Haight J, Ataide L. Follow-up of families who experience a perinatal death. *Pediatrics* 1978; 62:166-170.
- Hunfeld JA, Agterberg G, Wladimiroff W, Passchier J. Quality of life and anxiety in pregnancies after late pregnancy loss: a casecontrol study. *Prenat Diag* 1996; 16: 783-790.
- Hunfeld JA, Taselaar-Kloos AK, Agterberg G, Wladimiroff JW, Passchier J. Trait anxiety, negative emotions, and the mothers' adaptation to an infant born subsequent to late pregnancy loss: a case-control study. *Prenat Diag* 1997; 19(9): 843-851.
- Paarlberg KM, Vingerhoets AJ, Passchier J, Heinen AG, DekkerGA, van Geijn HP. Psychosocial factors as predictors of maternal well-being and pregnancy-related complaints. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1996; 17(2): 93-102.
- Côté-Arsenault D, Mahlangu N. Impact of perinatal loss on the subsequent pregnancy and self: women's experiences. *JOGNN* 1999; 28(3): 274-282.
- Steirman ED. Aspectos emocionales de la muerte perinatal. *Clin Obstet Ginecol* (ed esp) 1987; 2: 235-244.
- Melchor JC. Presencia y ayuda familiar durante el parto. En: Fabre E. *Manual de asistencia al parto y puerperio normal*. Zaragoza: Fabre ed, 1995.
- Robertson PA, Kavanaugh K. Supporting parents during and after a pregnancy subsequent to a perinatal loss. *J Perinat Neonat Nurs* 1998; 12(2): 63-71.
- Theut S, Pedersen F, Zaslow M, Rabinovich B. Pregnancy subsequent to perinatal loss: Parental anxiety and depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27: 289-292.
- Mothander PR. Maternal adjustment during pregnancy and the infant's first year. *Scan J Psychol* 1992; 33: 20-28.
- Cuisinier M, Janssen H, de Graauw C, Bakker S, Hoogduin C. Pregnancy following miscarriage: Course of grief and some determining factors. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1996; 17: 168- 174.

Promoción de salud en la gestante obesa

AUTORA:

– *Elena García García*. Matrona Distrito Huelva-Costa

RESUMEN

La obesidad durante el embarazo tiene consecuencias muy importantes, que unido al retraso actual en la edad de concepción, aumenta la morbi-mortalidad materno-fetal y por tanto los gastos sanitarios.

Según numerosos estudios, la matrona de Atención Primaria como principal agente educador de salud y de control de embarazo, puede mejorar dichas repercusiones obstétricas y económicas, incluyendo sesiones individuales y grupales dietéticas.

Los objetivos generales de este artículo son dar a conocer el papel fundamental de la matrona en el control de la obesidad materna, la prevención periconcepcional, detección precoz y promoción de la salud de la mujer y su hijo.

En conclusión, para alcanzar el cumplimiento de dichos objetivos, se requiere de la motivación e implicación de la mujer, de la participación de un equipo multidisciplinar así como de la instauración de políticas sanitarias adecuadas que incidan en la calidad de vida de la población futura y reduzcan la sobrecarga de la demanda sanitaria.

PALABRAS CLAVES: Obesidad, matronas, embarazo, morbilidad fetal.

TITLE: Promotion of health in obese pregnant.

ABSTRACT

Obesity during pregnancy has very important consequences, which joined the current delay in the age of conception, increases morbidity and mortality fetal-maternal and health costs.

According to numerous studies, the primary care midwife as primary educator agent health and birth control, can improve these obstetric and economic impact including individual sessions and group dietary.

The objectives of this article are to publicize the role of the midwife in the control of maternal obesity, prevention periconceptual, screening and promotion of the health of the woman and her son.

In conclusion, to achieve these objectives, required the motivation and involvement of women, the involvement of a multidisciplinary team as well as the establishment of appropriate health policies that have an impact on the quality of life of future population and reduce health demand overload.

KEY WORDS: Obesity, midwives, pregnancy, fetal morbidity.

INTRODUCCIÓN

La obesidad, catalogada actualmente por la OMS como pandemia (2), ha experimentado en los últimos 60 años un incremento progresivo en países desarrollados o en vías de desarrollo tras el auge de la economía, incorporación de la mujer al trabajo fuera del hogar, evolución tecnológica, horario laboral que obligue a comer fuera de casa, vivir en grandes ciudades, etc. Todo ello, conlleva notables cambios tanto en el estilo de vida como de la alimentación de la población. Esta enfermedad conlleva una gran morbi-mortalidad anual en la población en general y un aumento de la prevalencia de gestantes obesas como nuevo problema de salud pública (5,6).

Si al exceso de peso preconcepcional, le añadimos el incremento fisiológico por el embarazo, supone una sobrecarga adicional para todos los sistemas orgánicos de la mujer, asociándose a problemas de diabetes, hipertensión y otros como: mayor riesgo de aborto espontáneo, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas y disminución de la tasa de fertilidad (10,12).

Investigaciones recientes han demostrado que el desarrollo de la obesidad infantil, no sólo está condicionado por el sedentarismo, los estilos de vida y la alimentación, sino también por las condiciones ambientales, nutricionales y metabólicas de la madre durante la etapa del desarrollo embrionario, quedando programada en esta fase su futuro metabólico y enfermedades crónicas de la niñez y vida adulta (2,7).

Basándonos en que el peso inicial en el embarazo va a determinar patologías posteriores materno-fetales, es esencial disminuirlo previamente pues una restricción calórica durante el mismo aumenta los riesgos de mortalidad perinatal (2,9).

OBJETIVOS:

Como objetivo general, resaltar la importancia de la matrona de Atención Primaria en la prevención periconcepcional de obesidad materna, detección precoz y promoción de salud durante la gestación, incluyendo en la educación para la salud los hábitos dietéticos.

Como objetivos específicos:

- Reducir la prevalencia de obesidad y de otras enfermedades crónicas en este grupo.
- Aumentar el porcentaje de puérperas que recuperan su peso preconcepcional a los 6 meses postparto.
- Aumentar el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida del recién nacido y a partir de ahí complementarlo con alimentos.

Para cumplir dichos objetivos, la matrona debe contar con la colaboración de un equipo multidisciplinar: médicos, nutricionistas, endocrinólogos, psicólogos y ginecólogos (al ser diagnosticado por sus características como embarazo de alto riesgo) y pediatras.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión sistemática de artículos científicos en diferentes bases de datos: Biblioteca Cochrane Plus, Medline y Cuiden, a través de las palabras claves anteriormente citadas contenidas en los Descriptores de Ciencias de la Salud de la Biblioteca virtual.

No existe ningún artículo sobre promoción de salud, sino la mayoría trata sobre repercusiones materno-fetales de la obesidad, incluyendo los estudios más recientes su predeterminación genética.

Sólo se encontró uno sobre la importancia de la matrona en dicha patología del embarazo, de ahí que pretenda enfatizarlo junto a la importancia de la promoción de la salud en este grupo desde Atención Primaria.

DEFINICIÓN DE OBESIDAD Y REPERCUSIONES MATERNO-FETALES

Para clasificar a la mujer en un determinado estado nutricional, se hace necesario definir el Índice de Masa Corporal (IMC). Se calcula por:

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso (Kg)}}{\text{estructura}^2 (\text{mts}^2)}$$

Los valores:

Normal 18.5-24.9 kg/m², sobrepeso: ≥25kg/m², obesidad moderada: 30-34.9 kg/m², grave: 35-39.9 kg/m² y mórbida: ≥40 kg/m².

La recomendación de ganancia de peso normal en una mujer con normopeso al final de la gestación es de 10-12 kg, en cambio, en una obesa solo sería conveniente 6-7kg, basándose en su IMC preconcepcional. Para ello es fundamental orientar a la mujer en la realización de cambios en sus hábitos alimentarios y estilo de vida, recibiendo información sobre los riesgos asociados a su estado nutricional actual, ya que de ello dependerá su compromiso y motivación para implicarse en mejorar su salud y evitar las siguientes complicaciones asociadas a su embarazo (3):

1. Malformaciones fetales.

Aumento de anomalías congénitas: Defectos del tubo neural, cardiopatías, hidrocefalia, labio leporino, atresia anorectal y onfalocelo.

El efecto protector del ácido fólico preconcepcional un mes antes y hasta los tres meses de gestación, con 400 mcg prescrito a una mujer con normopeso, no es suficiente para proteger a los embriones de madres obesas de defecto en el cierre del tubo neural. Con IMC >30 habría que aumentar la dosis a 5 mg/día (3,11,12).

2. Exploración ecográfica.

Se hace difícil realizarla por los ginecólogos, pues el exceso de tejido adiposo ofrece gran resistencia al paso de los ultrasonidos y, por tanto, la detección de malformaciones, marcadores de aneuploidia o de alteraciones en el crecimiento (3).

3. Prematuridad.

Diversas revisiones sistemáticas, coinciden en que la prevalencia de prematuridad espontánea no es superior en obesas que en normopeso, pero sí la prematuridad por los problemas que acarrea la obesidad. Las secuelas en estos fetos es más severa por contar con reserva metabólica menor y mayor tendencia por tanto, a hipoglucemia, distress respiratorio y de hipertensión pulmonar.

También, mayor incidencia de bajo peso para edad gestacional, por las patologías maternas (3).

4. Morbi-mortalidad materna y perinatal.

Las causas principales de mortalidad materna se deben a la mayor proporción de preeclampsia, sepsis, parto obstruido y hemorragia portparto relacionado con la disminución de la contractilidad uterina por infiltración grasa del miometrio.

