

XX Jornadas de Enfermería
Departamento de Salud 18 - Elda

Competencias de Enfermería
Cuidados en Situaciones de Dependencia

Elda, 20 y 21 de mayo de 2009

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad
Valenciana (CECOVA)

Imprime: Gráficas Estilo - Alicante

Distribuye: IMTEXMA - Alicante

I.S.B.N.: 978-84-692-2897-5

Depósito Legal: A-523-2009

ÍNDICE

SALUDA ALCALDESA DE ELDA	5
SALUDA PRESIDENTE DEL CECOVA	7
SALUDA COMITÉ ORGANIZADOR	11
COMITÉ DE HONOR	13
COMITÉ ORGANIZADOR	15
COMITÉ CIENTÍFICO	17
OBJETIVOS	19
PROGRAMA	21
COMUNICACIONES 1º PONENCIA	25
COMUNICACIONES 2º PONENCIA	63
PONENCIAS MESA REDONDA	91
COMUNICACIONES MESA REDONDA	121
POSTERS	159
COLABORADORES	181





En nombre del Ayuntamiento de Elda doy la más cordial bienvenida a quienes habéis decidido acudir a estas XX Jornadas de Enfermería del Departamento de Salud 18, para tratar los Cuidados en Situaciones de Dependencia.

Mirando hacia el futuro, está claro que el fomento e impulso de las políticas de mejora de las personas que se encuentran en situaciones de dependencia es una de las demandas sociales más importantes de atender. Es, por tanto, nuestro reto la formación de profesionales y ciudadanos cada vez más competentes, abiertos y sensibles para atender con mayor eficacia las necesidades clínicas de las personas en situación de dependencia.

Somos conscientes de que la sociedad del conocimiento ha repercutido positivamente en los avances cada vez más inmediatos y variados encaminados hacia la solución de los principales problemas de salud que padece la sociedad del siglo XXI.

Esperemos que vuestra presencia en estas jornadas sirva para afrontar de manera próspera y con plenas garantías el futuro de las políticas sanitarias. De ello se beneficiarán las personas dependientes.

Adela Pedrosa Roldán
Alcaldesa de Elda





Un año más me "asomo" a estas páginas para saludar a todos los participantes en las Jornadas de Enfermería del Alto y Medio Vinalopó y desearles unos días de aprovechamiento e intercambio profesional. Unas Jornadas que en esta ocasión llegan a su vigésima edición gracias al entusiasmo y compromiso de sus promotores y el respaldo de todas las enfermeras y enfermeros del Departamento de Salud de Elda.

Veinte ediciones van ya de las mismas, lo que supone un logro tanto a nivel provincial, autonómico e incluso nacional, pues no son muchas las actividades profesionales que tengan en su haber la celebración de este número de ediciones.

En primer lugar, quiero aprovechar estas líneas para dejar constancia de mis felicitaciones a la Organización por haber tomado la decisión de suprimir del "anuncio de las Jornadas" la palabra interrelación, algo por lo que personalmente abogué en la pasada edición, en este mismo espacio y en mi intervención durante el acto oficial de inauguración de las Jornadas, al existir bastantes razones para ello y de las cuales di cuenta.

Como cada año, la elección del lema es un fiel reflejo de una realidad social ineludible para nuestra profesión. "Competencias de Enfermería. Cuidados en Situaciones de Dependencia", es el elegido este año con muy buen criterio de oportunidad y un simple análisis superficial del mismo, nos hace ver la gran implicación de nuestra profesión en los tres conceptos que se manejan en él; por un lado "Competencias", "Cuidados" por otro y, por último, "situaciones de dependencia". Hablar de ellos es hablar del papel de las enfermeras respecto y en constante interrelación, ahora sí que abogo por esta palabra, de las personas que están en este tipo de situaciones, evidenciando nuestro papel como profesionales sanitarios que desarrollamos nuevas competencias en orden a esa nueva situación legal sociosanitaria que es la Dependencia.

En el texto de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y a las familias de España, más conocida



como "Ley de Dependencia", se indica con claridad "La presente Ley tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia". Promoción de la autonomía personal que es igual a promoción de la salud; atención a las personas en situación de dependencia que es igual a prestación de cuidados.

Si tras indicar esto nos remitimos a la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, observamos que: "Corresponde a los Diplomados Universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades", es decir, esas nuevas competencias que el profesional de Enfermería debe asumir y debe saber hacerlo, reivindicando incluso el derecho de poderlas realizar si las condiciones administrativas les son adversas.

Desde el CECOVA venimos trabajando en esta línea y estamos enarbolando la bandera de la implicación de nuestras profesionales en este campo como garantía de seguridad y calidad de la asistencia sanitaria, a través de la ley que ha venido a regular el apoyo a las personas dependientes, la Ley de Dependencia. Sin embargo, se trata de un área que, por desgracia, se está viendo envuelta de una polémica que está perjudicando tanto a los afectados que se encuentran en esta situación, las personas dependientes, como a los profesionales implicados en su atención, entre ellos los de Enfermería.

Estoy convencido que tiempo habrá a lo largo de las Jornadas para poner sobre la mesa estos y otros aspectos, y a buen seguro que se hará. Desde la Organización Colegial Autonómica venimos realizando un importante y continuo trabajo en este sentido. Consideramos que los profesionales de Enfermería deben ser los encargados de realizar las valoraciones de las personas en situación de dependencia dado que, por formación y funciones, las enfermeras son quienes mejor pueden actuar en este ámbito al tener una visión integral y holística de los problemas de salud de las personas y al estar preparadas, al mismo tiempo, para actuar no sólo sobre el paciente, sino también sobre su entorno y su familia.

Además, desde el CECOVA también se ha solicitado a Bienestar Social que sean las enfermeras IAs responsables de impartir la formación adecuada a las personas cuidadoras contempladas en la Ley, y ello por ser las mejores profesionales para transmitir las destrezas, habilidades y conocimientos del CUIDADO.

Competencias de Enfermería - Cuidados en Situaciones de Dependencia

Nuestra comunidad autónoma cuenta con alrededor de 800.000 personas mayores de 65 años y con un número de dependientes que se sitúa entre los 150.000 y 250.000, con unas perspectivas futuras que apuntan a un incremento de estas cantidades. Esperemos que todas las circunstancias negativas que vienen generándose alrededor de esta ley se solucionen y Enfermería pueda actuar con plenitud con respecto a la misma. Estoy seguro de que el contenido de estas Jornadas va a contribuir a posicionar, aun más, de forma contundente a la profesión enfermera en esta problemática social.

Finalmente, no quiero acabar este espacio para animar a los profesionales de Enfermería a que participen activamente en todos los debates y mesas redondas organizadas y confío que este encuentro profesional sirva para dar un impulso a las reivindicaciones de la Enfermería como uno de los colectivos sanitarios más capacitados para atender a las personas dependientes

José Antonio Ávila Olivares
Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana



Competencias de Enfermería - Cuidados en Situaciones de Dependencia

La situación de dependencia que viven hoy las personas constituye una necesidad social a proteger y hay que verlo no solamente como un problema individual o familiar sino como un problema que afecta a la sociedad en su conjunto ya que implica fijar nuevos objetivos y funciones en el Estado de Bienestar e implica nuevos compromisos de protección y financiación.

La atención a las necesidades de las personas dependientes es uno de los grandes retos de la política social.

La demanda de cuidados para personas dependientes se ha incrementado de forma notable en los últimos años y va a seguir aumentando durante las próximas décadas, como consecuencia de varios factores de carácter demográfico, médico y social, entre los que podemos citar el envejecimiento de la población, las mayores tasas de supervivencia de las personas afectadas por alteración congénitas, enfermedades y accidentes graves, y la creciente incidencia de los accidentes laborales y de tráfico.

Las personas en situación de dependencia requieren una intervención continuada basada en el apoyo y los cuidados y es la enfermera la que deberá estar preparada para hacer frente a estos requerimientos con la formación y los recursos profesionales necesarios, de forma que sea capaz de dar respuesta a todas las necesidades del dependiente.

En estas XX Jornadas queremos analizar las competencias de Enfermería emergentes, que han de dar respuesta a nuevas demandas de salud de las personas en todas las etapas de la vida, participando en la planificación de políticas sanitarias, contribuyendo así a cubrir las necesidades, resolver los problemas de salud y proteger el estado de salud de las personas en la familia y comunidad.

COMITÉ ORGANIZADOR



COMITÉ DE HONOR

Honorable Sr. D. Manuel Cervera Taulet
Conseller de Sanidad de la Comunidad Valenciana

Ilma. Sr. Dña. Adela Pedrosa Roldán
Alcaldesa del Excmo. Ayuntamiento de Elda

Ilma. Sra. Dña. Pilar Ripoll Feliu
Dirección General de Calidad y Atención al Paciente

Ilmo. Sr. D. Manuel Escolano Puig
Director General Salud Pública

Ilmo. Sr. D. José Antonio Ávila Olivares
Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana

Ilma. Sra. Dña. Belén Payá Pérez
Presidenta Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Alicante

Ilma. Sra. Dña. Asunción Ors Montenegro
Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante

Sr. D. Joaquín Ibarra Huesa
Director de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud

Sr. D. Joan Lloret Llinares
Gerente del Departamento 18, Elda

Sr. D. Juan Antonio Ruiz Marhuenda
Director Médico Atención Primaria Departamento 18, Elda

Sr. D. Juan Molina Navarro
Director Salud Pública Elda



COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTA

Dña. M^o. José Martínez Bernabé
Directora de Enfermería Departamento 18, Elda

SECRETARIA

Dña. Elena Ferrer Hernández
*Supervisora de Docencia. Dirección de Enfermería. Hospital General de Elda.
Departamento 18 Elda.*

VOCALES

Dña. M^o. Luz Ruescas Rubio
Supervisora Enfermería. Hospital General de Elda

Dña. Pilar Ribera Montes
Enfermera Hospital General de Elda

Dña. Remedios Carrasco Tortosa
Adjunta Enfermería C.E. Elda

D. Manuel Gómez Llopis
Enfermero. Hospital General de Elda

D. Rafael Cecilia Canales
Enfermero. Hospital General de Elda

Dña. Elisa Gómez Díaz
Supervisora de Enfermería. Hospital General de Elda

Dña. Francisca Pérez Sánchez
Coordinadora de Enfermería. Centro Salud Villena

Dña. M^o. Antonia Torres Rodríguez
Coordinadora de Enfermería. Centro Salud Villena

Dña. Fina Hernández García
Coordinadora de Enfermería. Centro de Salud de Sax

Dña. Nuria Mira-Marceli García
Enfermera SAIP. Atención Primaria. Centro de Salud Las Acacias



COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTA

Dña. M^o. del Remedio Yañez Motos.

Directora de Enfermería Atención Primaria Departamento 18, Elda

VOCALES

D. Antonio Verdejo Almendros

Enfermero Supervisor General Hospital General de Elda

D. Isabel Casabona Martínez

Enfermera. Doctora en Antropología. Profesora Asociada Escuela de Enfermería Universidad Alicante. Gestora Clínica Vistahermosa

D. Ricardo Martín Peñalver

Enfermero. Vocal del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante. Profesor Asociado Escuela de Enfermería Universidad Alicante

Dña. Marisa Cuenca Jiménez

Enfermera Atención Primaria. Departamento 18, Elda



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar las competencias de Enfermería emergentes, destacando los cuidados ofrecidos en situaciones de dependencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analizar cuáles son las nuevas demandas de cuidados en problemas de salud y situaciones de dependencia.

Reflexionar sobre el estado de la cuestión de la Ley de Dependencia y la implicación de Enfermería en su desarrollo y aplicación.

Debatir desde una perspectiva interdisciplinar la situación de dependencia en las personas.



PROGRAMA

Miércoles 20 de mayo de 2009

09:00 h. Entrega de documentación

09:30 h. Acto Inaugural

10:00 h. Conferencia Inaugural

"ENFERMERÍA Y DEPENDENCIA: GARANTÍA DE LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS"

D. Juan José Tarín Sáez. *Presidente de la Sociedad Española de Enfermería Sociosanitaria*

Moderadora: M^ª. del Remedio Yañez Motos. *Directora de Enfermería de Atención Primaria Departamento 18 Elda*

11:00 h. Coloquio

11:30 h. Café

12:00 h. CINEFORUM. TEMA DEBATE: "El proceso de morir, últimas voluntades, eutanasia".

Ponente: D. Ignacio González Jiménez

13:30 h. Coloquio

14:00 h. Comida

16:00 h. 1^º. PONENCIA

COMPETENCIAS EMERGENTES EN ENFERMERÍA

Epifanio Fernández Collado. *Doctor y Catedrático en Enfermería y Director del Área de Enfermería de la Universidad Europea de Madrid*

Moderador: D. Antonio Verdejo Almendros. *Supervisor General Hospital General de Elda*

17:00 h. Coloquio



17:30 h. Presentación de Comunicaciones

SARM: MICROORGANISMO EN CRISIS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ELDA.
PROGRAMA DE GESTIÓN TUTELADO POR LOS SUPERVISORES.

Oliver C.; Jiménez J.; Lozano M.; Ruescas M.; Blázquez M.; Gómez E.,
Almodóvar M.; Parra I.

ENFERMERÍA ANTE EL MANEJO DEL DUELO

Maite Pagan Hernández, M^o. Dolores Gil Estevan

QUEREMOS SER HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS

Elena Bellot Canttó, Mónica Gil Martínez, Raquel Motilla Noguerol, Remedios
Pina Pérez, Cristina Seva Soler.

**CONSULTA DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON SINTROM
EN EL CENTRO DE SALUD**

Delia Fayos, Francisco Puche, Maribel Gómez, Rosario Cascales, Ana Abad,
M.J. Juan.

**ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN. HERRAMIENTAS DE MEJORA EN LA GESTIÓN
DE CUIDADOS**

Lozano M.S.; Martínez M.J.; Lloret J.; Pascual F.; Belda M.; Ibáñez D.J.

18:30.h. Coloquio

19:00 h. Vino de Honor. Ofrecido por el Exmo. Ayuntamiento de Elda

Jueves 21 de mayo de 2008

09:30 h. Discusión de Posters

Moderadora: Dña. Marisa Cuenca Jiménez. *Enfermera Atención Primaria
Departamento 18 Elda*

10:00 h. 2^o. PONENCIA

DESARROLLO DE LA LEY DE DEPENDENCIA. IMPLICACIÓN EN ENFERMERÍA
D. Pedro Hidalgo Caballero. *Director General de personas con discapacidad y
dependencia. Conselleria de Bienestar Social.*

Moderadora: Isabel Casabona Martínez. *Enfermera. Doctora en Antropología.
Profesora Asociada Escuela de Enfermería Universidad Alicante. Gestora Clínica
Vistahermosa*

Competencias de Enfermería - Cuidados en Situaciones de Dependencia

11:00 h. Coloquio

11:30 h. Pausa Café

12:00 h. Presentación de Comunicaciones

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DEPENDENCIA EMOCIONAL.
EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER MAYOR DE 40 AÑOS
Gil MD.; Pagán MT.; López P.; Chuivi V.; Vidal A.; Reche E.; Amoros M.

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA LEY DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS DEPENDIENTES Y CARACTERÍSTICAS SOCIO-SANITARIAS DE LOS MISMOS Y DE SU ENTORNO SOCIO-FAMILIAR.
Mónica Gómis-Juan, M^o. del Mar Ferrer-Navajas, Alicia Sánchez Pérez

ESTRATEGIAS EN SEGURIDAD DE PACIENTES DEPENDIENTES
Carvajal Amira M. M.; Martínez Castillo C.; López Casanova P.

"ÉRASE UNA VEZ..." LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD 18
Ignacio González Jiménez

LESIÓN POR HUMEDAD COMO INDICADOR DE CALIDAD EN CUIDADOS DE PACIENTES DEPENDIENTES
M^o. del Mar Carvajal Almira, Asunción M^o. Hernández Albert; Míriam Pérez Teruel

13:00 h. Coloquio

14:00 h. Comida

16:00 h. MESA DEBATE

VISIÓN INTERDISCIPLINAR DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

D. Carmelo Bernabéu Marhuenda. *Periodista. Asesor de prensa y comunicación del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante*

D. Raúl Ruiz Callado. *Sociólogo. Profesor del Departamento de Sociología I. Universidad de Alicante*

Dña. Carmen Román. *Presidenta de la Asociación de Familiares de Alzheimer de Elche*

Dña. Montserrat Cámara. *Trabajadora Social. Centro Novaire.*



Moderadora: Elena Ferrer Hernández. *Supervisora de Docencia Hospital General de Elda. Profesora Asociada Escuela de Enfermería Universidad de Alicante*

17:00 h. Coloquio

17:30 h. Presentación de Comunicaciones

PROYECTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE ELDA.

Jiménez A.; Arroyo G.; Cremades A.; Ayala C.; Yañez MR.; Molina J.

ESTUDIO DE NECESIDADES FORMATIVAS EN EL COLECTIVO DE DOCENTES DE NOVELDA

Durá M^ª. A.; Jiménez A.; Ayala C.; Pérez R.

COMPETENCIAS DEL SUPERVISOR GENERAL. UNA EXPERIENCIA DE 25 AÑOS

Ortiz Cencerrado, A. M^ª.; Verdejo Almendros, A.; Pérez Martínez, D.; Martínez Davó, R.; Ferrer Hernández, M^ª. E.

18:30 h. Coloquio

19:15 h. Lectura conclusiones y entrega de premios

- Mejor Comunicación
- Mejor Póster
- Mención Especial Mejor Comunicación Estudiantes de Enfermería
- Mejor Comunicación y Póster, otorga en Formación el Colegio Oficial de Enfermería de Alicante
- XIII Premio Lucentum de Enfermería.
- VII Premio Periodístico de Enfermería Departamento 18 de Salud. Colegio Oficial de Enfermería Alicante
- Premio de Fotografía (Los Cuidados de Enfermería en situación de dependencia)

20:00 h. Clausura de las Jornadas

Comunicaciones
1ª. Ponencia



**SARM: microorganismo en crisis en
el Hospital General de Elda.
Programa de gestión tutelado
por los supervisores**

*Oliver C.; Giménez J.; Lozano M.; Ruescas M.;
Blázquez M.; Gómez E.; Almodóvar M.; Parra I.*



INTRODUCCIÓN

SARM (*Staphylococcus aureus* resistente a meticilina) es un microorganismo que tradicionalmente ha producido epidemias de infecciones nosocomiales asociadas a la existencia de pacientes colonizados. Sin embargo, en la última década se ha observado una frecuencia cada vez mayor de infecciones por SARM en geriátricos y en personas atendidas ambulatoriamente¹⁻². La existencia de úlceras, favorece la colonización por SARM y estos pacientes se convierten en reservorio extrahospitalario del microorganismo. Estas infecciones son denominadas infecciones asociadas a cuidados sanitarios en la comunidad (SARM-AC).

También es cada vez más frecuente la aparición de infecciones no-nosocomiales no relacionadas con los cuidados sanitarios. Estas infecciones aparecen como consecuencia de la adaptación de SARM a la comunidad. En este proceso adaptativo, SARM deja de ser un microorganismo oportunista y produce infecciones en personas sanas, frecuentemente jóvenes y niños, que desarrollan infecciones en piel e infecciones respiratorias³⁻⁴ (SARM-C). Afortunadamente, en nuestro entorno SARM-C sigue siendo excepcionalmente raro.

En el medio hospitalario, SARM se transmite por contacto de un paciente a otro que comparte una misma habitación y más habitualmente por medio de las manos y ropas del personal sanitario, que debido al contacto con pacientes colonizados o infectados con SARM, se convierte en a su vez en portador transitorio⁵⁻⁶.

Por estas razones, la principal medida para la prevención del SARM es el lavado de manos⁷. Sin embargo, las medidas de prevención secundarias, como el asilamiento y la descolonización cutáneo-nasal de los pacientes o trabajadores sanitarios portadores de SARM, son imprescindibles para contener la diseminación del microorganismo en los centros sanitarios⁸⁻⁹⁻¹⁰.

Una vez que SARM se ha introducido en un hospital, desplaza a *S. aureus* sensible a meticilina, ocupa su hábitat y se convierte en endémico¹¹⁻¹². La prevención del SARM hospitalario requiere un abordaje interdisciplinar en el que la realización de cribado al ingreso puede ser de gran utilidad¹³⁻¹⁴.

En el 2003, 5 pacientes ingresados en nuestro hospital desarrollaron infección hospitalaria tras haber estado expuestos a un paciente con infección por SARM que había sido trasladado a nuestro centro desde uno de los hospitales de referencia. En 2004, dos de las 6 residencias asistidas de nuestra demarcación sufrieron brotes de SARM.

Para evitar la incorporación y diseminación de SARM en el hospital imple-



mentamos un programa integral multidisciplinar que entre otras medidas incluía cribado al ingreso de pacientes de riesgo mediante estudio microbiológico y descolonización cutáneo-nasal. Esta intervención ha estado funcionando desde entonces gracias a la colaboración de todos los profesionales que trabajan diariamente en nuestro Hospital. Presentamos las características del programa y resultados obtenidos en los últimos 3 años.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el impacto de nuestro programa de prevención de SARM durante el periodo de 1 de enero de 2006 a 31 de diciembre de 2008.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la frecuencia de pacientes con infección o colonización por SARM que ingresan en el Hospital General de Elda.
- Determinar riesgo de infección o colonización por SARM asociado a hospitalización previa, residencia en centros geriátrico, o antecedentes de SARM previo.
- Estudiar la frecuencia de infecciones por SARM-hospitalario, SARM-asociado a cuidados sanitarios y SARM-comunitario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ámbito

El programa presentado ha sido llevado a cabo en el Hospital General "Virgen de la Salud" de Elda. Se trata de un Hospital de 350 camas, situado en el Departamento de Salud 18 de la Generalitat Valenciana (provincia de Alicante). El Hospital atiende a una población de aproximadamente 225.000 habitantes. Durante 2008 el hospital atendió 18.000 (9.000 en áreas médicas) ingresos que produjeron 98.000 estancias (50.000 en áreas médicas). El hospital dispone de unidades para cuidados generales medico-quirúrgicos y unidad de cuidados intensivos para adultos y neonatológica. Los pacientes que requieren otro tipo de asistencia son remitidos a los hospitales de referencia (Hospital General Universitario de Alicante, Hospital de Cuidados Crónicos de San Vicente y Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo).

Diseño del estudio

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo retrospectivo para determinar la eficacia del programa de cribado de pacientes al ingreso durante los últimos tres años (1 de Enero de 2006-31 de diciembre de 2008).

Población estudio

Se han revisado las fichas de seguimiento epidemiológico y las historias clínicas de los pacientes incluidos en el programa, así como las peticiones de estudios microbiológicos de colonización cutáneo-nasal realizadas a la Sección de Microbiología durante el periodo de estudio. Además se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes que durante este periodo presentaron algún aislamiento microbiológico positivo para SARM. Los datos de los pacientes se registraron en una ficha diseñada específicamente para realizar el estudio y posteriormente se mecanizaron los datos en una base de datos Access®.

Intervención

Programa de cribado al ingreso de pacientes de riesgo para infección-colonización por SARM: Implica las siguientes acciones:

- Identificación de los pacientes de riesgo en el Servicio de Urgencias y/o hospitalización y Servicio de Admisión según sea necesario y clasificación de acuerdo a los siguientes niveles:

a) Persona de alto riesgo de infección/colonización por SARM cuando:

- Ha sido trasladada desde otro centro sanitario.
- Reside en un centro de la tercera edad o geriátrico y presenta úlceras, escaras o cualquier tipo de infección cutánea y/o infección respiratoria.

b) Persona de riesgo medio de infección/colonización por SARM cuando:

- Ha presentado en el último año infección o colonización por SARM
- Procedente de un geriátrico que no presenta ni úlceras, ni escaras o infección cutánea, ni infección respiratoria.
- Ha compartido habitación con una persona en la que se diagnostica infección/colonización por SARM.

c) Persona de riesgo bajo de infección/colonización por SARM cuando:

- Es responsable de los cuidados de un paciente con infección o colonización por SARM, siempre que se sigan las precauciones estándar para cuidado de pacientes y las medidas de barrera específicas recomendadas.
- Aislamiento de contacto en situaciones de riesgo medio-bajo y aislamiento de contacto ampliado (con mascarilla cuando el paciente presenta lesiones cutáneas y/o infección respiratoria) en pacientes de alto riesgo.
- Toma de muestras para detección de SARM en fosas nasales, periné y lesiones cutáneas y cultivo en medios específicos.
- Descolonización cutáneo-nasal mediante baño con clorhexidina (2 días) y



aplicación de pomada nasal de mupirocina (5 días), iniciada inmediatamente tras la toma de muestras.

