

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERIA
DE HUELVA



enfermería

AÑO XVI

nº 51 Septiembre 2013



**ENFERMERIA: COMPROMISO
PARA SALVAR EL S.N.S.**

**AVANCE EN LA ESPECIALIDAD
GERIÁTRICA**

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 LABORAL

6 HOSPITAL COSTA LUZ

7 HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ

8/9 COLEGIOS Y SERVICIOS PROFESIONALES

10/12 TRABAJO PUERPERIO

13 M^a JOSÉ SÁNCHEZ, NUEVA CONSEJERA

14/15 ACUERDO MINISTERIO, CONSEJO Y SATSE

16 AMA

17/22 TRABAJO CANGURO

23 PREMIO OSTOMÍAS

24 UNIDAD DOLOR HOSPITAL RIOTINTO

25 HÁBITOS SALUDABLES/LIBRES DE HUMOS/ ENFERMERÍA GERIÁTRICA: ACCESO A PLAZAS

26 FORMACIÓN ENFERMERAS HOSP. VÁZQUEZ...

27 NORMAS DE PUBLICACIÓN

28 XX CERTAMEN



ANTE EL NUEVO, E INESPERADO, TIEMPO EN LA SANIDAD PUBLICA ANDALUZA

El otoño ha comenzado en Andalucía con un imprevisto cambio de horizonte por lo que al "aparato" oficial se refiere. La crisis desatada por la repentina dimisión de José Antonio Griñán al frente de la presidencia de la Junta ha supuesto la entrada de un nuevo Gabinete regional en el que una de las noticias más destacadas ha girado en torno al nombramiento de María José Sánchez Rubio responsable de la ahora remodelada consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Ello ha supuesto que la hasta ahora titular, María Jesús Montero haya cambiado de destino siendo promovida como consejera de Hacienda y Administración Pública.

Pero todo este convulso panorama político se ha producido en medio de un contexto -el sanitario- donde las Políticas de recortes y duros ajustes han dejado de ser novedad para instalarse, desafortunadamente, en el día a día que tan bien conocen, y hasta sufren, los profesionales al servicio de los pacientes. A la hora de conocerse la nueva dirección de la sanidad regional, cabrían formularse mil y una interrogantes en relación tanto a la trayectoria global desarrollada por M^a Jesús Montero como a lo que cabe esperar de la nueva titular de esta macro-consejería, la malagueña Sánchez Rubio.

A las alturas del calendario en que nos movemos, nadie puede negar que la crisis de la sanidad pública andaluza, representada en el SAS, no es que sea importante sino que ha devenido en unos tintes más que preocupantes. El reciente verano de 2013 se ha saldado con una serie de recortes en dotaciones logísticas -cierre de quirófanos, camas hospitalarias, centros de primaria como de personal que han producido enorme malestar entre la población. A todo ello, la ya exconsejera Montero hizo frente a las críticas y protestas con los consabidos argumentos de lo "políticamente correcto". Esto es: que ante las denuncias todo estaba bajo control, que se trató de "picos estacionarios" y que las camas clausuradas no era sino camas "en situación de reserva". Mil y un eufemismos que han caracterizado la gestión y trayectoria de la anterior responsable, y de su equipo, de cuyas consecuencias conocen sobradamente los profesionales que hacen posible el funcionamiento de la enorme maquinaria que llamamos SAS. El paro y la emigración han sido la tónica más desalentadora por repetida.

Pero, ahora y ante la recta final del año, lo más importante es atisbar la respuesta a una gran interrogante: ¿Con la llegada de María José Sánchez van a mejorar las actuales coordenadas sanitarias en Andalucía o se van a cronificar los ajustes que, de toda índole, han pasado ya a formar ya parte del paisaje sanitario andaluz? En esas estamos. Desde la profesión de enfermería se han hecho votos para que el diálogo, tantas veces ausente durante la era-Montero, se reestablezca entre la administración y las organizaciones de profesionales -Colegios incluidos-. para que, entre todos, se pueda llegar a atisbar un consenso que conduzca a mejorar la situación actual de la sanidad pública regional

Una sanidad (o mejor, un SAS) que se ha situado a la cabeza de los 17 sistemas regionales sanitarios de España a la hora de reducir el número de sus trabajadores. Este es un dato tan dramático como revelador de un estado de cosas ante las que la anterior consejería responsable, se mostró poco o escasamente sensible. No es ningún descubrimiento reiterar que la sanidad pública necesita de reforzar sus plantillas y de eso sabe, y mucho, el colectivo de enfermería. Si es que, de verdad, se aspira a hacer creíble el permanente mensaje de la calidad asistencial frente a la presencia de unos ratios de profesionales escasamente acordes con las actuales necesidades de la población. Es el tiempo de la nueva titular Sánchez Rubio. Dejémosle aterrizarse en su puesto y, acto seguido, comprobar por donde quiere caminar en lo tocante a la sanidad pública andaluza.



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.

CRÍTICAS A LA OFERTA DE 569 PLAZAS DE EMPLEO PÚBLICO EN EL SAS



Huelva.- Redacción

La consejería de Salud y el SAS anunciaron la aprobación de la más que esperada Oferta de empleo público (OEP) para el presente año 2013, la cual estará compuesta por un total de 569 plazas para todas las categorías y en las instituciones sanitarias de las ocho provincias de la región. Nada más conocerse la dimensión del acuerdo alcanzado, llovieron las críticas sobre una OEP que, después de no ser convocada desde el año 2007, apenas si puede dar satisfacción a la enorme cifra acumulada de profesionales laboralmente en precario. El departamento que dirige María Jesús Montero tuvo que escuchar voces como las que calificaban de "vergonzosa e indigna" la oferta por parte de CSIF-A, primera fuerza sindical multiprofesional de la sanidad andaluza.

La decepción más generalizada se abrió paso entre los miles de profesionales interesados/afectados nada más conocerse que, oficialmente, la Junta, a través de su consejería de Salud, anunció la convocatoria de una Oferta de empleo público para 2013 y fijada en 569 plazas para todas las categorías en la red pública sanitaria andaluza. Fue el desenlace alcanzado entre los responsables del SAS y los miembros de las organizaciones presentes en la Mesa sectorial a los que, la misma consejería explicaba en nota oficial "han acogido satisfactoriamente la medida".

Críticas

Pero nada más lejos de esa realidad. Las críticas arreciaron sobre la decisión tomada por Salud y el SAS. La Central Sindical Independiente de Funcionarios, CSIF-Andalucía, no dudó en calificar de "vergonzosa e indigna" la Oferta de solo 569 plazas anunciadas por el SAS. Una oferta, apuntaba, "nimia e insuficiente que agravará el déficit del personal que sufre la sanidad andaluza desde hace años y que, -continuó argumentando-, afecta gravemente al servicio que ofrecen unos empleados públicos que, además, han sufrido continuos ataques y recortes en los últimos dos años". El penúltimo, concretamente, en el severo recorte de la paga extraordinaria del mes de junio/2013

CSIF, no dudó en asegurar que "la consejera M^a Jesús Montero miente al hablar de que el SAS con esta Oferta busca la estabilidad de su plantilla "puesto que la convocatoria se acerca a lo que permite la Ley puesto que podría haber crecido hasta el 10% de reposición que establece la Ley nacional además de "apostar por la promoción interna". Por su parte, el Satse valoró la propuesta de "insuficiente" al tiempo que pidió "un esfuerzo para consolidar el mayor número de plazas posibles que permita la Ley".

Por su parte, la consejería de Salud destacó su postura afirmando que "este proceso selectivo pone de manifiesto el esfuerzo del ejecutivo andaluz por el mantenimiento del empleo público. "además de enfatizar que, con esta nueva Oferta "se avanzará en la tasa de estabilidad de la plantilla del Sistema sanitario público andaluz que sitúa a Andalucía como la región con más plantilla fija y estabilidad en el empleo del sector sanitario de España"

Siete años

La citada Oferta debe ser extendida en su exacta dimensión y literalidad. Es decir: después de haber transcurrido siete largos años (la última en 2007) sin convocatoria, Salud pone sobre la mesa 569 plazas a repartirse entre las 40 categorías laborales del SAS lo cual supondrá que las plantillas de trabajadores podrían aumentar algo imperceptible (un 0,63%) si se tiene en cuenta que, en la actualidad, los distintos niveles y categorías profesionales existentes en la sanidad pública de la comunidad suman alrededor de 90.000 personas. La última esperanza para que la Oferta laboral pública y sanitaria fuera objeto de alguna mejora, quedó pendiente de una posterior reunión de la Mesa sectorial sanitaria .

APUESTA DE LA SANIDAD PRIVADA EN HUELVA

Huelva.- Redacción

La sanidad privada en Huelva cuenta, desde hace poco, con un nuevo recurso asistencial: el hospital Costa de la Luz. Construido en una superficie de 5.000 metros cuadrados, este centro dispone de cinco plantas que albergan, entre otras dependencias, 27 consultas externas, 35 habitaciones, tres paritorios y cuatro quirófanos así como tecnología de vanguardia. Su edificación ha supuesto una inversión de 10,5 millones de euros y el propósito de sus responsables es "crear más de 200 puestos de trabajo, directos e indirectos".

Demanda

El hospital Costa de la Luz, que abrió sus puertas el pasado 15 de julio, nace con la vocación de convertirse en una referencia para la sanidad privada de Huelva. Alejandro García Muriel (enfermero colegiado en Huelva) preside el Consejo de Administración además de ser uno de sus principales impulsores, asegura que el centro responde a que "desde hace años Huelva viene demandado un centro hospitalario privado de estas características capaz de prestar una atención integral y de calidad".



En el Costa de la Luz, ubicado en la calle Punta Umbria, tienen cobertura las principales compañías aseguradoras de España (Sanitas, Mapfre, DKV, Allianz...) y contempla numerosas especialidades medicoquirúrgicas, Urgencias especializadas las 24 horas y primero en la provincia en contar con una Unidad de Cuidados Intensivos que incorpora la Unidad de Vigilancia Coronaria para atender a pacientes víctimas de infarto de miocardio agudo.

También contempla una atención específica al ámbito de la Ginecología atendiendo partos desde la semana 32 de gestación. Algunas de sus cabezas más visibles son, además del presidente García Muriel, Pascual Sánchez, al frente del Servicio de Ginecología y Manuel Almazán, responsable de Calidad.

ACUERDO ENTRE COLEGIO Y ESTUDIO DE ARQUITECTOS

Huelva.- Redacción

El Colegio Oficial de Enfermería de la provincia de Huelva y la Oficina de Arquitectura Alberto Toscano & Ignacio Toribio, han formalizado un acuerdo de colaboración que representa un beneficio para aquellos colegiados y familiares cercanos en las facetas relativas a los Proyectos de edificación, Dirección de obras, Redacción de proyectos de reformas y/o Rehabilitación, así como diferentes trabajos urbanísticos mediante importantes descuentos (del 20%) por el hecho de ostentar la pertenencia al Colegio.



El Colegio Oficial de Enfermería, representado por su presidente Gonzalo García, y los titulares de la Oficina de Arquitectura, Alberto Toscano e Ignacio Toribio han alcanzado un acuerdo de colaboración mediante el cual el Colegio pone a la disposición de sus colegiados -extensivo a sus familiares directos: padres, hijos, cónyuges y hermanos- la posibilidad de obtener beneficios

en forma de descuentos (20%) en los productos que se refieran a un amplio capítulo tales como la Redacción de proyectos de edificación, Proyectos de reforma y/o rehabilitación, Diseño de interiores, Gestión urbanística, Deslindes, replanteos, mediciones, tasaciones, y todo tipo de consultas, informes, peritaciones y diligencias propias de las competencias de los facultativos en Arquitectura.

Tras la firma, Gonzalo García expresó su satisfacción "por ofrecer al colectivo de enfermería onubense una nueva perspectiva para utilizar las prestaciones del Colegio mediante la citada propuesta de proyectos urbanísticos en un amplio catálogo de productos que, en cualquier momento de la vida, son necesarios de ejecutar. El Colegio de Huelva siempre abierto a las ventajas de sus colegiados, entiende que también en esta cuestión hay un campo de actuación que interesa conocer y difundir".