La mortalidad fetal es un 50% mayor en mujeres con sobrepeso y el doble en obesas, pero sin conocerse las razones que lo justifiquen (3,8).

5. Hipertensión y síndrome HELLP.

Es superior el índice de hipertensión crónica, hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia, hemoconcentración y alteraciones de la función cardíaca (3,8).

6. Diabetes.

En la población en general, la obesidad está relacionada con la aparición de diabetes Tipo 2. El embarazo en sí, a causa de los cambios hormonales, predispone a diabetes gestacional y más aún por tanto, con el exceso de peso y a padecer en un futuro este tipo de diabetes.

Por este motivo, el Grupo Español de Diabetes y Embarazo, recomienda realizar el test de cribado O'Sullivan en la primera consulta prenatal, primer trimestre de gestación y a las 24-28 semanas, cuando habitualmente se realiza a todas las mujeres (3,10).

Una de las teorías del aumento de diabetes gestacional, hipertensión y preeclampsia en las gestantes obesas es el aumento de una proteína llamada leptina, producida por el adipocito y la placenta durante el embarazo, que produce alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono y daño endotelial.

7. Apnea obstructiva del sueño.

El grosor y diámetro cervical parecen predisponer a dificultad respiratoria durante el sueño, ronquidos y apnea obstructiva (3,8).

COMPLICACIONES EN EL PARTO

1. Fetos macrosómicos.

Ha sido documentado por diversos estudios una mayor incidencia de macrosomía fetal (peso > 4000 mg), pero sin embargo, no se ha demostrado mayor riesgo de distocia de hombros. Su excesivo control durante el embarazo, hace que aumente las intervenciones obstétricas tales como inducción del parto o cesárea programada para evitarlo (3).

2. Test de bienestar fetal.

Debido al grosor del panículo adiposo, se hace muy difícil la transmisión de la frecuencia cardíaca fetal y detección de contracciones uterinas con la monitorización externa, teniendo que recurrir a la interna.

No está documentado que exista mayor índice de alteraciones en el registro, ni líquido meconial por accidentes de cordón debido a la obesidad materna (3).

3. Finalización del parto.

Son más frecuente las inducciones del parto por incremento de gestaciones prolongadas y por las patologías que lleve asociadas, que unido a una mayor duración de la dilatación, promueve mayor número de partos instrumentales y cesáreas.

Los casos de desproporción pelvico fetal y de parto estacionado, se ha observado que sucede por depósito de tejido graso en la pelvis materna.

Además, complicaciones perioperatorias tales como: cesáreas urgentes, prolongación de la incisión, pérdida sanguínea (>1000 ml), tiempo operatorio prolongado, infección de la herida quirúrgica, tromboembolismo, endometritis, deshincencia de suturas y roturas uterinas, son más frecuentes en este grupo de gestantes (3,8).

Las probabilidades de éxito de un parto vaginal tras cesárea anterior en obesas es menor que en normopeso.

Aunque las causas no son bien conocidas, algunos autores describen la dificultad o inicio de contracciones uterinas en las gestantes obesas, por una disminución plasmática de cortisol, lo que reduce la producción de la hormona liberadora de corticotropina placentaria encargada de dicho efecto. Además, las mujeres obesas presentan en el tejido adiposo un aumento de estrógenos que causan su disminución en el plasma, alterando la relación estrógeno/progesterona y enlenteciendo la aparición de la dinámica uterina por encontrarse más elevados los niveles plasmáticos de progesterona.

4. Analgesia.

Aumentan las complicaciones anestésicas: mayor tasa de fallos de la epidural, punción dural y dificultad de intubación. La instauración de un catéter epidural sería beneficioso para evitar los riesgos de una anestesia general en caso de cesárea.

5. Tromboembolismo.

El embarazo es un estado de hipercoagulabilidad fisiológica, por el aumento de los factores de coagulación, descenso de la proteína S e inhibición fibrinolítica.

Si a esto se añade los principales factores de riesgo trombóticos: obesidad, edad materna avanzada, paridad, preeclampsia y cesá-

reas, genera la necesidad de utilizar heparina de bajo peso molecular en el postparto como profilaxis (3).

REPERCUSIONES DE LA OBESIDAD EN EL PUERPERIO

Periodos de hospitalización más prolongados por las complicaciones asociadas: infecciones de episiotomía o de la incisión quirúrgica, endometritis, seromas y hematomas, que también favorecen la infección (3,8).

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA GESTANTE OBESA: ATENCIÓN DE LA MATRONA

Cuando en la mujer se activa el reloj biológico que marca el deseo de ser madre, se desencadena un estado de hipersensibilidad y necesidad de recibir toda la información disponible, siendo una etapa especialmente motivadora para cambiar hábitos nocivos como la ingesta excesiva de azúcares y grasas, la falta de aseo bucal y el hábito tabáquico (7).

La mujer está especialmente receptiva a la educación para la salud, donde la matrona de Atención Primaria es el agente principal responsable de ello.

El paso previo a proporcionar dicha educación a la mujer, es hacer un diagnóstico de la situación personal: conocer los hábitos alimenticios, estilo de vida, culturales, nivel socioeconómico, práctica o no de ejercicio físico, gustos y preferencias, ámbito familiar, alteraciones en su estado de salud, deseo de lactancia materna, etc, para orientar dicha información a los requerimientos personales de la mujer (6).

La alimentación no sólo debe de ser entendida como una actividad biológica, nutricional, sino que está condicionada por un ambiente social, psicológico, económico, religioso y cultural, útil a tener en cuenta si queremos promover o dirigir cambios de conducta (4). Se trataría de charlas individualizadas y otras grupales generales.

Sería interesante incorporar a la familia, para intensificar la motivación de la mujer, evitar la desesperación y abandono de cumplimiento de objetivos.

Los contenidos van dirigidos a educar en los hábitos alimentarios saludables, con disminución de grasas saturadas y azúcares simples, aumento de consumo de frutas, verduras y leguminosas, con el fin de mejorar el aporte de fibra, y la elaboración de alimentos evitando fritos y salsas.

Promover la actividad física aeróbica, muy favorecedora la acuática para evitar lesiones de las articulaciones por el sobrepeso. Si bien es cierto que el embarazo representa un sobre esfuerzo para los sistemas circulatorio, respiratorio y musculoesquelético, se hace necesario incluir un programa de ejercicios físicos de intensidad moderada, como mínimo durante 30 minutos diarios, que se irá incrementando progresivamente, con excepción de condiciones médicas u obstétricas específicas que puedan limitarla o contraindicarla (7).

Las metas no deben ser muy ambiciosas para periodos breves de tiempo, para que las mujeres puedan conseguir pequeños logros y aumentar su motivación por seguir mejorando su salud y autoestima.

Otra área donde la matrona debe intervenir es en la promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida e introducción de la alimentación complementaria a partir de esa fecha (recomendación propuesta por la OMS) pues, además de proporcionarle los nutrientes en cantidad y calidad necesarios para el niño, protege contra la obesidad infantil y otras enfermedades metabólicas crónicas, moviliza las grasas maternas y su pérdida de peso durante el puerperio, donde todos los cuidados dietéticos y ejercicio deben mantenerse para lograr recuperar en lo posible el peso previo al embarazo.

En la actualidad, el número de mujeres que conciben una gestación con IMC > 29 kg/m² y retraso de la edad materna, se ha incrementado en los últimos años, incrementándose a su vez la morbilidad materno-fetal.

Investigaciones recientes han señalado la importancia de educar a las mujeres respecto a la alimentación y estilo de vida saludables antes y durante el embarazo, sin embargo, un peso óptimo antes de la concepción es lo deseable, pues una restricción energética durante la misma puede ser perjudicial para el desarrollo fetal (1,7).

Además, el período preconcepcional es fundamental para controlar otras patologías que pueden agravarse con la obesidad, como: diabetes, hipertensión, reducción o eliminación del tabaco, alcohol u otras drogas, alteraciones tiroideas, enfermedades psiquiátricas, etc.

El período más crítico del embarazo son las primeras 8 semanas de vida que constituyen el desarrollo embrionario. Los últimos estudios epidemiológicos reflejan la importancia del ambiente nutricional intrauterino para conferir características metabólicas programadas a desarrollar en su vida extrauterina futura, como obesidad u otras enfermedades crónicas del niño y del adulto. Los genes fetales se adaptan tanto a vivir en condiciones de insuficiente nutrición materna como excesiva, añadiéndose además el estado placentario.

Así pues, las madres diabéticas, hipertensas u obesas tendrán mayor riesgo de tener hijos que desarrollen estas enfermedades a lo largo de su vida, no sólo por factores genéticos hereditarios, sino por este mecanismo de programación genética mediada por factores hormonales y nutricionales (7,9).

Por tanto, en el niño, para establecer estrategias preventivas precoces, habría que tener en cuenta primero los factores de riesgo que puedan desencadenar enfermedades metabólicas futuras: obesidad en los progenitores, sobre todo materna; al contrario, desnutrición intrauterina que dé lugar a bajo peso al nacimiento; macrosomía; lactancia materna inferior a 6 meses; ganancia de peso excesiva del niño por sobrealimentación; diabetes mellitus en padres y abuelos, o diabetes gestacional; alteraciones tiroideas, etc.

DISCUSIÓN

Actualmente nos encontramos en una sociedad donde, por unos u otros motivos, la tendencia al retraso en la maternidad se hace patente. Esto, unido a la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad, acarrea más problemas asociados como el incremento en el uso de los servicios de salud, con las consecuencias económicas que ello conlleva.

