

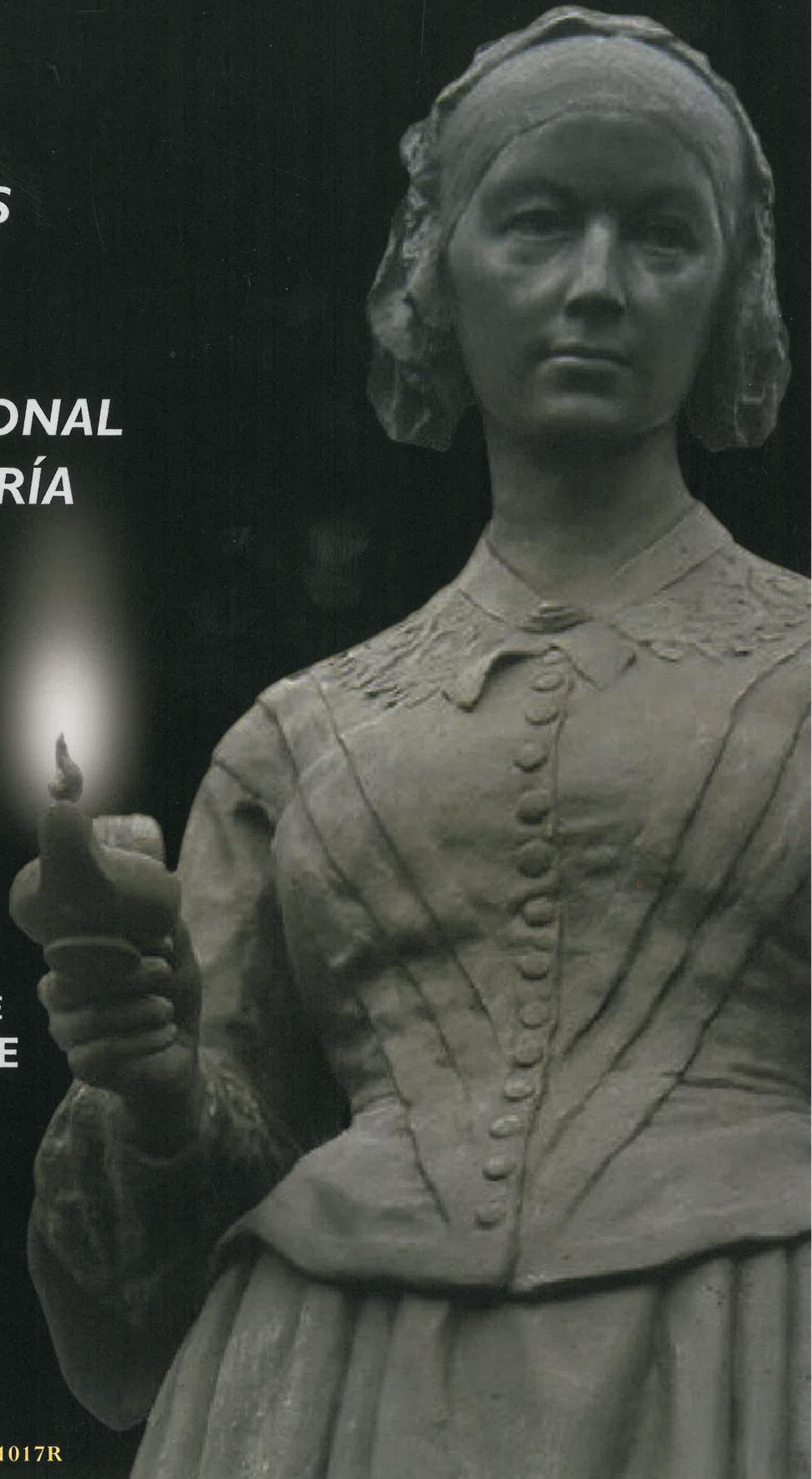
Crónicas de Enfermería

Nº 30. DICIEMBRE 2010

- **ESPECIALIDADES**
- **PRESCRIPCIÓN**
- **DÍA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERÍA**

2010

CENTENARIO DE LA MUERTE DE FLORENCE NIGHTINGALE





Dirección

Consejo de Redacción y Consejo de Administración:

Junta de Gobierno del
Colegio Oficial de Enfermería
de La Rioja

Coordinación:

M^º del Sagrario García Ramos

Producción Gráfica:

Reproestudio, S.A.

Dep. Legal: LO-150-1984

ISSN: 1136-2316

Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja:

Plaza Tomás y Valiente, n^º 4 - Bajo
Tfno.: 941 23 92 40
Fax: 941 23 93 47
26004 LOGROÑO

E-mail:
coleg26@enfermundi.com

Página web:
www.colegioenfermerialarioja.
enfermundi.com

Queda prohibida la reproducción total o parcial de cualquier artículo sin citar su procedencia. Crónicas de Enfermería no se hace responsable de las opiniones de sus colaboradores ni se identifica necesariamente con las mismas. Esta publicación se distribuye gratuitamente.

Sumario

- 3** Editorial
- 4** Curso de enfermero/a experto/a en indicación, uso y autorización de medicamentos y productos sanitarios en cuidados generales de enfermería y en T.I.C.
- 5** Día Internacional de la Enfermería.
Pilar Alegre Castillo
- 6** Intervención de la Enfermera Especialista en Salud Mental.
Carmen Cestafe Martínez e Iván Santolalla Arnedo
- 11** Experiencia residentes de primero, un paseo por la Unidad Docente de Matronas de Logroño.
Margarita Agustín Sánchez, M^º del Carmen Cáceres Tena, Soledad Vázquez Martín y Nagore Zugadi Rupérez
- 12** Técnica de Insulina.
Nuria Blasco Muro
- 15** Heridas quirúrgicas y Terapia VAC.
María Garrido Rojas y Begoña Fernández Landeras
- 17** Atención al paciente inmigrante pediátrico.
Inmaculada Sáenz y Azucena del Pueyo
- 21** Valoración del paciente geriátrico.
Estíbaliz Baldeón Iñigo
- 23** La enfermería del trabajo como parte integrante de los servicios de prevención.
M^º José Mateo Argomániz
- 25** Necesidad de comunicación enfermera.
Gloria Llaría Rubio
- 27** 10^º Convocatoria Certamen Fotográfico



Editorial

Felizmente las especialidades, aunque con retraso siguen su curso y ya las tenemos convocadas todas, a excepción de la de Cuidados Médico-Quirúrgicos que esperamos que no se demore mucho. Esto quiere decir que a partir del 22 de marzo de 2011 también se convocará la prueba objetiva para acceder por la vía extraordinaria para las de Geriátrica, Pediatría y Enfermería Familiar y Comunitaria, puesto que la de Salud Mental ya se celebró con notable éxito de la enfermería riojana, todos los aspirantes superaron la prueba, y en cualquier momento puede ser convocada la de Enfermería del trabajo.

Desde el Colegio queremos ayudar a los interesados a preparar la prueba objetiva, por lo que como informamos en páginas interiores, se subvencionará la realización de un curso preparatorio.

Otro de los grandes temas en los que nos encontramos inmersos, el Proyecto Grada2, cuya primera parte es la prescripción, para lo cual hemos convocado el curso de ENFERMERO/A EXPERTO/A EN INDICACIÓN, USO Y AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS EN CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERÍA Y EN T.I.C., del que ya hay más de 700 alumnos matriculados y que comenzará este mes de diciembre y se seguirá impartiendo mientras haya solicitudes. Las enseñanzas de este curso, además de servirnos para obtener del Ministerio de Sanidad la acreditación para prescribir medicamentos y productos sanitarios, serán reconocidas como créditos ECTS realizados, a aquellos que estén interesados en obtener el título de Grado en Enfermería por la vía que ofrece la Organización Colegial a través de la Escuela de Ciencias de la Salud y que será expedido por la Universidad Complutense. De los términos de esta segunda parte, fechas, matrículas, etc. se informará cuando se ponga en marcha, que evidentemente no podrá ser hasta que un numeroso grupo de enfermeras/os no haya realizado la base, que es el curso de prescripción.

Este año, para celebrar el día Internacional de la Enfermería, especial por conmemorar el centenario de la muerte de Florence Nightingale, tuvimos la suerte de contar con la colaboración de un considerable número de profesionales riojanos que con su esfuerzo dieron brillantez a esta jornada y cuyas comunicaciones forman el grueso de esta publicación. Esperamos que os sirva de estímulo y para el 12 de mayo de 2011 podamos contar con un mayor número de comunicantes.

Queremos desde estas páginas despedir a la anterior Ministra, Trinidad Jiménez, a quien hemos de agradecer la sensibilidad que tuvo para esta profesión y dar la bienvenida a Leire Pajín, de quien esperamos poder decir lo mismo.

Finalmente, dadas la fechas, desde la Junta de Gobierno queremos desearos unas felices fiestas y muy próspero año nuevo.

*Junta de Gobierno
Colegio de Enfermería de La Rioja*



Curso de enfermero/a experto/a en indicación, uso y autorización de medicamentos y productos sanitarios en cuidados generales de enfermería y en T.I.C.

Este curso es la primera parte del programa GRADUA2 y es el que nos va a proporcionar los conocimientos necesarios para que podamos ser acreditados como prescriptores por el Ministerio. Hasta la fecha somos más de setecientos los que nos hemos inscrito en La Rioja.

Habrán cursos de mañana y tarde, en función de la demanda, y se formarán tantos grupos como sea necesario. La previsión es que durante 2011 y 2012 podamos hacerlo todos los colegiados de La Rioja.

Se comunicará, por correo electrónico, la fecha que se os ha asignado a medida que se vayan formando los grupos en el orden en que habéis realizado la preinscripción. Es necesario que por la misma vía nos comunicuéis si podéis realizarlo o no en esas fechas.

A quienes no puedan se les asignará otra fecha. Al aceptar es necesario formalizar la matrícula en el plazo asignado.

Es gratuito para los Colegiados de La Rioja.

RECORDAMOS QUE EL CURSO:

Tiene metodología Semipresencial, adaptada al Espacio Europeo de Educación Superior, con apoyo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) y basada en el aprendizaje autónomo tutorizado.

Se impartirá durante cuatro días de una misma semana.

En cada curso, se impartirán 15 horas de clases teórico-prácticas, que se ofrecerán de lunes a miércoles en horarios de 9.00 a 14.00 h. en los cursos de mañana y de 16.00 a 21.00 h. en los horarios de tarde. Además se darán 5 horas de clases tutorizadas en el aula de informática en las que los alumnos, realizarán prácticas guiadas con ordenador para poder ir dando solución a las dudas en cuanto éstas surjan.

Se harán dos grupos, uno el jueves y otro el viernes. Estas enseñanzas prácticas son voluntarias.

El programa del curso y sus contenidos son los siguientes:

Módulo 1. Marco legislativo de la prescripción enfermera.

Módulo 2. Fundamentos teórico-prácticos de la prescripción.

Módulo 3. Metodología enfermera: el proceso enfermero.

Módulo 4. Tipos de prescripción enfermera.

Módulo 5. BB.DD. de medicamentos, productos sanitarios y taxonomías.

Módulo 6. Plataforma telemática de prescripción enfermera.





Día Internacional de la Enfermería

El pasado 12 de Mayo os convocamos a una jornada para celebrar el Día Internacional de la Enfermería y homenajear a Florence Nightingale en conmemoración del centenario de su muerte.

Cada 12 de Mayo se celebra el día Internacional de la Enfermería, este festejo debe ser significativo para cada una de las personas que ejercemos esta profesión tan maravillosa, invitándonos a un espacio de reflexión y reafirmación de la vocación de servicio y valores de esta carrera, considerada como una de las más altruistas y de convivencia continua con el dolor humano. Sin embargo, como punto de partida, nos pareció interesante analizar los siguientes aspectos en relación a este día tan importante, 12 mayo 1820 es la fecha de nacimiento de Florence Nightingale, quien –como es bien sabido por nosotros– es considerada pionera y precursora de la profesión de enfermería; entre sus acciones más destacadas se encuentra el trabajo voluntario en el cuidado de personas enfermas durante la Guerra de Crimea, en el año 1854.

Este año 2010, se conmemora el centenario de su muerte.

A Florence se le atribuyen cambios que revolucionaron los cuidados médicos militares de Inglaterra, los cuales incrementaron sus estándares de sanidad y nutrición, y disminuyeron drásticamente los índices de mortalidad. En su libro *"Notas sobre Enfermería"* plasmó muchos de los conceptos profesionales y éticos vigentes e inclusive es considerada como una de las primeras "Teóricas" de enfermería.

Todas estas razones influyeron para que al fundarse la OMS, en 1945, se tomara el acuerdo de conmemorar el 12 mayo como el "Día de los Hospitales", en reconocimiento a la labor de Nightingale como administradora de hospitales.

En la década de los 70 por iniciativa del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y con apoyo de diversas asociaciones de enfermería en el mundo, comienza a conmemorar el 12 de mayo como "Día Internacional de la Enfermera", como un homenaje a quien fuera fundadora de la Enfermería moderna. A partir de 1988 el CIE agrega a esta conmemoración anual la producción y distribución de la carpeta "Día Internacional de la Enfermera" (DIE), que contiene materiales de información educativa para uso de las enfermeras en todo el mundo y es divulgada en diferentes idiomas. A la fecha, han sido publicados 20 temas diferentes: "Salud en la escuela", "La enfermera y el medio ambiente", "Salud de la mujer", "Persona fiable, vidas salvadas"...

