

Cuando uno empieza a repartir, pronto empieza a recibir. (Anónimo)

Editorial de la Presidenta.

Informe de la Junta Directiva

Resúmenes de conferencias, ponencias o comunicaciones.

- Características nutricionales del enfermo oncológico. Margarita Balbín Felechosa.
- Seguimiento nutricional del paciente oncológico desde una Unidad de Cuidados Domiciliarios. José Ramón Rocas Camino.
- Enfermería basada en la evidencia: Valoración de caso clínico de paciente con cáncer esofágico. Isabel Calvo Viñuela.

Noticia de interés

Congresos y encuentros de Nutrición y Dietética

Actos científicos de interés general.

IX Premio ADENYD - 2007

Entidades colaboradoras

EDITORIAL DE LA PRESIDENTA

En este siglo XXI que recién llevamos consumiendo, observamos como la evolución social nos obliga a agruparnos de una u otra manera. Desde el archisabido y popular “*la unión hace la fuerza*” pasando por la cita “la sociedad no son los hombres sino la unión de los hombres” de Montesquieu (1689-1755) nos dan argumento suficiente como animales sociales que somos, de no poder prescindir unos de otros ni vivir a solas con nuestra mochila de inquietudes, frustraciones y vivencias.

Hidalgarde Peplau una de las grandes teóricas junto con Virginia Henderson, Dorotea Orem, Callista Roy y Martha Rogers, que sentaron las bases teóricas para el desarrollo de la Enfermería, describe esta disciplina como un proceso interpersonal terapéutico y significativo que funciona en cooperación con otros procesos humanos con la finalidad de hacer alcanzable la salud del individuo y de la sociedad, de ahí la

importancia de las relaciones o sistemas interpersonales que se forman cuando se produce la interacción entre dos o más personas.

En su obra, "Relaciones interpersonales en enfermería", ofrece una definición de enfermería en la que destaca la importancia del enfermero durante el "proceso interpersonal", al que define como terapéutico, y en la que resalta la influencia de su personalidad en el aprendizaje. Para Peplau, "La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria".

En base a esta filosofía creemos que formar parte de una asociación es compartir un espacio de intercambio de información y opiniones que nos enriquezca a todos, un instrumento de participación con continuidad y proyección en la sociedad científica donde desarrollamos nuestro campo.

Llevamos en nuestros “*genes profesionales*” la idea de participación y aunque agradezco la

confianza que depositasteis en este nuevo equipo de la Junta Directiva en octubre de 2006, el camino acaba de comenzar, la ayuda de cada uno de vosotros es sumamente indispensable para ir marcando y cumpliendo nuestros objetivos.

Objetivos como la participación en los grupos de trabajo de la UESCE (Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería,) donde estaremos trabajando sobre el desarrollo de las especialidades de Enfermería con nuestro documento de capacitación. En los de la FESNAD (Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética) compartiendo la difusión y el intercambio de conocimientos sobre Nutrición Básica y Aplicada, a través de trabajos como el Grupo de consenso sobre las RDA. Colaborando con el Consejo General de Enfermería a través de un tema tan actual como la prescripción enfermera o en el Pacto de la Comunidad de Madrid para la lucha en los TCA (Trastornos del comportamiento alimentario).

Objetivos como la renovación de nuestra página web que enseguida podréis visitar y que esperamos llenar con vuestros trabajos sobre educación y nutrición, educación y dieta, estudios descriptivos, transversales o comparativos tanto en el ámbito de la atención especializada como en el de la primaria, artículos que os puedan parecer interesantes o comentarios de libros. Para ello tenemos que actualizar vuestras direcciones y comunicarnos con el idioma universal que hoy es internet, enviad vuestras direcciones de correo electrónico para que así la comunicación pueda ser fluida y directa

ADENYD somos cada una de nosotr@s y tenemos que proponernos aumentar el número de socios, establecer redes de contacto para nutrirnos mutuamente y la aportación de ideas que podamos encauzar y que representen la experiencia, el esfuerzo y la trayectoria que la mayoría poseemos.

Gracias por vuestro esfuerzo.

Herminia Lorenzo Benitez
Presidenta

INFORME DE LA JUNTA DIRECTIVA

VICEPRESIDENTA ADENYD

Se ha creado un décimo borrador acerca del PACTO SOCIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID contra los Trastornos del Comportamiento Alimentario: La Anorexia y la Bulimia. Además de la Comunidad de Madrid se ha contado con la participación de las Conserjerías de Sanidad y Consumo, Educación,

Economía e Innovación Tecnológica, Familia y Asuntos Sociales, Cultura y Deportes. Dentro de los colectivos de Conserjería de Sanidad, como Sociedad Científica está convocada nuestra asociación ADENYD para el seguimiento de la situación y cumplimiento de los objetivos del presente Pacto.

Se parte de diferentes premisas como el estilo de vida, el desplazamiento de los valores sociales que son hoy día sustituidos por modelos inherentes a una cultura de éxito, falta de tiempo y de diálogo por parte de la familia, desconocimiento en materia de nutrición por parte de la población juvenil así como, una falta de hábitos alimentarios saludables, la venta de productos dietéticos o complejos vitamínicos en los gimnasios, academias de baile y por último, las creaciones artísticas de moda y dietas engañosas en las portadas de revistas.

Estos desafíos obligan a marcar unos objetivos:

- Modificar el entorno que favorece la adopción de conductas y Trastornos de Comportamiento Alimentario (TCA)
- Mejorar la educación e información y proporcionar una atención sanitaria integral a los pacientes de TCA y en concreto de la Anorexia y Bulimia.

Se forjarán diferentes líneas de actuación respecto a los creadores de la moda, los medios de comunicación para rechazar modelos ó imágenes que carezcan de un saludable índice de masa corporal. Colaborar con las autoridades competentes de venta y publicidad de productos dietéticos, “dietas milagro” para lo que se fijará con carácter anual una campaña de inspección sobre la información y publicidad. Promover campañas con mensajes positivos dirigidos a la población en general, y especialmente a los jóvenes, que contengan conceptos saludables de una alimentación adecuada y hábitos de vida saludable y la valoración de la propia imagen. Conseguir que la Educación para la salud sea una línea prioritaria de actuación reflejada en los Proyectos Educativos de cada Centro y reforzar la orientación psicopedagógica. Proporcionar la formación adecuada en Trastornos del Comportamiento Alimentario a los profesionales sanitarios y especialmente a todos los que están involucrados en el tratamiento de estas patologías.

En Enero del presente año se celebró en Madrid una reunión por parte de la Junta Directiva de la FESNAD (Federación española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética) integrada por: Asociación Española de Diplomados de Enfermería en Nutrición y Dietética (ADENYD), Asociación Española de

Dietistas y Nutricionistas (AEDN), Asociación Española de Doctores y Licenciados en Ciencia y Tecnología de los alimentos (ALCYTA), Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación (SEDCA), Sociedad española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SEGHNP), Sociedad Española de Nutrición Básica y Aplicada (SENBA), Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE).

Como ya es conocido, la misión de la FESNAD es aunar esfuerzos para el desarrollo pleno en España de la Nutrición, la Dietética y las Ciencias de los Alimentos en general, y mantener un vínculo permanente para el intercambio científico, académico y social de profesionales de la nutrición con perspectivas básicas y aplicadas. En la celebración anual del día de la Nutrición (DNN) que la celebraremos todos juntos el próximo 28 de Mayo ya quedó cerrado el tema: Alimentos funcionales y respecto al lema: "Alimenta tu bienestar". Se va a editar un boletín sobre alimentos funcionales, cuya corrección y aprobación queda a cargo de los distintos representantes de cada sociedad con una aprobación final.

Hay proyectos de crear un grupo de trabajo para elaborar un documento de Recomendaciones Nutricionales, se pide un representante de cada asociación, hemos tenido la satisfacción de contar con la colaboración de un socio: M^a Mar Jiménez. Enfermera de la Unidad de Nutrición de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid que siempre podrá contar con el apoyo de la Vicepresidenta: Isabel Calvo V.

Desde aquí os animamos como ya os ha escrito la Presidenta en la editorial, a contribuir en los diferentes grupos de trabajo que puedan surgir desde esta Federación y a participar en proyectos relacionados con la Nutrición.

Saludos

Isabel Calvo Viñuela

VOCAL ADENYD y SENPE

Queridas compañeras:

Como probablemente ya sabéis, la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE) procede a renovar parte de los miembros de su directiva. Los pasados cuatro años he sido la representante de enfermería en esa sociedad. Animada por varias compañeras, he decidido intentar renovar mi presencia en dicha sociedad, para así mantener activa la representación de nuestra profesión. Como miembro de ADENYD os pido a todas las que también sois miembros de

SENPE me otorguéis vuestra confianza por medio de vuestro voto en estas elecciones y a las que no sois socias os animo a que os hagáis.

Este año tiene lugar el XXII congreso en Sevilla, los días 30 de Mayo al 1 de Junio, una ciudad con un atractivo especial y un congreso en el que con el esfuerzo y el empeño de los que representamos a la enfermería en nutrición intentamos llamar vuestra atención para que forméis parte de esta sociedad que necesita de todos nosotros. Animaros y espero poder encontrarme con muchos de vosotros en Sevilla.

<http://www.senpe.com/>

Con los mejores deseos

Magdalena Jiménez.

RESÚMENES DE CONFERENCIAS, PONENCIAS O COMUNICACIONES

CARACTERÍSTICAS NUTRICIONALES DEL ENFERMO ONCOLÓGICO

Margarita Balbín Felechosa. Consulta de Endocrinología H. San Agustín Aviles y es profesora asociada de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Oviedo. Ponencia presentada en IX Foro Nacional de Enfermería de Nutrición y Dietética. Gijón, octubre 2006.

El cáncer es la segunda causa de muerte en los países desarrollados después de la enfermedad cardiovascular.

Existen una serie de procesos en las patologías cancerosas que están íntimamente ligadas a la alimentación.

Una vez desarrollada la enfermedad cancerosa, ésta y su tratamiento van a conducir con frecuencia a sufrir desnutrición. En un elevado porcentaje de casos la desnutrición es la primera manifestación de una neoplasia maligna. Otras veces la desnutrición se desencadena o se agrava con el tratamiento antitumoral: cirugía, quimioterapia o radioterapia, en los que puede haber problemas con la masticación, deglución, percepción del sabor, náuseas, vómitos, etc.

La desnutrición se correlaciona con una mayor morbilidad, siendo la caquexia la principal responsable de la muerte en casi la cuarta parte de los enfermos cancerosos; afecta negativamente a la función y reparación de los tejidos, por lo que los pacientes desnutridos toleran peor el tratamiento antineoplásico y aumenta la vulnerabilidad a las infecciones.

El mantenimiento de un estado nutricional adecuado puede reducir las complicaciones del tratamiento oncológico y contribuye al bienestar del paciente y por tanto a mejorar su calidad de vida. Las personas con cáncer requieren frecuentemente una dieta alta en calorías para evitar la pérdida de peso, alta en proteínas para evitar el desgaste muscular y complementada con frutas y verduras. Una buena nutrición es especialmente importante para las personas que se están sometiendo a tratamiento. Esto se debe a que muchos factores relacionados con la enfermedad en sí y a que sus tratamientos pueden afectar el apetito y la capacidad del organismo para tolerar ciertos alimentos y utilizar los nutrientes, por lo que las necesidades de la persona varían. El equipo de salud colaborará con el paciente para determinar los objetivos de nutrición específicos y abordará una forma que satisfaga sus necesidades nutritivas, y teniendo como objetivo fundamental:

Que se sienta mejor, que mantenga su nivel de energía, que mantenga su peso y las reservas nutricionales del organismo, tolere los efectos secundarios derivados del tratamiento, reduzca el riesgo de infección y que la recuperación sea lo más rápida posible.

Es importante que quienes cuantifiquen las necesidades nutricionales de estos pacientes anticipen los posibles problemas que vayan a surgir para intentar prevenirlos, y que observen algunos aspectos éticos como :

- Que el deseo expreso del paciente sea prioritario.
- Que no está demostrado que el soporte nutricional que alivia la sensación subjetiva de hambre y sed sea beneficioso en el enfermo con cáncer terminal.

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO DESDE UNA UNIDAD DE CUIDADOS DOMICILIARIOS

José Ramón Roces Camino. Equipo de Salud de Atención Domiciliaria (ESAD), Área V Gijón. Ponencia presentada en IX Foro Nacional de Enfermería de Nutrición y Dietética. Gijón, octubre 2006.

La atención domiciliaria es una actividad cuya importancia se está incrementando en la última década, los diversos factores que influyen en ello pueden ser clasificados, de forma genérica, en:

- **Factores relacionados con la población.**

Se reconoce clásicamente que la población, y especialmente la anciana, desea permanecer en sus domicilios.

- **Factores relacionados con la evolución demográfica.**

La evolución demográfica de los países desarrollados está dando lugar a la consolidación de poblaciones viejas, con un crecimiento neto de los ancianos más viejos, los mayores de 80 años. Este sector de la población es el que presenta mayor prevalencia de incapacidad física y de dependencia socio-sanitaria. Por tanto, como consecuencia directa de la transición demográfica ha aumentado el número de personas susceptibles, por su incapacidad físico-cognitiva, de ser institucionalizados o, como alternativa, ser incluidos en los programas de atención domiciliaria.

- **Factores relacionados con los costes del sistema socio-sanitario.**

La elevación de los costes deriva, generalmente, del consumo de recursos hospitalarios o de instituciones que prestan asistencia a ancianos especialmente debilitados. Cuando los ancianos son atendidos en el domicilio se consigue un descenso de los "costes directos de hostelería" derivados de la hospitalización o de la institucionalización, cuyo pago es desplazado a la familia.

Estos tres factores interactúan en diferente medida entre sí determinando, finalmente, una tendencia global en el sistema socio-sanitario a incrementar/potenciar la atención domiciliaria a los ancianos.

No obstante, ha de considerarse que la atención domiciliaria no sólo está dirigida a las personas mayores. Otras personas, con alto nivel de incapacidad por deterioros crónicos de su estado de salud o por enfermedades debilitantes de evolución rápida, independientemente de la edad, también son susceptibles de ser atendidos en el domicilio.

La *atención sanitaria domiciliaria* es un recurso por el que se provee asistencia sanitaria continuada para la resolución en el domicilio de los problemas de salud a las personas que por su situación de incapacidad física no pueden desplazarse a un centro sanitario, entendiéndose que el nivel de complejidad de los problemas a resolver no requiere la hospitalización ni la institucionalización del sujeto.

Las características que definen la atención domiciliaria son:

1. es un proceso de Atención longitudinal y continuada
2. su realización es en el domicilio del individuo
3. se realiza bajo una concepción de atención biopsicosocial

4. el núcleo de la atención es la persona enferma y la familia cuidadora (cuidadores y informales)
5. los recursos necesarios para la atención a los problemas son fácilmente movilizables en el domicilio.

El concepto de atención domiciliaria descrito anteriormente se contrapone al de hospitalización a domicilio. La *hospitalización a domicilio* se entiende como la atención transversal en el domicilio (en un momento dado de la vida del sujeto y en relación con una situación concreta de enfermedad), a un problema de salud de un nivel de complejidad que requiere para su asistencia el desplazamiento de recursos hospitalarios a la casa del sujeto.

- **Cuidados en el domicilio a las personas incapacitadas**

Es aceptado que el cuidado en el domicilio a las personas incapacitadas oferta una mejora en la calidad de vida de los pacientes respecto a los cuidados hospitalarios o institucionales. Ello podría aceptarse como totalmente cierto, aunque no existen estudios que demuestren de forma clara este hecho, siempre y cuando los pacientes y su entorno familiar reúnan las características que permitan el ejercicio de un cuidado de calidad en el domicilio.

El cuidado en el domicilio va a aportar al sujeto, fundamentalmente, una mejora de su sensación de autonomía, en relación con su no dependencia continua de los profesionales sanitarios; y la posibilidad, por tanto, de fomentar su actividad de auto cuidado. El mismo efecto puede esperarse en los familiares que actúan como cuidadores informales, efecto que puede ser muy positivo para la autoestima de los componentes familiares. Otros beneficios obtenidos es la evitación de las complicaciones derivadas de una hospitalización, o institucionalización, prolongada como las infecciones o los episodios confusionales.

Los cuidados domiciliarios no son, sin embargo, una opción asistencial adecuada para aquellos pacientes cuyo requerimiento de cuidados, por cantidad o calidad-complejidad, no puedan ser llevados a cabo en el domicilio por el núcleo familiar. En ello interviene tanto la ausencia de un soporte familiar en cantidad-calidad adecuado, como un nivel de cuidados lo suficientemente complejo como para poder ser realizado exclusivamente por la familia.

Podría citarse aquí la resolución, creemos que aún vigente, del Consejo de Europa cuando propuso un estudio sobre "la indicación de las medidas a tomar por la organización de las atenciones a domicilio, con el fin de evitar en la

medida de lo posible la institucionalización de las personas de edad, entendiéndose que las atenciones en domicilio deben ser de la misma calidad y de la misma eficacia que las que se dispensan en los hospitales".

- **Equipos de soporte**

En ocasiones, la patología, las situaciones psicosociales del anciano y de los pacientes terminales, resultan muchas veces lo suficientemente complejas, como para necesitar la intervención de otros niveles de la asistencia sanitaria.

La necesidad de un abordaje multidisciplinario se basa en la vivencia real de que un solo recurso sanitario no puede resolver todos los problemas de los sujetos subsidiarios de la atención domiciliaria y de sus familias. Es preciso establecer las conexiones correctas y ágiles entre los diferentes escalones donde se incorporen los profesionales del primer, segundo y tercer nivel (medicina interna, oncología, rehabilitación, radiología, cuidados paliativos, etc.)

Desde 1998 en el territorio del INSALUD se implantaron los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) con la finalidad de: facilitar la atención, apoyo y asesoría a los EAP, colaborar en la formación de los profesionales de atención primaria, facilitar la coordinación del proceso de atención con el nivel especializado y con otras instituciones, especialmente Servicios Sociales y atención conjunta con los EAP, de pacientes terminales o de pacientes crónicos de manejo complejo.

Dentro de la estrategia de implantación de este modelo en el territorio del INSALUD, a Asturias le correspondió la implantación de un ESAD en el Área sanitaria V, cuya cabecera es Gijón. El criterio de elección de esta Área y no otra se debió a la existencia de una importante población mayor de 75 años, un Hospital de corta-media estancia, un Hospital de agudos y otro hospital de agudos concertado. También se consideró el tamaño del Área sanitaria 500 Km² con un diámetro mayor de 60 Km, una población total de 300.000 habitantes y un buen sistema de carreteras.

Así que en septiembre del año 2000 se creó el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria del área V. Constituido por dos médicos, dos DUE, un auxiliar de enfermería y un auxiliar administrativo. El ámbito de trabajo es el Área Sanitaria V que comprende los concejos de Carreño, Gijón y Villaviciosa (de Oeste a Este).

En el caso de este Equipo la proporción de los pacientes atendidos es de un 80 % oncológicos y un 20 % de crónicos.

La unidad funcional de esta unidad esta compuesta por medico y Diplomado en Enfermería y los pacientes son derivados por el EAP. En caso de ser solicitada la intervención desde el Hospital, hay que contactar con el EAP para que autorice la intervención.

Como el caso que nos ocupa es el abordaje domiciliario de la nutrición del paciente oncológico, será sobre esta premisa sobre la que se describirá la valoración.

La valoración de la unidad paciente-familia implica la recogida de información de forma sistemática y deliberada con el objetivo de detectar las necesidades del paciente y la familia y con ello poder realizar los diagnósticos y planes de cuidados correspondientes.

La valoración en Cuidados Paliativos tiene unas características particulares y desde el principio debe detectar: Quién es el cuidador principal y cuál es su situación, el grado de conocimiento que el paciente y su familia tienen sobre la enfermedad, la actitud familiar sobre la oportunidad o no de que el enfermo conozca el diagnóstico, la existencia de una *conspiración de silencio*, la actitud del paciente y la familia ante la enfermedad (fases de Sporken y Kübler-Ross)

Es fundamental realizar una valoración integral del núcleo paciente-familia que incluya las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales. Es una labor de todo el equipo interdisciplinario y la información recogida debe quedar reflejada de manera clara en la historia del paciente.

Conviene definir qué profesional valorará cada aspecto, evitando la duplicidad en las preguntas, y poniendo en común la información obtenida para poder elaborar un plan de actuación conjunto que incluirá, entre otros aspectos, el plan de cuidados y el control de síntomas.

Conviene que sea lo más completa posible, y suele ocupar más de una visita. Datos útiles: Antecedentes personales, historia actual, anamnesis por aparatos, síntomas, exploración objetiva, valoración psicológica, funcional, familiar, social, del cuidador principal, necesidades espirituales, juicio clínico, problemas, plan diagnóstico, terapéutico y de asistencia integral.

Dentro de la valoración nutricional, sobre todo en algunos tumores como los de cabeza y cuello, nuestro equipo ejerce una labor de gestión/coordinación con el hospital de referencia para la implantación de sondas de gastrostomía. Las cuales mejoran en gran medida la calidad de vida de nuestros enfermos, y nos hacemos cargo de los cambios que pudieran surgir en el domicilio del paciente.

En caso de precisar hidratación, se realiza de la forma menos invasiva posible. En nuestro caso la vía elegida es la vía subcutánea, que no plantea ningún tipo de problemas en el domicilio.

CONCLUSIONES

- Los equipos domiciliarios son una buena alternativa para los enfermos de cáncer.
- El estado nutricional mejora la calidad de vida de los enfermos oncológicos.
- Una valoración nutricional debe estar basada en más de un método, y realizada por un equipo multidisciplinar.
- Se puede dar un soporte nutricional domiciliario con un adecuado seguimiento.
- Una buena coordinación con el Hospital de referencia puede ayudar a evitar o reducir los ingresos de los pacientes oncológicos.

ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA: VALORACIÓN DE CASO CLÍNICO DE PACIENTE CON CÁNCER ESOFÁGICO

Isabel Calvo Viñuela. Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. H. U. La Paz. Madrid. Ponencia presentada en IX Foro Nacional de Enfermería de Nutrición y Dietética. Gijón, octubre 2006.

• **Presentación de antecedentes previos y descripción del paciente:** Varón de 53 años, trabaja como ebanista, vive solo, no hijos y su cuidador principal va a ser su hermana.

Recordatorio de la fisiología del esófago y comentar los dos tipos de cáncer esofágicos: Adenocarcinoma y cáncer de células escamosas

Revisión última de bibliografía respecto al beneficio del soporte nutricional en esta situación: no está clara la evidencia de una mayor supervivencia en pacientes al ser tratados en el perioperatorio con soporte nutricional, sí hay documentación que aportan datos de menores complicaciones en el postoperatorio y estancia más corta en hospital.

Síntoma más característico de este proceso: la malnutrición. Creo que nadie puede aguantar el ataque de una enfermedad como es el cáncer, que parece tener inteligencia “propia y maligna”. La vemos como una enfermedad que odia la vida, al mismo tiempo que se alimenta de ella con voracidad, tanto que deja a algunos pacientes muy desnutridos. En este caso más que en otros tipos de cánceres ya que los síntomas aparecen cuando la enfermedad está muy avanzada. Las estrategias terapéuticas como tratamiento en nuestro caso clínico: Quimio y radioterapia previas a la cirugía.

- **Descripción de las estrategias que abordamos ante el problema de la disfagia:** modificaciones en la textura del alimento, añadir suplementos y más tarde se le practicó una gastrostomía radiológica par infundir nutrición enteral cíclica: nocturna

Hasta aquí es un caso clínico más y que cada uno de los presentes conocemos la forma de abordarlo. He querido preparar algo mas novedoso y plantear alguna **reflexión acerca de nuestro quehacer cotidiano.**

La enfermería como profesión necesita definir la aportación de su trabajo en la prestación de cuidados midiendo los resultados obtenidos tanto en el individuo/familia como en la comunidad. Para ello debemos contar con un lenguaje normalizado en el que están incluidos los diagnósticos enfermeros, según la taxonomía NANDA, la clasificación de intervenciones (NIC) y de resultados esperados (NOC). Descripción de los conceptos.

He querido centrar la clasificación NANDA en algo muy habitual en nuestras unidades; la nutrición enteral domiciliaria y así abordar los cuidados y atención al paciente/cuidador familiar. En nuestro caso clínico encontramos un hombre solo q va a aprender su auto-cuidado acompañado de su hermana, a la hora de aprender los cuidados.

Diagnóstico	Resultado esperado NOC	Intervención NIC
Manejo efectivo del régimen terapéutico	Conocimiento: N.E Ejecución del procedimiento Descripción de los cuidados del estoma Participación de la familia en la asistencia de cuidados	Enseñanza: Procedimiento/ Tratamiento

A través de la enseñanza del procedimiento le explicamos al paciente el propósito de nuestros cuidados, se los describimos y le explicamos la necesidad del equipo de la NED; sonda de gastrostomía de repuesto, bomba, jeringa..

Otro diagnóstico planificado: afrontamiento familiar comprometido, que en este caso clínico, va a ser su hermana, su cuidado-familiar. Como resultado esperado por parte del paciente (NOC): Bienestar del paciente y cuidador al mejorar su estado nutricional, sentir satisfacción con el apoyo profesional y satisfacción con la salud emocional de ambos: paciente y cuidador. Existen indicadores del 1 al 5 como escala de evaluación.

Es frecuente hallar signos de ansiedad y depresión en los cuidadores familiares, ahí es donde se van a centrar nuestras intervenciones; Reforzar la confianza del cuidador en el personal

enfermero involucrado, presentar al paciente otros pacientes con NED, dar tiempo a que haga preguntas y aceptar las expresiones de emoción negativa para lograr el resultado esperado. Y también que pueda llegar a sentir “satisfacción” con el rol de cuidador-familiar.

Al buscar la bibliografía he encontrado bastantes estudios de casos clínicos publicados que se centran con un modelo de enfermería “Biomédico” y se basan casi exclusivamente con el paciente, sin tener en cuenta, el núcleo familiar y el cuidador principal que constituyen el “elemento nuclear” para poder garantizar la continuidad de unos cuidados domiciliarios de calidad.

Es indiscutible que algunos cuidados realizados por los cuidadores familiares son tan eficaces como los cuidados realizados por los enfermeros, siempre y cuando, les proporcionemos el conocimiento necesario. En nuestro caso clínico conseguimos que su hermana, el cuidador familiar-principal llegara a manejar la situación. Y consecuentemente hemos conseguido aumentar la independencia institucional y además algo que me parece importante, no sólo formamos unos cuidadores para este caso puntual, sino que estos cuidadores ya están formados para prestar cuidados ante otras patologías, en definitiva, a cualquier persona de su entorno que precise los cuidados básicos.

Por todo ello, la formación de cuidadores domiciliarios junto con la enfermería basada en la evidencia son líneas estratégicas que estamos obligados a desarrollar.

Nuestros conocimientos y la práctica clínica se deterioran si no son continuamente revisados; podemos estar haciendo lo que no se debe y no hacer lo que se debe. Estos son los motivos que nos deben de acercar a la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) que constituye una estrategia de autoformación, autoaprendizaje crítico constructivo, es un método para buscar respuestas a las dudas que nacen de la práctica clínica, es la búsqueda sistemática de una respuesta basada en la investigación útil y pertinente para la práctica de las enfermeras con un enfoque reflexivo e interpretativo, es lo que permite hacer uso de esa en la realidad particular de cada enfermera.

Las distintas dimensiones que abarca la disciplina enfermera no sólo ocupa la práctica clínica, el corpus teórico sino también la investigación y la gestión. La EBE persigue la integración de estos resultados de las investigaciones en el cuidado paciente, familiar/comunidad y lograr así un máximo de salud. De este modo, se conseguiría una alta eficacia en los servicios de salud con los recursos

disponibles. A la hora de incorporar los resultados de la investigación a la práctica notamos una distancia enorme entre lo que la evidencia propone y lo que la realidad clínica dispone.

A la hora de buscar toda esta información y preparar el tema me centré en el síntoma más llamativo de nuestro paciente y no pude por menos que hacerme una pregunta:

- ¿Valoramos las enfermeras bien la disfagia?
- ¿Seguimos una sistemática unánime?

Con este artículo del Inst. Joanna Briggs. nos informa de los resultados de la revisión sistemática acerca de la disfagia para enseñar técnicas seguras de alimentación. Nos dice que existe evidencia: el reflejo de cerrar la boca no tiene relación con la capacidad para tragar de forma segura.

Nos recuerda nuestro rol de enfermeras en este proceso: observar hábitos de alimentación del paciente, valorar para identificar signos de disfagia, monitorizar y registrar en hojas de seguimiento con el fin de ayudar a hacer una valoración adecuada respecto al estado alerta del paciente, el nivel de conciencia....

En la práctica clínica las enfermeras no realizamos ningún tipo de valoración específica y nos puede llevar a tomar decisiones erróneas.

Desafortunadamente existe una ausencia de escalas para valorar de forma unánime la disfagia.

La autora de este artículo (Fdz Bustos P. Evidentia 2006) pone en juego dos cuestiones:

- ¿Están las enfermeras adecuadamente formadas para detectar la disfagia?
- ¿Existen escalas específicas para la valoración de la disfagia?

A menudo ocurren tristes acontecimientos en puntos distantes de nuestro planeta como el caso del reciente maremoto en Asia, las imágenes hieren nuestra fibra más sensible y promovemos cooperación y solidaridad con las víctimas, ya no sólo como sanitarios sino como personas.

Mi reflexión se lanza a este punto: Pero sin embargo en los países occidentales hay un número mayor de muertes provocadas por una silenciosa ola y a la vez dañina, es la que provoca el desconocimiento. En nuestro entorno hospitalario vemos que se desarrollan acciones desafortunadas que se podrían evitar, que son producidas por desconocimiento de las medidas terapéuticas. Parece que la infección nosocomial es un hecho ligado a la hospitalización mientras que la evidencia demuestra que el lavado de manos reduce la infección hospitalaria y lamentablemente he encontrado este artículo publicado recientemente (Evidentia 2005; un 64% del personal creía que no era imprescindible el lavado de manos al usar los guantes)

Debemos preguntarnos: ¿Por qué ocurren estas situaciones?

Hasta ahora las enfermeras españolas hemos sido formadas para ayudar a otros a curar y para realizar funciones técnicas. Teníamos poca independencia pero gozábamos de una posición relativamente cómoda. Hoy día sabemos que contraemos una obligación con los pacientes que atendemos, ofrecer los mejores cuidados en un entorno seguro. Para ello, nuestro trabajo debe ir acompañado de un espíritu crítico con postura activa contra la ignorancia. No se trata de cambiar el modelo caduco por uno nuevo, pero sí se trata de hacer una apuesta decidida por “hacer lo mejor posible” nuestro cometido, contando para ello con las estrategias de formación continuada y con la actualización y puesta al día de nuestros conocimientos.

Por todo esto, las enfermeras necesitamos transformarnos, pasar de ser mera observadora a ser pieza activa de cambio. Solo así podremos cumplir nuestro objetivo y prevenir muertes o complicaciones innecesarias.

En la práctica clínica diaria los profesionales sanitarios nos encontramos con la necesidad de tomar decisiones constantemente. En general, estas decisiones parten de los conocimientos aprendidos durante el ciclo formativo, lo que aprendemos de otros profesionales y de nuestra propia experiencia.

Es necesario convertir la necesidad de información en preguntas clínicas muy bien definidas; ¿Que es la disfagia?.

Formulada la pregunta, la siguiente fase es la búsqueda de la mejor evidencia (Revisión de Investigaciones, Ensayos originales, Guías Clínicas), hacer un análisis de la literatura, una valoración crítica de lo publicado. Sigue la fase nada sencilla, de la integración de lo aprendido a nuestra práctica clínica, aplicar los resultados y posteriormente evaluar nuestro rendimiento, una evaluación continuada de nuestro funcionamiento como profesionales.

Para implementar la evidencia en la práctica enfermera diaria realizar una mejora en los cuidados debemos recordar las cuatro fases principales:

Después de la labor investigadora se presentan las conclusiones y se pasaría a la fase de difusión, donde intervienen los líderes de primer nivel: (Dirección de Enfermería y Supervisión) con la colaboración de los profesionales más dinámicos del equipo. La siguiente fase sería la ejecutiva, donde se aportan los materiales para llevar a cabo el cambio propuesto, se realiza un seguimiento. Y por último la fase final lógica:

evaluar la calidad y los resultados de cambio en la práctica enfermera.

No nos basta con conocer la mejor práctica para la realización de un cuidado, si no somos capaces de aplicarlo a la práctica clínica y que sus resultados sean medidos para contrastarlos con los esperados.

En ocasiones de forma injusta se le adjudica a la enfermera asistencial una resistencia a los cambios aunque no olvidemos que parte de la responsabilidad también se debe a la mala planificación y gestión de los proyectos por parte de los gestores de enfermería.

Como conclusión, ya no sólo al caso clínico expuesto sino también a nuestro quehacer diario, me quedaría con que el mejor antídoto al error por omisión sería:

Diseminar la información mediante estrategias de formación continuada y también con la actualización y puesta al día. Utilizando para ello los resultados que proporciona una práctica basada en la evidencia.

He encontrado esta frase bastante alusiva a la reflexión, ya desde la época de Maquiavelo en su novela nos advierte de la dificultad

“Deberíamos recordar que no hay nada más difícil de llevar a disposición, conducta más peligrosa y algo más incierto en su resultado, que tomar la decisión de introducir un nuevo orden de las cosas. Porque el innovador tendrá por enemigos a todos los que están bien bajo el viejo orden y defensores tibios entre los que pueden estar bien fuera del nuevo”.

NOTICIAS DE INTERÉS

CONSTITUIDAS LAS COMISIONES NACIONALES DE LAS 7 ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA

MADRID, 07-03-2007

Ya son una realidad las comisiones nacionales de las 7 especialidades: las dos que ya existían enfermería obstétrico-ginecológica (matrona) y enfermería de salud mental, y las otras cinco que se crearon con el Real Decreto de especialidades aprobado en abril de 2005: cuidados médico-quirúrgica, familiar y comunitaria, pediatría, geriatría y enfermería del trabajo.

Las nuevas comisiones van a ser clave para el desarrollo de las especialidades enfermeras: serán las encargadas de establecer, entre otros temas, los contenidos de los programas de formación de cada especialidad, así como el establecimiento de los criterios para la acreditación de unidades docentes. Además, serán las encargadas de decidir los criterios y fundamentos que regirán la

homologación de títulos anteriores y la obtención del título de especialista por vía extraordinaria.

En este sentido, cabe destacar que ya son miles de enfermeras y enfermeros los que, a día de hoy, han solicitado el nuevo título de especialista, ya sea por disponer de otro título anterior homologable o ya sea por la fórmula de acceso extraordinario basada en los años de ejercicio, la formación complementaria y una prueba de evaluación de la competencia en los términos previstos en la Disposición Transitoria Segunda del Real Decreto de Especialidades.

El Real Decreto de especialidades, publicado en el Boletín Oficial del Estado el 6 de mayo de 2005, establecía como funciones de estas comisiones las siguientes: Elaborar y proponer el programa de formación y su duración. El establecimiento de criterios para la evaluación de unidades docentes y formativas. El establecimiento de criterios para la evaluación de los especialistas en formación. El informe sobre programas y criterios relativos a la formación continuada de los enfermeros, especialmente los que se refieran a la acreditación y la acreditación avanzada de profesionales en áreas funcionales específicas dentro del campo de la especialidad. La participación en el diseño de los planes integrales dentro del ámbito de la correspondiente especialidad. El establecimiento de los criterios para la evaluación en el supuesto de nueva especialización. La propuesta de creación de áreas de capacitación específica.

MIEMBROS DE LAS COMISIONES:

Familiar y Comunitaria

Educación: María José Benavente Sanguino, Loreto Maciá Soler. **RRHH:** Cristina Amelia Hederle (**presidente**), Francisco Javier Navarro Moya, Enrique Oltra Rodríguez (**vicepresidente**), María Dolores Sánchez López. **S. Científicas:** Manuel López Morales, José R. Martínez Riera. **Consejo:** Fidel Rodríguez.

Pediatría

Educación: Carmen Isabel Gómez García (**vicepresidente**), Isabel María Morales Gil. **RR.HH:** Isabel Enciso Bergé, Florentina Correyero Tadeo, Emilia Llorca Marqués, Inmaculada Torrijos García. **S. Científicas:** Mercedes Martínez Lucas, Pilar González Carrión (**presidente**). **Consejo:** Ana María Pedraza Anguera.

Médico-Quirúrgica

Educación: Blanca Marín Fernández (Navarra) María Pilar Palazuelos Puerta (P. Hierro). **RRHH:** Joaquín Chaves Gragera, Eulalia Juvé Udina (Barcelona), Angela María Ortega Benitez, Juan Carlos Gómez Díez. **S. Científicas:** Ginés

Tocón Pastor (**vicepresidente**). Jerónimo Romero-Nieva (**presidente**). **Consejo:** Máximo González Jurado.

Salud Mental

Educación: Cristina Fernández Álvarez (**presidente**), Dolores Serrano Parra. **RRHH:** Armando Colomer Simón, María Teresa Lluch Canut, María Jesús Armendáriz Anchuelo, Justa Zamora Letrado. **S. Científicas:** Ana García Laborda. Marciano Tomé Alonso (**vicepresidente**). **Consejo:** Roberto Martín. **EIR:** Ainoa Egaña Arriaga. Ana M^a Santos Herrero.

Geriatría

Educación: Cristina Castanedo Pfeiffer, José J. Soldevilla Agreda (**vicepresidente**). **RRHH:** Virtudes Niño Martín, Amelia Lerma Soriano, Concepción Quiles Quiles, Teodoro González Pérez. **S. Científicas:** Fernando Martínez Cuervo. Misericordia García Hernández (**presidente**). **Consejo:** Josep París Jiménez.

Obstétrico-Ginecológica

Educación: María Isabel Rosa Blanca Avellaned Jiménez (**vicepresidente**). Laura Fitero Lamas **RRHH:** Ana Rufó Romero. Carmen Gómez Moreno, Modesta Salazar Agulló, M^a Isabel Sánchez Perruca (**presidente**). **S. Científicas:** M. Angeles Rodríguez Rozalén, Gloria Seguranyes. **Consejo:** María José Espinaco Garrido. **EIR:** Rosana Espuig Sebastián, Aitana González Daria.

Enfermería del Trabajo

Educación: Josefa Vázquez Márquez, Francisco Bernabeu Piñeiro. **RRHH:** Ángel M^a Martín Galán. Cristina Ortega Matas, Esperanza Alonso Jiménez, Eloy Hernández Martín. **S. Científicas:** José Manuel Corbelle Álvarez (**presidente**). Javier Sebastián Pacheco. **Consejo:** Pilar Fernández Fernández.

EL MINISTERIO DE SANIDAD TRABAJA EN UNA GUÍA PARA INFORMAR SOBRE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO CON UN ENFOQUE DE GÉNERO.

Europa Press. MADRID, 10-01-2007.

El Ministerio de Sanidad y Consumo está trabajando a través de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y del Observatorio de Salud de la Mujer en la elaboración de una guía de recomendaciones para la comunicación y divulgación de información relacionada con ciertos trastornos del comportamiento alimentario, en concreto con la anorexia y la bulimia, y con un enfoque de género.

Según informó el Ejecutivo en una respuesta parlamentaria a la que tuvo acceso Europa Press, en dicha publicación se recogerá un análisis de

contenido cuantitativo de las noticias publicadas en la prensa escrita desde 2000 a 2005, así como un informe ejecutivo de los resultados del análisis de contenido y un cuestionario de preguntas que persigue "llegar a consensuar" un decálogo de recomendaciones para comunicar y difundir estas cuestiones.

Esta guía podrá ser utilizada para la elaboración de materiales didácticos, folletos informativos, publicidad, imágenes y noticias de prensa, e irá dirigida a aquellos profesionales y grupos que elaboran material informativo y educativo sobre nutrición. Al mismo tiempo, sus aportaciones también podrán tenerse en cuenta para el código de autorregulación de la publicidad de alimentos dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud (PAOS).

Por otro lado, la Agencia de Calidad del SNS también ha puesto en marcha un proyecto para elaborar Guías de Práctica Clínica (GPC) financiadas íntegramente por Sanidad y cuyo desarrollo se llevaría a cabo por las distintas agencias o unidades de evaluación de tecnologías sanitarias. Dentro de estas guías se incluiría la relacionada con los trastornos del comportamiento alimentario, que ha sido "priorizada" entre las 13 guías a elaborar entre 2006 y 2007.

EL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE MADRID CONDENA A LA ADMINISTRACIÓN A PAGAR 682.000 EUROS POR NO CONSULTAR LA HOJA DE ENFERMERÍA

MADRID, 19-12-2006.

Para el tribunal el que los médicos incurrir "en una notoria negligencia" al no consultar estos datos.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica establece como uno de los contenidos a recoger en la historia clínica "la evolución y planificación de cuidados de enfermería" contenidos en las denominadas hojas de enfermería. Sin embargo, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid ha ido más lejos, y establece que los médicos que no consulten estos datos infringen "las normas de la lex artis, al incurrir en una notoria negligencia".

La sentencia nº 1326, de 15 de noviembre de 2006, dada a conocer en la edición de "Diario Médico" del pasado 13 de diciembre, condena a la Administración a pagar 682.282 euros por los daños causados a una paciente que sufrió una reacción alérgica a un fármaco, pese a que tal alergia constaba en la hoja de enfermería. Según los hechos que describe Diario Médico, quince

días antes de que la paciente fuese sometida a una intervención quirúrgica sufrió "un episodio alérgico, tras la ingesta de Nolotil, por lo que la enfermera hizo constar en la hoja de valoración que la enferma era alérgica a ese fármaco. Una hora después de la operación, y coincidiendo con la administración de una ampolla intravenosa de Nolotil, la enferma sufrió una taquicardia sinusal y rash cutáneo generalizado con desaparición del pulso arterial. Como consecuencia de dicho episodio, la paciente presenta una encefalopatía difusa postisquémica".

Los dictámenes periciales aportados por la Administración se centran en la falta de relación entre el daño y la administración del fármaco y, sobre todo, en que el dato sobre la alergia figuraba en una hoja elaborada por los enfermeros, pero no en la historia clínica, "único documento", que, al parecer consultan los médicos, sin tener en cuenta que la ley 41/2002 establece las hojas de enfermería como parte de la propia historia. A este respecto el tribunal es muy crítico, pues ante esa afirmación de los peritos los magistrados sostienen que, "si es cierta, dice muy poco en favor de la medicina. La obligación de los médicos al estar en juego la vida de los pacientes es tomar todos los datos precisos antes de hacer sus intervenciones".

El fallo, que admite los alegatos de Rafael Martín Bueno, abogado de la Asociación de Víctimas de Negligencias Sanitarias (Avinesa), sostiene que "aunque la hoja de enfermería pueda no ser una prueba clara de la existencia de la enfermedad, menos lo son las simples declaraciones del paciente (a las que sí da crédito el perito)".

Es más, el tribunal puntualiza que los datos que recogen los enfermeros "son para una finalidad concreta, y el hecho de que los médicos no los manejen sólo demuestra, si es cierto, que están actuando infringiendo las normas de la lex artis". Por último, los peritos califican de "llamativo" el hecho de que la reacción que sufrió la enferma quince días antes de la operación no constase en la preoperatorio, pero el fallo lo considera como "una descoordinación de los servicios que también conduce a exigir responsabilidad a la Administración".

**MINISTERIO DE SANIDAD Y LAS CC.AA.
DECIDEN CREAR UN REGISTRO DE
PROFESIONALES DEL SNS Y UN
OBSERVATORIO DE LA CARRERA
PROFESIONAL**

Ministerio de Sanidad y Consumo.
MADRID, 12-03-2007.

El pleno de la Comisión Nacional de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (SNS), que ha presidido la Ministra de Sanidad y Consumo, Elena Salgado, ha acordado proponer al Consejo Interterritorial la creación de un registro de profesionales sanitarios del SNS, "una herramienta fundamental para la adecuada planificación de los recursos humanos en el SNS y para la toma de decisiones tanto a nivel estatal como autonómico", como ha señalado la Ministra.

El registro deberá permitir la utilización de la información que contenga y el tratamiento conjunto de datos, que estarán digitalizados y sincronizados con el Sistema de Información del SNS. El registro no podrá contener datos especialmente protegidos y estará sometido a la Ley Orgánica 15/99 de Protección de datos de carácter personal. También deberá garantizar el acceso de los ciudadanos.

Para poner en marcha este proyecto, cada Comunidad Autónoma creará su propio registro con los datos mínimos comunes que integrarán en el Sistema de Información del SNS. Éste incluirá el registro nacional de especialistas en formación, el registro nacional de especialistas con diploma de capacitación específica, el registro de centros acreditados para la formación de especialistas (estos tres gestionados por el Ministerio) y también los datos de registro nacional de especialistas en Ciencias de la Salud (gestionado por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte).

La propuesta hoy aprobada ha sido elaborada por el grupo de trabajo sobre necesidades de especialistas de la Comisión de RR.HH., con la participación de las CC.AA., y será remitida al Consejo Interterritorial, que es el organismo encargado de aprobar las características de los registros autonómicos de profesionales sanitarios y su integración en el Sistema de Información del SNS. Todas las administraciones tendrán acceso al tratamiento agrupado de los datos y el Sistema de Información del SNS realizará el tratamiento estadístico y hará pública la información obtenida. El Ministerio de Sanidad y Consumo propondrá a las CC.AA. la firma de un convenio para dar un impulso a su creación, tanto desde el punto de vista financiero, con una aportación del Ministerio de dos millones de euros, como desde el tecnológico.

• **Real decreto aspectos formativos residencia**

El Pleno ha conocido un informe sobre la tramitación del proyecto de Real Decreto por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

El Ministerio de Sanidad y Consumo está llevando realizando un amplio trámite de audiencia con todas las organizaciones profesionales y asociaciones de residentes de un texto normativo que complementa el Real Decreto ya aprobado que regula la relación laboral especial de los residentes.

- **Reclasificación profesional**

El Pleno también ha examinado dos informes sobre reclasificación profesional, elaborados por sendos grupos de trabajo creados por la Comisión para estudiar las demandas profesionales de los auxiliares de enfermería y de los técnicos sanitarios. En el caso de los auxiliares, el Pleno ha acordado devolver el informe sobre la revisión del nivel de cualificación a la Comisión Técnica Delegada, por entender que se requiere para la toma de decisión un estudio complementario sobre la situación de los auxiliares de enfermería en el Sistema Nacional de Salud y sobre el impacto organizativo que puede tener una medida de este tipo.

Respecto a los técnicos sanitarios, la Comisión ha resuelto no aceptar a la modificación del grado, que solicitaban estos profesionales, y encargar la elaboración de un estudio que permita identificar las funciones de los técnicos en Europa, así como en España.

- **Observatorio de la carrera profesional**

En la reunión también se ha acordado crear el Observatorio de la Carrera Profesional, una vez que las CC.AA. han desarrollado la carrera profesional en sus territorios y que se cerró un acuerdo de la Comisión por el que se fijaron los criterios generales de homologación de los sistemas de carrera profesional del personal de los servicios de salud. El Observatorio de la Carrera Profesional tendría como fin analizar la implantación, evolución y desarrollo de los diferentes modelos de carrera en el Sistema Nacional de Salud para que se garanticen los principios contenidos en dicho acuerdo.

**LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE
ENFERMERÍA SOLICITA EN HUESCA LA
LEGALIZACIÓN DE TODAS LAS
ACCIONES DE PRESCRIPCIÓN
REALIZADAS DIARIAMENTE POR LOS
ENFERMEROS CON EL CONOCIMIENTO
DE LA SANIDAD**

HUESCA, 30-03-2007.

Con motivo de la presentación de la "I Jornada de Casos Clínicos en Heridas Crónicas" que se ha desarrollado en Huesca y en la que ha participado Máximo González Jurado, presidente del Consejo General de Enfermería -máximo órgano de representación nacional de los 240.000

enfermeros que trabajan en España y Juan Carlos Galindo Lanuza, presidente del Colegio de Enfermería de Huesca, se ha realizado un encuentro con los medios. A lo largo de este encuentro se ha presentado un estudio científico que pone de manifiesto que los enfermeros están prescribiendo con total normalidad en su quehacer diario más de 200 medicamentos, a pesar de ser una actuación prohibida por la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios -conocida ya popularmente como Ley del Medicamento-.

Se trata del "Estudio sobre la Prescripción Enfermera en España; Resultados Primera Fase" que ha sido coordinado por Consejo General de Enfermería de España y que ha contado con la participación de más de 100 enfermeros expertos en las distintas áreas de la asistencia clínica sanitaria. El trabajo ha sido realizado con metodología científica y recoge, registra y detalla, por primera vez en nuestro país, un total de 170 intervenciones enfermeras (actuaciones clínicas) en las que las enfermeras de atención primaria, especializada y sociosanitaria están ya realizando la prescripción de más de 200 fármacos con el conocimiento, el beneplácito y la total connivencia del resto de los profesionales sanitarios y de los propios gestores y responsables del sistema.

- **De espaldas a la realidad sanitaria.**

El presidente del Consejo General de Enfermería ha destacado cómo los resultados del estudio avalan las reivindicaciones de la profesión respecto a la prescripción farmacológica llevada a cabo diariamente y en repetidas ocasiones por los enfermeros. "Esto viene a demostrar que la realidad sanitaria, es decir, el día a día en los hospitales y centros de salud, se contradice con la Ley del Medicamento aprobada el pasado mes de julio y que atribuye la prescripción de medicamentos en exclusiva a médicos y odontólogos", una circunstancia que viene a suponer la prohibición de cualquier acción prescriptora para otros profesionales sanitarios". Para el presidente del Consejo General de Enfermería "se trata, por tanto, de una ley que ha dado la espalda a la realidad sanitaria ya que en el día a día del Sistema Nacional de Salud la prescripción enfermera es aceptada con absoluta normalidad hasta el punto de que se aprecia desde hace años como una función más de las enfermeras".

- **Ilegalidad de actuaciones enfermeras.**

González Jurado ha puesto de manifiesto cómo la Ley del Medicamento ha quebrado la paz que existía en el sistema sanitario español después de que la Ley de Ordenación de las Profesiones

Sanitarias (LOPS) y de la Ley de Calidad y Cohesión viniesen a establecer las reglas del juego en las relaciones entre los diferentes profesionales sanitarios y determinase las competencias de cada uno de ellos. Asimismo, ha destacado la gravedad de la situación actual en España después de la aprobación de la Ley del Medicamento. González Jurado destacó la situación de ilegalidad e indefensión jurídica en la que se ha quedado la enfermería española. "Esta circunstancia afecta directa y negativamente a gran parte de la actividad cotidiana de la profesión enfermera puesto que, tal y como pone de manifiesto el estudio científico, las enfermeras están prescribiendo con total normalidad en su quehacer diario. Estas actuaciones de prescripción ahora mismo ya son ilegales, a pesar de contar con la connivencia de los gestores sanitarios y del resto de los profesionales del sistema".

El presidente de los enfermeros españoles destacó el espíritu de colaboración que están manteniendo muchas Comunidades Autónomas que "se han mostrado mayoritariamente sensibles a esta situación y varias de ellas han creado ya grupos de trabajo para detectar las intervenciones enfermeras donde se está prescribiendo". González Jurado afirmó que, por el bien de los pacientes, es necesario garantizar el principio de continuidad asistencial del Sistema Nacional de Salud y que con la Ley del Medicamento ya vigente no hay más alternativa que la de implantar la prescripción colaborativa o prescripción delegada. "En caso contrario tendríamos que recurrir al cumplimiento escrupuloso del Artículo 77.1 de la Ley del Medicamento, lo que nos obligaría a dejar de hacer todas aquellas acciones de prescripción que realizamos diariamente los enfermeros. Esto supondría la paralización del Sistema Nacional de Salud lo que tendría muy graves consecuencias para los pacientes y supondría un freno en el desarrollo conseguido por nuestro Sistema Nacional de Salud".

Un pacto entre profesiones sanitarias. Máximo González Jurado aseguró que la solución a este grave problema pasa por el establecimiento de un pacto entre profesiones sanitarias que reconozca y establezca las reglas del juego de la prescripción delegada. "Somos conscientes de que se trata de una competencia médica, competencia que, sin embargo, en los más de 200 casos de prescripción enfermera detectados hasta el momento, es delegada a otra profesión sanitaria como consecuencia del trabajo en equipo. Dicha delegación de competencias es un procedimiento contemplado en la LOPS como una práctica habitual en equipos multidisciplinares. Por tanto, se hace necesario un pacto interprofesional que

conlleve la aprobación de una norma jurídica con rango de Real Decreto. Estamos hablando de una norma pactada con nosotros, con los médicos y con el Ministerio de Sanidad y Consumo, y donde se establecería el listado de medicamentos que podrían prescribirse, los protocolos de actuación para hacer.

PIDEN UNA ASIGNATURA SOBRE NUTRICIÓN EN LOS COLEGIOS

Jano Online y agencias 26/04/2007

El director gerente de la Federación Española de Nutrición, José Manuel Ávila, apuesta por impartir en los colegios una asignatura dedicada a la nutrición, a través de la cual los niños puedan "aprender a comer de forma saludable" y evitar trastornos alimentarios como la anorexia, la bulimia o incluso la ortorexia, trastorno cada vez más generalizado en la sociedad actual y que se caracteriza por "una obsesión por comer alimentos 'teóricamente sanos', como los alimentos sin sal, sin colesterol o bajos en calorías".

Ávila realizó esta propuesta durante la II Cita con la Salud, organizada por la Universidad CEU San Pablo bajo el título "Nutrición: ¿sabemos comer?", en la que también participaron el director general de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, Agustín Rivero, y la profesora de Nutrición Humana de la Facultad de Farmacia de la Universidad CEU San Pablo, María Achón.

Durante su intervención, Rivero explicó que desde la Administración se está llevando a cabo un plan de formación nutricional centrado principalmente en dos sectores: la población juvenil, para que aprenda a comer de forma saludable, y la tercera edad, ya que en ocasiones los mayores son los encargados de alimentar a sus nietos, al no disponer los padres de tiempo suficiente.

PREPROGRAMA X FORO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

PRESENTACIÓN

Me es grato presentaros la ciudad que este año será sede del X Foro Nacional de Enfermeras de Nutrición y Dietética, del 18 al 20 de octubre: SEGOVIA

Imponente. De trazado soberbio. La monumental envergadura del acueducto romano y su perfecto estado de conservación ha hecho que sea uno de los monumentos romanos mejor conservados del mundo, erigido como símbolo de

una ciudad milenaria. Segovia es su muralla, su plaza mayor, su catedral, sus iglesias románicas, sus conventos, sus calles estrechas y sus palaciegas mansiones. Es el encuentro de culturas a lo largo de milenios. Romana, árabe, judía o cristiana. La ciudad vibra hoy con el mismo poder y pujanza que simboliza el majestuoso Alcázar de la Edad Media. Segovia se visita tranquilo impregnándose de su luz y de los colores del otoño, paseando por su trazado medieval, descubriendo edificios mudéjares, conventos de la época Isabelina y una gran variedad de casas fortificadas, secaderos de lana, típicos de la ciudad y muestra del arte y de la historia vivida.

No hemos olvidado la gastronomía que estará, sin duda, representada en el Foro. Seguro que esta ciudad no os dejará indiferentes

Segovia es una ciudad para volver

Concha Moreno Cejudo

Presidenta del Comité organizador

xforosegovia@hotmail.com

SEDE:

Hotel Cándido, Avd Gerardo Diego s/n

PROGRAMA PRELIMINAR

Jueves 18 de Octubre

19:30 Recogida del Centro de Visitantes. Plaza del Azoguejo. Visita guiada por la ciudad

21:30 Cóctel de bienvenida del Foro

Lugar: Torreón de Lozoya

Viernes 19 de Octubre

9:00 Recogida de documentación

9:30 Inauguración Oficial

10:00 Conferencia Inaugural

LA COCINA ENCIENTADA

D^a Teresa Pérez Hernández. Periodista

10:30 Exposición póster

11:00 Café

11:30 - 13:00 MESA REDONDA

DIABETES, NUTRICIÓN E INMIGRACIÓN

Moderadora: D^a M^a Jesús García Llorente.

Hospital de Segovia

Situación del Inmigrante en España

D^a Laura Otero García. DUE. Antropóloga

Educación diabetológica con inmigrantes

D^a Elvira Alcarria González. Educadora Diabetes

Hospital de Segovia

Inmigración en el ámbito hospitalario

D^a Margarita Cruz Bravo. DUE.

Hospital de Segovia

13:00 Presentación Premio ADENYD 2005

13:30 Comida de trabajo

16:00 – 17:30 MESA REDONDA

EDUCAR EN LA ESCUELA

Moderadora: D^a Cristina Albornos Marugán

Las enfermeras en la escuela.

D. Juan Pablo Sánchez Prado
Coordinador de Enfermeras escolares de
Villajoyosa. Alicante

Educar en alimentación saludable

D^a Carmen Santiago Traperero

Enfermera. C.S. Segovia Rural

El comedor escolar

D^a Carmen Montero Morales

Enfermera. C.S. Segovia III

18:00 Clausura del Foro

18:30 Asamblea ADENYD

Fallo del premio ADENYD 2006

22:00 Cena de Clausura y entrega de premio
ADENYD

Sábado 20 de Octubre

10:00 Visita Guiada:

La Granja de San Ildefonso.

14:00 Comida

FALLO DEL PREMIO ADENYD 2006

En la VII convocatoria que finalizó en diciembre del año 2005, se recibieron 3 trabajos, cumpliendo todos los requisitos marcados.

El trabajo premiado fue "Evaluación Enfermera del tratamiento de la obesidad" de Mercedes López Pardo Martínez, M^a Jose de la Torre Barbero, Estrella Cañones Castello, y M^a Victoria Fernandez Ruiz y fue entregado durante la celebración del en IX Foro Nacional de Enfermería de Nutrición y Dietética. Gijón, octubre 2006.

CONGRESOS Y ENCUENTROS SOBRE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

- IX Foro Nacional de Enfermeras en Nutrición y Dietética. Anual, 18 -20 de octubre. 2007, Sede: Segovia.
Web: www.adenyd.org
- Seminario de Nutrición Clínica. Dr. Abraham García Almansa. Anual en octubre. Sede: H.U. Gregorio Marañón de Madrid.
- Nutrición Práctica. Anual en abril Sede: Colegio Oficial de Médicos de Madrid.
Web: www.dietecom.info
- XXI Congreso Nacional SENPE. Anual en mayo. Sede 2007 Sevilla
Web: www.senpe.com

ACTOS CIENTÍFICOS DE INTERÉS GENERAL

- XI Encuentro de Investigación en Enfermería. Congreso de Ámbito Internacional. Anual en noviembre. Sede 2007 Madrid.
<http://www.isciii.es/investen>.

IX PREMIO ADENYD 2007

1.- Podrán optar a este PREMIO todos los trabajos publicados en revistas, así como las comunicaciones y póster presentados en actos científicos (Congresos, Jornadas y Premios de Investigación de Enfermería), cuyo autor principal sea Diplomado en Enfermería o estudiante de último año de ésta Diplomatura y su tema verse sobre la Nutrición y/o la Dietética. No podrán presentarse aquellos trabajos que hayan recibido otros premios en metálico.

2.- La dotación será de 600 euros.

3.- Los trabajos se enviarán por triplicado, dos de ellos anónimos y sin que aparezcan datos que puedan identificar al autor/es y el tercero en un sobre cerrado con los datos del autor/es, con la dirección completa, teléfono, centro y unidad de trabajo, así como la separata o fotocopia de la revista donde fue publicado o la fotocopia de la certificación del Acto Científico donde fue presentado. Deberán hacerse llegar a la Secretaria de la Asociación antes del **31 de diciembre de 2007**.

4.- El jurado estará formado por cinco miembros elegidos por la Junta Directiva entre los socios y su identidad se dará a conocer después de otorgado el Premio, que será inapelable. No podrá haber más de un trabajo ganador.

5.- El fallo del Premio se hará público durante la Asamblea Ordinaria que tendrá lugar durante el XI FORO NACIONAL DE ENFERMERAS EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA a celebrar en octubre del año 2008.

6.- La participación a éste Certamen supone la aceptación de las bases del mismo.

SECRETARIA:

Ana Domínguez Maeso
C/ Catalina Mir Real, 10
23009 JAÉN

adominguezmaeso@yahoo.es

www.adenyd.org

adenyd@adenyd.org

ENTIDADES COLABORADORAS

ABBOTT, GRIFFOLS, NOVARTIS, NUTRICIA y VEGENAT.

NOTA DE LA REDACCIÓN

Gracias a cada una de las personas que con vuestras aportaciones hacéis posible la publicación de nuestro boletín ADENYD.

JUNTA DIRECTIVA

Presidenta

Herminia Lorenzo Benítez
H. Cabueñes. Gijón, Asturias
E-mail: herminia@telecable.es

Vicepresidenta

Isabel Calvo Viñuela
H. U. La Paz, Madrid
E-mail: isabelcvjb@yahoo.es

Secretaria

Ana Domínguez Maeso
Complejo hospitalario, Jaén
E-mail: adominguezmaeso@yahoo.es

Tesorerera

M^a Antonia Rico Hernández
H. U. La Paz, Madrid
E-mail: trico@reditel.net

Vocal 1

Carmen Urzola Castro
H. Gral. S. Jorge, Huesca
E-mail: curzola@wanadoo.es

Vocal 2

Magdalena Jiménez Sanz
H.U. Marqués de Valdecilla, Santander
E-mail: mjimenez@hmv.es

Vocal 3

Isabel González González
H.U. Marqués de Valdecilla, Santander
E-mail: mzorrilla@teleline.es

Coordinadora Boletín ADENYD

Joaquina Díaz Gómez
H.U. La Paz, Madrid.
E-mail: joaqui.diaz@teleline.es