Sin embargo, no toda la responsabilidad debe recaer en la mujer en edad reproductiva con el cuidado de sí misma y de su hijo, sino que su control y educación depende desde las administraciones o políticas de salud hasta los profesionales sanitarios, que van a condi-

cionar la calidad de vida de la sociedad futura (2), pues según las investigaciones más recientes también influye la programación genética del metabolismo además de los factores ambientales.

Los estudios analizados sugieren que las mujeres que habían recibido educación maternal sobre alimentación, mejoraban su estado nutricional dentro de los valores de peso normales del embarazo y consecuentemente demandan menos al sistema sanitario.

En conclusión, la matrona se convierte, desde Atención Primaria, en el agente primordial en prevención primaria antes de que ocurra el problema, prevención secundaria mediante la detección precoz y seguimiento, pero también en prevención terciaria con la promoción de salud (1). Se hace necesario contar con equipos multidisciplinares para conseguirlo, cada uno desde sus competencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. González Jiménez Emilio, Álvarez Ferre Judit, Aguilar Cordero M^a José, Pozo Cano M^a Dolores. Obesidad materna en el embarazo: importancia de la matrona en su prevención. *Enferm. Universidad de Granada y Grupo de Investigación CTS-367 Junta de Andalucía*; 2012.
2. Bautista Claudia J., Martínez Samayo Paola y Zambrano Elena. Obesidad materna: consecuencias sobre el metabolismo de la progenie. *Rev. De la Escuela de Medicina Dr. José Sierra Flores (México)*. Julio - Diciembre 2009; 23 (2)
3. Protocolos asistenciales en obstetricia. Obesidad y embarazo. Mayo 2011. www.prosego.com .
4. Sánchez-Jiménez Bernarda, Sámano-Sámano Reyna, Pinzón-Rivera Izmet, Balas-Nakash Margie y Perichart-Perera Otilia. Factores Socioculturales y del entorno que influyen en las prácticas alimentarias de gestantes con y sin obesidad. *Rev. Salud Pública y Nutrición*. Abril-Junio 2010; 11 (2).
5. Atalah Eduardo y Castro S. René. Obesidad materna y riesgo reproductivo. *Rev. Médica Chile* 2004; 132: 923-930.
6. Sardiñas Barrios Nicolás, Carvajal Carrazana Yarima, Escalante Pichardo Claudia. Repercusión de la obesidad en la morbilidad obstétrica. *Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2010;36(1); 9-15.
7. Tito Q. Pizarro. Intervención nutricional a través del ciclo vital para la prevención de obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles. *Rev Chil Pediatr* 2007; 78 (1): 76-83.
8. De la Calle FM. María, Armijo L. Onica, Martín B. Elena, N. Marta Sancha, D. Fernando Magdaleno, Omeñaca T. Félix y González G. Antonio. Sobrepeso y Obesidad pregestacional como factor de riesgo de cesárea y complicaciones perinatales. *Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2009;74(4):233-238.
9. Romero Gutiérrez G., Urbina Ortiz F., Ponce Ponce de León A., Amador N. Morbilidad materno-fetal en embarazadas obesas. *Ginecol Obstet Mex* 2006; 74(9): 483-7.
10. Galtier F., Raingeard I., Renard E., Boulot P., Bringer J. Optimizing the outcome of pregnancy in obese women: From pregestational to long-term management. *Diabetes and metabolism*. 2008; 34:19-25.
11. Denny MC., Dunne F. The maternal and fetal impacts of obesity and gestational diabetes on pregnancy outcome. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2010 Aug; 24(4):573-89.
12. Stothard KJ, Tennant WG, Bell R., Rankin J. Maternal overweight and obesity and the risk of congenital anomalies. *JAMA* 2009; 301(6): 636-650.

ACTUALIZACIÓN DE PROFESIONALES DEL EQUIPO MÓVIL

Huelva.- Redacción

E

l Colegio Oficial de Enfermería de nuestra provincia fue el escenario a una "Jornada de Actualización del equipo móvil" que, con la participación de los profesionales directamente implicados, buscaba unificar criterios de actuación así como dar a conocer a los

profesionales referentes en cada uno de los procesos asistenciales. El foro estuvo dirigido a directores y coordinadores de las Unidades de gestión clínica (UGC) mientras su coordinación estuvo a cargo de David Linares (médico) y Manoli Ortega (enfermera).

La Jornada para la "Actualización del equipo móvil" tuvo como escenario la sede del Colegio de Enfermería para que, un nutrido grupo de profesionales, tomaran contacto directo, un año más, con la realidad que viven los integrantes de los equipos de asistencia móvil al objeto de "unificar criterios y dar a conocer a los trabajadores quienes son los profesionales referentes en cada uno de los procesos asistenciales". Es preciso destacar que los asistentes, personal médico y de enfermería, lo hicieron en su tiempo libre. La jornada se amplió para el personal de urgencias que hace guardia en los distritos Huelva-Costa y Condado-Campiña pese a que en un principio era exclusivo para los equipos móviles. Además, tuvo la acreditación con créditos CFC.



Patologías graves

La Jornada se centró en analizar la mejora de la calidad en la atención prestada en los procesos asistenciales referidos, concretamente, a EPOC, ACVA (accidente cerebrovascular agudo) y Atención al enfermo víctima de infarto de agudo de miocardio con elevación de St (Iamst). Desde primeras horas de la mañana y hasta la tarde se fueron desarrollando las intervenciones previstas, tras la apertura a cargo de David Linares (médico de Familia) al que siguieron, sin solución de continuidad, las diferentes ponencias a cargo de Esther Pareja (enfermera) Francisco J. Morano (médico de familia), José M^a Quirós (médico de Familia), M^a José Macías (enfermera) y M^a Auxiliadora Torres (médica de Familia).

La finalidad de este encuentro no fue otra que favorecer la coordinación entre las distintas UGC del Distrito implicadas en la atención a las citadas patologías urgentes y aumentar la homogeneidad en la prestación de los cuidados en los distintos procesos al objeto de lograr la mejora en la seguridad del enfermo a través del conocimiento de los procedimientos normalizados de trabajo de la Unidad Equipo Móvil.



La coordinación, factor clave en la actuación de los equipos móviles

MUERE MANUEL TOSCANO, "PADRE" DE LA ENFERMERÍA ONUBENSE

Manuela Benítez y
Antonio Salgado,
otras dos
irreparables
pérdidas

Huelva.- Redacción

La profesión de enfermería en nuestra provincia de Huelva se encuentra de luto. En el transcurso del último mes, se han consumado tres desapariciones, todas de una alta significación y que se refieren a otros tantos compañeros que han dejado de existir en distintas etapas de sus vidas y circunstancias. A los familiares, amigos y compañeros de Manuel Toscano Llamas, Manuela Benítez Rodríguez y Antonio Salgado Martín, el Colegio Oficial de Enfermería onubense quiere hacer llegar su hondo sentimiento de condolencia ante tan irreparables pérdidas.

Manuel Toscano, a quien muchos consideraban como el "padre" de la enfermería provincial, nos ha dejado a la edad de 90 años tras una vida dedicada tanto al ejercicio profesional como a la responsabilidad de dirigir este Colegio Oficial. Porque a Manuel Toscano (Huelva 1923-2013) cabe atribuirle una alta responsabilidad, acompañada del acierto, a la hora de contemplar el actual Colegio Oficial de Enfermería de nuestra provincia. Un Colegio que presidió por espacio de tres décadas, entre los años 1947-1977, periodo en los que Toscano fue una pieza clave. El actual presidente Gonzalo García, ha recordado algunos rasgos de la personalidad del fallecido como que, por ejemplo, "fue el último ATS-anestesta de la provincia en el Hospital "Los Ingleses", además de precursor de la fisioterapia y un hombre de enormes inquietudes culturales, pues participó en tertulias literarias, logrando reunir una estimable colección de pintura y escultura siendo amigo del imaginero Antonio León Ortega. Mantuvo intactas sus facultades mentales hasta su muerte y al Colegio acudía con regularidad manteniendo un contacto fluido e, incluso, donó una valiosa colección de documentos que han servido para reconstruir la pequeña historia de ésta corporación".

Reconocimiento

Pero a Manuel Toscano si algo le adornó, junto a ser un hombre de bien, fue su sentido profesional que, unido a un limpio recorrido profesional al servicio de la sociedad, hicieron que su nombre fuera sinónimo del buen hacer profesional y de solvencia al frente de esta institución colegial. Tanto que, como reconocimiento a su decisiva



labor, la Junta de Gobierno que preside Gonzalo García Domínguez no dudó en distinguirlo, en el año 2005, con la Medalla de Oro al mérito profesional que concede este Colegio Provincial a los profesionales más relevantes.

Porque, se ha dicho recientemente en relación a Toscano, "sin su aportación y entrega difícilmente la enfermería y el propio Colegio de Huelva muy posiblemente no serían lo que hoy día son y representan ante sí mismos y ante la sociedad". De ahí que, en su día, fuera nombrado como "Presidente de Honor".

El Colegio Oficial, en consecuencia, quiere hacer pública constancia de su condolencia ante tan irreparable pérdida así como dejar constancia de que, para las generaciones

mas jóvenes que no pudieron conocerle, debe quedar reflejada la trascendencia de una trayectoria que va a perdurar en la memoria de toda la enfermería de Huelva, con independencia de su edad. A este respecto, el presidente del Colegio Oficial, Gonzalo García, y en nombre de la actual Junta de Gobierno ha significado que "si en el seno de todas las actividades hay personajes claves, llamados a desempeñar cometidos fundamentales, en la enfermería de Huelva ya ocupa un lugar destacado el nombre del entrañable presidente Manuel Toscano".