- Seguimiento microbiológico (días 2, 5 y 7 post-descolonización) de los pacientes con infección o colonización por SARM. Los pacientes se consideran negativos y se interrumpen las medidas de aislamiento cuando en 3 evaluaciones microbiológicas consecutivas no se detecta SARM.
- Los pacientes con infección o colonización por SARM dados de alta son remitidos para seguimiento ambulatorio en consultas externas de Medicina Preventiva.
- Los historiales clínicos de los pacientes con infección o colonización por SARM son identificados mediante la etiqueta "INSTRUCCIONES PARA INGRESO EN EL INTERIOR". Las instrucciones para los cuidados de estos pacientes se mantienen actualizadas en el historial según su evolución.

Otras intervenciones:

- Identificación y estudio y descolonización de los pacientes expuestos a SARM (casos identificados intrahospitalariamente).
- Estudio y descolonización de personas con SARM identificadas ambulatoriamente
- Asesoramiento a las residencias de la tercera edad del área.

Determinaciones y análisis:

Se estimó la prevalencia de infección y colonización por SARM global y según procedencia, de los pacientes incluidos en el programa de cribado al ingreso y la incidencia media anual de infecciones nosocomiales por SARM.

Se estimó la prevalencia de infección y colonización por SARM como el número de pacientes con estudios microbiológicos positivos dividido entre número total de pacientes evaluados. La incidencia media anual de infecciones nosocomiales por SARM se ha estimado mediante el cociente número de pacientes con infección hospitalaria por SARM entre número total de pacientes ingresados en el hospital durante el periodo de estudio. Para una mejor comprensión, las medidas de frecuencia se expresaron como porcentajes. Se calcularon los intervalos de confianza al 95% mediante la técnica Mid-P exact test. Para estas estimaciones se utilizó la aplicación Open-Epi (www.openepi.com).

RESULTADOS

Entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2008 se identificaron 249 pacientes con criterios de riesgo para infección o colonización por SARM (4.7 pacientes por 1000 ingresos). Ciento sesenta y nueve pacientes (68%) pro-

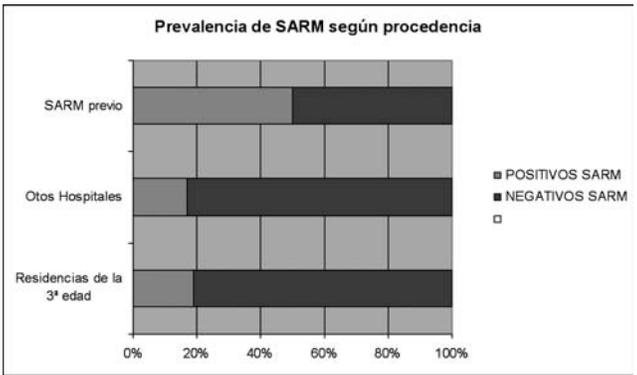
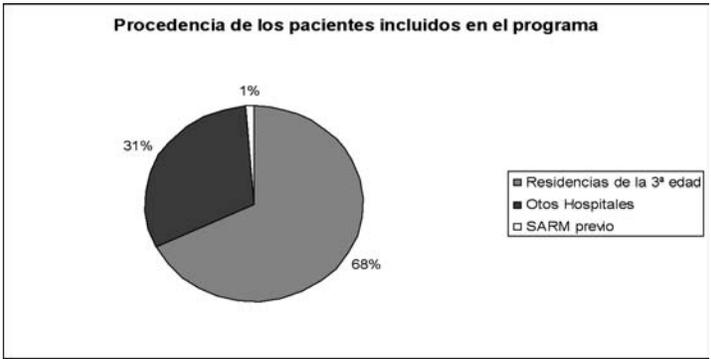
Competencias de Enfermería - Cuidados en Situaciones de Dependencia

cedían de residencias de la tercera edad, 77 pacientes (31%) procedían de otros hospitales y sólo 3 pacientes (1%) fueron estudiados por presentar al ingreso antecedentes de infección o colonización por SARM con situación microbiológica desconocida.

En total, se detectó SARM en 48 pacientes con una prevalencia de 19.3% en el total de pacientes estudiados (IC95%: 14.7-24.5). La prevalencia de SARM en los pacientes procedentes de residencias de la tercera edad fue de 18.9% (IC95%: 13.6-25.7) y de 16.9% procedentes de otros hospitales (IC95%: 9.7-26.5).

Durante este mismo periodo se detectaron en total 53 pacientes con infección por SARM. De éstos, 7 casos tuvieron origen hospitalario, 41 tuvieron origen ambulatorio asociado a cuidados sanitarios, y 5 fueron juzgados como comunitarios con una prevalencia de 9% (IC95%:3.5-19.7). La incidencia media anual de infecciones hospitalarias por SARM en nuestro departamento de 13.6 por 1000 pacientes ingresados (IC95%: 6.1-25).

CONCLUSIONES





La implementación de un programa de cribado al ingreso nos permite identificar a los pacientes de riesgo de ser portadores de SARM. Detectando y actuando sobre los pacientes de alto riesgo de infección/colonización por SARM para prevenir la diseminación de este microorganismo en el entorno hospitalario.

Con la ayuda de este programa hemos podido determinar la frecuencia de los diferentes tipos de SARM en nuestro medio, encontrando que la mayoría de SARM está relacionado con los cuidados sanitarios. Este hecho unido a que la mayoría de los pacientes incluidos en el programa de cribado proceden de residencias de la tercera edad pone de manifiesto la necesidad de implantación de este tipo de programas.

Del mismo modo se observa un escaso número de casos nosocomiales. No podemos olvidar que la infección nosocomial por SARM en pacientes ingresados puede aumentar su morbimortalidad.

La vigilancia de estos pacientes tras el alta hospitalaria conlleva un seguimiento, control y evaluación del SARM relacionado con cuidados sanitarios en el departamento de salud.

Nos gustaría resaltar la implicación diaria de todo el personal del Hospital en la vigilancia y el control de SARM. Ya que gracias a ellos se han conseguido unas cifras muy bajas de infecciones producidas por este microorganismo. Por ello, podemos afirmar que este microorganismo se encuentra en crisis en nuestro Hospital.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lescure FX, Locher G, Eveillard M, Biendo M, Van Agt S, Le Lus G, et al. Community-acquired infection with healthcare-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: the role of nursing care. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2006; 27:1213-8
2. Barr B, Wilcox MH, Brady A, Parnell P, Darby B, Tompkins D. Prevalence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* colonization among older residents of care homes in the United Kingdom. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007; 28:853-9.
3. Gorwitz RJ. A review of community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* skin and soft tissue infections. *Pediatr Infect Dis J* 2008; 27: 1-7.
4. Marcinak JF, Frank AL. Treatment of community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in children. *Curr Opin Infect Dis*. 2003; 16: 265-9.
5. Peacock JE Jr, Marsik FJ, Wenzel RP. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: introduction and spread within a hospital. *Ann Intern Med* 1980; 93:526-32
6. Crossley K, Landesman B, Zaska D. An outbreak of infections caused by strains of *Staphylococcus aureus* resistant to methicillin and aminoglycosides. *Epidemiologic studies*. *J Infect Dis* 1979; 139:280-7.
7. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mouruga P, Sauvan V, Tüveneau S, Perneger TV. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Infection Control Programme*. *Lancet* 2000; 356: 1307-12.
8. Talon D, Muller A, Thouverez M, Bertrand X. MRSA incidence as an indicator of infection control

Competencias de Enfermería - Cuidados en Situaciones de Dependencia

- practices: do the results reflect the reality? *J Hosp Infect* 2004; 57:265-6.
9. Kobayashi H. National hospital infection surveillance on methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *J Hosp Infect* 2005; 60: 172-5.
 10. Chaberny IF, Sohr D, Rüden H, Gastmeier P. Development of a surveillance system for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in German hospitals. *Infect Control Epidemiol* 2007; 28:446-52.
 11. Yap FH, Gomersall CD, Fung KS, Ho PL, Ho OM, Lam PK, et al. Increase in methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* acquisition rate and change in pathogen pattern associated with an outbreak of severe acute respiratory syndrome. *Clin Infect Dis* 2004; 39: 511-6.
 12. Tomic V, Svetina Sorli P, Trinkaus D, et al. Comprehensive strategy to prevent nosocomial spread of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a highly endemic setting. *Arch Intern Med* 2004; 164: 2038-43.
 13. Wernitz MH, Swidsinski S, Weist K, Sohr D, Witte W, Franke KP, et al. Effectiveness of a hospital-wide selective screening programme for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) carriers at hospital admission to prevent hospital-acquired MRSA infections. *Clin Microbiol Infect* 2005; 11:457-65.
 14. Harbarth S, Fankhauser C, Schrenzel J, Christenson J, Gervaz P, Bandiera-Clerc C, et al. Universal screening for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* at hospital admission and nosocomial infection in surgical patients. *JAMA* 2008; 299: 1149-57.



Enfermería ante el manejo del duelo

Maite Pagan Hernández, M^o. Dolores Gil Estevan



INTRODUCCIÓN

El duelo se define como "Una reacción afectiva dolorosa ante la pérdida de un objeto o persona amada ". Es un estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales. Puede ser real o percibida, y tanto de una persona, como de un objeto, función, status, relación...

La presencia de la muerte remueve las actitudes del personal sanitario y, recíprocamente, esas actitudes influyen positiva o negativamente en el proceso terminal del paciente al que se está asistiendo y en sus familiares. Es decir, existe un feed-back entre el proceso terminal y las actitudes del personal sanitario. De ahí la necesidad de que nuestras actitudes, como profesionales de Enfermería ante esta realidad cotidiana, sean lo más positivas y acertadas posible, y así contribuir con nuestros cuidados a una mejora en la calidad de vida de los enfermos terminales.

A menudo olvidamos la definición de Virginia Henderson, tomada por el C.I.E.: "La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte (...)" (Henderson, V; 1981). Virginia Henderson ya contemplaba los cuidados de Enfermería al paciente que va a morir.

OBJETIVO

Según un estudio descriptivo transversal llevado a cabo en personal de UVI del Hospital Universitario de Canarias, el 85% de los enfermeros encuestados opinaron que es necesario trabajar con un protocolo de actuación en el acompañamiento del paciente y/o familia durante el proceso del duelo. Esto nos parece también necesario en el ámbito de la Atención Primaria por lo que el objetivo de nuestro trabajo es proporcionar herramientas que sean útiles en el manejo del proceso natural del duelo, a los profesionales de enfermería de nuestro centro de Salud.

HERRAMIENTAS DE MANEJO DEL DUELO

La clave fundamental para el manejo del duelo es una buena comunicación que debe comenzar durante la enfermedad tanto con el enfermo como en la familia, siendo básico que se identifique al cuidador principal y se observe la



situación emocional familiar en que se encuentre para evitar su claudicación o para saber obrar ante una conspiración de silencio.

Es probable que los miembros de una familia, tras el fallecimiento de uno de sus miembros, presenten diversas perturbaciones tanto psicológicas como físicas.

Cuando una persona está en pleno proceso de duelo, lo fundamental es dirigir nuestra acción a la elaboración de este proceso con los siguientes objetivos específicos:

Ayudar a la aceptación emocional de la realidad de la pérdida. Situar a la persona en el momento de vida que le corresponde, para que acepte y supere:

- La nostalgia: Antes, lo que tenía y no lo tengo.
- El miedo: Ahora, lo que tengo y temo perder.
- La frustración: Después, lo que deseaba y debo renunciar.
- Trabajar la negación del dolor, la situación emocional, la aflicción.

Todo ello con el fin de que el duelo se resuelva de forma adecuada. Un proceso de duelo ha sido resuelto correctamente cuando el familiar toma conciencia intelectual y emocional de la pérdida, tras pasar por las etapas anteriormente mencionadas. La resolución se manifiesta porque:

- 1) El recuerdo del familiar fallecido ya no le provoca un efecto doloroso, refiriéndose a él sin llanto o sensación de opresión.
- 2) La persona es capaz de enfocar su carga afectiva sobre nuevos objetos o personas.

Generalmente, es difícil establecer un período de tiempo necesario para la superación de la pérdida de un familiar, pero desde el punto de vista clínico se considera que una duración excesivamente extensa y/o la aparición de una serie de comportamientos no adaptativos pueden hacer que un profesional considere que se trata de un duelo patológico.

CONCLUSIONES

Creemos que muy aconsejable para el personal de enfermería entrenarse en el manejo correcto de la comunicación tanto verbal como no verbal para establecer contacto con el familiar y poder facilitar la expresión de sus sentimientos, a la vez que saber orientarle a través de la relación de ayuda, para que vuelva a tomar conciencia y a recuperar el control de si mismo y del mundo que le rodea.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- www.uclm.es/ab/enfermería/revista/numero%204/terminales4.htm - 47k
- 2.- Berger, M; Hortala, F. Morir en el hospital. Barcelona: Rol, 1982

Competencias de Enfermería - Cuidados en Situaciones de Dependencia

- 3.- Jover Fulgueira, S. Algunas consideraciones psicológicas sobre la muerte y el morir. Revista Rol de Enfermería, 1979; 12: 37-45
- 4.- Van Mc. RW. Paciente terminal y muerte. Barcelona: Doyma, 1987
- 5.- Dobbs, B. La enfermera ante la muerte. Revista Rol de Enfermería, 1981; 32: 43-49
- 6.- Sanz Ortiz, J. Conocimiento de la verdad en el paciente terminal. Medicina Clínica, 1988; 90: 538-539
- 7.- Gómez Batiste, X. y cols. Enfermos terminales. Revista Rol de Enfermería, 1989; 136: 25-28
- 8.- Amai Latiegi Garrido- Papel de la enfermería en el duelo 277.



**Queremos ser hospital amigo
de los niños**

Elena Bellot Cantó, Mónica Gil Martínez, Raquel Motilla Noguerón,
Remedios Pina Pérez, Cristina Seva Soler



INTRODUCCIÓN

La IHAN (Iniciativa Hospital Amigo de los Niños) es el Programa de la OMS/UNICEF que fue lanzado en 1992 con el objetivo de promocionar la lactancia materna en todo el mundo a través del cumplimiento de "Los Diez pasos para una Lactancia Feliz". Dichos pasos resumen las acciones necesarias para promocionar, proteger y apoyar la lactancia materna en las maternidades.

En España 13 hospitales han sido galardonados "Amigos de los Niños".

OBJETIVOS

- 1- Dar a conocer la IHAN.
- 2- Informar sobre las funciones de la Comisión de Lactancia Materna.
- 3- Mostrar la situación actual del hospital y centros de salud del departamento 18 con respecto a IHAN.
- 4- Concienciar sobre la necesidad de actuar desde todos los ámbitos para acercarnos a la IHAN.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo con revisión bibliográfica del tema a tratar.

RESULTADOS

1- Dar a conocer la IHAN.

La Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) es un proyecto a nivel mundial de la Organización Mundial de Salud y de UNICEF que pretende crear un ámbito de salud favorable a la lactancia materna. En España se formó el Comité IHAN en 2001.

Los dos objetivos principales de IHAN son:

- Implantar el cumplimiento del Código Internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna en hospitales y maternidades.
- Transformar los hospitales y las maternidades mediante la implementación de los Diez Pasos:

"Diez Pasos hacia una Lactancia Feliz"

- 1º) DISPONER UNA POLÍTICA POR ESCRITO relativa a la lactancia natural, conocida por todo el personal del centro.



- 2º) CAPACITAR a todo el personal para llevar a cabo esa política.
- 3º) INFORMAR a las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
- 4º) AYUDAR a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto.
- 5º) Mostrar a la madre CÓMO SE DEBE DAR DE MAMAR al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
- 6º) No dar a los recién nacidos MÁS QUE LA LECHE MATERNA, sin ningún otro alimento, a no ser que estén médicamente indicados.
- 7º) Facilitar la COHABITACIÓN de la madre y el hijo 24 horas al día.
- 8º) Fomentar la lactancia A DEMANDA.
- 9º) NO DAR a los niños alimentados a pecho chupetes.
- 10º) Fomentar el establecimiento de GRUPOS DE APOYO a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos.

Para conseguir esta transformación, se ideó una nueva fórmula: premiar a los centros que se animaran a introducir cambios en las rutinas de asistencia a los recién nacidos y sus madres. Así, cada vez son más los hospitales que desean ser acreditados con el galardón "Hospital Amigo de los Niños", por ser un baluarte de calidad en la atención sanitaria.

La Iniciativa IHAN se extendió a los servicios de salud comunitarios en 1998 para lograr lactancias maternas felices y prolongadas que garanticen el mejor inicio a la vida en los niños lactantes y la ayuda a sus familias. Esta nuevo enfoque es la ICSAMN: Iniciativa Centro de Salud Amigos de la Madre y el Niño, y pretende mejorar la calidad de la atención de salud en materia de LM mediante la aplicación de los "7 pasos".

"Los 7 pasos para la promoción, la protección y el apoyo a la LM"

- 1º) Disponer de una POLÍTICA DE LM consensuada por usuarios y profesionales del CS, y adaptada a sus características.

Competencias de Enfermería - Cuidados en Situaciones de Dependencia

- 2º) FORMACIÓN del personal para poner en práctica la política de LM.
- 3º) Ofrecer INFORMACIÓN a las madres embarazadas sobre beneficios y manejo de la LM.
- 4º) APOYAR a la madre que amamanta en el inicio y mantenimiento de la lactancia.
- 5º) ANIMAR Y APOYAR a las madre a mantener la LM exclusiva durante 6 meses y continuar hasta los 2 años.
- 6º) Proporcionar una ATMÓSFERA RECEPTIVA Y ACOGEDORA para la familia de las lactantes amamantados y los grupos de apoyo locales a la LM.
- 7º) COLABORAR con la comunidad a través de los Talleres de LM y los Grupos de apoyo locales.

En España se presentó por primera vez la ICSAMN en el V Congreso Español de Lactancia Materna que tuvo lugar en Murcia el pasado Marzo.

El Comité IHAN España junto con la Asociación Española de Pediatría y de Pedatría de Atención Primaria lo lanzarán próximamente.

2- Informar sobre las funciones de la Comisión de Lactancia Materna:

Desde el año 2003 existe en el Hospital de Elda la Comisión de Lactancia Materna que persigue dos objetivos fundamentales:

- a) Fomentar la LM siguiendo los diez pasos de la IHAN.
- b) Coordinar la interrelación entre AP y AE en materia de lactancia.

La Comisión está formada por personal de AE y AP:

- Representante de Dirección de Enfermería.
- Supervisoras de Neonatos-pediatría y Maternidad.
- Enfermera de Maternidad.
- Enfermera de Neonatología.
- Matronas de paritorio y AP.
- Ginecóloga.
- Neonatólogo y residentes de Pediatría.
- Médico de Familia.
- Una madre que representa el grupo de apoyo de Mamantial.



Desde su creación han ido introduciéndose cambios en rutinas hospitalarias que acercan cada vez más al Hospital al total cumplimiento de los pasos IHAN.

3- Mostrar la situación actual del hospital y centros de salud del departamento 18 con respecto a IHAN. Concienciar sobre la necesidad de actuar desde todos los ámbitos para acercarnos a la IHAN.

Paso por paso la situación actual del Hospital es la siguiente:

1) "Disponer de un protocolo por escrito relativo a la Lactancia Natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal sanitario."

- Creación de dicho protocolo a lo largo del año 2008, entrando en vigor oficialmente el 1 de Marzo de 2009, que afecta a las áreas de paritorio, obstetricia y neonatos/pediatría, implicando a todo el personal de estos servicios.
- Para su fomento se han impreso y repartido cuadernillos con el protocolo completo. También se han colgado posters con los puntos más importantes y con fotos explicativas en zonas visibles para el personal y para los usuarios.
- Se han realizado reuniones informativas de los cambios que asume el protocolo para el personal implicado de los tres servicios mencionados.
- Dicho protocolo protege la LM y prohíbe la promoción e instrucción en grupo de sucedáneos de la LM, biberones y tetinas. Se retiraron en el 2004 las canastillas de propaganda.
- Queda pendiente evaluar su instauración, aplicabilidad y consecuencias en cuanto a tasas de LM al alta y a medio y largo plazo.
- En Atención Primaria no se dispone de un protocolo de apoyo, promoción y protección de la LM y se siguen entregando a las madres las canastillas de propaganda.

2) "Capacitar a todo el personal de salud para que pueda poner en práctica ese protocolo"

- Todo el personal debe estar informado de la importancia de la LM, de sus ventajas y debe conocer la existencia del protocolo cuando inicia su trabajo en alguno de los servicios implicados.
- Para capacitar al personal se ha realizado un curso de formación en 2006 de carácter voluntario, al que acudió también personal cuyo puesto de trabajo no estaba en ningún servicio relacionado con la LM.

Competencias de Enfermería - Cuidados en Situaciones de Dependencia

- Se están planificando nuevos talleres y cursos para personal de AE y AP próximamente, sería conveniente que tuvieran carácter obligatorio para el personal clave.

3) "Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la LM y la forma de ponerla en práctica."

- Este punto se realiza en nuestro medio en AP en la consulta de la matrona a través de los talleres de LM y en la educación maternal.
- De forma individual se aborda el tema en la consulta de la matrona durante los controles de gestación.
- Se presta especial atención a madres que nunca antes han amamantado o a aquellas con malas experiencias anteriores, y así queda contemplado en el protocolo.
- También se tiene en cuenta el uso de sedantes (petidina) y exceso de fluidoterapia en el parto si la madre va a lactar.

4) "Ayudar a la madre a iniciar la LM durante la primera media hora siguiente al parto"

- Tras el parto se realiza "piel con piel" en el mismo paritorio durante al menos 20 ó 30 minutos.
- Tras este periodo se apoya a la mujer para iniciar la LM en el puerperio inmediato, ayudándole con la postura de amamantamiento.
- No se lleva a cabo el "piel con piel" ni el inicio precoz de la LM en caso de cesáreas porque el RN ingresa en neonatos mientras la madre va a reanimación.

5) "Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y como mantener la lactancia incluso si han de estar separadas de sus hijos"

- Desde AP se informa a las familias en la educación maternal de la técnica de amamantamiento correcta.
- Se enseña a las madres posiciones cómodas que favorecen el amamantamiento exitoso y se intenta que la mayoría de las madres muestren una posición correcta de puesta al pecho antes del alta.
- Si el niño está en neonatos se enseña a la madre a extraerse leche y a guardarla para administrársela mas tarde al bebé. Se prestan sacaleches manuales o eléctricos en el caso de que existan en la unidad.
- Si quiere amamantar a su hijo, puede entrar en neonatos cada tres horas durante las 24 horas del día si el estado del bebé lo permite.



6) "No dar a los RN ningún tipo de alimento o bebida que no sea leche materna, excepto si están médicamente indicados".

- En maternidad, no se dan suplementos sin indicación médica o justificada. Estas indicaciones están contempladas en el protocolo.
- No se promocionan alimentos, bebidas o leches que no sea LM.
- La leche artificial que se da en la maternidad la proporcionan gratuitamente diferentes casas comerciales mientras que en neonatos las adquiere el hospital.
- En ciertos Centros de Salud se promocionan bebidas y leches de fórmula artificial.

7) "Facilitar la cohabitación de las madres y los niños las 24 horas del día".

- Esta se produce desde el nacimiento hasta el alta
- En las cesáreas esta relación se retrasa hasta que la madre sale de la unidad de reanimación y llega a la planta.
- En la unidad de neonatos hay horarios estrictos que impiden la cohabitación.

8) "Fomentar la LM a demanda".

- No se ponen restricciones en la frecuencia y duración de las tomas y a la madre se le recomienda hacer lo mismo.
- En la unidad de neonatos hay horarios estrictos que impiden la lactancia a demanda.

9) "No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes artificiales".

- No se usan. Si hay que dar suplementos se usa jeringa o vasito y se enseña a la madre a administrar la leche de esta forma a su hijo.
- Se informa a la madre que debe evitar el chupete hasta que LM quede bien instaurada. No se regalan a las madres ni chupetes ni tetinas en el hospital.
- En las cajas de propaganda que se entregan a las madres en AP hay chupetes y tetinas de regalo.

10) "Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la LM y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a la salida del hospital".

- Durante el embarazo y al alta se entregan folletos informativos con teléfonos y dirección del grupo de apoyo Mamantial a todas las madres.
- Acuden voluntarias a la planta de maternidad, dos veces al mes desde el mes de marzo, para darse a conocer y ayudar a resolver las dudas de las mamás.

- También contactan con las madres en los Centros de Salud durante la educación maternal.
- Existen Talleres de Lactancia en algunos Centros de AP.

CONCLUSIONES

En los últimos años el descenso alarmante en las tasas de LM se ha convertido en un problema de salud pública. La duración media de la LM sigue siendo corta, hay demasiados abandonos en las primeras semanas y son muy pocas las madres que llegan a los 6 meses con LM exclusiva. Debido a la importancia de la LM en la salud materno-infantil es primordial capacitar al personal sanitario en el manejo de la lactancia natural.