Este año 2010 el tema del CIE es: *"Servir a la comunidad y garantizar la calidad: Las enfermeras en la vanguardia de los cuidados de las enfermedades crónicas"*.

Todos los países del mundo se ven afectados por la creciente marea de enfermedades crónicas, y por la necesidad de que las personas con esas enfermedades tengan acceso a unos cuidados idóneos y económicamente asequibles.

Nunca ha sido mayor el potencial de las enfermeras para contribuir a mejorar la salud de las poblaciones en todo el mundo mediante la atención, la prevención y los cuidados de las enfermedades crónicas.

La diabetes, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias y el cáncer son las que más muertes causan en el mundo: 35 millones de muertes cada año, según estimaciones (OMS 2008a). El 80% de estas muertes ocurren en los países de renta baja o media. Estas enfermedades pueden evitarse.

Cuando se producen, una gestión y unos cuidados eficaces desde las primeras fases pueden permitir que los afectados lleven una vida plena y productiva.

Es urgentemente necesario que las enfermeras de todo el mundo tomen la iniciativa y se comprometan, con todas las partes y todos los sectores de la comunidad, a enfrentarse a la creciente amenaza que las enfermedades crónicas suponen para la salud y el bienestar mundial.

Por todo ello consideramos necesaria esta jornada de reflexión y homenaje a Florence Nightingale, por ser la pionera en la enfermería científica.

El lema planteado para la Jornada fue: "Los avances de la Enfermería Riojana: una realidad" representada por las especialidades enfermeras, y para ello tuvimos la satisfacción de contar con las enfermeras de la especialidad Médico-Quirúrgica:

- Nuria Blasco Muro, Enfermera Educadora en diabetes, que nos habló de la técnica de insulina.
- María Garrido Rojas, Enfermera de Cirugía, que nos enseñó una nueva técnica de curar heridas. (Enfermera Quirúrgica).

Las estudiantes de matrona EIR, y en su nombre, Margarita Agustín Sánchez, que nos dieron un "paseo" por la Unidad Docente del Logroño.

Iván Santolalla Arnedo, Supervisor de Salud Mental del Hospital de La Rioja, que nos habló del Pasado, Presente y Futuro de la Salud Mental en nuestra Comunidad.

Inmaculada Sáenz Arechavaleta, Supervisora de la Unidad de Pediatría, habló de la "Atención del paciente inmigrante pediátrico."

Estíbaliz Baldeón Iñigo, Supervisora de La Unidad de Geriátrica, presentó la Valoración del paciente Geriátrico.

M^º José Mateo Argomániz, Enfermera de Empresa, habló de La enfermería en el trabajo como parte integrante de Prevención.

Y finalmente Gloria Llaría Rubio, Enfermera Comunitaria, disertó sobre la Necesidad de comunicación enfermera.

Tras la exposición de todas las comunicaciones se abrió turno de preguntas.

A continuación os presentamos las comunicaciones.

Pilar Alejandre Castillo
Vocal del Colegio



Intervención de la Enfermera Especialista en Salud Mental Del Modelo de Institucionalización al Modelo Comunitario de Atención a la Salud Mental La Rioja-2010

Carmen Cestafe Martínez (col. nº 1375)
Supervisora Salud Mental Hospital San Pedro

Iván Santolalla Arnedo (col. nº 2790)
Supervisor Salud Mental Hospital de La Rioja

El proceso de transformación de la Asistencia Psiquiátrica realizada en los países occidentales industrializados a lo largo de las últimas décadas del siglo XX y principios del XXI, tiene múltiples componentes que se engloban bajo la denominación genérica de Psiquiatría Comunitaria o Modelo Comunitario en la atención a la Salud Mental. En las primeras fases de este proceso de cambio tiene un peso específico la desinstitucionalización, proceso que no consiste en el cierre de camas "antiguas" sino en desarrollar simultánea y alternativamente nuevos dispositivos y nuevas prácticas que den una mejor respuesta al conjunto de necesidades de atención de la Salud Mental.

En **España** en la primera mitad del siglo veinte y siguiendo el patrón de los países occidentales industrializados se produce un incremento en el número de camas psiquiátricas de una forma continua, desde 15.000 camas a principios de siglo hasta las 51.000 que se alcanzan a principios de los años 70, que suponen 1,5 camas por 1.000 habitantes. Este crecimiento es acorde al modelo de institucionalización predominante en la época, un modelo basado en la contención y alejado de términos más comunitarios como la rehabilitación y reinserción, desde este modelo de pensamiento y atención a la Salud Mental se fomenta la estigmatización y el sistema de asistencia a este grupo de población se distancia de la atención sanitaria normalizada. Esta tendencia en el incremento del número de camas hace inflexión en nuestro país en esta década de los años 70, inflexión que se produce casi 20 años más tarde que en EEUU. En nuestro país entre los años 1972 y 1982 las camas de hospitalización psiquiátrica disminuyen de una tasa de 1,5 por 1.000 habitantes a 1 por 1.000 habitantes.

El consenso alcanzado en torno a la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y el decidido impulso normativo dado por el capítulo III de la Ley General de Sanidad marca este punto de inflexión al dar un impulso normativo a la reforma, marcando las líneas de desarrollo de nuevas modalidades de intervención en la comunidad y centrando la hospitalización psiquiátrica en el marco de los Hospitales Generales.

En 1996 España dispone de 17.255 camas psiquiátricas globales, de las que 2.467 camas se han creado en Hospitales Generales, distribuidas en la totalidad de las CCAA, que suponen 6,58 camas por 100.000 habitantes y representan un 55% de las estimadas como necesarias (documento del Sistema de información, encuesta nacional de salud mental del Ministerio de Sanidad y Consumo, período 1991-1996) y 14.788 camas en Hospitales Psiquiátricos, un 37,28 por

100.000, tras una reducción de un 53% en el período 1986 a 1996. Este proceso de transición se desarrolla con ritmos y resultados dispares según las posibilidades de los gobiernos autonómicos.



En **La Rioja**, en el año 1977, se construye un nuevo Hospital Psiquiátrico, el Hospital Psiquiátrico Reina Sofía, con objeto de dignificar las condiciones de vida y asistencia de la población internada, y que alcanza el punto de mayor oferta y actividad, en 1979. Muy pronto, tras la integración de nuevos profesionales se cuestiona la práctica del viejo modelo y se introducen nuevas estrategias de intervención con prácticas de estancia breve y consultas ambulatorias. **En 1980 se inicia la inflexión de la tendencia en La Rioja.**

La Ley General de Sanidad desarrolla el modelo de atención presentado por la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica, orientado hacia la Comunidad e integrado en el sistema Sanitario General, quedando patente en La Rioja en el Plan de Salud de la Comunidad Autónoma.

Entre 1980 y 1996 La Rioja se incorpora al movimiento de reformas y en el aspecto de hospitalización pasa de 544 a 206 camas psiquiátricas totales, que representan un 209 y 77 respectivamente por 100.000 habitantes. En 1985 se crea la primera Unidad de Salud Mental ubicada en el Centro de Atención Primaria de Salud de Joaquín Elizalde, posteriormente en 1988 la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica englobada en el Hospital General de La Rioja con 26 camas que asume los nuevos episodios de hospitalización y comienzan a desarrollarse progresivamente y en línea a las nuevas estrategias, nuevos servicios psiquiátricos en la comunidad, Equipos Comunitarios de Salud Mental (Logroño, Rioja Alta y Rioja Baja), una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, una Unidad de Atención a Drogodependencias y la Unidad de Rehabilitación de Área dotada de Centro de Día y Pisos Protegidos.



En el año 2007 coincidiendo con la inauguración del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de La Rioja se reestructura la Red de Salud Mental de La Rioja con un enfoque más rehabilitador y comunitario, en línea con la Ley General de Sanidad, el documento de la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica y la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2007, como objetivos específicos del plan de la Comunidad Autónoma se establecen:

- Constituir un nuevo modelo asistencial más próximo al paciente, equipos de tratamiento multidisciplinarios y potenciación del diagnóstico precoz.
- Potenciar la rehabilitación con la creación de unidades de media y larga estancia.
- La hospitalización del paciente psiquiátrico agudo se realizará en el nuevo Hospital San Pedro.
- Incremento de los dispositivos de Salud Mental en los Centros de Salud como puerta de acceso de estos enfermos al Sistema Sanitario (dentro del proceso de integración de los distintos niveles asistenciales).
- Establecer una fluida relación con los servicios socio sanitarios (trabajadores sociales, residencias de la Tercera Edad...) y el resto de especialidades y servicios asistenciales, para prestar la mejor asistencia posible a los pacientes crónicos y con gran dependencia, fomento de la continuidad de los cuidados.
- Incrementar la prevención de los problemas de Salud Mental en la infancia y adolescencia. Especial atención a los trastornos alimentarios y a la Patología DUAL (drogodependencias y enfermedad mental asociada).
- Fomento de relaciones con las asociaciones de pacientes y de familiares de enfermos con patología mental.
- Aumentar la formación continuada de los profesionales de la Red de Salud Mental.
- Fomento de la investigación en Salud Mental.

- Los profesionales sanitarios riojanos de Salud Mental van a contar con una Red Asistencial única, coordinada y que integra los distintos niveles asistenciales.

Con el desarrollo de esta nueva estructura y la apertura del nuevo Hospital San Pedro en el año 2007 los servicios asistenciales de la Red de Salud Mental del Servicio Riojano de Salud se van a organizar en los siguientes dispositivos:

1. Unidades de Salud Mental en los Centros de Salud (USM)

Las Unidades de Salud Mental se establecen como los dispositivos "puerta de entrada" a la Red de Salud Mental de La Rioja, así como los dispositivos para el seguimiento comunitario del paciente.

OBJETIVO GENERAL

Diagnóstico precoz, mejoría psicopatológica y conductual en el paciente desde una asistencia en la comunidad que permita la intervención de los demás dispositivos comunitarios, garantizando un plan continuado de atención.





2. Unidad de Hospitalización de Corta Estancia (UCE).

Hospital San Pedro (18 camas)

En la séptima planta del Hospital San Pedro es donde se lleva a cabo la asistencia en régimen de hospitalización, con estancias breves a pacientes con patología mental aguda. Esta unidad dispone de dos camas preparadas para atender patología mental infanto-juvenil. También se ubica en este Hospital General las urgencias psiquiátricas para toda la población de La Rioja.

El tipo de pacientes que atiende esta Unidad son pacientes con patología mental grave que precisan de atención especializada inmediata y cuidados intensivos psiquiátricos.

OBJETIVO GENERAL

Mejoría psicopatológica y conductual en el paciente, que permita la intervención de los demás dispositivos comunitarios, garantizando un plan continuado de atención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estabilización psicopatológica.
- Contención conductual.
- Adecuación conductual.
- Potenciación del autocuidado.
- Coordinación con el entorno socio-comunitario de origen durante el ingreso, de cara al alta hospitalaria.

3. Unidad de Media Estancia y Rehabilitación (UME).

Hospital de La Rioja (126 camas)

En esta unidad, ubicada en la tercera planta (izquierda) del Hospital de La Rioja, lleva a cabo en régimen de hospitalización la asistencia de pacientes con estancias medias, que presenten una patología mental con una evolución subcrónica-crónica, a través de la integración del tratamiento, el cuidado y la rehabilitación.

Está dedicada a pacientes generalmente refractarios a diversos tratamientos en numerosos dispositivos, en los que persiste clínica severa que impide su manejo ambulatorio y su adaptación a un entorno social normalizado.

OBJETIVO GENERAL

Mejoría psicopatológica y conductual en el paciente, que permita la intervención de los demás dispositivos comunitarios, garantizando un plan continuado de atención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estabilización psicopatológica.
- Contención conductual.
- Adecuación conductual.
- Rehabilitación de déficits.
- Potenciación del autocuidado.
- Coordinación con el entorno socio-comunitario de origen durante el ingreso, de cara al alta hospitalaria.
- Modificación del entorno socio-comunitario de origen.

4. Unidad de Rehabilitación Psicosocial de Área (URA).

Hospital de La Rioja

La Unidad de Rehabilitación Psicosocial de Área, ubicada en la planta baja (derecha) del Hospital de La Rioja, es un dispositivo asistencial de tratamiento activo y específico de los trastornos mentales en régimen de hospital de día en el que se realiza un abordaje terapéutico intensivo, multidisciplinar, con un enfoque integral a nivel individual y/o grupal, partiendo de la base de la rehabilitación psicosocial y potenciación de autocuidado. El programa de intervención en la URA proporciona una estructura asistencial entorno a una terapia intensiva sin que el paciente se aísle del apoyo y los retos de su medio habitual.

OBJETIVO GENERAL

Facilitar la reinserción en su medio evitando la hospitalización, cronificación y recaídas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Adecuación conductual.
- Rehabilitación de déficits.
- Potenciación del autocuidado.
- Coordinación con el entorno socio-comunitario.
- Modificación del entorno socio-comunitario de origen.