Luto

Pero las malas noticias no iban a acabar con el óbito del anciano Manuel Toscano Llamas. En fechas posteriores, el Colegio ha sabido del fallecimiento de dos jóvenes profesionales a los que siempre vamos a tener presentes. Sus nombres: Manuela Benítez Rodríguez y Antonio Salgado Martín.



Manuela Benítez había nacido en Aljaraque (1971) y tras estudiar enfermería durante el trienio 1989-1992 comenzó una trayectoria profesional de la que solo pudo apartar una cruel enfermedad que pudo con su pujanza, vocación y calidad humana. Respecto a Antonio Salgado Martín, debemos reseñar que había nacido en Riotinto (1968) y que tras diplomarse casi en la misma época que la compañera Benítez (en junio 1992) pasó a desarrollar sus funciones profesionales hasta sobrevenir su fatal e inesperado desenlace por todos lamentado.



A los tres compañeros desaparecidos, nuestro sincero recuerdo unido al deseo de que tengan un descanso eterno.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL TRAUMATISMO OCULAR EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

AUTORES:

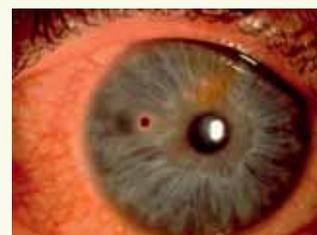
- Isaac Florido Pérez. D.U.E de la Zona Básica de Salud Campiña Norte.
- María Isabel Jiménez Núñez. D.U.E Hospital Infanta Elena.
- María Dolores Jaime Pacheco. D.U.E Hospital Juan Ramón Jiménez.

RESUMEN:

El siguiente documento se realizó una revisión literaria de los diferentes protocolos de atención de urgencia a los traumatismos oculares además de consultas bibliográficas sobre los cuidados de enfermería y planes de actuación en dichos traumatismos. Se pretende hacer especial hincapié en aumentar los conocimientos del profesional de enfermería sobre dichos traumatismos en el ámbito de la atención primaria de salud ya que es una de las demandas de atención más comunes en los servicios de urgencias.

ABSTRACT:

The following article was realized a literary review of different protocols of emergency care in ocular trauma, and bibliography compilation of nursing care plans and actions in these injuries. We want make emphasis in increase knowledge of the professionals of nursing about these injuries in Primary Health Care ambit, as it is one of the most common demands care in emergency services.



INTRODUCCIÓN:

Dentro del ámbito de la atención primaria de salud y más concretamente en el de la atención del usuario en los dispositivos de cuidados críticos y urgencias (DCCU), el traumatismo ocular es una de las demandas de atención clínica más frecuente (1) ya que son fácilmente ocasionados por gran parte de las actividades cotidianas como el hacer deporte, el medio doméstico y/o algunas actividades profesionales.

La atención adecuada y protocolizada de estos traumatismos es vital para el buen pronóstico y resolución de los mismos, además de minimizar al máximo las secuelas que puedan derivarse de las lesiones producidas (2) (3) (4).

JUSTIFICACIÓN:

Aproximadamente el 3% de las demandas de atención clínica de urgencia en el ámbito de la atención primaria de salud es debido a traumatismos oculares desde leves a muy graves (1). El primer escalón de la atención al usuario pasa por la atención primaria y más frecuentemente por los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención

Primaria (DCCU). Cabe también destacar la importancia de saber identificar cada uno de los niveles de gravedad de los diferentes tipos de traumatismos oculares (TO) tanto por su extensión como de los niveles tisulares dañados.

Una pronta y adecuada actuación puede minimizar drásticamente las secuelas producidas por un traumatismo moderado o grave (4).

Por todo esto es imperativo el adoptar y mantener unos adecuados conocimientos y actuaciones sobre el tratamiento de los traumatismos oculares, tanto para su posible resolución como para la adecuada derivación y traslado hacia un centro de atención especializada.

OBJETIVOS:

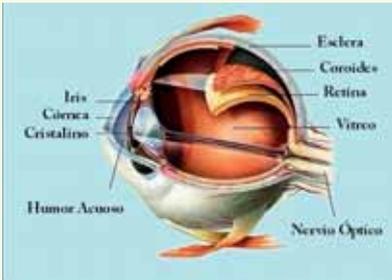
- Aumentar los conocimientos sobre el traumatismo ocular en los profesionales de enfermería.
- Aumentar la destreza en el manejo del paciente con traumatismo ocular en el ámbito tanto de la atención primaria de salud como de los DCCU.
- Reconocer los diferentes tipos de traumatismo ocular y saberlos clasificar por gravedad y/o extensión.
- Reforzar el registro adecuado de las actuaciones de enfermería en el proceso de atención al paciente con traumatismo ocular, tanto para un mejor seguimiento del mismo como para elevar el grado de seguridad en la práctica clínica.

ATENCIÓN DE URGENCIAS EN ENFERMERÍA:

Como se ha comentado anteriormente, el primer escalón en la atención al paciente que ha padecido un traumatismo ocular suele ser en la atención primaria de salud, tanto en la consulta de urgencias como en los DCCU.

Antes que nada debemos conocer cuales son los criterios de gravedad a la hora de catalogar los traumatismos oculares. Para ello debemos inspeccionar de forma adecuada y protocolizada las estructuras oculares (5):

- Reconocimiento de la parte anterior de la córnea para descartar tanto laceraciones/heridas como cuerpos extraños.
- Reconocimiento de la conjuntiva.
- Examen por eversión de los párpados para localizar posibles daños y/o cuerpos extraños.
- Detección de hemorragias tanto superficiales como de la cámara anterior del ojo.
- Forma y reactividad pupilar.
- Movimiento ocular.
- Agudeza visual.



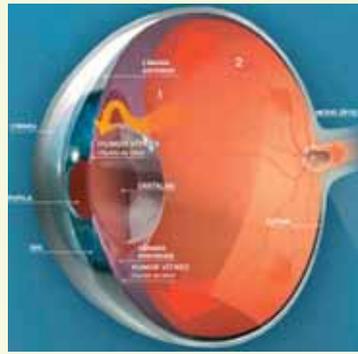
Una vez examinado al paciente podremos determinar el grado del TO. Se pueden determinar dos grandes grupos:

- Traumatismos penetrantes.
- Traumatismos no penetrantes.

TRAUMATISMOS NO PENETRANTES:

Son los traumatismos en los cuales no se ven comprometidas las estructuras que conforman el globo ocular, donde podemos encontrar lesiones de los tejidos que conforman dichas estructuras, desde leves hasta muy graves (6). Son las afectaciones más comunes dentro de la atención primaria, sobre el 85 % de los casos de TO. Se pueden englobar en las siguientes categorías:

- Abrasión corneal.
- Cuerpo extraño corneal.
- Contusión ocular (en casos muy graves, con rotura ocular por sobrepresión).
- Hemorragia subconjuntival
- Quemadura ocular: tanto por agentes químicos como por contacto.
- Lesión peri orbitaria (párpados/zonas adyacentes del ojo).
- Queratitis actínica. Puede ser producida tanto por no llevar protección ante aparatos de soldadura, lámparas UV y/o permanencia en la nieve con luz intensa.



Los cuidados y actuaciones de enfermería en el traumatismo ocular no penetrante se basan en la colaboración y/o realización de técnicas para determinar el diagnóstico del mismo, además de la administración del tratamiento prescrito por el profesional médico (7) (8). Las acciones en el campo de la enfermería más comunes son:

- Lavado ocular.
- Administración de medicación tópica (colirios y pomadas oftálmicas).
- Oclusión de la zona afectada.
- Cura en el caso de las lesiones peri orbitarias.
- Registro de la actividad realizada.

En el caso de traumatismos cerrados graves (P Ej.: rotura ocular) debe procederse como en el caso de los traumatismos penetrantes con la posterior derivación a centro especializado.

LAVADO OCULAR (9):

Se procede a una irrigación del ojo por medio de solución fisiológica para eliminar tanto un posible cuerpo extraño, eliminación del agente que ha producido la quemadura química (tanto álcali como ácido) y/o preparación del campo para la administración de tratamiento.

Material necesario:

- Solución fisiológica estéril
- Compresa estéril.
- Gasa estéril.
- Jeringa estéril.
- Guantes.
- Aguja hipodérmica o preferiblemente catéter de pequeño calibre (Por Ej: Abbocath® 20 G).
- Oftalmoscopio (si procede) con luz UV a ser posible.

Procedimiento:

- Colocación del paciente en decúbito supino con la cabeza ligeramente elevada.
- Colocar la compresa estéril debajo del ojo afectado para recoger la solución sobrante.
- Separar suavemente con los dedos pulgar e índice los párpados del ojo a tratar.
- Con el catéter montado en la jeringa irrigar de forma abundante el ojo de tal manera que la solución fisiológica fluya con uniformidad y llegue a todas las zonas afectadas.
- Pedir al paciente que parpadee periódicamente.
- Secar con gasa estéril.
- Si procede, examinar con el oftalmoscopio para comprobar tanto la retirada del cuerpo extraño como el detectar la posible lesión.
- Al finalizar la técnica proceder al registro de la misma en el medio adecuado.

Puede ser necesario, por indicación médica, el uso de solución de Fluoresceína Sódica para localizar y determinar la lesión corneal. La Fluoresceína



impregna la zona afectada la cual toma un color amarillo intenso bajo la luz UV.