SUPERVIVENCIA DE PACIENTES EN PARADA CARDIACA

Huelva.- Redacción

El hospital Juan Ramón Jiménez anunció haber mejorado los niveles de supervivencia en los pacientes hospitalizados en planta que son víctima de una parada cardiorespiratoria merced a la aplicación del llamado "Plan Intrahospitalario de reanimación cardiopulmonar (Rcp)" con el que se ha permitido dar respuesta inmediata gracias al trabajo coordinado de numerosos profesionales: médicos intensivistas e internistas, enfermería, celador y telefonista. El hospital aseguró que una parte fundamental de este logro recae en la actuación de enfermería.

Entre un 0,4% y un 2% de los pacientes ingresados sufren una parada cardiorespiratoria. Si, además, de ellas más de la mitad se producen en localizaciones diferentes a las áreas de Cuidados críticos, se puede entender la importancia que supone contar con un Plan intrahospitalario de Rcp que garantice una atención al enfermo desde el primer momento en que se origina el problema, lo cual resulta vital no solo en la disminución de la mortalidad sino, también, en la reducción de las secuelas que pueden derivarse de este grave episodio.

Definen como "fundamental" la actuación de enfermería

Reanimación

En el balance efectuado al Plan de Rcp del Juan Ramón Jiménez se contemplan unos "resultados esperanzadores" mejorando los tiempos de respuesta del mismo centro, desde que diseñó e implantó este proyecto en el año 2007 y que, desde entonces, se ha extendido a nivel nacional por su demostrada eficacia, conforme subrayó el SAS.



Entre sus principales logros destaca la notable mejora de la supervivencia del enfermo con parada en 2012, superior al 41% del alta hospitalaria a consecuencia directa de la atención inmediata por parte de los profesionales. La reanimación básica sigue siendo inferior a los 60 segundos en el total de los casos atendidos., y la actuación del equipo de Soporte vital avanzado se lleva a cabo en una media de 2,5 minutos, siendo la horquilla factible hasta los 8 minutos. Son alrededor de 50 los enfermos que necesitan, anualmente, la activación de la cadena de supervivencia en el hospital.

Enfermería

Un pilar fundamental del Plan lo constituye la enfermería que en el 85% de los casos inicia la Rcp básica hasta que acude el equipo de Soporte vital avanzado. Esto ha sido posible merced a la formación continua que los profesionales fueron recibiendo porque la consideran "una prioridad y garante del éxito" del proyecto. En total se han formado más de 900 profesionales en Soporte vital con distintos niveles de competencia en función del puesto que desempeña y su implicación en la Rcp.

APROBADA LA NORMA QUE REGULARÁ LOS COLEGIOS Y SERVICIOS PROFESIONALES

Huelva.- Redacción

El Consejo de Ministros del pasado 2 de agosto dio su aprobación al Anteproyecto de Ley de Colegios y Servicios profesionales que, en esencia, va a significar un antes y después en el desarrollo, funcionalidad y competencias de los organismos colegiales en España. que, todavía, se rigen por una norma del año 1974. Se trata de una iniciativa que busca "impulsar la competitividad y la calidad de los servicios mediante la eliminación de restricciones", promovida por el Ministerio de Economía y se justifica al estar contemplada en el Plan Nacional de Reformas a instancias de la Unión Europea (UE). La futura ley establecerá una lista de profesiones de colegiación obligatoria, que se corresponden con las ejercientes en el campo de la Sanidad.

El Ministerio de Economía establece la colegiación obligatoria para determinadas titulaciones, entre ellas todas las sanitarias

El Consejo de Ministros del 2 de agosto/2013 dio luz verde al "Anteproyecto de la Ley de Colegios y Servicios profesionales "que busca impulsar la competitividad y la calidad de los servicios profesionales que representan casi el 9% del Producto Interior Bruto (PIB), el 6% del empleo total y el 30% del empleo universitario. Esa liberalización tendrá efectos positivos sobre la Economía española pues permitirá un "crecimiento adicional del PIB alrededor de 1 punto porcentual" según estimaciones del departamento ministerial que lidera Luis De Guindo. Cuando esta Ley entre en vigor, quedará derogada la actual que, sobre los Colegios Oficiales, se corresponde con la Ley 2/1974 de 13 de febrero.



El ministro de Economía Luis De Guindos, impulsor de la futura Ley de Colegios

Obligatoriedad

El Anteproyecto se refiere, amplia y detalladamente, a los Colegios para lo cual va a establecer una lista de aquellas profesiones con la colegiación obligatoria que, además, solo podrá exigirse por una Ley estatal. El texto dado a conocer tras el citado Consejo de Ministros concreta tres grupos de titulaciones con la colegiación obligatoria. A saber:

- **Profesiones Sanitarias:**
Medicina, Farmacia, Veterinaria, Odontología, Enfermería, Fisioterapia, Óptica-optometría y Podología.
- **Profesiones Jurídicas**
Abogados, Notarios, Procuradores, Graduados Sociales y Registradores de la propiedad.
- **Profesiones Técnicas**
Aquellas para las que se exija visado (ámbito de la edificación y manejo de explosivos, principalmente)

Junto a estas profesiones de colegiación obligatoria, coexistirán Colegios de pertenencia obligatoria y voluntaria. No obstante, solo la pertenencia a los primeros será habilitante para ejercer una profesión. Los Colegios solo podrán crearse mediante Ley a petición de profesionales titulados y acompañado de una Memoria justificativa, con los motivos para la creación del Colegio, las razones que impiden su integración en uno ya existente o el número de profesionales en ejercicio.

Incompatibilidades

El Anteproyecto de Ley se refiere a los "criterios de buen gobierno en los Colegios de colegiación obligatoria". Para lo cual los órganos directivos -(Juntas)- se someterán a esos mismos principios y a un régimen específico de incompatibilidades. Se refuerza la independencia colegial al determinar ser incompatible ostentar el puesto de presidente (o decano), miembros de Junta de gobierno o directivos con ser cargo político electo -(sea del Estado, de la Comunidad, autónoma, provincia u otros entes locales)- así como de un órgano directivo en cualquier administración pública.

También serán incompatibles los responsables de Colegios con puestos directivos en partidos políticos, sindicatos u organizaciones empresariales, entidades de seguro o mutualidades de previsión social. Además, los familiares directos de los cargos directivos de un Colegio no podrán ser contratados laboral o mercantilmente por la misma.

El ejercicio de la potestad disciplinaria de los Colegios se mejorará estableciendo que el Código Deontológico de cada Organización Colegial sea "único en todo el territorio nacional" y exigiendo órganos deontológicos o disciplinarios independientes de los órganos de gobierno colegial.

Se va a clarificar el régimen económico de los Colegios así como la cuota colegial "debiendo separarse los servicios obligatorios de los voluntarios". Los Colegios de pertenencia obligatoria deberán contar con un régimen de cuotas obligatorias bonificado para los profesionales en desempleo.

Formación

En el artículo 53 del texto de referencia, se habla del "Impulso de la formación continua de los profesionales". Para lo cual se apunta que las Administraciones públicas, en sus respectivos ámbitos de competencia, así como las corporaciones colegiales y asociaciones profesionales "favorecerán la formación continua de los profesionales como vía de mantenimiento de la calidad de los servicios que prestan y

velarán porque las competencias o las capacidades de los profesionales se mantengan a lo largo de la vida profesional, mediante la promoción de la formación continua"

Remuneración

El capítulo relativo a la remuneración de los cargos directivos de los Colegios, también va a ser ordenado en la futura Ley. El texto del anteproyecto ya aprobado sostiene que "con carácter general no tendrán derecho a remuneración aunque con la excepción de que ejerzan el cargo de dedicación en exclusiva". Esta remuneración "deberá figurar de forma detallada en los presupuestos y deberá ser aprobada por una mayoría igual a la que tenga cada Colegio para la aprobación de las cuentas".

Otro aspecto a reordenarse por el Ministerio de Economía es el de la transparencia mediante la presentación y publicidad de las cuentas de los Colegios. Además, y como garantía de un mayor control contable, se recoge la obligatoriedad de auditoría para los Colegios de permanencia obligatoria. Se exigirá que la información sobre los colegiados y sobre todas y cada una de las cuotas del Colegio "sea accesible al público en formato telemático sin que sea preciso solicitarla". El funcionamiento democrático de los Consejos Generales se reforzará al establecerse que, en la participación de los Colegios en la elección de sus órganos directivos, "se tendrá en cuenta el número de colegiados de cada uno de ellos".

Como se aprecia, el Ministerio de Economía y Competitividad que dirige Luis de Guindos quiere que, a partir de verse aprobado el citado Anteproyecto, comience a producirse el llamado "Trámite de Informe" el cual podría tener una duración, aproximada, de unos seis meses. Con posterioridad, se aprobará, en una segunda lectura, por el Consejo de Ministros, transformándose ya en Proyecto e iniciando su tramitación en el Parlamento.

Adaptación: un año

La Disposición final del Anteproyecto se refiere a la "Adaptación de la normativa vigente" para lo cual las Comunidades y ciudades autónomas y Colegios profesionales "dentro del marco de sus competencias, deberán adaptar sus disposiciones legales o reglamentarias y sus procedimientos a lo dispuesto (artículos 7 y 11 de la futura Ley) "en el plazo de un año" desde su entrada en vigor.

Alteraciones emocionales en el puerperio

Autora: Bueno Montero Estefanía

Diplomada universitaria en Enfermería y Especialista Obstétrico-Ginecológica (Matrona)

Dentro

de las alteraciones del ánimo más frecuentes durante el puerperio encontramos que la depresión se puede presentar poco después del parto o hasta un año más tarde, siendo su incidencia mayor tras los primeros tres meses posparto. Multitud de estudios evidencian que hasta un 20% de las mujeres padecerán depresión a lo largo de su vida una depresión.

El postparto es una de las etapas de la vida en la que se considera que existe un riesgo elevado de desarrollar depresión, los trastornos depresivos suponen un importante problema de salud pública.

La depresión está considerada como una enfermedad en la cual hay un desorden del humor desarrollándose sentimientos negativos y melancolía además de una pérdida de interés vital.

Gran parte de las afecciones que sufre una embarazada se deben al cambio dramático en los niveles de estrógeno y progesterona así como a la supresión del eje hipotálamo-pituitaria- adrenal.

Introducción:

Los desórdenes depresivos afectan más al sexo femenino (20%) que a los hombres (12%), generalmente incrementándose la gravedad de los síntomas a medida que avanza la edad.

Los trastornos afectivos constituyen el segundo desorden más común dentro de las enfermedades mentales en todo el mundo, la organización mundial de la salud predice que para la tercera década de este milenio sean la segunda causa general de discapacidad. El puerperio constituye entonces, una época en la cual estos trastornos son comunes, pero algunos, como la depresión posparto son poco reconocidos.

La depresión posparto es menos grave que la psicosis del puerperio, estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento

Conclusión principal: La gestación se caracteriza por profundos cambios físicos y psíquicos que influyen directamente en las relaciones de la mujer consigo misma, con su pareja, sus padres y el medio social en general.

Por esto se considera una *etapa de crisis del desarrollo dentro del ciclo vital femenino*. Los cuadros depresivos dentro de este proceso pueden pasar desapercibidos o manifestarse de forma aguda y reactiva, por lo que el diagnóstico debe ser claro y el tratamiento adecuado a las especificaciones diagnósticas de cada caso (1-7)

Objetivo principal: Principal: Demostrar la importancia de la depresión puerperal en la mujer así como sus consecuencias negativas para la madre, bebé y el entorno familiar.

Específicos: Sensibilizar al personal sanitario e instruir sobre escalas para detectar una posible depresión en puerperas.