5. Hospital de Día para trastornos alimenticios (UTA).

Hospital de La Rioja

La Unidad de Trastornos Alimentarios, ubicada en la tercera planta (derecha) del Hospital de La Rioja, es un dispositivo asistencial de tratamiento activo y específico de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en régimen de hospital de día en el que se realiza un abordaje diagnóstico y terapéutico intensivo, interdisciplinar, con un enfoque integral a nivel individual y/o grupal, partiendo de la base de la recuperación nutricional metabólica imprescindible. El programa de intervención en la U.T.A. proporciona una estructura asistencial entorno a las comidas, a la vez que una terapia intensiva sin que el paciente se aísle totalmente del apoyo y los retos de su medio habitual; se presenta como un recurso alternativo a la hospitalización cuando la situación somática lo permite y existe una falta de garantía de supervisión o desbordamiento familiar.

OBJETIVO GENERAL

Gestionar el tratamiento y cuidados terapéuticos del paciente con trastorno de la conducta alimentaria evitando en la medida de lo posible la ruptura con su medio socio-familiar y laboral/escolar, ofreciendo la concentración y coordinación de los recursos terapéuticos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Rehabilitación nutricional mediante la ingesta calórica adecuada a edad y momento del desarrollo, objetivado por el aumento del peso para hacer posible el abordaje psicológico posterior.
- Establecer conductas normalizadas y hábitos de vida saludables en relación a las necesidades de ingesta alimentaria.



- Mejorar las cogniciones respecto a la imagen corporal, la autoestima y la seguridad en sí misma/o.
- Mejorar los síntomas propios del trastorno alimentario con objeto de la autonomía total del paciente.
- Desarrollar una estrategia de intervención integral.
- Mejorar las habilidades sociales con el fin de facilitar el mantenimiento y/o creación de sus propias redes de apoyo social.
- Generar vínculos positivos respecto a las medidas terapéuticas implementadas, tanto por parte del paciente como de la familia.

6. Centro Asistencial Albelda de Iregua

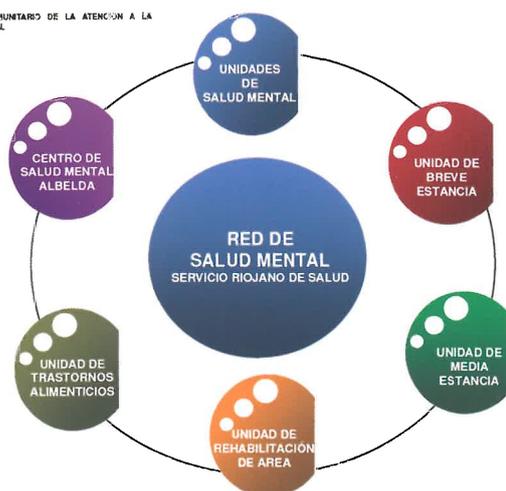
El Centro Asistencial Albelda de Iregua, realizará la asistencia en régimen de hospitalización a los pacientes crónicos que no sean susceptibles de atención en otras estructuras asistenciales. Este centro se subdivide en tres unidades asistenciales:

- Unidad de Psiquiatría de Larga estancia: destinada a pacientes con patología refractaria al tratamiento y cuya discapacidad funcional requiera de largos períodos de intervención terapéutica y rehabilitadora.
- Unidad de Minusválidos psíquicos: carácter residencial.
- Unidad Gerontopsiquiátrica de Residencia Asistida: carácter residencial.

OBJETIVOS GENERALES

- Prestar asistencia sanitaria de carácter hospitalario a través de la aplicación de un modelo de rehabilitación psiquiátrica bio-psico-social con abordaje multidisciplinar y orientado a mejorar la discapacidad funcional, teniendo como meta la desinstitucionalización y la reinserción social.
- Atender minusválidos psíquicos en régimen residencial asistido en razón de su discapacidad.
- Asistir a enfermos de geronto-psiquiatría y enfermos mentales de tipo sociosanitario.
- Promover la autonomía de los pacientes a través de terapias rehabilitadoras y sociales, contemplando siempre que sea posible la externalización como el principal elemento rehabilitador.

MODELO CONSULTIVO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL



INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL

Desde las distintas unidades de la Red de Salud Mental del Servicio Riojano de Salud se aporta un cuidado biopsicosocial, con una concepción de la salud multidimensional y holística, que inevitablemente afecta a todos los aspectos de la unidad, estructura, organización y funcionalidad. Entre otras cosas, y respecto a los miembros del equipo, requiere:

- Actitud y formación específicas de los profesionales (intervención en situaciones de crisis, la resolución de problemas, la empatía, la confianza...).
- Gran flexibilidad interventiva.

Los planes de cuidados diseñados para los pacientes atendidos en las distintas unidades están basados en un modelo operativo centrado en los patrones funcionales alterados a consecuencia del trastorno sufrido. Como modelos taxonómicos para el diseño de los planes de cuidados se utilizan los diagnósticos desarrollados por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) Internacional, las intervenciones de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), y los resultados de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).

La intervención enfermera en los distintos dispositivos se establece desde una perspectiva individual y grupal. A estas intervenciones se suman con carácter transversal las intervenciones de docencia e investigación.

- Intervenciones individuales:

- En las Unidades de Salud Mental desde la Consulta de Enfermería de Salud Mental, la atención domiciliar y la coordinación individualizada de casos con el resto de dispositivos.
 - En hospitalización desde la valoración de Enfermería al ingreso y alta a través de entrevista de enfermería individualizada y el proceso de atención de enfermería durante el ingreso ofreciendo cuidados de salud intensivos. El Equipo de Enfermería, al ingreso del paciente en la Unidad, realiza una valoración integral de necesidades alteradas, cuidados de salud, capacidad para el autocuidado..., desde la perspectiva de los patrones funcionales de salud de M. Gordon, con el fin de detectar los diagnósticos enfermeros según taxonomía NANDA e intervenir. La valoración de enfermería al ingreso y alta se efectúa bajo aplicación informática SELENE con formulario específico y generación de informe automatizado.
 - En la Unidad de Rehabilitación de Área Psicosocial, por la estructura específica de la Unidad, la intervención enfermera se desarrolla en el marco del diseño de un Plan Integral de Rehabilitación elaborado por el equipo interdisciplinar tras la valoración inicial del paciente.
- Intervenciones grupales, las ventajas de estas intervenciones radican en dos motivaciones, por un lado, se ha demostrado la eficacia de las acciones de carácter grupal, especialmente en los pacientes con patología mental, y por otro lado, los grupos permiten optimizar los recursos de personal disponibles en la Unidad, aumentando el tiempo de intervención recibido por cada paciente.



Las enfermeras/os de la Red de Salud Mental trabajan en coordinación con el resto profesionales vinculados a la atención del paciente (trabajadores sociales de distintas administraciones, asociaciones, administración de justicia, educación,.....) y especialmente con el resto de profesionales que componen los dispositivos de Salud Mental del Servicio Riojano de Salud.

En relación a la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC-4ª Ed.) podemos destacar como intervenciones que forman parte de la cartera de servicios de enfermería en estos dispositivos:

- Acuerdo con el paciente.
- Administración de medicación.
- Aislamiento.
- Alimentación.
- Análisis de la situación sanitaria.
- Apoyo a la familia.
- Apoyo emocional.
- Apoyo en la toma de decisiones.
- Asesoramiento.
- Asesoramiento nutricional.
- Asistencia para los recursos financieros.
- Aumentar los sistemas de apoyo.
- Ayuda al autocuidado.
- Ayuda para el control del enfado.
- Ayuda para ganar peso.
- Biblioterapia.
- Clarificación de valores.
- Colaboración con el médico.
- Comprobación de sustancias controladas.
- Consulta.
- Contacto terapéutico.
- Control del humor.
- Cuidados de enfermería al ingreso.
- Disminución de la ansiedad.
- Educación Sanitaria.
- Enseñanza: grupo.
- Enseñanza: individual.
- Enseñanza: proceso de enfermedad.
- Entrenamiento: autogénico.
- Entrenamiento de la asertividad.
- Entrenamiento intestinal.
- Establecer límites.
- Establecimiento de objetivos comunes.
- Escucha activa.
- Facilitar la autoresponsabilidad.
- Facilitar el aprendizaje.
- Facilitar la expresión de sentimientos de culpa.
- Facilitar las visitas.
- Facilitar permisos.
- Fomentar el acercamiento.
- Fomentar la implicación familiar.
- Fomentar la normalización familiar.
- Fomentar los mecanismos corporales.
- Identificación de riesgos.
- Intervención en caso de crisis.
- Manejo ambiental: prevención de la violencia.
- Manejo de ideas ilusorias.
- Manejo de las alucinaciones.
- Manejo de la conducta.
- Manejo de conducta: autolesión.
- Manejo de conducta: hiperactividad / falta de atención.
- Manejo de la medicación.
- Manejo del peso.
- Manejo del vómito.
- Manejo de la terapia electroconvulsiva.
- Manejo de los trastornos de la alimentación.
- Modificación de la conducta.
- Orientación en la realidad.
- Potenciación de la imagen corporal.
- Potenciación de la seguridad.
- Potenciación de la socialización.
- Presencia.
- Precauciones contra fugas.
- Precauciones contra incendios provocados.
- Prevención del suicidio.
- Recogida de datos para la investigación.
- Reestructuración cognitiva.
- Restricción de zonas de movimiento.
- Sujeción física.
- Técnica de relajación.
- Terapia con juegos.
- Terapia de grupo.
- Vigilancia.

A estas intervenciones, propias de la cartera de servicios de enfermería en estos dispositivos, se suman las intervenciones de carácter más orgánico.

ASPECTOS POSITIVOS DESTACABLES DE LA SITUACIÓN ACTUAL

1. Movimiento desinstitucionalizador. Basado en la atención comunitaria, la rehabilitación y la reinserción social del paciente. Nuevo modelo asistencial más próximo al paciente.
2. Movimiento desestigmatizador. Integración de la atención a la salud mental en los Servicios de Salud. Desarrollo de una red de atención a la salud mental homologable en todo el país. Red de Salud Mental englobada en el Servicio Riojano de Salud. Unidad de Corta estancia ubicada en el hospital de referencia junto al resto de especialidades de la salud.
3. Cultura de la rehabilitación y reinserción social, que debe ser el eje conductor de dispositivos como la Unidad de Media Estancia Psiquiátrica y Rehabilitación del Hospital de La Rioja, la Unidad de Rehabilitación Psicosocial de Área y el Centro Asistencial Albelda de Iregua.
4. Cultura Comunitaria. Fomento de las Unidades de Salud Mental y las Unidades en régimen de hospital de día.
5. Cambio en la actitud y aptitud de los profesionales de la salud que desarrollan su actividad en la asistencia a la salud mental. Formación más especializada. Formación reglada de los profesionales de la salud mental (psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros especialista en Salud Mental). Especialización en cuidados de Salud Mental. Presencia en la Red de Salud Mental de enfermeros especialistas. En un futuro inmediato creación de puestos de trabajo específicos para Enfermeros Especialistas en Salud Mental.
6. Presencia relevante de profesionales de enfermería (D.U.E.) en todos los niveles y dispositivos de la Red de Salud Mental. Mayor presencia del cuidado en la salud mental. Mayor concienciación social y administrativa del producto enfermero en relación a la atención en salud mental. Contribución coste-efectiva en el gasto sanitario.
7. Desarrollo progresivo en todos los dispositivos de la Red de estrategias de intervención enfermera coordinada con base metodológica actualizada para la gestión de cuidados en salud mental.
8. Equipos de trabajo interdisciplinares. Formados por enfermeros especialistas, psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales entre otros.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Andalucía. Consejería de Salud. Plan integral de Salud Mental 2003-2007.
- (2) Aragón. Consejería de Salud y Consumo. Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental.
- (3) World Health Organization: The World Health Report 2001. Mental Health. New understanding, new hope. Geneva: WHO, 2001 (<http://www.who.int/whr/2001>).
- (4) Castilla La Mancha. Plan de Salud Mental de Castilla La Mancha 2005/2010.
- (5) Decreto 13/2009, de 27 de febrero, por el que se regula la estructura, organización y régimen de funcionamiento del Centro Asistencial Albelda de Iregua.
- (6) Desviat, M. La reforma psiquiátrica. Madrid: Dor, 1994.

Experiencia residentes de primero, un paseo por la Unidad Docente de Matronas de Logroño

Margarita Agustín Sánchez (col. n.º 3522)
M.ª del Carmen Cáceres Tena (col. n.º 2266)
Soledad Vázquez Martín (col. n.º 3855)
Nagore Zugadi Rupérez (col. n.º 3596)



La enfermería obstétrico-ginecológica (matrona) es la especialidad de la disciplina enfermera que ofrece cuidados integrales a la mujer, al recién nacido (RN), y a la familia por medio de una atención integrada respecto a promocionar, prevenir, restaurar o rehabilitar el óptimo estado de salud reproductiva y sexual.

Una de las definiciones que más se ajusta al perfil profesional de la matrona, es la aprobada por el Consejo de la Conferencia Internacional de Matronas de Brisbane (Australia) de 2005, la cual reconoce el extenso campo de actuación de la matrona; que no sólo se reduce a la asistencia durante el parto y el nacimiento, sino que abarca muchas competencias profesionales.