En caso de las quemaduras oculares en general y por químicos en particular, realizar el lavado ocular de forma continuada durante al menos 20 minutos.

Contraindicaciones:

- Perforación ocular o sospecha de la misma.
- Presencia de cuerpo extraño de difícil extracción que ponga en riesgo la integridad de las estructuras del ojo.
- Quemadura por sustancia química en la cual la solución fisiológica actúe como catalizador agravando la lesión.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN TÓPICA COLIRIOS O POMADAS OFTÁLMICAS:

En ocasiones es necesario por prescripción médica administrar colirios o pomadas oftálmicas en el TO (10).

Las medicaciones más utilizadas son:

- Colirios anestésicos (Oxibuprocaina, tetracaína...).
- Colirios antibióticos (Tobramicina, neomicina...).
- Colirios antiinflamatorios (diclofenaco...).
- Pomadas epitelizantes.

En algunos casos pueden utilizarse colirios midriáticos o ciclopéjicos para disminuir la tensión ocular en caso necesario (aumento de la tensión intraocular por afectación en la cámara anterior) pero su uso no suele ser habitual en el ámbito de la atención primaria de salud (11) (13).



La medicación debe de administrarse desplazando hacia abajo el párpado inferior y colocando la pomada o gota en el saco conjuntival.

Debemos de tener especial cuidado en el caso del uso de colirios ciclopéjicos ya que pueden producir síndrome confusional agudo (12) (13).

OCLUSIÓN DEL OJO AFECTADO:

No es más que la colocación de un apósito no compresivo en el ojo afectado. Puede usarse un apósito específico de los que existen en el mercado o simplemente usar una gasa estéril.

El objetivo de la oclusión ocular suelen ser dos:



- Mantener el párpado cerrado: tanto para facilitar la acción de colirios y/o pomadas oftálmicas como para proteger el ojo de los agentes externos (luz, aire,...).

- Minimizar el movimiento ocular.

En caso de traumatismos graves, como en el caso de roturas oculares, etc... se suele proceder a la oclusión de ambos ojos para potenciar al máximo esta última opción (4) (14).

CURA DE LESIONES PERIORBITARIAS:

En algunas ocasiones, debido al mecanismo por el que se ha producido el traumatismo ocular, pueden producirse heridas y/o laceraciones en las zonas adyacentes al ojo.

Se procederá a limpiar la zona afectada con solución salina para después aplicar alguna solución antiséptica. Es más recomendable el uso de solución de Clorhexidina 1% en el lugar de la povidona yodada por ser menos irritante. En caso necesario se procederá a la oclusión del ojo afectado en caso de ser necesario.

En recomendable también el comprobar la cobertura antitetánica del paciente por si es necesario administrar gammaglobulina Anti-Td, o en caso necesario una pauta de revacunación de la misma.

REGISTRO DE LA ACTIVIDAD REALIZADA:

Para asegurar la continuidad asistencial, como para el correcto seguimiento del paciente nos es muy necesario el registro adecuado de la asistencia prestada y de las técnicas realizadas al paciente que ha padecido el traumatismo ocular.

Este registro debe de realizarse en la historia clínica, de forma reglada y concisa.

TRAUMATISMOS PENETRANTES:

El traumatismo ocular penetrante se produce cuando un cuerpo extraño atraviesa las membranas externas del ojo dañando sus estructuras internas (6). El alcance y gravedad de la lesión dependerá del tamaño, tipo y velocidad del objeto. Todo traumatismo ocular donde exista compromiso de las estructuras internas del ojo debe ser tratado por oftalmología en la mayor brevedad posible, por lo tanto todo traumatismo penetrante debe valorarse y derivarse a centro especializado.

Los principales traumatismos penetrantes pueden calificarse en:

- Laceración conjuntival (desgarro conjuntival).
- Cuerpo extraño intraocular (CEIO).
- Heridas penetrantes.
- Estallido ocular.

La atención de enfermería en los traumatismos penetrantes, como en el caso de los traumatismos no penetrantes son la colaboración y asistencia en el diagnóstico además de la administración del tratamiento prescrito.

En este caso el lavado ocular esta totalmente contraindicado, al igual que la aplicación de colirios y demás soluciones tópicas (4) (10) (11) (13).

Las actuaciones de enfermería, una vez realizada la valoración del paciente y confirmado el diagnóstico suelen constar de:

- Limpiar si es necesario la zona afectada con solución salina fisiológica, pero NO LAVADO OCULAR.
- Canalización de una vía periférica para la administración de analgesia (se puede aprovechar ese momento para extraer una analítica preoperatoria si disponemos de los medios necesarios).
- Oclusión ocular bilateral con apósito estéril no compresivo, fundamentalmente para disminuir el movimiento involuntario del ojo afectado.
- En caso de que el objeto que haya producido el traumatismo perforante se encuentre alojado todavía en el globo ocular, estabilizar lo máximo posible la zona afectada (Ej: traumatismo producido por una rama o similar) para evitar su movimiento durante el traslado y suponga un agravamiento del cuadro.
- Trasladar al paciente a un centro de atención especializada a la mayor brevedad.
- Registro de la actividad realizada.



CONCLUSIÓN:

Debemos hacer hincapié en que una pronta y adecuada atención de enfermería en el paciente que presenta un traumatismo ocular en el ámbito de la atención primaria de salud es de vital importancia para un buen pronóstico y una rápida recuperación del paciente, minimizando las posibles secuelas y eventualidades que puedan presentarse.

Hay que remarcar además la importancia que tiene el órgano de la visión para el desarrollo adecuado de las actividades de la vida diaria, por lo que es primordial tener unos conocimientos adecuados tanto de las posibles patologías traumáticas oculares como las adecuadas actuaciones frente a cada una de ellas.

No debemos olvidar que la atención primaria de salud es el primer escalón en la atención de urgencias por lo que, una correcta valoración, atención y manejo del paciente que ha sufrido un traumatismo ocular es vital tanto para una resolución adecuada del mismo, como para asegurar la óptima continuidad en los cuidados, mejorando tanto el pronóstico como la seguridad al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- León F, Taboada JF, Guimerá V et al. Traumatismos Oculares graves en España: Factores epidemiológicos, estudio de las lesiones y medidas de prevención. Ed. León F. Barcelona 1994, pág 12-27
- 2.- Globocnik Petrovic M, Lumi X, Drnovsek Olup B. Prognostic factors in open eye Injury managed with vitrectomy: retrospective study. Croat Med J. 2004 Jun;45(3):299-303.
- 3.- Cruvinel Isaac DL, Ghanem VC, Nascimento MA, Torigoe M, Kara-Jose N. Prognostic factors in open globe injuries. Ophthalmologica. 2003 Nov-Dec; 217(6):431-5.
- 4.- PATON D, GOLDBERG MF. Management of ocular injuries. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1976; 3.
- 5.- Guyton, Dr. A.C. Tratado de Fisiología Médica 10ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2001
- 6.- Kanski JJ. Oftalmología clínica. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.
- 7.- Corneal superficial injury. CKS. Disponible en: http://cks.library.nhs.uk/corneal_superficial_injury#315092001
- 8.- Jacobs D S. Corneal abrasions and corneal foreign bodies. In: UpToDate® Online 16.1. Rose, BD (Ed), UpToDate ONLINE 2008.
- 9.- MCCONNELL, E.A. Como irrigar el ojo. Rev Nursing. Enero 1992. Pag 72.
- 10.- Drugs for some common eye disorders. Med Lett. 2007;5 (53):1-8.
- 11.- Calder LA, Balasubramanian S, Fergusson D. Topical nonsteroidal anti-inflammatory drugs for corneal abrasions: meta-analysis of randomized trials. Acad Emerg Med. 2005 May;12(5):467-73.
- 12.- Rico Salvador I, Juan Vidal O. Síndrome confusional secundaria la aplicación de un colirio cicloplejico. Aten Primaria. 2004; 33: 125.
- 13.- Patel AJ, Simon JW, Hodgetts DJ. Cycloplegic and mydriatic agents for routine ophthalmologic examination: a survey of pediatric ophthalmologists. J AAPOS. 2004; 8: 274-277.
- 14.- L M Parver, A L Dannenberg, B Blacklow, C J Fowler, R J Brechner, and J M Tielsch Characteristics and causes of penetrating eye injuries reported to the National Eye Trauma System Registry, 1985-91.
- 15.- FULCHER TP, MCNAB AA, SULLIVAN TJ. Clinical features and management of intraorbital foreign bodies. Ophthalmology 2002; 109:494-500.
- 16.- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. Madrid: Elsevier España S.A; 2010.
- 17.- Bulechek, G.M., Butcher, H.K., McCloskey Dochterman, J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Madrid: Elsevier España S.A; 2009.
- 18.- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., Swanson, E. Clasificación de Resultados de Enfermería. Madrid: Elsevier España S.A; 2009.
- 19.- Carpenito LJ. Manual de diagnósticos de enfermería. 9ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2002.