Palabras clave: Depresión posparto, embarazo, gestación y puerperio
Keywords: Postpartum depression, pregnancy and puerperium

Metodología

A través de una Búsqueda bibliográfica exhaustiva: Pubmed, updatate, cochrane, medline, scielo, organización mundial de la salud, asociación española de psicología, sociedad mexicana de psicología, Sociedad española de ginecología y obstetricia, revistas científicas publicadas y monografías.

Criterios de inclusión: La búsqueda se ha realizado entre los años 1990 al 2013, en el idioma español e inglés.

Cuerpo del artículo

La depresión como episodio y como trastorno es una *entidad clínica claramente delimitada* que para su tratamiento y diagnóstico requiere de una *cuidadosa evaluación de la sintomatología*, anamnesis e historia del paciente.

El diagnóstico de "Depresión posparto" se caracteriza por iniciarse en cuatro semanas tras el nacimiento de un hijo, en ocasiones se presentan ideas delirantes siendo usual que se refieran al recién nacido; en pacientes sin características psicóticas puede haber pensamientos obsesivos de agresión al niño, falta de concentración y agitación psicomotriz. Es frecuente que estas mujeres presenten un cuadro clínico de gran ansiedad, crisis de angustia y llanto espontáneo.

No debe ser considerada únicamente como un abatimiento o disminución en la energía o del estado de ánimo y es muy importante saber diferenciarla de la "Melancolía de la Maternidad" lo cual no es patológico y ocurre durante la primera semana después del parto. La melancolía de la maternidad llamada también como *baby blues* presenta síntomas depresivos leves y estos son muy frecuentes.

El *baby blues* suele remitir espontáneamente en un plazo máximo de dos semanas sin necesitar tratamiento.

Es fundamental diferenciar lo que es la depresión posparto ya que es patológica de otras entidades como la anteriormente citada que no es patológica y es autolimitada.

Resultados (1, 8-22)

Los desórdenes depresivos afectan al menos al 20% del sexo femenino y 12% de los hombres en algún momento durante su vida, siendo las mujeres doblemente susceptibles a sufrir depresión, y los síntomas generalmente se incrementan con la edad .

Si bien los trastornos afectivos constituyen el segundo desorden más común dentro de las enfermedades mentales en todo el mundo, estimando la Organización Mundial de la Salud (OMS) que para la tercera década de este milenio sean la segunda causa general de discapacidad, El puerperio constituye entonces, una época en la cual estos trastornos son comunes, pero algunos, como la depresión posparto son poco reconocidos

La presencia de trastorno depresivo mayor durante el embarazo incrementa la morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el bebé apareciendo conductas poco saludables como omitir la atención prenatal o el uso de sustancias nocivas (tabaco, alcohol, sustancias ilegales) y constituyendo un factor de riesgo para intentos de suicidios y suicidio consumados

Los criterios para considerar que una mujer padece una depresión severa tras el parto son:

- Presentar tristeza, falta de interés o placer
- Padeecer al menos 5 de los siguientes problemas: desórdenes del sueño, anorexia, comer excesivamente, falta de energía, pensamientos depresivos, sentimientos de abandono y ansiedad, falta de concentración y movimiento.
- Disminución de actividades laborales o sociales
- Ser completamente indiferente o excesivamente paranoica en todo lo relacionado con su posparto y/o el bebé.

Dentro de los factores de riesgo para sufrir una depresión posparto tenemos: Haber padecido episodios depresivos previos; presentar sintomatología ansiosa y/o depresiva durante el embarazo y tener escaso apoyo socio-familiar durante el embarazo. Vargas sugiere que el número de partos es un factor asociado a la depresión posnatal, diversas investigaciones han concluido que el nacimiento del primer hijo representa un estrés único y se correlaciona con la depresión de manera más fuerte, que en el caso del segundo o el tercer parto

Según Pérez y cols la actitud negativa hacia el embarazo, los antecedentes de patología en el embarazo, parto por cesárea, ansiedad y depresión prenatal, antecedentes personales o familiares de depresión mayor y el embarazo no deseado, son factores que pueden desencadenar una depresión posparto

Con respecto a la Etiología del trastorno es heterogénea, lamentablemente se desconoce qué motiva la elevada incidencia de trastornos depresivos durante el postparto aunque hay diversas teorías.

Una de ellas nos dice que se debe a los cambios que afectan especialmente a las hormonas sexuales (estrógenos, progesterona), a la prolactina, a las hormonas tiroideas y al cortisol. Dichos cambios hormonales probablemente tengan un papel clave en el desarrollo de los trastornos depresivos del puerperio.

Otra teoría postula la existencia de una *interacción compleja* entre las hormonas, los neurotransmisores y el medio ambiente.

Las hipótesis actuales más preponderantes abarcan: 1) las deficiencias dietarias, los trastornos metabólicos o ambos; 2) las alteraciones de los niveles de bipterina/neopterina; 3) la anemia por déficit de hierro; 4) los trastornos tiroideos; 5) los cambios rápidos de los niveles hormonales luego del parto; 6) los cambios hormonales y de los ritmos circadianos y 7) los trastornos del eje hipotalámico-pituitario-adrenocortical (HPA) y los mecanismos inflamatorios.

Se sugirió que el hipercortisolismo presente en las últimas etapas del embarazo puede ocasionar supresión adrenal posparto luego de la disminución de los niveles de la hormona liberadora de corticotrofina (CRH) ocasionada por la placenta durante el parto. El aumento de los niveles de CRH placentaria en el embarazo suprime la producción hipotalámica de la hormona y disminuye su cantidad de receptores hipotalámicos. Esto resulta en la disminución de la liberación de cortisol. Las mujeres con tristeza o depresión posparto presentarían una supresión mayor que la habitual. En las pacientes susceptibles, la disminución de la respuesta a la CRH podría continuar, lo que resultaría en un estado hipoadrenérgico exacerbado aún más por la disminución del nivel de estradiol luego del parto. Se propuso que la supresión del eje HPA es un factor etiológico de trastornos del estado de ánimo luego del nacimiento.

Evans y cols: expresan que la mayoría de las mujeres que experimentan depresión después del parto no tienen ayuda profesional, aún más, casi el 50% no tiene ayuda desde los familiares ni de los amigos.

Por la morbimortalidad, consecuencias y posibles complicaciones de la depresión posparto en los últimos años se ha intentado optimizar el diagnóstico y proveer tratamientos tempranos , Al respecto, se han diseñado varias escalas para el tamizaje de esta patología, entre los cuales se encuentra la escala de depresión posparto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS); es importante tener presente que la EPDS es un método de pesquisa para la depresión posparto, siendo el DSM-IV el método más exacto para el diagnóstico de esta entidad clínica.

La EPDS posee una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad de 82% para evaluar la intensidad de la depresión durante el posparto y se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto, Consiste en diez cortas declaraciones y la madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. Se contesta sin dificultad en menos de 5 minutos.

El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad.

No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico, pero es una importante herramienta para detectar a posibles mujeres con riesgo de depresión o que la estén pasando para poder así realizarles un estudio más profundo.

Se procedió a efectuar una investigación de tipo comparativa y aplicada, adecuada a los propósitos del diseño no experimental, en donde se estudió la variable depresión posparto, describiendo su

relación con factores de riesgo en primigestas y multiparas embarazadas. Las unidades de análisis estaban representadas por la totalidad de púerperas atendidas en la Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza", sede de la División de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Maracaibo; de la cual se tomó una muestra de tipo no probabilística e intencionada, conformada por 100 mujeres púerperas atendidas en este centro asistencial durante el año 2009.

Se utilizó técnica de la observación indirecta, mediante la utilización de un cuestionario autoadministrado, la Escala de Edinburgo para Depresión Posparto (EPDS)

Los resultados obtenidos en estas mujeres, las cuales fueron evaluadas con la EPDS cerca de la quinta semana de puerperio, demuestran un riesgo elevado de depresión posparto tanto en multiparas como primiparas, con pruebas de tamizaje positivo en alrededor del 90%; teniendo en consideración que no se trata de un método diagnóstico, sino de rastreo; sus resultados deben ser comparados con una prueba más específica

Conclusiones

Es importantísimo que los profesionales de la salud realicemos una completa anamnesis, debemos realizar la valoración de una puerpera en dos etapas, una primera aplicando un test, tipo Escala de Edimburgo, ante los casos en los que evidenciamos un riesgo para la salud psicológica de la mujer seguido de una entrevista diagnóstica con especialistas ante casos de test positivos marcándonos la meta de que no quede ninguna mujer sin diagnosticar ni sin tratar, ya que tras la revisión las estadísticas nos muestran que muchas mujeres se quedan sin tratar y no tienen ayuda alguna por parte del profesional de la salud. La Escala de Edimburgo es un buen método de detección precoz de la depresión posparto, puesto que la mayoría de las madres con test positivos, al aplicárseles la encuesta diagnóstica para depresión según DSM-IV se les ha confirmado el diagnóstico de depresión.

Debemos proporcionarles a la mujer y familia una educación sanitaria y apoyo profesional en los casos en los que sea necesario para que la paciente como su entorno puedan vivir esta nueva fase en sus vidas de forma saludable sin ningún riesgo ni para la madre ni recién nacido.

Bibliografía

- Suppaseemanont W. Depression in Pregnancy: Drug Safety and Nursing Management. *The American Journal of Maternal/Child Nursing* January/February 2006; 31(1): 10 – 15 LippincottWilliams & Wilkins, Inc.
- Rojas, Enrique. Adiós, Depresión: en busca de la felicidad razonable. Plaza Edición Madrid. 2006 ISBN 9788484605188.
- Chambers CD et al. Selective serotonin-reuptake inhibitors and risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn. *N Engl J Med* 2006 Feb 9; 354:579-87.
- Suri R, Altshuler L, Hellemann G, Burt V, Aquino A, Mintz J. Effects of Antenatal depresión and Antidepressant Treatment on gestational age at birth and risk of preterm birth. *Am J Psychiatry*. August 2007;164(8):1206-1213.
- Vargas JE; García M. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. *Centro Regional de Investigación en Psicología*. 2009;3(1):11-8.
- Marchesi C, Bertoni S, Maggini C. Major and minor depression in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2009;113:1292-8.
- Campo A, Ayola C, Peinado HM, Amor M, Cogollo Z. Escala de Edinburgo para depresión postparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2007;58(4):277-83.
- Latorre JF, Contreras LM, García S, Medina JA. La depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2006;57(3):156-62.
- Evans G, Vicuña M, Marín R. Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2003;68(6):491-4
- Orejarena SJ. Trastornos afectivos posparto. *MedU-NAB* 2004;7(20):134-9.
- Nonacs R, Cohen L. The Social Support Apgar: instrument development and testing. *Research in Nursing and Health* 1998; 19: 143-52.
- González C, Morales C. Normalización de un instrumento para medir Depresión (EAMD) en mujeres embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 1993; 7: 110-3.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. The Spanish version was developed at the University of Iowa based on earlier Spanish versions of the instrument. For further information, please contact Michael W. O'Hara, Department of Psychology, University of Iowa, Iowa City, IA 52245
- Kabir K, Sheeder J, Stevens-Simon C. Depression, weight gain, and low birth weight adolescent delivery: Do somatic symptoms strengthen or weaken the relationship? *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2008;21:335-42.
- Cooper P, Tomlinson M, Broadhead J, Swartz L, Woolgar M, Murray L, Molteno C. Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 554-8.
- Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. " *Journal of Affective Disorders*", 2008; 108: 147-157.
- Arteaga A, Díaz S, Villalón M, Valenzuela M, Cubillos AM: *Cambios en el estado nutricional de la nodriza durante lactancia exclusiva*. *Arch Latinoamer Nutr* 31:766-781, 1981.
- Alvarado R, Peruca E, Rojas M, Vera A, Olea E, Monardes J, Neves E: *Cuadros depresivos en el embarazo y variables asociadas*. *Rev Chil Obstet Ginecol* 58:135-141, 1993.
- Seyfried LS, Marcus SM. *Postpartum mood disorders*. " *International Review of Psychiatry*", 2003; 15: 231-242.
- Carrera ML. Papel del obstetra ante la pérdida perinatal. Valencia, España: Universidad de Valencia. Serie de Publicaciones. 2004.
- Vinaccia S, Sánchez MV, Bustamante EM, Cano EJ, Tobón S. Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia. *Int J Clin Health Psychology* 2006;6(1):41-51.