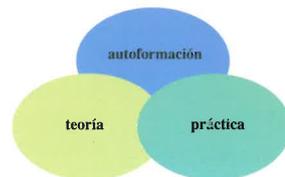
El campo de actuación de la matrona incluye la Educación para la Salud (Eps) y la atención a la mujer durante todas las etapas de la vida; además, está reconocida como un profesional responsable que presta atención preconcepcional, atención durante el embarazo, parto y puerperio, y atención en materia de salud sexual y reproductiva; sin olvidarnos de las funciones de investigadora, docente y de gestión.

La denominación oficial de la especialidad es "enfermería obstétrico-ginecológica"; la duración del programa formativo es de dos años a tiempo completo, y la formación previa requerida es estar en posesión de la Diplomatura o de Grado Universitario en enfermería.

Nuestra Unidad Docente se ubica en el Hospital San Pedro de Logroño, y Begoña Veramendi es la coordinadora de la misma. Anualmente se ofertan cuatro plazas formativas.

Durante la formación postgrado del enfermero interno residente, hay que atender a tres **aspectos clave**, que son:

- **Formación teórica.**
- **Formación práctica-clínica.**
- **Autoformación.**



En la **formación teórica**, la metodología docente utilizada, da prioridad al aprendizaje activo tutorizado; para el cual se utilizan diversas técnicas didácticas como la dinámica de grupos, seminarios, talleres, realización de trabajos en equipo, exposición de casos, etc. En nuestra unidad docente, los seminarios se imparten un día a la semana, y para ello se dispone de un aula con los medios de apoyo audiovisuales necesarios.

La formación teórica versará sobre las materias desarrolladas en el programa formativo, que son:

- Enfermería maternal y del RN I.

- Enfermería maternal y del RN II.
- Enfermería de la mujer y la Familia.
- Eps de la mujer.
- Administración de los servicios obstétrico-ginecológicos.
- Investigación en enfermería obstétrico-ginecológica.
- Legislación y Deontología en enfermería obstétrico-ginecológica.

Con respecto a la **formación práctica**, ésta tiene por objeto que la matrona residente adquiera de forma progresiva los conocimientos, habilidades y competencias profesionales.

La supervisión durante la misma, tendrá un carácter decreciente y el eje central en el que se apoya es en el de "**aprender haciendo**".

El 60-70% de la formación práctica se desarrolla en atención especializada, y un 30-40% en atención primaria y comunitaria.

Las rotaciones internas en Atención especializada se llevan a cabo en los siguientes servicios:

Urgencias obstétrico-ginecológicas:

- Unidad de partos.
 - Unidad de obstetricia (maternidad).
 - Unidad de obstetricia de riesgo: consultas externas, hospitalización y quirófano.
 - Fisiopatología fetal.
 - Unidad de neonatología.
 - Consultas externas de ginecología y Ecografías.
- Las rotaciones por atención primaria se realizan en los tres centros de salud acreditados:
- C.S. Rodríguez Paterna.
 - C.S. Joaquín Elizalde.
 - C.S. Cascajos.

Las guardias van a ser servicios prestados en concepto de atención continuada; tienen carácter formativo y se realizan en el servicio de partos; entre 2 y 4 al mes en turno de noche.

Por último, decir que es una herramienta fundamental en la formación, el **autoaprendizaje**. La motivación y la curiosidad personal nos empuja a complementar nuestros conocimientos, y para ello, asistimos a cursos relacionados con la especialidad, a Congresos y Jornadas científicas, participamos en reuniones que organiza la asociación Alhald de apoyo a la lactancia materna, y otras actividades como el autoestudio, revisiones bibliográficas, etc.

Técnica de Insulina

Nuria Blasco Muro (col. nº 2919)
Enfermera educadora en diabetes.

IMPORTANCIA DE LA TÉCNICA

La mayor parte de la eficacia del tratamiento con insulina está en la realización correcta de esta técnica.

Es papel fundamental de la enfermería enseñarla correctamente antes de la insulinización del paciente.

OBJETIVO

Conseguir una absorción completa de la insulina y así:

- Dar una orientación correcta al paciente y al profesional de sus necesidades insulínicas.
- Evitar fluctuaciones en los niveles de glucosa.
- Alcanzar un buen control glucémico.

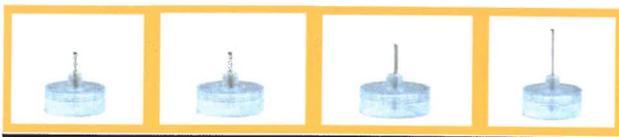
¿CÓMO?

- Conociendo el sistema con el que hay que administrar la insulina.



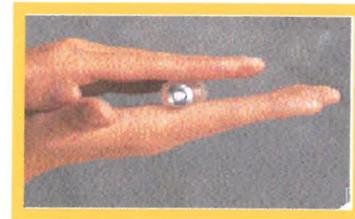
- Sabiendo cuál es la aguja apropiada para cada paciente.

5 mm. Pediátrico 6 mm. IMC ≤ 20 8 mm. IMC 20-25 12,7 mm. IMC > 25



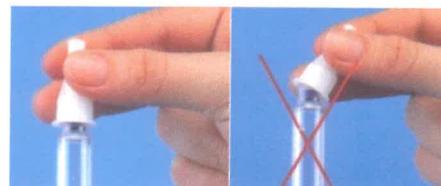
- Siguiendo los pasos preliminares a la inyección:

- Preparación de todo el material.
- Lavado de manos con agua y jabón (no utilizar antisépticos).
- Comprobación exterior de la insulina para que se corresponda con la que debe administrarse en ese momento (puede que el paciente tenga más de una).
- Comprobación del interior de la insulina (aspecto del líquido).
- Mover el vial o pluma entre las palmas de las manos 20 veces para que la emulsión sea perfecta, sin agitar (en el caso de I. Lantus, Levemir o I. rápidas no es necesario).



6º Adaptar la aguja adecuada a la jeringa o pluma.

7º Enroscarla al reservorio de insulina o pluma de forma perpendicular y retirar los protectores de la aguja.



8º Purgar y comprobar. Los objetivos de esta técnica son:

- Purgar la aguja.
- Comprobar la permeabilidad.
- Eliminar burbujas.
- Comprobación del sistema.

Para ello:

- Marcar dos unidades girando el selector de dosis en caso de pluma (o mover el émbolo en caso de jeringa).
- Mantener el dispositivo hacia arriba y presionar el pulsador.
- Comprobar que aparece una gota de insulina en el extremo de la aguja.



9º Inyección.

- Coger el sistema con todos los dedos de la mano como si se tratase de un puñal.
- Coger el pellizco en la zona adecuada y pinchar con decisión para disminuir el dolor.
- Apretar el émbolo hasta que el visor marque "0".

- Esperar 10-15 segundos para que la descarga de insulina sea completa y no tenga goteos.
- Cuanto más fina sea la aguja mayor debe ser el tiempo de espera.



10º Deshacerse de las agujas de forma segura en contenedores apropiados para ello.

¿DÓNDE?

- **Asegurar que la insulina se inyecta en tejido celular subcutáneo** (tejido graso). Es importante para una correcta absorción de la insulina, inyectar en el tejido subcutáneo y no en el músculo o en la dermis.



- **Elegir la zona adecuada para cada tipo de insulina:**
 - Para I. de acción rápida y mezclas, zona abdominal (evitar alrededor del ombligo) y cara externa de los brazos (no anterior) alternando un mes en cada zona.
 - Para I. de acción prolongada o intermedias zona anterior externa y posterior de ambos muslos y zona glútea, alternando un mes en cada zona.
 - Una correcta rotación y selección de las zonas de pinchado favorecerá la absorción de la insulina y disminuirá el riesgo de lipodistrofias.

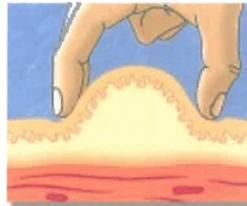
Áreas de inyección de insulina



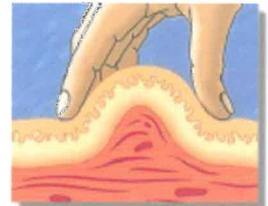
- Pellizco sí o no:

- Con aguja adecuada siempre pellizco.
- Con aguja más corta que la adecuada, no pellizco.
- Con aguja más larga que la adecuada, pellizco. En el glúteo no es necesario el pellizco.

Pellizco correcto

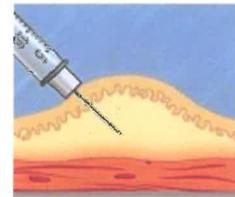


Pellizco incorrecto

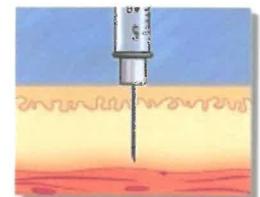
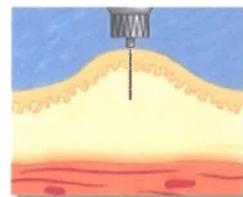


- Ángulo correcto de inyección:

- Con aguja adecuada 90º y con pellizco.
- Con aguja más larga que la adecuada 45º y con pellizco.
- Con aguja más corta que la adecuada 90º sin pellizco.



Inyección a 45º



Inyección a 90º

¿CUÁNDO?

- **Es muy importante saber cuál es el momento más apropiado de administración según el tipo de insulina:**
 - Insulina rápida humana (humulina regular y Actrapid) → 30' antes de las comidas.
 - Análogos de insulina rápida (Novo rápido, Flexpén, Humalog Pen y Apidra Solostar) → inmediatamente a la vez que las comidas.
 - Insulinas intermedias (Insulatard NPH, Humalina NPH) y análogos (Humalog NPL). Se recomienda una hora antes de las comidas.
 - Insulinas lentas o prolongadas (Levemir, Lantus). Independientemente de las comidas, a cualquier hora del día, pero siempre a la misma hora.

- Mezclas de rápida y NPH → 30' antes de las comidas.
- Mezclas de análogos rápidos e intermedios → Inmediatamente a la vez que las comidas.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ABSORCIÓN DE LA INSULINA

- En cuanto a la técnica:

- Mala suspensión en las insulinas mezclas y NPH.
- Aguja demasiado larga o corta (insulina en músculo o intradérmica).
- Mala rotación en los lugares de inyección (lipodistrofias).

- En cuanto a otros factores:

- Temperatura en el lugar de inyección. A mayor temperatura (exposición solar, calor local, sauna), mayor vasodilatación y mayor velocidad de absorción.
- El masaje en el lugar de inyección favorece la absorción.
- El ejercicio físico. La movilización vigorosa de la zona de inyección acelera la absorción.
- Mala efectividad de la insulina por una inadecuada conservación.

CAUSAS DE LIPODISTROFIAS

- Mala rotación.
- Pinchazos agrupados en círculos.
- Cambio inadecuado de aguja (se debe cambiar de aguja cada dos pinchazos).
- Insulina demasiado fría.



CONSERVACIÓN

- Insulina en uso:

- Un mes a temperatura ambiente.
- Evitar dejarla cerca de radiadores. En coches aparcados pues a temperatura mayor de 30° comienza su inactivación y a 0° se da una inactivación total.
- Mantener la insulina con el capuchón puesto pues así es menos fotosensible.

- Insulina en reserva:

- En nevera entre 5° y 8°. Evitar congelación.
- Mejor en la puerta de la nevera que en el fondo.

- Transporte:

- Evitar cambios bruscos de temperatura (neveras, termos).
- En avión todo el material en cabina repartido en dos bolsas de viaje.

CURSOS PREPARATORIOS DE LA PRUEBA OBJETIVA DE EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA

Es intención de este Colegio facilitar ayuda para preparar la prueba objetiva de evaluación de la competencia para cada una de las especialidades cuando se convoquen. Nosotros carecemos de recursos propios para elaborar un temario y ejercicios de autoevaluación o un curso completo, pero la Escuela de Ciencias de la Salud tiene preparados cursos on-line que irá realizando a medida que se convoque la prueba de cada especialidad.

Para ayudarte a prepararla con alguno de estos cursos, si son de tu interés, hemos aprobado una subvención de 150 € que se hará efectiva al justificar el abono de las tasas del citado curso y la presentación a la prueba.

La citada subvención es única para todas las especialidades, en el caso de que te presentes a más de una.

En este momento se pueden matricular los interesados en el de **Enfermería del trabajo**. Matrícula: 389 €.

Para mayor información dirígete al Colegio.



Acceso a las especialidades de enfermería por la vía excepcional



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

COLEGIO OFICIAL DE LA RIOJA

1

Especialidades a las que pueden acceder por la vía excepcional y plazos para presentar solicitud

- Enfermería Geriátrica (hasta el 22 de marzo de 2011)
- Enfermería Familiar y Comunitaria (hasta el 22 de marzo de 2011)
- Enfermería Pediátrica (hasta el 22 de marzo de 2011)
- Enfermería de Cuidados Médico – Quirúrgicos (hasta pasados seis meses de la publicación en el Boletín Oficial del Estado de la convocatoria de la prueba anual de carácter estatal (EIR) en la que por primera vez se oferten plazas de formación de esta especialidad.
- Enfermería de Salud Mental (finalizado el plazo de presentación de solicitudes el 22 de agosto de 2008)
- Enfermería del Trabajo (finalizado el plazo de presentación de solicitudes el 22 de marzo de 2010)

Nota: Se recomienda, que en el caso de querer optar a la especialidad de enfermería de cuidados médico-quirúrgicos, no solicitar el acceso hasta que no haya sido aprobado y publicado su programa de formación, con el fin de identificar adecuadamente las actividades propias de esta especialidad.