ANEXO:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DEL TRAUMATISMO OCULAR

(*bibliografía de 16-19)

0004 RIESGO DE INFECCIÓN

- NOC 1609 CONDUCTA TERAPEUTICA: ENFERMEDAD O LESION
1900 CONDUCTAS DE VACUNACION
1814 CONOCIMIENTO: PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO.
1901 CONTROL DEL RIESGO
- NIC 6540 CONTROL DE INFECCIONES
6530 MANEJO DE LA INMUNIZACIÓN/VACUNACIÓN
6550 PROTECCION CONTRA LAS INFECCIONES

0035 RIESGO DE LESION

- NOC 1916 CONTROL DEL RIESGO: DETERIORO VISUAL
1926 DEAMBULACION SEGURA
1908 DETECCION DEL RIESGO
- NIC 4020 DISMINUCION DE LA HEMORRAGIA
6610 IDENTIFICACION DE RIESGOS
5380 POTENCIACIÓN DE LA SEGURIDAD

0044 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR

- NOC 1101 INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MUCOSAS.
- NIC 3660 CUIDADOS DE LAS HERIDAS

0046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA

- NOC 1102 CURACION DE LA HERIDA POR PRIMERA INTENCION
1103 CURACION DE LA HERIDA POR SEGUNDA INTENCION
- NIC 3660 CUIDADOS DE LAS HERIDAS.

0078 GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD

- NOC 1609 CONDUCTA TERAPEUTICA: ENFERMEDAD O LESION
1601 CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO
- NIC 1800 AYUDA AL AUTOCUIDADO

0097 DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS

- NOC 1209 MOTIVACION
10604 PARTICIPACION EN ACTIVIDADES DE OCIO
- NIC 4480 FACILITAR LA AUTORRESPONSABILIDAD
5360 TERAPIA DE ENTRETENIMIENTO

0118 TRANSTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL

- NOC 918 ATENCION AL LADO AFECTADO
1205 AUTOESTIMA
1200 IMAGEN CORPORAL
- NIC 5220 POTENCIACION DE LA IMAGEN CORPORAL
5270 APOYO EMOCIONAL
5240 ASESORAMIENTO

0120 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

- NOC 1205 AUTOESTIMA
1309 CAPACIDAD PERSONAL DE RECUPERACION
1304 RESOLUCION DE LA AFLICCION
1302 AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS
- NIC 5400 POTENCIACION DE LA AUTOESTIMA
5230 AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO
5820 DIMINUCION DE LA ANSIEDAD
5220 POTENCIACION DE LA IMAGEN CORPORAL

0126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

- NOC 1811 CONOCIMIENTO: ACTIVIDAD PRESCRITA
1842 CONTROL DE LA INFECCION
1843 CONOCIMIENTO: MANEJO DEL DOLOR
1808 CONOCIMIENTO: MEDICACION
- NIC 6540 CONTROL DE INFECCIONES
5606 ENSEÑANZA: INDIVIDUAL
5618 PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO

0132 DOLOR AGUDO

- NOC 1605 CONTROL DEL DOLOR
2109 NIVEL DE MALESTAR
2102 NIVEL DEL DOLOR
- NIC 2201 ADMINISTRACION DE ANALGESICOS
1400 MANEJO DEL DOLOR
2300 ADMINISTRACION DE MEDICACION

0145 RIESGO DE SÍNDROME POSTRAUMÁTICO

- NOC 1302 AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS
1402 AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD
1205 AUTOESTIMA
- NIC 5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO
5240 ASESORAMIENTO
5820 DIMINUCION DE LA ANSIEDAD

0146 ANSIEDAD

- NOC 1302 AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS
1402 AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD
1211 NIVEL DE ANSIEDAD
- NIC 5820 DIMINUCION DE LA ANSIEDAD

1225 TRANSTORNO DE LA PERCEPCION SENSORIAL: VISUAL

- NOC 1611 CONDUCTA DE COMPENSACION VISUAL
2403 FUNCION SENSITIVA: VISION
- NIC 6486 MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD
4978 MEJORAR LA COMUNICACIÓN: DEFICIT VISUAL
2310 ADMINISTRACION DE MEDICACION: OFTALMICA
1650 CUIDADO DE LOS OJOS
5820 DISMINUCION DE LA ANSIEDAD.



Porque cuando se queda sin coche, es cuando más ayuda necesita



Y además,

50%
DESCUENTO

Así funcionan nuestras nuevas coberturas exclusivas:

¿Tiene un problema con el coche y necesita que alguien le acerque al taller?

Nosotros lo hacemos

¿No sabe cómo volver a casa después?

Nosotros le llevamos

Y en caso de siniestro total, ¿cómo va a moverse?

Con el coche de sustitución que A.M.A. pondrá a su disposición

Así de fácil y así de claro.

Confíe en la experiencia de A.M.A. y disfrute del mejor servicio con total tranquilidad.

A.M.A. HUELVA

Palos de la Frontera, 17

Tel. 959 28 17 71

huelva@amaseguros.com

A.M.A. HUELVA (Colegio Médico)

Arcipreste González García, 11; 1º

Tel. 959 24 01 87/99

LA CONFIANZA ES MUTUAL

www.amaseguros.com 902 30 30 10



ACUERDO PARA SALVAR EL SISTEMA Y EL DESARROLLO PROFESIONAL



La Ministra Ana Mato y Máximo González durante la firma del acuerdo

Huelva.- Redacción

El Ministerio de Sanidad y el Consejo General de Enfermería

han suscrito un Acuerdo-marco de colaboración por el que se fija el compromiso de trabajar conjuntamente en el desarrollo de las claves esenciales que garantice la viabilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), que propicie el desarrollo profesional de la enfermería y determinar el papel del colectivo en la gestión clínica. El presidente del Consejo, Máximo González resumió el contenido de este acuerdo en la decisión de "salvar la sanidad española en momentos durísimos para el Sistema".

Paso al frente a cargo del Ministerio de Sanidad y el Consejo General por la sostenibilidad de la sanidad pública española. Las reiteradas llamadas a un Pacto formuladas por González Jurado se vieron plasmadas en un acuerdo sellado en sede ministerial por el que Sanidad y Consejo establecen tres áreas de trabajo a) el Pacto Sanitario, b) Ordenación y desarrollo profesional de la enfermería y c) Gestión clínica.

González Jurado planteó a la ministra las asignaturas pendientes: prescripción, especialidades y gestión clínica

Principios

En el primer apartado, el acuerdo tiene por objeto lograr que la enfermería contribuya a definir cuales son los elementos necesarios, las líneas rojas infranqueables y, en suma, los principios fundamentales para garantizar el futuro del SNS manteniendo, eso sí, los derechos de los pacientes y las cotas de calidad /seguridad. Para lo cual se incluirán análisis referidos a:

- Medidas estructurales de ordenación y gobierno del SNS,
- Medidas de calidad y eficiencia en la gestión,
- Medidas para la concienciación y educación del paciente, sus derechos y deberes,
- Medidas en infraestructuras sanitarias, Recursos humanos y técnicos para salvaguardar el SNS,
- Medidas económico-presupuestaria.



El Colegio de Huelva, testigo del acuerdo entre Sanidad y Consejo

Ordenación

En cuanto a la Ordenación y desarrollo profesional de la enfermería, el trabajo del Ministerio se centrará en definir los criterios y garantías de ésta cuestión pensando en las próximas décadas. En este sentido, dos capítulos ocuparán la mayor atención. De un lado, el desarrollo definitivo de la prescripción enfermera y de las especialidades profesionales. Sin olvidar capítulos relevantes como el Registro público de profesionales, Troncalidad de la formación especializada, Desarrollo de la formación continua, Regulación de los diplomas de acreditación y certificación de la enfermería. La legislación vigente da al Consejo General la competencia exclusiva en materia de Ordenación profesional según contemplan la Ley de Colegios, la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias (Lops) y la reciente sentencia del Tribunal Constitucional.

El acuerdo prevee estudiar y definir las estrategias para implantar la gestión clínica en los servicios de salud (conforme a la Lops). En este aspecto, se debatirán temas como medios y sistema de acceso a los puestos de gestión, la profesionalización de la gestión, la autonomía, los sistemas de evaluación del desempeño, los parámetros de calidad exigibles en relación a los cuidados de enfermería, la seguridad del paciente y la coordinación socio-sanitaria. Habrá grupos de trabajo integrados por Ministerio y Consejo que, en el plazo de dos meses, deberán presentar resultados y conclusiones. Una Comisión de seguimiento velará por la ejecución de los distintos capítulos de este Acuerdo, resolviendo los problemas que puedan aparecer, así como el seguimiento y la supervisión de las actuaciones que se lleven a cabo. El Acuerdo se rubricó por la Ministra Ana Mato y Máximo González ante una amplio número de presidentes de Colegios provinciales de enfermería (Sevilla incluido) y las entidades reunidas en la Unión Española de Sociedades científicas de enfermería (Uesce).

Al concluir el acto, Máximo González agradeció a la ministra Mato "la mano tendida" que ofrece Sanidad para "trabajar con la en-

fermería en pos de los objetivos del acuerdo y que se pueden resumir en uno solo: salvar la sanidad española en unos momentos durísimos para el conjunto del SNS. "En base a lo cual, el dirigente cordobés mostró a la ministra la "preocupación de la profesión porque, al día de hoy, no se haya publicado en el BOE el R. Decreto que regule, jurídicamente, la prescripción enfermera pese a haber pasado ya tres años desde su aprobación en las Cortes y por unanimidad".

González Jurado, también aludió a las especialidades de enfermería recordando cómo de las 6 existentes hay 5 que aún no se han desarrollado definitivamente por cuanto "las enfermeras, tras superar la prueba nacional de acceso y dos años de formación, no pueden ejercer la especialidad al no estar desarrolladas las categorías profesionales". Sin olvidar que la de Médico-quirúrgica sigue sin aprobación.