Dado que está ampliamente documentada la resistencia al cambio en la cultura y organización sanitaria, debe reconocerse el esfuerzo de cada profesional en su área de trabajo para alcanzar, en nuestro departamento, algunos de los objetivos IHAN mediante la puesta en marcha del "protocolo de fomento de la LM" propuesto por la Comisión de LM.

La fuerza de la IHAN radica en la convicción de que el trabajo realizado merece realmente la pena: esta Iniciativa ha demostrado ser un arma eficaz para aumentar el inicio y la duración de la lactancia materna y ha contribuido de esta manera a mejorar la salud del lactante y el niño pequeño.

Hay que señalar que no se ha conseguido el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en Hospitales y Maternidades en su totalidad. Por ejemplo, mientras que en neonatos se compra la leche adaptada y no se hace publicidad de la misma, en la maternidad se sigue facilitando gratuitamente pequeños biberones con el nombre de la casa comercial, eso sí retirando la tetina y administrando la leche con jeringa. En cambio, a pesar, de los intereses creados se consiguió la retirada de las canastillas de propaganda en la maternidad, no así en los centros de salud.

Haciendo un balance de lo que se ha alcanzado observamos que disponemos de una política por escrito relativa a la LM, a falta de su evaluación.

Aunque La Comisión de Lactancia Materna se esfuerza continuamente en la formación del personal de los servicios implicados, pensamos que estos cursos deberían ser extensivos a todo el personal sanitario, puesto que somos educadores en nuestra comunidad. Quizás falle el marketing en estos cursos.

Las embarazadas de nuestra comunidad, en general, tienen una información adecuada, gracias al personal que trata a la gestante durante el embarazo, parto y puerperio, aunque siempre susceptible de mejora. También es de alabar el trabajo realizado de forma altruista por los grupos de apoyo, como Mamantial.



Actualmente se fomenta el inicio de la LM en la sala de partos, no separando madre y bebé en ningún momento desde su nacimiento hasta el alta. Las cesáreas son una excepción, ya que la mamá realiza el puerperio inmediato en la sala de reanimación, mientras el niño permanece en neonatos. Cabe destacar la restricción horaria en el servicio de neonatos, que impide la LM a demanda del bebé ingresado. Tal vez con la reforma del hospital se mejore la infraestructura y se permita cambiar estas situaciones.

Para lograr el objetivo de ser Hospital Amigo de los Niños debemos animar a todos los profesionales del departamento a llevar a cabo las oportunidades de mejora en la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna.

Los agradecimientos de las madres que consiguen amamantar y la salud de sus hijos han de ser nuestra mejor recompensa

Sin duda QUEREMOS SER HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS

BIBLIOGRAFÍA

- Comisión Europea DPdSyCdR. Proyecto de la UE sobre la Promoción de Lactancia en Europa. Protección, promoción y apoyo de Lactancia en Europa. Plan estratégico para la acción. Disponible en: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm.
- Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. la lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la Práctica Pediátrica. Recomendaciones del comité de Lactancia Materna de la AEP. An Pediatr (Barc). 2005;63:340-56. disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/37/37v63n04a13079817pdf001.pdf>
- Vittoz JP, Labarere J, Castell M, Durand M, Pons JC. Effect of a training program for maternity ward professionals on duration of breastfeeding. Birth. 2004;31:302-7.
- Hernández Aguilar M, Simo R, Tortajada JL, de la Mano A. ¿Cuál es la información sobre lactancia materna de la que disponen los pediatras españoles? Libro de Actas. III Congreso de Lactancia Materna, Santander, 2004.
- Rozada R. Ideas prácticas para promover la formación de grupos de apoyo. En: Comité de Lactancia Materna para Profesionales. Madrid: Ergón; 2004.
- World Health Organization: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: the Special Role of Maternity Services (a joint WHO-Unicef statement). Geneva: WHO; 1989.
- World Health Organization, United Nations Children's Fund, US Agency of International Development, and the Swedish International Development Authority: Inocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. New York: UNICEF, Nutrition Section; 1990.
- OMS. Oficina Regional par Europa. Unidad Nutricional. Módulos de preparación IHAN. Práctica y promoción de la lactancia natural en Hospitales Amigos de los Niños. Curso de 18 horas para el personal de la maternidad; 1992
- Ruiz Guzmán L. Centros de Salud Amigos de los Niños. Libro de Actas del IV Congreso Español de Lactancia Materna, Tenerife; 2006. p. 53-4.
- Philipp BL, Merewood A. The Baby-Friendly way: the best Breastfeeding Start. Pediatr Clin N Am. 2004;51:761-83.
- World Health Organization, Family and Reproductive Health, Division of Child Health and development: Evidence for the ten steps to Successful Breastfeeding. Publication # WHO/CHD/98.9. Geneva:WHO; 1998.

Competencias de Enfermería - Cuidados en Situaciones de Dependencia

- World Health Organization: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The special Role of Maternity Services (a joint WHO/UNICEF statement). Geneva: WHO; 1989..
- Pérez Escamilla R. Evidence Based Breast-Feeding Promotion: The Baby-Friendly Hospital Initiative. *J Nutr.* 2007;137:484-7
- Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayrál AS, et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics.* 2005;115(2):139-46.
- Britton C, McCormick F, Renfrew M, Wade A, King S. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jan;(1):CD001141.
- Schanler RJ, Oconnor KG, Lawrence RA. Pediatrician' practices an attitudes regarding breastfeeding promotion. *Pediatrics.* 1999;103:35.
- Ruiz L. Centros de Salud Amigos de los Niños. Mesa redonda: Situación actual de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) y retos para el futuro. IV Congreso Español de Lactancia Materna, p. 53. Tenerife, 2006. Fecha de acceso 23.03.2007. Disponible en :http://www.aeped.es/lactanciamaterna2006/pdf/actas_clm2006.pdf.
- División de Salud y Desarrollo del Niño. OPS/OMS. Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. WHO/CHD/98. 8 Ginebra.1998.
- Organización Mundial de la Salud. Declaración de Innocenti. Sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia materna. Diez pasos para una lactancia materna exitosa. Florencia. 1990.



**Consulta de Enfermería al paciente
en tratamiento con Sintrom en el
Centro de Salud**

Delia Fayos, F. Puche, Maribel Gómez, Rosario Cascales.
Ana Abad. M.J. Juan
Centro Salud Marina Española, Elda



INTRODUCCIÓN

En Abril del año 2008, se puso en marcha en los Centros de Salud de Elda, el control de los pacientes con Sintrom, lo cual se venía realizando hasta ahora en la consulta de Hematología del Hospital Comarcal de Elda. La necesidad del cambio se justifica por la idoneidad de que el paciente sea tratado de forma integral por el profesional sanitario de Atención Primaria y también para evitar desplazamientos y largas colas al paciente.

OBJETIVOS

El objetivo general está dirigido a conocer el nivel de satisfacción del paciente durante el año que está siendo tratado en su Centro de Salud de Referencia y si encuentra diferencias positivas en el cambio de lugar de consulta. Como objetivo específico el conocer el nivel de conocimientos sobre su enfermedad y sus posibles complicaciones, a fin de incrementar su nivel de Autocuidado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseña un cuestionario que consta de 14 ítems con respuesta cerrada que han sido pasados a la totalidad de los pacientes que acuden a la Consulta de Sintrom en los Centros de salud de Elda: Centro de Salud Marina Española, Consultorio Auxiliar de Avda. Sax y Centro de Salud de Acacias y cuya finalidad es medir el nivel de satisfacción de los Usuarios y el nivel de conocimientos sobre su enfermedad de los mismos. (Se adjunta cuestionario)

HIPÓTESIS

El presente estudio pretende demostrar que el traslado de la Consulta de Sintrom a los Centros de salud y su realización a cargo de los profesionales sanitarios de Atención Primaria, al tratar al paciente de manera integral, consigue aumentar el nivel de satisfacción, de comodidad, de conocimientos y del nivel de autocuidados del mismo.



**Encuestas de satisfacción.
Herramienta de Mejora en la Gestión
de Cuidados**

Lozano, M.S.; Martínez, M^o.J.; Lloret, J.;
Pascual, F.; Belda, M. Ibáñez, D.J.;



INTRODUCCIÓN

En la actualidad somos conscientes de los grandes cambios sociales que han motivado una nueva corriente filosófica de entender la sanidad. Desde hace unos años, el ciudadano, el individuo la persona en definitiva, se ha convertido en el eje del sistema sanitario, siendo el actor fundamental en la mejora de las condiciones de salud.

La Conselleria de Sanidad de Valencia a través del plan de Excelencia de la sanidad Valenciana en su línea 4 de Calidad y Seguridad decide incorporar a la gestión de los centros sanitarios la información procedente de las encuestas de satisfacción para fijar objetivos y estándares de calidad de cada departamento de salud traduciéndose la información que nos brinda el paciente en acciones concretas para incrementar la calidad de la atención sanitaria.

OBJETIVOS

Conocer la voz de los pacientes sobre el Servicio Valenciano de Salud en el departamento 18 mediante los resultados de las encuestas de opinión y ofrecer información para la toma de decisiones a los Equipos Directivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio Transversal descriptivo de Encuestas de Calidad en hospital de Elda para ello se realizaron campañas anuales de encuestas al alta de pacientes en Marzo y Noviembre del año 2008 en los Servicios de Cirugía, Medicina Interna, Obstetricia, Cirugía sin Ingreso, y Servicio de Atención al Paciente

La encuesta tiene 5 apartados (28 ítems), en donde se mide el Balance de Satisfacción, Percepción de mejora, Calidad de la Información, Accesibilidad, Confortabilidad.

RESULTADOS

El total de encuestas contabilizadas fueron de 729. La puntuación otorgada al nivel de calidad global fue, con un 8,36 al Servicio de Atención e Información al Paciente, Unidad de Cirugía sin Ingreso fue de 8, para Medicina de 7.96; Obstetricia de 7.78 y para Cirugía de 7,62; todos sobre un rango de 0 a 10.

La confianza de los pacientes del Hospital de Elda se pone de manifiesto con el porcentaje que recomendaría el centro sanitario se eleva a un 92%.



Niveles de satisfacción medios se sitúan entre el 74% y el 94%; los niveles de insatisfacción no llegan al 2% en ningún caso.

CONCLUSIONES

Transformación de la información que nos brinda el paciente en acciones concretas para incrementar la calidad de la atención sanitaria

Se fijaron objetivos y estándares de calidad

La nueva aplicación informática (PIGAP) utiliza indicadores globales comparativos (cualitativos y cuantitativos) para acercar la voz del paciente a equipos directivos con la idea de mejorar las "buenas prácticas" y la atención al paciente.

Comunicaciones
2ª. Ponencia



**Actuación de Enfermería
en la dependencia emocional.
Evaluación del programa de salud
de la mujer mayor de 40 años**

*Gil, Md; Pagán Mt; López P; Chulvi V; Vidal A; Reche E; Amorós M.
Equipo de Enfermería del Centro de Salud Acacias, Elda*



INTRODUCCIÓN

Es posible que nos parezca extraño el término "dependencia emocional", pero existe y es una variante de sufrimiento de las más comunes. Existe la dependencia al cigarrillo, a las drogas, al alcohol e incluso al sexo, y la dependencia emocional es tan dañina como cualquiera de las antes mencionadas. Es una sensación de miedo excesivo a perder la fuente de suministro emocional.

La dependencia emocional es la necesidad afectiva extrema que una persona siente hacia otra a lo largo de sus diferentes relaciones.

La dependencia emocional se produce cuando una persona siente y cree que no puede vivir sin otra, y deja en manos de otros la toma de decisiones de prácticamente todas las áreas de su vida. Además, busca agradar excesivamente, haciendo cualquier cosa por obtener la aprobación de los demás (esto incluye a veces, soportar humillaciones y malos tratos).⁽¹⁾

Por otro lado se entiende por Autonomía "la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria."

En nuestra práctica como enfermeras/os nos hemos encontrado con que muchas mujeres adultas son dependientes emocionalmente de sus parejas, padres, hijos e incluso vecinas de forma inconsciente. Además suelen ser el cuidador principal dentro del ámbito familiar. Es la que se encarga de la casa, de los niños, muchas de ellas trabajan, y además la mayoría termina haciéndose cargo de las personas mayores de su entorno familiar.⁽²⁾

Todo ello repercute en la salud tanto física, como psicológica de las mujeres, creando un entorno de inseguridad y falta de autoestima, por lo que tienen que buscar constantemente el agradar a los demás para sentirse un poco valoradas. Este hecho hace además que la mujer se sienta incapaz de afrontar ciertas situaciones de su vida cotidiana, olvidándose a veces incluso de ellas mismas y aparmando sus sueños e ilusiones en una oscura plaza de garaje.⁽³⁾

Por eso, dentro del Programa de Salud de la mujer mayor de 40 años, hemos querido prestar especial atención a este hecho, trabajando sobre la autoestima y la independencia emocional, ya que tras realizar el cuestionario de calidad de vida de dicho programa, nos llamó la atención que en el 47% de las mujeres a las que se pasó el cuestionario, era necesario intervenir en el apartado de "Apoyo Familiar". Y en el 41% de los casos dicha intervención era necesaria en el apartado de "Apoyo Social", con el fin de conseguir los siguientes:⁽⁴⁾



OBJETIVOS

- Contribuir a aumentar la calidad de vida de las mujeres mayores de 40 años y de menor edad con menopausia precoz.
- Proporcionar información adecuada y útil.
- Dar las herramientas necesarias para que ellas sean capaces de aumentar su calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODO

Tras la puesta en marcha del programa de salud de la mujer mayor de 40 años en nuestro Centro de Salud en el año 2007, hemos llevado a cabo la evaluación de dicho programa, utilizando los tests de calidad de vida propuestos por el programa.

Se realizaron un total de 386 revisiones específicas de la mujer (nivel 2) de las que 132 participaron en el programa, y de éstas 39 fueron derivadas a Actividades grupales de Educación para la salud.

Hasta la fecha de hoy, se han llevado a cabo tres talleres de 10 sesiones cada uno, y de una hora y media de duración. El personal encargado del desarrollo de las sesiones ha sido: una matrona, el ginecólogo, la trabajadora social, el sexólogo, y 5 enfermeras del Centro de Salud. Las sesiones se han dividido en dos partes, una parte teórica –charla, impartida cada vez por un profesional, dependiendo del tema a tratar, y una parte práctica– ejercicio y respiración, impartida todos los días por dos enfermeras. Se han realizado: el primer taller de febrero a abril de 2008, el segundo de octubre a diciembre de 2008, y el tercero de febrero a abril de 2009. Los días elegidos fueron los miércoles, en horario de mañanas, de 10:00h a 11:30h.

El taller comienza con una sesión de presentación en la que se exponen los temas a tratar y la forma de desarrollar las sesiones, y finaliza con una sesión en la que se lleva a cabo la evaluación y despedida. El material utilizado ha sido elaborado por cada uno de los profesionales implicados.

La estructura de las sesiones es la siguiente:

- 1.- Presentación del taller y del grupo.
- 2.- Ejercicio: Me muevo y respiro.
- 3.- Climaterio: concepto y cambio.
- 4.- Concepto de salud: auto-cuidados.
- 5.- Osteoporosis: riesgo cardiovascular.
- 6.- Higiene postural.
- 7.- Alimentación.

- 8.- Autoestima: relaciones de pareja.
- 9.- Aspectos ginecológicos de la mujer después de los 40 años.
- 10.- Recursos sociales. Evaluación y despedida.

En total han participado 39 mujeres, de las cuales 24 han asistido al menos al 80% de las sesiones. La edad de las participantes ha oscilado entre los 45 y los 66 años, siendo la media de edad de 57 años.

RESULTADOS

Se pasó el cuestionario de calidad de vida antes y después de la realización de los talleres, además de tres preguntas abiertas:

- 1.- ¿Qué has aprendido en el transcurso del taller?
- 2.- ¿Has cambiado algo en tu vida cotidiana?
- 3.- Haz un comentario sobre el taller y su desarrollo.

Tras la valoración de todas las cuestiones hemos obtenido los siguientes resultados:

En el apartado que hace referencia a la ansiedad: el 57,7% de las participantes mejoran la puntuación una vez terminado el taller, el 27,6 % no experimenta cambios, y el 15,4% obtiene una peor puntuación. (Graf.1)

En el apartado de sexualidad y pareja, sólo un 25 % de las asistentes mejora y un 43% no cambia.(Graf.2)

En cuanto al apoyo social, mejora la puntuación total un 56,25%, mientras que un 25% no cambia y en un 18% empeora dicha puntuación.(Graf.3)

Por otro lado el 45,8% mejora su puntuación en cuanto al apoyo familiar, un 33,4% no varía y un 15,6% empeora la puntuación.(Graf.4)

En total el 50% de las mujeres participantes en el taller, ha mejorado la puntuación del test de calidad de vida. Un 26,3% ha aprendido a respirar y formas de relajarse. Un 26,3% se va con la idea de que el climaterio, es natural, "no es una enfermedad, sino un periodo más de nuestra vida". Ha aprendido a valorarse un 21%, y un 26,3% ha aprendido hábitos saludables (alimentación, higiene postural, ejercicios de kegel, de respiración...).(Graf.5)

El 83% refiere haber aprendido trucos para relajarse, formas de controlar la respiración, y herramientas útiles para aumentar su autoestima y ser más independientes. En algunos casos, algo ha cambiado en sus vidas: el 15,8% refiere que ha cambiado la forma de realizar las tareas de la casa, ya que procuran adoptar posturas adecuadas. Un 10,56% ha cambiado sus hábitos alimentarios. El 47,4% se ha decidido a hacer ejercicio, y se ha apuntado a gimnasios o cla-



ses de yoga. El 26,3% dice dedicar un ratito todos los días a relajarse, y el 100% está de acuerdo en que esta actividad les ha ayudado a pensar más en ellas mismas. Todas coincidieron en que la experiencia ha sido muy agradable y positiva, ha sido una buena excusa para salir de casa y relacionarse. Les ha parecido corta, les ha dado la posibilidad de conocer a otras personas con las que compartir sus temores, sus momentos y sus nuevas ilusiones. Y se han sentido muy a gusto con los profesionales a los que han conocido durante el transcurso de los talleres.

CONCLUSIONES

Las enfermeras estamos preparadas para el abordaje bio-psico-social de la atención a las personas en cualquier situación de dependencia. Son múltiples las materias del plan de estudios que lo abordan: Salud Pública, Salud Mental, Patología General, Fundamentos de Enfermería, Geriatría y Gerontología, Estadística y Demografía, Epidemiología, Legislación Sanitaria, Administración de Cuidados de Enfermería, entre otras.

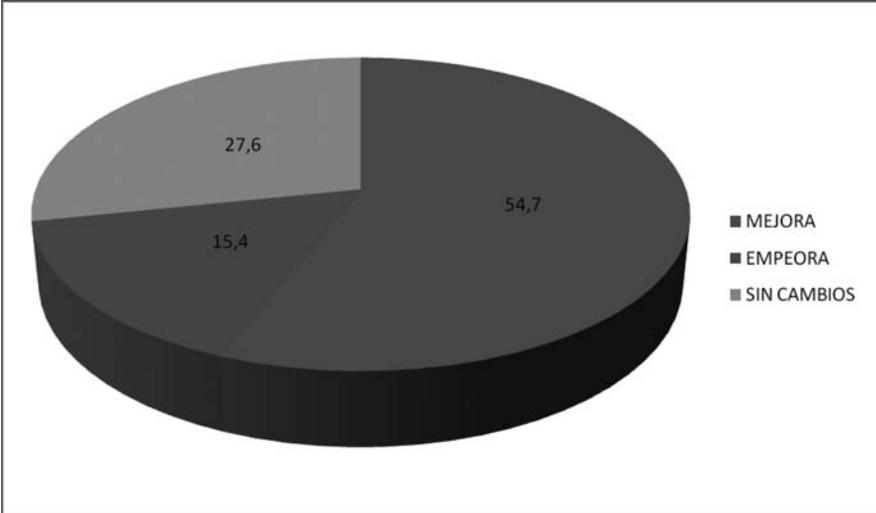
Por ello, debemos tomar la iniciativa y asumir el protagonismo como profesionales de los cuidados en la indicación de los cuidados (asistenciales, preventivos, y de promoción) que necesitan las personas en cada momento; además debemos formar parte de los equipos multidisciplinares que aborden la definición de las escalas de dependencia y baremos de niveles de cuidados.

También debemos estar presentes en la formación, capacitación y acreditación de los cuidadores y ser un apoyo constante para éstos, en las situaciones de agravamiento del proceso. La sociedad nos necesita, más que nunca, también, para cuidar al cuidador.

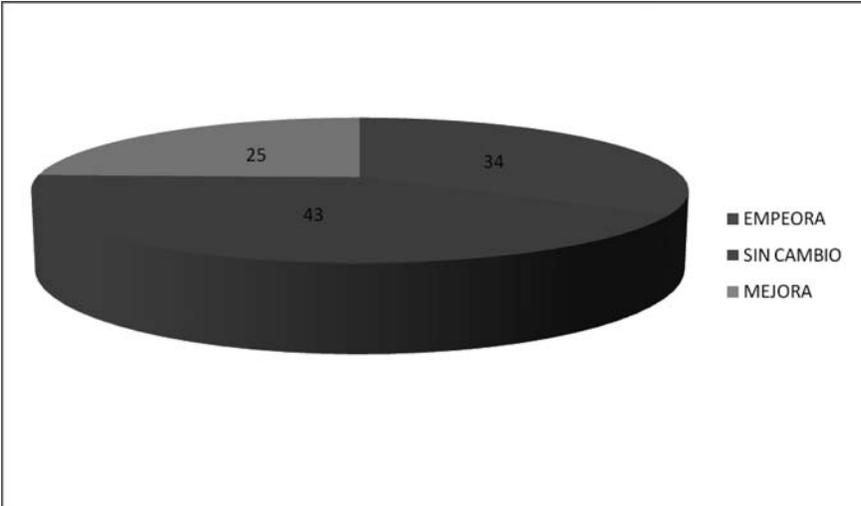
Las enfermeras desempeñamos un papel estratégico como intermediarias entre el usuario y el sistema público (sanitario, social, educativo) y estamos preparadas para asumir el reto. Si no lo hacemos pronto otros profesionales lo harán. La enfermería es la profesión de los cuidados y esta es una oportunidad más para ofrecer nuestro servicio a la sociedad, sin olvidar que "una profesión obtiene poder y reconocimiento solo si logra convencer a los grupos sociales clave, que su trabajo ofrece un valor especial". Sin duda este es el momento de hacerlo.⁽⁵⁾

ANEXOS

ANSIEDAD (graf. 1)

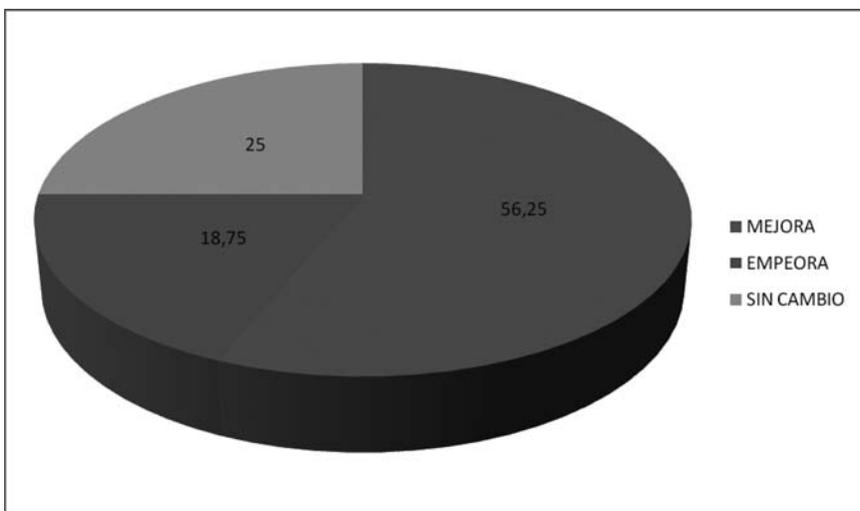


SEXUALIDAD (graf. 2)

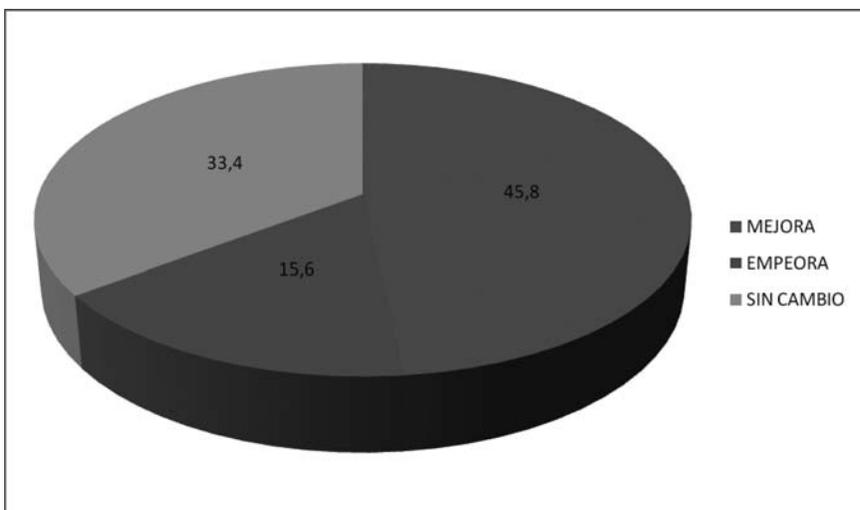




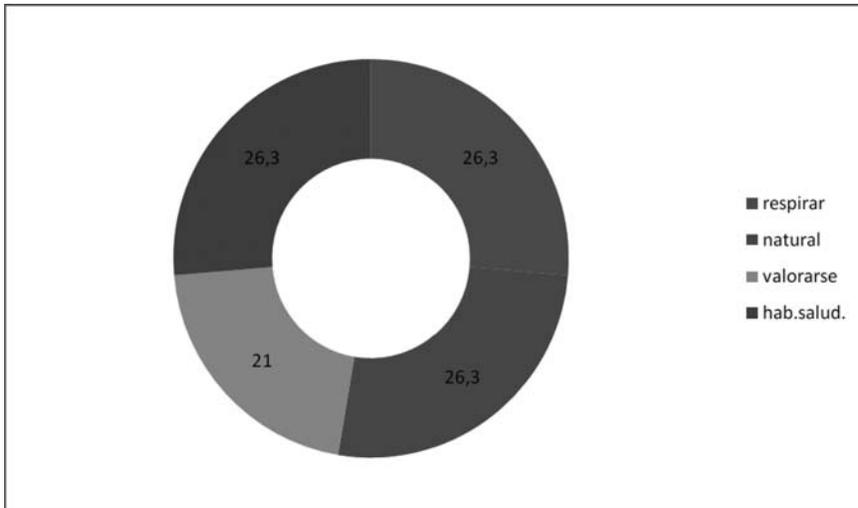
APOYO SOCIAL (graf. 3)



APOYO FAMILIAR (graf. 4)



¿QUÉ HAS APRENDIDO? (graf. 5)



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Castelló Blasco, J. ANÁLISIS DEL CONCEPTO "DEPENDENCIA EMOCIONAL". I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000; Conferencia 6-CI-A: [52 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa6/conferencias/6_ci_a.htm
- 2.- Castelló Blasco, J. TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA EMOCIONAL EN LA MUJER. II Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer.
- 3.- Castelló Blasco, J. DEPENDENCIA EMOCIONAL: CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTO. En prensa.
- 4.- PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER MAYOR DE 40 AÑOS. Generalitat Valenciana. Consellería de Santiat.
- 5.- Index Enferm v.15 n.52-53 Granada primavera/verano 2006.