2

¿Para cuántas especialidades puedo solicitar el acceso?

Los enfermeros que reúnan los requisitos para acceder por esta vía pueden solicitar las especialidades en las que han ejercido y, en su caso, tengan formación complementaria (una solicitud y su documentación por cada especialidad).

No obstante, al final sólo se podrá acceder a un único título de especialista por esta vía.

3

¿Cuáles son los requisitos para acceder por esta vía?

Ejercicio profesional	Formación requerida	Prueba objetiva
4 años de ejercicio profesional en las actividades propias de la especialidad		Superar la prueba de Evaluación de la Competencia
2 años de ejercicio profesional en las actividades propias de la especialidad	Mínima de 40 créditos de Formación Continuada acreditada, en el campo de la especialidad O bien, Título de postgrado de carácter universitario, no inferior a 20 créditos o 200 horas en el campo de la especialidad	
3 años como Profesor de Escuelas Universitarias de Enfermería y adscritas, en áreas de conocimiento relacionadas con la especialidad + 1 año de actividad asistencial en actividades propias de la especialidad		

Para las especialidades de enfermería geriátrica, familiar y comunitaria y pediátrica, Los requisitos de ejercicio profesional deben haberse cumplido antes del 22 de septiembre de 2010. Y en el caso de formación complementaria el plazo finalizará el 22 de marzo de 2011

4

Solicitudes

- El modelo de solicitud puedes descargarlo de los siguientes enlaces:
 - En la pagina del Ministerio de Educación:
<http://www.educacion.es/dctm/ministerio/educacion/universidades/convocatorias/especialidades-enfermeria/2010-modelo-soli-dt2-rd-450-2005.doc?documentId=0901e72b800aae14>
 - En la página web del Consejo General de Enfermería: www.especialidades.enfermundi.com
- Una vez cumplimentada las solicitudes podrán presentarse en:
 - En el Registro de la Secretaría General de Universidades del Ministerio de Educación:
C/ Los Madrazo nº17, 28014 Madrid, de lunes a viernes de 09:00 a 17:30 horas.
 - En los Registros centrales o periféricos del Ministerio de Educación.
 - En los Registros de la Administración General del Estado
 - En los Registros de las Subdelegaciones de Gobierno.
 - En los consulados de España en el extranjero.
 - Aquellos Ayuntamientos que han suscrito el convenio de Ventanilla Única con la Administración General del Estado.
 - En los Registros de las Administraciones de las Comunidades Autónomas.
 - Por correo certificado, en sobre abierto para que sellen la solicitud y también la fotocopia de la solicitud, que una vez sellada sirve de resguardo. La fecha de sellado en Correos es la que se considera como fecha de registro de la solicitud en el Ministerio de Educación.
 - Además de los lugares indicados, en cualquier de los lugares previstos en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992 de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en su redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero.
- Igualmente, la solicitud se podrá cumplimentar y presentar a través de la aplicación web que a puesto a disposición el Ministerio de educación. Además se podrá obtener información del estado de tramitación de su expediente.
"Aplicación web": <https://www.educacion.es/cienciassalud/login/alta.do?jsessionid=D36AB74874338230259384B6269B0F40>
- Si se presentó la solicitud en el pasado y no lo hizo a través de la vía Web, ¿se puede solicitar nuevamente a través de Internet?

Sí. No necesita volver a entregar de nuevo toda la documentación. Simplemente necesitará cumplimentar la solicitud Web de alta como usuario en la opción "Aplicación Web".

5

Documentación a entregar:

- Solicitud firmada.
- Copia compulsada del Documento Nacional de Identidad o Pasaporte (en vigor).
- Copia compulsada del Título de Diplomado/a en Enfermería, Graduado/a en Enfermería, Ayudante Técnico Sanitario o equivalente, reconocido u homologado en España.
- Original o copia compulsada de certificado/s de ejercicio profesional retribuido (Ver modelos de certificados según especialidad en: www.especialidades.enfermundi.com).

Básicamente debe contener la siguiente información:

Debe estar emitido por el Gerente o Responsable legal de la Institución o por el Director de Enfermería o máximo responsable de Enfermería o por el Director de Recursos Humanos/Gestión en el que conste de forma detallada:

- La categoría profesional.
 - Las características generales de los puestos / unidades donde ha desarrollado la actividad dentro del campo de la especialidad solicitada.
 - Las actividades más relevantes realizadas como enfermera/o en el campo específico de la especialidad solicitada, durante el desempeño del puesto.
 - Las fechas de inicio y finalización del periodo ejercido en este campo.
 - La firma del responsable que ha emitido el certificado
 - El sello corporativo de la Institución.
- En el caso de haber ejercido durante un periodo mínimo de 2 años e inferior a 4 años, debe aportar copias compulsadas de certificados de formación complementaria correspondiente a:
 - Formación continuada acreditada de al menos 40 créditos en el campo de la respectiva especialidad, o bien
 - Título de posgrado de carácter universitario con formación relacionada con la especialidad solicitada, no inferior a 20 créditos o 200 horas.

Las copias de todos los documentos aportadas deben estar debidamente compulsadas.

6

¿Cómo sé si he sido admitido?

Si la **documentación aportada no reúne los requisitos exigidos**, los solicitantes recibirán una notificación del Ministerio de Educación en su domicilio a través de correo certificado para que, en un plazo de **diez días hábiles a partir de la fecha siguiente a la recepción**, aporten los **documentos preceptivos** que se especifiquen.

Además, a través de la "aplicación web" del Ministerio de Educación se podrá **obtener información del estado de tramitación de su expediente**.

7

¿En qué consiste la prueba de evaluación de la competencia?

Las bases de la convocatoria a la prueba objetiva, han sido publicadas en el Boletín Oficial del Estado del **29 de julio de 2009**.

Hay tres fechas de convocatoria para la realización de la prueba objetiva correspondiente a cada una de las especialidades. Habiendo sido admitido/a a la prueba objetiva, podrá presentarse a un máximo de dos convocatorias.

La prueba consistirá en una serie de preguntas que se basarán en el programa **formativo de la correspondiente especialidad** (Consultar los programas formativos en www.especialidades.enfermundi.com)



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

COLEGIO OFICIAL DE LA RIOJA



Heridas quirúrgicas y Terapia VAC

María Garrido Rojas (col. nº 3497)
Begoña Fernández Landeras (col. nº 2943)
Enfermeras servicio de cirugía

La labor de la enfermera de cirugía en el cuidado de la herida quirúrgica es fundamental, tanto en la prevención de la infección, como en su cuidado.

Puntos clave en el cuidado de la herida quirúrgica:

Preoperatorio

• Prevención de la contaminación desde el exterior:

En el preoperatorio, por medio de la preparación antiséptica de la piel. Por medio del lavado de la piel, ducha si las condiciones del paciente lo permiten son clorhexidina, y con el tratamiento del vello de la zona.

• Profilaxis antimicrobiana:

El antimicrobiano profiláctico se seleccionará según su eficacia frente a los patógenos que provocan infección quirúrgica con mayor frecuencia en cada tipo de intervención.

Se administrará por vía intravenosa, excepto en el caso de cirugía colorrectal que se administrará el fármaco vía oral o combinando vía oral e intravenosa.

Se administrará antes de comenzar la intervención, para garantizar unos niveles tisulares adecuados antes de realizar la incisión cutánea. Debe administrarse en los treinta minutos anteriores a la realización de la incisión.

Postoperatorio

• Cuidar:

Vigilar la herida para observar los posibles cambios en ella que nos indique algún problema más grave.

• Curar:

Se pretende la reducción de bacterias en la herida quirúrgica. Para ello vamos a utilizar antisépticos.

ANTISÉPTICOS

Clorhexidina

- Es un bactericida de amplio espectro. No destruye, pero inactiva virus y esporas.

- No es irritante y como su absorción es nula, carece de reacciones sistémicas.
- A diferencia de otros antisépticos, su actividad se ve poco interferida por la presencia de materia orgánica.
- Se puede utilizar en embarazadas, neonatos (cordón umbilical) y lactantes.

Povidona yodada

- Es bactericida.
- Se inactiva en contacto con materia orgánica.
- Es citotóxica.
- En su uso sistemático, se ha descrito disfunción renal y tiroidea por su absorción sistémica de yodo. Puede provocar un bloqueo transitorio en la glándula tiroidea del bebé. Contraindicado en embarazadas.
- Por su naturaleza de material pesado, inactiva desbridantes enzimáticos como la colagenasa.

TERAPIA VAC

Vacuum assisted closure o cicatrización asistida por vacío.

Es un sistema no invasivo que promueve la cicatrización en un medio húmedo y cerrado mediante la aplicación de presión negativa en el lugar de la herida.

Objetivos

- Cicatrización.
- Disminuir el volumen de la herida o preparar el lecho de la lesión para posterior intervención quirúrgica.
- Disminución del riesgo de infección relacionado con la manipulación de la herida en las curas.
- Detectar factores de riesgo relacionados con el tratamiento.
- Aceptación y adaptación al tratamiento por parte del paciente.
- Detectar precozmente la aparición de complicaciones.
- Recuento exacto de la pérdida de líquidos.

Usos

- Heridas agudas, quemaduras de segundo grado, úlceras venosas, arteriales, de presión y diabéticas, heridas traumáticas, aletas, injertos, heridas de dehiscencia, éstas últimas ejemplo de nuestro caso.
- El médico es quien prescribe la utilización de la terapia VAC.

Procedimiento

- Levantar apósito. Se limpia la HQ con suero y la piel de lava con clorhexidina (solución jabonosa eficaz contra el SARM). La HQ estaba infectada, nuestro paciente era portador del SARM).
- Observar estado de la herida. Medición de la herida (retirar si lo hay, tejido necrótico).
- Limpiar herida con suero fisiológico, no friccionar.
- Secar, con toques suaves.
- Seleccionar esponja, negra o de poliuretano para heridas cavitadas, blanca para heridas menos profundas o con exposición tendinosa o apósito especial de carbono activado.
- Rellenar herida con esponja.
- Colocación de gasa especial de trama más ancha humedecida (suero fisiológico o agua bidestilada según que apósito se coloque antes).
- Colocación de tubo perforado en la parte distal que está en contacto con la HQ.
- Se tapa con otra gasa.
- Los apósitos y las gasas que se coloquen no deben sobrepasar los bordes de la herida.
- Colocación de pasta moldeadora en las zonas donde con mayor probabilidad se pudiera dar una fuga (en este caso en las suturas y en el tubo).
- Colocación de los dos apósitos transparentes que vienen en el quit abarcando la mayor superficie para sellar bien.
- Colocación de tira de plástico adhesiva azul para sujetar mejor el tubo.



- Acoplar al canister y éste a la bomba de vacío.
- Una vez conectado el tubo a la máquina que genera la presión negativa, aspecto que presenta la cura.
- La presión la indica el médico, puede ser terapia intermitente o continua.
- En nuestro caso la presión fue 80 mm Hg y la terapia continua.
- Las curas realizadas cada 72 horas.



Vigilancia de complicaciones

Estar atentos a posible intolerancia de la piel a cambios frecuentes de apósito, o a la lámina selladora, úlcera por roce del tubo, olor intenso, dolor o hemorragia.

Evolución del caso

- Paciente intervenido de eventración.

Día siguiente a IQ: Día 1/12/2009:



Día 15/12/2009: Día 15/1/2010: Día 23/2/2010:





Atención al paciente inmigrante pediátrico

Inmaculada Sáenz (col. nº 324)
Azucena del Pueyo (Auxiliar de enfermería)
Servicio de Pediatría,
Hospital San Pedro, Logroño

INTRODUCCIÓN

Los procesos migratorios son inherentes a la especie humana y a muchas otras especies. Nace del instinto de conservación de la especie, no del individuo, y se debe siempre a una evolución comparativa del entorno donde se vive, en cuanto a los recursos y posibilidades con que se cuenta, y de un entorno diferente en el que existe una percepción de que esos recursos y posibilidades pueden ser mayores y mejores.

Existen varias causas para la inmigración.

Probablemente una de las más comunes es la inmigración por motivos económicos, donde personas emigran buscando en otro país un mejor nivel de vida. Este tipo de migración actualmente ocurre desde países menos desarrollados a países más desarrollados.

En unas pocas décadas España ha pasado de ser un país netamente emisor de emigrantes a ser receptor de un intenso flujo migratorio. A partir de 1973, con la crisis del petróleo, la emigración de españoles al extranjero empezó a dejar de ser significativa y se produjo el retorno de muchos emigrantes españoles, forzado por el aumento del paro que golpeó a casi todos los países de acogida. El establecimiento de la democracia coincidió con una fase de relativo equilibrio en los saldos migratorios netos, que se prolongó hasta mediados de la década de los noventa.

Sin embargo, en el extraordinario dinamismo que ha mostrado la economía española desde entonces se encuentra el origen del fuerte crecimiento de la inmigración extranjera. Desde el año 2000 España ha presentado una de las mayores tasas de inmigración del mundo (3 a 4 veces mayor que la tasa media de EE.UU., 8 veces más que la francesa) y ha sido, tras EE.UU., el segundo país del planeta que más inmigrantes ha recibido en números absolutos. En los cinco años posteriores, la población extranjera se había multiplicado por cuatro, asentándose en el país casi tres millones de nuevos habitantes. Según el censo del 2006, el 9,27% de los residentes en España era de nacionalidad extranjera.