Gestión

Respecto a la gestión clínica, el presidente del Consejo subrayó la "necesidad" de avanzar en este terreno para lo cual deben definirse importantes aspectos como "los medios y el acceso a los puestos de gestión, su profesionalización mediante los conocimientos y competencias necesarias, la delegación de actuaciones y la aplicación efectiva de los estándares de calidad fijados por la Agencia Nacional de Calidad del SNS en relación a la prestación de los cuidados de enfermería en los distintos servicios y niveles".

La ministra de Sanidad, por su parte, tras felicitarse del acuerdo, dijo que "avanzar en todas estas materias y hacerlo mediante el diálogo y la implicación de los profesionales es bueno para los profesionales, para su motivación y satisfacción pero, si cabe, lo es más para los pacientes, el centro del Sistema". Mato finalizó subrayando que "implicar en el proceso de reformas a quienes trabajan día a día en la consecución de estos objetivos, es para mí una prioridad de primer orden".

En Barcelona, el 2017

ESPAÑA ACOGERÁ el 26º CONGRESO INTERNACIONAL del



Máximo González Jurado:
"Este éxito no es flor de un día y, junto al Colegio de Barcelona, ofreceremos la mejor cara de la enfermería española en una cita inolvidable de asistencia, participación y producción científica"

Huelva.- Redacción

España ha sido elegida para organizar, en el año 2017, el 26º Congreso del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Será la ciudad de Barcelona la que reciba a miles de profesionales que, procedentes de los cinco continentes, acuden a dar un nuevo impulso al colectivo. Este es el principal logro del recientemente celebrado Congreso del CIE que, con escenario en la ciudad australiana de Melbourne, ha supuesto un escaparate para debatir la implicación de la enfermería en el contexto de la salud mundial. La segunda gran noticia de este foro giró en torno a la elección de la canadiense Judith Shamian como nueva presidenta del CIE entidad que agrupa a las enfermeras de 134 países.

El Consejo General de enfermería de España, que preside Máximo González Jurado, y en el que se integran la totalidad de Colegios provinciales repartidos por la geografía nacional, ha regresado de la cita de Melbourne con la satisfacción de haber logrado para nuestro país la organización y desarrollo del 26º Congreso Mundial del CIE. La candidatura de Barce-

lona, defendida por el propio González Jurado y Albert Tort, presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, se impuso a las de Helsinki y Dublín que buscaban protagonizar este importante evento de notables repercusiones no solo de carácter profesional, sino sociales y económicas, por las cifras que ya se están barajando a cuatro años vista de su realización. Porque es ya una realidad: la Ciudad Condal acogerá a unas 15.000 enfermeras y enfermeros a la cita que, con periodicidad cuadrinial, a buen seguro que servirá para fijar los objetivos y avances profesionales.

Trabajo conjunto

La feliz noticia de la elección de España, y en concreto de Barcelona, para protagonizar este hito del CIE fue celebrada por Máximo González Jurado con la lógica satisfacción de reeditar para nuestro país un logro semejante: "Es el mayor acontecimiento que existe en el mundo a nivel de la enfermería. Ha habido ciudades candidatas que presentaron unas excelentes candidaturas. Pero, finalmente, el trabajo realizado conjuntamente y a lo largo de los tres últimos años entre el Consejo General y Colegio Oficial de Enfermería de la provincia de Barcelona ha dado sus frutos merced al gran prestigio que tiene la enfermería nacional y la ciudad de Barcelona".

Para González Jurado, la profesión de enfermería española, inmersa en una situación paralela a la que sufre el Sistema sanitario público: "necesitaba más que nunca recibir una buenísima noticia como ésta". Tras aventurar que no duda de que "vamos a lograr el mejor Congreso Mundial que jamás haya celebrado el CIE" sea en capítulos como la asistencia, el número de naciones participantes y la producción científica, situó las expectativas en torno a "reunir a 15.000 personas aunque, merced a las nuevas tecnologías, ya estamos trabajando con procedimientos virtuales que permitan doblar la cifra de participantes hasta los 30.000 profesionales de todas las razas e idiomas unidos por el mismo vínculo profesional".

Se anuncia, como decimos, para el 2017 y en esta cita "Barcelona servirá de plataforma para -como ratificó González Jurado- mostrar la cara más implicada de

las enfermeras españolas, aquello que hacemos para garantizar la sostenibilidad y futuro del Sistema Nacional de Salud, garantizando a su vez el derecho a la atención de los usuarios y afrontando y resistiendo las investidas de la crisis".

Reconocimiento

El presidente del Consejo General insistió en que la elección de Barcelona/2017 como la cumbre que aguarda a la enfermería de todo el mundo supone "un reconocimiento a una profesión como la enfermería española que lleva años dando ejemplo, a nivel mundial, de su nivel y categoría. Esto no es flor de un día sino el fruto a muchos años de trabajo, desde el colectivo como desde la Organización Colegial". Idéntico respaldo obtuvo la candidatura española en la hasta hace unas fechas presidenta del CIE, la australiana Rose Mary Bryant para quien "las enfermeras españolas son el espejo donde ahora se miran muchos países que necesitan hacer crecer a sus profesionales en conocimientos, competencias y desarrollo profesional".



Judith Shamian, presidenta de la enfermería mundial

En el transcurso del 26º Congreso Mundial del CIE recientemente celebrado en Melbourne, la enfermería mundial ha conocido la designación de una nueva presidenta: Judith Shamian que acaba de sustituir en este liderazgo a la australiana Rose Mary Bryant. Shamian, conocida dirigente de la enfermería de Canadá, ya es oficialmente la "número uno" de las enfermeras y enfermeros repartidos por todo el planeta.

Judith Shamian es una enfermera que ha abarcado, prácticamente, todos los campos de la profesión. Sea la docencia, la administración, la política general y la práctica clínica. Por eso, Shamian está reconocida como una clara defensora de los asuntos de la salud y de la enfermería, sea en su país natal (Canadá) como en cuantos foros aparece esta experimentada enfermera ahora aupada a la máxima responsabilidad del colectivo. De tal forma que ha sabido llevar "la experiencia y la capacidad de las enfermeras a la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) mediante la colaboración con las enfermeras-jefes de esta organización". También, ha trabajado en el Comité asesor mundial de las enfermeras que se formó para asesorar a la Dra. Chan, Directora General de la OMS.

En la apretada biografía personal de Judith Shamian, se sabe que ha ocupado numerosos cargos directivos en Canadá, tales como Presidenta de la Asociación de Enfermeras de Canadá, Directora ejecutiva de Health Canadá, Presidenta de la Asociación de Enfermeras de Ontario y vicepresidenta de enfermería en el Hospital Mont Sinai. En toda su trayectoria, se ha distinguido por impulsar iniciativas que buscaban mejorar la calidad y el acceso a los servicios de la salud.

Para conocer su pensamiento, el propio CIE ha facilitado una reciente intervención de Judith Shamian en la que, textualmente, trazó esta definición válida para cualquier parte del mundo: "Las enfermeras tienen la clave de muchas de las posibles soluciones y el CIE tiene una importante función que desempeñar para ampliar el alcance de la profesión de enfermería estableciendo los programas de políticas general es en los planos nacional e internacional". Y la Dra. Shamian enfatizó diciendo:

"Considero que es un derecho fundamental de las poblaciones tener acceso a las condiciones y a los recursos necesarios para su salud y su bienestar. Propiamente, nuestro último objetivo en tanto que enfermeras debe ser contribuir a cuanto podamos para conseguir una salud óptima para el mayor número posible de personas en el mundo".

"DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA" ALCANZA 50 NÚMEROS

La presente edición que la enfermería onubense tiene entre las manos ofrece la singularidad de ser el número 50 en la existencia de esta cabecera del Colegio Oficial de Huelva. Creada en el ya lejano año de 1997, paso a paso, con enormes dosis de constancia y sentido de futuro, DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA acaba de alcanzar una meta que no está al alcance de muchas publicaciones en cualquier ámbito profesional que se precie.

El esfuerzo del Colegio de Enfermería, como promotor de esta apuesta editorial, se ha visto correspondido, y desde el primer momento, con el interés de los profesionales que, número a número, han ido ofreciendo la reflexión científica de su quehacer diario traducido en trabajos que han ido engrosando lo que, en conjunto, representa uno de los mejores exponentes profesionales de la sanidad en Huelva. A esos trabajos se les han ido uniendo, como ramas de un mismo árbol, las principales noticias que interesan y afectan al común de los colegiados, siempre expuestas desde el respeto que merece la cruda realidad en la que se desenvuelve el trabajo cotidiano.

Con semejantes propósitos, DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA fue consumiendo años y

etapas hasta conseguir alcanzar la plena madurez en forma del número 50 que luce en su cabecera. Lo cual es motivo más que suficiente para expresar la gratitud del Colegio a quienes confiaron en sus páginas para convertirse en el mejor vehículo difusor de las ideas enfermeras. Como a los anunciantes y a todos los que consideran que "DOCUMENTOS..." es más que una Revista, con ser importante. Mas bien: uno de los símbolos que distinguen a la enfermería de la provincia de Huelva.





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.

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 podrán ser remitidos por correo postal, correo electrónico (en un único archivo del tipo *.doc) 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.

Aspectos formales del manuscrito:

Los trabajos se presentarán en folios DIN-A-4, numerados, mecanografiados por una sola cara a doble espacio con letra Times New Roman tamaño 12, dejando unos márgenes inferior y superior e izquierdo de 4 cms. y derecho de 2 cms. La extensión máxima del documento no debe superar las 3500 palabras incluyendo todos sus apartados.