M^a JOSÉ SÁNCHEZ, NUEVA CONSEJERA DE IGUALDAD Y SALUD

Adiós a M^a Jesús Montero, tras nueve años de gestión

Huelva.- Redacción

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía tiene, desde hace unas semanas, nueva titular y denominación. María Jesús Montero, que ha ocupado ese puesto durante los últimos nueve años, dejó el cargo a María José Sánchez Rubio, psicóloga y trabajadora social y que ha desarrollado su mayor etapa política en Granada al frente de la delegación de Asuntos Sociales de la Junta. Por su parte, M^a Jesús Montero fue nombrada consejera de Hacienda y Administración Pública en lugar de otra ex-sanitaria Carmen Martínez Aguayo.



M^a Jesús Montero dando el relevo a M^a José Sánchez

La ahora denominada Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, ya está en manos de María José Sánchez. La larga etapa de Montero al frente del mundo sanitario se cerró con motivo de la remodelación de la Junta surgida en el nombramiento de Susana Díaz al frente de la presidencia de la región tras la dimisión de José Antonio Griñán. En virtud de estas cuitas Políticas del PSOE, la sanidad andaluza es, ahora, cosa de M^a José Sánchez Rubio. Nacida en Casarabonela (Málaga, 1954) es licenciada en Psicología y diplomada en Trabajo Social. Funcionaria desde 1978, fue diputada en las Cortes (2004-2010), concejal en el ayuntamiento de Granada aunque todos coinciden en señalar que la etapa mas relevante de su biografía política estuvo al frente de la delegación provincial de Asuntos Sociales en Granada en el periodo 1997-2003, antes de ser designada delegada de la Junta en Granada en 2010.

Problemas

Su perfil político está lejano al de su predecesora (Montero) puesto que, hasta ahora, Sánchez Rubio ha observado un carácter dialogante alejado de las polémicas. La nueva consejera de Igualdad y Salud se ha hecho cargo de todo un macro-departamento con Salud y el SAS a la cabeza y que, como nadie duda, está cargado de problemas y dificultades de toda índole. Como colaboradores mas directos, han sido designados Aquilino Alonso, Licenciado en Medicina nacido en Asturias (1960) y como secretario general técnico Antonio Cervera (Granada, 1956) Licenciado en Derecho.

La sanidad pública andaluza está siendo objeto de un duro programa de recortes y ajustes, tanto en dotaciones (el reciente verano fue escenario de numerosos cierres de camas, quirófanos y centros) así como de personal, con unas plantillas de profesionales donde las coberturas y las sustituciones hace tiempo que dejaron de ser ejemplares. De todo ello, desafortunadamente, puede hablar la enfermería, una de las principales perjudicadas por los tijereta-zos que se consuman en el SAS.

Diálogo

En sus primeras declaraciones, Sánchez Rubio destacó la trascendencia de los cometidos que pasa a dirigir -sanidad y asuntos sociales- por cuanto de ellas se desprende una enorme repercusión "en el bienestar de los ciudadanos y resultan fundamentales para lograr una sociedad igualitaria". De ella se espera un posicionamiento mas dialogante que el mostrado por María Jesús Montero. La enfermería andaluza no ha dudado en mostrar su esperanza para ver en Sánchez Rubio un interlocutor que propicie lugares de encuentro con los que hacer frente a las graves circunstancias por las que atraviesa un eje de la sociedad del bienestar en la región como es y representa el SAS.

Entre el Ministerio de Sanidad y la Mesa Nacional de la profesión

PARA SALVAR EL S.N.S. Y EL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA



Máximo González Jurado firma el acuerdo, el presidente del Gobierno y la ministra de Sanidad, entre otros, de testigos

Huelva.- Redacción

EL Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la denominada Mesa Nacional de la Enfermería sellaron un compromiso que nadie duda en catalogar como de "histórico" por cuanto, y por vez primera, se preveen desarrollos a diferentes capítulos para salvar el Sistema Nacional Sanitario (SNS) y, al mismo tiempo, mejorar las condiciones profesionales de la enfermería española en materias tan significadas como la prescripción y las especialidades.

Fue en el Palacio de La Moncloa. En un acto celebrado ante el presidente del Gobierno de España. Mariano Rajoy, la Ministra de Sanidad Ana Mato y los responsables del Consejo General de Enfermería, Máximo González Jurado y del Satse Víctor Aznar, integrantes de la Mesa nacional de la profesión, suscri-

bieron un acuerdo por el que las partes se comprometen a abordar un futuro tan delicado como urgente para el SNS El Colegio Oficial de Enfermería de Huelva, por medio de su presidente Gonzalo García, también fue testigo de éste logro.

Las especialidades y la prescripción enfermera, en el texto suscrito

SNS: Viabilidad

El documento habla de forma inequívoca sobre la necesidad de "impulsar y promover medidas que puedan fortalecer y hacer viable el S.N.S. garantizando una asistencia sanitaria pública, universal, sufragada con los impuestos de los españoles y de calidad. En el texto se establecen

una serie de objetivos que no son otra cosa que las "asignaturas pendientes" que enfermería tiene desde hace tiempo: el desarrollo de la prescripción enfermera y de las especialidades .

La bautizada como "Mesa Nacional de la profesión", constituida por el Consejo General de Enfermería y Satse, representa al colectivo, sin duda, más numeroso en la Sanidad española. Vistas las especiales circunstancias que afectan al SNS, entendieron como "imprescindible" alcanzar un Pacto de Estado por la sanidad que proporcione las mismas cotas de calidad y seguridad a los pacientes.

Un Pacto que, se añade, "deje de lado la confrontación política o corporativista" y que, en su lugar, priorice "el diálogo en pos del mejor futuro de la Sanidad", recuperando "la senda del desarrollo profesional, afrontar la necesaria coordinación socio-sanitaria, promover el ahorro, y las economías de escala, ganar en cohesión territorial y, sobre todo, garantizar la equidad en todo el territorio español".

Enfermería

En el acuerdo, las partes asumen compromisos que, referidos a la enfermería, pueden resumirse en tres áreas:

- Desarrollo de la prescripción enfermera
- Especialidades
- Políticas activas de promoción del empleo en enfermería.

Respecto a la prescripción enfermera, el Ministerio se compromete al desarrollo mediante un Real Decreto, de ésta competencia profesional, según establece el artículo 77.1 y la Disposición adicional duodécima de la Ley 29/2006 sobre Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, más conocida popularmente como "Ley del Medicamento". Cabe señalar que, en dicho artículo, ya se estableció el mandato del Gobierno para desarrollar jurídicamente ésta competencia que, al fin, podrá ver la luz con más de cuatro años de retraso.

De esta forma, se podrán desarrollar dos tipos de prescripción enfermera. La autónoma, que atañe a medicamentos no sujetos a la prescripción del médico y productos sanitarios. Y a través de protocolos y Guías de práctica clínica y asistenciales consensuados por el Ministerio de Sanidad y las Organizaciones Colegiales de Medicina y Enfermería para el caso de los medicamentos que estén sujetos a la prescripción del facultativo.



Un acuerdo Gobierno-Enfermería, con ribetes de histórico

Especialidades

En el documento firmado entre Sanidad-Consejo General y Satse, se incluye, también, el compromiso del Ministerio para promover la creación de la categoría de la enfermera (o) especialista en todos los servicios de salud de España. Al mismo tiempo, se compromete a definir y regular las funciones específicas de las enfermeras (os) especialistas para la dirección, evaluación y prestación de los cuidados especializados de enfermería, conforme a las competencias profesionales previstas en los programas formativos.

El Ministerio de Sanidad, igualmente, se compromete a promover cuantas medidas sean necesarias para facilitar la puesta en marcha de las convocatorias de las pruebas de evaluación de la competencia que están pendientes, para el acceso por la vía excepcional, para lo cual, primarán criterios similares a los que se tienen en cuenta para otros profesionales en cuanto a ampliación de los plazos para la adquisición de méritos para el acceso, incremento del número de oportunidades, tipo de pruebas, para las especialidades de:

- Enfermería Familiar y Comunitaria
- Enfermería Pediátrica
- Enfermería Geriátrica
- Enfermería Cuidados Médico-Quirúrgicos.

Cabe, finalmente, señalar que tanto Sanidad como enfermería han acordado realizar, de forma conjunta, un estudio que determine cuáles son "las necesidades de enfermeras y enfermeros especialistas en los servicios de salud y en el conjunto del S.N.S. de cara a poder desarrollar, de forma eficiente, las futuras políticas sanitarias que se correspondan con la coyuntura de cada momento.



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**



Importancia de la intervención enfermera en la práctica del **Método Madre Canguro (MMC)**, y sus beneficios



Autora: *Miriam Pinto Gutiérrez*, Enfermera

■ RESUMEN

Existen numerosas ventajas del Método Madre Canguro (MMC) como alternativa al método tradicional incubadora, no sólo en los países en vías de desarrollo, sino también en los países desarrollados. Este método conlleva efectos de mejora en la estabilidad metabólica y hemodinámica del niño, disminución de infecciones, analgesia y disminución del llanto, mejora la tasa de lactancia y su duración, con todas las ventajas que implica y mejora el desarrollo psicomotor y neurosensorial del recién nacido. Las madres y los padres se sienten mejor y les ayuda a disminuir su grado de ansiedad.

Promover el desarrollo de los vínculos afectivos madre/padre-hijo debe ser una prioridad de los profesionales de la salud. El desarrollo afectivo es base del desarrollo físico, social y cognitivo del niño/a, y este se inicia en las primeras horas de vida, inmediatamente al parto.

Pero desafortunadamente siguen existiendo barreras para el acceso de la familia a las unidades neonatales. El recién nacido tiene derecho a recibir cuidados maternos o paternos y su desarrollo está ligado en parte a la calidad de la interacción que tendrá con su familia.

Esta revisión surge con el objetivo de dar a conocer a los profesionales sanitarios, la importancia de la intervención enfermera en la práctica del Método Madre Canguro (MMC), y los beneficios que este aporta, tanto para los padres como para el recién nacido, ya sea a término o prematuro.

Palabras claves: Método Madre Canguro (MMC), Prematuro, Recién Nacido.

■ INTRODUCCIÓN

Durante el embarazo, el niño y la madre constituyen un sistema cerrado e inseparable, por lo tanto, tras el alumbramiento el bebé necesita el contacto con sus padres. (1) Las primeras horas tras el parto son cruciales para la aparición del vínculo madre/padre-hijo y para la instauración de la lactancia materna. (3)

Sin embargo, cuando el recién nacido es prematuro, este sistema se rompe y se modifica enormemente el ambiente en el que debería permanecer para aislarlo en unidades de hospitalización donde llevar a cabo un estrecho seguimiento. (2)

Se han descrito numerosas ventajas del Método Madre Canguro (MMC) para prematuros sobre el método tradicional (incubadora): mayor supervivencia en países en vías de desarrollo, menor número de infecciones, facilitación de la lactancia materna, reducción de la estancia hospitalaria, reducción de los episodios de ap-

nea y aumento de la auto confianza de las madres en el cuidado de sus hijos. (3)

En las tres últimas décadas, el MMC se ha usado en muchos países, sobre todo en aquellos con un número insuficiente de incubadoras y/o personal para llevar a cabo un cuidado adecuado del neonato. (4)

Según el artículo de Estrany S., Fernández C., y Galdeano P., publicado por la revista metas de enfermería en el año 2010, el 87.7 % de las unidades neonatales conoce el MMC. Cataluña, Valencia, Andalucía y Madrid son las CCAA que más lo llevan a cabo pero sólo un 22% de los hospitales del país lo tiene protocolizado. Esto demuestra que el método todavía no está lo suficientemente implantando en relación con todos los beneficios que aporta. Esto puede deberse a dificultades de implantación por sobrecarga de esfuerzo laboral, políticas hospitalarias, etc. (5)

■ MÉTODO MADRE CANGURO (MMC). FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS

En 1979, los doctores Edgar Rey y Héctor Martínez, del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá (Colombia), preocupados por el número insuficiente de incubadoras para atender a los niños prematuros y por la alta frecuencia de infecciones hospitalaria, iniciaron un programa de cuidados del prematuro que, en síntesis, consistía en colocar al niño en contacto piel con piel entre los pechos de su madre, alimentándole con leche materna, adelantarle el alta y continuar con este tipo de cuidados en el domicilio.(5)

Desde entonces el método ha evolucionado a partir de los conceptos iniciales, incorporando modificaciones originadas en la práctica y en la investigación científica.

La OMS define el método madre canguro (MMC) como la atención a los niños prematuros manteniéndolos en contacto piel a piel con su madre. Se trata de un método eficaz y fácil de aplicar que fomenta la salud y el bienestar tanto del recién nacido prematuros como de los nacidos a términos. (6)

- Las características principales del MMC según la OMS, son:
- Contacto piel con piel temprana, continua y prolongada entre la madre y el bebé.
 - Lactancia materna exclusiva.
 - Se inicia en el hospital y puede continuarse en el hogar.
 - Los bebés pequeños pueden recibir el alta en un plazo breve.
 - Las madres que se encuentran en su hogar precisan de seguimiento y apoyo adecuados.
 - Se trata de un método amable y eficaz que evita ajeteo que predomina por norma general en una sala de pediatría ocupados por bebés y prematuros.

Numerosos estudios científicos corroboran las muchas ventajas que el MMC tiene para el niño. Después de más de dos décadas, parece claro que el MMC debería ofrecerse a todos los niños prematuros o recién nacidos a término como una alternativa al cuidado en la incubadora, no sólo en los países en vías de desarrollo, sino también en los países desarrollados, dado que es efectivo para el control de la temperatura, favorece la lactancia materna y permite y fortalece la vinculación madre/padre-hijo.

El grupo de Sloan y colaboradores (7) de EEUU llevó a cabo un estudio clínico controlado y aleatorio con seguimiento del efecto del método canguro durante 6 meses, respecto de un grupo de control que usaba el método tradicional en incubadora con recién nacidos de bajo peso, por debajo de los 2000 gr., una vez fueron estabilizados. Este estudio reveló unos índices menores de enfermedad grave (desordenes respiratorios, apnea, aspiración, neumonía, septicemia e infecciones generales) entre los recién nacidos (KM) (5%) que en el grupo de control (18%). El tamaño de la muestra necesario para la realización del estudio ascendió a 350 individuos por grupo, es decir, 700 recién nacidos, de los que, no obstante, únicamente se acabó inscribiendo a un total de 603 recién nacidos. De hecho, el proceso de inscripción en el estudio se interrumpió en cuanto la diferencia en las tasas de enfermedades graves se volvió evidente.

Un estudio en Canadá (8) con 70 niños, tuvo como objeto evaluar el efecto de sacar a un bebé de la incubadora para recibir un cuidado tipo canguro. Se encontró que los bebés presentaban una tasa inferior de variación en la saturación de oxígeno y mejores parámetros fisiológicos, al tiempo que las madres referían una mayor satisfacción. Los autores de dicho estudio indican que el método canguro es una práctica segura y recomiendan su uso en el cuidado de recién nacidos.

Otro estudio realizado, el cual ha sido el primero para evaluar los beneficios del método canguro, en la fatiga post-nacimiento en prematuros de 34-36 semanas con apgar de 6 o más. El método canguro se aplicó nada más nacer, en el propio paritorio durante 6 h. Los resultados mostraron una rápida estabilización en temperatura corporal, saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca y respiratoria, así como una disminución del ruido respiratorio asociado a la fatiga, por lo que fueron dados de alta en 48h, demostrando la idoneidad del entorno proporcionado por el cuidado tipo canguro para el bienestar y desarrollo de dichos bebés. Los autores hacen especial énfasis en el beneficio que supone aplicar el cuidado tipo canguro desde el primer instante tras el nacimiento, en el propio paritorio. (9)

BENEFICIOS DEL MÉTODO MADRE CANGURO

1. El recién nacido

El embarazo a término es el embarazo normal que dura 9 meses y que corresponde a 40 semanas de gestación (280 días). Realmente se considera a término todo embarazo que vaya de la semana 37 a la semana 40, porque desde la semana 37 el niño es maduro, capaz de regular su temperatura, de alimentarse y de adaptarse al medio ambiente.

A pesar de nacer a término el recién nacido puede nacer con un peso menor que 2500 gr., lo que lo clasificamos como recién nacido a término con bajo peso al nacer, aunque no prematuro. No obstante, comparten riesgos con los bebés prematuros y aprovechan también los beneficios del método canguro, aunque muchas veces durante menos tiempo que los niños prematuros.

Más de 42 semanas es embarazo posttérmino, que siempre tiene riesgos particulares. Rara vez un ginecólogo deja que un bebé nazca posttérmino.

Embarazo pretérmino es el embarazo que dura menos de 37 semanas de gestación y se denomina al recién nacido pretérmino o bebé prematuro, y se puede clasificar en tres grandes grupos:

- Prematuro: 33- 36 semanas.
- Muy prematuro: 29-32 semanas.
- Prematuro extremo: menor de 29 semanas. (10)

1.1. Beneficios para el recién nacido prematuro.

Cuando el niño nace antes de las 37 semanas se le llama "prematuro o pretérmino". El niño prematuro nace con una "inmadurez" de sus órganos y sistemas (respiración, control de temperatura, digestión, metabolismo, etc.) lo que le hace más vulnerable a las enfermedades y más sensible a los agentes externos (luz, ruido, etc.). No todos los niños prematuros van a presentar los mismos problemas. Por debajo de 35 semanas necesitan apoyo adicional para sobrevivir fuera del útero materno, por lo que deberán ingresar en una Sala de Neonatología. Hay que tener en cuenta que la gravedad de los problemas está en relación a la edad gestacional (duración de la gestación en semanas).

El niño nacido antes de las 35 semanas de gestación está "inmaduro", por lo que es frecuente tenga dificultades para controlar su temperatura, su respiración y para alimentarse.

Los cuidados en la Unidad de Neonatología están destinados principalmente a proporcionarles ayuda en estas tres funciones esenciales. Por ello se les coloca en una incubadora o cuna térmica para mantener su temperatura, se les conecta a un respirador o ventilador para ayudarles a respirar y se les alimenta mediante una sonda insertada en una vena o a través de la nariz al estómago. (11)

Sin embargo, cuando al prematuro se coloca desnudo sobre el tórax de su madre, se estimula el recuerdo de su vida intrauterina (el sonido del corazón materno, el movimiento continuo del tórax, las características de la voz de su madre,...) lo que le tranquiliza. La madre se siente motivada a acariciarlo y empieza así la estimulación somato-sensorial (*Tabla 1*). El contacto es íntimo y muy emotivo y favorece los lazos afectivos y la interacción madre-hijo. Durante el método canguro, las variables fisiológicas del prematuro permanecen normales, la temperatura es estable, la respiración se hace regular y profunda y la frecuencia cardíaca se estabiliza o aumenta ligeramente. El niño tiene periodos más largos de reposo (alerta reposada, sueño profundo, menor actividad muscular, llora menos); así se favorece su maduración y su ganancia de peso y se reduce la estancia hospitalaria (*Tabla 2*). (12) (13)

En 1998, los doctores Ruth y Arthur Eidelman publicaron en las Clínicas de Perinatología un artículo sobre programas de intervención para prematuros donde hacen un favorable reconocimiento al método "Madre Canguro" como manejo del prematuro

y/o recién nacido con bajo peso y hacen referencia a los estudios clínicos aleatorios y no aleatorios que muestran la seguridad y los beneficios de este método, en particular al incremento de los períodos de sueño tranquilo, mayores niveles de oxígeno, menor desaturación de oxígeno, no incremento en el consumo de oxígeno, menos episodios de apnea y respiración periódica (14).

En un estudio realizado, el cual observa la presencia de hipotermia en relación al MMC, se presentó en 6 neonatos (3,1%), mientras que el resto de los niños (96,9%) no presentaron trastornos en la regulación térmica (*Gráfica 1*). Esto se corresponde con la bibliografía revisada por los autores de este trabajo, donde se plantea que el contacto piel a piel reduce la actividad motora, aumenta los períodos de sueño y disminuye el gasto térmico del recién nacido (15).

■ 1.2. Beneficios para el recién nacido a término.

Durante las primeras horas de vida el recién nacido tiene una capacidad innata para buscar el pecho materno y empezar a mamar. Es el niño el que sabe, no la madre. (16)

Los recién nacidos sanos colocados sobre el abdomen o pecho materno (contacto piel a piel) inmediatamente después del nacimiento demuestran capacidades notables: están alertas, son estimulados por la caricia de sus madres realizando las sensaciones de afecto, pueden reptar a través del abdomen de su madre y alcanzar el pecho para alimentarse, huelen y tocan el pezón de su madre estimulando su formación y la producción de leche materna al iniciar la succión y alimentación. (Windstrom y cols 1987). Esta secuencia de eventos es importante para la supervivencia de los niños.

El 91% de los recién nacidos hizo la primera toma antes de los primeros 60- 70 minutos. Esta conducta puede desaparecer si se produce una separación de la madre o si no se pone al niño cerca del pecho. (16)

Este primer contacto piel a piel también produce un potente estímulo vagal que, entre otros efectos, libera oxitocina materna produciendo un incremento de la temperatura de la piel de las mamas de la madre, lo que proporciona calor al recién nacido que es especialmente importante para los niños/as pequeños y de bajo peso, mejorando la regulación de la temperatura. (Gómez-Papí 1998) El tocar y succionar el pecho y la consiguiente liberación de la oxitocina materna también favorece las contracciones uterinas, ayuda a la expulsión de la placenta y reduce el sangrado materno después del parto. La oxitocina también estimula a otras hormonas favoreciendo la relajación en la madre. El contacto piel a piel inmediato favorece entonces la adaptación del neonato, quien está más tranquilo y protegido. (17)

■ 2. Beneficios para los padres

El estar piel con piel ayuda a la madre crear un fuerte vínculo con su bebé inmediatamente, además de hacer que se genere más oxitocina, propiciando el que esté más calmada y ayudando a que la producción de leche comience antes. La lactancia materna genera hormonas que ayudan a contraer el útero, dificultando las hemorragias o pérdidas de sangre después del parto. Las madres se sienten fuertes y seguras mediante el cuidado piel con piel.

La madre se convierte en la protagonista indiscutible del equipo que propicia cuidados al bebé. El contacto piel con piel ayuda a que obtengan un ritmo parecido de sueño y de despertares llamado sincronía del sueño, el cual permite que la madre pueda dormir y descansar más.

Las madres que tienen niños prematuros suelen tener sentimientos de culpabilidad y ansiedad, siendo las personas con mayor posibilidad de pasar por una depresión post-parto. Llevando al niño en su pecho mediante el Método Canguro, sienten que están completando la gestación y que están ofreciendo a sus hijos el mejor cuidado que pueden darles. Poder llevar los bebés de esta manera, significa que la madre tiene la posibilidad de poder moverse y dejar el hospital antes, pudiendo así volver a su día a día.

El contacto continuo no tiene exclusivamente efectos positivos en el prematuro, sino también, actúa favorablemente en sus padres. A modo de ejemplo, en el cuerpo de la madre: sentir el olor del bebé, tocarlo, y cargarlo, estimula la producción de leche materna, lo que repercutirá posiblemente en una mejor alimentación y más rápida recuperación del pequeño.

A su vez, la posibilidad para los padres de estar con el bebé, y ser protagonistas de lo que le va aconteciendo, disminuye la ansiedad y el sentimiento de impotencia. Cuando llega el momento de llevarlo al hogar, tienen mayor práctica de cómo tocarlo y manipularlo, lo que previene dificultades y colabora en la transición. (18)

- Reconocer el papel de la familia como esencial durante el ingreso del niño.
- Favorecer la unión y la fuerza de la familia dentro de la unidad neonatal.
- Facilitar un espacio físico confortable para la familia así como áreas donde los hermanos puedan permanecer tranquilos sin que alteren la visita de los padres.
- Ayudar al aprendizaje y participación de la familia en los cuidados y toma de decisiones del niño.
- Respetar la diversidad de culturas, religiones y tradiciones familiares.
- Promocionar una atención individualizada.
- Favorecer las reuniones de padres y grupos de apoyo entre las familias.
- Divulgar el lavado de manos como la principal medida de control de la infección nosocomial en los visitantes, familiares y personal sanitario.
- Desarrollar políticas y prácticas hospitalarias que favorezcan la Iniciativa de hospitales y unidades neonatales amigas de la madre y niño de acuerdo con UNICEF (19)

En un estudio de cohorte realizado por Torres y Palencia durante el período comprendido entre agosto de 2002 y julio de 2003 se recoge que de los 131 niños con peso inferior a 2000 gramos se captaron 80 para participar en el Programa Madre Canguro con un impacto de captación de un 60%. El nivel de satisfacción de las madres que ingresaron en la sala de "Piel a Piel" se determinó a través de la encuesta realizada y se pudo constatar que de 139 madres, 70,9% estuvieron satisfechas con la aplicación del método piel a piel, manifestaron menos temor, mayor confianza y seguridad, así como mejor desempeño en el manejo de estos bebés, mientras que 57 de ellas (29,1 %) estuvieron medianamente sa-

tisfechas (Gráfico 2). En el caso de las madres que no estaban plenamente satisfechas con dicho método se detectó que esto se debía a múltiples causas, entre ellas se puede citar que algunas refirieron "sentirse muy encerradas en la sala de piel a piel ya que no podían salir ni caminar por el hospital u otros lugares durante la estancia en este servicio; otras refirieron que "se mantenían demasiado tiempo con sus bebés cargados y que eso podría engrerirlos en el futuro". Otras madres, sin embargo, manifestaron frases muy positivas, como la que escribió en la encuesta "esta experiencia la considero maravillosa, a través de ella me siento más mujer, más madre y con mucha más leche para amamantar a mi bebé". (20)

■ 3. Beneficios económicos

El MMC acorta la estancia hospitalaria: los niños prematuros experimentan una ganancia de peso superior y las madres se sienten más participes en el cuidado de su hijo prematuro, por lo que aumenta su confianza y se sienten antes preparadas para el alta. El estudio económico realizado en Tarragona sobre la implantación del MMC supuso una reducción de 17 días de ingreso por prematuro; realizando el cálculo medio diario de lo que representa un día de estancia en la unidad neonatal (media entre la UCI neonatal y la unidad de intermedios) en 448 euros, la implantación del MMC supuso una reducción media del coste de 7.616 euros por cada niño prematuro. (21).

■ TÉCNICA MÉTODO MADRE CANGURO

El sello distintivo del MMC es la llamada posición canguro. Los atributos de la posición canguro "típica" o de referencia son:

- Contacto piel a piel entre la madre y el niño, 24 horas al día, colocado en estricta posición vertical, entre los senos de la madre y debajo de la ropa. Las madres cumplen no solo la función de mantener la temperatura corporal del niño (reemplazando en esta función a las incubadoras) sino que además son la fuente principal de alimentación y estimulación. Se utiliza un soporte elástico de tela (de algodón o de fibra sintética elástica) que permite al proveedor de la posición relajarse y dormir mientras el niño se mantiene permanentemente en posición canguro. El soporte de tela ayuda a que la vía aérea del niño no se obstruya por cambios de posición (ej. flexión o hiperextensión del cuello) lo que es particularmente importante ya que debido a la hipotonía que habitualmente presenta el niño prematuro, sin este apoyo se pueden producir apneas obstructivas posicionales.
- El bebé puede ser alimentado en cualquier momento, sin salir de la posición canguro.
- Cualquier otra persona (el padre por ejemplo) puede compartir el papel de la madre cargándolo en posición canguro. Para dormir hay que hacerlo en posición semi-sentada (30°).
- La posición canguro se mantiene hasta que el niño no la tolera más (el niño mostrará que no soporta la posición porque suda, araña y grita o hace otras demostraciones claras de incomodidad, cada vez que su mamá lo pone en posición canguro). (22) (Fig. 1)

El contacto piel a piel debería comenzar de forma gradual, de manera que el tránsito de la atención convencional al MMC

continuo sea imperceptible. No obstante, deberían evitarse sesiones de duración inferior a 60 minutos, dado que los cambios frecuentes estresan en demasía a los bebés. La duración diaria del contacto piel a piel debería ir aumentando paulatinamente hasta llegar a ser lo más continuo posible, día y noche, e interrumpirse únicamente para cambiar los pañales, máxime si no se dispone de métodos alternativos para el control de la temperatura. (6)

■ INTERVENCIÓN ENFERMERA Y MÉTODO MADRE CANGURO

El método madre canguro resulta beneficioso en la mayoría de casos tanto para la madre como para el bebe prematuro, por lo que debería ser prioritario que se establecieran protocolos a nivel hospitalario que lo contemplen como parte fundamental del cuidado al recién nacido pretérmino hospitalizado. (22)

En primer lugar es necesaria una planificación del tratamiento y cuidados individualizados. Los padres deben participar activamente en todos los aspectos del cuidado, desde el acceso a la información sobre la salud de su hijo, a la realización de rutinas diarias, así como a la planificación e implementación del cuidado de estos. Se deben adecuar los horarios y tareas diarias de las unidades para ayudar y proporcionar participación activa a los padres, siendo esta una herramienta clave en la atención neonatal. El profesional que se ocupa del cuidado del niño, se encuentra en una posición ideal para poder guiar a los padres con el objeto de mejorar los cuidados de su hijo y favorecer su desarrollo. (23)

Por todo ello queda claro que enfermería juega un papel clave en la implantación de este método. Es necesario un equipo que pueda informar, guiar y ayudar a los padres para así poder beneficiarse tanto ellos como los bebés de todos los beneficios de estos cuidados. (22) (*Clasificación de Intervenciones de Enfermería, NIC*). (28)

A pesar de todo ello y del sentido común, siguen existiendo barreras en el acceso de la familia a las unidades neonatales y en el papel que desempeñan los padres en la unidad que tiende a ser pasivo, como mero observador y sin participar activamente en el cuidado de su hijo. (24)

En nuestro país, el método Canguro se utiliza de manera complementaria a la incubadora aunque es un recurso no muy utilizado en las unidades neonatales españolas ya que en España solamente un 10% de las unidades neonatales tienen las puertas abiertas a los padres y casi la mitad de las unidades ponen dificultades para el contacto físico de los padres con su hijo. (25)

Estos neonatos, que todavía están inmaduros, reciben estímulos agresivos de todo tipo: controles de enfermería, extracciones, ruidos, luz directa las 24 horas del día... Todo ello hace que sufran más dificultades para llevar a cabo correctamente los numerosos procesos de desarrollo a lo que se enfrentan. (26)

Por todo ello, es muy importante que tengamos en cuenta la responsabilidad que el equipo de enfermería tiene para intentar evitar en lo posible el daño ambiental que reciben estos pacientes, intentando llevar a cabo medidas de cuidado sencillas como bajar los niveles de luz, evitar hablar alto, no abrir las incubadoras más de lo necesario, etc. (27).

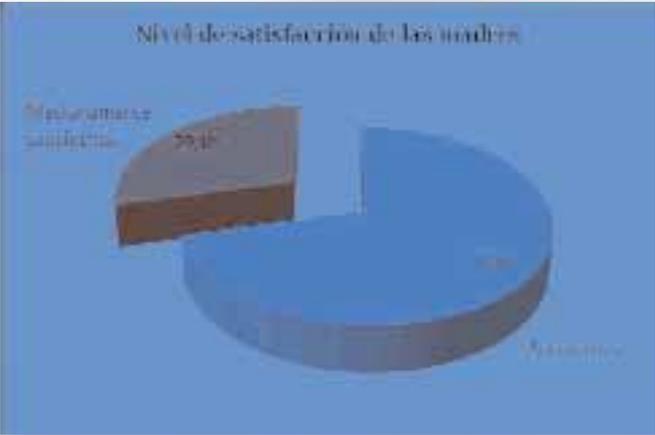
ANEXO I

Tabla 1
Impacto en el desarrollo cognitivo del método de la madre canguro
<ul style="list-style-type: none"> • Voz materna: estimulación auditiva • Los sonidos próximos se amortiguan en la ropa y la piel de la madre • Proximidad al cuerpo de la madre: estimulación olfativa • Situación del bebé sobre el tórax materno: estimulación vestibular-cinestésica • Posición en flexión de las extremidades y limitación de movimientos • Contacto piel con piel permanente: estimulación táctil • Visión de la cara y el cuerpo maternos: estimulación visual • Modificación de la exposición estresante al ambiente de las unidades de cuidados intensivos neonatales • Reducción de la separación madre-prematuro

Tabla 2
Ventajas del método de la madre canguro
Durante el ingreso
<ul style="list-style-type: none"> • Mejor termorregulación • Aceleración de la adaptación metabólica • Reducción de los episodios de apnea • Permite y favorece la lactancia materna • Menor riesgo de infecciones (incluidas las nosocomiales) • Mayor ganancia de peso • Aumento de la confianza de las madres en el cuidado de sus hijos • Padres: protagonistas del cuidado de sus hijos • Reducción de la estancia hospitalaria
Después del alta
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la frecuencia y la duración de la lactancia materna. • Disminución de la mortalidad de año en año de edad. • Incremento del índice de crecimiento del perímetro cefálico • Menos infecciones graves durante el primer año de edad. • Mejores coeficientes intelectual, de escala motora y personal-social. • Mejor respuesta de las madres ante situaciones de estrés.



Gráfica 1. Presencia de hipotermia en relación al Método Madre Canguro, 1998



Gráfica 2. Nivel de satisfacción de las madres en relación al Método Madre Canguro, 2002-2003



Fig. 1. Posición de Método Madre Canguro. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (28)

Cuidados del niño prematuro. (6840)

Definición: Fomentar la intimidad entre madre/padre y el bebé prematuro fisiológicamente estable mediante la preparación del padre y disponiendo un ambiente de contacto piel a piel.

Actividades:

- Animar a la madre a que comience con los cuidados del bebé.
- Explicar los cuidados de canguro y sus beneficios a la madre.
- Determinar si el estado fisiológico del bebé cumple con las guías la participación en los cuidados de canguro.
- Preparar un ambiente tranquilo, privado y libre de corrientes.
- Proporcionar a la madre un sillón reclinable o una mecedora.
- Conseguir que la madre lleve ropas cómodas abiertas por delante.
- Instruir a la madre/padre acerca de la transferencia del bebé desde la incubadora, cama calentadora o cuna y el manejo del equipo y tubos, si procede.
- Colocar al bebé con pañales en posición recta prono sobre el pecho de la madre/padre.
- Pasar la ropa de la madre alrededor del bebé o colocar mantas sobre el mismo para mantener la posición y temperatura del bebé.
- Animar a la madre a que acaricie suavemente al bebé en posición recta prono.
- Fomentar la estimulación auditiva del bebé, si procede.
- Aconsejar a la madre/padre a que deje dormir al bebé durante los cuidados de canguro.
- Fomentar la alimentación de pecho durante los cuidados de canguro, si procede.
- Animar a la madre/padre a que realice los cuidados de canguro de 20 minutos a 3 horas por vez de forma consistente.
- Monitorizar el estado fisiológico del bebé (color, temperatura, frecuencia cardiaca y apnea) y suspender los cuidados de canguro si el bebé resulta fisiológicamente comprometido o agitado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delgado Guerrero, M.; "El método canguro". *Canarias pediátrica*. 2005; 29(1): 17-22 L. Collados-Gómez, B. Aragonés-Corral, I. Contreras-Olivares, E.
2. García-Feced, M.E Vila-Piqueras. "Impacto del cuidado canguro en el estrés del neonato prematuro". *Enferm Clin*. 2011; 21(2): 69-74
3. Hadeed AJ, Ludington S, Siegel S. Skin to Skin "Contact between Mothers and Infants reduces idiopathic apnea of prematurity (IAOP)". (Abstract). *Pediatric Research* 1995; 34(4) Pt. 2:208A.
4. Arivabene, J.C.; Rubio Tyrrell, M.A.; "Método madre canguro: vivencias maternas y contribuciones para la enfermería". *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18(2): [07 pantallas]
5. Rey, E.S.; Martínez, H.G.; "Manejo racional del niño prematuro." *Proceeding of the Conference I. Curso de medicina Fetal y Neonatal*. Bogotá, Colombia, 1981; 137-151.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. "Método Madre Canguro. Guía práctica" Ginebra. 2006, p 2.
7. Sloan, N.L. and et al. "Kangaroo mother method: randomised controlled trial of an alternative method of care for stabilised low-birthweight infants". 1994. *The Lancet*. 344, 782-785.
8. Legault, M. and C. Goulet. "Comparison of kangaroo and traditional methods of removing preterm infants from incubators". *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. (1995). 24, 501-506.
9. Ludington-Ho, S.; Anderson, G.; Simpsom, S.; Hollingshead, A.; Argote, L. and Rey, H. "Birth-related fatigue in 34-36-week preterm neonates: rapid recovery with very early kangaroo (skin-to-skin) care". (1999) *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 28(1), 94-103.
10. Charpak, N., Figueroa Sánchez, Z. C., "El Bebé prematuro: cómo ser padres canguro." Eds: Aguilar. Sesión 2. (2011).
11. Plaza Gajardo, G; "Manual para padres con niños prematuros". Ed: Ibáñez & Plaza Asociados S.L. España; 2005. p 12-13.
12. Whitelaw A. Kangaroo. "Baby Care: Just a Nice Experience or an Important Advance for Preterm Infants?". *Pediatrics* 1990; 85:604-605.
13. Gómez Papi A. Kangaroo Care and Breastfeeding of the Preterm Newborn Infant. In. *Workshop on the Kangaroo Mother Method for Low Birth Weight Infants*. 1996 October 24-26. Trieste, Italy.
14. Feldman R, Eidelman A. "Intervention programs for premature infants. *Clin Perinatol*". 1998; 25:613-626.
15. Cong X, Ludington-Hoe SM, McCain M, Fu P. "Kangaroo care modifies preterm infant heart rate variability in response to heel stick pain: pilot study". *Early Hum Dev* [Internet]. 2009 [citado 12 Sep 2011]; 85(9):561-567. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2742959/>
16. Hospital Universitario 12 de Octubre. "Guía de Cuidados de Recién Nacido en la Maternidad." Madrid. 2007.
17. Gómez Papi A, Baiges Nogues T, Batiste Fernández M^oT, Marca Gutiérrez M^o del M, Nieto Jurado A, Closa Monasterolo R. "Método Canguro en la sala de partos en recién nacidos a término". Vol 48 N^o6, 1998.
18. Charpak, Nathalie. (2006) "Bebés Canguro". Ed. Gedisa. Barcelona.
19. Organización Mundial de la Salud. (2004) *Método Madre Canguro. Guía Práctica*.
20. A Levin. *Humane Neonatal Care Initiative*. *Acta Paediatr*. 1999; 88 (4):353-355.
20. Torres J, Palencia D, Sánchez DM. "Programa madre canguro: primeros resultados de una cohorte de niños seguidos desde la unidad neonatal hasta la semana 40 de edad postconcepcional". *Colomb Med*. 2006; 37(2):96-101.
21. Gómez Papi A. "Método de la madre canguro, alta precoz y reducción de los costes. II Simposio Internacional sobre Lactancia Materna. El método de la madre canguro". Bilbao, 2005.
22. Ruiz, J.G., Charpak, N., "Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la óptima utilización del Método Madre Canguro en el recién nacido pretérmino y/o de bajo peso al nacer". *Fundación Canguro y Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Facultad de Medicina, Bogotá, (2005-2007)*, p 10-12.
22. Villalba, L., "Beneficios del Método Madre Canguro en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatos aplicados a prematuros". Zaragoza. 2011. p-12.
23. Gretchen L. "Facilitation of parenting the premature infant within the newborn intensive care unit". *J Perinatal Neonatal Nursing*. 2002;16:71-82.
24. Cuttini M, Rebagliato M, Bortoli P, Hannsen G, Leeuw R, Persson J, Reid M, et al. "Parental visiting, communication, and participation in ethical decisions: a comparison of neonatal unit policies in Europe". *Arch Dis Child Fetal neonatal Ed* 1999; 81:F84-F91.
25. Perapoch J, Pallas CR, Linde MA, Moral MT, Benito F, López M, Caserio S, de la cruz J. "Cuidados centrados en el desarrollo. Situación de las unidades españolas de Neonatología en España". *An Pediatr*. 2006; 64:132-139.
26. González L. Retinopatía del prematuro. *Rev Esp Pediatr*. 2000; 27:47-51
27. M. Delgado Guerrero. "El método canguro". *Canarias pediátrica*. 2005; 29 (1): 17-22
28. McCloskey, J.C.; Bulechek, G.M., "Clasificación de Intervenciones de Enfermería, (NIC)". Tercera edición. Mosby-Harcourt. p 286.

DISTINGUEN UNA COMUNICACIÓN DE ENFERMERÍA ONUBENSE SOBRE OSTOMÍAS

Huelva.- Redacción

Un trabajo de la enfermería onubense referido al campo de las ostomías, ha merecido el reconocimiento en forma del segundo premio a las mejores comunicaciones presentadas en el VIII Congreso nacional de enfermería en Ostomías celebrado, recientemente, en Tenerife. La obra, a cargo de un equipo cuya primera firmante es María Dolores Recuero Cuadrado, destaca la importancia del marcaje de la ostomía por parte de la enfermera en los pacientes a quienes se les va a practicar la intervención, y en el camino de conseguir aumentar la seguridad y la calidad asistencial.

Ética

El VIII Congreso nacional de enfermería en Ostomías celebrado en la isla tinerfeña fue convocado bajo el lema "Desde el cuidado a la excelencia" por parte de una organización cuya presidenta fue la enfermera tinerfeña Eugenia Rodríguez, también estomaterapeuta en el hospital N^o Señora de la Candelaria en la capital canaria. En el programa se contemplaron numerosas mesas redondas, ponencias y talleres a partir de la interesante conferencia de inauguración que estuvo a cargo del doctor en Filosofía de la Universidad de La Laguna, Fernando Barragán quien habló de algo tan sustantivo como adelanta el sólo enunciado de su intervención: "Ética de los cuidados: perjuicios, mitos y falacias".

Esta cita de la profesión, que logró reunió a 400 enfermeras llegadas desde numerosos hospitales de España, también sirvió para conmemorar el 25 aniversario fundacional de la Sociedad Española de Estomaterapia que, en la actualidad, preside la enfermera Ana González Buenadicha quien tuvo palabras de reconocimiento para el conjunto de los trabajos distinguidos en los apartados de comunicaciones y ponencias

Ostomía

Pero la noticia de este VIII Congreso nacional, por lo que la enfermería de Huelva se refiere, fue la concesión del segundo pre-

mio en el apartado de las comunicaciones a un trabajo titulado "Ubicación de la Ostomía, autocuidados y calidad de vida en las personas ostomizadas" cuya primera firmante es María Dolores Recuero Cuadrado. El Colegio Oficial de enfermería de Huelva no dudó en expresar su "gran satisfacción por éste nuevo respaldo profesional que habla del alto nivel en cuanto a la cualificación de que goza el colectivo".

Se trata, en opinión de Recuero, de un trabajo de investigación con una muestra de personas ostomizadas en el que se pone de relieve la "importancia del marcaje de la ostomía por parte de enfermería en los pacientes a los que se les va a realizar una como resultado de la resolución de un problema en la intervención quirúrgica". La comunicación concluye, a modo de resumen, apuntando a la "importancia para la persona ostomizada de la realización del marcaje de la ubicación de la ostomía por parte de la enfermera experta "con la finalidad de "volver a su vida anterior lo antes posible y aumentar la calidad de vida". Esto -añade- supone un plus en cuanto a seguridad y calidad asistencial al tiempo que disminuye los costes asistenciales".

El trabajo, presentado en el VII Congreso nacional celebrado en Tenerife

Perfil

En este VIII Congreso nacional se destacó, de forma especial, la importancia del perfil y cometido que desempeña la enfermera experta en ostomías. A este respecto, se apuntó cómo las personas que se ven abocadas, definitivamente, a "convivir con una Ostomía sufren un primer y gran impacto físico-emocional capaz de alterar la vida cotidiana". En este contexto, el papel de la enfermera es clave pues ofrece asesoramiento "de forma individualizado a cada paciente preparándolo tanto para la operación quirúrgica como para los cuidados higiénicos -sanitario que tendrá que sumir a posterior de forma que, paulatinamente, se vayan incorporado hasta convertirse en una rutina en la vida diaria".

HOSPITAL RIOTINTO. UNIDAD DE ATENCIÓN AL DOLOR

Huelva.- Redacción

El hospital Comarcal de Riotinto, ha incorporado a su cartera de servicios una Unidad específica de "Atención al dolor". Se trata de una prestación sanitaria destinada a ofrecer "un tratamiento integral y preventivo" a los enfermos que padecen de dolor crónico de origen no oncológico" y a quienes se les propone una nueva alternativa asistencial una vez verificado que otras opciones terapéuticas no lograron el efecto deseado. Un equipo multidisciplinar de profesionales, -médicos anestesiólogos y enfermería- llevan a cabo el desarrollo de esta novedosa aportación partiendo de un punto de partida. El dolor crónico es aquél que persiste durante más de tres meses.

En el hospital Comarcal de Riotinto ya funciona, desde comienzos del verano, una Unidad específica para la "Atención al dolor". El centro sanitario, perteneciente al área de gestión Norte de la provincia onubense que abarca las comarcas de la Sierra, Cuenca minera y parte del Andévalo, justificó la apertura de esta prestación con el objetivo de dar un tratamiento integral y preventivo a aquellos pacientes víctimas de dolor crónico de origen no oncológico y a los que se les propone activar una nueva alternativa asistencial visto que otras opciones de carácter terapéutico, -(sean la quirúrgica o la rehabilitadora)- no les depararon los efectos deseados.

Médicos, anestesiólogos y enfermería desarrollan planes específicos para pacientes con dolor crónico no oncológico

Consultas

El cometido de la Unidad se ha encargado a un equipo multidisciplinar de profesionales integrado por médicos-anestesiólogos y personal de enfermería los cuales llevarán a cabo consultas semanales en el propio hospital Comarcal. En esas consultas se procederá a realizar una evaluación clínica así como a la realización de las pruebas complementarias necesarias para definir y catalogar el dolor. A continuación se establecerá un "plan terapéutico" de carácter individual que



contribuya a rebajar el dolor mediante la aplicación de terapia farmacológica y técnicas ambulatorias.

Esta Unidad, dependiente desde el punto de vista de su funcionamiento del Bloque Quirúrgico del hospital de Riotinto, acoge a una serie de pacientes que son derivados desde otros departamentos, en especial desde los de Medicina Interna, Traumatología y Rehabilitación. Están diagnosticados de dolor crónico no oncológico y, en consecuencia, requieren ser objeto de otra atención especializada para buscar una vía hacia la recuperación.

Los expertos consideran que el dolor crónico es aquel problema que persiste durante más de tres meses presentando una intensidad moderada y que deteriora la capacidad funcional de quien lo sufre. En este caso, los pacientes a quienes se les destina a la citada Unidad son los que, tras haber recibido un tratamiento anterior, no han visto aminorado o controlado el dolor. Son consecuencia de la existencia de unas patologías más frecuentes: a la cabeza los problemas osteomusculares y las dolencias neuropáticas.

Coordinación

La consulta, que visitó la delegada provincial de Salud en Huelva, Lourdes Martín, cuenta con el material y mobiliario necesarios para este contexto. El paciente recibirá conocimientos y pautas enfocadas a mejorar su calidad de vida estando en coordinación con los profesionales de los centros de atención primaria de los lugares de residencia y la hospitalaria mediante el uso efectivo de los recursos disponibles. En este sentido, se sabe que el dolor presenta serias consecuencias de tipo emocional, social e incluso, económicas para el enfermo. Además, incrementa por cinco la probabilidad de utilización de los servicios sanitarios y, según los datos recogidos en un estudio internacional, se trata de un problema de importancia: el 11% de la población mundial padece dolor crónico a lo largo de una media de nueve años. De ellos, una buena parte (22%) necesita entre cinco y diez años para llegar a tener un control adecuado del dolor.

Manzanilla: Hábitos saludables

Profesionales de enfermería del consultorio de Manzanilla, del distrito Condado-Campiña, realizaron un interesante Taller con población de edad avanzada para ofrecerles información y consejos acerca de la importancia que supone seguir una alimentación adecuada y saludable en consonancia con las necesidades reales en esa etapa de la vida.

Bajo el lema "Comer bien para envejecer mejor", la enfermería de Manzanilla llevo a cabo esta actividad de educación para la salud en colaboración con el Ayuntamiento y que corrió a cargo de dos profesionales de la Unidad de la Palma del Condado a la que pertenece ese centro. -Se trató de ofrecer la información más amplia sobre los componentes y el nivel de equilibrio que debe estar presente en una dieta saludable que mejore la alimentación y, en consecuencia, la calidad de vida como forma de prevenir enfermedades y el agravamiento de procesos crónicos.



En la Biblioteca municipal de Manzanilla, numerosos vecinos acudieron para aprender, de una forma sencilla y amena, cuáles son las indicaciones más adecuadas para cuidar la salud propia como la de los suyos y de un modo responsable. Es muy frecuente que, en la actualidad y a consecuencia de las variadas fuentes de información, circulen numerosos mitos y prejuicios que, sin base científica alguna, inciden sobre este capítulo para lo que estas charlas se han ajustado recogiendo, entre otras, las recomendaciones de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

CINCO HOSPITALES ANDALUCES "LIBRES DE HUMO"

La consejería de Salud ha reconocido mediante varias distinciones a los trabajos llevados a cabo por varios centros sanitarios públicos de la región como "Hospitales libres de Humo". En concreto, han sido cinco las instituciones premiadas de las cuales una es el Juan Ramón Jiménez, referencia para la sanidad en Huelva.



El J. R. Jiménez, medalla de Plata

Salud ha otorgado, en un acto celebrado en la sede de la Escuela de Salud Pública de Granada, una medalla de plata al Juan Ramón Jiménez y al Puerta del Mar de Cádiz por su contribución a lograr un centro sanitario libre de humo. Las medallas de bronce recayeron en los hospitales de Torrecárdenas (Almería), Poniente (El Ejido, Almería) y San Agustín (Jaén). No hubo apartado o medalla en la categoría de oro.

El equipo de coordinación de la "Red andaluza de servicios sanitarios libres de humo" ha destacado el conjunto de las actividades de formación continua, el establecimiento de un protocolo específico para atender a personas ingresadas fumadoras así como la oferta en cuanto a las terapias alternativas sustitutivas de nicotina para combatir el hábito del tabaquismo.

Esta estrategia pretende seguir trabajando en este nivel de la atención hospitalaria con servicios de promoción de la salud, prevención, tratamiento y de deshabituación y control del tabaquismo garantizando la coordinación con la Atención primaria. Una de las líneas principales consiste en el "control efectivo del hospital como espacio libre de humo". Para alcanzar este objetivo es necesaria la implicación del equipo directivo como responsable de las actuaciones a realizar, como de todos los profesionales que trabajan en el centro.

Actualmente, la Red andaluza de hospitales y centros sanitarios libres de humo, funciona en consonancia con las líneas vigentes en Europa por medio de la Red Europea de Hospitales Libres de Humo. En la actualidad, forman parte de esta Red un total de 1.300 hospitales de una ventena de naciones europeas lo que equivale a las de un millón de profesionales de salud que participan en esta iniciativa. En cada nación hay unos coordinadores encargados de adaptar la estrategia de la red europea a las necesidades específicas que demanda cada territorio.

ENFERMERÍA GERIÁTRICA: ACCESO A LAS PLAZAS

El Boletín Oficial del Estado (BOE) ha publicado una Resolución de la Dirección General de Política Universitaria por la que se da luz verde a la prueba objetiva correspondiente al acceso al título de la especialidad en Enfermería Geriátrica. Dicha prueba objetiva consistirá en la evaluación de la competencia en sus aspirantes que sirva para deparar el adecuado ejercicio en este terreno profesional.

En el BOE de fecha 30 de agosto de 2013, la Dirección General de Política Universitaria publicó la Resolución que abre el camino a la prueba objetiva correspondiente a la obtención del título de la especialidad de Enfermería Geriátrica. Esta prueba objetiva se dirigirá a

evaluar la competencia de sus aspirantes en los ámbitos del conocimiento, habilidades y actitudes que son necesarios para el mejor desarrollo del trabajo en la especialidad de la enfermería geriátrica.

En este sentido, se debe recordar que el 22 de septiembre de 2010 tuvo lugar la primera oferta de plazas de formación en esta especialidad de Geriátrica y que, por ésta razón, el plazo de presentación de las solicitudes para acceder al título correspondiente se fijó hasta el 22 de marzo de 2011. En su día, se estableció una relación de aspirantes admitidos a la referida prueba para la obtención del título acreditativo como Enfermera(o) especialista en el campo de la Geriátrica. Los nombres constan en la página web del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

Los aspirantes admitidos a la prueba objetiva para el acceso al título de especialistas en Enfermería Geriátrica dispondrán de un máximo de 2 convocatorias cuyas fechas de celebración son estas: Sábado 19 de octubre de 2013, domingo 20 de octubre de 2013 y sábado 23 de noviembre de 2013.

ENFERMERÍA: Formación para casi 900 CUIDADORAS

Huelva.- Redacción

Una cifra que se aproxima a las 900 personas han recibido formación y consejos como Cuidadoras en la Unidad de Continuidad asistencial del Hospital Vázquez Díaz, centro dependiente del Juan Ramón Jiménez. A través de unos Talleres organizados por profesionales de enfermería, el objetivo de los mismos ha sido ofrecer información, conocimientos y habilidades necesarias para poder desempeñar de un modo positivo el papel de cuidadoras de los pacientes. Capítulos tales como la higiene, la movilización y la alimentación del enfermo constituyen los fundamentos de este interesante programa que se inició en 2007.

Los pacientes atendidos en la Unidad de Continuidad asistencial han encontrado un nuevo soporte que les sirva de ayuda para tratar de superar su problema de salud. Cuidadores y familiares de enfermos, en número cercano a los 900, han recibido distinta formación con el objeto de dotarles de unos conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para que puedan desempeñar, de forma eficaz, su papel de cuidadores. La enfermería de la citada Unidad ha sido la encargada de proponer esta formación mediante unos Talleres específicos.

En el Hospital Vázquez Díaz de Huelva, en pacientes con alto nivel de dependencia

Ingresos

Los enfermos atendidos en la Unidad de Continuidad asistencial del Vázquez Díaz tienen un nivel de dependencia muy alto, son pluripatológicos y se encuentran en un estado sintomático continuo por los efectos de su dolencias. Esto es la causa de que precisen de ingresos frecuentes en el hospital. La citada Unidad tiene como uno de sus objetivos el de canalizar la continuidad de la asistencia al enfermo, intercalando estos ingresos cuando sea necesario, de forma adecuada con su evolución en el propio domicilio y la atención por parte de los recursos de la atención primaria.

El hospital Vázquez Díaz se planteó la conveniencia de programar unos Talleres que supongan una herramienta que facilite la atención integral al paciente incluyendo las necesarias dosis de información y educación sanitaria, el apoyo psicológico y social, además de apostar por una atención personalizada en el seguimiento del enfermo más allá de



la asistencia sanitaria de tal forma que la cuidadora aprenda y sea capaz de aplicar, en la labor rutinaria de la vida diaria, los cuidados considerados como más básicos y necesarios para tratar de mantener la calidad de vida de la persona objeto de estos cuidados.

Cada Taller se compone de cuatro sesiones formativas y de contenidos teórico-práctico. Se dedican, en su mayor parte, a proporcionar información acerca de los cuidados elementales, o básicos, que necesita el paciente una vez ha regresado a su domicilio. Por lo mismo, las enfermeras de la Unidad de Continuidad Asistencial abordan temas tales como la higiene del paciente, su aseo e incontinencia. Mas adelante, en su segundo apartado, se explican conocimientos acerca de la movilización, los cambios posturales y la forma de prevenir las caídas, que agravarían el estado del paciente. En una tercera sesión se facilitan conocimientos acerca de la alimentación y nutrición, además de la administración segura de la medicación

Desgaste

Finalmente, el cuarto y último módulo se ocupa de la propia cuidadora. Para lo cual hay que recordar que el cuidado de un paciente de estas características les supone una gran carga física y emocional, porque la persona encargada se ve sometida a un desgaste afectivo prolongado con relación a la evolución de la propia dolencia, la aceptación del deterioro que va experimentando el enfermo y la ayuda física prestada, de forma permanente, al paciente. Esta relación de ayuda puede acabar afectando a la persona cuidadora en diversos aspectos sea la salud, la vida familiar, la actividad y el ocio.

El balance obtenido ante semejante apuesta ha sido, según dio cuenta el propio Hospital Vázquez Díaz, "muy gratificante" para los cuidadores y familiares más cercanos al paciente, reflejando un grado de satisfacción global de casi el 9 (en una escala de 1 a 10), según las encuestas de evaluación realizadas al término de estos períodos de formación. En el hospital se viene manteniendo estas prácticas asistenciales desde el año 2007 y, desde entonces, el cómputo acumulado habla de 125 talleres en los que participaron 885 personas. reconvertidas en cuidadoras de pacientes.



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 metodológica.
- 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.

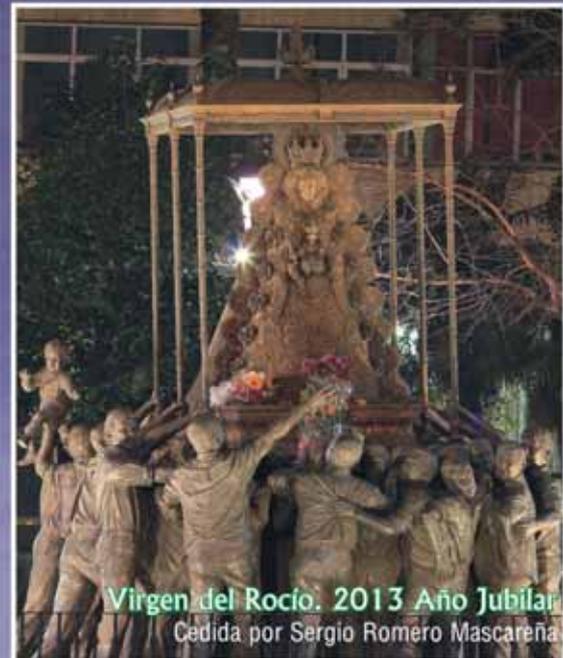


Ilustre. Colegio Oficial de Enfermería de Huelva

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