**Estudio de investigación sobre la
situación actual de la ley de atención
a las personas dependientes y
características socio-sanitarias
de los mismos y de su entorno
socio-familiar**

Mónica Gomis-Juan (1), María del Mar Ferrer-Navajas (2),

Alicia Sánchez Pérez (2)

Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias. Sección de Neurología.

Hospital San Vicente. San Vicente del Raspeig (Alicante)

1.- Trabajador Social; 2.- Terapeuta Ocupacional



OBJETIVOS

La aplicación de la denominada "Ley de Dependencia" supone una oportunidad para mejorar la atención a pacientes con demencia. Objetivos: analizar las características de los pacientes y cuidadores atendidos en nuestra Unidad que solicitaron la Valoración de Dependencia y los parámetros relacionados con las valoraciones realizadas y las ayudas concedidas.

PACIENTES Y MÉTODO

Estudiamos una muestra aleatoria de pacientes atendidos en nuestra unidad y valorados por Trabajo Social que solicitaron la Valoración de la Situación de Dependencia por Bienestar Social (BS) entre mayo 2007 y octubre 2008. Analizamos las características del paciente y cuidador a partir del registro del trabajador social y el Informe de Salud del neurólogo. Datos recogidos: A) del Paciente: edad, sexo, estado civil, tipo de demencia, GDS, afectación de AVDs, nº de hijos y unidad de convivencia. B) del Cuidador: edad, sexo, parentesco, percepción del estado de salud y tiempo de atención al paciente (meses). Analizamos la situación de las valoraciones por BS mediante encuesta telefónica a los cuidadores considerando: valoración realizada, grado de dependencia reconocido, demora en valoración y tipo de ayuda solicitada tras la valoración.

RESULTADOS

Estudiamos 166 pacientes de los 339 que solicitaron la valoración. Perfil del paciente: Edad media 80 años; casados (20,72% hombres), viudos (46,85% mujeres). Enfermedad de Alzheimer: 77,48%. GDS 6: 56%. Severa afectación de AVD (básicas 49,55%; instrumentales 86,49%). Conviven con cónyuge (44%) o hijos (41%). Perfil del cuidador: edad media 64 años (hombres 70, mujeres 58), 61,49% mujeres, 44,14% cónyuge (24,32% esposas) y 47,75% hijos (36,94% hijas). Tiempo medio dedicado al cuidado del paciente 52 meses. Pacientes valorados por BS: 52,25% (con Resolución: 67,92%). Reconocido grado 3 nivel 2 de dependencia en el 83,33%. Concesión de ayudas en el 7,21%. Demora media hasta valoración 266 días, demora media hasta resolución 341 días. Tipo de ayuda deseada: "Prestación Económica Familiar" (17,69%) y "sin determinar" (36,15%). Pacientes fallecidos en nuestra muestra 15,32%, de los que el 52,94% no llegaron a ser valorados.



CONCLUSIONES

Solicitan la valoración de dependencia fundamentalmente mujeres cuidadoras de pacientes con EA en fases avanzadas, con un promedio de 4 años dedicados al cuidado. Sólo el 7,21% tienen la concesión de la ayuda. El promedio de tiempo para la valoración y resolución por BS es muy elevado y un 15,32% de los pacientes fallecen antes de percibir la ayuda. Es necesario revisar los circuitos de valoración y concesión de ayudas a este colectivo.

**Estrategias en seguridad
de pacientes dependientes**

Carvajal Almira M.M., Martínez Castillo C, López Casanova P.



INTRODUCCION

La seguridad del paciente se ha consolidado como una de las estrategias prioritarias del Sistema Nacional de Salud (SNS), siendo ésta uno de los principales componentes de la calidad asistencial. Los recientes resultados del Proyecto Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS) ponen de manifiesto que la incidencia de pacientes con efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria es del 8.4%, éstos condicionaron el reingreso en un 24,4 %. Igualmente, y derivados de este estudio, el 31.4 de los EA encontrados, tuvieron como consecuencia un incremento de las estancias, el 66.3 % precisó procedimientos adicionales y un 69.9 % tratamientos farmacológicos adicionales. Por último, el 42,8 % se consideraron como evitables.

Por este motivo resulta prioritario establecer una estrategia de calidad orientada a la identificación de riesgos para conocer y analizar la ocurrencia de los efectos adversos, determinar sus causas y proponer mejoras que eviten su repetición.

OBJETIVOS

Desarrollo e implantación de protocolos estandarizados de identificación de pacientes, prevención de UPP, caídas y contenciones mecánicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de la literatura existente, protocolos validados y guías de referencia en España. Adaptación y priorización de las aéreas de mejora a los objetivos del hospital e inclusión en el formato oficial. El protocolo de Sujeciones mecánicas se revisa por el Comité de Bioética Asistencial.

El periodo de implantación se determina para dos años a excepción de la prevención de upp que se inició en el 2005

RESULTADOS

En cuanto a la identificación de pacientes se realiza un seguimiento mensual de pacientes correctamente identificados pasando de un 73.8% en febrero de 2008 a un 81.8% en diciembre del mismo año, encontrando como problemas el seguimiento en el Servicio de Urgencias y la retirada en Quirófano.

En la prevención de UPP, hemos visto reducida la incidencia de éstas en un 80% desde la puesta en marcha del protocolo de prevención.



Sobre las caídas se ha conseguido la notificación, hemos constatado como causa común resbalones no siendo las cuestiones arquitectónicas el motivo de éstas y ocasionando lesiones traumáticas leves.

Por último se produce un cambio en el tipo de sujeciones mecánicas adaptándonos a la normativa vigente.

CONCLUSIONES

La implantación de los protocolos ha servido para desarrollar una cultura de seguridad en la organización.

La inclusión de los protocolos en los acuerdos de gestión de cada unidad de enfermería ayuda a la implantación.

"Érase una vez..."

**La Ley de Promoción de la Autonomía
Personal y atención a los niños y
adolescentes del Departamento
de Salud 18**

Ignacio González Jiménez.
Psicólogo Departamento de Salud de Elda



RESUMEN

La ley 39/2006 inicia su título como "Ley de Promoción de la Autonomía Personal...". No podemos ubicar la misma solamente en los problemas de dependencia en las personas mayores. ¿No tienen cabida los niños y adolescentes? Desde luego que sí. ¿Cuál es la realidad global desde una perspectiva sociosanitaria?

Una visión general de los datos de las distintas solicitudes de los menores de 18 años en este Departamento de Salud puede hacernos reflexionar sobre el futuro de ellos y sus cuidadores.

PALABRAS CLAVE

Promoción autonomía personal, niños, adolescentes, sociosanitario, futuro.

OBJETIVO

Reflexionar y posibilitar un cambio de actitud en autoridades y profesionales para lograr acercamientos entre los recursos sanitarios y sociales ante las distintas enfermedades crónicas de niños y adolescentes que conllevan, una limitación de la autonomía personal en unos casos, y una gran dependencia en otros.

RESULTADOS

Se analizan descriptivamente los datos de las distintas solicitudes presentadas ante los Servicios Sociales de los diferentes municipios del Departamento, atendiendo a las medias de edad, patología y grado de dependencia en cada municipio, y análisis del porcentaje sobre el total de solicitudes presentadas hasta la fecha.

DISCUSIÓN

Éstos son algunos de los interrogantes que planteamos:

- ¿Podemos desde las competencias de Enfermería mejorar la protección del estado de salud de nuestros menores?
- ¿Estamos preparados para abordar programas de promoción de la autonomía personal?
- ¿Cuáles son a nuestro juicio las necesidades de nuestros menores?
- ¿Qué podemos hacer desde el ámbito de Enfermería ante estas situaciones?



**Lesión por humedad como indicador
de calidad en cuidados de pacientes
dependientes**

M^o. del Mar Carvajal Almira; Asunción M^o. Hernández Albert;
Míriam Pérez Teruel



INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La incontinencia, el exudado de las heridas y la sudoración producen en las personas dependientes un alto riesgo de alteración de la integridad cutánea lo que puede provocar la aparición de una lesión por humedad. Éstas se han considerado en la práctica enfermera como uno de los factores desencadenantes para el desarrollo de una úlcera por presión (upp), tanto es así. Tanto es así, que la mayoría de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar upp (EVRUPP) incluyen la incontinencia o la humedad de la piel como un factor de riesgo a tener en cuenta, pero nunca se ha abordado de manera individual. Los objetivos de este estudio son la diferenciación de upp y lesión por humedad así como la elaboración de un algoritmo de prevención y tratamiento de dichas lesiones

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisan las bases de datos bibliográficas de uso más común en enfermería, así como el documento técnico n.º.10 del GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas).

RESULTADOS

Ante la falta de bibliografía existente y tomando como base el documento n.º. 10 del GNEAUPP procedemos a la diferenciación de upp y lesión por humedad y a la elaboración de un algoritmo sobre la prevención y el tratamiento de las lesiones por humedad, donde incluimos los productos existentes en el mercado para su tratamiento. Dicho algoritmo se basa en la puntuación obtenida en la escala visual del eritema (EVE) tomada de la escala internacional de la dermatitis de contacto de Quinn al no existir actualmente otra escala con validez predictiva.

CONCLUSIONES

Una lesión por humedad, aunque puede ser desencadenante de una upp; y por ese motivo muchas veces se confunde; tiene unas características que nos obligan a tratarla de manera diferente. Con la aplicación de este algoritmo se intenta mejorar la prevención y el tratamiento de las lesiones por humedad y ofrecer una calidad de cuidados basados en la evidencia disponible.



Ponencias
Mesa Redonda



**Tratamiento informativo de la ley de
promoción de la autonomía personal
y atención a las personas en
situación de dependencia y a las
familias en los medios de
comunicación**

Carmelo Bernabéu Marhuenda
*Periodista Asesor de prensa y comunicación del
Colegio Oficial de Enfermería de Alicante*



1.- Planteamiento

Los medios de comunicación tienen un efecto muy importante sobre la visión que nos conformamos del mundo. Influyen en lo que pensamos sobre un tema y en cómo lo asume y legisla la sociedad, marcan la agenda de los temas de interés para la sociedad (lo que no sale en los medios no existe y sobre lo que se publica se centra la atención y se puede presionar para tomar medidas) y tienden a cumplir las que se entienden por sus tres funciones fundamentales, como son las de informar, formar y entretener.

La percepción que la sociedad tiene de los medios de comunicación no es, en ocasiones, muy positiva debido a que se les coloca la etiqueta de utilizar un cierto sensacionalismo para ganar audiencia, de estar sujetos a intereses políticos y empresariales y de seguir una agenda de temas excesivamente marcada por los acontecimientos políticos y alejada en cierto modo de los intereses reales de los ciudadanos.

Desde los medios muchas veces se tiende a exagerar o a hacer excepcional algún hecho con el fin de encontrar la diferenciación con el resto de medios, aunque a veces el hecho informativo en sí ya es de por sí lo suficientemente llamativo, como ocurre con todos los aspectos que rodean a la Ley de Dependencia.

Lo que informativamente hablando debía haberse convertido en un hecho noticiable por la novedad del enorme apoyo que iba a suponer para las personas dependientes se ha convertido en algo noticioso por las dificultades de su aplicación y creo, como integrante de la audiencia de los medios, que este hecho no beneficia en el sentido de que la sociedad tenga una imagen positiva de las personas en situación de dependencia, pues se acaba pensando que necesitan más compasión que en realidad la aplicación de una ley que les ofrece unas ayudas para que puedan tener una vida digna y con sus especiales necesidades cubiertas.

Sin embargo, la crítica que he realizado en esta introducción hacia la actitud que tienen en muchas ocasiones los medios de comunicación, en este caso no debe entenderse como tal en su totalidad o aplicada al tratamiento de la Ley de Dependencia. En el caso del tratamiento de la Ley de Dependencia simplemente reflejan una realidad que es la que se está produciendo y que por desgracia no es la más favorable para este colectivo.



Esto fue el principio:

EL PAÍS COM | Sociedad Lunes, 22/03/2009, 11:17 h

Inicio Internacional España Deportes Economía Tecnología Cultura Gente y TV **Sociedad** Opinión Blogs Participa

El Viajero | El País semanal | Domingo | Salud | Futuro | Educación | Astronomía

ELPAÍS.com > Sociedad

El Consejo de Ministros aprueba la Ley de Dependencia, "un nuevo derecho universal"

Caldera asegura que se trata de una ley "hecha por todos y para todos"

ELPAÍS.es - Madrid - 21/04/2009

Esto lo que ha ido viniendo después:

informacion.es NOTICIAS HEMEROTECA » © EN
El periódico de la provincia de Alicante **Alicante**

INICIO EDICIONES SECCIONES DEPORTES OPINIÓN PAR

Titulares Fotos Vídeos Lo más votado Opinión Club INFORMACION Documentos Suplementos Espe

Información.es » Alicante ← →

MANIFESTACIÓN

Dos mil personas exigen al Consell en Alicante la aplicación de la Ley de Dependencia

Organizadores y afectados reclaman al Gobierno que "pida cuentas" a la Generalitat sobre los fondos transferidos a la Comunidad



Portada > Valencia

REUNIÓN EN VALENCIA

Las comunidades del PP reclaman el 'pago inmediato' de 100 millones para Dependencia

- Los consejeros de estas autonomías dicen que el Gobierno central 'mira a otra parte'
- Exigen una financiación 'suficiente y asegurada en el tiempo' y un 'marco regulador'
- Piden mecanismo de 'coordinación' y una 'revisión del procedimiento de aplicación'

Jueves 13 de diciembre de 2007 Contacte con INFORMACION.es | RSS

informacion.es NOTICIAS
El periódico de la provincia de Alicante **Alicante**

HEMEROTECA » EN

INICIO EDICIONES SECCIONES DEPORTES OPINIÓN PART

Alicante Elche L'Alacantí Alcoy Benidorm/Marina Baixa Marina Alta Elda Vega Baja/Baix Vinalopó

Información.es » Alicante

ATENCIÓN SOCIAL

La Comunidad es una de las más atrasadas en ayudas a la dependencia

★★★★★

Pero tratemos de analizar la cuestión desde el punto de vista informativo

2.- ¿Por qué se ha producido esta evolución en la naturaleza de las noticias?

Evidentemente porque es lo que en realidad ha sucedido y está sucediendo y es lo que al final queda reflejado en los medios.

Debemos tener en cuenta que, en general, las buenas noticias no son noticia y que se tiende a llevar a las páginas de los periódicos aquellos temas que generan polémica o confrontación.

Además, y sin querer profundizar técnicamente en los factores que influyen en que un hecho se convierta en noticia, hay que decir también que uno de ellos es el interés humano que es capaz de despertar en la audiencia, y los temas relacionados con las personas en situación de dependencia entran de lleno en este criterio valorativo.

No creo que se pueda hablar en este caso de que la línea editorial de los medios pueda estar dando, en general, una visión distorsionada de la realidad en este caso, como puede pensarse cuando uno compara las noticias de información política de diferentes medios y ve que según la tendencia de las páginas que se tengan entre manos tenemos una u otra visión de la realidad.

En este sentido viene bien recordar unas declaraciones del presidente de la Coordinadora de Personas con Discapacidad Física y Orgánica de la Comunidad Valenciana (COCEMFE-CV), Carlos Laguna, en las que indica que "la discapacidad" "no tiene ni ideología ni color", manifestaciones que en este caso se hacen buenas, ya que sea cual sea la tendencia que tenga un medio, el tratamiento de la este ley en sus páginas cuenta siempre con tintes polémicos.



Lo ideal en la puesta en marcha de una ley de carácter social como la que nos ocupa sería que diese pie a noticias de continua y progresiva aplicación de la cobertura que da la misma a los afectados, de sus beneficios, de los puestos de trabajo que está generando y de cualquier otro aspecto positivo que podamos imaginar.

Pero en este caso la situación es distinta.



Portada > **Solidaridad**

ÚLTIMO INFORME SOBRE DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA DEL INE

De los casi 4 millones de discapacitados españoles, un millón no recibe ayuda

EL PAÍS edición impresa | C. VALENCIANA Domingo, 29/3/20

Primera Internacional España Economía Opinión Vifetas Sociedad Cultura Tendencias Gente Obituarios Deportes Pantallas Últ

ELPAÍS.com Edición impresa C. Valenciana

Alarte vincula 17.000 empleos a la aplicación de la ley

EL PAÍS - Valencia - 19/01/2009

Vota | Resultado ★★★★★ 3 votos 📄 📧

Jorge Alarte, secretario general del PSPV, aseguró hoy que si el presidente de la Generalitat Francisco Camps "aplicase la Ley de Dependencia, en la Comunidad Valenciana estarían trabajando 17.000 personas más" en distintos servicios de atención

Descubre nuestro visor de la edición impresa. Permite visualizarla y descargarla ver demo SUSCRIBIRSE

Domingo 02 de diciembre de 2007 Contacte con INFORMACION.es | RSS

informacion.es NOTICIAS HEMEROTECA » EN
El periódico de la provincia de Alicante **Alicante**

INICIO EDICIONES SECCIONES DEPORTES OPINIÓN PARTI

Alicante Elche L'Alacantí Alcoy Benidorm/Marina Baixa Marina Alta Elda Vega Baja/Baix Vinalopó

Informacion.es » Alicante 🔍 ➕

BIENESTAR SOCIAL

El bloqueo a la Ley de Dependencia obliga a los ayuntamientos a despedir a 200 trabajadores

No cabe duda de que hay otras leyes cuya aplicación tampoco esta exenta de noticias polémicas: caso de la ley de violencia de género cuando hay un fallo en su aplicación que provoca una víctima, caso de la ley de memoria histórica cuando hace que provoque la eliminación de un icono o cambio en denominación de una vía pública, etc.

Pero sea de una forma o de otra se trata de casos en los que la noticia tiene que ver con la aplicación real de la norma y su puesta en práctica, mientras que en el caso de la Ley de Dependencia nos encontramos con que la inmensa mayoría de noticias tienen que ver con:

- La no aplicación de la norma



Portada > **Solidaridad**

ÚLTIMO INFORME SOBRE DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA DEL INE

De los casi 4 millones de discapacitados españoles, un millón no recibe ayuda

- Con su judicialización

| 8 |

Alicante



Cientos de personas durante la movilización que se realizó en Alicante para reclamar la Ley de Dependencia. (CARLOS MONTECÁ)

Los dependientes llevarán a Bienestar al juzgado de lo Social por incumplir la ley

37 asociaciones de discapacitados denuncian la situación insostenible que viven las familias



- Con los enfrentamientos políticos que genera

El Consell bloquea la Dependencia, según el PSPV

18 de marzo de 2009

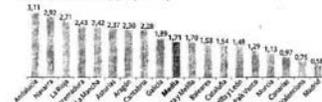
El PAÍS. miércoles 4 de marzo de 2009

sociedad

Las cifras de la dependencia en las comunidades autónomas

■ SOLICITANTES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN

Situación a 1 de marzo de 2009 (% de población)



■ DICTÁMENES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN

Situación a 1 de marzo de 2009 (% de población)



■ PRESTACIONES RECONOCIDAS

Situación a 1 de marzo de 2009

Comunidad Autónoma	Pen. Depend. y Prest. Reconocidas		Tercer/Quinto Depend.		Ayuda económica		Centros de Día/Noche		Atención residencial		F. Rehabilitación (servicio)		F. Rehabilitación familiar		F. Rehabilitación personal		Prestaciones psiquiátricas		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Andalucía	7	0,00	11.080	7,96	32.210	20,54	5.251	3,35	12.778	8,15	1.915	1,22	48.808	31,16	20	0,01	46.912	28,51	144.252
Aragón	0	0,00	0	0,00	0	0,00	533	2,30	2.566	11,07	1.550	6,69	3.999	25,74	0	0,00	12.175	24,17	21.877
Asturias	0	0,00	20	0,13	491	3,14	406	2,60	2.818	18,02	849	2,23	4.224	27,01	0	0,00	6.491	46,88	14.508
Baleares	0	0,00	0	0,00	0	0,00	211	2,00	771	7,33	16	0,15	2.529	23,84	1	0,01	5.719	66,67	8.656
Canarias	0	0,00	0	0,00	0	0,00	331	3,18	295	2,80	9	0,09	1.116	12,65	0	0,00	7.385	85,28	12.654
Cantabria	0	0,00	0	0,00	344	3,54	516	5,31	2.187	21,68	0	0,00	3.325	32,16	0	0,00	2.804	37,31	9.490
Castilla y León	273	0,85	217	0,68	1.599	5,01	631	1,98	6.082	19,07	4.440	13,92	6.325	19,83	31	0,10	13.314	38,65	29.282
C. La Mancha	0	0,00	527	1,55	83	0,19	234	0,69	4.724	14,01	711	0,63	9.029	26,52	4	0,01	17.516	55,99	31.010
Cataluña	0	0,00	2	0,00	2.390	2,39	512	0,54	4.994	5,19	7.289	7,65	26.310	27,65	15	0,02	48.798	56,56	88.324
C. Valenciana	1	0,00	0	0,00	0	0,00	580	1,82	9.803	30,82	617	1,94	4.110	12,92	0	0,00	15.014	32,49	29.018
Extremadura	258	1,81	0	0,00	1.090	7,65	313	2,20	2.534	17,28	1.126	7,90	1.555	11,12	0	0,00	6.706	33,55	13.002
Galicia	88	0,27	90	0,24	2.375	6,42	570	1,54	3.317	8,97	1.094	2,96	14.238	38,49	23	0,06	16.538	41,01	36.524
Madrid	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2.766	6,64	18.831	49,82	11	0,03	1.227	3,71	0	0,00	14.572	48,78	30.990
Murcia	0	0,00	4	0,02	0	0,00	0	0,00	120	0,80	181	1,32	5.329	39,97	0	0,00	11.188	65,00	16.157
Navarra	0	0,00	113	1,81	0	0,00	177	1,59	1.160	10,42	1.149	10,32	6.125	55,01	1	0,01	2.487	21,64	9.988
País Vasco	0	0	2.187	2,82	4.764	16,99	3.375	12,03	7.700	22,40	806	2,85	8.890	31,54	337	1,20	0	0,00	22.509
La Rioja	19	0	165	2,32	191	2,65	464	6,57	707	9,93	101	2,54	1.376	19,33	0	0,00	4.151	56,44	6.599
Ceuta y Melilla	0	0,00	72	4,54	76	4,79	17	1,07	55	3,47	64	4,04	736	46,41	0	0,00	544	35,69	1.515
Total	656	0,12	34.402	2,55	46.429	13,19	16.907	2,89	76.011	13,40	21.022	3,79	151.291	26,68	432	0,08	233.648	32,40	326.889

Fuente: Ministerio de Educación, Política Social y Deportes (Inserad).