En cuanto a la Rioja, es la cuarta región española que más ha incrementado su población en el último año, acercándose a las 305.000 personas. Este au-

mento es debido en parte a las 3.400 nuevas inscripciones de ciudadanos extranjeros, lo cual representa un 79,07% de los nuevos empadronados.

El número de extranjeros registrados representa el 11,3% de los empadronados y La Rioja es la séptima comunidad con mayor porcentaje de residentes extranjeros en sus padrones.

En cuanto al perfil de la población riojana, no experimenta grandes cambios, siendo ligeramente superior el número de hombres, en lo que también ha influido la inmigración, pues los extranjeros que llegan a La Rioja son mayoritariamente hombres.

El 12% de los inmigrantes que llegan a nuestro país son menores de 16 años.

PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO INMIGRANTE

Los niños inmigrantes necesitan una atención sanitaria especial porque proceden de países en vías de desarrollo (con sistemas sanitarios deficientes y escasos programas preventivos), viven en condiciones precarias, pueden padecer patologías poco frecuentes en nuestro medio, tienen unas coberturas vacunales bajas en general, presentan movilidad geográfica importante (lo que hace difícil su control y seguimiento) y presentan dificultades en el acceso a los servicios sanitarios (falta de información, idioma diferente, factores culturales y religiosos y escaso cumplimiento y adhesión al tratamiento). En general tienen una mayor tasa de hospitalización, mayor uso de urgencias y menos actividades preventivas. La atención sanitaria al niño inmigrante debe incluir las siguientes actuaciones:

- Diagnosticar el problema de salud por el que acude.
- Detectar otros problemas de salud.
- Incluir en los programas del niño sano y de vacunación.
- Valorar problemas sociológicos y de integración.

Para poder llevar a cabo estas actuaciones es imprescindible realizar una buena historia clínica y se-

leccionar las exploraciones complementarias necesarias.

Anamnesis

- Datos de filiación.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes vacunales.
- Antecedentes personales.
- Anamnesis por aparatos y sistemas.

Exploración física

- Estado nutricional.
- Somatometría.
- Cabeza (fontanela, pelo ralo).
- Piel y mucosas.
- Ojos, oídos, etc.
- Adenopatías y nódulos.
- Boca.
- Ocular (agudeza visual, estrabismo, conjuntivitis).
- Audición.
- Exploración cardiovascular y pulmonar.
- Abdomen (hepato y esplenomegalias, parasitosis).
- Locomotor (escoliosis, hiperCIFOSIS).
- Genitales.
- Neurológico-Psicológico (desarrollo psicomotor, estrés, depresión, ansiedad).

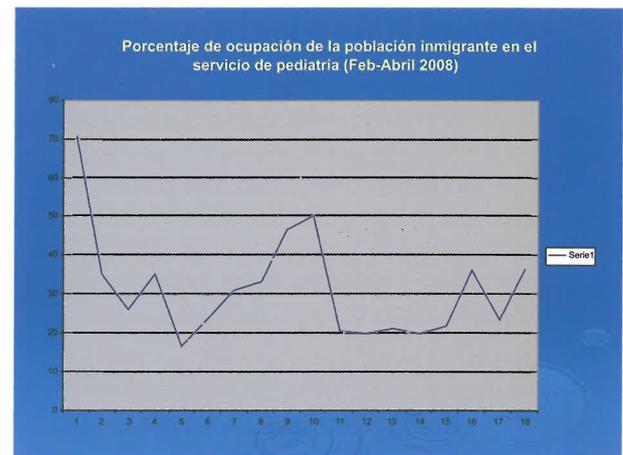
Exploraciones complementarias

Deben seleccionarse según el país de origen, tiempo transcurrido desde su llegada, exploración física, etc.

- Niño asintomático:
 - Mantoux a todos.
 - Parásitos en heces.
 - Serología.
 - VDRL (Pruebas de laboratorio para detección de enfermedades venéreas).
- Niño sintomático o con factores de riesgo:

- Hemograma y bioquímica básica sí malnutrición.
- Retraso ponderal o fiebre prolongada.
- Coprocultivo y parásitos en heces si diarreas, retraso ponderal, dolor abdominal.
- Serología hepatitis B y C si presenta clínica compatible.
- VIH según historia clínica y factores de riesgo.
- Parásitos en orina en niño con leucocituria y o hematuria.
- Frotis sanguíneo y gota gruesa si proceden de zonas endémicas de paludismo o si presenta síntomas (diarrea, fiebre, tos).
- Filariasis en inmigrantes con eosinofilia procedentes de zonas endémicas.
- Otras exploraciones complementarias según las enfermedades prevalentes en el país de origen.

Los niños procedentes de adopciones internacionales constituyen un grupo de inmigrantes de alto riesgo, tanto por su origen como por las condiciones de vida que han padecido.



Servicio de Pediatría, Hospital "San Pedro", Logroño

PATOLOGÍA DEL NIÑO INMIGRANTE

A. Enfermedades infecciosas (54-73%)

1. PATOLOGÍA CONTRAÍDA EN EL PAÍS DE DESTINO

Los inmigrantes están expuestos a las mismas enfermedades que la población autóctona, más incluso en ocasiones, por vivir en situación marginal, con malas condiciones higiénicas, hábitos poco saludables o por no haber recibido las mis-



mas inmunizaciones que los niños nacidos en el país de destino. Sus condiciones de vida favorecen que los procesos infecciosos en estos niños sean más frecuentes y graves, con índices más elevados de hospitalización, fundamentalmente infecciones respiratorias y digestivas. Hay una mayor frecuencia de sarampión y rubéola por la baja cobertura vacunal.

2. PATOLOGÍAS IMPORTADAS DEL PAÍS DE ORIGEN

Enfermedades transmisibles en España

Hay que tener en cuenta que los inmigrantes, por su situación marginal, también pueden adquirir estas infecciones en el país de destino.

- Tuberculosis: la mayoría aparece en los cinco primeros años de estancia. Se detecta con cierta frecuencia mantoux positivo y son pocos los casos de enfermedad tuberculosa, que en general es transmitida por adultos enfermos. Los niños no suelen ser bacilíferos.
- Hepatitis A: Es muy frecuente que queden inmunizados durante la infancia en sus países.
- Hepatitis B: más frecuente en el Sudeste Asiático, Latinoamérica, África subsahariana.
- Hepatitis C: más frecuente en África subsahariana y Sudeste Asiático
- VIH: más frecuente en el África subsahariana. Hay que valorar el posible contagio en el país de destino, por las condiciones de vida.
- Sífilis: más frecuente en países subdesarrollados, por lo que también es mas frecuente la sífilis congénita.

Enfermedades tropicales difícilmente transmisibles

El riesgo de desarrollar una enfermedad tras la infección se desvanece con el tiempo que la persona inmigrante pasa en el país de destino.

Su diseminación en la población autóctona es difícil, aunque no imposible.

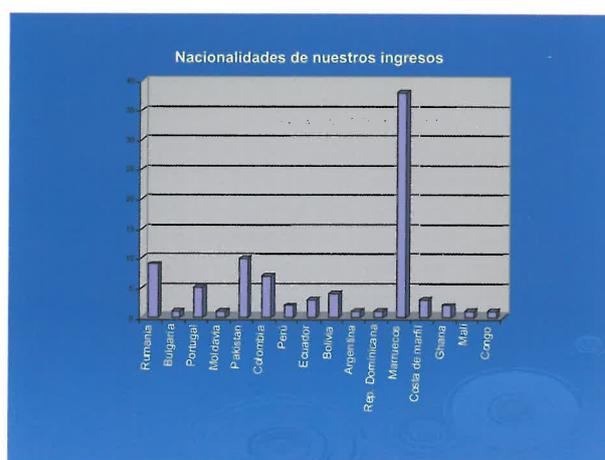
- Malaria o Paludismo: (fiebre sin foco, anemia, eosinofilia, hepatomegalia). En los niños la clínica puede ser atípica y hay mayor riesgo de evolución grave a corto plazo
- Tripanosomiasis africana (enfermedad del sueño): Tripanosoma brucei (cefalea, insomnio, adenopatías, anemia y rash).
- Leishmaniasis (Kala-azar): (fiebre, visceromegalia, anemia, leucopenia, anorexia).
- Filariasis: transmisible por picadura de insecto. Puede vivir muchos años en el hombre (de 8 a 15). No transmisible en España (cefalea, mial-

gias, linfangitis y a veces elefantiasis). Los síntomas pueden permanecer años y dejar secuelas.

- Lepra.
- Fiebres hemorrágicas: fiebre amarilla y dengue (en niños son raras y la transmisión muy difícil).
- Parásitos intestinales: es la patología infecciosa importada más frecuente en niños inmigrantes (14-60%). Suelen ser asintomáticas. La infestación por parásitos intestinales no suele correlacionarse con enfermedad, generalmente no se transmite de persona a persona y su prevalencia disminuye con el tiempo de estancia en el país receptor (prácticamente a los tres años de estancia no se encuentran helmintos). Una excepción la constituye la Tenia Solium, ya que puede sobrevivir durante años en el tubo digestivo infestado.

Patología del niño viajero

Los niños sufren más enfermedades infecciosas pues su sistema inmunológico no está preparado para afrontar las enfermedades infecciosas endémicas de la zona (diarrea del viajero, fiebre tifoidea, paludismo). Se debe insistir en las medidas preventivas en caso de viaje a su país, de forma definitiva o de vacaciones (prevención antipalúdica, vacunaciones, medidas de higiene).



Servicio de Pediatría, Hospital "San Pedro". Logroño

B. Enfermedades no infecciosas prevalentes en el país de origen

- Anemias hemolíticas: distribución geográfica similar a la Malaria.
- Alteraciones tiroideas: hipotiroidismo, déficit de yodo.

- Malformaciones congénitas y otras enfermedades hereditarias (consanguinidad).
- Cardiopatías reumáticas.
- Pubertad precoz: más frecuente en inmigrantes que en la población autóctona.
- Posible mayor incidencia de tumores (leucemias, linfomas, tumores hepáticos).

C. Enfermedades no diagnosticadas o tratadas previamente

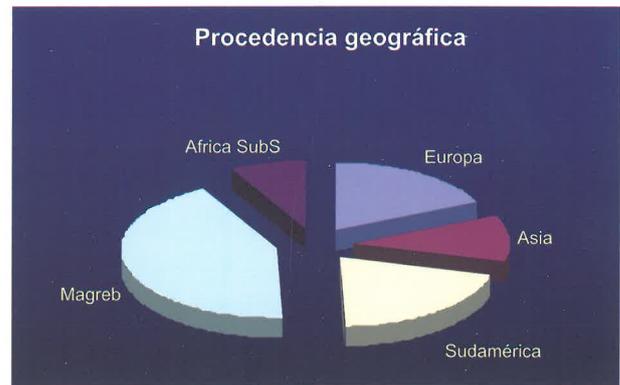
- *Enfermedades carenciales*: retraso en el crecimiento y desarrollo, malnutrición, anemias ferropénicas y de otro tipo: se atribuye a la falta de alimentos durante el proceso de migración, malos hábitos dietéticos, falta de conocimientos básicos sobre la alimentación del niño y sus necesidades, dieta poco variada (más patente en el destete), infecciones de repetición, etc. La malnutrición es más importante en los menores de 5 años y puede producir retraso del crecimiento, alteración del aprendizaje, disminución de la actividad física y de la resistencia a la enfermedad y aumento de la morbimortalidad.
- *Enfermedades por ausencia de medicina preventiva previa*: caries dental, enfermedades vacunables, defectos sensoriales (que favorecen el retraso psicomotor), defectos del aparato locomotor, anomalías congénitas, enfermedades crónicas sin diagnosticar. Pueden presentar también problemas de desarrollo y retraso psicomotor, que se deben identificar lo más precozmente posible para su tratamiento.

D. Patologías derivadas de factores psicosociales

Los inmigrantes son cinco veces más vulnerables a problemas de salud mental por acumulación de factores psicosociales (falta de identidad cultural, inseguridad en el empleo paterno, duelo, añoranza, responsabilidad, estrés, insuficiente presencia de los padres, trastorno de los roles familiares, situación laboral y legal, ansiedad, depresión, etc.).

Los problemas de salud mental en los niños inmigrantes no difieren en gran medida de los niños de la población autóctona, siendo los más frecuentes:

- Problemas escolares: fracaso escolar, inadaptación, desinterés por el colegio.
- Problemas de relación: aislamiento, timidez.
- Trastornos de conducta: agresividad, rebeldía, amenazas, novillos, robos, conductas racistas, ingestión de tóxicos.



Servicio de Pediatría, Hospital "San Pedro". Logroño

- Problemas emocionales: tristeza, apatía, ansiedad, miedos, temores infundados.

Los diagnósticos más frecuentes en las consultas del niño inmigrante son:

- Infecciones respiratorias y óticas.
- GEA bacterianas y víricas.
- Parasitosis intestinal.
- Infecciones cutáneas.
- Tuberculosis.
- Talla baja.
- Malnutrición, anemia.
- Vacunaciones incorrectas.
- Malformaciones congénitas no diagnosticadas.
- Retraso del desarrollo.