Los trabajos de investigación del tipo original o de revisión deberá seguir las siguientes directrices:

- La primera página incluirá la siguiente información:
 - Título del trabajo.
 - Nombre y apellido de los autores. Es importante que los autores decidan su Nombre Bibliográfico Único de cara a la correcta identificación en las distintas bases de datos en base a las recomendaciones internacionales.
 - Dirección del centro de trabajo.
 - Dirección completa para correspondencia.
- La segunda página incluirá:
 - Resumen con no más de 200 palabras preferentemente estructurado en objetivo, método, resultado y conclusiones.
 - Palabras clave o descriptores. En número entre 3 y 6, deben contener los descriptores que más se adecuen al artículo y que estén contenida en los *Descriptores en Ciencias de la Salud* (DeCS) de la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) o en su defecto los *Medical Subject Heading* (Mesh) del Index Medicus.

- En las siguientes páginas se incluye el cuerpo del artículo con los apartados:
 - Introducción.
 - Método.
 - Resultados.
 - Discusión.
 - Bibliografía. Se detallarán de manera correlativa a la aparición en el texto. El número de la cita se reflejará en el documento con números entre paréntesis o superíndice. Las referencias bibliográficas se escribirán atendiendo a la última versión disponible de los Requisitos de Uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas (Normas de Vancouver).
 - Tablas y figuras. Deben incluir leyenda e ir numeradas e identificadas correctamente en el texto.

Proceso editorial:

- 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.
- La presentación de un trabajo no implica la obligación por parte del Consejo Editorial de su aceptación para su publicación.
- Una vez recibido el manuscrito se acusará recibo del mismo en un periodo aproximado de 15 días.
- Todos los trabajos recibidos se someten a evaluación en primer lugar por el Comité Editorial y, si procede, por revisores externos.
- Una vez revisado recibirá notificación sobre la aceptación o no del documento, indicando en su caso los cambios que deberían realizar los autores para adecuar el manuscrito.
- Realizadas las modificaciones oportunas se le comunicará la aceptación definitiva y la fecha aproximada de publicación.

Días antes de la publicación definitiva se le enviará el artículo con la forma en la que será publicado (galerada) para su revisión final.

Entre los aspectos a evaluar por el comité están incluidos:

- Calidad científico-técnica, resumen en inglés y metodología.
- Novedad, originalidad y oportunidad de los trabajos.

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

Aracena

DENUNCIAN RECORTE DE LAS OBRAS DEL CHARE

El Partido Popular (PP) anunció el inicio de acciones en relación al proyectado Centro hospitalario de alta resolución (Chare) de Aracena. La parlamentaria María Sacramento se refirió al "descarte de la Junta de Andalucía de unas obras que Salud no prevé retomar hasta 2016 pese a que prometió la puesta en funcionamiento de este Hospital Comarcal para 2010".



La parlamentaria andaluza aseguró su intención de "exigir en el Parlamento regional, a través de una Proposición no de ley que ya ha sido registrada en la Cámara autonómica, la finalización de las obras paralizadas en noviembre de 2010 porque -continuó- la Sierra de Huelva no puede seguir soportando el castigo sanitario del Gobierno andaluz por la falta de infraestructuras y servicios sanitarios". Para la parlamentaria onubense, estamos "ante un verdadero recorte sanitario en toda regla que, una vez más, van a padecer todos los serranos y serranas" luego de señalar que las obras del Chare de Aracena están al 40% de ejecución en "una de las obras sanitarias más urgentes de toda Andalucía por la distancia existente entre los pueblos" a los que dará cobertura.

Para Sacramento, fue la propia consejera M^a Jesús Montero la que "prometió en noviembre de 2008 que el Chare de Aracena estaría en funcionamiento en 20 meses, es decir en julio de 2010. Para luego decir que en 2012 pero la realidad es que hoy, en 2013, este hospital sigue siendo un esqueleto del que nada nuevo se sabe". Cuando el Chare de Aracena se encuentre en funcionamiento, atenderá a una población de 40.000 habitantes pertenecientes a 28 municipios. Dará empleo a 150 profesionales.

Cartaya

Atención a la fibromialgia

La Asociación de enfermos de Fibromialgia de Cartaya ha inaugurado una sede en la que se va a potenciar tanto el aspecto formativo como el práctico a la hora de apoyar al colectivo de pacientes. La Asociación de personas afectadas por esta patología -"FibroCartaya"- ya dispone de un espacio propio que está llamado no solo a ser un punto de encuentro sino el lugar idóneo donde poner en marcha aquellas iniciativas que formen, informen y, en definitiva, mejoren la calidad de vida de quienes padecen la dolencia.



La presidenta de FibroCartaya, Amalia Pérez, y los concejales del Ayuntamiento cartayero Ramón Barbosa, Constanza Pérez y Domingo Crespo presidieron la inauguración de una sede llamada a ocupar un papel importante en la atención a las personas víctimas de un latente problema de salud que, mayoritariamente, afecta a las mujeres. Amalia Pérez agradeció al Ayuntamiento el haber facilitado apoyo y espacio en un local que, situado en pleno centro, abre "importantes expectativas" para organizar conferencias, charlas talleres y toda suerte de eventos que ayuden a mejorar los tratamientos a un problema que sufren numerosas personas del municipio.

En el acto inaugural, la responsable de Fibroluz, María Cabalearo subrayó el impulso prestado desde el centro de Salud de Cartaya con mención especial a dos profesionales, la enfermera Ana Escolástico y la Trabajadora Social, Emma Brome. El Ayuntamiento cartayero, por medio de su concejal Manuel Barroso, destacó el esfuerzo realizado por la Asociación de pacientes a la que brindó el total apoyo del consistorio, incluido el Patronato Municipal de Deportes para realizar actividades de gimnasia terapéutica específica, que demanda el colectivo.



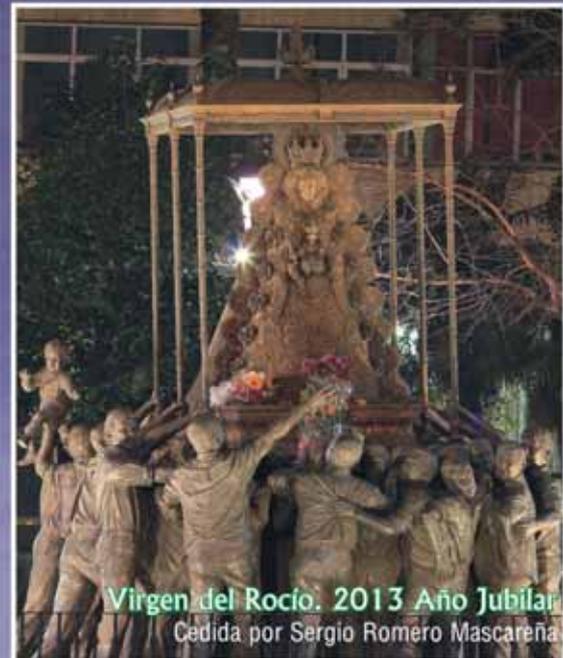
Ilustre. Colegio Oficial de Enfermería de Huelva

CONVOCA

XXX

Certamen de Investigación en Enfermería

CIUDAD DE HUELVA



Virgen del Rocío. 2013 Año Jubilar
Cedida por Sergio Romero Mascareña

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, siendo realizados por profesionales de Enfermería, se presenten a este certamen de acuerdo a las bases del mismo.

3. PREMIOS:

Primer Premio: 1.500 euros y trofeo.

Accesit: 500 euros y trofeo.

La dotación económica de los premios está sujeta a retención fiscal según lo estipula la ley.

El jurado podrá declarar desierta cualquiera de las categorías o las dos si considera que los trabajos presentados no reúnen las cualidades necesarias para tales menciones.

4. PRESENTACIÓN:

Los trabajos deberán hallarse en la sede del colegio antes de las 18:00 horas del día 22 de Diciembre de 2013, independientemente del modo en que se presente (en persona, o por correo postal o agencia).

Se presentarán cinco copias del trabajo en tamaño DIN A-4, mecanografiadas a doble espacio por una sola cara, encuadernadas y, además, en soporte digital.

Estas copias irán firmadas con seudónimo y se presentarán en sobre cerrado en el que se indicará " Certamen de Investigación en Enfermería Ciudad de Huelva", no apareciendo en éste ningún dato identificativo. En el interior del sobre, junto al trabajo, se acompañará otro sobre cerrado en cuyo interior se detallará nombre del autor, DNI, N° de Colegiado, dirección completa, teléfono así como seudónimo y título del trabajo presentado).

El incumplimiento de estas normas de presentación puede conducir a la descalificación del trabajo por parte del Jurado.

5. CRITERIOS TÉCNICOS:

La estructura de los trabajos será: introducción, objetivos, material y método, resultados, discusión, conclusiones y bibliografía.

Las referencias bibliográficas se citarán en el orden empleado conforme a la última versión de las normas de Vancouver.

Entre los aspectos a evaluar por el jurado están incluidos:

- Calidad científico-técnica y metodológica.
- Novedad, originalidad y oportunidad de los trabajos.
- Producto enfermero.

6. 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.

7. JURADO:

Estará compuesto por un mínimo de cinco miembros, todos enfermeros, de entre los cuales se nombrará un secretario. Presidirá el Jurado el Presidente del Colegio de Enfermería de Huelva. 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.

8. FALLO:

El fallo del jurado lo hará público el secretario del mismo durante la celebración de la Festividad del Patrón de la Enfermería, San Juan de Dios, del año 2014.

9. 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.

10. TITULAR DEL PREMIO:

Será quien aparezca como único o primer firmante.

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

<http://www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es>

INFORMACIÓN