EL PAÍS

El Gobierno exige por decreto las cuentas de la Ley de Dependencia

Cortará fondos a las autonomías si siguen sin justificar las ayudas



Portada > Barcelona

CATALUÑA ACABARÁ PAGANDO MÁS DEL 80% DE LAS AYUDAS SIN AYUDAS DE MADRID

La Generalitat pagará la dependencia casi en su totalidad sin más fondos del Gobierno

- De los más de 64.000 ciudadanos que deberían recibir la ayuda, sólo lo hacen 31.000
- En 2008 Cataluña está financiando el 76%, mientras que el Gobierno, el 24%
- Una plaza en un centro cuesta en Cataluña una media de 1.820 euros

ABC.es

PORTADA OPINIÓN ACTUALIDAD DEPORTES ECONOMÍA GENTE TV VIVIR PARTICIPACIÓN MULTIMEDIA

España Internacional Cultura Toros Madrid Sevilla Toledo/CLM Comunidad Valenciana

ABC.es > Noticias de Actualidad > España > Noticias de Ciencia y Sociedad

Impresión Enviar por email Rectificar Comentar 9 comentarios

Cataluña se plantea suspender la Ley de Dependencia por falta de dinero

IVA ANGUERA DE SOJO | BARCELONA | Lunes, 06-10-08

A+ A-

- Con su llegada incluso a instituciones como el Defensor del Pueblo, el Síndic de Greuges o la propia Casa Real

Jueves 31 de enero de 2008 Contacte con INFORMACION.es | RSS

informacion.es
El periódico de la provincia de Alicante

NOTICIAS
Alicante

HEMEROTECA » EN

INICIO

EDICIONES

SECCIONES

DEPORTES

OPINIÓN

PAR

Alicante Elche L'Alacantí Alcoy Benidorm/Marina Baixa Marina Alta Elda Vega Baja/Baix Vinalopó

Información.es » Alicante



LEY DE DEPENDENCIA

Discapacitados denuncian ante la Síndic la falta de ayudas

ELPAÍS.COM | Sociedad

Domingo, 29/3/2

Inicio Internacional España Deportes Economía Tecnología Cultura Gente y TV **Sociedad** Opinión Blogs

Participa

El Viajero | El País semanal | Domingo | Salud | Futuro | Educación | Astronomía

ELPAÍS.com > Sociedad

El Defensor del Pueblo investiga los retrasos de la Ley de Dependencia

Enrique Múgica ha recibido "bastantes" quejas por las valoraciones de los ciudadanos

CARMEN MORÁN - Madrid - 26/03/2009



Portada > Valencia

VECINO DE ORIHUELA

Un alicantino pide a la Reina que interceda para que se aplique la Ley de Dependencia

- Su madre padece la enfermedad de Alzheimer y presenta una minusvalía del 100%
- Casa Real ha remitido la carta al Ministerio y a la Conselleria de Bienestar Social

- Y con manifestaciones de protesta por toda la polémica que está generando



Portada > Valencia

LAMENTAN QUE SEA FUENTE DE DISPUTAS

Centenares de personas exigen en Valencia la aplicación urgente de la Ley de la Dependencia

- La marcha cívica se ha detenido en la Delegación del Gobierno y el Palau de la Generalitat
- Los manifestantes portaban pancartas como 'Camps, Zapatero, sois embusteros'
- COCEMFE ha entregado en la sede del Consell las más de 33.000 firmas recogidas

Actualizado viernes 07/11/2008 12:43 (CET)

EFE



3.- ¿Qué términos se manejan en los medios con respecto a esta ley?

Con todo lo dicho hasta el momento son de imaginar las connotaciones negativas del lenguaje utilizado en las informaciones sobre Ley de Dependencia y a modo de breve repaso y recuerdo de un gran número de noticias les cito sólo unos cuantos términos bastante elocuentes:

- La controvertida aplicación de la Ley de Dependencia
- Improvisación
- Problema de medios y presupuestos

Competencias de Enfermería - Cuidados en Situaciones de Dependencia

- Denunciar
- Retrasos
- Sólo se han cubierto
- Sólo se ha aplicado
- Insostenible situación
- Tardanza en el cobro de las prestaciones
- Queja
- etc.

4.- ¿Qué imagen dan de los dependientes los medios?

A mi modo de ver, los medios de comunicación presentan al colectivo de dependientes con todo este tipo de noticias como un colectivo que en cierto modo ronda lo marginal por su desfavorecida situación social, un colectivo que representa una carga para quienes están a su cuidado más que como un colectivo integrado por personas que, con la ayuda necesaria dadas sus limitaciones, pueden llevar una vida normal perfectamente integradas en la sociedad.

Y, por desgracia, nos encontramos con noticias tan rocambolescas y escabrosas como éstas.

The screenshot shows the homepage of elmundo.es, a Spanish news website. The main navigation bar includes categories like PORTADA, ESPAÑA, MUNDO, OPINIÓN, DEPORTES, ECONOMÍA, VIVIENDA, CULTURA, CIENCIA, SALUD, TECNOLOGÍA, COMUNICACIÓN, TV, and SOLIDARIDAD. A search bar is visible with the text 'en elmundo.es'. Below the navigation, there's a banner with the text 'Y juntos lo var'. A section titled 'ENCUENTROS' features a link to 'Consulta a la experta en Bolsa, Natalia Aguirre'. The main article is titled 'LEY DE DEPENDENCIA | La aplicación' and 'Una familia recibe un céntimo de ayuda a la Dependencia'. A video player is embedded in the article, showing a document with the text 'servici reconeguts: Prestació econòmica a partir de : 15/06/2007' and 'mensual any 2007: 0,01 euros'. A sidebar on the right lists 'Notícies més llegides' and 'Blogs més llegides'. The page footer includes 'Enviar a un amigo', 'Valorar', 'Imprimir', 'En tu móvil', and 'Pésalo'.



JIJONA

El Ayuntamiento denuncia que 31 de los 142 dependientes que pidieron ayuda han fallecido antes de recibirla

5.- ¿Qué consecuencias tiene esto?

Las consecuencias no pueden ser otras que las del desarrollo por parte del resto de la sociedad de una actitud propia de la que se adquiere ante colectivos marginales, un tipo de marginalidad distinta a la de otros colectivos a los que se percibe como una amenaza para la sociedad, pero marginalidad, al fin y al cabo, dado ese carácter de desfavorecimiento social al que me he referido.

Cuando lo ideal en beneficio de la imagen de este colectivo sería encontrar noticias como ésta...

Un nómada sin barreras

Albert Casals, un joven catalán en silla de ruedas recorre el mundo solo, sin apenas dinero y haciendo autoestop

DIVINA BEAS BARCELONA

El joven catalán de 18 años **Albert Casals**, a quien una leucemia infantil condenó a desplazarse en **silla de ruedas**, lleva cuatro años recorriendo el mundo solo, haciendo autoestop y sin apenas dinero porque confiesa que «así soy feliz». Albert Casals explica, con una autenticidad inusual y una lógica aplastante y muy sencilla, que su vida es la búsqueda de la felicidad y que lo que le hace más feliz es viajar y conocer personas «totalmente diferentes a las de aquí».

Por eso, su vida los últimos años está llena de recuerdos de viajes a los que dedica varios meses al año y que le han llevado a recorrer casi toda Europa, el sudeste asiático, Latinoamérica y Japón. Su experiencia por todo el mundo la ha resumido en *El món sobre rodes (El mundo sobre ruedas)*, un libro publicado por Edicions 62 y que promociona estos días, y que próximamente se publicará en castellano. En el libro, en el que se intercalan sus



cuando era pequeño, planteó a sus padres, a los catorce años, sus ganas de comenzar a viajar solo y con un presupuesto reducidísimo: 3 euros al día.

Sin miedo

Como era menor, cuando empezó a viajar sus padres le tuvieron que hacer un permiso para que no tuviera problemas en las aduanas, pero él asegura que su padre y su madre le dejan ir solo porque «yo estoy bien y feliz», aunque se comunica con ellos, a quienes dedica el libro, por correo electrónico cuando está fuera de casa.

Tras un viaje inicial a Bruselas acompañado por su padre para que se aprendiera qué debía tener en cuenta a la hora de ir por el mundo con su silla de ruedas, Albert ha viajado en los últimos años con el convencimiento de que «todas las personas tienen algo bueno» y que, por este motivo, «no hay que tener miedo». «He vivido con ladrones y con traficantes de drogas, y nunca me ha pasado nada malo», explica. Y que prevé iniciar una nueva aven-

... lo que encontramos son otras muy distintas en otro tono y con unas fotografías muy diferentes.

EL PAÍS edición impresa | SOCIEDAD Domingo, 29/3/2009

Primera Internacional España Economía Opinión Viñetas Sociedad Cultura Tendencias Gente Obituarios Deportes Pantallas Últim

ELPAÍS.com Edición impresa Sociedad

Dependientes a los que no les salen las cuentas

Algunos afectados renuncian a ayudas porque les obligan a dejar otras

CARMEN MORÁN - Madrid - 20/03/2009



Portada > Solidaridad

ÚLTIMO INFORME SOBRE DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA DEL INE

De los casi 4 millones de discapacitados españoles, un millón no recibe ayuda

Actualizado miércoles 05/11/2008 17:58 (CET)

EUROPA PRESS

MADRID.- El número de personas residentes en hogares españoles que declaran tener alguna discapacidad asciende a 3,84 millones de personas. De estas 1,39 millones **(36%) no pueden realizar alguna de las actividades básicas de la vida diaria sin ayuda**, según la encuesta 'Discapacidad, Autonomía Personas y situaciones de Dependencia 2008' del Instituto Nacional de Estadística (INE).

El estudio señala que más de un millón de



6.- ¿A qué conclusión podemos llegar tras el análisis realizado y a tenor de lo expuesto?

Que en general las noticias que aparecen en los medios de comunicación sobre la Ley de dependencia tienen un tono negativo.

Que los medios en este caso no han tratado el tema tanto en función de su línea editorial, sino que no han sido más que un mero reflejo de una realidad que pasa por el enfrentamiento político con respecto a una norma que debería aplicarse en beneficio social pero que lejos de conseguirse esto lo que provoca es una fuerte polémica y enfrentamiento social.



Que la imagen que subyace con respecto a esta norma es la de un enfrentamiento político.

| 2 |



LEY DE DEPENDENCIA

LAJ P/0000000000
2011 10 14 2009

El Gobierno castiga a la Comunitat en el reparto de fondos de la Dependencia

El Ejecutivo premia a las regiones con más dictámenes evaluados y la valenciana está a la cola

El Consell considera "insuficientes" las ayudas, que suponen 35 céntimos al día por dependiente

Y que, como decía al principio, se acaba transmitiendo una sensación que indica que las personas dependientes necesitan altas dosis de compasión dada su desfavorecida situación social a causa de la imposibilidad de aplicar una ley que de ponerse en práctica adecuadamente les posibilitaría llevar una vida digna y son sus necesidades cubiertas.

**La situación de dependencia y
el envejecimiento de la
población como telón de fondo.
Análisis sociológico**

Prof. Dr. Raúl Ruiz Callado
Universidad de Alicante



¿Por qué interesa hoy el estudio de la dependencia?

- Aumento de la esperanza de vida
- Envejecimiento de la población
- Mayor número de personas discapacitadas
- Necesidad de adoptar políticas que garanticen el cuidado y atención de las personas mayores.

La dependencia es "aquel estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria" (Consejo de Europa).

Una persona se considera en situación de dependencia si concurren tres circunstancias.

1. Limitación física, psíquica o intelectual que merma capacidades de la persona.
2. Incapacidad para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria.
3. Necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

¿Cuáles son las actividades básicas de la vida diaria?

- Ver, oír, comunicarse.
- Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas.
- Desplazarse dentro y fuera del hogar, utilizar brazos y manos.
- Cuidar de sí mismo.
- Realizar las tareas del hogar.
- Relacionarse con otras personas.

¿A qué llamamos envejecimiento de la población?

- La población de 65 y más años representa el 16,8% del total de la población española.
- Envejecimiento de los más viejos.
- Feminización de la vejez (Tabla 1)



Tabla 1. Población española de 65 y más años por grupos de edad y sexo

Grupos de edad	de	Ambos sexos	Hombres	%	Mujeres	%	Ratio
65 y más		7.631.826	3.189.968	41,8	4.341.858	56,9	73/100
65-69		1.939.464	869.799	44,8	969.665	55,2	90/100
70-74		1.993.753	903.141	45,1	1.090.612	54,9	83/100
75-79		1.652.055	702.414	42,5	949.641	57,5	74/100
80-84		1.161.073	444.042	38,2	717.031	61,8	62/100
85 y más		885.481	270.572	30,5	614.909	69,5	44/100
Nacidos		482.957	249184	51,6	233773	48,4	106/100
Población		45.200.737	22.339.962	49,4	22.860.775	51,6	98/100
65 y más		7.631.826	3.189.968	41,8	4.341.858	56,9	73/100

Fuente: R. Ruiz Callado. Elaboración propia a partir de INE: Avance del Padrón a 1-01-2008

Tabla 2. Evolución de la estructura por edades de la población española (%) (1900-2007)

Años	De 0 a 14 años	De 15 a 64 años	De 65 y más años
1900	33,5	61,3	5,2
1910	34,0	61,5	5,5
1920	32,3	62,4	5,2
1930	31,6	62,3	6,1
1940	29,9	63,6	6,5
1950	26,2	66,6	7,2
1960	27,4	64,4	8,2
1970	27,7	62,7	9,6

Competencias de Enfermería - Cuidados en Situaciones de Dependencia

1980	25,6	63,1	11,3
1990	19,5	66,7	13,8
2000	14,2	68,6	17,1
2005	14,2	68,2	17,6
2007	14,3	68,8	16,8

Fuente: R. Ruiz Callado. Elaboración propia a partir del INE, Censos y Padrones correspondientes a cada año.

Europa envejece

- En la actualidad, hay en Europa unos 42 millones más que en 1980, de personas de 70 y más años (lo que supone un incremento de 40%).
- El porcentaje de mayores ha aumentado considerablemente en todos los países excepto Irlanda.
- En Grecia, Finlandia y Portugal, el porcentaje de la población de 65 y más años se ha duplicado entre 1960 y 1997.
- Le siguen en la misma línea Italia y España.
- Las proyecciones de población predicen que el proceso de envejecimiento no está todavía acabado.
- De acuerdo con Naciones Unidas, la población de 65 y más años llegará a 95,6 millones en 2050 (lo que supondrá el 29% de la población).

Causas del envejecimiento de la población

- Los países desarrollados envejecen como consecuencia de los cambios demográficos:
- La principal causa del envejecimiento es el descenso de la fecundidad.
- En segundo lugar, el descenso de la mortalidad a edades avanzadas.

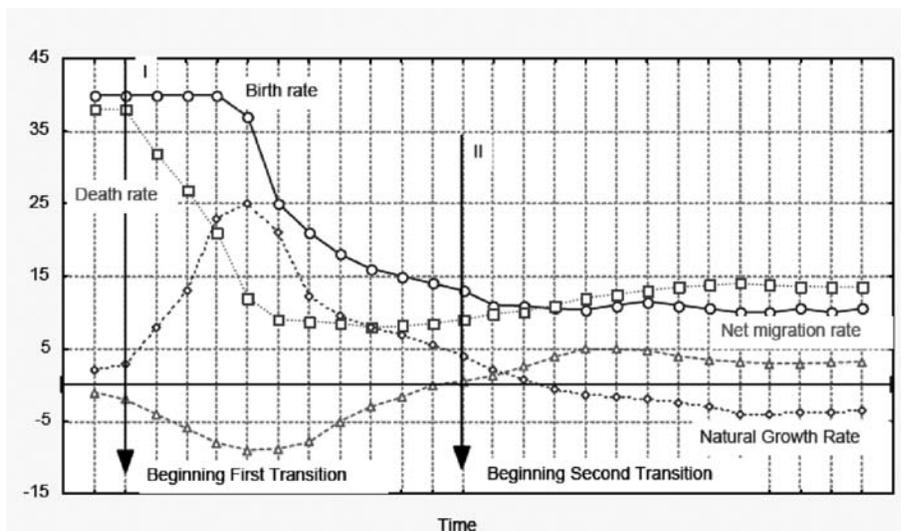


Tabla 3. Evolución de los principales indicadores demográficos de España (1900-2007)

Años	Tasa Bruta de Natalidad (Nacimientos por 1000 hs.)	Tasa de Fecundidad Total, (Nº medio de hijos por mujer)	Tasa Bruta de Mortalidad (Defunciones por 1000 hs.)	Tasa de Mortalidad Infantil (Defunciones de 0-1 años por 1000 nacidos)
1900	33,8	4,7	28,8	185,9
1910	32,6	4,4	22,9	149,3
1920	29,4	4,1	23,2	165,0
1930	28,2	3,6	16,7	117,1
1940	24,4	2,9	16,5	108,7
1950	20,1	2,4	10,8	64,2
1960	21,6	2,7	8,8	35,5
1970	19,5	2,8	8,4	22,0
1980	15,2	2,3	7,7	12,3
1990	10,1	1,3	8,5	8,0
2000	9,9	1,2	8,9	4,4
2005	10,7	1,3	8,9	4,1
2006	19,9	1,3	8,4	4,0

Fuente: R. Ruiz Callado. Elaboración propia a partir del INE: Movimientos Naturales de la Población correspondientes a cada año.

Modelo de la primera y la segunda transición demográfica



La segunda transición demográfica se caracteriza por:

- Descenso de la tasa de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo.
- Aumento de la esperanza de vida al nacer. Aumento de la longevidad.
- Crecimiento bajo de la población (crecimiento natural negativo sólo compensado por la inmigración).
- Como resultado de lo anterior, la estructura por edades se ha visto alterada. Estructura envejecida.
- Retraso de la edad a la maternidad.
- Aumento del número de hijos nacidos fuera del matrimonio.
- Reducción del tamaño familiar y cambios en la estructura de la familia.
- Descenso del número de matrimonios y matrimonios más tardíos.
- Inestabilidad matrimonial y aumento de las tasas de divorcio.
- Incremento de la cohabitación.
- Aumento de las parejas sin convivencia común (LAT).
- Aumento de las personas que viven solas (hogares unipersonales).
- Aumento de las parejas de hecho (homo y heterosexuales).
- Aumento de los matrimonios sin hijos (DINKIS).
- Aumento de las familias monoparentales.
- Aumento de las familias reconstituidas.



El descenso de la fecundidad ha sido provocado por:

- Disponibilidad de métodos anticonceptivos.
- Factores económicos:
 - Valor económico del tiempo de tener hijos.
 - Los hijos no son vistos como fuente de seguridad (no suponen ingresos por productividad ni son un seguro de vida en la vejez).
 - Costes de oportunidad en sociedades con alta participación de la mujer en el mercado laboral.
- Factores sociológicos y culturales:
 - Desaparición de las diferencias en el acceso a la educación entre hombres y mujeres en Europa occidental.
 - Aumento de la incorporación de la mujer al mercado laboral:
 - Con ello aumenta el coste de oportunidad de tener hijos.
 - A medida que el salario de la mujer aumenta también aumenta el coste de oportunidad de tener hijos.
 - Desempleo.
 - Inestabilidad matrimonial.
 - Escasa implicación de los varones, a pesar de los cambios de actitud.
- Incongruencia institucional (en ciertos países) entre instituciones que favorecen la igualdad de género y otras que la impiden:
 - En países con sistemas de bienestar poco desarrollados y "familistas".
 - Escasas facilidades para conciliar la vida laboral y familiar.

Tabla 4. Evolución de la esperanza de vida al nacer de la población española (1900-2006)

Años	Varones	Mujeres	Diferencia
1900	33,8	35,7	1,9
1910	40,9	42,5	1,6
1920	40,2	42,0	1,8
1930	48,3	51,6	3,3
1940	47,1	53,2	6,1
1950	59,8	64,3	4,5

Competencias de Enfermería - Cuidados en Situaciones de Dependencia

1960	67,4	72,1	4,7
1970	69,5	75,0	5,5
1980	72,5	78,6	6,1
1990	73,4	80,5	7,1
2006	76,9	83,5	6,6

Fuente: R. Ruiz Callado. INE: Tablas de Mortalidad, Anuarios Estadísticos de España.

Factores que han contribuido al aumento de la esperanza de vida:

- Avances en medicina y salud:
 - Erradicación de muchas enfermedades contagiosas e infecciosas.
 - Avances en el tratamiento de enfermedades degenerativas.
 - Mejoras nutricionales y de salud.
- Factores sociales:
 - Riqueza relativa de las sociedades europeas.
 - Reducción del número de horas de trabajo a lo largo de la vida.

Consecuencias del envejecimiento e implicaciones en los Estados del Bienestar:

- Aumento del gasto sanitario.
- Aumento del gasto social destinado a pensiones.
- Provisión de cuidados informales y formales.

Las administraciones deben hacer frente a las consecuencias del envejecimiento en tres áreas:

- Políticas sanitarias.
- Políticas sociales.
- Políticas familiares.
- Tres líneas de actuación para paliar los efectos del envejecimiento y, consecuentemente, de la dependencia:
 - Empleo
 - Inmigración
 - Nacimientos



Visión interdisciplinar de la situación de dependencia

Carmen Román Pérez
Presidenta de la Asociación de Familiares de Alzheimer de Elche



Cuando en Diciembre de 2006 se aprobó con el consenso de todos los grupos políticos, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LEY DE DEPENDENCIA) todas las personas que durante años habíamos tenido a nuestro cargo familiares dependientes, vimos como un rayo de esperanza se abría ante nosotros, que poco sabíamos entonces del largo peregrinar que iba a suponer llevar a cabo esta Ley.

A partir del 11 de mayo del 2007, o sea hace dos años empezamos a tramitar papeles pero, ¡ah! cuál sería nuestra sorpresa y consiguiente desánimo al darnos cuenta que no se había nombrado personal cualificado para ninguno de los trámites que teníamos que hacer.

Nadie sabía nada, íbamos de un sitio a otro, sin que Ayuntamientos ni Conselleria ni los propios trabajadores sociales nombrados para tal efecto por una empresa privada AVAPSA, entre los que había profesionales desde profesores hasta Licenciados en Económicas supieran lo que había que tramitar.

La situación dos años después sigue siendo frustrante para la casi totalidad de las familias que ven que las solicitudes que se cursaron entonces aun no han tenido respuesta material.

En la Comunidad Valenciana se ha creado una Plataforma para la Defensa de la Ley de Dependencia de la cual formo parte, los últimos datos que tenemos en ELCHE son:

- 3.106 peticiones
- 65 resoluciones
- 236 fallecidos
- de 30 cobrando la prestación

En toda la Comunidad Valenciana los datos no son mucho mejores ya que de 35.502 peticiones sólo 15.100 tienen la resolución y de ellos 10.300 son residentes en geriátricos. Aquí es donde le han salido al Gobierno Valenciano las cuentas redondas, me explico:

Antes de la puesta en marcha de la LEY, la Conselleria de Bienestar Social tenía implantado en toda la Comunidad el Bono Residencia, con el cual subvencionaba a los usuarios de los geriátricos del 70 al 80% de su estancia en los centros. Pero llegó la LEY y ésta estipula el copago del 50% el Gobierno Central y 50% las Comunidades, ahí sí que se dieron prisa en valorar a todas las personas



que estaban ingresadas en los centros, ya que se ahorraban el 50% de los bonos y al mismo tiempo nos callaban a los que reclamábamos nuestros derechos ante la LEY diciendo que tenían más de un 30% de valoraciones ya resueltas. A todo esto hay que añadir que las residencias concertadas de la Comunidad Valenciana son la mayoría de familiares del Sr. Cotino.

Comunicaciones
Mesa Redonda



**Proyecto de Promoción de la
Salud y Participación comunitaria
en el Departamento de Salud de Elda**

Jiménez, A., Arroyo, G., Cremades, A., Ayala, C., Yañez, M.R., y Molina, J.



RESUMEN

OBJETIVOS

Mejorar la salud de los niños y adolescentes del departamento a través de la promoción de la salud y la participación comunitaria

METODOLOGÍA

Creación de una Comisión intersectorial del departamento con el fin de conocer los problemas comunitarios y proponer actuaciones que a través de la Unidad de Promoción de la Salud del Centro de Salud Pública de Elda y en coordinación con la Dirección de Atención Primaria, enmarcara estas actuaciones en la creación y seguimiento de programas de salud.

RESULTADOS

En Noviembre del 2005 se crea la Comisión de Promoción de la Salud y Participación Comunitaria del departamento 18 con miembros de diferentes sectores: docente, sanitario, municipal, ONGs, etc. En esta Comisión y tras la presentación del Análisis de mortalidad del Dpto. 18 para el periodo 1991-2000, elaboración de un listado de actividades comunitarias existentes en el Departamento (Mapa de Participación Comunitaria del Dpto.) y creación de grupos de trabajo multidisciplinarios en cada Zona Básica de Salud se detectan las necesidades del departamento y tras la priorización de los problemas de salud para intervenir y con los recursos de que se disponen en el departamento se decide actuar en educación sexual, obesidad infantil, accidentes de tráfico, y tabaquismo. Con este fin desde la Unidad de Promoción se diseñan los siguientes programas: Programa de Educación Afectivo - sexual en 4º de ESO, Programa de Prevención de la Obesidad en Educación Infantil, Programa de Deshabitación Tabáquica y Programa de Prevención de Accidentes de Tráfico, que se inician en el año 2007. En curso 2008-2009 se añade al Proyecto el Programa del Adolescente dirigido a los jóvenes de 12 a 18 años.

RESULTADOS

En el Programa de Prevención de la Obesidad Infantil se consiguió una participación del 94% de los colegios del departamento con un 99% de los niños de 5 años, con respecto al Programa de Educación Sexual el nivel de conocimientos



y las actitudes de los jóvenes ha aumentado tras la intervención. Se ha formado en el Departamento un grupo de Educación para la Salud, contando con al menos una enfermera/o por Centro de Salud, que serán los encargados de realizar las actividades de los Programas del Adolescente y Deshabituación tabaquica. Las actividades de Prevención de accidentes de Tráfico se llevan acabo por una Comisión formada por sanitarios, policías locales, DGT, lesionados medulares, etc.

CONCLUSIÓN

La participación comunitaria e intersectorial del abordaje de las necesidades de salud y las actuaciones que de ellas se derivan, se manifiestan como estrategias de intervención positivas en promoción de la salud.

**Estudio de necesidades
formativas en el colectivo de
docentes de Novelda**

Durá, M^o.A., Jiménez A, Ayala C, Pérez, R.



OBJETIVOS

- 1°. Conocer las necesidades formativas de educación para la salud del colectivo de docentes de educación infantil, primaria y secundaria del municipio de Novelda.
- 2°. Analizar el nivel de conocimientos que sobre primeros auxilios tienen dichos docentes.

METODOLOGÍA

Estudio poblacional observacional descriptivo. Aplicación de una encuesta autocumplimentada y anónima al universo de docentes de los 11 centros educativos públicos y concertados de educación infantil, primaria y secundaria del municipio de Novelda de la Comunidad Valenciana, previa presentación del mismo, por enfermeros y enfermeras del Departamento de Salud 18, en cada centro docente. Se realiza posteriormente análisis estadístico descriptivo de las variables estudiadas en el cuestionario.

RESULTADOS

Se espera recoger alrededor de 250 encuestas y obtener una tasa de respuestas del 75% por centro y por nivel educativo). Pendiente de analizar los datos.

CONCLUSIÓN

No existen resultados y por lo tanto tampoco conclusiones, al estar en estos momentos en fase de recogida de datos.



**Competencias del supervisor general
Una experiencia de 25 años**

Ortiz Cencerrado, A. M^ª.; Verdejo Almendros, A.; Pérez Martínez, D.;
Martínez Davó, R.; Ferrer Hernández, M^ª. E.



RESUMEN

Introducción

Los cambios acontecidos en la práctica de la figura del Supervisor General han ido al unísono con los sucesivos planes de estudios modificados en el tiempo por la legislación.

El Hospital de Elda se inaugura en noviembre de 1983, desde entonces ya se cuenta con la figura del Supervisor General con presencia física, en número de tres, uno de tardes fijas y dos de noches fijas.

Desde 1983 hasta hoy se han producido una serie de cambios en las competencias de los enfermeros, el supervisor general asume nuevas responsabilidades en su rol.

Objetivos

Identificar los sucesivos cambios en las competencias del supervisor general en una etapa de 25 años. Detectar deficiencias de funcionamiento. Mejorar la calidad en la práctica profesional. Favorecer la comunicación entre profesionales en el trabajo.

Material y método

Investigación histórica. Análisis de la experiencia de 25 años. Recogida de datos: Libros de relevo del Supervisor General. Memorias de enfermería. Relatos de los supervisores generales.

Resultados

Mayor formación e información, mejora de la planificación de actividades.

Avance en las competencias. Incorporación de nuevas leyes en defensa de los trabajadores y usuarios. Incorporación de nuevas competencias.

Conclusiones

El Supervisor General es el eslabón entre la dirección y el personal asistencial. La posición y contribución del Supervisor como enfermero gestor es fundamental para potenciar el papel de la enfermería, asegurar unos cuidados de calidad y garantizar su continuidad en un entorno marcado por la complejidad.

Palabras clave

Supervisor General, gestión de recursos, gestión de cuidados, competencias.



INTRODUCCIÓN

Los cambios acontecidos en la práctica de la figura del supervisor general han ido al unísono con los sucesivos planes de estudios modificados en el tiempo por la legislación.

En 1915 mediante Real Orden del 7 de mayo de 1915, se legitimó el título de enfermera publicándose el programa oficial de estudios (Gaceta, 21 de mayo de 1915). En 1931 se exigía el cumplimiento del programa de estudios y de la unificación del título de enfermera en todo el país. Fue en 1952, mediante el decreto del 27 de junio de 1952 se refundieron los planes de estudios de practicantes, enfermeras y matronas en uno solo. Atendiendo a la Orden Ministerial del 1 de abril de 1977 daba lugar la integración de las Escuelas de A.T.S. como Escuelas Universitarias de Enfermería.

En los primeros tiempos existía la figura de enfermera jefe o enfermero mayor. En el estatuto de personal de la Seguridad Social de 1973, una Enfermera ejercía el cargo de Supervisora, dependiendo jerárquicamente de la Jefatura de Enfermeras, y esta dependía de la dirección del centro. Tras la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986; B.O.E. 25/abril) se definen las competencias y los puestos de trabajo.

El Hospital de Elda se inaugura en noviembre de 1983, desde entonces ya se cuenta con la figura del Supervisor General con presencia física, en número de tres, uno de tardes fijas y dos de noches fijas.

En 1995, se contrata a un Supervisor General más, modificándose el turno. Este cambio se debe a necesidades asistenciales, formativas y de libranzas, y en 1996 se hace cargo de la gestión de camas en su turno de trabajo.

Al reconstruir la historia hay situaciones en las cuales es importante incorporar los acontecimientos del contexto que se asocian a la experiencia. Desde 1983 hasta hoy se han producido una serie de cambios en nuestras competencias, las cuales se sitúan como objeto de nuestro estudio.

OBJETIVOS

- Identificar los sucesivos cambios en las competencias del Supervisor General en una etapa de 25 años de experiencia en el Hospital General de Elda.
- Detectar deficiencias de funcionamiento.
- Mejorar la calidad en la práctica profesional.
- Favorecer la comunicación entre profesionales en el trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Investigación histórica. Análisis narrativo de la experiencia laboral de 25 años.

Recogida de datos: Libros de relevo del Supervisor General. Memorias de enfermería. Análisis cualitativo de los datos obtenidos de los relatos de los 4 supervisores generales del Hospital General de Elda.

RESULTADOS

En base a la recogida de datos de las diferentes fuentes documentales y tras el análisis de los relatos escritos por los Supervisores Generales han emergido diversos temas que han sido agrupados en unidades significativas.

Evolución de la infraestructura hospitalaria

El Hospital de Elda se inaugura en 1983, las primeras unidades en funcionar fueron: Urgencias, Obstetricia, Ginecología, Cirugía General y Pediatría. Progresivamente fueron abriéndose las restantes unidades.

La ocupación de camas en 1985 era de 235 y en 2007 fue de 352. La estancia media en 1985 fue de 8,6 y en 2007 de 5,7.

Durante dos años de funcionamiento, el porcentaje de ocupación hospitalaria de pacientes era reducida (67) pasando a ser en 2007 de 76. Las estancias totales han pasado de ser 53.795 en 1985 a 98.044 en 2007.

La plantilla del equipo de enfermería constaba de 332 profesionales, en el año 2007 se incrementa para pasar a ser en la actualidad 913 profesionales.

El ratio de Enfermera/cama pasó de ser 0,74 en 1985 a 2.40 en 2007.

A partir de 1995, se agregan nuevos municipios al Área de Salud, aumentando de esta forma considerablemente la asistencia hospitalaria. De igual forma, se incorporan nuevas especialidades y unidades asistenciales como: Oncología, Hospital de Día, Cardiología. Espacios concretos, como las salas de estar de los pacientes, se convirtieron en habitaciones. También algunos despachos se reconvirtieron en consultas externas.

Posteriormente se abrieron nuevas unidades intentando optimizar el espacio. Por ejemplo en Urgencias, se transformó el quirófano de urgencias en una observación con nueve camas.

Paulatinamente la estructura sanitaria que emana de la gerencia única a nivel de recursos humanos, gestión económica y atención sanitaria va tomando cuerpo. Año a año la consolidación del Departamento 18 se va notando con el incremento de recursos, servicios y asistencias.



El número de habitantes (padrón de 31 de marzo 1984) era de 165.004 ciudadanos y abarca toda el Área geográfica del Alto y Medio Vinalopó. Hemos pasado a un número de 215.524 habitantes (Censo 2004).

En el año 2007 se consolidaron los auto-conciertos para las intervenciones quirúrgicas, obteniendo resultados de los distintos servicios y centros de salud que han sido más que satisfactorias. No obstante, estamos delante de un crecimiento continuo de la población a atender, tanto la propia como la de personas de otras Comunidades Autónomas y provenientes de otros países que viven en las distintas poblaciones que configuran nuestro departamento.

Las nuevas técnicas, que se han incorporado en el Hospital de Elda, han ido dando respuestas a los nuevos cambios sociales. En la unidad de Ginecología: el diagnóstico prenatal, consulta de alto riesgo, consulta de esterilidad, pruebas de detección precoz de la hipoacusia a todos los recién nacidos. Programa integral del tabaquismo que abarca tanto las tareas preventivas como terapéuticas.

Desde la inauguración del Hospital, el sistema de entrada de familiares era por pases, solo se permitía la entrada a dos paciente por familiar. Pasado dos años se convirtió en un "hospital de puertas abiertas" donde podían entrar sin límite todos los familiares que quisieran. Esto ha supuesto con el tiempo un inconveniente, la falta de control de las visitas ha generado una importante masificación en las unidades con repercusiones en la dinámica de trabajo de los profesionales. En ocasiones, el supervisor general tiene que intervenir moderando esta influencia.

Como mejora en la seguridad de los trabajadores, el Hospital de Elda ha sido el primer centro de la provincia de Alicante que ha puesto en marcha un programa integral de utilización de materiales clínicos con dispositivos de seguridad con el objetivo de evitar accidentes de los trabajadores sanitarios y las consecuencias que estos conllevan. Tras la realización de un estudio en tres hospitales de la Comunidad Valenciana para comprobar la efectividad de estos materiales, el Hospital de Elda (el único que realizó el estudio en la provincia de Alicante) continúa utilizando estos materiales, habiendo reducido a 0 los accidentes en las unidades en las que se utilizan.

Con el tiempo, se han creado nuevas unidades: unidades móviles medicalizadas, unidades de soporte vital básico, funcionamiento del centro de información y coordinación de urgencias (CICU).

El Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP) vela por el cumplimiento de los derechos de los usuarios.

En sus inicios, en 1985 se crea el servicio de sugerencias y reclamaciones cuyo equipo humano consta de un médico inspector que, junto a las funciones

propias de esta unidad, desarrolla otras directamente encomendadas por la dirección que pretende sea la base sobre la que se desarrolle para el siguiente año un complemento servicio de atención al paciente.

Queda este año 2009 de tránsito hacia la inauguración de la ampliación del Hospital, un edificio que contará con cinco plantas y sótano, incorporará 104 habitaciones individuales que posibilitarán al paciente una mayor intimidad y confort durante su estancia en el centro sanitario. Además, se incorporarán 38 camas en 19 habitaciones dobles, lo que sumará un total de 479 camas de hospitalización, lo cual supone un incremento del 40% en las plazas hospitalarias actuales.

El minuto crítico

Hemos denominado el minuto crítico aquel momento que genera decepción sin encontrar argumento que lo justifique.

Sobre todo en la transmisión del relevo en determinadas guardias, cuando recibes mucha información en poco tiempo y también cuando se omite información ante una circunstancia dificultando con ello la resolución del problema.

En realidad parece que este minuto tiene más de hora que de minuto, su tiempo se alarga más de 60 segundos.

El minuto de oro

Es aquel momento que reúne los sentimientos de satisfacción, crecimiento personal y aumento de la autoestima.

La satisfacción de arrancar una sonrisa después de la gestión a un paciente, familiar o compañero.

La satisfacción del deber cumplido, ante el logro de objetivos.

Gestión de recursos humanos

La gestión de recursos humanos abarca un abanico de intervenciones relacionadas con el personal sanitario.

Sobre todo nuestra gestión se centra en las ausencias imprevistas (enfermedad común o accidente laboral) y distribución de recursos humanos.

Generalmente realizamos una previsión del turno inmediato, y a veces del siguiente aunque no corresponda a nuestro turno para favorecer la continuidad de cuidados futura favoreciendo la planificación de los recursos humanos que debe gestionar el supervisor siguiente.

Según la unidad donde se produzca la ausencia del profesional valoramos experiencia e idoneidad para la prestación de los cuidados sobre todo si son uni-



dades especiales, por ejemplo: Neonatos, UCI, Quirófano. Con el tiempo, hemos ido adquiriendo una cultura que refleja los siguientes criterios:

- Con el fin de conseguir la calidad en los cuidados, se intenta cubrir dichas ausencias con profesionales de la misma unidad.
- Valoración de la situación de la unidad, según libranzas y personal, a continuación seleccionamos los posibles profesionales con los que vamos a contactar, valoramos la mejor opción haciendo participe al profesional interesado en cubrir dicha ausencia.
- Existe un equipo volante reducido de cinco auxiliares y cinco enfermeras, compartido con los supervisores de las diferentes unidades.
- Otra opción es consultar la planilla de profesionales de otras unidades.
- Recurrimos también a la experiencia de otras ocasiones donde sabemos que profesionales están más dispuestos para cubrir las ausencias imprevistas.
- Negociación: El trato personalizado que establecemos con el profesional es indispensable para obtener el éxito en la gestión de nuestro objetivo.

Observamos que la cultura de cada unidad es diferente por eso es importante que el supervisor conozca de partida esta idiosincrasia.

Como gestores tenemos la obligación de informar de los derechos y deberes que genera la ausencia, estando establecidos en los protocolos pertinentes: la compensación es a través de días libres o retribuida, establecida por dirección y generalmente ha podido ser elegida por el trabajador.

Competencias según estación

Cada época presenta una problemática diferente como consecuencia de las patologías que sufren los pacientes, ya que requiere una mayor implicación en la gestión de camas generalmente por la presión asistencial. Esto deriva en una mayor carga de trabajo de tipo emocional que implica a los familiares, pacientes y profesionales. En invierno, debido a la presión asistencial, existen muchos cambios en la ubicación de los pacientes generando conflictos médicos, enfermeros, familiares y pacientes (gestión de la medicación). En el verano nos encontramos con la presencia de nuevos profesionales contratados que requieren nuestra presencia o asesoramiento. La proximidad que tenemos con los profesionales nos distingue en comparación con otros hospitales de más camas, sintiéndonos orgullosos de ellos. Esta cercanía comporta un apoyo fundamental en el nuevo profesional.

Comunicación

El supervisor debe de manejar una adecuada comunicación de forma asertiva para coordinar la toma de decisiones y resolución de problemas.

Al inicio de la jornada los supervisores visitamos las diferentes unidades evaluando cargas asistenciales, grado de satisfacción de los profesionales (situación de conflictos tanto con los pacientes, familiares como del equipo de enfermería), asimismo como diferentes inquietudes que puedan manifestarnos.

El tiempo utilizado en esta actividad resulta limitado debido al tiempo que nos ocupa la gestión de camas. Por tanto debemos optimizar la gestión de los tiempos.

Formación

El supervisor debe adquirir nuevos conocimientos en base a sus nuevas competencias y diversos cambios a lo largo de estos 25 años.

Hemos realizado cursos de temas relacionado con habilidades de comunicación y trato al público, afrontamiento del estrés, autoestima y desarrollo personal. Gestión clínica de los cuidados y recursos humanos.

El sentir del supervisor: autovaloración

La supervisión se acepta con miedo a la carga de responsabilidad que conlleva pero con mucha ilusión, porque crees que desde este puesto puedes y debes hacer mucho por la enfermería; contrariamente a la imagen que se tiene del supervisor, o se tenía, en parte como consecuencia de la no presencia física y del poco acercamiento hacia el profesional. Siendo de este modo infravalorado su trabajo.

La cultura medicalizada ha influido considerablemente en la percepción que se tenía de la relevancia del supervisor. Una vez que el supervisor ha ido asumiendo nuevas responsabilidades de forma autónoma ha ido adquiriendo poder en el equipo de gestión.

Este nuevo estatus ha favorecido la mejora de dicha percepción siendo mejor reconocidos por todos los profesionales.

Registros del supervisor

Conforme la legalidad se actualiza ante los cambios sociales, los supervisores hemos ido asumiendo la competencia de cumplimentación obligatoria de determinados registros.

Los protocolos estandarizados que con más frecuencia cumplimentamos son: Libros de relevo, Notas Inter para gestión de recursos humanos y materiales,



Autorización de permisos de salidas anticipadas (Modelo E-36), Convenio con farmacia, Transmisión a través de FAX dirigido a Salud PÚBLICA de enfermedades infectocontagiosas y mordeduras de perro. Y también transmisión de FAX al CICU para traslado de pacientes críticos con servicio SAMU o Unidades de Soporte Vital Básico. Protocolo de cumplimentación ante un maltrato de género, agresión sexual, y en caso de adopciones.

Plan de emergencias ante accidentes múltiples, plan de emergencias ante incendios, custodia de pertenencias.

Ficheros con cartulinas clasificadas por categoría profesional y por vinculación laboral (fijos, contratados) que contienen datos personales.

Desde el año 1999 nuestro turno tiene 17 horas en horario de tarde/noche. Comenzando la jornada a las 15 horas y finalizando a las 8 horas del día siguiente.

El relevo

El relevo recibido constituye una descripción de la situación global en la que se encuentra la disponibilidad de recursos humanos y materiales. Recibimos un relevo oral por una parte de Dirección y Admisión y por escrito obtenemos un registro por parte de admisión, del listado de camas situación de camas libres, ingresos del mismo día, así como las camas pendientes de asignar, programación quirúrgica, ingresos programados de consultas y traslados tanto internos como de otros hospitales.

A partir del año 2000, se han ido parcelando las responsabilidades correspondientes a la dirección económica, médica y de enfermería, asumiendo cada una de ellos su competencia. En un principio, la solución de problemas recaía siempre en primera instancia en el Supervisor General. Actualmente, ante situaciones de duda, seguimos siendo un referente para gestionar el profesional competente.

En el relevo entregado por el enfermero de admisión hemos mejorado en la descripción de incidencias, motivos de las camas no funcionantes. Información sobre camas de críticos (reanimación, UCI, infantiles-neonatos).

Por parte de consultas externas recibimos la información por escrito de la programación de consultas de tarde. Desde hace un año, el servicio de archivos funciona por la tarde, facilitando así la gestión de historias en los ingresos tanto programados como urgentes.

Los supervisores generales observamos una deficiencia en el servicio de admisión debido a una falta de información en la comunicación con los pacientes cuando suceden cambios programados. Esta deficiencia nos repercute a nos-

otros teniendo que informar directamente a los pacientes y familiares las razones del cambio en el momento que se realiza generando esta situación un disconfor y malestar en el paciente y familia además de interrumpir el la dinámica de trabajo.

Ante esto, consideramos una mayor atención.

Otra mejora sería una adecuada comunicación del jefe de admisión al adjunto de urgencias y jefe de la guardia para informar de la situación de camas del hospital.

Gestión de camas

Los supervisores generales, desde el 28 de octubre de 1996 asumimos una nueva competencia "Gestión de camas".

Tras un año de funcionamiento, nos inquietaba conocer cual era el grado de satisfacción de los profesionales ante la gestión de camas. Por ello realizamos un análisis puntual de la percepción de los profesionales de enfermería.

Realizamos una encuesta a través de unos cuestionarios que distribuimos a todos los enfermeros de las unidades de hospitalización.

Nuestro objetivo se centraba en conocer la satisfacción del enfermero sobre la gestión de camas por el supervisor y la mejora de dicha gestión comparándola con la anterior gestión que era realizada por el administrativo de urgencias.

Recogimos 90 cuestionarios cumplimentados de forma anónima.

Los resultados obtenidos dieron muestra de una elevada satisfacción generalizada de todos los profesionales 90%. La gestión, tanto en la comunicación como en los criterios a tener en cuenta para la ubicación de pacientes y sobre todo contemplando las necesidades de cuidados y los recursos humanos de la unidad correspondiente, fue muy satisfactoria en un porcentaje de más del 93%. Ante estos resultados se desprende la importante labor que asume el Supervisor General en esta competencia obteniendo una mejora en los cuidados y en el confort del paciente-familia. Con este cambio damos un salto cualitativo que nos acerca más a la realidad y humanización en la gestión. Este avance marca la diferencia con la gestión que realiza el enfermero de admisión ya que su función es administrativa.

CONCLUSIONES

- El supervisor es el eslabón entre la dirección y el personal asistencial. Incidir en mejorar las deficiencias detectadas tras el análisis realizado. La posición y contribución del supervisor como enfermero gestor es fundamental para potenciar el papel de la enfermería, asegurar unos cuidados de calidad y garantizar su continuidad en un entorno marcado por la complejidad.



- En estos 25 años hemos obtenido mejoras importantes, tanto a nivel profesional como personales. Nos hemos fortalecido en el control emocional, desarrollando habilidades en conseguir una distancia terapéutica ante los conflictos de los demás.

Hemos desarrollado una alta asertividad favoreciendo la escucha activa en la resolución de conflictos.

Mejor manejo de los problemas actuando con criterios de prioridad, evaluando de forma global y actuando de forma local.

Mayor habilidad en la capacidad de negociación.

Un aumento de la autoestima personal.

Mediador en la resolución de conflictos entre pacientes/familiares y equipo sanitario.

- La figura del supervisor general esta totalmente respaldada por el reconocimiento de la dirección tanto médica como de enfermería, debido a la ampliación de nuevas competencias de gestión en su carrera profesional a lo largo de estos últimos años.

- Somos conscientes que debemos mejorar, en este sentido nuestra experiencia aporta algunas consideraciones a tener en cuenta:

- La creación de un equipo volante que permita cubrir las ausencias imprevistas.
- Un registro de incidencias en soporte informático para recoger todas las intervenciones y gestiones realizadas a lo largo de la jornada.
- Desarrollar un programa informático que nos facilite este registro.
- Una mejora en la comunicación bidireccional con el equipo de gestión.
- Incentivar el esfuerzo laboral y profesional de los trabajadores para que se sientan valorados en sus actuaciones, fomentando así su participación en la formación continuada.
- La gestión de enfermería se debe sostener a través de valores humanos con el fin de hacer coparticipes los intereses tanto de los pacientes como de los profesionales.
- Una mejor gestión de las camas por el enfermero responsable.

- Para estar al día con los cambios sucedidos en estos 25 años, donde hemos adquirido nuevas competencias, necesitamos actualizar nuestros conocimientos y utilizar los recursos de manera eficiente. Somos conscientes que hemos avanzado, sin embargo no nos detenemos. Reconocemos que nues-

Competencias de Enfermería - Cuidados en Situaciones de Dependencia

tra profesión avanza aceleradamente y hoy más que nunca debemos incorporar al unísono de los cambios para dar respuestas competentes a problemas actuales en una sociedad cada vez más compleja.

BIBLIOGRAFÍA

- EUE Santa Madrona de la Fundación "la Caixa". Marco de referencia profesional para la función de supervisor/a de enfermería de la demarcación piloto de Barcelona. "Desarrollar las competencias y la movilidad de los supervisores de enfermería para mejorar la calidad de la atención de los usuarios en el hospital". Barcelona 2003.
- Fent Salut. (2007) Hospital General de Elda. Consellería de Sanitat
- Fent Salut. (2008) Hospital General de Elda. Consellería de Sanitat
- Siles González, J. Historia de la Enfermería. CECOVA, 2004.

FUENTES DOCUMENTALES

- Libro de relevos del supervisor general. Hospital General de Elda.
- Memorias de Enfermería (1985-2007) Hospital General de Elda.
- Gaceta de Madrid 1868-1936 (BN), (AMA).



**La figura de la enfermera/o gestor/a
vista por Enfermería en el Dpto. 18.
¿Estamos infravalorados?**

María Dolores Gil Esteban, Andrés Huerta López, Francisca Pérez Sánchez
*Profesionales de Enfermería de Atención Primaria del
Departamento de Salud 18.*



INTRODUCCIÓN

La OMS define calidad como "un alto nivel de excelencia profesional, usando eficientemente los recursos con un mínimo de riesgos para el paciente, para lograr un alto grado de satisfacción por parte de éste y produciendo un impacto final positivo en la salud."

En sus actividades básicas, las enfermeras deben asumir, cada día, más funciones de dirección. Por lo tanto, las enfermeras necesitan tener un conocimiento más profundo en gestión y administración, así como desarrollar habilidades que les permitan conducir a un equipo. Como actividades de dirección se consideran: delegar, guiar, aconsejar, evaluar, motivar y generar una adecuada comunicación en la cooperación con los compañeros y con los profesionales de otros campos científicos, y también atender a los trabajadores y aquellos miembros inexpertos⁽¹⁾. Peter Decker (1989) considera que el papel del líder es un ingrediente vital en la organización. Es su elemento más significativo, su corazón latiente. Sin los recursos de las acciones del líder no se llega a resultado alguno. En el liderazgo y la administración hay hechos básicos del principio que no han cambiado, sin embargo, el sentido por el que se hacen las cosas sí que lo ha hecho. El líder es todavía el gerente de actividades y de personal en la organización del cuidado de la salud del siglo XXI ⁽²⁾.

Según Mintzberg (1973), "los papeles directivos pueden ser percibidos a través de tres titulares principales. La posición del líder requiere ser el dirigente. Éste representa la organización tanto externa como internamente. Es responsable del ambiente de la organización y del trabajo hecho por el personal. Traza conexiones fuera de la organización y, por tanto, la mantiene viva en el desarrollo social."

El líder debe también hacer frente a problemas que surgen desde la misma organización, actuando sobre ellos activamente y puntualmente para buscar soluciones. Esto se logra manteniendo una interacción activa con el personal.

Muy a menudo los problemas culminan en relaciones interpersonales en el lugar de trabajo y, la disponibilidad de escucha y atención son elementos vitales a la hora de tratar dichas situaciones. El papel desempeñado también incluye la asignación de recursos. En la práctica se incluye la administración del tiempo. La distribución del trabajo y la elección de los métodos empleados para ello, debe poder aplicarse en cualquier situación planteada, así como la supervisión y la evaluación de los efectos son tareas importantes en la dirección de enfermería.



El líder es un negociador y un participante activo en las negociaciones multiprofesionales. El deber del líder es representar a enfermería de una manera positiva ⁽³⁾.

Las actividades del líder se centran en la gestión del personal y en la creación de precondiciones para el crecimiento y la renovación del mismo. En la consecución de este objetivo, es vital que el personal perciba su atmósfera como segura y que sienta que encuentran los principios de aprendizaje de la organización ⁽⁴⁾.

"En Enfermería, el líder es responsable de forjar un equipo unido con habilidad, buena voluntad y esfuerzo para, constantemente, aprender cosas nuevas y producir una nueva información para apoyar y desarrollar la práctica enfermera" ⁽¹⁾.

El presente trabajo, plantea una propuesta de encuesta que pretende recoger información sobre las percepciones que tienen el personal de enfermería de atención primaria del departamento de salud 18, y que se traduce generalmente en la satisfacción o insatisfacción en relación a lo que espera de los cargos intermedios y lo que percibe de ellos ⁽⁵⁾.

Consideramos que el conocimiento y el grado de satisfacción del trabajador constituye un factor fundamental en la gestión y desarrollo de las instituciones, lo que va a repercutir directamente en la calidad de la atención al usuario. Creemos que las relaciones interpersonales son las que llevan al éxito o al fracaso en la consecución de los objetivos de calidad que queremos alcanzar en la atención primaria. Este trabajo ha sido realizado en enero de este año 2009, y pretende dar a conocer los resultados obtenidos de la medición del grado de satisfacción con la imagen del coordinador/a de enfermería, por parte del personal de enfermería de Atención Primaria del departamento de salud 18.

OBJETIVO

Conocer el grado de apreciación de la figura del coordinador/a de enfermería y el grado de satisfacción con las labores que realiza en su puesto de trabajo el personal de enfermería de los centros de salud de nuestro departamento, para poder identificar los factores determinantes del clima organizacional como satisfactorio o insatisfactorio.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio descriptivo y transversal; descriptivo por que se hizo una descripción de las variables, y transversal porque las variables en estudio fueron medidas una sola vez, sin importar el tiempo en el estudio.

Población

Todo el personal de enfermería de A.P. del Departamento de Salud 18. Auxiliares de enfermería, enfermeras, fisioterapeutas y matronas

Criterios de selección

Criterios de inclusión: Todo el personal de enfermería de los centros de Salud del departamento.

Criterios de exclusión: Trabajadores que rehusaron participar en el estudio.

Muestra

Se tomó la totalidad del personal de enfermería que se encontró en el momento de realizar la encuesta (Anexo 1).

Recolección de datos

Se realizó a través de un cuestionario, previamente validado que fue enviado junto con una carta de presentación a los distintos Centros de Salud del departamento, y entregado a los trabajadores de los establecimientos de salud en estudio, mediante 20 preguntas cerradas, y una sección de comentarios y sugerencias. Se usó la escala de Likert con numerales del 1 al 5 para medir la respuesta de los Trabajadores encuestados. La alternativa 1, denotó desacuerdo total respecto a la pregunta formulada. La alternativa 2, denotó poco acuerdo respecto a la pregunta formulada. La alternativa 3, se usó sólo en caso de duda extrema, para evitar el sesgo del punto medio, y denotó ni acuerdo ni desacuerdo. La alternativa 4, denotó estar bastante de acuerdo respecto a la pregunta formulada. La alternativa 5, denotó acuerdo total respecto a la pregunta formulada (6). En base a estas respuestas se obtuvo una puntuación para cada ítem. Finalmente para un manejo más fácil de los datos se decidió dicotomizar el Grado de Acuerdo en: acuerdo, si la puntuación obtenida era mayor a 3, o desacuerdo si era menor a este número (Anexo 2).

Formato de la encuesta

El formato de la encuesta tenía una sección de información de carácter general de los trabajadores (centro de salud, edad, sexo, grupo, tiempo de trabajo en el servicio).

La segunda parte es el despliegue de las preguntas de acuerdo a los factores considerados.

La tercera parte estaba dedicada a recoger comentarios y sugerencias por escrito.



Los aspectos considerados en la encuesta fueron: apreciación por parte de los encuestados sobre el cargo de coordinador de enfermería, y apreciación general del puesto de trabajo.

Procesamiento de datos

Se realizó el puntaje de las respuestas obtenidas y se realizó el cruce de variables de tipo cualitativo usando el análisis del chi cuadrado, tomando como significativo toda $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se recogieron un total de 118 encuestas de las que el 58% fueron mujeres y el 13% varones (Anexo 3). Las edades oscilaban entre los 20 y los 62 años, siendo el grupo más representativo el de 41 a 55 años (33%) (Anexo 4).

Según el 87% de los encuestados el cargo de coordinador/a de enfermería considera que debería ser por votación a los candidatos voluntarios (Anexo 5). Por otro lado el 78% opina que el cargo de coordinador/a de enfermería debería desempeñarlo siempre un enfermero (Anexo 6). Sólo un 36% de los encuestados creen que el cargo de coordinador/a de enfermería goza de privilegios frente a los demás (Anexo 7). El 56% opina que el coordinador/a de enfermería tiene poder para realizar cambios organizativos (Anexo 8). Sintiéndose reconocidos por su trabajo el 65% de los trabajadores encuestados (Anexo 9). En cuanto a la valoración que hacen de su coordinador/a, el 57% cree que su coordinador/a busca constantemente la innovación y las mejoras de manera creativa (Anexo 10). Además el 67% piensa que su coordinador/a domina técnicas y conoce bien sus funciones (Anexo 11). El 63 % opina que su coordinador/a toma decisiones con la participación de los trabajadores del centro (Anexo 12), y el 65% piensa que su coordinador/a hace los esfuerzos necesarios para mantenerlos informados (Anexo 13). Por último el 63% considera que los trabajadores son tratados bien independientemente del cargo que ocupan (Anexo 14). Y un 67% piensa que el ambiente de su centro permite expresar opiniones con franqueza, sin temor a represalias (Anexo 15).

Tras procesar todos los resultados no se obtuvieron diferencias significativas en cuanto al sexo de los encuestados, ni al tiempo que trabajaban en la empresa.

CONCLUSIONES

Tras analizar todos los resultados obtenidos podemos concluir que:

La gran mayoría de los encuestados considera que el cargo de coordinador/a

Competencias de Enfermería - Cuidados en Situaciones de Dependencia

de enfermería debería ser desempeñado por un enfermero/a y siempre por votación del personal a los candidatos voluntarios. Esto nos lleva a pensar que enfermería valora de forma positiva la existencia de este cargo, y piensa que estamos muy capacitados para desempeñarlo.

Por otro lado, no existe un acuerdo claro a la afirmación de que el coordinador/a de enfermería goce de privilegios sobre los demás, ni de que tenga poder para realizar cambios organizativos en el centro de salud.

Una mayoría considera que su coordinador mantiene informado oportunamente al personal sobre asuntos que le afecten o interesen. Además se sienten bien tratados y reconocidos por un trabajo bien hecho, participando de forma activa en la toma de decisiones.

También piensan que su coordinador/a soluciona problemas de manera creativa, buscando mejoras, y demostrando un dominio técnico y conocimiento de sus funciones.

Lo que nos hace pensar que este hecho favorece que el ambiente de trabajo se perciba de forma positiva, ya que pueden expresar sus opiniones con franqueza y sin temor a represalias.

Pensamos que el liderazgo de enfermería afronta grandes desafíos. Hoy día no basta con que una enfermera sea buena en su día a día para ser una buena líder. Estamos convencidos de que para alcanzar un grado óptimo en la calidad de los cuidados es necesaria la presencia de un líder bien formado y capaz de dirigir a su equipo. Por eso, los profesionales de enfermería deberíamos tener la oportunidad de formarnos en este área, para poder desarrollarnos y continuar hacia posiciones más desafiantes. También creemos que el trabajo debería estar organizado de tal forma que cuente con una atmósfera positiva para que el personal se centre y disfrute de su trabajo.

Además estamos de acuerdo en que los coordinadores deben estar presentes cuando se realizan las actividades, deben evaluar, ofrecer respuestas y debatir con el personal cuestiones relacionadas tanto con el funcionamiento, como con la organización del Centro. Y todo ello con el fin de ofrecer a la población una atención de calidad.



ANEXO 1



(POR FAVOR, antes de rellenar esta atentamente las instrucciones que se encuentran al dorso)

Preg.	¿QUÉ APRECIA USTED DE SU COORDINADOR/A DE ENFERMERÍA EN SU PUESTO DE TRABAJO?	PUNTUACIÓN				
Apreciación de su coordinador/a						
1	La mayor parte del trabajo de un/a coordinador/a se lleva a cabo en un despacho.	5	4	3	2	1
2	La elección de un/a coordinador/a de enfermería por votación del personal a los candidatos voluntarios.	5	4	3	2	1
3	El cargo de coordinador/a de enfermería debiera todo el personal de enfermería.	5	4	3	2	1
4	El cargo de coordinador/a de enfermería debe siempre un enfermero/a.	5	4	3	2	1
5	El cargo de coordinador/a de enfermería está remunerado que el de enfermero/a.	5	4	3	2	1
6	El cargo de coordinador/a de enfermería gozaba el trabajo de enfermería.	5	4	3	2	1
7	El coordinador/a de enfermería debería estar en asistencia.	5	4	3	2	1
8	Mi coordinador/a de enfermería tiene poder pios organizativos en el centro de salud.	5	4	3	2	1
9	Mi coordinador/a de enfermería generalmente un trabajo bien hecho.	5	4	3	2	1
10	Mi coordinador/a de enfermería soluciona prca creativa y busca constantemente la innovación y las mejoras.	5	4	3	2	1
11	Mi coordinador/a de enfermería demuestra un conocimiento de sus funciones.	5	4	3	2	1
12	Mi coordinador/a de enfermería toma decisión de los trabajadores del centro.	5	4	3	2	1
13	Mi coordinador/a de enfermería hace los esfu para mantener informados oportunamente a los trabajadores sobre los aectan o interesan, así como del rumbo de la institución.	5	4	3	2	1
Apreciación de su puesto de tra						
14	El trabajo en mi centro de salud está bien org	5	4	3	2	1
15	En mi trabajo, siento que puedo poner en jueis habilidades.	5	4	3	2	1
16	Se me proporciona información oportuna y desempeño y resultados alcanzados.	5	4	3	2	1
17	La institución me proporciona los recursos nentas e instrumentos suficientes para tener un buen desempeño en el puesto.	5	4	3	2	1
18	Tengo suficiente oportunidad para recibir capita el desarrollo de mis habilidades asistenciales para la atención integral.	5	4	3	2	1
19	Creo que los trabajadores son tratados bien, nte del cargo que ocupan.	5	4	3	2	1
20	El ambiente del centro permite expresar opiniza, sin temor a represalias.	5	4	3	2	1

SECCIÓN DE COMENTARIOS Y IAS

Si existen comentarios y/o sugereted desea destacar, utilice el siguiente recuadro.

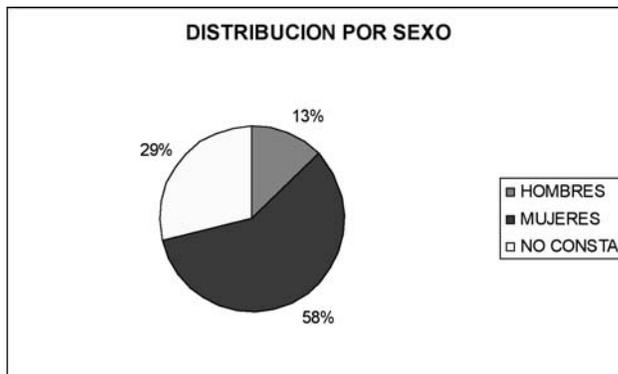
POR FAVOR, NO FIRME (recuerncuesta es anónima)

Competencias de Enfermería - Cuidados en Situaciones de Dependencia

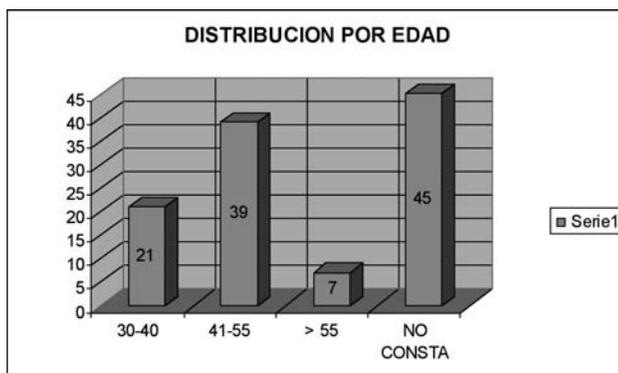
ANEXO 2

5	TOTALMENTE DE ACUERDO CON LA OPINIÓN
4	BASTANTE DE ACUERDO CON LA OPINIÓN
3	INDIFERENTE A LA OPINIÓN
2	POCO DE ACUERDO CON LA OPINIÓN
1	NADA DE ACUERDO CON LA OPINIÓN

ANEXO 3

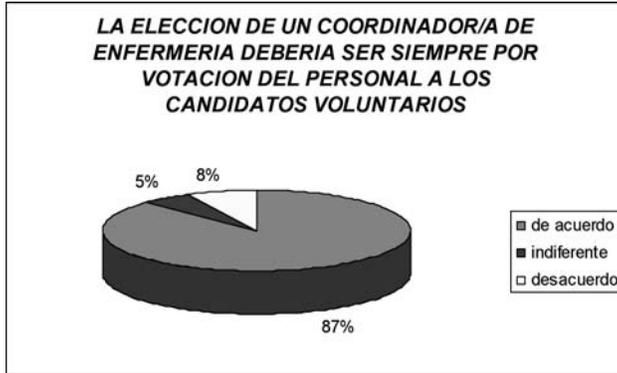


ANEXO 4





ANEXO 5



ANEXO 6



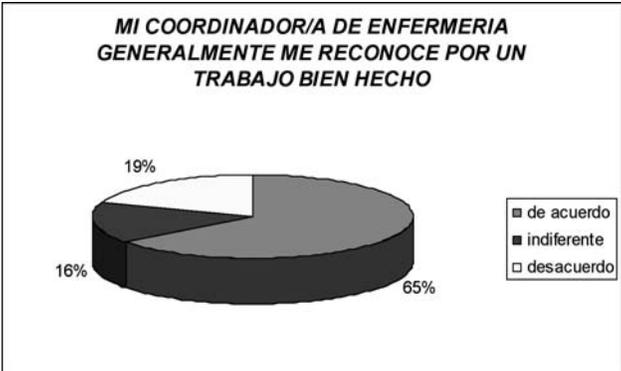
ANEXO 7



ANEXO 8



ANEXO 9

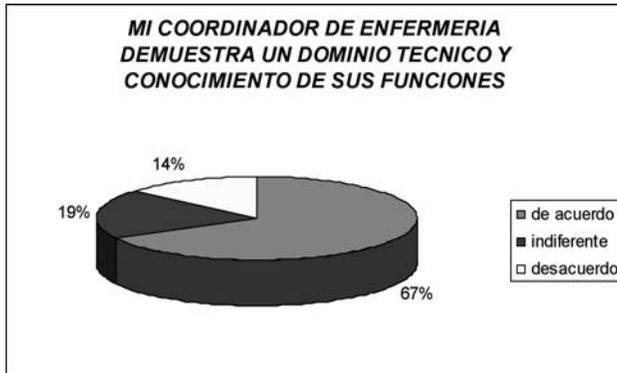


ANEXO 10





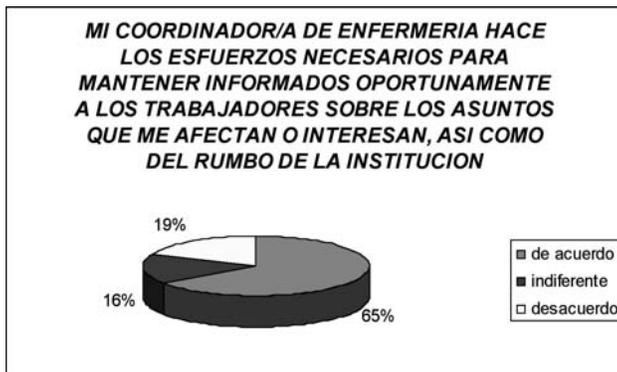
ANEXO 11



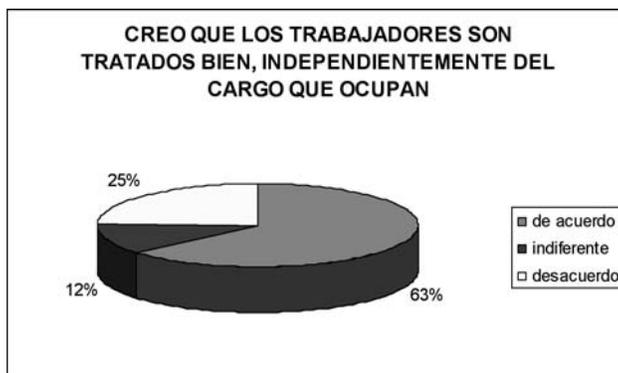
ANEXO 12



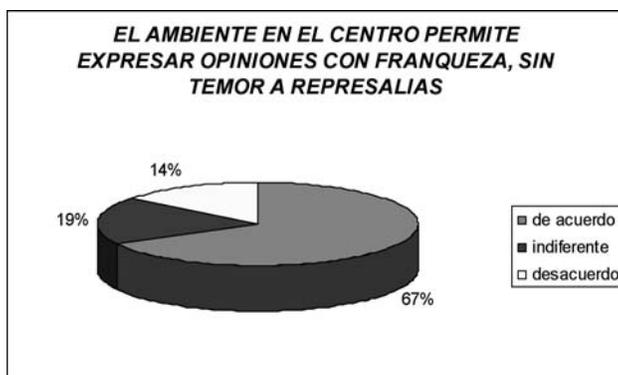
ANEXO 13



ANEXO 14



ANEXO 15



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- *Telaranta, Seija: Nov.2002 *RN, M.Sc., Senior Lecturer. Servicios de Investigación y Desarrollo y Centro de Consulta Politécnico de Pirkanmaa, Tampere, FINLANDIA). Opiniones sobre gestión y liderazgo en enfermería. En: Enfermería global. N° 1: Pág.: 1-14.
- 2.- Mikel Lezamiz. Cambios para mejorar.1998.
- 3.- Estándares de calidad para el primer nivel de atención. MINSa- Perú. Julio 2002.
- 4.- Tesela. Liderazgo y gestión. Revista de la ANDE
- 5.- Ministerio de Salud, Lima -Perú, 2002. Encuesta de Satisfacción del personal de salud.
- 6.- Tarco Delgado, Rigel; Saco Méndez, Santiago; Paredes Calcina, Samuel; Martínez Ceballos, Carlos. Año 2004. Grado de Satisfacción laboral del usuario interno en los establecimientos de salud de la Red Quispicanchi_ Acomayo- Cusco. En: SISBIB. N° 23: Pág. 36-43.
- 7.- Iñigo Larrea Y Mikel Lezamiz. La satisfacción laboral, requisito previo al éxito empresarial. 1998.



Posters



Incidencia de las lesiones por incontinencia en una población dependiente hospitalaria y relación con la Escala de Braden

M^º. del Mar Carvajal, Carmen Martín, López Casanova

OBJETIVOS

Medir la incidencia de lesiones por incontinencia en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del H.G.U. de Elche.

Describir la relación entre subescala de Braden para humedad e incidencia de lesiones.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis descriptivo prospectivo de los registros de inclusión del protocolo con casos procedentes del Servicio de Medicina Interna del H.G.U. de Elche. Se analiza una muestra de 156 pacientes que cumplen los criterios de inclusión. Las variables de estudio fueron: Edad, Sexo, riesgo de upp según la escala de Braden, subescala de exposición a la humedad de Braden, los días de ingreso y la incidencia de lesiones. El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS 15.0.

RESULTADOS

Distribución por sexo 48% de Hombres y el 52% de mujeres. La puntuación según la escala de Braden fue del 48% Alto, 46,85 medio y 5% de bajo riesgo. Al aplicar la subescala de Braden se obtuvieron un 43% constantemente húmeda, 25% a menudo húmeda y un 31% ocasionalmente húmeda. La incidencia de lesiones fue de 38,5% de los pacientes. El 90 % de los pacientes estuvieron 14 días libres de lesiones.

CONCLUSIONES

La bibliografía existente en la prevención de lesiones por incontinencia es escasa.

Los datos reflejan un porcentaje elevado de aparición de lesiones.

La relación subescala de Braden y aparición de lesión no es significativa.

Hay que realizar escalas de riesgo de lesiones por humedad para detectar la población a riesgo e implantar protocolos preventivos.



Hábitos alimentarios del desayuno, en niños de Educación Primaria

Sara Lavado Moreno *, Carlos García Sánchez *, Nuria González Vera *, Dolo Vilchez García **

* *Enfermer@, miembro del grupo de ENfermería en Salud Escolar (ENSE) del CECOVA*

** *Enfermera, Coordinadora zona Petrer-Sax del Grupo Enfermería en Salud Escolar (ENSE) del CECOVA*

OBJETIVO

Identificar hábitos de desayuno en niños escolarizados de 6 a 8 años.

MATERIALES Y MÉTODO

Para la realización del estudio se tomó una muestra de 96 niños escolarizados, de dos colegios públicos diferentes (C.P. Rambla y C.P. Virrey) de 6 a 8 años, de los cuales 13 fueron excluidos por no presentar la encuesta en el momento. Los 83 restantes pertenecen a 4 clases (2 de 1º. y 2 de 2º.). Los colegios pertenecen a un barrio de clase media del municipio de Petrer que alcanza los 33.000 habitantes.

El tipo de estudio elegido fue cuantitativo, para éste se diseñó una encuesta para recoger datos acerca del desayuno.

Eran los padres quienes anotaban durante una semana los desayunos de cada día. Esta encuesta se repartió en la primera sesión, dando un margen de 10 días para cumplimentarla, y se recogió en la siguiente.

Este estudio se ha llevado a cabo durante la realización de un programa de Educación para la Salud en la escuela.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En general el desayuno más habitual es el de leche y cereales con un 51,81%, seguido del desayuno formado únicamente por leche con un 22,20%. El desayuno considerado completo (Lácteo, Zumo o fruta e Hidratos de carbono) es uno de los menos frecuentes con tan solo un 4,13%. Cabe destacar que existe un 2,41% de niños que no desayuna.

En cuanto a las diferencias entre fin de semana y entre semana destaca que existe un aumento del porcentaje de niños que efectúan un desayuno completo en el fin de semana. También se observa que disminuye el desayuno compuesto únicamente por leche, aumentando así el formado por leche más algún otro alimento como bollería, cereales o pan. Entre semana existe un mayor número de niños que no desayunan.

Actualización sobre sistemas y técnicas de administración de insulina

Ana María Monteagudo López.

Enfermera Consulta de Endocrinología. Hospital General de Elda

INTRODUCCIÓN

Los continuos cambios que se han producido en los últimos tiempos, en cuanto a la acción, presentación y administración de insulina hace necesaria una recopilación o puesta al día en este tema que pueda facilitar a los profesionales sanitarios una información actualizada de los productos hoy utilizados en España, de modo que les ayude a la correcta personalización del tratamiento de los pacientes con diabetes que se inyecten insulina.

OBJETIVO

- Adquirir los conocimientos, habilidades y técnicas de los distintos sistemas de administración de insulina.
- Adquirir conocimientos de los mecanismos de acción de las distintas insulinas, análogos rápidos, lentos, mezclas etc.
- Poder dar la información necesaria al paciente con diabetes o a sus familiares para poder administrarse la insulina.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica de los distintos sistemas de administración, fotografías de los dispositivos, que hay hasta este momento en España.

CONCLUSIONES

A partir de esta exposición:

- Mejorar la técnica administración de insulina y las distintas mezclas de insulina.
- Evitar efectos indeseados de la insulina.



Programa de detección precoz de hipoacusia en el Hospital Virgen de la Salud de Elda

Susana Soler Avendaño (*Enf. de Obst.*), María Torralba García (*Enf. de Neonatos*) y Ginesa Lagunas Navidad (*Supervisora de Tocogine*).

INTRODUCCIÓN

La incidencia de la hipoacusia en recién nacidos (RN):

- Cinco de cada mil RN padece una sordera de distinto grado
- Uno de cada mil RN presenta sordera severa o profunda
- Alrededor de dos mil familias ,están afectadas por la presencia de una discapacidad auditiva
- El 80% de las sorderas infantiles permanentes están presentes en el momento de nacer
- El 60% de las sorderas infantiles tienen origen genético
- Solo en el 50% de los RN con sordera se identifican factores de riesgo

De acuerdo con el Programa de Detección Precoz de Hipoacusia debe realizarse:

- La detección antes del primer mes
- El diagnóstico a los 3 meses
- La intervención audio protésica y logopédica a los seis meses

OBJETIVO

Detectar la sordera en los primeros días de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal comparativo.

PERSONAL IMPLICADO

Enfermeras de Obstetricia y Neonatos

TÉCNICA

Otoemisiones acústicas: son la respuesta de un oído sano a un estímulo sonoro. Es un método sencillo y no cruento. Se realiza un Cribado Universal a todos los Recién Nacidos.

El paso al siguiente control puede estar condicionado por los Factores de Riesgo



FACTORES DE RIESGO

1. Antecedentes familiar de sordera
2. Infección gestacional
3. Malformación craneofaciales
4. Peso al nacer <1.500 gr
5. Hiperbilirrubinemia grave
6. Ototoxicidad en el embarazo
7. Ototoxicidad en el neonato
8. Antecedente hipóxico/isquémico
9. Ventilación mecánica
10. Sospecha de hipoacusia
11. Síndrome asociado a sordera

MUESTRA

2416 Recién nacidos en el H. G. Elda durante el periodo oct 2007-dic 2008. Datos incluidos en un registro interno y en página de Conselleria.

RESULTADOS

1. Total de niños nacidos (2416), primera prueba realizada 2354 (97%) y de éstos salen alteradas 626 (el 26%).
2. En el primer nivel (Pruebas realizadas/total nacidos). Obtenemos en el H.G. Elda el 97,22% frente al 54,11% de la Comunidad.
3. En el H.G. Elda se diagnostica el 90% de hipoacusias antes de los 6 meses, mientras que en la Comunidad Valenciana se está diagnosticando el 66,6%.

CONCLUSIONES

La sordera es un déficit sensorial que produce discapacidad y minusvalía por la falta de adquisición del lenguaje. Cuánto más tarde es su detección, mayor alteración producirá en el desarrollo del niño.

Los resultados obtenidos nos indican un porcentaje de pruebas realizadas muy por encima de la media de la Comunidad Valenciana.

Detectando problemas de audición antes de los 6 meses de edad tanto en los que tienen factores de riesgo como los que no tienen. Cumpliendo al máximo posible el objetivo del programa de detección de hipoacusias y estando dentro de los cinco primeros Hospitales de La Comunidad Valenciana con pruebas de otoemisiones bien realizadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Programa de Detección Precoz de Hipoacusias de Conselleria Valenciana.
2. VI Reunión Nacional de la CODEPEH (Comisión para la detección precoz de la Hipoacusia), abril 2009.
3. Programa de Detección Precoz de Hipoacusias del Hospital de Elda. Servicio de Otorrino.
4. Guía de APANAH (Asociación de padres y deficientes auditivos).

DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIAS:

APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE CRIBADO UNIVERSAL EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD DE ELDA
Octubre 2007 - Diciembre 2008

(AUTORAS: Susana Soler Avendaño (Enf. Obstétrica); María Torralba García (Enf. Neonatos); Ginesa Lagunas Navidad (Supervisora Tocogine)

INTRODUCCIÓN. Incidencia de la hipoacusia:

- Cinco de cada mil RN padece una sordera
- Uno de cada mil RN presenta sordera severa o profunda
- Alrededor de dos mil familias, están afectadas por una discapacidad auditiva
- El 80% de las sorderas infantiles permanentes están presentes en el momento de nacer
- El 60% de las sorderas infantiles tienen origen genético
- Solo en el 50% de los RN con sordera se identifican factores de riesgo

SEGÚN CODEPEH (Comisión para la Detección Precoz de la Hipoacusia):

- Detección antes del primer mes
- El diagnóstico a los tres meses
- La intervención audio protésica y logopédica a los seis meses

OBJETIVO:

Descubrir cualquier tipo de sordera en todos los niños nacidos en nuestro departamento antes del mes de vida.

PROFESIONALES IMPLICADOS:

Enfermeras de Obstetricia y Neonatos.

OTOEMISIONES ACUSTICAS:

Son la respuesta de un oído sano a un estímulo sonoro. Es un método sencillo y no doloroso.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio descriptivo transversal comparativo. Muestra 2.416 nacidos en el Hospital Virgen de la Salud de Elda, obtenida a través de un registro interno del hospital y comparativa de estos datos con otros de la Comunidad Valenciana, durante el período comprendido entre Octubre 2007 y Diciembre 2008.

FACTORES DE RIESGO

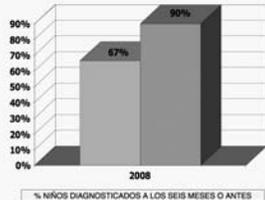
1. Antecedentes familiar de sordera
2. Infección gestacional
3. Malformación craneofaciales
4. Peso al nacer <1500gr
5. Hiperbilitubinemia grave
6. Ototoxicidad en el embarazo
7. Ototoxicidad en el neonato
8. Antecedente hipoxico/isquémico
9. Ventilación mecánica
10. Sospecha de hipoacusia
11. Síndrome asociado a sordera



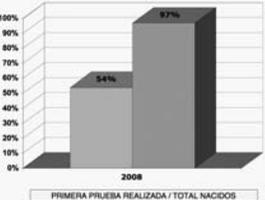
RESULTADOS:



Categoría	TOTAL COMUNIDAD VALENCIANA	HOSPITAL ELDA
TOTAL NACIDOS	2416	-
1ª PRUEBA REALIZADA	2354 (97,43%)	626 (26,59%)
1ª PRUEBA ALTERADA	626 (26,59%)	626 (26,59%)



Año	TOTAL COMUNIDAD VALENCIANA	HOSPITAL ELDA
2008	67%	90%



Año	TOTAL COMUNIDAD VALENCIANA	HOSPITAL ELDA
2008	54%	97%

CONCLUSIONES:

La sordera es un déficit sensorial que produce discapacidad y minusvalía por la falta de adquisición del lenguaje. Cuanto más tarde es su detección, mayor alteración producirá en el desarrollo del niño.

En el Hospital General de Elda se cumple, al máximo posible, el objetivo del programa de hipoacusias gracias a la participación de todas las enfermeras de las Unidades de Obstetricia y Neonatos.

Se consigue el 97,22% de pruebas realizadas antes del mes de vida, muy por encima de la media de la Comunidad.

Se diagnostica el 90% de hipoacusias antes de los 6 meses, también por encima de la media de la Comunidad.

Bibliografía: Programa de Detección Precoz de Hipoacusia de Conselleria de Sanitat Valenciana, VI Reunión Nacional de la CODEPEH, Programa de Detección Precoz de Hipoacusia Hospital de Elda y Guía de APANAH (Asociación de Padres y Deficientes Auditivos).



Protocolo actuación ingreso paciente con bronquiolitis

P. Del Pino, B. Valero, P. Frías, C. Aranda, P. Guillen, I. Palacios

DEFINICIÓN

Es una infección vírica aguda del tracto respiratorio inferior.

Se caracteriza por:

- Dificultad respiratoria.
- Aumento de la Frecuencia Respiratoria (Taquipnea)
- Tos sibilante (Con Pitos)
- Cianosis (En los casos más severos)
- Aleteo Nasal
- Tiraje intercostal
- Fiebre

Estos síntomas dependen de la gravedad y de lo afectado que esté el paciente

CAUSAS

La causa más frecuente es el VSR (Virus Sincitial Respiratorio), aunque también lo pueden causar otros virus como son:

- Influenza
- Parainfluenza
- Adenovirus

Se transmite con el contacto directo con las secreciones nasales.

El VSR en el adulto causa síntomas leves.

INCIDENCIA

Habitualmente esta enfermedad afecta a los niños menores de 2 años, sobre todo entre los 3 y los 6 meses.

Se da en algunas épocas del año, y es más frecuente en los meses de otoño e invierno

OBJETIVO

- Conseguir la recuperación del paciente
- Desaparición síntomas, aplicando tratamiento médico y las actividades propias del personal de Enfermería (Auxiliares Enfermería y Enfermeras)



RECURSOS HUMANOS

- Médico (Pediatra)
- Enfermera
- Auxiliar Enfermería

RECURSOS MATERIALES

- Cuna Semiincorporada
- Carpa con humedad
- Caudalímetro Caliente
- Monitor de SATO2 y FC
- Mascarilla para nebulización
- Mascarilla para O2 o gafas nasales.
- Sondas Aspiración nº 6, 8 o 10 dependiendo de la edad y el peso del paciente.
- SF, jeringas y gasas no estériles para lavados nasales.

PROCEDIMIENTOS

1. Auxiliar de Clínica:

- Hacer trona en cuna para colocar al paciente semitumbado y así facilitar la entrada aire y mejorar dificultad respiratoria.
- Poner Carpa en cuna
- Colocar caudalímetro caliente con O2 conectando correctamente botella de agua bidestilada para que fluya el agua y se consiga la humedad deseada.

En un principio, conectaremos el caudalímetro a la T^o. máxima para conseguir lo antes posible la humedad y se irá bajando poco a poco hasta llegar a una T^o. deseable y que produzca humedad (entre 7-8).

- Colocar en el box Monitor de SATO2 y FC
- Colocar sondas de Aspiración del nº. adecuado cerca del aspirador, comprobando que éste funcione correctamente.
- En el momento se pueda, (según el estado del paciente) enseñar a la madre/padre o familiar a realizar correctamente clapping y los lavados nasales
- Controlar que la carpa no tenga demasiada humedad para evitar en su evaporación gotee al paciente.
- Controlar que la botella del caudalímetro no se quede vacía.
- Vaciar el agua que se queda en el tubo coarrugado para facilitar el flujo de O2

Competencias de Enfermería - Cuidados en Situaciones de Dependencia

Enfermera:

- Toma de Constantes: SATO₂, FR y FC
- Valoración del aspecto y color de la piel (posible cianosis)
- Valoración de la existencia de aleteo nasal, tiraje intercostal y tos o respiración sibilante.
- Aplicación del tratamiento médico.
- Via periférica
- Instauración fluidoterapia
- Extracción Analítica
- Extracción Gasometría venosa, capilar, arterial.
- Extracción VSR
- Cursar Petición RX
- Colocación SNG en caso de aumento importante FR que pueda dificultar la ingesta oral.
- Administración de O₂ suplementario si lo precisa, con mascarilla u O₂ o gafas nasales.
- Administración Fármacos preescritos, como puede ser aerosoles (en mascarilla de nebulización), corticoides, ATB IV.... Etc.

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL

La principal medida de prevención en la infección nosocomial es el lavado de manos antes y después del contacto con el paciente, o con objetos en contacto con él.

Evitar siempre que se pueda el contacto directo con las secreciones nasales.

ESCALA GRAVEDAD DE WOOD-DOWNES:

	0	1	2	3
Cianosis	No	Si		
Murmullo Inspiratorio	Normal	Irregular	Disminuido	Ausente
Tiraje	No	Subcostal-Intercostal	Supraclavicular+ aleteo nasal	Supra-esternal
Sibilantes Espiratorios	No	Final Espiracion	Toda la espiración	Inspi- y espira.
FC	<120	>120		
FR	<30	31-45	46-60	>60



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA BRONQUIOLITIS

Pilar Del Pino, Beatriz Valero, Pilar Frías, Carmen Aranda, Pilar Guillén, Inés Palacios.
Personal de Pediatría del Hospital General de Elda.

Introducción:

Se trata de una infección aguda del tracto respiratorio inferior.
Se caracteriza por dificultad respiratoria, taquipnea, tos sibilante, cianosis, aleteo nasal, tiraje intercostal, fiebre...

El causante más frecuente es el VRS, aunque también lo pueden causar otros virus como son influenza, parainfluenza y adenovirus, en raras ocasiones puede ser causado por bacterias.

Afecta sobretodo a niños entre los tres y los seis meses.

La bronquiolitis se diagnostica basándose en el examen físico y los antecedentes médicos. El exudado nasofaríngeo confirma la presencia del VRS y otros virus.

Objetivo:

La recuperación del paciente y evitar reingresos.

Procedimiento:

Para lograr la cura del paciente es necesaria la acción conjunta de pediatra, enfermera y auxiliar de enfermería, siendo necesarios ciertos materiales, entre los que destaca, la cuna semincorporada, carpa, caudalímetro caliente, monitor, mascarillas, sondas y material para realizar lavados nasales.

El personal de enfermería adiestrará a los familiares en la técnica del lavado nasal y clapping antes de las tomas.

El clapping se hará cuando la densidad de la mucosidad lo permita..



Conclusión:

La mayoría de los casos de bronquiolitis no se pueden prevenir con facilidad, porque el causante de la enfermedad es común en el medio ambiente, especialmente durante el otoño.

Para prevenir su diseminación es muy importante el cuidadoso lavado de manos de las personas que manipulan al niño, especialmente aquellas personas con infección en las vías respiratorias altas.

No hay vacuna para la bronquiolitis, sin embargo, hay un fármaco efectivo llamado palivizumab, para bebés que estén en alto riesgo de desarrollar la enfermedad a partir del VRS.

Con este protocolo se pretende la unificación de criterios de la actuación entre profesionales.

Bibliografía:

Manual de enfermería pediátrica, departamento de enfermería del hospital for sick children. Toronto, Canada.

Automatización de la fase preanalítica como elemento de gestión de recursos humanos y mejora de la calidad preanalítica

Almodóvar Gras, MT., Alenda Almodóvar, A., Sánchez Javaloyes, I., Hernández Alcolea, I., Quiles Morant, I., Alenda Botella, A., Ruiz Prieto A.

INTRODUCCIÓN

El proceso preanalítico incluye todas las etapas comprendidas entre la petición del análisis y su comienzo que se ha ido realizando de forma manual. Es donde se produce la mayor parte de los errores del proceso total y que afectan al resultado final. La calidad global en el laboratorio clínico depende de la calidad de cada una de las fases del proceso. Una etapa crítica de la fase preanalítica es la preparación, identificación y alicuotado de muestras para cada paciente, ajustándose a su petición analítica.

OBJETIVO

Automatización total de todas las tareas preanalíticas, como elemento para optimizar los recursos humanos y mejorar la calidad preanalítica y disminuir errores preanalíticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestro laboratorio pertenece al Departamento de Salud 18 de la Comunidad Valenciana, atiende a una población de 215.230 habitantes (INE-2006) y la actividad asistencial realizada en el año 2008 fue de 296.979 pacientes atendidos a los que se les practicaron 2.633.118 determinaciones.

A lo largo del cuarto trimestre de 2007 instalamos en el laboratorio una plataforma preanalítica Modular "MPA de Roche Diagnostics" conectada a dos unidades analíticas Modulares Analytics <PP> y <EE> para automatizar las tareas de descapsulado, alicuotado, etiquetado, recapsulado, clasificado y archivo, funciones estas selectivas y configurables por el usuario y tutelado por un sistema informático PSM.

RESULTADOS

Obtenidos con dicho proceso:

- Robotización total del flujo de trabajo: automatización total de todas las tareas preanalíticas y analíticas. Estandarización de todo el proceso con tiempos totales de respuesta constantes.
- Disminución notable de errores.



- Mejor gestión de las muestras: hemos reducido el número de tubos a uno por extracción y paciente en el área de bioquímica. Se ha conseguido una trazabilidad a tiempo real de la muestra a través del PSM, y hemos elaborado un archivo automático de muestras y seroteca.
- Se ha reducido de forma notable el tiempo de dedicación del personal a tareas preanalíticas mecánicas.
- Se ha mejorado la bioseguridad del personal debido a la ausencia de manipulación desde la extracción al resultado del informe analítico.

CONCLUSIONES

- Antes de la automatización teníamos a tres profesionales dedicadas a tiempo completo en la fase preanalítica, y con la automatización de la misma, hemos derivado a dos de ellas a otras áreas emergentes dentro del laboratorio como la biología molecular o a áreas deficitarias de personal como microbiología.
- Se ha reducido el número de tubos por extracción en el área de bioquímica a uno por extracción y paciente con el consiguiente ahorro económico en el número de tubos.

BIBLIOGRAFÍA

- Cobas And Life Needs Answers are trademarks of member of the Roche Group. 2005 Roche Diagnostics.
- Memoria de Gestión 2007-2008. Departamento de salud 18 Hospital General de Elda y Centro de Especialidades Elda y Villena. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanidad.

AUTOMATIZACIÓN DE LA FASE PREANALÍTICA COMO ELEMENTO DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y MEJORA DE LA CALIDAD

Almodóvar Gras M.T.; Alenda Almodóvar A.; Sánchez Javaloyes L.; Hernández Alcolea I.; Maldonado Lozano E.; Quiles Morant L.; Alenda Botella A.; Ruiz Prieto A.
Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Gral. de Área Elda (Alicante)

INTRODUCCIÓN

El proceso preanalítico incluye todas las etapas comprendidas entre:
la petición del análisis y su comienzo, que se ha ido realizando de forma manual.
Es en este punto donde se produce la mayor parte de los errores del proceso total y que afectan al resultado final.
La calidad global en el laboratorio clínico depende de la calidad de cada una de las fases del proceso.
Una etapa crítica de la fase preanalítica es la preparación, identificación y alcuotado de muestras para cada paciente, ajustándose a su petición analítica.

OBJETIVO

Automatización total de todas las tareas preanalíticas,
como elemento para: optimizar los recursos humanos,
mejorar la calidad preanalítica
y disminuir errores preanalíticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestro laboratorio pertenece al Departamento de Salud 18 de la Comunidad Valenciana,
atiende a una población de 215.230 habitantes (INE-2006)
y la actividad asistencial realizada en el año 2008 fue de 296.979 pacientes atendidos
a los que se les practicaron 2.633.118 determinaciones.

A lo largo del cuarto trimestre de 2007,
instalamos en el laboratorio
una plataforma preanalítica modular
"MPA de Roche Diagnostics"
conectada a dos unidades analíticas
"Modulares Analytics <PP> y <EE>"
para automatizar las tareas de
descapsulado, alcuotado, etiquetado,
recapsulado, clasificado y archivo;
funciones selectivas y configurables por el usuario,
tutelado por un sistema informático PSM.



RESULTADOS

- Robotización total del flujo de trabajo:
Automatización total de todas las tareas preanalíticas y analíticas
Estandarización de todo el proceso con tiempos totales de respuesta constantes.
- Disminución notable de errores:
Mejor gestión de las muestras, hemos reducido el número de tubos a uno por extracción y paciente en el área de bioquímica.
Se ha conseguido una trazabilidad a tiempo real de la muestra a través del PSM,
y hemos elaborado un archivo automático de muestras y seroteca.
- Reducción de personal necesario:
Antes de la automatización teníamos a tres profesionales dedicadas a tiempo completo en la fase preanalítica y con la automatización de la misma, hemos derivado a dos de ellas a otras áreas emergentes dentro del laboratorio como biología molecular; o en su defecto a áreas deficitarias de personal como microbiología.

CONCLUSIONES

- Se ha reducido de forma notable el tiempo de dedicación del personal en dichas tareas.
- Reducción del número de tubos por extracción en el área de bioquímica a uno por extracción y paciente con el consiguiente ahorro económico en el número de tubos.
- Mejora de la bioseguridad de los profesionales ante la ausencia de manipulación desde la extracción al resultado del informe analítico.



Programa del adolescente en el departamento de salud

López, M.I., Yañez, M.R., Ruiz, C., Fayos, D., y Cuenca, M.L.

INTRODUCCIÓN

Actualmente estamos asistiendo a un aumento de conductas de riesgo para la salud en los jóvenes. El programa del adolescente se ha elaborado desde la evidencia de que la adolescencia es la edad en la que se comienzan a desarrollar estas conductas, y es en este periodo donde, con una buena formación y educación, se puede evitar o disminuir el desarrollo de las mismas.

OBJETIVOS

El objetivo general está dirigido a mejorar el nivel de salud de los adolescentes, a través de la implantación de la enfermera de referencia, establecer estrategias para la adquisición de conocimientos y habilidades para la promoción de hábitos saludables evitando conductas de riesgo y la instauración del ámbito escolar como entorno idóneo para una educación para la salud efectiva y eficiente.

MATERIAL Y MÉTODOS

En una primera fase se crea el grupo de trabajo EpS, que reciben formación específica en metodología de EpS y sexualidad. En una segunda fase se organizan 5 grupos de trabajo que elaboran los contenidos de los talleres, previa selección de 5 temas prioritarios (Sexualidad, Prevención accidentes de tráfico, Alimentación, Tabaco, Drogas y alcohol). Elaboración de una guía de recursos sanitarios y sociales de cada zona básica para el adolescente. Presentación de la enfermera de referencia a los adolescentes en los centros docentes y presentación y oferta del programa a los distintos centros docentes del departamento para su conocimiento, así como la creación de una página web.

RESULTADOS

Presentación de la enfermera de referencia al adolescente en el centro docente en la totalidad de los centros escolares.

Desde el inicio del curso académico 2008-2009, se está impartiendo los talleres ofertados por 12 Centros de Salud del departamento en función de la demanda de los centros educativos, hasta ahora planificados 59 talleres de 19 centros de ESO y Bachiller.



CONCLUSIONES

Hemos observado buena aceptación de los talleres por parte de los equipos directivos de los institutos, por el profesorado y por los propios adolescentes y a su vez una progresiva integración de la enfermera en la escuela comprobando que los adolescentes saben que tiene una enfermera en su Centro de Salud a quién pueden acudir para informarse sobre temas de salud que le preocupen o padezcan.

BIBLIOGRAFÍA

- Jimenez Ruiz, CA; Fagestrom, KO. (2007). Tratado de tabaquismo. Ed. Ergon-Pfizer: Madrid.
- Ruiz Jiménez, MJ. (2008). El gran libro de la nutrición infantil. Ed. Oniro: Barcelona.
- Lienas, G; (2004). El diario rojo de Carlota. Ed. Destino: Barcelona.
- Melero, LC; Pérez, JA. (2001). Tu Guía. Plan nacional sobre drogas. Ed. Ministerio del Interior.

Colaboradores





Consejo de Enfermería de
la Comunidad Valenciana
CECOVA

Colegio Oficial de Enfermería
de Alicante