Globalmente, tienen una mayor tasa de hospitalización y menos actividades preventivas. Los motivos de ingreso no difieren de los de la población general.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) A Position Paper of the American College of Physicians. Racial and Ethnic Disparities in Health Care. Ann Intern Med 2004.
- (2) Duckett, M. Migrant's Right to Health. UNAIDS-OIM. UNAIDS March 2001.
- (3) Kaplan S, Greenfield Sh. The patient's role in reducing disparities. Ann Intern Med. 2004.
- (4) Pincus T. Will racial and ethnic disparities in health be resolved primarily outside of standard medical care? Ann Intern Med 2004.
- (5) Acceso y utilización de los servicios de salud: atención al paciente inmigrante, dificultades y posibles soluciones. Marisa Ros Collado, Carmen Ollé Rodríguez.
- (6) Problemas de salud del niño inmigrante. A. Martín Ruano, J. Martín Ruano.
- (7) Datos recogidos en el servicio de Pediatría del Hospital "San Pedro" de La Rioja.

Valoración del paciente geriátrico

Estíbaliz Baldeón Iñigo (col. nº 636)

Supervisora de la Unidad de Geriatría

FUNCIÓN DE LA ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL ANCIANO

El cuidado de los ancianos, ha sido considerado como una "OBLIGACIÓN MORAL", presente a lo largo de la historia.

En diversos momentos, distintos lugares, siempre ha existido instituciones o personas dedicadas al cuidado de los ancianos.

Ya en la época romana, existían instituciones públicas cuya finalidad era atender a los soldados ancianos, en el mundo islámico el Bimaristan, también Bisancio creó hospicios para ancianos, en la iglesia cristiana, en monasterios medievales, diversas órdenes religiosas se dedicaban a la atención de los enfermos.

Fue en 1909, Naschel, quien utilizó por 1ª vez el término GERIATRÍA, refiriéndolo a aquella parte de la medicina relativa a la vejez y sus enfermedades. Pero el verdadero origen de la enfermería geriátrica moderna, hay que buscarlo en los años 40 en Gran Bretaña, cuando Marjory Warren se hace responsable, en el hospital de 600 camas, los pacientes ingresados eran considerados como pacientes crónicos, y no recibían nada más que un simple cuidado de custodia.

No existían historias clínicas, ni medidas de control sanitario, pero ella demostró que realizando un tratamiento individualizado, personalizado a determinados ancianos, mejoraba notablemente la morbilidad y mortalidad de muchos de ellos.

Fue realizando progresivamente programas de tratamiento personalizado dando como resultado un alto grado de independencia en movilidad y en las actividades de la vida diaria.

A principio de los 50 otro pionero, Lionel Cosin, en el hospital de Oxford, entre otras actividades realizadas, inició la visita domiciliaria a los pacientes ancianos, en su peculiar "hospital de día" un comedor circular, en el que los pacientes con demencia, podían deambular de forma segura; también favoreció el desarrollo de las unidades de RHB.

Este tipo de atención individualizada está basado en el diagnóstico adecuado y en la valoración psicosocial de las necesidades de los ancianos, realizado por un equipo multidisciplinario, que facilitaba la relación entre médicos generales, hospitales, servicios de psiquiatría, cuidados comunitarios... Este modelo de organización geriátrica fue pionero en Gran Bretaña y posteriormente en Australia.

En España los principios de la geriatría tienen lugar en los años 40, con la fundación de la SEGG (Sociedad española de geriatría y gerontología) compuesta



en un principio por médicos y posteriormente con enfermeros y trabajadores sociales.

La compleja naturaleza de la atención geriátrica precisa de la colaboración de diversos profesionales sanitarios, ya que en el cuidado geriátrico intervienen influencias biológicas, psicológicas, sociales y económicas.

Un efectivo programa geriátrico necesita de la participación del anciano y de sus familiares o cuidadores, junto con los profesionales sanitarios.

Un equipo multidisciplinar geriátrico debería contar con la participación de:

- Médicos de familia.
- Geriatras.
- Enfermeros.
- Fisioterapeutas.
- Psicólogos.
- Trabajadores sociales.
- Podólogos.
- Logopedas.
- Odontólogos.
- Terapeutas ocupacionales...

El ámbito de actuación de la enfermería se lleva a cabo:

- Atención primaria: realizando programas de prevención, educación sanitaria...
- Visitas domiciliarias: cuidados y prevención de complicaciones de enfermedades crónicas, UPP, atención a ancianos terminales...
- Hospital de día: colaborando con otros equipos en las actividades del anciano.
- Hospital: donde el servicio de geriatría debe colaborar con otras unidades.
- Residencias asistidas: elaborando planes de cuidados específicos...



Los profesionales de enfermería necesitamos conocer hábitos y determinadas características del paciente geriátrico, para realizar una correcta valoración y mantener un adecuado seguimiento.

Los datos recogidos en la historia de enfermería, deben reflejar los aspectos más significativos de los ancianos, tanto biológicos (alteraciones orgánicas que se producen con el paso de los años y procesos patológicos actuales) como los psíquicos y sociales.

La alteración en la comunicación o posibles deterioros cognitivos pueden impedir una adecuada recogida de datos, por lo que precisamos mantener contacto con familiares, cuidadores o personas de su entorno para realizar una correcta anamnesis.

Los datos recogidos en la historia deben incluir:

- Hábitos de vida.
- Tratamientos anteriores.
- Alteraciones sensoriales.
- Valoración funcional.

La historia completa de enfermería geriátrica, siempre debe ir acompañada de una escala de valoración (Barthel, Pfeiffer, Cruz Roja...).

Definiremos VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL, como:

Un método diagnóstico multidimensional e interdisciplinar para determinar y cuantificar, en una persona anciana, las capacidades y problemas médicos, psicológicos, sociales y funcionales, al objeto de desarrollar un plan integral de tratamiento y seguimiento a largo plazo.

Caracterizado por ser:

- Cuádruple: evalúa las cuatro esferas (física, psíquica, social y funcional).
- Dinámico: se repite en el tiempo, para detectar cambios y actuar oportunamente.

EVALUACIÓN CLÍNICA

Con ella tratamos de identificar los procesos activos o sucedidos con anterioridad, que pueden incidir en el estado de salud del paciente (caídas, incontinencias alt. de los sentidos, inmovilidad...) nos van a indicar el estado previo del paciente.

EVALUACIÓN FUNCIONAL

La capacidad funcional o nivel de autonomía, es el mejor determinante de la situación vital en la que se encuentra el paciente, y el tipo de asistencia que precisa.

En geriatría es tan importante mantener y mejorar la función, como tratar la enfermedad.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

En el ámbito psicológico, se distinguen problemas relacionados con las capacidades cognitivas, alteraciones emocionales, trastornos de la conducta, ansiedad, estado anímico.

EVALUACIÓN SOCIAL

Uno de los objetivos en geriatría, es mantener al anciano en su entorno habitual.

Identificar sus circunstancias sociales, la función social se correlaciona con la función física y mental.

Una buena situación social ayuda a mantener la autonomía a pesar de las limitaciones funcionales; y una implantación de medidas sociales adecuadas, permite el desarrollo óptimo de los cuidados a largo plazo en el domicilio.

La información social debe recoger los siguientes puntos:

- Historia social, relaciones de convivencia, soporte asistencial formal (el suministrado por las instituciones) e informal (el que da la familia), situación económica y condiciones de la vivienda.

Para hacer este tipo de valoraciones con diferentes escalas (mencionadas anteriormente), hay que tener en cuenta que en el momento del ingreso en nuestra unidad (unidad de agudos) el anciano es considerado como un usuario ocasional, presenta un proceso patológico agudo, por lo tanto el enfoque de la valoración dista del mencionado hasta ahora; la recogida de información está enfocada a restablecer la salud, es lo que podíamos llamar "valoración focalizada".

En la recogida de datos la observación es la clave de la valoración, es necesario estar atento, receptivo a todas las reacciones del anciano, la escucha acompañada a la observación, están íntimamente ligadas.

VALORACIÓN A LA HORA DEL INGRESO

1. Motivo del ingreso.
2. Nivel de conciencia: alerta, desorientado, obnubilado, estuporoso coma.
3. Respiración: normal, disnea, tos, cianosis, aumento de secreciones, otros (taquipnea, bradipnea...).
4. Alimentación: náuseas, vómitos, S.N.G., P.E.G., dificultad para masticar, disfagia, dieta absoluta.
5. Eliminación: normal, S.V., hematuria, retención urinaria, melenas, heces blandas, líquidas, fecalomas, otras ostomias de eliminación.
6. Movilización: autónomo, requiere ayuda (bastón, andador, silla ruedas, grúa), prótesis, dependiente (no participa en la actividad).
7. Higiene: autónomo, piel lesionada U.P.P.
8. Seguridad: sin alteración, agresividad, desorientación, ansiedad, alucinación, dispositivos de seguridad, contención mecánica.
9. Dolor: tipo, localización.
10. Comunicación: sin alteración, farfullo, habla confusa, disartía, desconoce el idioma.
11. Otras alteraciones sensoriales: vista, oído.
12. Ingreso: solo, acompañado, teléfono de contacto.
13. Observaciones.



La enfermería del trabajo como parte integrante de los servicios de prevención

M^º José Mateo Argomániz (col. nº 1601)

*Servicio de Prevención Internacional
Automotive Components La Rioja*

La necesidad de desarrollar una política de protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de los riesgos derivados de su trabajo da origen a la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.

Al cumplimiento del mandato legal responde el Real Decreto 39/1997 del Reglamento de los Servicios de Prevención.

Con esta Ley se extinguen los antiguos Servicios Médicos de Empresa, que pasan a integrarse en los Servicios de Prevención de las empresas.

Uno de los conceptos básicos que establece la nueva normativa, es la necesidad de un equipo interdisciplinar para poder abordar todas las áreas en prevención de riesgos laborales.

El enfermero del trabajo forma parte obligada de este equipo.

SERVICIOS DE PREVENCIÓN

Conjunto de medios humanos y materiales necesarios para realizar las actividades preventivas en la empresa, a fin de garantizar la adecuada protección de la seguridad y salud de los trabajadores.

Tiene carácter interdisciplinario, cubriendo las siguientes especialidades:

- Medicina del Trabajo:
 - Médico especialista en Medicina del Trabajo.
 - Enfermero especialista en Enfermería del Trabajo.
- Seguridad en el Trabajo.
- Higiene Industrial.
- Ergonomía y Psicología aplicada.

Hay 2 modalidades de servicio de prevención:

1. Servicio de prevención AJENO.

Al menos debe contar con un especialista de cada una de las 4 especialidades.

2. Servicio de prevención PROPIO o MANCOMUNADO.

Al menos debe contar con 2 especialidades y contratar las otras 2 con un servicio de prevención ajeno.

Para poder actuar como servicios de prevención es necesaria la acreditación por la Administración laboral, y previa aprobación de la Administración sanitaria en cuanto a los aspectos de carácter sanitario.

CRITERIOS BÁSICOS SOBRE LA ORGANIZACIÓN DE RECURSOS PARA LA ACTIVIDAD SANITARIA DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN PROPIOS

Todo el equipamiento, instrumental y locales sanitarios que existan en los sistemas de prevención de las empresas, deberán ser autorizados por la Autoridad Sanitaria competente de forma previa al inicio de su actividad.

Recursos humanos

Se organizarán formando una Unidad Básica Sanitaria (UBS).

La UBS constará de un médico Especialista en Medicina del Trabajo y un enfermero Especialista en Enfermería del Trabajo.

El personal debe contar con la cualificación necesaria para el desempeño de sus funciones.

Los profesionales sanitarios que formen parte de los Servicios de Prevención dedicarán de forma exclusiva su actividad en los mismos.

Recursos materiales

- Instalaciones que garanticen en todo caso la dignidad e intimidad de las personas, separadas del resto del Servicio de Prevención:
 - Sala de recepción y espera.
 - Despacho médico con área de consulta y exploración.
 - Despacho de enfermería con sala de curas y primeros auxilios.
 - Locales específicos en función del resto de actividades que realicen (laboratorio, salas de radiodiagnóstico, cabina de audiometría, etc.).
- Condiciones de los locales: deberán cumplir la normativa vigente referente a iluminación, ventilación, etc, y en la medida de lo posible, deberán contar con accesos sin barreras arquitectónicas.
- Equipos y materiales sanitarios adecuados para la vigilancia de la salud de los trabajadores, en relación con los principales riesgos derivados del trabajo en la empresa: peso y tallador, otoscopio, nevera, audiómetro, equipo de control visión, etc.

FUNCIONES DE LOS ENFERMEROS DEL TRABAJO DENTRO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN

1. Vigilancia de la salud

Los especialistas en enfermería del trabajo realizan actividades dirigidas a la detección precoz de alteraciones de salud, relacionadas con el trabajo o por patología común, mediante la recogida sistemática y continua de información tanto a nivel individual como colectivo.

