



ENFERMERÍA Y EL RETO 2021



VACUNACIÓN MASIVA CONTRA EL COVID-19



**Las UCIs españolas
necesitan incorporar
5.000 enfermeras**

Consejo de Administración:

Junta de Gobierno del Ilustre Colegio Oficial de
Enfermería de Huelva

Consejo de Redacción

Presidente:

Gonzalo García Domínguez

Director Técnico:

Vicente Villa García-Noblejas

Jefa de Redacción:

Patricia Mauri Fábrega

Redacción:

Josefa Lorenzo Martín

Enrique Aguiar Mojarro

Eduardo Rico González

Martín Vázquez Bermúdez

Mª Carmen Vázquez Fernández

Tomás Lozano León

Antonio Olid Torres

Carmen D. Beltrán Camacho

Mercedes González Hernández

Mª Carmen Pilo López

Mª de los Ángeles Merino Godoy

Asesora de redacción:

Eva Mª Lorenzo Martín

Fotografía:

Archivo del Ilustre Colegio de Enfermería de Huelva

Redacción: Sede Colegial

Imprime: Tecnographic, S.L.

Depósito Legal: H-1996-43

I.S.S.N.: 1136-2243

Tirada: 2.600 ejemplares

Distribución gratuita



Domicilio de la sede colegial

C/ San Andrés, 18-20

21004 Huelva

Tel. 959 54 09 04

Correo electrónico:

colegiodehuelva@consejogeneralenfermeria.org

Página Web:

www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es

Fax: 959 25 62 70

Horario de oficina

De 09.00h. a 14.00h. y de 16.00h. a 20.00h.,

excepto las tardes de los viernes que
permanecerá cerrado.

Horario de la Asesoría Jurídica:

Horario de mañana de lunes a viernes, tras cita
telefónica.

Entrevista con el presidente:

Concertar cita.

Sumario

- 3 EDITORIAL
- 4-5 GUÍA PARA QUE ENFERMERÍA PRESCRIBA EN EL ABORDAJE DE HERIDAS Y ÚLCERAS
- 6 LA PRÁCTICA SANITARIA SEGURA, EN LA PANDEMIA
- 7 LA FISCALÍA NO VE DELITO EN LA GESTIÓN DE LA PANDEMIA POR EL GOBIERNO
- 8 LA FORMACIÓN DE LAS ENFERMERAS DE URGENCIAS DEBE SER HOMOGÉNEA EN ESPAÑA
- 9 1.500 ENFERMERAS DE 44 PAÍSES HAN FALLECIDO POR EL COVID
- 10-11 ESPAÑA COMPRA 31,5 MILLONES DE DOSIS DE LA VACUNA ANTI-COVID
- 12-13 EL COVID 19 HA EMPEORADO LA CALIDAD DE VIDA DEL PROFESIONAL DEL SANITARIO
- 14 EL GOBIERNO SUBE EL 0,9% EL SALARIO DE LOS EMPLEADOS PÚBLICOS
- 15 IMPULSAN LA RED DE ENFERMERÍA DE SALUD PÚBLICA
- 16-17 MANIFIESTO DE 55 SOCIEDADES CIENTÍFICAS SOBRE LA GESTIÓN DEL COVID-19
- 18 MAS DE 8.000 CONTRATOS PARA LA SEGUNDA OLA DE LA PANDEMIA/OPE EXTRAORDINARIA PARA LAS AGENCIAS SANITARIAS
- 19 EL EXAMEN PARA EL TÍTULO, VÍA "ON LINE"/ EL HJRJ RECIBE A LOS FUTUROS ESPECIALISTAS EIR
- 22 27 DE MARZO, FECHA DEL EXAMEN EIR-2021
- 23 EN ESPAÑA FALTAN, COMO MÍNIMO, 5.000 ENFERMERAS DE UCI
- 25-31 TRABAJO CIENTÍFICO
- 32-33 EL COMITÉ DE BIOÉTICA RECHAZA QUE LA EUTANASIA SEA UN DERECHO Y PRESTACIÓN SANITARIA
- 34 EL CIGARRO ELECTRÓNICO CONTIENE SUSTANCIAS CARCINOGENICAS
- 35 SALUD RECEPCIONA EL NUEVO CENTRO DE GIBRALEÓN
- 36 EL AYUNTAMIENTO PIDE UN CENTRO DE SALUD PARA EL DISTRITO III/ AVALAN EL MODELO DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS
- 37 LA VACUNA ANTIGRI PAL,CRECE UN 53% RESPECTO A 2019



TRAS EL “ANNUS HORRIBILIS”, VACUNA HACIA LA ESPERANZA

Cuando el telón de 2020 ya descende en el escenario de nuestras vidas, son pocas las realidades que no han quedado arrumbadas por la virulencia de un virus tan letal y devastador como el Covid-19. Nadie pudo imaginar, hace menos de un año, que el virus aparecido en China iba a condicionar de tal manera todas las facetas de la vida hasta verse alteradas, convulsionadas, condicionadas por una enfermedad desconocida y, por lo mismo, capaz de derribar mitos que creímos inamovibles en un mundo tecnologizado al máximo, en pleno siglo XXI, pero donde el ser humano, como en la Edad Media, se convirtiera en frágil, desvalido, incapaz de hacer frente a la pandemia como delatan las cifras de muertes y que, en España, superan los 70.000 compatriotas fallecidos, o los 400.000 muertes en Europa además de centenares de miles de afectados, muchos de ellos con secuelas todavía ignotas en sus consecuencias.

Pero la realidad ha superado al cálculo más pesimista y, en este contexto vital, el mundo sanitario ha tenido que luchar frente al coronavirus, sí, pero, también, contra las incontables contradicciones del poder político que, por ejemplo, un día despreciaba el valor de las mascarillas como herramienta defensiva ante los contagios y al poco, las hacía insustituibles, por no hablar de las carencias de los EPIs que, en los primeros compases del drama, brillaron por su ausencia, o conocer la cifra real de muertos. Pues bien, en el orbe de la Salud, si ha habido un colectivo que tuvo que ponerse frente a la realidad del Covid-19, éste fue enfermería, en permanente contacto con los pacientes, sea en el primer escalón de la AP como en la crudeza de las camas hospitalarias, planta y UCI.

El resultado ha sido que, a nueve meses vista, la enfermería española no solo ha escrito unas de sus mejores páginas sino que ha sabido armarse de entrega, actitud y conciencia social para, superando los handicaps que la rodeaban, prestar los mejores cuidados al ser humano víctima de la enfermedad. Somos de los convencidos de que, en los planes de estudio venideros, las futuras generaciones de enfermeras deberían analizar y asimilar el papel que se ha jugado -y se sigue haciendo- ante un enemigo letal y desconocido, hasta merecer el respaldo social de respeto y admiración como en pocas ocasiones había deparado la ciudadanía hacia esta profesión.

Los hospitales y centros de salud, como las residencias de ancianos, han debido reinventarse y repensar sus presupuestos (económicos, logísticos...) ante la magnitud del problema acaecido en el año que hora concluye. Ya hay estudios que indican cómo el Covid ha transformado el estado anímico-emocional del personal sanitario. Se dice que ya nada será igual y no falta razón a quienes aventuran ese pronóstico. Al menos, hasta que aparezca de forma concluyente y eficaz “el Fleming” de este siglo, y cristalice la esperanza en forma de la vacuna que la humanidad espera con desconocido anhelo para dar paso -entonces sí- a la nueva realidad, que recupere una forma de vivir y actuar superando los múltiples condicionantes y riesgos de 2020.

Por lo que a enfermería se refiere, aunque nos encontremos navegando por aguas convulsas, pocos dudan de que se han de adoptar decisiones trascendentes. Asuntos como el definitivo desarrollo de las especialidades, la creación de otras nuevas (y, por encima de todo, la urgente y permanente necesidad de aumentar las plantillas, son otras tantas claves que, de forma palmaria, el coronavirus ha puesto sobre la mesa. Como símbolo, Madrid ha levantado un hospital que, por primera vez en España, luce el nombre de la enfermera Isabel Zandal. En este número consta el estado de las UCI españolas donde es necesario aumentar en 5.000 enfermeras la actual plantilla para una asistencia especializada con parámetros acordes a las necesidades de la pandemia. Ojalá que, con el nuevo año, cristalice la vacuna que frene tanta muerte y se pueda reiniciar una vida normalizada. Enfermería, en esta mega-crisis sanitaria, ha dado muestras de madurez y compromiso como para que, aplausos aparte, el Estado responda con lo que la sociedad demanda: más enfermeras para lograr ratios europeos. Que 2021 nos lo depare.

GUÍA PARA QUE ENFERMERÍA PRESCRIBA EN EL ABORDAJE DE HERIDAS Y ÚLCERAS

- ▶ El BOE publica la Resolución de Sanidad subrayando que estas actuaciones son una “práctica habitual en el ámbito de sus competencias”

Huelva. -Redacción

El Ministerio de Sanidad ha dado luz verde a la bautizada “Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las (os) enfermeras(os) de Heridas”. Se trata de la primera autorización oficial al protocolo de práctica clínica y asistencial que recopila la actuación enfermera en el campo de las heridas. Este hito en materia de prescripción enfermera es consecuencia del consenso entre las organizaciones profesionales de médicos y enfermería, los Ministerios de Sanidad y Defensa, las regiones y las mutualidades. El presidente del Colegio de Enfermería de Huelva ha catalogado este hecho como “un auténtico logro que hace historia en el devenir de la profesión”.

El Boletín Oficial del Estado (BOE, número 286 del 29 octubre/2020), publicó una Resolución del Ministerio de Sanidad por el que daba cuenta de la aprobación a cargo de la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a la primera Guía de Práctica Clínica y Asistencial que compendia la actuación enfermera en materia de indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica en el campo de las heridas. A causa de la pandemia que vive España, se tuvo que retrasar la publicación de esta herramienta legal.

Objetivo

El objeto de esta Guía, como se contempla en los Criterios generales expuestos en el BOE, es “definir los medicamentos, sujetos a prescripción médica, que las (os) enfermeras (os) pueden indicar, usar y autorizar su dispensación en determinadas situaciones y de forma protocolizada, ya sea “para iniciar su uso, modificar la pauta, prorrogar o suspender el tratamiento en su trabajo colaborativo y/o complementario con la finalidad de proporcionar una respuesta adecuada y eficiente a las necesidades de la ciudadanía”. La aplicación de esta Guía en la práctica asistencial “supone la optimización de las competencias profesionales de las (os) enfermeras (os) y el desarrollo de actuaciones en valor consistentes en:

- Educar a la persona así como al cuidador en el manejo del tratamiento farmacológico, y los cuidados asociados.
- Establecer estrategias para mejorar la adherencia.
- Detectar e informar de los efectos adversos relacionados con el tratamiento farmacológico.
- Realizar un seguimiento para prevenir la aparición de complicaciones asociadas al tratamiento a la propia patología.
- Reducir la variabilidad en la práctica clínica, adecuando y actualizando estas guías y los protocolos que se deriven de ellas a las últimas evidencias disponibles.
- Maximizar la eficiencia efectividad de la atención sanitaria y los tratamientos que se deriven de la misma.

Mediante esta primera Guía aprobada por el Ministerio de Sanidad, la enfermería española tendrá capacidad y resolución en procesos asistenciales relacionados con las heridas crónicas, las úlceras por presión, por humedad, úlceras arteriales, úlceras neoplásicas, úlceras neorupáticas, así como en otras dolencias que pueden originar heridas en la piel por enfermedades infecciosas, epidermólisis bullosa y las heridas de tipo agudo: quemaduras, traumáticas, quirúrgicas y las asociadas al dolor. Todo este amplio cuadro de problemas sanitarios tienen una clara justificación porque “la curación de heridas es una práctica habitual de las enfermeras en el ámbito de sus competencias”.

Revisión. Cinco años

La Guía, es fruto de un “trabajo corporativo multidisciplinar”. En su elaboración han trabajado profesionales en representación de organizaciones sanitarias y corporaciones profesionales además de expertos externos. La revisión de los contenidos de las Guías se efectuará, al menos, cada cinco años



para que se pueda ir incorporando la evidencia científica disponible. Durante este periodo, y si fuera necesario, se procederá a la integración de las novedades científicas y actualizaciones como es la autorización de nuevos medicamentos. Del mismo modo, no se incluyen en estas Guías los medicamentos y productos sanitarios no sujetos a prescripción médica vinculados a la atención de las situaciones clínicas que se abordan en ellas, por estar ya reguladas por anterior legislación: Real Decreto (RD 954/2015) y sus modificaciones (RD/1312/2018).

Para desarrollar las actuaciones que se contemplan en esta Guía y que aparece reflejada en el BOE (nº 286), tanto la enfermera(o) responsable de cuidados

generales como la enfermera(o) responsable de los cuidados especializados, “deberán ser titulares de la correspondiente acreditación emitida por el órgano competente de la Comunidad autónoma” a la que corresponda. La autorización de dispensación de medicamentos sujetos a la prescripción médica se realizará “mediante la correspondiente orden de dispensación”. El texto oficial refiere que, respecto a la aplicación y uso, es importante “sistematizar la implantación de estas Guías en la práctica clínica diaria y promover, de una manera proactiva y coordinada, la participación de todo el equipo asistencial”.

Para lo cual, las regiones y las entidades gestoras en el marco de los centros que prestan sus servicios en el SNS, como las que no lo prestan en ese ámbito estatal, deberán desarrollar “a partir de estas guías sus propios protocolos y/o guías de práctica clínica o asistencial específicas y adaptadas a su contexto”. Otro capítulo incluido en la guía, sobre la finalización de las actuaciones por parte de enfermería, se refiere a unos supuestos tales como, curación de las heridas, imposibilidad de continuar con las pautas descritas aun sin haber resuelto las lesiones (por empeoramiento del estado general del paciente que pudiera conllevar prácticas paliativas), presencia de efectos adversos no deseables o no tolerables, suspensión de los tratamientos incluidos en la guía por parte del médico y rechazo del paciente a la indicación de las pautas indicadas en el protocolo y/o guía de práctica clínica o asistencial.

Listado de fármacos

La Resolución de la Dirección General de Salud Pública editada en el BOE incluye un capítulo esencial: el listado de medicamentos incluidos en la guía para el tratamiento de heridas, úlceras o dolor. Son, en total, 36 fármacos (o grupos de fármacos) los que se contemplan y que, encabezados, por Heparinóides orgánicos, incluyen, entre otros, las Enzimas proteolíticas, Bromelina, combinaciones con colagenasa, Acido fusídico, Neomicina, Mupirocina, Sulfadiazina de plata, combinaciones con sulfadiazina de plata, Metronidazol, Hidrocortisona, Clobetasona, Butirato de hidrocortisona, Betametasona, Acetonido de Fluocidolona, Clobetasol, Betametasona con antibióticos, Nitrate de plata, Nitrofuril, hasta concluir el listado con Combinaciones con tul con bálsamo de Perú.

Gonzalo García: La Guía significa un paso histórico

La validación por el Ministerio de Sanidad de esta Guía pionera, mereció la reflexión del presidente del Colegio de Enfermería de Huelva, Gonzalo García al destacar que “nos encontramos ante un hito en verdad histórico. El hecho de que las enfermeras y enfermeros españolas puedan, por fin, prescribir a sus pacientes los fármacos más adecuados para el tratamiento de heridas y úlceras supone la culminación de un gran proyecto en el que la Organización Colegial lleva volcada desde hace 15 años. Los beneficiarios van a ser, en primer lugar, los ciudadanos que van a recibir las atenciones de nuestro colectivo bajo unas pautas oficiales y consensuadas entre las distintas partes implicadas. Y, en segundo término, la propia enfermería que alcanza un objetivo largamente deseado”.

Por lo mismo, García Domínguez resalta que el profesional “va a poder actuar en un marco de legalidad como no ha dispuestos a lo largo del mucho tiempo transcurrido. Nuestros pacientes van a ser los receptores de unas actuaciones a cargo de la enfermería, presididas por la eficacia y la agilidad. Pero también debemos destacar que la propia Resolución del Ministerio refiere a que la atención a estos problemas sanitarios han sido, desde siempre, competencia de las enfermeras y enfermeros donde existen auténticos expertos en la atención a todo tipo de heridas y úlceras”.

El responsable del Colegio Oficial onubense ha querido, finalmente, enviar al conjunto de la profesión en la provincia un “claro mensaje de confianza por lo que significa ver aprobada esta primera Guía de actuación en materia de prescripción enfermera. La constancia y firmeza mostrada por la Organización Colegial, que no siempre fue bien entendida, ha tenido su recompensa con este paso al frente que refuerza los horizontes de eficacia y competencia legal en el campo concreto objeto de la Guía”.

LA PRÁCTICA SANITARIA SEGURA, EN LA PANDEMIA

► El HUIRJ busca hacer de “la cultura de seguridad un elemento transversal en la práctica diaria”.



Huelva.-Redacción

La seguridad del paciente ha sido, es y será una de las prioridades de los sistemas sanitarios. Para avanzar hacia ese objetivo, irrenunciable el Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez (HUIRJ) recientemente se ha sumado a contribuir a tan loable propósito con la adopción de medidas tendientes a promover lo que, al respecto, dicta la campaña anual. “Profesionales seguros, pacientes seguros”. Porque, en la hora presente por la que atravesamos, las prácticas sanitarias seguras cobran una especial relevancia en el contexto de la pandemia por el coronavirus. Hasta primeros de otoño el hospital había realizado a sus profesionales más de 5.000 pruebas serológicas, 2.998 test rápidos y 3.450 pruebas PCR.

La seguridad del personal sanitario es una prioridad cara a la seguridad del enfermo. Bajo esa premisa, el HUIRJ celebró un acto que, además de contar con las autoridades sanitarias provinciales y hospitalarias, protagonizaron los profesionales y aquellos pacientes que, por distintos motivos causaban alta en el centro. Al mismo tiempo, las propuestas se centraron en la II Jornada de

Seguridad del Paciente que, celebrada de forma virtual, sirvió para reafirmar el compromiso del hospital con la seguridad del enfermo además de la implicación de todos y cada uno de los agentes directamente implicados cuando se trata de garantizar a la población una asistencia integral más segura y eficaz.

Pruebas serológicas

En el actual y difícil contexto que vivimos, son necesarias aquellas intervenciones que “sirvan para garantizar la seguridad de pacientes y profesionales”. Entre otras, el hospital realiza pruebas serológicas tanto a los profesionales de nueva incorporación como a aquellos que se reincorporan tras permisos y vacaciones. De igual manera, se facilitó el acceso a las pruebas serológicas al personal de empresas externas contratadas si es que no las realizan en su propia empresa según contempla la legislación de Salud Laboral. Así, se amplían las medidas de prevención y protección de los pacientes como de la plantilla del HUIRJ. Las pruebas se efectúan según los protocolos del Ministerio de Sanidad, Instrucciones de la Dirección General de Personal del SAS y del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, en

concreto, se realizaron test serológicos y, en función del resultado, se materializó una prueba PCR a partir de exudados orofaríngeos.

Desde que se desencadenó la pandemia, y hasta mediados de septiembre, el hospital dió cuenta de que se habían contabilizado en profesionales del HUIRJ un total de 5.013 pruebas serológicas, 2.998 test rápidos y 3.450 pruebas PCR. Los tests serológicos, como se sabe, miden los niveles de Inmunoglobulina M (IgM) e Inmunoglobulina (IgG) donde se detectan los anticuerpos producidos tras el contacto con el virus y su presencia indica cual es la evolución de la infección. Si el resultado del test es positivo para IgG totales, se realiza una prueba PCR. Pero también se realizará PCR si el resultado del test es IgM positiva e IgG negativa. En el resto de supuestos no es necesario llevar a cabo PCR. La positividad global de seroprevalencia en la detección de anticuerpos frente al SARS-COVID-2 detectada en los profesionales del centro referente de la sanidad onubense “sigue siendo similar a los datos reportados para Huelva en el estudio, de ámbito estatal, del Ministerio de Sanidad.

LA FISCALÍA NO VE DELITO EN LA GESTIÓN DE LA PANDEMIA POR EL GOBIERNO

Huelva.-Redacción

La Fiscalía del Tribunal Supremo (TS) asegura no encontrar delito en la gestión que el Gobierno de la nación ha llevado a cabo en el desarrollo de la pandemia de coronavirus que sufre España. Por lo mismo, la Fiscalía ha dejado constancia en un informe su petición a la Sala de lo Penal del TS para que no admita las cerca de veinte de querellas que diferentes entidades profesionales -entre ellas el Consejo General de Enfermería- presentaron contra miembros del ejecutivo central por presuntos delitos tales como homicidio, imprudencia, prevaricación y contra los derechos de los trabajadores en su ejercicio laboral. Recordemos que cerca de un centenar de sanitarios, (médicos, enfermeras, farmacéuticos y auxiliares) han fallecido al contagiarse con el Covid-19. No obstante, el posicionamiento de la Fiscalía no es vinculante para el TS.

Como informamos en su momento (véase DOCUMENTOS nº 78, junio 2020), el Consejo General de Enfermería presentó una querrela ante la Sala de lo Penal del TS contra el presidente del Gobierno, Pedro Sánchez, el Ministro de Sanidad, Salvador Illa y otros altos cargos del departamento (entre ellos Fernando Simón, Director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias) por un delito contra la seguridad de los trabajadores del Sistema Nacional Salud (SNS). El Consejo decidió acudir a los tribunales tras reunir una amplia documentación sobre la realidad vivida en los recursos humanos y los materiales de protección que la enfermería española dispuso en los momentos más críticos de la letal enfermedad. Por similares razones se querellaron otras entidades tanto sanitarias como de miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

Se esperaba con la lógica expectativa la postura que pudiera adoptar la Fiscalía y ésta no tardó en llegar dirigiéndose a la Sala para que inadmita la veintena de querellas contra el presidente del Gobierno, Sanchez,

► **Pide a la Sala de lo Penal del TS no admitir la veintena de querellas presentadas, entre ellas la del Consejo General de Enfermería.**

Ministerio Illa y un grupo de altos cargos del departamento. En un escrito dirigido a los Magistrados de la Sala de lo Penal, la Fiscalía solicita la no consideración de las denuncias por no encontrar delito en la actuación del Gobierno ni referido a la falta de previsión, dotación del número suficiente equipos de protección para los profesionales así como, la compra de material que resultó defectuoso y que no pudo ser utilizado en los primeros zarpazos de la pandemia.

Desgraciados efectos

Sin embargo, la Fiscalía dice no encontrar delito de prevaricación por omisión, -en el que coincidieron la mayoría de entidades querellantes- ni tampoco imprevisión. Por ello, argumenta, “la imposibilidad de afirmar que, cuando menos con arreglo, al actual estado de la ciencia, los querellados pudieran haber desarrollado actuación alguna que pudiera evitar los desgraciados efectos producidos por la pandemia”, y sostiene que no existen elementos que permitan afirmar, ni tan siquiera indiciariamente, que el Gobierno se hubiera mostrado “poco ágil o poco diligente” puesto que adoptó el estado de alarma el 14 de marzo y no existe “dato alguno” que pueda acreditar que con anterioridad a esa fecha, se daban “objetivamente” los presupuestos jurídicos para hacerlo. La Fiscalía, a su vez, significa que “no consta que ninguna de las Administraciones cuyo territorio se encontraba ya entonces afectado por el brote del Covid-19 hubiera instado al Gobierno” a tomar esa medida.

En el capítulo de los riesgos laborales que

se vieron obligados a afrontar, el personal sanitario como el de la Policía, en su contacto con los ciudadanos infectados sin tener las debidas medidas de protección, la Fiscalía del TS tampoco encuentra delito en ese contexto y afirma que “las referencias genéricas a la falta de equipos y la falta de control sobre los adquiridos” unido a la circunstancia de que no se llegue a identificar a las víctimas directas a consecuencia de esa supuesta carencia de recursos materiales, porque “impide determinar” que exista no la responsabilidad penal “sino tan siquiera vulneración alguna” de la legislación o normativa, vigente. Si los colectivos sanitarios, en las querellas presentadas destacaron que el personal no contó con los medios de protección adecuados, en el caso de los agentes policiales fue por haber sido catalogados como colectivos de baja exposición ante posibles contagios.

Acerca del material para realizar los test y los equipos de protección que se confirmaron defectuosos, lo que suponía en las querellas indicios de prevaricación y de riesgo para los trabajadores, la Fiscalía no encuentra responsabilidad penal alguna en la persona del Ministro de Sanidad, al entender que Salvador Illa, no fue el responsable directo de ninguna de las compras sino, sostiene, “la Dirección General de Cartera común de Servicios del SNS y Farmacia”. Y en relación a las mascarillas, la Fiscalía apunta que “la defectuosidad de las mismas estaba en ese momento fuera de su conocimiento” porque toda esta cuestión ha de entenderse “en un contexto de escasez”. Y sobre la adquisición de test, que resultaron defectuosos, el Ministerio Público indica que “su atribución debiera efectuarse en todo caso a querrela mercantil”. Apuntar, finalmente, que el criterio de la Fiscalía rechazando la veintena de querellas presentadas contra miembros del Gobierno y altos cargos de Sanidad, no es vinculante para la Sala de lo Penal del TS encargada de decidir el final de esta cuestión.

LA FORMACIÓN DE LAS ENFERMERAS DE URGENCIAS DEBE SER HOMOGÉNEA EN ESPAÑA

Huelva. Redacción

La enfermería que presta su labor en los Servicios de Urgencias y Emergencias debería contar con una formación homogénea a nivel nacional. Ésta es una de las conclusiones presentes en el documento de trabajo titulado “Actuación de la enfermera/o en el ámbito de los cuidados en situaciones de Urgencias y Emergencias”. El informe contempla el “potencial cuidador y la gran aportación” que las enfermeras llevan a cabo en esas mismas unidades. Se trata de fijar unas competencias exigibles a todos y cada uno de los profesionales que ejercen como “garantía de su preparación para afrontar la asistencial al paciente crítico”.

El Consejo General de Enfermería (CGE) y la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) a través de su Sección Enfermera han presentado un documento por el que se define cómo llevar a la práctica las competencias enfermeras en el campo de los cuidados en el contexto de las Urgencias y Emergencias. Ocurre que, en la actualidad, la mayor parte de las regiones españolas aun no han fijado cuáles son “las necesidades formativas” de estos profesionales adscritos a unos servicios tan importantes como las Urgencias y Emergencias.

El documento se inicia recordando el “Marco teórico” referido a cuando se creó en España la asistencia a las Urgencias. Fue en 1964 cuando se comenzó a elaborar las instrucciones específicas para la puesta en marcha de los Servicios de Urgencias, desde entonces, diversas etapas, vicisitudes y normativas fueron modelando la realidad de estos dispositivos donde la enfermería lleva a cabo su cometido sin que haya existido una homogeneidad en cuanto a la formación que reciben los estudiantes. El informe sostiene que no se debe olvidar

que los Servicios de Urgencias Hospitalarias y las Emergencias extrahospitalarias constituyen la “puerta de entrada al SNS” para muchos pacientes por lo que “la actitud del profesional de enfermería con los que inician sus cuidados son un determinante para el comienzo de la calidad del Sistema”, al tiempo que insta a los distintos servicios de Salud a que velen para que sus profesionales las hayan adquirido y así “mejorar la calidad asistencial y un aumento en la seguridad del paciente”.

▶ El CGE y la SEMES elaboran un documento para definir el ámbito de actuación del colectivo ante el paciente crítico

Demanda social

La sociedad actual demanda unos cuidados de enfermería adecuados a la “situación de gravedad y una profesionalidad fuera de toda duda”. Por lo mismo, la preparación de los profesionales “dista bastante respecto a su preparación institucional” salvo algunas comunidades (Madrid, por ejemplo). Pero en toda España se solicita una “preparación específica” para la enfermería de los Servicios de Emergencias, si bien, de forma tácita, por parte de las distintas administraciones se aprueba “una preparación que, sin embargo, no es obligatoria cumplir”. Por ello, el CGE y la SEMES han alcanzado un consenso sobre “Competencias en enfermería de Urgencias y Emergencias. El Informe continúa, tras el citado Marco teórico, con epígrafes sobre Justificación de la necesidad, Definiciones (nacionales e internacionales), Normalización de la actuación de enfermeras en estos

servicios, Determinación del perfil competencial, Marco de la actuación en los cuidados ante las Urgencias /Emergencias y, Contenidos mínimos en la formación de la enfermería en estos servicios.

El Documento concreta la forma de llevar a la práctica las competencias enfermeras en el ámbito de los Cuidados ante situaciones de Urgencias y Emergencias. Unas competencias que, conforme se razona, “deberían exigirse a todas y cada una de las enfermeras que trabajan en los citados servicios “como garantía de su preparación para afrontar la asistencia al paciente crítico”. De ahí que el CGE y la SEMES hayan alcanzado el acuerdo, tan deseable como necesario, para que las autonomías establezcan y fijen esas necesidades formativas en base a los documento de “competencias y actuación” que contempla el Documento presentado el 18 de noviembre 2020.

El presidente del CGE, Florentino Pérez, ha ratificado la importancia de esta aportación porque quedan “claramente delimitadas las competencias enfermeras en la atención de pacientes urgentes, tanto desde el punto de vista asistencial como desde la gestión, la docencia y la comunicación”, vigentes desde diciembre de 2019. La adquisición de estas competencias son “las que debe garantizar la formación que se imparta al respecto”. Por su parte, Esther Gorjón, vocal nacional enfermera de la SEMES, ha resaltado que para los profesionales supone “un argumento mas en el reconocimiento de una especialidad propia de enfermería en Urgencias y Emergencias, tan necesaria en los tiempos que corren”. Gorjón subraya que dichas competencias “deberían exigirse a todas y cada una de las (os) enfermeras que trabajan en estos servicios como garantía de su preparación para abordar la asistencia la paciente en estado crítico”.

1.500 ENFERMERAS DE 44 PAÍSES HAN FALLECIDO POR EL COVID

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) ha dado a conocer la terrible secuela que, en el conjunto de la profesión, está acarreado el coronavirus. Las cifras hablan de que son 1.500 las enfermeras que, en una buena parte del mundo, han perdido la vida tras resultar contagiadas desde el inicio de la pandemia. Y lo peor de todo es que esa cifra se ha estimado “a la baja” respecto al número real de óbitos, porque la estadística abarca únicamente a 44 países de los 150 del orbe. En ese computo se incluyen las siete enfermeras españolas fallecidas por idéntica causa. A nivel mundial, la estimación del CIE es que, desde que se desencadenó la enfermedad, han fallecido más de 20.000 sanitarios, de todos los niveles y categorías.

El CIE, como máximo organismo mundial de la profesión, ha informado acerca de una realidad poco conocida: en medio de tantas pérdidas de vidas humanas, la enfermería de 44 naciones ha perdido la escalofriante cifra de 1.500 profesionales por efectos del Covid-19. Así lo manifestó Howard Catton, Director General del CIE para quien, los mismos análisis indican que alrededor del 10% de todos los casos a nivel global correspondiente a personal sanitario. Para este directivo de la enfermería internacional, “las enfermeras están enfadadas por la falta de preparación y, también, por la falta de apoyo que han padecido”.

Durante una intervención con motivo del “Año Internacional de las enfermeras y parteras 2020” en el bicentenario del nacimiento de Florence Nightingale, el dirigente del CIE fue del todo expresivo al señalar: “Es asombroso que durante esta pandemia hayan perecido tantas enfermeras como durante la Primera Guerra Mundial. Llevamos desde mayo de 2020 pidiendo una recopilación estandarizada y sistemática de los datos

sobre los contagios y fallecimientos de los trabajadores y es un escándalo que aun no se esté haciendo”. Para añadir, como evocación a Nightingale: “Es seguro que ella estaría profundamente apenada por esta falta de información tanto como yo lo estoy”.

Mala preparación y déficit

La queja del CIE no ha podido ser mas oportuna por cuanto, durante la guerra de Crimea, Nightingale demostró cómo la recopilación y el análisis de los datos contribuyen sobremanera a incrementar la comprensión acerca de los riesgos de la salud, mejorar las prácticas clínicas y salvar vidas, en particular de enfermeras y personal sanitario. Si hoy Florence viviera, subrayó Catton, “los líderes de todo el mundo tendrían su voz resonando en sus oídos diciéndoles que tienen que proteger a nuestras enfermeras. Porque hay un abismo entre las palabras cálidas, los elogios y las acciones que hay que emprender”. Catton fue realista al asegurar que “no me sorprende que nos encontremos en esta situación porque entramos muy mal preparados en la pandemia con falta de inversiones y un déficit de 6 millones de enfermeras a nivel mundial y la lentitud de algunos gobiernos para dar una respuesta adecuada”.

Desde el CIE se recuerda que “lo global nunca ha sido mas local en término de los retos que estamos afrontando, las lecciones que hemos de extraer y las soluciones que buscamos”. De ahí que su recomendación gire en torno a algo de triste y rabiosa realidad en España como, por ejemplo, que la “obtención de los equipos de protección individual entre fronteras requiere que los gobiernos trabajen juntos en cuestión de aduanas y controles”. Igual recomendación hizo para cuando aparezca la tan deseada vacuna que, desde el CIE que preside la enfermera irlandesa Anette Kennedy “ha

de llevarla a todos los que la necesiten y no solo a quienes se la puedan permitir” para lo cual será necesario avanzar en relaciones y cooperación internacional.

¿Pero, cómo se adivina el futuro cuando el Covid-19 deje de ser el gravísimo problema que hoy atenaza al mundo? En este sentido, el portavoz del CIE asegura que “las enfermeras tendrán que jugar un papel importante en lo que venga tras el Covid. Nuestra experiencia y los datos de los que disponemos significan que tenemos una voz muy poderosa y legítima que hemos de utilizar para influenciar los sistemas de salud del futuro”, al tiempo que reclama mayor inversión económica en los distintos sistemas así como en los aumentos de plantillas especialmente de enfermeras” mientras insistió en que “hemos de pasar de las palabras cálidas a las acciones reales porque ninguno de nosotros va a poder aguantar y nuestras economías no se recuperarán si no mantenemos a nuestros trabajadores sanitarios y enfermeras con capacidad de cuidar de todos nosotros”.

España: sanitarios fallecidos

En España, la estadística referida al personal sanitario que, desde el pasado mes de marzo, ha fallecido por el coronavirus, se corresponde con estas cifras, han perdido la vida 64 médicos, 7 enfermeras(os) y 21 farmacéuticos, según los respectivos órganos colegiales. Del resto de colectivos no existe constancia oficial. Pero las muertes tuvieron lugar no solo en la primera ola de la pandemia sino que, desgraciadamente, han seguido acaciendo en el discurrir de la segunda. En cuanto al número de contagios consumados entre el personal sanitario, el Ministerio reconoció, al acabar el mes de octubre, alrededor de 67.000. trabajadores afectados.

ESPAÑA COMPRA 31,5 MILLONES DE DOSIS DE LA VACUNA ANTI-COVID



Objetivo para 2021: vacunar al 70 por ciento de la población española

Huelva. -Redacción

El Ministerio de Sanidad hizo oficial el anuncio para la compra de más de 31 millones de dosis de vacuna contra el coronavirus. Mucho antes de que cristalicen los ensayos e investigaciones que, en todo el mundo, se llevan a cabo para tratar de encontrar el remedio contra la pandemia, el departamento que dirige Salvador Illa trató de combatir el fin de los graves problemas con el anuncio de la adquisición de esa cifra de vacunas que desarrolla la multinacional farmacéutica del Reino Unido AstraZeneca en colaboración con la Universidad de Oxford. La compañía británica manufactura productos y medicamentos pues trata enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales, infecciosas, respiratorias, oncológicas y psiquiátricas. Dato importante es que esta (posible) vacuna anti-covid requiere de dos dosis por inmunización, y que la O.M.S, analiza 140 ensayos de los 200 que se están llevando a cabo.

España podría recibir en este mismo mes de diciembre la

vacuna contra el Covid que, en la actualidad se ensaya en el laboratorio británico AstraZeneca, quinta compañía en el ranking mundial del sector y que tiene presencia en 100 países entre ellos España. Cuando aun faltaban por conocer los resultados de la III fase de los ensayos clínicos que se vienen realizando desde la primavera, el Consejo de Ministros autorizó la compra anticipada de esta vacuna y, más en concreto, la cantidad de 31.555.469 dosis de las que una pequeña parte (3,1 millones) sería entregada a Sanidad antes de final del presente año, caso de que superen los protocolos y pautas de seguridad obligados en la producción de cualquier vacuna. El resto de las dosis llegarían a nuestra nación entre los meses de enero y junio de 2021.

Doble dosis

Esta operación se enmarca en el acuerdo alcanzado, el pasado 27 de agosto, entre AstraZeneca y la Unión Europea (UE) para

dotar a sus estados miembros del posible remedio que pueda poner freno a la actual y dramática situación de pandemia. Europa se habría comprometido a adquirir 300 millones de dosis por un coste total de 870 millones de euros, con un pago adelantado de 336 millones de euros por parte de la Comisión Europea. El precio de cada dosis se ha calculado en 2.90 euros de los que 1,12 correría a cargo de la UE y el resto (1,78 euros) por los países comunitarios. Sin embargo, este último importe se podría ver incrementado en un 20% caso de que hubiera costes adicionales debidamente justificados. Otro aspecto relevante es que al tratarse de una vacuna de “doble dosis”, vacunar a una persona supondría un coste de 5,80 euros de los que 3,56 corresponderían a cada miembro de la comunidad.

► El Ministro Illa afirmó que una primera remesa llegará a España antes de que acabe 2020.

El Ministro de Sanidad, Salvador Illa, confirmó el compromiso de la compra de la vacuna aunque con algunas matizaciones: “Si supera los filtros, si tenemos garantías científicas por parte de los técnicos de que se trata de una vacuna eficaz y segura y si no hay retrasos en las cifras que figuran en el contrato”, como aseguró Illa. En el supuesto de que la vacuna no cumpliera los requisitos demandados, no se abonará porque, conforme puntualizó el ministro, “no se va a suministrar ninguna vacuna que no supere los requisitos de seguridad y eficacia que tienen que acreditar la Agencia Europea del Medicamento (EMA) y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios”. Si todo esto se cumple, conforme subrayó Illa, “en diciembre empezaremos a recibir las primeras dosis”.

Otoño e invierno duros

Uno de los primeros mensajes surgidos desde la multinacional británica en la que se depositan fundadas esperanzas de encontrar la vacuna que frene la pandemia, ha corrido a cargo del prestigioso científico en el campo de la oncología y, a su vez, vicepresidente ejecutivo de la firma, Josep Baselga quien ha expresado su confianza en que el desarrollo de las vacunas frente al coronavirus “supongan un punto de inflexión en la batalla contra el patógeno”. En el transcurso de un foro celebrado recientemente, Baselga se mostró realista al sostener que “esto va a empeorar” aunque, de inmediato, sostuvo que “vamos a solucionar la enfermedad en un plazo relativamente breve”, Baselga sostuvo que las investigaciones en curso han supuesto. “pulverizar” todos los tiempos de otros ensayos realizados con anterioridad sobre cualquier vacuna, y no dudó en calificar la actual pandemia como “una tragedia humana” si bien se mostró esperanzado: “Habrá un cambio radical tras un otoño e invierno muy duros”.

En el proyecto todavía en fase de investigación, se confirmó una noticia que recorrió el mundo: la muerte en Brasil de un

► Es consecuencia de la operación suscrita entre la Unión Europea y la farmacéutica británica AstraZeneca.

voluntario participantes en el ensayo clínico. Las autoridades brasileñas confirmaron el fallecimiento de un joven de 28 años al parecer médico y, residente en Río de Janeiro, que, de forma voluntaria, estaba participando en las fases del prototipo. Un portavoz oficial, tras confirmar el óbito, confirmó que el proceso probatorio iba a continuar por cuanto, “no ha habido preocupaciones sobre la seguridad del ensayo clínico”. Al parecer, existirían dos versiones sobre si el voluntario habría recibido el proyecto de vacuna o si, por el contrario, tan solo le habían administrado un placebo.

Efectos secundarios

Por su parte, AstraZeneca indicó que no podía comentar aspectos relacionados con casos individuales debido a la normativa vigente que impera en los ensayos y la confidencialidad. En la actualidad, son alrededor de 10.000 las personas que, en su condición de voluntarios, están participando en las fases del experimento anti-covid 19. A una gran mayoría (sobre 8.000) ya se les ha administrado la primera fase que contempla el protocolo en voluntarios que viven en media docena de ciudades de Brasil, mientras una parte de ellos ya están inmersos en la segunda fase del protocolo. La asignatura pendiente, la que provoca la zozobra en todo el mundo, continua siendo el temor a que el prototipo tenga efectos secundarios de gravedad. Cuando un participante en los ensayos cae enfermo, las pruebas pueden ser suspendidas, siquiera temporalmente, mientras los expertos proceden a analizar si el problema de salud surgido en el voluntario es, o no, causado por efectos de la sustancia administrada.

► Se trata de una vacuna de “doble dosis” cuyo precio es de 5,80 euros.

Respecto a la compañía -AstraZeneca- elegida por la UE para producir la vacuna, es sobradamente conocido que se trata de una poderosa firma del sector farmacéutico que, repartida por un centenar de naciones, mantiene en España una sede central en Madrid y, desde 2015, un centro especializado en el área de medicina respiratoria que funciona en Barcelona. Entre estos dos centros, trabajan 700 profesionales. En su memoria anual correspondiente al ejercicio de 2018 se da cuenta de que, en ese periodo, llevó a cabo 209 ensayos clínicos con nada menos que 71.500 pacientes involucrados. AstraZeneca figura entre las cien compañías más “sensibles” a nivel mundial. Su filosofía de trabajo consiste en “desafiar los límites de la ciencia para desarrollar medicamentos que puedan cambiar la vida de miles de pacientes”.

EL COVID 19 HA EMPEORADO LA CALIDAD DE VIDA DEL PROFESIONAL SANITARIO

Huelva.- Redacción

Un estudio realizado por miembros de la Universidad de Huelva (HUH), la Universidad de Almería (UAL) y la Sanidad pública en Andalucía ha puesto de manifiesto la influencia que ha representado la pandemia en la calidad de vida profesional de los sanitarios. Para los autores, el objetivo de esta investigación ha sido analizar la calidad de la vida profesional y las consecuencias más importantes en quienes atendieron, en la pasada primavera, a pacientes de coronavirus. El resultado se refiere a que el Covid-19 “ha puesto a los sanitarios en una situación excepcional” derivada de haber tenido que tomar “decisiones de gran calado ético y moral” en medio de unos escenarios con “recursos especialmente limitados” y exponiéndose a un “alto nivel de sufrimiento en las personas a las que atienden”.

¿Qué influencia ha podido representar la situación de pandemia en el profesional sanitario que asiste a estos pacientes? La pregunta, una y mil veces repetida, ha querido ser respondida por un grupo de investigadores pertenecientes a la HUH, la UAL y al Sistema sanitario público en Andalucía. Para ello, decidieron realizar un estudio multicéntrico con una muestra de 506 trabajadores sanitarios (médicos y enfermería, principalmente) pertenecientes a distintos centros de la sanidad pública regional. Al medio millar de participantes se les evaluó varios factores tales como la Fatiga por compasión, la Satisfacción por compasión, el Estrés percibido y el estrés laboral o burnout dolencia que, como se sabe, está reconocido por la O.M.S. como enfermedad.

► **Un estudio a cargo de las Universidades de Huelva y Almería junto a la Sanidad pública regional analiza los factores laborales y éticos vividos en los momentos más críticos de la pandemia.**

El ensayo abarcó el periodo comprendido entre el 30 de marzo y el 16 de abril de 2020 que, como bien se recuerda por todos los españoles, coincidió con los mayores cotas de incidencia, mortalidad y saturación de los centros sanitarios a causa de la “explosión” del Covid-19 en España. Los resultados de esta propuesta se han visto publicados en la revista científica “Journal of Clinic Nursing” bajo el título “Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction, and perceived stress in healthcare professionals

during the Covid-19 health crisis in Spain”. Los autores son todos miembros del grupo de investigación “Bioética y Humanización de la asistencia sanitaria” en el sistema público andaluz. Este equipo trabaja, desde hace ocho años, en esta misma línea habiendo visto publicados sus ensayos en revistas de alcance internacional además de tener previsto realizar, un Master sobre “Relación de Ayuda y Compasión para la mejora de la práctica asistencial”, con objeto de mejorar en los alumnos sus competencias, actitudes y habilidades en el campo de la asistencia y en contacto con el sufrimiento de las personas a las que atienden.

Fatiga, compasión

El estudio contempla que aquellos sanitarios que estuvieron en primera línea asistencial durante las fechas dramáticas anteriormente citadas y que supuso la mayor conmoción a causa del colapso sanitario producido por la avalancha de enfermos, confirma que el personal médico y enfermeras ha admitido el “empeoramiento de la calidad de vida profesional” como consecuencia de la crisis padecida. Los participantes confesaron tener niveles altos tanto de Fatiga por compasión como de estrés (burnout) durante las semanas iniciales y más difíciles de la pandemia. Estos efectos se hacen más palpables en aquellos sanitarios que estuvieron en primera línea: llámense los servicios de Urgencias, UCI, plantas...

En el trabajo se concreta que “la pandemia del Covid19 ha puesto a los profesionales ante una situación excepcional ya que debieron prestar la atención sanitaria pero, a su vez, tomando decisiones de “gran calado ético y moral, gestionando recursos especialmente limitados y exponiéndose a un alto nivel de sufrimiento en las personas a las que atienden”. Estos factores son condicionantes para provocar que el personal sanitario más directamente implicado tenga un elevado riesgo de desarrollar una salud mental desfavorable, por lo que se deduce la importancia de conocer cual es la situación de este sector a semejante nivel. Otra



Foto: Esther Lagares

El coronavirus ha venido a condicionar la vida del personal sanitario

consideración significativa es la “diversidad de efectos” encontrados entre los diferentes grupos de profesionales puesto que el personal médico presentaba niveles más altos de fatiga por compasión y burnout mientras que las enfermeras (os) tenían puntuaciones más bajas en estas dimensiones aunque puntuaban más alto en la Satisfacción por compasión pese a desarrollar su trabajo en situaciones igualmente difíciles.

Esta apreciación que, como indican los autores del estudio, “si bien puede parecer contraria a la intuición, es coherente con los estudios que señalan que los individuos pueden sentirse bien cuando trabajan duro y ven cómo otros se benefician de sus propios esfuerzos”. Para concretar a continuación: “Creemos que el gran esfuerzo que hacen las enfermeras(os) para atender a los pacientes de manera cercana e incondicional ha provocado que experimenten una profunda satisfacción por el bien que han hecho” a las personas víctimas del coronavirus que

- Médicos y enfermeras en primera línea debieron afrontar situaciones estresantes junto a la adopción de medidas ético-morales de gran calado.

desencadenó la enorme tragedia sanitaria y social, prácticamente sin precedentes en las actuales generaciones de profesionales sanitarios.

Reconocimiento social

El estudio igualmente contempla que para ese nivel de satisfacción también pudo contribuir “las expresiones generalizadas de reconocimiento por parte de la sociedad hacia el personal sanitario en general y de enfermería en particular, cosa que no había ocurrido antes de la pandemia. Recuperar la motivación por el alivio del sufrimiento en el paciente, junto al citado reconocimiento social largamente expresado en manifestaciones públicas, pueden haber sido los elementos revitalizadores de la Satisfacción compasiva en el colectivo de enfermería. Y todo ello pese a las dificultades y las condiciones en que se vieron obligadas a desarrollar su trabajo durante el tiempo que recoge el estudio con los datos que han configurado el presente informe.

Otras consideraciones reflejadas en el mismo sostienen que la situación de incertidumbre con lo que se vivieron jornadas interminables, la realidad de disponer de recursos materiales y preventivos limitados así como la difícil tarea de tener que adoptar decisiones de enorme responsabilidad para los pacientes así como el deber de dar información (malas noticias) a sus familiares sobre lo que se estaba viviendo en las unidades y servicios, podría dar lugar, según apuntan los expertos, a que algunos médicos(as) hayan experimentado lo que se denomina “Moral injury” (lesiones morales) y problemas de salud mental presentando, por lo mismo, niveles tan elevados de fatiga por compasión y burnout.

Por todos estos motivos, y a modo de conclusión, el equipo de investigadores andaluces autores del análisis entienden que “esta situación requiere que se apliquen intervenciones que ayuden a prevenir estos problemas en los profesionales a largo plazo. Y recomiendan como importante que las citadas intervenciones “no estén centradas en el ámbito personal, sino incorporar decididamente la responsabilidad de las instituciones en este sentido”. El conjunto de todos estos datos se pueden encontrar en la página web de literatura global sobre la enfermedad por coronavirus de la Organización Mundial de la Salud.

EL GOBIERNO SUBE EL 0,9% EL SALARIO DE LOS EMPLEADOS PÚBLICOS

Huelva.- Redacción

El Gobierno de España aprobó una subida salarial del 0,9% para los empleados públicos para el año 2021, porcentaje que coincide con el decidido para las pensiones, de los jubilados. Así lo confirmó el Ministerio de Política Territorial y Función Pública que tiene de titular a Carolina Dalias. Entre los numerosos sectores de empleados públicos, el personal sanitario, que recibió la noticia con indisimulada decepción por los pronósticos de llegar a materializarse una mayor subida en la nómina del personal sanitario. Las principales organizaciones sindicales mostraron su desacuerdo con el incremento salarial e incluso, amenazaron con llevar a cabo actos de protesta.

El Gobierno de coalición PSOE-Podemos confirmó la subida salarial para 2021 del 0,9% para los empleados públicos: Justicia, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, Sanitarios, Educación...

La medida recibió, de inmediato, críticas generalizadas y, en concreto, de las centrales sindicales presentes en la Mesa General de las Administraciones. Una de las cuales, CSIF, había solicitado una subida del 3% anual con un plan a tres años vista. Pero con el definitivo 0,9% de incremento salarial, la subida supondrá, en término medio, unos 335 euros anuales para el personal de enfermería y alrededor de 500 para el colectivo médico.

Reposición

Otra cuestión importante giraba en torno a la Oferta Pública de Empleo dado que el Ministerio de Política Territorial y Función Pública había trasladado a las organizaciones sindicales su decisión de aprobar 28.005 plazas en 2020, muy por debajo a la oferta de 33.000 plazas del año pasado, la mayor de la última década. La decepción vino acrecentada por el hecho de que, durante el reciente

verano, las principales centrales sindicales tenían el compromiso de negociar con el Ministerio un "acuerdo para la mejora del empleo público y de condiciones de trabajo" en el que se contemplaban mejoras con la vista puesta en el año 2024.

El hecho de que no se elimine la tasa de reposición equivale a que no se podrá generar apenas empleos ni tampoco se podrá regularizar al personal eventual, que es muy numeroso en el mundo de la sanidad. Lo cual tiene una especial significación si se piensa que la sociedad española, vive una, hasta ahora, desconocida situación sanitaria a causa del coronavirus con las inevitables necesidades de ver aumentados los recursos humanos para hacer frente a la compleja tarea de atender y dar repuesta a la elevada demanda y saturación de los centros sanitarios integrados en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Covid, hasta el 30 de abril

AMPLÍAN EL DISFRUTE DE LOS DÍAS DE LIBRE DISPOSICIÓN

Los trabajadores del Servicio Andaluz de Salud (SAS) han visto ampliado el tiempo para poder disfrutar los días adicionales de vacaciones otorgados por la consejería como reconocimiento, junto a una retribución económica, por su dedicación en la primera oleada de la pandemia, durante los meses de marzo a junio de 2020. Si en un principio la fecha tope prevista para disponer de esas jornadas finalizaba el 31 de enero, una nueva disposición ha situado la fecha

de disposición hasta el 30 de abril de 2021.

Como se recuerda, el SAS trasladó la decisión de la Junta de reconocer y recompensar, la entrega demostrada por los profesionales de la sanidad pública regional con ocasión de los meses más críticos de la pandemia por el Covid-19. En concreto, se decidió la compensación de un día de libre disposición por mes trabajado y hasta un máximo de 4 días. Con la unanimidad de la Mesa sectorial de sanidad, los profesionales que estuvieron

al frente de la situación creada por el coronavirus podrán disponer de esos días de libre disposición hasta el 30 de abril. Al mismo tiempo, también se acordó que los profesionales que hayan logrado una plaza fija en las convocatorias de Oferta Pública de Empleo y quienes hayan participado en el Concurso de Traslado, la incorporación se llevó a cabo durante los meses de octubre y noviembre excepto en aquellos casos donde haya existido una causa de fuerza mayor para la toma de posesión de las plazas.

IMPULSAN LA RED DE ENFERMERÍA DE SALUD PÚBLICA

Huelva.- Redacción

La situación, tan desgraciada como acuciante, originada por el coronavirus está deparando nuevos hábitos, comportamientos y hallazgos en el mundo sanitario de los que enfermería no podía estar ajena. Uno de estos frentes gira en torno a la llamada “Estrategia de enfermería que trabaja en la Salud pública”. Con varias e importantes derivaciones, a la cabeza de todas la necesidad de reforzar las actuales plantillas de enfermeras del SAS para poder dar la mejor respuesta a las muchas necesidades que el virus ha planteado. La vigilancia de los brotes epidémicos, detección precoz de casos, clasificación, cuarentena, seguimiento de contactos y, puesta al día y desarrollo de programas de educación de la salud comunitaria, son nuevas realidades que han emergido en los últimos tiempos. Y sin olvidar la figura de la enfermera gestora de casos en relación a los centros socio-sanitarios.

La Consejería de Salud, a través de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica, ha confirmado la puesta en marcha de la “Estrategia de enfermería en Salud pública” consecuencia de la situación pandémica que vive Andalucía como el resto de España y el mundo. El reto no es otro que acopiar fuerzas y capacidades para hacer frente y superar la realidad sanitaria que azota a la población desde la pasada primavera. En consecuencia, enfermería ha sumado nuevos desafíos tales como representan determinadas enfermedades emergentes, la resistencia a las vacunas, el envejecimiento de la sociedad, la atención a las dolencias crónicas o el aumento de los factores de riesgo.

Esa realidad que “ha venido para quedarse” se ha traducido en un marco de competencias para la enfermería de salud pública donde, de un tiempo a esta parte, figuran capítulos tan relevantes como la vigilancia y control de los brotes epidémicos de origen comunitario, la detección precoz de los casos, su identificación, clasificación, periodo de cuarentena y seguimiento de contactos, todo ello acompañado de programas de educación para la salud comunitaria y las campañas para promoción de la salud. A ello debe sumarse la presencia de la enfermera gestora de casos en los centros socio-sanitarios, (residencias de mayores, centros de día, etcétera) donde, con ocasión de la primera oleada vírica, la experiencia ha demostrado el excelente bagaje como coordinadora de la actividad asistencial así como de las medidas preventivas para ayudar a aminorar los efectos de la pandemia.

Manejo y valoración de casos

En este contexto, y para la deseable coordinación del conjunto de la enfermería en Salud Pública, desde octubre se ha realizado una formación (mediante sesiones vía “on line”), de periodicidad semanal para destacar el trabajo de la enfermera en salud pública en torno al manejo de casos, contactos y brotes de Covid en centros educativos, en los que, como se sabe, la administración tiene asignada una “enfermera de referencia” por unidad docente aunque, lamentablemente, Salud no haya dado la respuesta que merecía la pandemia mediante la implantación de la enfermera escolar figura clave para el seguimiento del grave problema sanitario entre la población escolar. Salud ha situado una ratio de 3.300 alumnos por enfermera para asuntos tales como dar cobertura a la valoración y solicitud de pruebas

► La pandemia comporta nuevos retos y actuaciones que, además de su eficacia, debería traducirse en un aumento de las plantillas enfermeras.

diagnósticas, derivaciones a los Servicios de Pediatría o Medicina de Familia y cualquier tipo de incidencia que pueda surgir en el devenir del curso.

Del mismo modo, también se ha informado acerca de la vigilancia de la salud en centros o residencias de ancianos, mediante pautas preventivas del Covid-19 y otros microorganismos multirresistentes, acompañado de la difusión de material informativo al conjunto de profesionales que conforman la red de enfermería en salud pública. El Sistema de Vigilancia de la Salud, dependiente de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica es el organismo responsable de recoger los datos epidemiológicos sobre el abanico de los riesgos potenciales que pueden afectar a la población, sean laborales, ambientales, alimentarios, originados por la medicación o por el uso de productos sanitarios.

La enfermería en Salud Pública trabaja para el Sistema de Vigilancia en Salud a través de equipos multidisciplinares (medicina, farmacia...) en diferentes ámbitos Unidades de gestión de Atención Primaria, Áreas de gestión sanitaria, Servicios de Medicina preventiva en asistencia Hospitalaria, enfermeras referentes en los centros escolares, Servicios de Prevención en Centros de trabajo y en la propia administración regional, caso de las Delegaciones territoriales y la Consejería de Salud y Familias.

MANIFIESTO DE 55 SOCIEDADES CIENTÍFICAS SOBRE LA GESTIÓN DEL COVID-19

Huelva. -Redacción

Un importante número de Sociedades Científicas españolas, pertenecientes a los colectivos del Sistema, -médicos, enfermería, farmacia y fisioterapia- que agrupan a más de 170.000 profesionales han publicado un Manifiesto en relación a cómo se debe afrontar la gestión del coronavirus en nuestra nación, donde la primera ola como en la segunda, las cifras que depara la pandemia nos sitúan entre los primeros lugares de los países más duramente afectados por el Covid. Bajo el título “En Salud, ustedes mandan, pero no saben”, las Sociedades sanitarias desarrollan un decálogo en el que parten de una base primordial: la gestión ha de basarse “en la mejor evidencia científica disponible, desligada por completo del continuo enfrentamiento político”.

Un total de 55 Sociedades científicas pertenecientes a las titulaciones de médicos, enfermeras, matronas, farmacéuticos y fisioterapeutas, que agrupan a más de 170.000 profesionales, elaboraron un Mensaje dirigido a la clase política “por la gestión del Covid. 19”. En él se incluye un expresivo decálogo encabezado por el título “En Salud, ustedes mandan pero no saben”. Las sociedades consideran prioritario, a la vista del aumento de contagiados y fallecidos en nuestro país, establecer un protocolo nacional que, sin perjuicio de actuaciones territoriales diferenciadas, establezca criterios comunes de base exclusivamente científica, sin la mejor injerencia ni presión política”.



► Enfermería, médicos, farmacéuticos y fisioterapeutas firman un decálogo dirigido a la “clase política”

Con tal propuesta inicial, las entidades firmantes no dudan en dirigirse a la clase política “para que acepte, de una vez, que para enfrentarse a esta pandemia, las decisiones dominantes deberían basarse en lo que califican como “la mejor evidencia científica disponible” y lo más alejada posible y desligada del “enfrentamiento político” por lo que se precisa, afirman, “de una respuesta coordinada, equitativa, basada exclusivamente en criterios científicos, claros, comunes y transparentes”. Por lo cual, el enorme abanico de profesionales especialistas presentes en el Manifiesto entiende que se deberían “definir normas generales de prevención, manejo de los pacientes afectados, y gestión de los centros socio-sanitarios (residencias de mayores) acompañado de la creación de “una reserva estratégica nacional de material para la prevención” y el tratamiento de los afectados.

Frenar tanta discusión

En el conocido documento también, del que no se conoce hasta la fecha ningún tipo de respuesta por parte de las administraciones concernidas, se hace mención a la lentitud de la burocracia existente en España a la hora de resolver y encauzar asuntos legales, técnicos y administrativos, porque “solo consiguen agravar las soluciones”. Razón mas que suficiente para que demanden frenar “tanta discusión” que a poco o nada conduce y, en su lugar, pasar a la acción que demanda el grave problema sanitario que nos afecta. Y todo porque, como se encabeza en el Manifiesto, “En Salud, ustedes mandan pero no saben”.

Las Sociedades reclaman que sean las autoridades sanitarias “sin ninguna injerencia política” quienes establezcan prioridades de actuación con respecto a otras enfermedades así como los cambios organizativos y las previsiones adecuadas a cualquier patología, “sea cual sea la edad del paciente y su nivel socio-económico”. Las Sociedades científicas de la Sanidad española sostienen: “Ofrecemos nuestros conocimientos” porque, “tenemos que cambiar ya tanta inconsistencia política, profesional y humana”. Por lo mismo, instan a las administraciones a establecer, a la mayor brevedad posible, “un encuentro en el que se aborde el papel que pueden jugar los profesionales sanitarios en la gestión de la pandemia”, al tiempo que invitan a la sociedad española a sumarse a la iniciativa a través de la plataforma “Change, org”.

Generosidad, compromiso

La realidad de este Manifiesto se deriva de la de celebrarse, el pasado mes de septiembre, del I Congreso Nacional COVID 19”. De carácter interdisciplinar se desarrolló de forma virtual y en el que se constató que la situación de emergencia sanitaria provocada por el Cov-SARS-2 ha generado una “mayor valoración social tanto de la sanidad y sus profesionales como del papel que la ciencia y la investigación deben jugar en la esfera pública”. Y destacaron que la respuesta de los profesionales de las distintas áreas ha sido “un ejemplo de generosidad, compromiso y trabajo en equipo que debe ser motivo de reflexión y orgullo”.

► En nombre de 170.000 profesionales, instan a establecer un protocolo nacional libre de injerencias políticas.

En el organigrama, el Comité de Honor de este I Congreso estuvo presidido por S.M. El Rey D. Felipe VI, junto a los consejeros de Salud de las autonomías. El Comité Organizador estuvo presidido por Antonio Rivero, presidente de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología. Mientras el Científico lo lideró Julián Olalla, de la misma Sociedad. Tanto Rivero como Olalla afirmaron que “este I Congreso marca un hito en la colaboración entre los profesionales sanitarios de España”.

Sociedades científicas; alto y claro

La lista de las 55 entidades científicas que alzaron la voz mediante el Manifiesto dirigido a los políticos, es larga como exhaustiva a la hora de abarcar prácticamente el espectro de las profesiones sanitarias españolas. Por parte de enfermería, firman y respaldan el decálogo las siguientes:

Asociación Española de Enfermería Comunitaria,
Asociación de especialistas en Enfermería en Salud Mental
Asociación Española en Enfermería Pediátrica,
Asociación Nacional de Enfermería y Vacunas
Asociación Nacional de Directivos de Enfermería
Federación de Asociaciones de Matronas de España
Federación Española de Enfermería del Trabajo
Sociedad Española de Enfermería en Geriatria y Gerontología

Medicina está presente en el Manifiesto por:

Academia Española de Dermatología, y Venerología, Asoc. Esp. Medicina del Trabajo, Asoc. E. Gastroenterología, Asoc. E. Genética Humana, Asoc. E. Pediatría, y Soc. E. de Infectología Pediátrica, Asoc. E. Vacunología, Asoc. E. estudio del Hígado, Asoc. Nal. Comités de Ética de la Investigación, Capítulo de Cirugía Vasculard, Federación de Asociaciones Científico-Médicas, Soc. Anatomía Patológica, Soc. Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Soc. Cardiología, Soc. Cuidados Paliativos, Soc. Endocrinología y Nutrición, Soc. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Soc. Farmacogenética y Farmacogenómica, Soc. Farmacología Clínica, Soc. Farmacia Hospitalaria, Soc. Hematología y Hemoterapia, Soc. Ginecología y Obstetricia, Soc. Hipertensión, Soc. Geriatria y Gerontología, Soc. Inmunología, Soc. Medicina de Laboratorio, Soc. Medicina de Urgencias y Emergencias, Soc. Medicina Familiar y Comunitaria, Soc. Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias, Soc. Medicina Interna, Soc. Medicina Preventiva y Salud Pública, Soc. Medicina Seguridad en el Trabajo, Soc. Médicos AP, Soc. Médicos Generales y Familia, Soc. Microbiología, Soc. Nefrología, Soc. Neumología y Cirugía Torácica, Soc. Neurología, Soc. Oncología Médica, Soc. Patología Digestiva, Soc. Psiquiatria, Soc. Radiología Médica, Soc. Rehabilitación y Medicina Física, Soc. Reumatología, Soc. Trombosis y Hemostasia, Soc. Virología, Asoc. Nal. Fisioterapeutas.

MAS DE 8.000 CONTRATOS PARA LA SEGUNDA OLA DE LA PANDEMIA

► Implicadas 75 categorías laborales del SAS; enfermería tiene el mayor número de refuerzos (3.262) de los que 621 corresponden a la provincia de Huelva

Huelva. -Redacción

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) anunció la oferta de 8.037 contratos para reforzar y dar repuesta a las necesidades asistenciales y atención a los pacientes de Covid-19 en la segunda y creciente oleada de la pandemia y la correspondiente demanda durante el invierno. Esta oferta abarca a un total de 75 categorías profesionales presentes en la sanidad pública andaluza siendo enfermería el colectivo más numeroso en cuanto al volumen de las contrataciones con 3.262 compromisos. En cuanto a la distribución de los refuerzos por provincias, a Huelva le correspondieron 621 del total de las contrataciones.

La sanidad pública regional confirmaba, a primeros del mes de octubre, una importante oferta para trabajadores en un amplio abanico de competencias (75 categorías laborales) con la finalidad de estar en las mejores condiciones posibles con las que afrontar las necesidades originadas por la segunda ola del coronavirus y el aumento de las patologías

respiratorias propias de la época invernal. Del grueso total de estos nuevos contratos, la mayor parte correspondieron a titulados en enfermería (3.262), seguido por las auxiliares de enfermería (1.903), celador y celador-conductor (985).

Bolsa única

A considerable distancia, los 527 contratos para auxiliares administrativos, y 277 correspondientes a los técnicos de laboratorio. A los médicos de Familia de Atención Primaria les fueron asignados 238 contratos junto a los 124 para Médicos de Familia en Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias y Centros de Transfusión Sanguínea y los 170 facultativos repartidos entre las especialidades de Medicina Intensiva, Medicina Interna y Microbiología. La oferta también ha contemplado contratos para Técnicos en Radiodiagnóstico (98), pinchos (114), personal de limpieza (77) y 42 técnicos de documentación sanitaria.

La materialización de estos 8.037 contratos (1.200 más respecto a los habidos

en la primera ola de la pandemia) se inició desde finales de septiembre de modo simultáneo en todo los centros de la red pública regional a través de la Bolsa única de empleo temporal del SAS. Las incorporaciones se realizaron, en primer término, con los nombramientos de mayor duración (hasta seis meses) y concluyó el 15 de octubre con los contratos eventuales de tres, dos meses y reducciones de jornada.

Por provincias, los contingentes profesionales de refuerzo se distribuyeron de este modo: 1.849 contrataciones con destino a Málaga, seguidas de 1.405 para Sevilla, por delante de Cádiz (1.199), Granada (1.016), Almería (696), Córdoba (641), Huelva (621) y, por último, la provincia de Jaén con 601 trabajadores contratados. La distribución de los 621 contratos destinados a Huelva se anunciaron de esta forma: 207 destinados al Hospital J.R. Jiménez, 33 al Infanta Elena, 117 para el Distrito de Atención Primaria Condado-Campiña, 86 en el Distrito Huelva-Costa y, finalmente, 88 para el área de gestión Norte de Huelva.

Estabilizar el empleo temporal

OPE EXTRAORDINARIA PARA LAS AGENCIAS SANITARIAS

La Junta de Andalucía ha aprobado la convocatoria de una Oferta Pública de Empleo (OPE) que, con carácter extraordinario, busca lograr la deseada estabilidad en el empleo temporal en las Agencias públicas empresariales sanitarias, dependientes de Salud. Esta OPE costa de 1.005 plazas de las que el 10% están reservadas para personas con discapacidad. Casi la mitad de las plazas se concretan en la Agencia Pública del Hospital de Poniente, en Almería.

El Consejo de Gobierno de la Junta dió luz verde, con fecha del 6 de octubre, a la OPE extraordinaria para la estabilización de puestos de trabajo temporal, en las Agencias empresariales del sector. Las 1.005 plazas en cuestión han sido asignadas del siguiente modo: 138 plazas para la Agencia pública empresarial sanitaria Costa del Sol (Marbella). A la Empresa pública de Emergencias sanitarias 061, le corresponden 45 plazas, mientras que 138 afectan a la Agencia empresarial

sanitaria Hospital Alto Guadalquivir (Andújar). La mayoría de esta Oferta (475 empleos) corresponden a la Agencia pública Hospital de Poniente en Almería, además de las 164 plazas para la Agencia pública empresarial sanitaria Bajo Guadalquivir. Por lo que se refiere a la EPES 061, las plazas que se ofertan son 19 de médicos, 14 de enfermería, 5 de administrativos, 6 técnicos de emergencias sanitarias y 1 para técnico medio de informática.

EL EXAMEN PARA EL TÍTULO, VÍA “ON LINE”

Huelva. -Redacción

La especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, una de las más demandadas y que acumula mayor retraso en su casi interminable proceso de consolidación legal, sigue dando pasos cara a su definitiva resolución. Si en el anterior número de “DOCUMENTOS...” dabamos cuenta de que se estaba culminando la fase de verificación de los más de 41.000 expedientes presentados ante la Administración del Estado, ahora se ha conocido que el examen definitivo para la obtención del título de especialista en Familiar y Comunitaria se llevará a cabo de forma telemática. ¿Razón? La pandemia del coronavirus obliga a descartar la idea de concentrar, físicamente, a tan elevado número de aspirantes, mientras la fecha definitiva, está en manos del Ministerio que dirige el “singular” Manuel Castells.

Fuentes cercanas al Ministerio de Universidades aseguran que la prueba final a la que deben concurrir las, aproximadamente, 41.000 enfermeras y enfermeros españoles que ejercen en la Atención Primaria (AP) y que aspiran a obtener el título de especialista por la vía excepcional, se llevará a cabo por el método “on line” dada la actual situación sanitaria que vive el país a causa del Covid-19 y que, en consecuencia, hace de todo punto descartable la realización del examen de forma presencial fuera reuniendo a los miles de titulados en Madrid o en numerosas capitales de provincia.

Retrasos acumulados

La prueba para reconocer oficialmente la especialidad de Familiar y Comunitaria lleva acumulados importantes retrasos que se remontan a varios años

atrás hasta que, si en un principio, se había fijado realizar el examen en el pasado 2019, mas tarde se aplazó a 2020 algo que se mantiene en el aire por el enorme volumen de los miles de expedientes que rebasaron la capacidad del personal funcionario del Ministerio en su tarea burocrática de analizar todos y cada uno de los documentos remitidos por los solicitantes.

De esta forma, la previsión de realizar el examen en el presente año parece algo problemático de cumplirse, aunque desde el departamento ministerial como de las organizaciones profesionales (Consejo General de Enfermería al frente) traten de avanzar en la culminación definitiva de un capítulo como la especialidad de Familiar y Comunitaria que lleva esperando una buena parte de la enfermería española.

EL HJRJ RECIBE A LOS FUTUROS ESPECIALISTAS EIR

► 56 titulados, entre ellos de enfermería, inician la etapa formativa

El Hospital Juan Ramon Jiménez (HJRJ) recibió a la nueva promoción de sanitarios que inician la etapa como Especialistas Interno Residentes (EIR). Son 56 titulados en Medicina, Enfermería, y Psicología que han iniciado su periodo de formación en el centro hospitalario, donde se imparten un total de 28 especialidades acreditadas. La novedad en este caso es la incorporación de la primera residente en Enfermería Familiar y Comunitaria. En el acto oficial de bienvenida, con presencia de los responsables del centro, se animó a los nuevos alumnos a perseverar con ilusión y firmeza ante los periodos formativos que van desde

los dos años de enfermería a los cuatro y cinco de los especialistas médicos.

A los 56 futuros especialistas en las distintas vertientes sanitarias, el HJRJ les ofreció una ceremonia de bienvenida donde quedó constancia de la importancia del tiempo que acaban de iniciar, tras superar sucesivas y difíciles cribas, en medio de la exigencia que comporta una pandemia como la que vivimos. Les aguarda un apretado programa formativo por lo que médicos, enfermeras, farmacéuticos, y psicólogos se adentrarán en el mayor conocimiento de sus funciones y habilidades, siempre bajo la supervisión de un tutor que les acompañará en todo el proceso que conduce a la especialización.

La novedad de este año giró en torno a la presencia, por vez primera, de una enfermera residente en Familiar y Comunitaria que, junto a la aspirante a la Enfermería del Trabajo, cumplirán los dos años de estudio rotando por distintas unidades tanto hospitalarias como de primaria. El Sistema EIR, válido en todo el ámbito nacional, es un método formativo para postgraduados que se basa “en la participación activa en la asistencia” como una línea básica de aprendizaje, para que, el residente alcance, de forma progresiva, los conocimientos necesarios que le capaciten para el ejercicio de la especialidad.

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERIA
DE HUELVA

enfermería

Calendario 2021



ENERO

L	M	Mi	J	V	S	D
			1	2	3	
1	4	5	6	7	8	9
2	11	12	13	14	15	16
3	18	19	20	21	22	23
4	25	26	27	28	29	30
						31

FEBRERO

L	M	Mi	J	V	S	D
	5	1	2	3	4	5
	6	8	9	10	11	12
	7	15	16	17	18	19
	8	22	23	24	25	26
						27
						28

MARZO

L	M	Mi	J	V	S	D
	9	1	2	3	4	5
	10	8	9	10	11	12
	11	15	16	17	18	19
	12	22	23	24	25	26
	13	29	30	31		

ABRIL

L	M	Mi	J	V	S	D
					13	
					14	
					15	
					16	
					17	





MAYO

L	M	Mi	J	V	S	D
17			1	2		
18	3	4	5	6	7	8
19	10	11	12	13	14	15
20	17	18	19	20	21	22
21	24	25	26	27	28	29
22	31					

JUNIO

L	M	Mi	J	V	S	D
			1	2	3	4
	7	8	9	10	11	12
	14	15	16	17	18	19
	21	22	23	24	25	26
	28	29	30			

JULIO

L	M	Mi	J	V	S	D
26			1	2	3	5
27	5	6	7	8	9	10
28	12	13	14	15	16	17
29	19	20	21	22	23	24
30	26	27	28	29	30	31

AGOSTO

L	M	Mi	J	V	S	D
						1
	2	3	4	5	6	7
	9	10	11	12	13	14
	16	17	18	19	20	21
	23	24	25	26	27	28
	30	31				



SEPTIEMBRE

L	M	Mi	J	V	S	D
35			1	2	3	4
36	6	7	8	9	10	11
37	13	14	15	16	17	18
38	20	21	22	23	24	25
39	27	28	29	30		

OCTUBRE

L	M	Mi	J	V	S	D
				1	2	3
	4	5	6	7	8	9
	11	12	13	14	15	16
	18	19	20	21	22	23
	25	26	27	28	29	30
	31					

NOVIEMBRE

L	M	Mi	J	V	S	D
44	1	2	3	4	5	6
45	8	9	10	11	12	13
46	15	16	17	18	19	20
47	22	23	24	25	26	27
48	29	30				

DICIEMBRE

L	M	Mi	J	V	S	D
			1	2	3	4
	6	7	8	9	10	11
	13	14	15	16	17	18
	20	21	22	23	24	25
	27	28	29	30	31	



PROfesional:

Ponemos a tu disposición un préstamo PRO con ventajas exclusivas.

Un préstamo que pone a su alcance de forma ágil y cómoda la financiación de sus proyectos a corto o medio plazo, con unas ventajas exclusivas para su colectivo.

Si eres miembro del **Colegio Oficial de Enfermería de Huelva** y buscas promover tu trabajo, proteger tus intereses o tus valores profesionales, con **Banco Sabadell** puedes. Te beneficiarás de las soluciones financieras de un banco que trabaja en PRO de los profesionales.

Llámanos al **900 500 170**, identifícate como miembro de tu colectivo y empecemos a trabajar.

sabadellprofessional.com

27 DE MARZO, FECHA DEL EXAMEN EIR-2021

Huelva. -Redacción

El Ministerio de Sanidad dio a conocer los pormenores de la formación sanitaria especializada correspondiente a 2021. Lo más destacado es que el examen para el acceso a plazas de Enfermería Interna Residente (EIR), como del resto de titulaciones sanitarias, tendrá lugar el 27 de marzo con una convocatoria que el propio ministerio la ha calificado de "histórica" por contar con una oferta, entre todas las titulaciones, que van a superar las 10.000 plazas, o lo que es igual, un 3,2% superior a la anterior convocatoria. Otra importante novedad es que la próxima promoción de especialistas se incorporarán a los diferentes servicios y unidades sanitarias ante del tiempo hasta ahora estipu-

lado, razón: las exigencias derivadas por la pandemia del Covid-19 que se ha traducido en el decisión de acelerar la incorporación de los especialistas (enfermeras, médicos, farmacéuticos, psicólogos) a sus respectivas unidades. Andalucía, en principio, iba a disponer de 1.587 plazas, aunque al cierre de esta edición, aun no se había publicado en el BOE la definitiva adjudicación.

Carrera Profesional

El SAS dió a conocer, mediante una Resolución, el último listado definitivo de los profesionales a los que se reconocen distintos niveles de Carrera Profesional correspondientes al primer proceso de certificación en el 2020 y a propuesta de las Comisiones centrales de valoración.

En esta fase han sido un total de 352 los trabajadores de la sanidad pública andaluza a quienes se ha certificado que cumplen con los requisitos que exigen los diferentes niveles de la Carrera profesional que habían solicitado... La mayoría (208) pertenecen al grupo A-2 mientras el resto (144) son del A-1. Al aprobarse estos listados, sigue adelante el proceso de certificación de la Carrera Profesional, y, por niveles, 215 han alcanzando el nivel II, 113 el nivel III, 5 el nivel IV y, finalmente, 19 el nivel V. La Carrera Profesional busca incentivar la mejora continua en el desempeño profesional, las buenas prácticas basadas en la evidencia definidas por los propios profesionales, además de otras facetas como la docencia, la formación continuada y la investigación.

EN ESPAÑA FALTAN, COMO MÍNIMO, 5.000 ENFERMERAS DE UCI

Huelva.- Redacción

La pandemia vírica que sufrimos ha puesto en evidencia un catálogo de carencias en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS). El coronavirus ha hecho estallar no pocas costuras, algunas de relieve menor pero otras, por el contrario, de enorme trascendencia. Por ejemplo: la dotación de enfermería en las UCI de los hospitales españoles. Un estudio del Consejo General de Enfermería (CGE) acaba de poner negro sobre blanco la gravedad de esta cuestión. Para hacer frente a la terrible enfermedad sería necesaria aumentar, como mínimo, en 5.000 el número de enfermeras en estas Unidades, considerado en función de los distintos escenarios que depara la letal patología respiratoria.

“España se encuentra al mínimo de enfermeras en las UCI y, por ello, es urgente potenciar la presencia de enfermería en estas exigentes Unidades”. Este fue el mensaje, tan crudo como realista, que se deduce del estudio que el presidente del CGE, Florentino Pérez, hizo público a mediados de noviembre junto a Marta Raurell, presidenta de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Críticas (SEEICU). En el informe, se contemplan las necesidades de este personal en relación a las distintas fases de ocupación por los que están pasando las UCI de la nación.

La pandemia provocada por el Covid-19 ha delatado los déficits de enfermeras en las UCI. Nuestros hospitales, en gran parte de la geografía nacional, se han visto desbordados como pocas veces en la larga trayectoria asistencial. En unas Unidades donde la prestación especializada resulta absolutamente decisiva para el devenir del paciente, el estudio analiza la ratio de enfermeras en relación

al porcentaje de camas ocupadas. Y la conclusión es apabullante: si las UCI se llegan a ver, otra vez, saturadas (100% de ocupación) se necesitaría 14.000 nuevas enfermeras que volcaran sus esfuerzos en la atención a los pacientes. Si, como ha sucedido en la segunda ola, los ingresos rozan la media de capacidad, la carencia de enfermeras se situaría entre las 7.000 y 9.000 profesionales. Y si la pandemia evoluciona de forma positiva, hacia los parámetros más benévolos, las necesidades de este personal alcanzan un número entre 4.500 y 6.000 nuevas enfermeras.

Ratio y frustración

El estudio del CGE ha partido de una ratio básica: se precisa una enfermera por cada dos pacientes. (2x1). Pero, en la práctica, la proporción es mucho más inquietante como aportaba Marta Raurell: al asegurar que, en España es frecuente UCI con “una enfermera por cada tres pacientes e incluso más”. Para añadir a continuación: “El sentimiento que, ahora mismo, tienen las enfermeras españolas de UCI es de frustración porque no pueden dar los cuidados necesarios, porque no dan a basto”. Y Florentino Pérez corroboraba ese escenario destacando que faltan enfermeras formadas en la atención al paciente crítico”. Sin embargo, el déficit de enfermeras de UCI no ha surgido por el coronavirus. El problema viene de lejos, sobre todo si se compara con países cercanos al nuestro donde “los estándares en naciones (caso del Reino Unido), consideran que debe haber una enfermera por paciente”.

Estas carencias de personal, debidamente formado, provoca que no se puedan desarrollar planes de cuidados, y que acaso no se detecten a su debido tiempo los cambios clínicos que redunden en una mayor tasa de mortalidad. Y, al respecto,

► **Un estudio del CGE desvela las carencias de este personal que se ha agravado por la pandemia.**

se recuerda que en la primera ola de la pandemia, a las UCI se incorporaron un número importante de enfermeras sin la plena formación adecuada para dar la respuesta más idónea. Por suerte, en la segunda ola que aun sufrimos no se alcanzaron las cotas de la vivida en la pasada primavera, y, a su vez, el personal que accedió de forma masiva han ido adquiriendo el entrenamiento y los conocimientos necesarios para un puesto de tanta carga y responsabilidad.

Oportuna ha sido la aportación, a cargo de la Sociedad Europea de Medicina Intensiva, con un curso de formación online (C19-Espace) impartiendo conocimientos fundamentales para cuidar a enfermos graves y formando a enfermeras en previsión de que la ocupación vuelva a ser alarmante. Florentino Pérez, al respecto, apuntó que siendo ésta una iniciativa loable, ha de alcanzarse algo más que un parche en forma de la “necesaria planificación” formativa por las autoridades sanitarias españolas. El estudio del CGE también analiza la carencia de enfermeras de UCI por provincias. Y en este terreno, Andalucía vuelve a tener índices preocupantes. Si la media de España se sitúa en 6,02 por 100.000 habitantes, Navarra ostenta la mejor dotación (8,61) seguida de Álava (8,57), Vizcaya (7,62), y Guipúzcoa (7,38), mientras, Andalucía presenta 5,00 de media. Pero las provincias de Huelva (4,64), Málaga (4,44), Almería (4,57) y Sevilla (4,80) quedan por debajo de la media regional y a mucha distancia de las regiones vascas.



¿Conoce las *ventajas* del Seguro de Automóvil de A.M.A.?



Ventajas en nuestros talleres preferentes

Recogida y entrega gratuita, limpieza exterior, prioridad en la reparación, 50% dto. sobre el precio de la franquicia, vehículo de cortesía según disponibilidad...



Reparación y sustitución de lunas

En nuestra red de talleres colaboradores de lunas a través del 912 74 86 95 o del click to call de nuestra página web.



Servicios gratuitos de ITV y Gestoría

Inspección audiovisual y manual previa, gestión de cita con la ITV y servicio de chófer para pasar la inspección. Servicio gratuito e ilimitado de trámites administrativos relativos a la documentación del conductor principal.

Tasas e impuestos oficiales no incluidos.



Servicio Manitas Auto

Pequeñas operaciones en el vehículo asegurado y en las que no sea necesario acudir al taller, como sustitución de consumibles, configuración de dispositivos electrónicos, instalación de accesorios, etc.

1 servicio de hasta 2 horas gratis al año.



Y ahora le ofrecemos asesoramiento personalizado para planificar la forma de pago de su seguro.

A.M.A. HUELVA Palos de la Frontera, 17 Tel. 959 28 17 71 huelva@amaseguros.com
A.M.A. HUELVA (Colegio Médico) Arcipreste González García, 11; 1º Tel. 959 24 01 87/99

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com

913 43 47 00

Siganos en

y en nuestra APP



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora



Actitudes hacia la medicación psiquiátrica en psicóticos jóvenes

Autoras

- ▶ Rocío Pérez Campina (colegiada nº 5.724)
- ▶ Cristina Andújar González (colegiada nº 5.840)
- ▶ Enfermeras. Residentes (segundo año) de la especialidad de Salud Mental en el Hospital Juan Ramón Jiménez
- ▶ Isabel M^a Rabadán Cabeza, Enfermera especialista en Salud Mental (colegiada nº 4.715)



INTRODUCCIÓN

La patología mental lleva tras de sí, en la amplia mayoría de los usuarios, consecuencias directas e indirectas que sin un adecuado tratamiento psicoterapéutico y farmacológico terminará desembocando en una des-adaptación de la persona con su medio, y por tanto, se verá mermada su calidad de vida (1). La falta de adherencia al tratamiento es uno de los principales problemas que aparecen cuando se detectan y diagnostican primeros brotes psicóticos, la evidencia habla de tasas de abandono que rondan a los 6 meses desde el inicio del tratamiento el 30/40%, llegando a aumentar hasta el 50% pasado un año (2,3,4,5).

En nuestro medio entendemos el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con la cual el enfermo o usuario sigue las instrucciones sanitarias con el fin de llevar a cabo un

tratamiento que le ayude a mejorar o mantener su estado de salud, por tanto, los profesionales entendemos el incumplimiento del tratamiento o la falta de adherencia como el elemento principal que termina desembocando en la no obtención de todos los beneficios que los cuidados y tratamientos ofertados pueden conseguir (6).

Especialmente en los pacientes psiquiátricos la falta de adherencia, directamente relacionada con la actitud que estos presentan respecto a la medicación antipsicótica, termina suponiendo un problema de índole mundial y de magnitud alarmante ya que contribuye a un aumento de la brecha asistencial y de un empeoramiento del curso clínico del usuario (7). A todo esto tenemos que añadir que en la actualidad no existe un tratamiento preventivo eficaz para la psicosis en la población general (8).



La reciente historia del tratamiento de la psicosis nos permite diferenciar entre diversas etapas, con anterioridad a la época de 1950 la atención al paciente psicótico se centraba en su simple custodia, ya entre 1950 y 1960 aparecen los primeros tratamientos farmacológicos, los llamados antipsicóticos de primera generación, surgiendo así la posibilidad de control de signos y síntomas positivos principalmente de la enfermedad (8,3). El polimediar a los usuarios de salud mental es algo que viene dándose desde la época de los años 60 y que incluso en nuestro medio actual se da, aunque con una prevalencia diferente según la zona geográfica y los recursos sanitarios del área (9).

Es ya en la década de los 70 cuando se comienza a investigar más en profundidad la función de los antipsicóticos, y comienzan a aparecer los primeros centrados en la sintomatología negativa, antipsicóticos de segunda generación o atípicos, también se comienza a evidenciar la gran variedad de efectos secundarios que provocaban en los usuarios estos fármacos y la relación por tanto que existe entre su toma y la gran tasa de incumplimiento por parte de los usuarios (8). A pesar de todo no debemos olvidar que la medicación antipsicótica es la primera elección de tratamiento en pacientes psicóticos o con diagnóstico de esquizofrenia ya que aumentan la calidad de vida y funcionalidad del paciente (4,3).

La medicación antipsicótica reduce la severidad y gravedad de la patología mental en sí, y por tanto también en la psicosis, y aumenta a la vez la mejoría clínica del usuario llegando incluso a acelerarla (10). La investigación más actual ha conseguido un mayor control de los efectos

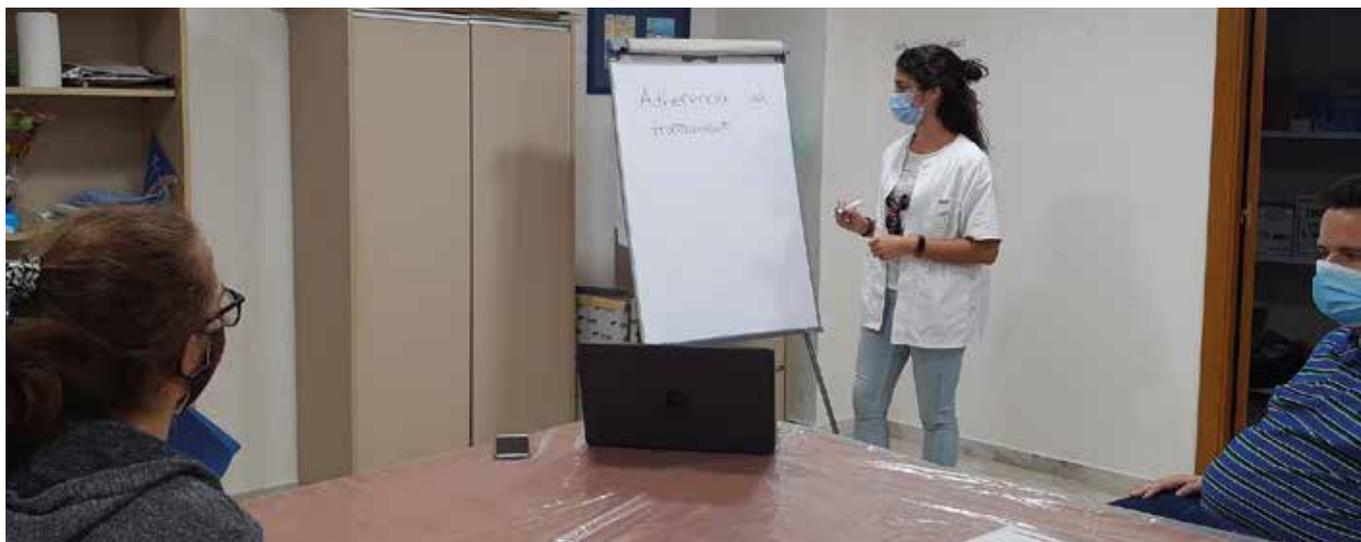
secundarios y por tanto negativos para el usuario, lo que conlleva un elemento que refuerza la actitud positiva hacia la toma de medicación (8).

A pesar de todo, el término adherencia terapéutica, con las últimas investigaciones y en los últimos tiempos, ha ido cambiando, poniendo el eje para el correcto cumplimiento del mismo en el empoderamiento del propio usuario; la adherencia implica también que la persona acepte el diagnóstico correspondiente a la propia enfermedad ya que la no conciencia es un factor negativo que terminará afectando tarde o temprano y desembocará en el no cumplimiento (6). En este sentido el término adherencia en salud mental cobra mayor poder respecto al término clásicamente entendido, ya que en este caso no podemos permitir que el usuario pasivamente siga las indicaciones que los sanitarios le ordenan o pautan sino que debemos conseguir una buena alianza terapéutica o contrato establecido (7).

El incumplimiento terapéutico unido a la mala actitud de los usuarios hacia la medicación antipsicótica, en la psicosis, llega a ser muy frecuente; en esta patología se trabaja con medicación que ocasiona cambios en los patrones habituales, presencia de efectos secundarios propios del tratamiento farmacológico en fases iniciales de ajuste y lo que los propios usuarios detectan como cambios en su propia capacidad funcional, todo esto unido a la susceptibilidad propia de la patología y a los juicios de valores personales y críticos del propio usuario junto con el estilo de afrontamiento inadecuado elegido termina desencadenando una mala adherencia y actitud (6).

Por ejemplo, el abandono del tratamiento farmacológico en la psicosis hace que el proceso de mejoría, como en cualquier otro trastorno, se estanque, o lo que es peor, que involucre y termine desencadenando descompensaciones, reingresos o deterioro global de las capacidades con las recaídas. El incumplimiento por tanto pasa a ser un problema importante y de gran calado en el ámbito sanitario que rodea al paciente psicótico y que termina afectando y siendo perjudicial para la correcta evolución del tratamiento (11,3).

Ya Haynes en 1976 menciona en sus investigaciones y habla de cómo se pueden identificar más de 200 variables relacionadas con la adherencia terapéutica en el medio de la patología mental, estas van desde la influencia de la supervisión de los profesionales sanitarios para con el usuario hasta la influencia del diagnóstico psiquiátrico establecido, la complejidad del usuario en sí, el apoyo sociofamiliar recibido, etc... (6). En la actualidad podemos hablar de variables que se relacionan con la propia enfermedad, con el tratamiento, con el entorno del paciente y con el propio equipo terapéutico (6,1).



La evidencia actual demuestra que la buena actitud hacia la medicación psiquiátrica se identifica como un factor predictor de buena adherencia al tratamiento y a su vez como elemento positivo dentro del buen transcurso, desarrollo y evolución de la enfermedad (2, 4,5).

Es por consiguiente de vital importancia el estudio del grado de adherencia al tratamiento y la actitud que los usuarios tienen hacia la medicación antipsicótica a la hora de evaluar la efectividad y seguridad de todos los tratamientos ofertados, no solo el farmacológico sino también la parte más psicoterapéutica y para esto necesitamos como profesionales de la salud herramientas que los ayuden a valorar y a tomar decisiones en nuestro día a día (12). La actitud que el usuario muestre hacia la medicación dependerá en gran medida de una gran carga de subjetividad ligada a sentimientos, experiencias, opiniones de otros pacientes, etc... y es algo a tener en cuenta (3).

A pesar de todo en la actualidad no existe un instrumento gold estándar que nos permita de forma individual medir la adherencia y la actitud en el paciente mental (9). Aunque uno de los instrumentos más usados y de gran utilidad para evaluar de forma subjetiva la actitud de los usuarios hacia la medicación psiquiátrica es el Drug Attitude Inventory, entre otros, no debemos olvidar que este es un tema científico-sanitario que sigue en continua investigación (5).

OBJETIVOS

General:

Explorar la actitud del paciente joven diagnosticado de trastorno psicótico hacia la medicación psiquiátrica incluida en su tratamiento farmacológico.

Específicos:

1. Describir el manejo del usuario respecto a la toma autónoma o no de la medicación psiquiátrica.
2. Explorar la visión positiva o negativa que el usuario refiere hacia la toma de la medicación psiquiátrica.

3. Identificar la percepción del usuario respecto a la toma de la medicación psiquiátrica.

MÉTODO

Lugar del estudio:

Usuarios de la unidad, Hospital de Día de Salud Mental de Adultos (Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

INCLUSIÓN:

1. Usuarios que en momento de la realización del estudio se encuentran en seguimiento por el dispositivo.

EXCLUSIÓN:

1. Usuarios que se encuentran en proceso de valoración para inclusión en programa de psicóticos jóvenes y primeros brotes.
2. Usuarios que se encuentren en periodo de desvinculación del dispositivo ante proceso de alta próximo.
3. Usuario que no acuden al menos al 75% de las actividades ofertadas por el dispositivo y por tanto no tienen adherencia suficiente al mismo.

Muestra:

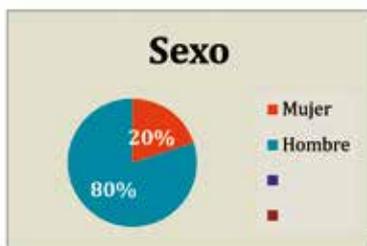
El total de la muestra comprende 20 usuarios (capacidad máxima de la unidad). Aplicando los criterios de exclusión planteados se excluyen un total de 5 usuarios: 2 se encuentran en periodo de valoración, 1 se encuentra en proceso de alta por derivación a Unidad de Rehabilitación de Salud Mental y por último 2 usuarios no cumple con la asistencia a la unidad planteada en dichos criterios.

La muestra en la que se lleva a cabo finalmente el estudio es de un total de 15 usuarios.

La media de edad muestral es de 28.67 años (DE 7.71), cumpliendo con el perfil del programa desarrollado en la unidad de primeros brotes psicóticos/psicóticos jóvenes. Respecto a los meses de tratamiento recibidos en el dispositivo la media se sitúa en torno a los 16.96 meses (DE 13.84), valores dispersos con un máximo situado en 48 meses y mínimos de 1 mes, usuarios recién derivados.

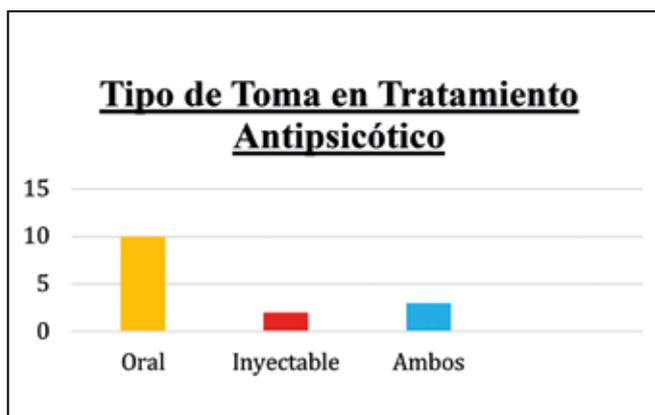
Casos válidos = 15; casos con valor(es) perdido(s) = 0.

Variable	N	Media	Desv Std	Mínimo	Máximo
edad	15	28.67	7.71	19.00	43.00
mesestto	15	16.93	13.84	1.00	48.00



En la variable sexo encontramos como las mujeres suponen solo un 20% del total (n=3) mientras que los hombres las superan con una amplia mayoría (n=12).

Otra variable tenida en cuenta y de especial relevancia en el estudio es el tipo de tratamiento antipsicótico que en el momento de la cumplimentación del instrumento tenían los sujetos variando entre tratamiento exclusivo oral, tratamiento exclusivo inyectable depot o ambos.



Un 67% del total toma tratamiento oral de forma exclusiva mientras que un 13% lo hace en forma de inyectables.

Solo un 20%, tiene ambas formas, coincidiendo con usuarios de reciente derivación.

Procedimiento:

Tras detectar en el día a día de la unidad a través de los talleres impartidos de psicoeducación y liderados por enfermería una falta de adherencia al tratamiento antipsicótico en la mayoría de nuestros usuarios, se decide realizar el presente estudio para explorar la actitud de los mismos respecto a la medicación antipsicótica.

En primera estancia se realiza una búsqueda bibliográfica donde se identifica la situación actual respecto a la actitud hacia la medicación en pacientes de salud mental y específicamente en muestras similares a la planteada, se profundiza sobre el cuestionario DAI y finalmente y tras la lectura crítica de una serie de artículos científicos que abordan dicha temática se decide realizar un estudio de metodología cuantitativa de tipo transversal valorando así los objetivos planteados.

Instrumento:

El inventario de actitudes hacia la medicación (Drug Attitude Inventory) es un instrumento que valora la respuesta subjetiva a la medicación antipsicótica en usuarios psiquiátricos. Traducida y validada al castellano en 2004 por Robles R, Salazar V, Páez F y Ramírez F se realiza de forma autoadministrada.

Es una escala breve formada por 10 ítems que abordan el efecto percibido de la medicación antipsicótica por parte del usuario. Los ítems son de respuesta dicotómica (verdadero-falso).

Se obtiene una puntuación total sumando las puntuaciones de sus 10 ítems. La puntuación va de -1 a +1. Algunas afirmaciones se formulan en sentido positivo y otras en modo negativo. Las puntuaciones van de +10 a -10, a resultado más alto mejor actitud en la toma del tratamiento farmacológico.

RESULTADOS

Un total de 15 usuarios (75% del total de ingresados en la unidad) cumplimentaron el cuestionario no negándose ninguno de ellos a la cumplimentación del mismo.

Respecto a la toma de medicación y el tipo de medicación en comparación con el sexo de los encuestados el 100% de las mujeres encuestadas toman tratamiento exclusivo oral mientras que en el caso de los hombres el 58.33% recibe tratamiento exclusivo oral, un 16.67% lo recibe en presentación inyectable y un 25% en forma mixta intercalando la medicación oral con la de inyectable.

Si cruzamos los resultados del instrumento DAI con los meses de tratamiento recibidos el dispositivo cabe destacar que los dos usuarios que más meses llevan en el dispositivo (39 y 48 respectivamente) son los que peor puntuación obtienen (-6).

tomaTTO	sexo		Total
	hombre	mujer	
oral	7.00	3.00	10.00
	70.00%	30.00%	100.00%
	58.33%	100.00%	66.67%
	46.67%	20.00%	66.67%
inyect	2.00	.00	2.00
	100.00%	.00%	100.00%
	16.67%	.00%	13.33%
	13.33%	.00%	13.33%
ambos	3.00	.00	3.00
	100.00%	.00%	100.00%
	25.00%	.00%	20.00%
	20.00%	.00%	20.00%
Total	12.00	3.00	15.00
	80.00%	20.00%	100.00%
	100.00%	100.00%	100.00%
	80.00%	20.00%	100.00%

En caso de los que menos tiempo llevan de tratamiento en el dispositivo (1, 2 y 4 meses) obtienen puntuaciones que varían desde el -4 hasta un resultado positivo de 8.

El resto de la muestra se mueven en valores oscilantes, no existiendo relación significativa ($p=0.247$) por tanto entre los meses de tratamiento en el dispositivo y el resultado obtenido en el cuestionario.

La media en cuanto al resultado del cuestionario se sitúa en 1.47 puntos (recordando que los valores podían oscilar entre -10/+10). Existen 2 cuestionarios con una puntuación de -6 (mínimo entre todos los encuestados) mientras que solo un usuario llega a puntuar el máximo de 10.

El 66.67% se sitúan en un resultado igual o mayor a cero mientras que el 33.33% restante se sitúa en valores negativos.

RESULTADO

Etiqueta de Valor	Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
	-6.00	2	13.33	13.33	13.33
	-4.00	2	13.33	13.33	26.67
	-2.00	1	6.67	6.67	33.33
	.00	2	13.33	13.33	46.67
	2.00	1	6.67	6.67	53.33
	4.00	3	20.00	20.00	73.33
	6.00	2	13.33	13.33	86.67
	8.00	1	6.67	6.67	93.33
	10.00	1	6.67	6.67	100.00
Total		15	100.0	100.0	

RESULTADO

N	Válido	15
	Perdidos	0
Media		1.47
Desv Std		5.10
Mínimo		-6.00
Máximo		10.00

Respecto a los 10 ítems tratados en las diferentes preguntas de forma global se obtienen los siguientes resultados:

	Respuesta Positiva (+1)	Respuesta Negativa (-1)
1. Lo bueno de la medicación supera lo malo	80%	20%
2. Sentirse como un zombi con la medicación	60%	40%
3. Tomar medicación por decisión propia	53%	47%
4. Sentimiento de relajación con la toma de medicación	66%	34%
5. Sentimiento de cansancio y lentitud con medicación	40%	60%
6. Toma de medicación solo cuando se está enfermo	66%	34%
7. Sentimiento de normalidad y toma de medicación	47%	53%
8. Sentimiento de control y antinaturalidad con medicación	47%	53%
9. Pensamientos más claros con medicación	53%	47%
10. Prevenir caer enfermo con toma de medicación	73%	27%

Cabe destacar el alto porcentaje de resultado positivo tanto en la pregunta 1, que aborda el efecto positivo que la medicación antipsicótica tiene en estos usuarios, al igual que en la pregunta número 10, que aborda la relación que existe entre la correcta toma de medicación antipsicótica y la prevención de nuevas recaídas.

Sentimientos como el cansancio, la lentitud e incluso la sensación de extrañez con uno mismo son algunos de los resultados más negativos que los usuarios relacionan con la toma de la medicación destacando incluso el sentirse controlados por la medicación o pensar que es algo antinatural para su mente la correcta toma de la misma, solo un 47% refiere sentirse más normal con la medicación, por lo que un 53% no muestra ese sentimiento.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio indican que existe una actitud respecto a la medicación antipsicótica baja-moderada teniendo en cuenta el resultado de media global del instrumento.

Es importante tener en cuenta que la gran mayoría de la muestra si quitamos los extremos se sitúa en una etapa de edad de final de adolescencia-principio de edad adulta, y por tanto, esta etapa supone que están en un proceso de transición vital donde comienza a moverse la balanza entre la dependencia familiar y la necesidad de autonomía e independencia y en todo esto la presencia de un inicio psicótico puede interferir en los procesos normales de crecimiento y desarrollo (4). No debemos jamás olvidar que a través del conocimiento del grado de

adherencia al tratamiento del paciente se consigue de forma directa o indirecta evaluar la efectividad y seguridad de los tratamientos prescritos y a su vez la actitud de los mismos (12).

La etapa en la que se encuentra el perfil muestral es una etapa de cambios visibles donde el aspecto físico cobra vital importancia, en todo esto la presencia de medicación antipsicótica interfiere de forma directa con, por ejemplo, la presencia de aumento de peso, también existen en otros muchos un sentimiento de vergüenza relacionado con el hecho de tener que estar diariamente tomando una medicación, estos hechos ligados a otros muchos como pueden ser la presencia de efectos secundarios que provoca la medicación hacen que la adherencia terapéutica y a su vez la actitud que estos usuarios tengan hacia la medicación sea baja y dificultosa de mantener en el tiempo (4). No debemos olvidar que existen factores de riesgo ligados a la presencia de una mala actitud en cuanto al tratamiento como son los antecedentes de abandono en el pasado, la mala respuesta subjetiva por la presencia de efectos adversos, ausencia de acuerdo con el plan establecido entre el profesional-usuario, mala evolución de la psicosis, ausencia de soporte familiar, concomitancia de toma de medicación con consumo de drogas o sustancias ilegales, etc... (6,1). En este caso el 40% de la muestra ha presentado controles analíticos de tóxicos con resultado positivo en el último mes antes de cumplimentar en instrumento, por el contrario de lo que muestra la bibliografía el resultado medio de estos usuarios se sitúa en torno a 1.66, 0.19 puntos por encima de la media muestral global que era de 1.47 puntos. Esto puede deberse a la disparidad de edades, meses de tratamiento en la unidad y soporte socio-familiar con el que cuentan.

Dentro de todo esto es importante reseñar el papel tan fundamental que tiene la familia, en este caso todos los usuarios como requisito de ingreso en la unidad deben presentar un soporte familiar adecuado que sustente parte del tratamiento, la familia supone para los profesionales sanitarios una potencial herramienta para aumentar la adherencia, mejorar la actitud de los usuarios hacia la medicación y en definitiva hacer más funcional el tratamiento (10).

El hecho de tener que tomar con esa edad una medicación diaria es algo que para ellos mismos supone un elemento estigmatizador ya que le dificulta la adaptación entre iguales, al igual que también lo hace el estar en valoración, seguimiento o con una etiqueta diagnóstica de índole mental; el perfil de usuario diagnosticado de primer brote psicótico o de psicosis joven tiende a ocultar su diagnóstico con el objetivo de evitar las valoraciones negativas de los demás o la propia estigmatización (4,10). Señalar como también debe tenerse en cuenta el hecho de que la falta de adherencia puede ser no intencional como consecuencia de falta de habilidades necesarias para el control farmacológico u olvidos para poder conseguir un buen seguimiento del tratamiento (7).

Respecto a los resultados obtenidos en usuarios que llevan un tiempo leve-moderado tras el inicio del tratamiento antipsicótico los resultados de las puntuaciones obtenidas concuerdan

con la bibliografía que sitúa mejores resultados del DAI en primeros momentos de tratamiento y descenso a medida que pasa el tiempo (4).

Existen estudios que hablan y demuestran la asociación negativa entre la falta de adherencia al tratamiento antipsicótico y las actitudes negativas hacia la toma de medicación, por ello la buena y correcta relación terapéutica establecida con el paciente de salud mental es un elemento clave y primordial para trabajar la actitud de estos pacientes respecto a la toma de medicación (10). En el caso de nuestra muestra cabe reseñar el estrecho y fortalecido vínculo terapéutico que se crea al acudir a la unidad, el poder visualizar personalmente mínimo 3 veces por semana a cada usuario permite profundizar en las necesidades terapéuticas respecto a la adherencia terapéutica con mayor facilidad.

La medicación antipsicótica sigue siendo el principal tratamiento de elección para los trastornos psicóticos pero no debemos de olvidar que la evidencia habla de que la farmacoterapia como tratamiento único produce mejoras muy limitadas en el tiempo y por tanto debe reforzarse con tratamientos de psicoterapia (8,11), en este caso, el perfil encuestado al ser usuarios del hospital de día de adultos reciben semanalmente un total de 12 horas de psicoterapia grupal por parte de los diferentes profesionales sanitarios que comprenden la unidad, a lo que se deben sumar mínimo una consulta semanal de psicoterapia individual con su referente asignado. Es importante recordar que las intervenciones psicoeducativas tienen como principal objetivo proporcionar al usuario y a sus familias información directa facilitando la comunicación y la expresión de dudas y sentimientos quedando remarcada su importancia como pilar esencial en el tratamiento (8,11). Hay que reforzarles a los usuarios a través de la psicoterapia y la psicoeducación el gran poder de la medicación para mejorar su funcionamiento diario y calidad de vida en términos generales (3).

Por todo ello es necesario que los profesionales contemos y dispongamos de herramientas para valorar la adherencia y actitud de los usuarios para así poder fundamentar nuestras intervenciones clínicas en la mayor evidencia posible, tomando de la forma más apropiada e individualizada las decisiones (12).

CONCLUSIONES

El cuestionario DAI es un instrumento de gran utilidad sanitaria y muy especialmente en el campo de la salud mental ya que nos ayuda a estudiar la actitud de los usuarios respecto a la toma de medicación antipsicótica, y así es avalado por la evidencia científica presente.

En este caso siendo aplicado a usuarios con un perfil diagnóstico de psicosis joven o primer brote psicótico queda demostrada su utilidad, sirviendo así como herramienta y elemento clave para los diferentes profesionales de la salud mental que trabajan con este perfil de usuario dotando de resultados que sirven a su vez como clave para el refuerzo de determinados

conceptos como la adherencia al tratamiento, la conciencia de enfermedad e incluso el conocer y detectar los efectos secundarios que la propia medicación puede provocar.

Es innegable hablar de la dificultad que estos usuarios presentan respecto a la adherencia al tratamiento y a la misma vez por tanto respecto a la actitud en cuanto a la toma de medicación lo que lleva a amplias y elevadas tasas de incumplimiento que terminan por última instancia desembocando en reingresos y recaídas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dushad R, Mintu M, Bheemaraju P, Hathur G. A study of drug attitude and medication adherence and its relationship with the impact of illness among the mentally ill. *Rev Arch. Clin. Psychiatry (São Paulo)*. 2019;46(4): 85-88.
2. Hickling LM, Kouvaras S, Nterian Z, Perez-Iglesias R. Non-adherence to antipsychotic medication in first-episode psychosis patients. *Rev Psychiatry Res*. 2018;264:151-154.
3. Kasew T, Demilew D, Birhanu A, Wonde M, Liyew B, Shumet S. Attitude towards Antipsychotic Medications in Patients Diagnosed with Schizophrenia: A Cross-Sectional Study at Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *Rev Schizophr Res Treatment*. 2019;2019:5094017.
4. Fraguas D, Llorente C, Rapado-Castro M, Parellada M, Moreno D, Ruiz-Sancho A, et al. Actitud respecto a la medicación antipsicótica como factor predictivo de la suspensión del tratamiento antipsicótico en el período inicial de la psicosis de inicio temprano. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2008;1:10-17.
5. Robles R, Salazar V, Páez F, Ramírez F. Assessment of drug attitudes in patients with schizophrenia: psychometric properties of the DAI Spanish version. *Rev Actas Esp Psiquiatr*. 2004;32(3):138-142.
6. Salinas E, Nava MG. Adherencia terapéutica. *Rev Enf Neurol (Mex)*. 2012;11(2):102-104.
7. De las Cuevas C, Sanz EJ. Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*. 2016;7(1):25-30.
8. Lemos S, Vallina O, Fernández P, Fonseca E, Fernández P, Fonseca E, et al. Bases Clínicas para un Nuevo Modelo de Atención a las Psicosis. *New Trends in Treatment for Psychosis. Rev Clínica y Salud*. 2010;21(3):299-318.
9. De las Cuevas C, Peñate W, García de Cecilia JM, de León J. Predictive validity of the Sidorkiewicz instrument in Spanish: Assessing individual drug adherence in psychiatric patients. *Rev International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2018;18(2):133-142.
10. Velligan DI, Sajatovic M, Hatch A, Kramata P, Docherty JP. Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Rev Patient Prefer Adherence*. 2017;11:449-468.
11. González J, Cuixart I, Manteca H, Carbonell M, Armengol J, Azcon MA. La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería. *Rev Enf Global*. 2005;4(2).
12. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Meino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Rev Ars Pharm*. 2018;59(3):163-172.

OPE 2020: 1.041 PUESTOS PARA ENFERMERÍA

La Junta de Andalucía dio luz verde ,el 1 de diciembre, a la Oferta Pública de Empleo (OPE) del SAS para 2020 que contempla la convocatoria de un total de 4.374 plazas de las que 3.510 puestos serán para el turno de acceso libre y 864 de promoción interna, lo que confirma la consolidación del empleo estable en la sanidad pública regional. Esta OPE supone un aumento de 838 plazas respecto a la de 2019. Entre las plazas previstas en la nueva OPE destacan las 1.041 de enfermería (además de 55 matronas, 26 enfermeras de Salud Mental y 4 enfermeras de Trabajo) seguida de las 963 de auxiliar de enfermería, 309 plazas de facultativos especialistas de área, 248 médicos de AP, 73 pediatras de AP, 34 para médicos de Familia en Urgencias hospitalarias, 22 de fisioterapeutas, 24 de celador, y 199 de auxiliar administrativo. Las OPE actualmente en marcha (años 2016, 2017 y de estabilización) se han resueltos en la mayoría de las categorías laborales y, actualmente, se encuentran en la fase de solicitud de destino. Cuando la pandemia lo permita, será la toma de posesión que será gradual dado el volumen de las plazas.

EL COMITÉ DE BIOÉTICA RECHAZA QUE LA EUTANASIA SEA UN DERECHO Y PRESTACIÓN SANITARIA



El Comité Español de Bioética no a la eutanasia que propone el Gobierno.

Huelva.- Redacción

El Gobierno de España quiere promulgar una ley que considere la eutanasia un derecho al que se pueda acceder sin ningún tipo de cortapisas. Pero la proposición de ley que, se debate en las Cortes ha suscitado, desde el primer momento, severas críticas desde importantes sectores de la sociedad. Las mas firmes han corrido a cargo del organismo encargado de entender estos asuntos y, a la vez, asesorar al ejecutivo que preside Pedro Sánchez: el Comité de Bioética de España, que ha rechazado, de forma unánime, la eutanasia negando que pueda ser un derecho, así como una prestación mas de la cartera sanitaria. Además, 160 juristas de prestigio han alzado la voz para pedir al Congreso que paralice la tramitación por entender que el proyecto “constituye una grave amenaza a la seguridad de las personas mayores y enfermos”.

El Gobierno de coalición (PSOE-Podemos) quiere sacar la Ley de eutanasia, que se tramita en las Cortes, en medio de una

agitada controversia ciudadana. Por ello, se esperaba con interés el dictamen del organismo encargado de entender los asuntos de esta naturaleza así como asesorar al ejecutivo. Es el Comité de Bioética de España formado por doce expertos que en otras ocasiones (caso, por ejemplo, del aborto) nunca se habían pronunciado desde la unanimidad. Pero, tras una larga deliberación el Comité de Bioética dio a conocer el “Informe sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir. Debate sobre la regulación de la eutanasia; propuestas para la reflexión y la deliberación”. Informe que el Gobierno no ha solicitado pero que el Comité, en el ejercicio de sus funciones referidas a asuntos con implicaciones bioéticas, no dudó en elaborar y difundir.

Devaluar la ética

El Informe comienza destacando que no haya habido ninguna discrepancia, sino total unanimidad, entre los expertos que lo integran presididos por Federico De Montalvo, Doctor en

► “Abogan por la extensión de los Cuidados Paliativos y el apoyo socio-sanitario”

Derecho y profesor de Derecho Constitucional. El Comité aborda las claves del debate acerca de la eutanasia ajeno a ideologías políticas. Esto es, buscando la protección integral de la vida, el respeto a los valores individuales, la solidaridad y la compasión a lo largo del análisis desarrollado en 74 páginas. Los expertos en bioética abogan por evitar al ser humano el dolor y procurar una muerte en paz. Pero, afirman, “tal compasión no consideramos que legitime ética y legalmente esta solicitud. Legalizar la eutanasia o el suicidio asistido supone iniciar un camino de desvalor de la protección de la vida humana cuyas fronteras son harto difíciles de prever, como la experiencia de nuestro entorno nos demuestra”.

Entiende el Comité que es sencillo simpatizar con el sufrimiento de alguien pero “basar nuestro sistema ético y legal en aquella es peligroso y jurídicamente inseguro”. Acto seguido añade que legalizar la eutanasia como un derecho “puede afectar al futuro de las personas más vulnerables”. Los especialistas (juristas, médicos y biólogos) que forman el Comité de Bioética de España entienden que uno de los temores que detectan es que, por tratar con compasión a los pocos casos que se originen, se traduzca en abordar un camino que devalúe el valor ético y legal de la vida, porque cada uno de los casos que podrían beneficiarse de una eutanasia “son situaciones tan especiales que se hacen difícilmente generalizables”.

Cuidados Paliativos

El Comité evoca la Declaración de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos donde se advierte del riesgo de generalizar esta práctica porque los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) encargados de atender los cuidados al final de la vida reconocieron que podían existir personas favorables a la

eutanasia en circunstancias extremas y, al mismo tiempo, en contra de la legislación para evitar consecuencias negativas. Dicho de otra forma: La Ley de eutanasia significaría abrir un camino muy difícil de detener. Además, el Comité no duda en criticar al Gobierno de Pedro Sánchez por iniciar la tramitación de una Ley sin, que, previamente, se hayan universalizado tanto los Cuidados Paliativos como los apoyos sociales que demandan los pacientes crónicos y quienes viven en situación terminal: “Se propone poner fin a la vida de una persona como única solución a una situación de sufrimiento”.

► “Ni la eutanasia, ni el auxilio al suicidio son signos de progreso sino retroceso de la civilización”

El Comité de Bioética advierte al Gobierno que la ley que se propone no es válida desde un punto de vista ético, porque no solo despenaliza la eutanasia como una simple excepción a la regla general sino que va más lejos al reconocer la muerte como un derecho que se incorpora al catálogo de prestaciones de la Sanidad pública. De ahí que, desde la perspectiva ética, los expertos reclamen que los Cuidados Paliativos y el apoyo socio-sanitario sean accesibles y universales cuando afirman que “ese sería el camino a emprender de manera inmediata y no la de proclamar un derecho a acabar con la vida a través de una prestación pública”. El Informe, que está teniendo amplia repercusión social, finaliza razonando que “existen salidas, razones sanitarias, éticas, legales, económicas y sociales para rechazar la transformación de la eutanasia en un derecho subjetivo y en una prestación pública”. Y plantea una interrogante: “¿Es la eutanasia un símbolo de progreso, de país avanzado? La respuesta es diáfana: Ni la eutanasia y el auxilio al suicidio son signos de progreso sino un retroceso de la civilización”.

Juristas; Ley inconstitucional

Al tiempo que se pronunciaba el Comité de Bioética, 160 juristas de Universidades española (82 Catedráticos, 74 profesores titulares y académicos), dieron a conocer un Manifiesto pidiendo al Congreso de los Diputados que paralice la tramitación de la Ley de eutanasia presentada por el Grupo parlamentario socialista, porque “constituye una grave amenaza a la seguridad de las personas mayores y enfermas”. Recuerdan que la proposición que pretende regular la eutanasia es “contraria a la dignidad de la persona y a los derechos fundamentales que le son inherentes, garantizados por la Constitución y el Derecho Internacional de los Derechos Humanos”.

Los promotores de esta iniciativa aseguraron que reunir a tan elevado número de juristas y profesores universitarios demuestra “no solo la gravedad del asunto” porque “no puede consentirse que esta ley vaya adelante dando la impresión de que toda la sociedad está de acuerdo”. Además, consideran que la tragedia del Covid-19 ha puesto de relieve el deber de volcar un mayor empeño en el cuidado de las personas mayores y, de los enfermos graves para “velar, sin restricción alguna, por sus vidas”. Al cierre, un centenar de personalidades de distintos ámbitos (sanitarios, empresarios, y de la sociedad civil) han formado la Plataforma “Los 7.000” en la que denuncian la escasa sensibilidad que el Congreso demuestra abordando esta Ley de eutanasia justo “cuando el país expresa un duelo inmenso por el gran número de personas que han perdido y siguen perdiendo la vida por la pandemia del Covid-19”.

EL CIGARRO ELECTRÓNICO CONTIENE SUSTANCIAS CARCINOGENICAS

- Sanidad y autonomías aprueban un Informe avisando que el aerosol del dispositivo causa problemas de salud pública.



que pueden abandonar el consumo mediante el cigarrillo electrónico.

Población juvenil

Las autoridades sanitarias han mostrado su preocupación por los resultados de las últimas encuestas en las que se muestra que la población mas joven (estudiantes de secundaria, por ejemplo) admite haber probado en alguna ocasión los cigarrillos electrónicos. Sucede que el consumo de estos dispositivos entre los jóvenes y adolescentes españoles se ha incrementado por creer una baja percepción de riesgo que, erróneamente, representa para la salud. Parece demostrado que el cigarrillo electrónico constituye una “puerta de entrada” al tabaquismo y la nicotina. Razón mas que suficiente para que Ministerio y Consejo Interterritorial hayan decidido que debe continuar la regulación de estos productos, limitando el acceso a las edades mas jóvenes de la población hacia quienes, precisamente, van dirigidas potentes campañas de promoción y publicidad.

El Informe ahora publicado se ha basado en un estudio del “Scientific Committee on Health, Environmental and Emerging Risks (SCHEER) de la Comisión Europea sobre la realidad de los cigarrillos electrónicos, que se suman a otros estudios de diferentes sociedades científicas españolas y europeas, como el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), la O.M.S. y numerosas instituciones científico-sanitarias. España, hizo oficial un documento de consenso a cargo de la citada Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS sobre los cigarrillos electrónicos y otros productos de “tabaco calentados”.

Huelva. -Redacción

El consumo de cigarrillos electrónicos presenta una insana novedad: el aerosol de este dispositivo tabáquico contiene sustancias carcinogénicas lo que equivale a un riesgo para las personas que, a medio y largo plazo, optan por esta práctica, tanto por su consumo como por la exposición que representa. Así lo ha dado a conocer un reciente Informe de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), por el que se avisa de la alta incidencia entre la población mas joven.

El cigarrillo electrónico, una forma avanzada de tabaquismo, también comporta consecuencias para la salud pública. EL SNS, a través del Consejo Interterritorial que configuran el Ministerio de Sanidad y las Consejerías regionales de Salud, ha dado a conocer un Informe en el que alerta sobre una serie de efectos que tiene para la salud, tanto a corto como a largo plazo, la enfermedad denominada en Estados Unidos como Eval (Lesiones pulmonares asociadas al vapeo).

En base a esta realidad, las autoridades sanitarias españolas han indicado que la evidencia científica de los últimos años “desacredita” la teoría surgida en 2014 en la que se apuntaba que los cigarrillos electrónicos representaban un 80% menos de riesgo que el tabaco tradicional.

En el Informe se constata que “no existe una evidencia sólida” de que el cigarrillo electrónico signifique una solución o herramienta para quienes desean abandonar el tabaquismo activo. Al contrario; cada día aparecen “nuevas evidencias” de la toxicidad para quienes utilizan estos dispositivos lo cual equivale a que “disminuye el interés para considerarlo una herramienta a utilizar por quienes toman la decisión de abandonar el tabaquismo, por cuanto se asegura, puede “potencialmente contribuir tanto a la iniciación como al mantenimiento del proceso de adicción a la nicotina”. Por ello, el Ministerio y las Consejerías del ramo no han dudado en advertir de que existe un riesgo de perder la oportunidad de las personas fumadoras si consideran

SALUD RECEPCIONA EL NUEVO CENTRO DE GIBRALEÓN

Huelva.- Redacción

La Junta de Andalucía anunció la recepción del nuevo Centro de Salud de Gibraleón que, con una inversión de más de 2.6 millones de euros, va a permitir una importante mejora y calidad en la atención sanitaria a los, aproximadamente, 12.600 habitantes del municipio. La administración regional deberá dotar del equipamiento clínico-sanitario necesario para llevar a cabo la gestión y administración de la dependencia hasta configurar una instalación que, con una superficie construida de 1.916 metros cuadrados, triplica el espacio de la actual.

Los olontenses van a disponer de una moderna prestación de Atención Primaria merced al nuevo Centro de Salud que permitirá disfrutar de nuevos servicios -Odontología, Radiología, Rehabilitación- en el propio municipio y sin necesidad de desplazarse a otros lugares. La Delegada de la Junta en Huelva, Bella Verano y la delegada Territorial de Salud, Manuela Caro, anunciaron la recepción por parte de la Junta de una infraestructura que ha supuesto una inversión de 2.640.665,81 euros de los que la Junta asumió el 78% mientras el Ayuntamiento, que aportó el solar donde se ubica el Centro, corrió con el 22% restante según el convenio firmado en su día por ambas administraciones. La superficie total construida (1.916 metros cuadrados) supone triplicar el espacio que hasta ahora disponían pacientes y profesionales.

Entre sus dependencias figuran consultas de medicina (Familia y Pediatría) y enfermería, así como otras polivalentes para las Urgencias y espacios destinados a la Cirugía menor ambulatoria, programas y talleres de educación sanitaria, así como otras dependencias, despachos, sala de juntas, biblioteca, sala de estar, atención al público, administración, archivo, etcetera. Una buena parte del material electro-médico ya ha sido adquirido por el Distrito sanitario de AP Condado-Campiña, del que depende la instalación. Por ello, Gibraleón va a poder operar en esta época pandémica, con nuevos recursos que permitan la asistencia sanitaria con mayores cotas de calidad y comodidad para pacientes y profesionales.

Y MEJORAS EN MOGUER

Salud, por otra parte, ha culminado las obras de reforma y ampliación en el Centro de Salud de Moguer para que la infraestructura disponga de 200 metros cuadrados de nueva



► **Con un presupuesto de 2.6 millones de euros, incorpora nuevos servicios y evita desplazamientos de pacientes. La instalación triplica la superficie actual.**

edificación con los que atender a la población. La inversión requerida ascendió a 104.000 euros que, básicamente, ha consistido en la incorporación de tres nuevas consultas (para médico de familia y enfermería), así como sala de espera, almacén y zona para el personal. Aprovechando esta remodelación se han reorganizado otras áreas del centro con la incorporación de espacios para la dirección así como para la enfermera gestora de casos/trabajadora social y matrona, al objeto de que desarrollen sus respectivos cometidos de forma independiente.

Merced a esta puesta al día del centro moguerense, los profesionales disponen de más espacio, funcionales y diferenciados para prestar atención tanto a pacientes víctimas del Covid como del resto de patologías y necesidades habituales. La Delegada de Salud, Manuela Caro, destacó, durante su visita a Moguer, el esfuerzo del Distrito Sanitario para que, "en tiempo récord" se hayan culminado las obras de mejora no solo en Moguer sino en otros municipios onubenses. Los Distritos de AP Huelva-Costa y Condado-Campiña tienen proyectadas 35 actuaciones similares a la de Moguer, para reforma, ampliación y nuevos equipamientos en las localidades de Cartaya, Almonte, Lepe, Beas y Trigueros.

EL AYUNTAMIENTO PIDE UN CENTRO DE SALUD PARA EL DISTRITO III

El Alcalde, Gabriel Cruz, contempla la misma parcela que ofertó a la Junta “hace casi una década”.

Huelva.- Redacción

El Ayuntamiento de Huelva va a solicitar a la Consejería de Salud y Familias de la Junta que construya un Centro de Salud en el Distrito III de la ciudad, zona en la que se incluyen las barriadas Marismas del Odiel, Las Colonias, El Carmen, Cardeña y La Navidad. La petición se llevó a cabo con ocasión del debate sobre el estado de la Ciudad y que obtuvo el respaldo unánime de toda la corporación a la propuesta formulada por el alcalde Gabriel Cruz. En virtud a este acuerdo, el consistorio insta a la Consejería que dirige Jesús Aguirre a ponga en marcha los pasos de índole administrativo, y presupuestario para que la construcción de un nuevo centro de Atención Primaria tenga carácter prioritario.

Para iniciar el camino hacia este objetivo, con el fin de acelerar y adelantar la tramitación necesaria, el consistorio onubense instará a la administración regional a “que se pronuncie de inmediato” sobre la aceptación de la parcela dotacional del Plan Parcial de Marismas del Odiel que el ayuntamiento “ofertó a la Junta hace casi una década”, cuando el PSOE lideraba la comunidad. El alcalde subrayó en el transcurso del debate municipal que “este asunto lleva ya demasiado tiempo en la Consejería y es de justicia y de necesidad que lo saquemos adelante por lo que nos ofrecemos a trabajar con la máxima lealtad y colaboración. Y en el caso de que la parcela designada en su día -continuó Gabriel Cruz- no fuese idónea, estamos abiertos a otras posibilidades hasta encontrar los terrenos adecuados a los requerimientos de la Junta, como hicimos con el Centro de Salud de Isla Chica”.

El primer edil de la capital provincial destacó que con los efectos originados por la pandemia del Covid-19 “ahora mas que nunca sabemos de la importancia de contar con una atención sanitaria potente y a la altura de lo que necesita la población. Y es fundamental descongestionar la carga asistencial del centro de Salud de Molino de la Vega y así dotar al Distrito III de su propia infraestructura sanitaria”.

Isla Cristina

AVALAN EL MODELO DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

El programa “IslaPreviene 2020” ha vuelto a ser reconocido como el mas destacado en materia de atención y prevención en drogodependencias y adicciones en la provincia de Huelva. El concejal isleño de Servicios Sociales Comunitarios, Gerardo Ramos, mostró su satisfacción por este logro porque, un año mas, “IslaPreviene 2020”, nuestro programa de prevención de drogodependencias y otras adicciones ha vuelto a encabezar la lista de los mejores proyectos de la provincia onubense en esta materia” al lograr una elevada puntuación (en concreto, 97 sobre 1100).

El edil de Isla Cristina ha querido, a su vez, resaltar el que “gracias a la Consejería de Salud y Familias y a su convocatoria anual de subvenciones, Isla Cristina cuenta, hoy por hoy, con un programa preventivo que está muy valorado y gracias, tambien, a la labor desempeñada desde hace años por la técnico en prevención, Inmaculada Brito Pérez, así como a todos los agentes sociales implicados y participantes que hacen que este proyecto “sea tan especial” y que se mantenga generando ilusión para continuar trabajando con mas ahínco en nuevas acciones y programas cada vez mas innovadores en nuestra localidad”, así como en apoyo a las familias fomentando los hábitos mas saludables.

“IslaPreviene”, al mismo tiempo, mantiene contacto con lo que depara la vida cotidiana y, por lo mismo, ofrece información y consejos sobre la prohibición de las “botellonas” en relación al Covid-19 con divulgación sobre las medidas que pueden resultar mas eficaces a los jóvenes acerca del coronavirus. Es destacable que el programa “IslaPreviene” comenzó su andadura en el municipio costero hace ya quince años tratando de “sensibilizar e informar” a la sociedad sobre la grave trascendencia del consumo de drogas, así como de otras adicciones para lo cual, durante todos estos años, ha trabajado en la promoción de actuaciones que buscan la reducción de los riesgos con el horizonte de lograr “una ciudad mas saludable libre de drogas”.

LA VACUNA ANTIGRI PAL, CRECE UN 53% RESPECTO A 2019

Huelva.- Redacción

La campaña de vacunación de la gripe ha experimentado un crecimiento desconocido en relación a ejercicios anteriores. La razón no es otra que la existencia de la pandemia y, de esta forma, evitar, confluencias de problemas y la saturación de los centros hospitalarios, con la enfermedad vírica. Según los datos aportados en el Parlamento regional por el Consejero de Salud, Jesús Aguirre, casi un millón de andaluces se han vacunado al cumplirse el primer mes de la campaña. Por lo que a la provincia de Huelva se refiere, el número de vacunados también es de récord: **57.502 onubenses se vacunaron en el mismo periodo, un 53,3% mas que en la pasada campaña (37.506 dosis).**

Al cumplirse el primer mes del tiempo fijado para la administración de la vacuna antigripal, 927.398 personas de la comunidad se habían vacunado lo que supone un 35% mas de dosis con relación al mismo periodo del año 2019 cuando se contabilizaron 684.753. vacunados, según afirmó en la Cámara de representación el titular de Salud, Jesús Aguirre, quien destacó “el compromiso de la personas mayores de 65 años que supone el 45,5% total de vacunados hasta la fecha”. En concreto, por el personal de enfermería andaluz se ha administrado la vacuna a 644.691 personas a partir de los 65 años de edad. Además, en esa misma franja de edad se registran ya un total de 165.864 de vacunas anti-neumocócicas.

Sanitarios vacunados

El Consejero también destacó la implicación, como ciudadanos doblemente concienciados, observada en, el personal sanitario a la hora de inmunizarse frente al virus de la gripe. Así lo explican los 49.547 sanitarios andaluces que, en ese



mismo periodo, decidieron vacunarse lo que representa casi un 40% mas sobre el total de dosis administradas el pasado año. En cuanto a las residencia de mayores, la vacunación ha alcanzado a casi 25.000 residentes, De esta forma, se alcanza un importante nivel de inmunización entre los llamados grupos de riesgo objetivo prioritarios de la campaña; mayores de 65 años, personal sanitario y residentes de la tercera edad. Porque, “cuanto mas vacunas antigripales se administren, menos complicaciones habrá en los grupos de riesgo”.

En la provincia de Huelva, la posible confluencia con el coronavirus se ha traducido en un notable aumento de las vacunación antigripal. De tal forma que, al cumplirse el primer mes de la campaña, las cifras hablan de un incremento fijado en 53, 3% mas que en 2019. La población inmunizada ha pasado de 37.506 dosis de hace un año a 57.502 onubenses vacunados contra la gripe estacional. De ese total, una mayoría (39.423) son personas de 65 años en adelante con una tasa del 47% de cobertura en dicho segmento de edad. Por zonas geográficas, la mayor parte (28.913 ciudadanos) acudieron a los

centros de Salud el Distrito de AP Huelva-Costa frente a los 18.777 del Distrito Condado-Campiña y los 9,812 del Distrito de gestión Área Norte.

Mas actuaciones. Igual plantilla

El incremento de la vacunación en porcentaje tan elocuente como confirma la administración pone, nuevamente de relieve la necesidad de que, las plantillas de enfermería en AP se correspondan con las necesidades asistenciales que deben tener solución con parámetros de calidad y eficacia. Dicho de otra forma, ante el estado de saturación que vive la AP, el Colegio expresa su firme resolución para que Salud dote de los recursos humanos necesarios y así cumplir los objetivos en un año tan complejo como el actual, donde a la atención y seguimiento de los pacientes víctimas del Covid se sumó la decisión de la ciudadanía de vacunarse frente a la gripe en número superior en años precedentes.

VACUNACIÓN MASIVA FRENTE AL COVID-19



Hueva. -Redacción

España se dispone a iniciar, conforme al anuncio del Gobierno, la vacunación masiva frente al coronavirus. Bautizada como “estrategia”, contempla un proyecto que, de entrada, establece cuatro grupos prioritarios para la inmunización: mayores en residencias, personal sanitario, en primera línea, trabajadores de residencias y dependientes. Aun sin conocer cual será la vacuna elegida entre las tres que se disputan la carrera científica, el Colegio de Enfermería de Huelva reclama que las plantillas de enfermería en Atención Primaria (AP) se adecuen a una “previsión realista acorde con la envergadura del cometido al que se va a enfrentar”. Y es que inmunizar a una mayoría (75%) de españoles comportará alrededor de 95 millones de pinchazos.

El Gobierno de España no dudó en anunciar el pasado 24 de noviembre, que la vacunación anti-Covid 19 comenzará en enero con escenario en la red nacional (13.000 centros de AP) y que se extenderá hasta el otoño. El ejecutivo ha establecido 8 grupos de inmunización por orden de riesgo con prioridad a los que presentan mas vulnerabilidad. A saber: ancianos residentes, personal sanitario que trabajen en primera línea contra el coronavirus, trabajadores de residencias y dependientes que vivan en sus domicilios. Se trata de cubrir en una primera ronda a 2,5 millones de

personas que suman los citados colectivos. Después irán otros grupos tales como mayores de 70 años, enfermos crónicos, personal de servicios esenciales (policías, bomberos), etcétera. Así lo concretó el Ministro de Sanidad, Salvador Illa, en una comparecencia donde quedó claro que la vacuna será gratuita y voluntaria. (a diferencia de otros países que, como Francia, es obligatoria).

Sanidad no aclaró que vacuna será la finalmente elegida: entre las que mas se aproximan al reconocimiento por los organismos oficiales: Moderna, AstraZeneca-Oxford, Pfizer-Biontech, Sanofi-GSK... Eso sí, el ejecutivo que preside Pedro Sánchez anunció que la distribución de las millones de dosis va a necesitar una “plena colaboración y coordinación entre instituciones públicas, distribuidores autorizados, compañías farmacéuticas y autonomías. La logística que se plantea es descomunal en función de muchos y variados factores entre ellos, el almacenaje, la distribución y los grados necesarios para la conservación del esperado medicamento, llamado a poner freno a la pandemia y sus estragos cobrados desde hace diez meses. La conservación de la vacuna es una asignatura principal por cuanto según los prototipos que se anuncian, oscilan desde un simple congelador hasta tener que conservarlas a -80º. centígrados.

Colegio: recursos humanos disponibles



Gonzalo García: mas plantilla para la macrovacunación

La envergadura de esta campaña, que el Gobierno anunció como inminente, se puede resumir en una cifra tan aproximada como indicadora de la labor que aguarda a las enfermeras de AP: serán unos 95 millones de pinchazos (cada uno requerirá dos dosis) si se cumple la promesa de inmunizar a toda la población española. Ante esta perspectiva, el Colegio Oficial de Enfermería ha querido abordar la problemática que se avecina definiendo el marco sobre el que se va a actuar y teniendo en cuenta que se va a iniciar una actuación que, como mínimo, se va a prolongar hasta el próximo otoño. Al respecto, Gonzalo García ha manifestado: “Si se considera y admite que la AP vive en un elevado nivel de saturación, y sobre ella va a recaer el peso de la vacunación anti-Covid-19. debemos instar a las administraciones para que, con urgencia, realicen una honda reflexión sobre las necesidades que entraña la inmunización que, angustiosamente, aguarda la sociedad. Creo -añade Gonzalo García- que para garantizar el éxito que la población espera de la campaña ha de llevarse a cabo un aumento de los recursos humanos de enfermería den AP para no afectar la actuación en otros frentes tales como la vacuna antigripal, la atención domiciliaria y toda la cartera de acciones que desarrollan los Centros. Desde el Colegio somos, a su vez, conscientes de que la Bolsa de empleo no podrá solucionar el necesario aumento de recursos humanos. Por eso se impone un plan de trabajo en el que todos los sectores aporten ideas para hacer posible que la inminente macro-campaña de vacunación necesita de una enfermería potenciada con aumento de recursos así como de estímulos acordes con la excepcional situación que vivimos”.



“Natividad mística”, (Sandro Botticelli, .501)

**En esta Navidad,
nuestro mas sincero deseo de Paz y Felicidad para la enfermería
onubense, ejemplo de entrega, capacidad y resolución en la
pandemia ofreciendo un servicio modélico a la sociedad.**

Colegio Oficial de Enfermería de Huelva



Bases

1. DENOMINACIÓN:

Certamen de Investigación en Enfermería "CIUDAD DE HUELVA".

2. OBJETO:

Los premios se concederán a trabajos de investigación o monográficos de Enfermería, inéditos que, siendo realizados por profesionales de Enfermería, se presenten a este certamen de acuerdo a las bases del mismo.

3. PREMIOS:

Primer Premio: 1.500 euros y trofeo. Accesit: 500 euros y trofeo.

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

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

4. PRESENTACIÓN:

Los trabajos deberán hallarse en la sede del colegio antes de las 12:00 horas del día 18 de Enero de 2021, independientemente del modo en que se presente (en persona, o por correo postal o agencia).

Se presentará una copia del trabajo en tamaño DIN A-4, mecanografiada a doble espacio por una sola cara, encuadernada y, otra copia en soporte digital.

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

El incumplimiento de estas normas de presentación podría conllevar la descalificación del trabajo por parte del Jurado.

5. CRITERIOS TÉCNICOS:

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

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

Entre los aspectos a evaluar por el jurado están incluidos:

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

XXVII CERTAMEN de INVESTIGACIÓN en ENFERMERÍA CIUDAD DE HUELVA

6. PARTICIPANTES:

Podrán concurrir todos los profesionales de Enfermería, que se encuentren colegiados en Andalucía y al día en sus obligaciones colegiales en la fecha de presentación en sede colegial y hasta el anuncio público del fallo del Jurado. Quedan excluidos los miembros que componen el jurado. El hecho de participar en este certamen implica la aceptación previa de las presentes bases.

7. JURADO:

Estará compuesto por un mínimo de cinco miembros, todos profesionales de enfermería, de entre los cuales se nombrará un secretario. Los concursantes, por el hecho de participar en el concurso, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial sobre la decisión del jurado, que será inapelable.

8. FALLO:

El fallo del jurado lo hará público el secretario del mismo durante la celebración de la Festividad del Patrón de la Enfermería, San Juan de Dios, del año 2021.

9. PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:

Los trabajos premiados quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Huelva, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno, estando obligado únicamente, en caso de publicación a hacer mención del nombre del autor.

10. TITULAR DEL PREMIO:

Será quien aparezca como único o primer firmante.

INFORMACIÓN

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva

C/ San Andrés, 18-20 - 21001 Huelva

Telf.: 959 54 09 04 - Fax: 959 25 62 70

e-mail: secretariahuelva@colegioenfermeria.com

www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es