- **Evaluación de la salud de los trabajadores**
 - Complimentar historia clínico-laboral.
 - Realización exploraciones instrumentales (otoscopia previa a audiometría, control visión, presión arterial).
 - Utilización de protocolos específicos.
- **Vigilancia específica de los trabajadores especialmente sensibles, trabajadoras embarazadas y en período de lactancia.**
 - Visitas a los puestos de trabajo.
- **Registro y análisis de ausencias de trabajo por motivos de salud**
 - Realización de estudio epidemiológico de los resultados obtenidos, investigando posibles causas de origen laboral.
 - Generación de un fichero con el registro de partes de IT para enviar al Sistema Nacional de Salud.
- **Investigación de accidentes e incidentes de trabajo**
 - Participación en la investigación de los accidentes, proponiendo medidas encaminadas a mejorar las condiciones laborales.
 - Tramitación de los accidentes de trabajo a la autoridad laboral.

2. Asistencia sanitaria

Conjunto de actuaciones que tiene como objetivo la resolución de los problemas de salud de los trabajadores en el entorno laboral.

- **Consulta de enfermería a demanda de los trabajadores**
 - Derivación del trabajador al médico del trabajo, la mutua de accidentes o a su médico de atención primaria.
- **Seguimiento de lesiones por accidente laboral o enfermedad común.**
- **Proporcionar primeros auxilios y atención de urgencia en caso de accidente o enfermedad común.**

El derogado Reglamento de los Servicios Médicos de Empresa contemplaba las prestaciones de asistencia médico farmacéutica, la concesión de esta competencia requerirá nueva normativa, ya que trasciende el ámbito de aplicación del reglamento de los Servicios de Prevención RD 39/1997.

3. Promoción de la salud y formación e información

Intervenciones destinadas a potenciar y mejorar el estado de salud de los trabajadores, tanto en el medio laboral como extralaboral.

- Realización de campañas de vacunación de patología común.
- Diseñar y realizar campañas informativas.
- Formación en Primeros auxilios a los socorristas.
- Realizar programa de formación en riesgos laborales.
 - Analizar los datos para determinar las necesidades formativas de los trabajadores.

4. Gestión y planificación

- Participar en la elaboración del Plan de Prevención y programas de actuación preventiva.
- Participar en la elaboración, edición y mantenimiento de normas y procedimientos de riesgos laborales.
- Seguimiento y control de la implantación de las medidas preventivas y acciones correctoras.
- Participar en la elaboración de la memoria anual de la actividad del Servicio de Prevención.
- Asistir y participar en el Comité de Seguridad y Salud.
- Cumplir y hacer cumplir la legislación vigente y normativa interna en Seguridad y Salud.

Todas estas funciones se pueden ampliar con alguna de las especialidades de Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales.

En mi caso la especialidad que desarrollo es la de Ergonomía y Psicología aplicada.

TÉCNICO SUPERIOR ESPECIALISTA EN ERGONOMÍA Y PSICOSOCIOLOGÍA APLICADA

Ergonomía es la técnica que estudia las relaciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas del hombre con la máquina, el ambiente y los sistemas de trabajo, teniendo como objetivo final la adaptación de los procesos productivos y el entorno del trabajo a las capacidades de los trabajadores.



- Visitar los puestos de trabajo.
- Identificar los riesgos y evaluarlos.
- Determinación de prioridades en la adopción de medidas preventivas adecuadas para el control y reducción de los riesgos, vigilancia de su eficacia.
- Seleccionar y proporcionar los EPI's verificando su adaptación personal.
- Mediciones de ruido tanto con sonómetro como con dosímetro, según proceda.
- Medición de estrés térmico.
- Evaluación de riesgo psicosocial.
- Evaluación ergonómica de manipulación de cargas, postura forzada y trabajo repetitivo.



Necesidad de Comunicación enfermera

Gloria Llaría Rubio (col. nº 382)
Enfermera Comunitaria

INTRODUCCIÓN

Cuando Pilar Alejandre me propuso participar en este foro; entendí que era un homenaje a Virginia Henderson y por eso pensé en hablar de: "La necesidad de comunicación".

Entendiendo la comunicación desde un enfoque eficaz y multidireccional, un proceso de intercambio de ideas entre las diversas redes sociales: los profesionales de enfermería entre ellos, con las direcciones de enfermería, la administración general y las administraciones sanitarias y sociosanitarias, los colectivos profesionales "asociaciones, sindicatos, etc."; así como la comunicación terapéutica con pacientes y familias.

Al sacarme del error, y descubrir que el motivo de la celebración era el centenario de la muerte de Florence Nightingale, quise analizar y hacer un paralelismo de su período al actual en nuestra comunidad, y ver qué vínculos hay entre la enfermería como profesión en su época y nuestra realidad, aquí y ahora, en La Rioja.

FLORENCE NIGHTINGALE

La historia nos dice que con Florence Nightingale nació la Enfermería Moderna. Tras una pequeña revisión histórica de su vida yo destacaría:

- 1º. Que fue una mujer muy formada para su época y con grandes conocimientos en diversos campos. Quiero destacar su conocimiento de idiomas y matemáticas avanzadas que le serían de gran ayuda en sus estudios experimentales.
- 2º. Es claro y notorio su vocación de enfermera; no agradable para su familia por su estatus social y el concepto existente en aquellos tiempos de las mujeres que se dedicaban a esta profesión.
- 3º. Su gran desarrollo profesional:
 1. Trabaja como Enfermera.
 2. Ocupa cargos directivos.
 3. Presenta sus propuestas de cambio, basadas en conocimientos con demostración estadística. (Con los cuidados enfermeros disminuye la mortalidad de los soldados del 42% al 2,2%).
 4. Publica folletos, libros, etc.
 5. Logra crear una escuela de enfermería que sirvió de modelo a otras escuelas. Su libro "Notas sobre la enfermería" se convirtió en libro y referencia para el estudio de la disciplina.En 1860 se reescribe y amplía y se traduce al italiano, alemán y francés; y en 1946 se reimprimió.

Los principios fundamentales que establece este libro siguen siendo tan válidos en la actualidad como cuando fueron escritos.

6. En su escuela prepara profesionales para la asistencia, la formación y la administración.

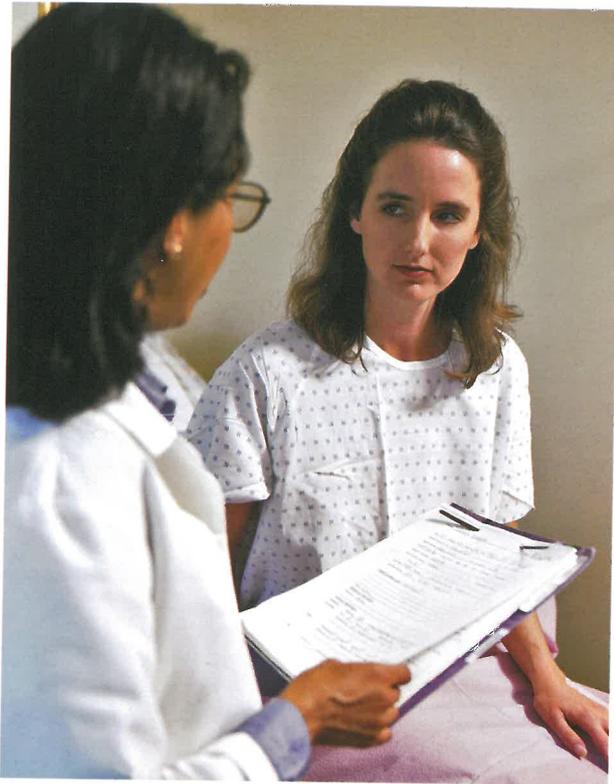
Si analizamos nuestra situación actual como enfermeras y hacemos un paralelismo con los puntos a destacar de Florence. Me sugiere muchos interrogantes:

1. Sobre el conocimiento de idiomas.
 - ¿Cuántos idiomas hablamos hoy las enfermeras?
 - ¿Es fundamental que todos los profesionales dominemos dos o tres idiomas?
2. Sobre el conocimiento matemático.
 - ¿No deberíamos conocer los diferentes métodos estadísticos?
 - ¿Los distintos métodos de investigación aplicados a las ciencias de la salud?
3. ¿Cuántas luchamos por conseguir un desarrollo profesional, basándonos en estudios de investigación en nuestro puesto de trabajo?
4. ¿Cuántas publicamos trabajos, ponencias, u otros?
5. Tenemos una Escuela universitaria de Enfermería:
 - ¿La conocemos realmente?
 - ¿Participamos en que nuestros alumnos y posteriores compañeros estén bien formados?
 - ¿No nos gustaría que esta escuela sea conocida y valorada no solo dentro de nuestra comunidad, sino fuera de ella?

"Todos queremos que nuestra profesión sea valorada, respetada, etc. Para ello creo que tenemos que empezar por analizarnos y ver los objetivos que nos marcamos como profesionales y luchar por ello, ya que nada nos va a ser regalado".

FLORENCE NIGHTINGALE, SU COMUNICACIÓN Y SITUACIÓN

1. Como enfermera vemos que se relaciona con el colectivo enfermero tanto para adquirir como para transmitir conocimiento mutuo. ¿Nosotras/os nos comunicamos entre unidades hospitalarias, primaria y dentro de primaria los distintos centros?
Debemos tener en cuenta: la facilidad de comunicación hoy en día existente a nuestro al-



cance, ya que con todos los medios técnicos a nuestra disposición, nos permite conocer en muy poco tiempo lo que acontece en cualquier parte de nuestro planeta, situación no existente en aquella época.

2. En el ámbito asistencial tanto sanitario como social se relaciona con: distintos ámbitos sanitarios: hospitales, distritos, domicilios, estamentos médicos, farmacéuticos, la administración, así como con pacientes y familias.

¿Nosotras/os nos relacionamos con los servicios de enfermería, la administración, la empresa, las asociaciones profesionales etc.?

3. Influyó notablemente en el ámbito social, tanto sobre la propia profesión, como sobre las personas que atendió y la sociedad en general.

¿Nosotras influimos sobre la propia profesión, sobre las personas que atendemos y la sociedad en general?

4. Tuvo su oportunidad en la guerra de Crimea. Pudo transmitir a la sociedad la gran importancia de los cuidados de enfermería y de la necesidad de esta profesión demostrándolo con método científico.

¿Nosotras no tenemos ahora nuestra oportunidad para un cambio y que se nos reconozca como una profesión moderna, preparada y dispuesta a demostrarlo con métodos científicos?

Nos encontramos en el ámbito europeo, pasando nuestros estudios a una titulación de grado. Económicamente nos encontramos en una situación de crisis. La historia nos indica que en si-

tuaciones de crisis, es cuando la ciencia avanza con un salto de gigante.

¿No puede estar la enfermería en este momento para dar un salto de gigante en nuestra profesión?

ENFERMERÍA EN LA RIOJA

Si analizamos la enfermería en La Comunidad Autónoma de la Rioja podemos ver que disponemos:

1. Un gran hospital de referencia con otros centros de apoyo.
2. Gran desarrollo de Atención primaria.
3. Una red de urgencias extrahospitalarias.
4. Equipos de apoyo extrahospitalarios (Paliativos, hospitalización a domicilio).
5. Centros socio sanitarios (Residencias de ancianos, centros de día, etc.).
6. Tenemos la universidad, con la escuela de enfermería (aunque aun hoy no exista el departamento de ciencias de la salud).
7. Somos una comunidad pequeña, pero con una gran heterogeneidad de muestras:
 - Tenemos núcleos muy poblados y otros despoblados.
 - Población envejecida, sobre todo en zonas despobladas.
 - La natalidad está aumentando en base a la inmigración.
 - Tenemos una población muy variopinta con distintas culturas, idiomas, religiones, etc... Proceden de distintos servicios sanitarios, pueden hacer emergentes enfermedades aquí desconocidas, no tienen prevención de las enfermedades habituales en nuestro país. Añadiendo a todo ello la dificultad de comunicación con este fragmento de población, por el desconocimiento del idioma que nos crea graves problemas para comprender la demanda del paciente.

Creo que es fundamental que nos planteemos si la comunicación que tenemos establecida entre todos los agentes implicados en el cuidado de la salud es la correcta o deberíamos replantear nuevos procesos de comunicación multidisciplinarios en el ámbito de la comunidad: (Colegios profesionales, Sindicatos, Universidad (E.U.E.), Administración, Primaria, Hospitalaria, Socio sanitaria. Médicos - Enfermeras - Farmacéuticos - Auxiliares etc. Y siempre poniendo en el punto central al usuario como representante de la sociedad sobre el que va a girar todo nuestro cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) M. Patricia Donahue. "Nursing, the Finest Art. An Illustrated History". San Luis, the Mosby Co., 1985.
- (2) Crónicas de la medicina. Barcelona, Plaza & Janes, Editores S.A. 1993.

CERTAMEN FOTOGRÁFICO

11ª Convocatoria

Fotografía premiada en el apartado "Tema Libre en color"



Lema:

Camino

Autora:

**Mª Yolanda Bravo
Sagredo**

Nº Colegiada:

2.816

Fotografía premiada en el apartado "Tema de Enfermería en color"



Lema:

Desde el Principio

Autora:

Marta García Rubio

Nº Colegiada:

3.628

BECCAS A.M.A.

AYUDA A LOS CURSOS DE PREPARACIÓN

M.I.R. - F.I.R. - E.I.R.

INSCRIPCIÓN 13 OCT 2010 - 14 FEB 2011

INSC_U

www.amaseguros.com

**TUS
ASPIRACIONES
NO TIENEN
LÍMITES**



TUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS