

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERIA
DE HUELVA



enfermería

AÑO VIII

nº 23 Febrero 2005



Enfermería onubense, en el
maremoto asiático

4 de Marzo, celebración
día del *Patrón*

Edita:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería
de Huelva

Consejo de Administración:

Junta de Gobierno del Ilustre Colegio
Oficial de Enfermería de Huelva

Consejo de Redacción

Presidente:

Gonzalo García Domínguez

Director Técnico:

Vicente Villa García-Noblejas

Jefe de redacción:

Martín Vázquez Bermúdez

Redacción:

José Vadillo Carroza

Josefa Lorenzo Martín

Enrique Aguilar Majarro

Eduardo Rico González

Antonio Olid Torres

Patricia Mauri Fábrega

Carmen D. Beltrán Camacho

Asesora de redacción:

Eva M^ª Lorenzo Martín

Fotografía:

Archivo del Ilustre Colegio de Enfermería
de Huelva

Redacción: Sede Colegial

Imprime: Tecnographic, S.L.

Depósito Legal: H-1996-43

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

Tirada: 2.500 ejemplares

Distribución gratuita



Domicilio de la sede colegial

C/ Berdigón, nº 33, prof. izq.
21003 Huelva

Tel. 959 54 09 04

Correo electrónico:

Línea Móvil 639/11 17 10

Página www.ocenf.org/huelva/

Coleg21@enfermundi.com

Fax: 959 25 62 70

Horario de Oficina:

De lunes a viernes.

De 9 a 21 h. ininterrumpidamente

Horario de la Asesoría Jurídica

Martes y jueves de 17,30 a 19 horas

Entrevista con el presidente:

Concertar cita

SUMARIO

3

Editorial

5

Accidentes

6/7

Póliza responsabilidad civil

8/9

Especialidades Profesionales

10

Enfermería para el mundo

11/13

Manjavacas

14/15

San Juan de Dios

16/24

Lactancia Materna

25

Página web del Colegio

28/27

Vacaciones y Permisos

28

Caja rural

NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN EN DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA

Documentos de enfermería publica en sus distintas secciones trabajos sobre las diversas actividades de la profesión: atención hospitalaria, atención primaria, docencia, investigación, epidemiología, gestión y administración, ética, relaciones laborales, la formación, historia de la profesión y recursos humanos en el campo de la enfermería y la salud en general.

La presentación de un trabajo no implica la obligación por parte del Consejo Editorial de su aceptación para su publicación, ni compromiso respecto a la fecha de la misma.

El Consejo Editorial establecerá comunicación con los autores de los trabajos para manifestarles su recepción y si es preciso alguna normalización del mismo.

Los trabajos se presentarán en folios DIN-A-4, numerados, mecanografiados por una sola cara a doble espacio, dejando unos márgenes inferior y superior e izquierdo de 4 cms. y derecho de 2 cms.

Los dibujos, gráficos y fotos, así como sus leyendas irán a parte bien identificadas y numeradas.

La bibliografía, si la hubiera, se acompañará en folio aparte.

Si se trata de resúmenes de ponencias o comunicaciones a congresos, el autor deberá indicar el nombre del congreso, fecha y lugar de celebración, así como si ha obtenido alguna mención.

Los trabajos irán acompañados de una carta de presentación donde se indica el deseo de publicarlo en Documentos de Enfermería, así como el título del trabajo, lugar y año de realización, nombre completo del autor o autores, número de colegiado, D.N.I., dirección completa y teléfono para posterior comunicación.

Los trabajos podrán ser remitidos por correo o entregados personalmente en la sede del Colegio de Enfermería de Huelva.

Los trabajos aceptados quedan a disposición del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva para su posterior utilización.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación por cualquier medio sin citar la fuente.

Documentos de Enfermería no se hace responsable ni comparte necesariamente las opiniones manifestadas en los artículos, siendo responsabilidad exclusiva de sus autores.

EDITORIAL

Horas de Expectativas

LA ENFERMERÍA en nuestra provincia se dispone a celebrar, como merece la ocasión, la fiesta del Patrón, San Juan de Dios. Un año más, el Colegio hace un llamamiento a la profesión para que asista a unos instantes donde el protagonismo sea del propio colectivo, haciendo balance al tiempo inmediato que quedó atrás y se puedan contemplar las perspectivas de futuro que más nos afectan. Es la esencia de una fecha que la Junta de Gobierno ha sabido mantener y potenciar desde hace ya bastante tiempo.

En esta oportunidad, la figura histórica de San Juan de Dios nos convoca junto a la magia añadida de que el futuro está ahí, expectante en forma de las Especialidades de Enfermería por las que, cuando estén contempladas en el B.O.E., la profesión habrá asegurado su madurez definitiva para legarlas a las generaciones posteriores.

En esta tarea lleva tiempo implicada la Organización Colegial de Enfermería desarrollando un trabajo muchas veces callado pero que tuvo su detonante en la ya histórica jornada del pasado 4 de noviembre cuando una amplia representación llegada desde todos los puntos de España afirmó su apuesta por tener las especialidades como herramienta

que nos haga ser aún más necesarios para ofrecer la mejor atención al ciudadano.

Ahora bien, en este número hablamos, también, de otros temas, algunos burocráticos, otros de investigación y, en especial, uno referido a la brillante página escrita por un enfermero onubense, Juan Antonio Manjavacas, que al regreso del escenario del "tsunami", ha querido contarnos lo que todos presentimos pero pocos han tenido la oportunidad de vivir en primera persona, sin barreras ante el inmenso horror de tanta tragedia que ha costado miles y miles de víctimas humanas. Creemos que el quehacer de Manjavacas enorgullece a quien, altruistamente, lo ha llevado a cabo y, a su vez, a la propia Enfermería provincial que ha tenido ojos y manos allí donde el desastre adquirió proporciones descomunales y terroríficas.

Con la doble expectativa del Día de San Juan de Dios, donde se desvelarán nombres y ganadores de los premios que otorga este Colegio, y del techo competencial en torno a las Especialidades, Documentos de Enfermería vuelve a estar en contacto con sus lectores, la Enfermería onubense, para así seguir conservando este vínculo que nos conecta con la realidad profesional, sin adulteraciones ni falsos espejismos. Tal y como demanda el propio colectivo.

SEGURO

de Responsabilidad Civil

TU COLEGIO
TE PROTEGE
CON

300

millones de pesetas

**¡No te olvides!
tu seguridad, ante todo**



ORGANIZACIÓN
COLEGIAL DE ENFERMERÍA

HUELVA

ANDALUCÍA, A LA CABEZA DE DENUNCIAS POR NEGLIGENCIAS DE PROFESIONALES SANITARIOS

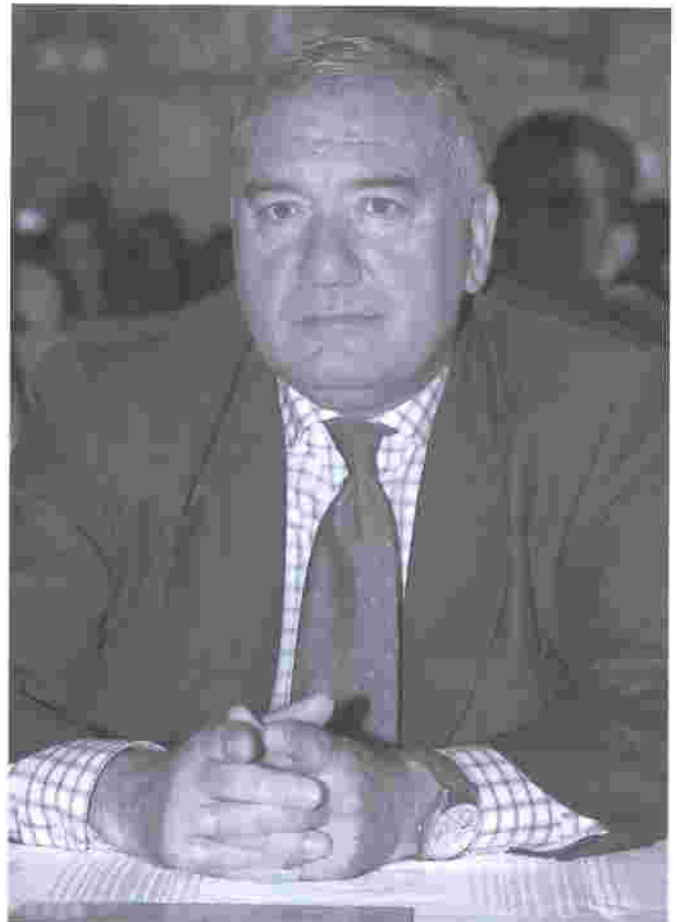
ANDALUCÍA se encuentra situada a la cabeza de España en cuanto al número de denuncias presentadas por razón de presuntas negligencias cometidas por los profesionales sanitarios. Según se desprende de un estudio elaborado por el Consejo Andaluz de Enfermería (CAE), desde 1995 y hasta la conclusión de 2004, nuestra región acumuló un total de 265 denuncias contra profesionales del sector de los 812 casos registrados en España.

Según establece el informe elaborado por el CAE, con sede en Córdoba, nuestra región se sitúa en el primer lugar del ranking de denuncias ciudadanas seguida de la Comunidad de Madrid donde se contabilizan 165 denuncias en el mismo periodo objeto del trabajo.

Por profesionales, la de Enfermería, con 691 denuncias, fue la que mayor número de denuncias presentó a lo largo y ancho de los nueve años comprendidos en este balance. Después, otra profesión del colectivo, en concreto las matronas con 187 casos. Los podólogos (con 41 casos) y los fisioterapeutas (13) completan esta relación de denuncias a cargo de los usuarios.

Las Causas

Sobre las principales causas que motivaron la imputación por un presunto delito de negligencias, en la Enfermería se debieron a una incorrecta administración de inyectables, la administración de



El estudio ha sido elaborado por el CAE que preside Florentino Pérez Raya.

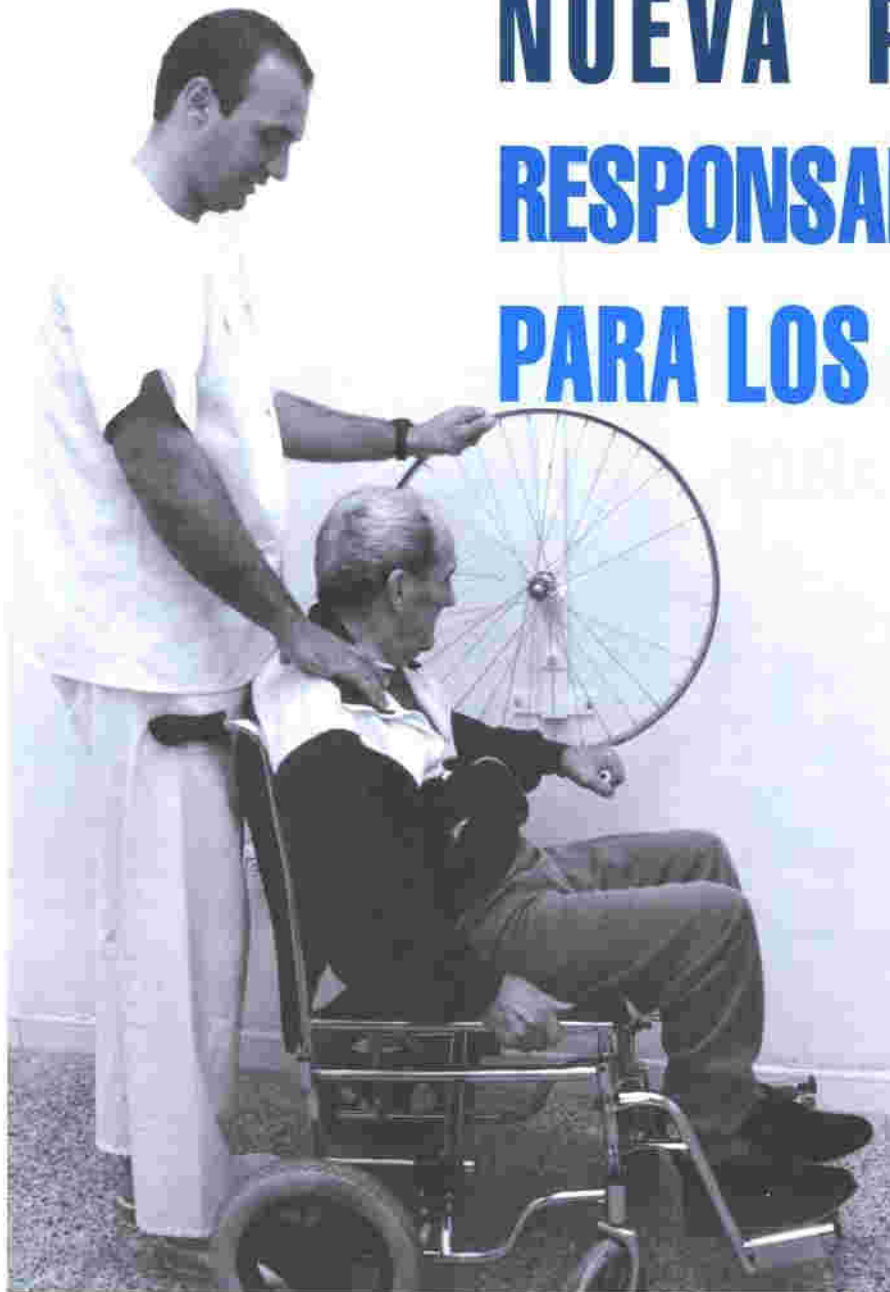
un grupo sanguíneo erróneo, la alergia de determinados productos farmacéuticos, una mala colocación de las sondas nasogástricas, errores durante las intervenciones quirúrgicas o por negligencia en la atención a pacientes en urgencias, UCI o plantas hospitalarias.

Los años con mayor incidencia de casos fueron los correspondientes a los ejercicios de 1995, 1996 y 1998, con 97, 87 y 83 siniestros, respectivamente. De cualquier modo, el informe del CAE establece que el reciente 2004 puede superar a todos los años precedentes en el conjunto de la nación puesto que llegado el mes de octubre 2004 ya se habían contabilizado hasta 90 denuncias.

Provincias

Por provincias, la de Sevilla (con 10 denuncias) era la que más había acumulado, seguida por Cádiz (7) Málaga y Huelva (3), Córdoba y Granada (2) y Almería y Jaén sin ninguna.

NUEVA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA LOS COLEGIADOS



La Organización Colegial de Enfermería acaba de suscribir, con la entrada de 2005, un nuevo Seguro de Responsabilidad Civil, vigente desde el pasado 1 de enero, que ofrece, primero, nuevas posibilidades para la mejor actuación profesional y, después, en la defensa de los intereses del colegiado. La novedad más destacable en esta nueva Póliza de Responsabilidad Civil estriba en que la enfermera/o colegiada podrá interponer una demanda contra aquellos ciudadanos que hayan intentado, sin pruebas, deteriorar la imagen del profesional con acusaciones de presuntas negligencias en el cometido laboral.

Por el presidente del Consejo General de Enfermería, Máximo González Jurado, en nombre de la Organización Colegial se ha rubricado un nuevo Seguro de Responsabilidad Civil con la entidad aseguradora Millenium Insurance Company. La principal aportación respecto a la Póliza ya existente y que caducó con 2004, es el derecho a ejercer la contrademanda.

Reclamación a contrarios

Este derecho a la contrademanda, o también de-

nominado "reclamación a contrarios" consiste en que la compañía aseguradora pone a disposición del colegiado los servicios jurídicos y los gastos que se deriven de la reclamación de daños y perjuicios que causen al colegiado como consecuencia de una reclamación que haya sido desestimada íntegramente por resolución firme que acredite la existencia de mala fe o temeridad por parte del reclamante.

Fuentes de la Organización Colegial subrayan que, con esta nueva aportación, que no se incluía en las pólizas anteriores "estamos ante un nuevo

logro para el reconocimiento profesional de todas aquellas enfermeras/os con vocación y buenas intenciones a la hora de cumplir con sus obligaciones, que no son otras que servir por y para la mejor salud del ciudadano”.

Abono de la fianza judicial

Esta Póliza incluye, además, que la cobertura por cada siniestro que puedan sufrir los colegiados de España aumenta en 300.506,05 euros (cincuenta millones de pesetas) por lo que la cifra total por incidente asciende a 1.803.000 euros (o 300 millones de pesetas). Al mismo tiempo se garantiza la Responsabilidad Civil y la libertad provisional en procedimiento penal derivado de un siniestro amparado por la Póliza, con el abono de la correspondiente fianza judicial.

Sin Franquicia

Otra de las ventajas que contempla este flamante Seguro de Responsabilidad Civil que los Colegios Oficiales han puesto a disposición de sus colegiados es que no establece ningún tipo de franquicia. De tal modo que los colegiados que se encuentren al corriente de sus cuotas podrán beneficiarse de estos servicios sin tener que abonar cantidad alguna suplementaria, lo cual ya es, en sí mismo, un nuevo logro a añadir a la Póliza.

Cobertura: hasta las publicaciones

En el presente acuerdo anual entre la Organización Colegial y la Millenium Insurance Company también se encuentran cubiertos los riesgos que se produzcan en el ejercicio de las llamadas terapias alternativas y Piercings, así como en aquellas otras actividades relacionadas con el ejercicio de la docencia, colaboración en publicaciones y cualquier tipo de actos divulgativos.

Caso de inhabilitación profesional

En el caso de sentencia judicial firme, que incluya la inhabilitación profesional del colegiado, la compañía aseguradora antes citada abonará, mensualmente, una cantidad de hasta 1.200 euros por un plazo máximo fijado en 15 meses de duración.

Ejercicio privado

Por último, y según comunica la Organización Colegial en Andalucía (CAE) es de destacar en el presente acuerdo la “Responsabilidad Civil de explotación”. Es decir, que están cubiertos también los inmuebles, letreros, instalaciones, propagandas, rótulos luminosos, reparación o reforma de instalaciones y acceso a las mismas en el ejercicio de la actividad dentro del ámbito de la empresa privada.

Praxis diaria

A la vista de lo cual, la Organización Colegial de Enfermería ha entendido que el 2005 se ha iniciado con la oferta de esta sustancial aportación en forma de Póliza de Seguro Responsabilidad Civil que facilitará “el mejor ejercicio de la praxis diaria procurando que la enfermera/o ejerza con seguridad el cometido de sus funciones a favor del ciudadano. La búsqueda de la calidad en el cometido profesional pasa, ineludiblemente, por propiciar un marco de responsabilidad donde el colegiado se encuentre plenamente cubierto y, en consecuencia, de ello se obtendrán beneficios personales y generales, para la enfermera/o concreto y para la imagen y consideración social de la profesión.

LOGROS EN LA NUEVA PÓLIZA DE R.C.

- Derecho a la contrademanda, sin gastos adicionales.
- Asciende la cifra total por incidente a 300 millones ptas.
- Ningún tipo de franquicia.
- Cobertura para quienes practiquen las terapias alternativas.
- Cobertura para quienes practiquen “piercings”.
- Cobertura para docentes.
- Cobertura para las publicaciones y actos divulgativos.
- Caso de sentencia firme con inhabilitación profesional, abono de hasta 1.200 euros/mes durante un máximo de 15 meses.
- Cobertura para el ejercicio privado.

LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA, A LA ESPERA DE VER



Máximo González Jurado, lidera el proyecto de especialidades

LOGRADAS LAS ESPECIALIDADES PROFESIONALES

La Organización Colegial, artífice del futuro gran acuerdo, aguarda una pronta resolución del largo camino emprendido hace tiempo.

Gonzalo García, presidente del Colegio de Huelva: "Cuando estén publicadas en el B.O.E. la enfermería habrá consolidado su futuro como profesión sanitaria".

La Organización Colegial de Enfermería, y con ella la práctica totalidad de la profesión, aguarda expectante la resolución definitiva acerca de las esperadas Especialidades. Todo este "proceso constituyente" se encuentra, actualmente, en sus últimos estadios, concretamente a nivel del Consejo de Estado y los cálculos sitúan para dentro de un mes o mes y medio la definitiva publicación del Real Decreto en el Boletín Oficial del Estado.

Para la Organización Colegial de Enfermería que preside Máximo González Jurado, se viven horas

de tensa espera. Los acontecimientos han quedado ya superados y sólo se confía en que el largo y difícil recorrido por los distintos organismos de la Administración del Estado desemboquen en el mejor de los puertos, léase las páginas del B.O.E. Para Máximo González Jurado, "la profesión lleva 20 años aguardando que se desarrollen las especialidades, lo cual ha constituido un reto difícil pero hermoso a la vez de alcanzar. Desde que, por primera vez, se reguló este capítulo fue en 1957 y, desde entonces, se han ido sucediendo infinidad de borradores, proyectos y anteproyectos que pasaron por los diferentes gobiernos de la nación, fueran del PSOE o PP sin que ninguno de esos proyectos viera finalmente la luz, por una u otras razones y circunstancias".

En la actualidad, como bien se conoce, las especialidades se encuentran bajo el imperio de la ley que emana del Real Decreto de Especialidades aprobado por Julián García Vargas siendo Minis-

tro de Sanidad, en el se contemplan siete especialidades de las que únicamente dos -Salud Mental y Matronas- se han venido desarrollando a lo largo y ancho de las dos últimas décadas.

A este respecto, González Jurado ha insistido no pocas veces en el comportamiento de la Administración hacia la enfermería respecto a los pormenores de esas dos únicas especialidades vigentes: "La primera de ellas, la de Matronas, se desarrolló como consecuencia de una condena del Tribunal Europeo al Gobierno español que se vió obligado a desarrollarla para cumplir la legalidad establecida en el ámbito de la Unión Europea".

Y respecto a la, por ahora, segunda y única especialidad, la de Salud Mental, cabe señalar que, actualmente, al convocarse las plazas para cubrir puestos de trabajo en las Unidades correspondientes con su especificación, "no se exige la correspondiente titulación de especialidades lo que supone un fraude de ley para los pacientes y para la sociedad que paga con sus impuestos una formación que, a posteriori, no se exige para poder trabajar en esos servicios y dispositivos".

Es lógico que, a juicio del presidente de la enfermería española, "hoy en día nada impide la contratación de una enfermera recién titulada y sin experiencia asistencial para que preste cuidados en áreas tan críticas para la salud como una UCI, un servicio de urgencias, un quirófano, unas emergencias, una área de cuidados oncológicos o paliativos o un servicio de vigilancia intensiva de niños prematuros".

De todos es conocida la gran campaña que la Organización Colegial puso en pie a favor de los intereses de la profesión y que desembocó en la gran concentración de la enfermería española sucedida en Madrid el 4 de noviembre. Allí se puso en evidencia la unanimidad de la profesión en torno al proyecto gestionado por la Organización Colegial y a la propia institución colegial que ha defendido los intereses del colectivo. Ahora, sólo queda aguardar las últimas vicisitudes que vaya teniendo el proyecto de Real Decreto tantas veces aludido y negociado por el equipo que lidera González Jurado ante las distintas Administraciones (sanitarias y de educación) del Estado.

El presidente del Consejo General ha insistido, una y otra vez, acerca de "la enorme importancia que tienen las especialidades como herramienta que garantice los cuidados de calidad dentro del Sistema Nacional de Salud. Cuando se hayan logrado, la profesión habrá adecuado sus derechos y deberes a las necesidades emergentes de la sociedad española que demanda más y mejor atención y de calidad a cargo de unos profesionales especialistas y, por lo mismo, capacitados".

La Organización Colegial, finalmente, ha sostenido a través del tiempo que en el proyecto a debate había tres apartados sustanciales:

- Vinculación de cada especialidad con el puesto de trabajo
- Catálogo actual de especialidades
- Modelo de formación mediante residencia similar al MIR.

LAS SIETE ESPECIALIDADES TAN ESPERADAS.

- Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona).
- " Salud Mental.
- " Geriátrica y Gerontológica.
- " Trabajo y Salud Laboral.
- " Cuidados Médico-Quirúrgicos.
- " Familiar y Comunitaria.
- " Pediátrica.

ENFERMERAS PARA EL MUNDO: Nueva Edición de su programa de voluntariado

Enfermeras para el Mundo, Organización No gubernamental (ONG) de la Organización Colegial de Enfermería anuncia la inscripción en el sexta Edición de su Programa de Voluntariado Internacional en Cooperación al Desarrollo. La iniciativa, promovida por el Consejo General de Enfermería junto a otros Colegios provinciales, tiene como objetivo de acercar aquellas personas voluntarias a la realidad de la pobreza, enfermedad y carencias existentes en muchas parte del planeta.

En esta nueva convocatoria, la edad mínima para inscribirse es de 21 años y los solicitantes deberán ser profesionales sanitarios o pertenecientes a otras profesiones: educadores, trabajadores sociales... El Programa pretende que los participantes puedan intervenir en una experiencia de voluntariado en países del Tercer Mundo.



Tres fases

La ONG de la Organización Colegial de Enfermería quiere llevar a la práctica, como objetivos generales del programa, los relativos para acercar la realidad de la pobreza y carencias de toda índole en países del Sur; desempeñar, a la vuelta de esa experiencia, tareas que favorezcan la toma de conciencia y de los esfuerzos que se acontecen para superarlos y, finalmente, llevar a cabo un primer acercamiento al tipo de trabajo que se realiza en cooperación al desarrollo.

Tercer y cuarto mundo

El programa se dividirá en tres fases: formación teórica, experiencia práctica de voluntariado en cooperación internacional (en Bolivia, Ecuador o México) y, una vez de regreso a España, labores de sensibilización en los respectivos lugares de residencia de los voluntarios. La ONG Enfermeras para el Mundo, fue constituida en 1996, tiene un ámbito de acción internacional pero sin relegar otros con voluntad de atender a los colectivos menos favorecidos dentro de España. Dispone de presencia activa en numerosas provincias españolas (Córdoba, Oviedo, Toledo, Santa Cruz de Tenerife, Santander...) y toda la información necesaria para los interesados se encuentra en la dirección:

www.ong.enfermundi.com/proyectos/html/educa.htm

Actuación de Enfermería en el maremoto del sudeste asiático

Juan Antonio Manjavacas, o la solidaridad en estado puro

Texto: Vicente Villa.
Fotos: J.A. Manjavacas

Un representante de la Enfermería de Huelva, Juan Antonio Manjavacas, ha estado presente y ofreciendo su trabajo altruista en el escenario del terrible maremoto que asoló una gran zona del sudeste de Asia. Movidio por un espíritu solidario que le viene desde muy lejos, Manjavacas no lo dudó un segundo cuando, contemplando las imágenes por TV, pensó que no podía permanecer en su rutina diaria y debía acudir al escenario de tanta muerte y desolación. A su regreso, ha contado para esta revista del Colegio sus impresiones condensadas en una frase: "Es imposible expresar con palabras tanto y tanto dolor".

Juan Antonio Manjavacas García del Pozo (nacido en Manzanares, Ciudad Real) es un enfermero onubense que trabaja en las Urgencias del Infanta Elena. Casado y padre de familia, un buen día, y viendo por la pequeña pantalla la magnitud de la tragedia que acababa de suceder a miles de kilómetros, no vaciló y se puso en contacto ofreciendo sus manos a la Sociedad Española de Medicina de Catástrofes (SEMECA) que preside el médico onubense, con residencia en Sevilla Coronel-Médico Carlos Álvarez Leiva.

"En otras situaciones de emergencias, y por razones familiares, no pude integrarme en los equipos de

apoyo. Pero esta vez, tras convencer a mi esposa, casi de sopetón me puse en movimiento contactando con la Semeca y, en unas horas frenéticas, organicé toda la documentación, equipaje, permisos... para ayudar en esa catástrofe "tan increíble como han vivido y vivirán por mucho tiempo".

Tras un largo viaje a través de medio mundo, Manjavacas llegaba a la ciudad de Banda Aceh, en el norte de la isla de Sumatra, en Indonesia, como integrante de la Agen-

"Quise aportar mi ayuda en medio de tanta muerte y tragedia. Pero lo días vividos en Banda Aceh no pueden expresarse con palabras"

cia Española de Cooperación Internacional. "Nuestro primer objetivo era rehabilitar y dotar la destruida Farmacia de la también arrasada Facultad de Medicina de esa ciu-



Juan A. Manjavacas atendiendo a una mujer víctima del tsunami.

dad. Nuestras primeras noticias hablaban de una excelente respuesta de un equipo español que acababa de estar en la zona, pero, una vez allí, la realidad nos desbordaba. Banda Aceh, era una ciudad desierta, casi fantasmal, empezó a tener habitantes que regresaban en busca de lo que había sido su vida. Pensaba en lo difícil que resulta imaginar hacia donde se dirigían esas personas con sus heridas traumáticas y enfermedades, úlceras, infecciones y dolor... a cuestas”.

En Tanzania

La ayuda en situaciones difíciles no es algo nuevo para Manjavacas. Hace tiempo, pasó tres años en Tanzania con un proyecto de desarrollo altruista junto a la tribu Massai. Luego, optó por ganarse la vida como profesional de enfermería en las urgencias “porque tengo esa vocación de ayudar a la gente cuando se dan las peores circunstancias de emergencias o catástrofes”.

Ya en Banda Aceh, Manjavacas, junto a un equipo coordinado por la Dra. Elena González Cañal, responsable del 061 de Baleares, tuvo que emplearse a conciencia en un escenario que era cualquier cosa menos confortable: “Hemos trabajado sin descanso en una experiencia muy gratificante junto a sanitarios de otras nacionalidades, había pocos medios y medicación. La mayoría de días no se hacían radiografías y pruebas de laboratorio, había que imaginar soluciones sobre la marcha. Tampoco había agua para lavar a los enfermos o a nosotros mismos. No puedo decir que fuera una medicina de guerra pero casi, casi. Se sucedían las escenas impensables: Un compañero tuvo que ingeniárselas, con asombro de ameri-



Las imágenes ofrecen testimonios de la desolación y la ayuda prestada por Manjavacas

canos, australianos e indonesios, para hacer botes de aspiración semejante a los pleurovac cortando una botella por la mitad y conectando el aerosol por la abertura sellándola con esparadrapo. Un traumatólogo afgano nos enseñó como coser y tratar heridas prácticamente sin medios. Así, era nuestra digamos rutina diaria”.

Patologías: casi todas

A Manjavacas no le sorprendió la reacción de los afectados, en una zona donde los muertos se cuentan por cientos de miles: “La gente o bien es muy dura o, tras el trauma vivido, se hicieron insensibles a los dolores y a las grandes heridas en ocasiones con grandes fracturas de muñeca, tibia o peroné con 30 días sin tratamiento o inmovilización. Y a pesar de ello, sonreían... Hemos visto patologías de todo tipo: tétanos, tuberculosis, neumonías por ingestión de agua, insuficiencias respiratorias, accidentes de tráfico por un caos terrible en la circulación, sarampión, malnutrición, gastroenteritis, fiebres sin foco, síncope, abscesos, heridas sobre infectadas, punciones, deshidrataciones severas, alergias, dermatitis, candidiasis, pitiriasis, partos, en fin...”.

Y todo lo narra Manjavacas con una sonrisa en su rostro entre la satisfacción y la lástima profunda por los recuerdos guardados en la retina: “La gente, de cualquier edad y condición, se esforzaba en llamar tu atención por la calle y regalarte una sonrisa y palabras cariñosas como señal de agradecimiento. ¡Imposible olvidar nunca, mientras viva, esas expresiones, como imposible olvidar a los compañeros, a la ciudad de Banda Aceh que ha perdido la mitad de sus 400.000

habitantes. Todo quedó arrasado y el cementerio aún no tenían pese a que, a diario, se siguen extrayendo miles de cadáveres en esos, digamos normales, camiones cargados de bolsas donde los voluntarios, con mascarillas para combatir el olor a muerte, se afanan por ayudar a sobrevivir”.

Del hospital que hubo, compuesto por unos 400 trabajadores, “sólo sobrevivieron unos treinta, los demás, incluidos pacientes, han desaparecido víctimas de la gran ola que se los tragó cuando no arrastrándolos al fondo del mar. Me resulta difícil expresar mis sentimientos y tendré que seguir sacándome todo el jugo a esta catastrófica experiencia. Pero, gracias a Dios, vi cumplido mi deseo de ofrecerme para ayudar a algo y a alguien. Por eso agradezco a mi familia su ánimo y aliento, su voluntad silenciosa en la partida. Sé que mi hijo Juan con nueve años y mi ausente hijo Paco, desde allí arriba, también trataron de ayudarme. Y ahora, de nuevo en la vida diaria, en mis urgencias colaborando a favor del ser humano más cercano pero con la mente puesta muy lejos, en Banda Aceh, por descontento”. Cuando se le pregunta sobre su salario o recompensa económica después de dos semanas en medio del terror más inhumano como el vivido en Indonesia, exclama: “Ah, claro, nada, ni un euro. Pero eso, por sabido, es lo de menos”.

En La Zarzuela

Juan Antonio Manjavacas, como el resto del equipo donde se integró, tuvieron la recompensa normal de ser recibidos, nada más llegar a España, en el Palacio de la Zarzuela por el Rey Don Juan Carlos, la Reina Dña. Sofía, y los Príncipes de Asturias, Don Felipe y Doña Letizia. “Ellos nos hicieron llegar su reconocimiento y gratitud por nuestro trabajo como personal voluntario cooperante. Fue un acto tan sencillo como emocionante”.



EL COLEGIO DE ENFERMERÍA DE HUELVA CONVOCA A LA PROFESIÓN AL DÍA DEL PATRÓN

El Colegio Oficial de Enfermería de la provincia vuelve a hacer una llamada al conjunto de la profesión en la provincia para que tome parte activa y asista el próximo día 4 de marzo a la celebración del día de San Juan de Dios. El patrón será la ocasión, conforme marca la tradición, para que la Enfermería onubense vuelva a darse cita y asista a la entrega de las recompensas y galardones más sobresaliente que, cada año, otorga esta institución colegial.

La Junta de Gobierno del Colegio de Huelva no podía faltar a lo que marca el calendario y el 4 de marzo la Enfermería onubense tiene su cita anual: la Fiesta del Patrón. San Juan de Dios, una vez más, llama a todas las enfermeras/os de nuestra provincia para reunirse y vivir, siquiera, unos momentos de amistad y confraternidad haciendo un paréntesis en el discorrir de los días y las semanas volcados en el quehacer laboral.

El mismo rito anual

En esta ocasión, el rito vuelve a ser original aunque renovado por repetido en el transcurso de los últimos años: el Colegio se dispo-

ne a reconocer a todos aquellos profesionales que, por un motivo u otro, van a tener un papel destacado en la noche de la Enfermería onubense por excelencia. Así, desde quienes dijeron adiós a la actividad laboral en el transcurso del último año a quienes van a encontrar su recompensa al esfuerzo puesto a contribución para aspirar a alguno de los premios convocados por la corporación colegial.

El Certamen, ya un clásico

Entre ellos, el Certamen de Investigación de Enfermería que lleva el nombre de nuestra ciudad y que, paso a paso, ha logrado alcanzar su undécima edición. Para los merecedores de las distinciones, el mejor marco posible al recibir los premios entre los compañeros y amigos. También se fallarán, y harán entrega, los correspondientes al Concurso fotográfico que lleva el nombre del patrón y que en esta ocasión alcanza la séptima edición. Y si olvidar, finalmente, el descubrimiento y presentación del nuevo cartel que anuncia la XII edición del certamen de Investigación en Enfermería Ciudad de Huelva, verdadera referencia del colegio y del colectivo en esta provincia.

Expectativas

Ante tan señalada fecha, el presidente del Colegio, Gonzalo García Domínguez, expresaba, por medio de esta Revista, lo que "no es un vaticino sino un hermoso deseo que se hará otra vez real: volver a tener reunida a una amplia representación del colectivo en la provincia porque la figura de nuestro patrón y la reciente historia así nos lo exigen". García Domínguez resaltaba que "la Fiesta de San Juan de Dios nos llega en este año cuando todo parece indicar que estamos a punto de alcanzar la meta de una larga carrera como es la consecución de las especialidades de Enfermería. Con ellas logradas, la profesión se habrá apuntado no ya un éxito sino algo mucho más importante: la trascendencia como futuro de esta profesión universitaria. De ahí que la noche del día 4 de marzo, de no producirse un anticipo, será el momento para expresar y reiterar nuestro apoyo y aliento a cuantas iniciativas y esfuerzos está llevando a cabo la Organización Colegial en pos de ese horizonte llamado Especialidades profesionales que, ojalá, pronto podamos ver publicadas en el Boletín Oficial del Estado".



Imagen de la última Fiesta del Patrón. El Presidente del Colegio, Gonzalo García, junto a los galardonados.

Día del Patrón de la Enfermería

San Juan de Dios

PROGRAMA

Fecha: 4 de marzo 2005

19,00 horas: Misa Iglesia Catedral

22,30 horas:

Celebración mediante una **cena-baile**

Lugar: salón El Portón (Carrt. Gibraltón cruce Peguerillas)

Ameniza: Orquesta Catalino

Durante esta Celebración, el Colegio procederá a hacer entrega de las siguientes recompensas y distinciones:

- Homenaje a los compañeros Jubilados del año 2004.
- Fallo correspondiente al XI Certamen de Investigación de Enfermería Ciudad de Huelva. Entrega de premios a los ganadores.
- Fallo del VII Concurso de Fotografía "San Juan de Dios" y entrega de premios.
- Presentación del cartel anunciador del XII Certamen de Investigación de Enfermería "Ciudad de Huelva".

Organiza y Convoca: Ilte. Colegio Oficial de Enfermería de la Provincia de Huelva

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LACTANCIA MATERNA EN LA CIUDAD DE HUELVA (Y 3)

Autor: Juan Gómez Salgado

Introducción

Tras la aproximación conceptual al problema de estudio, la definición de objetivos y el método, pasamos a describir los resultados, su discusión y conclusiones de la manera más sucinta posible, presentando para ello las variables de mayor interés.

Análisis de los datos

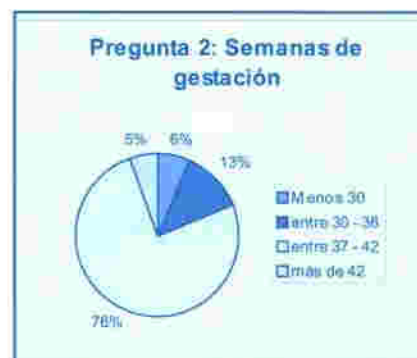
Para una visión panorámica de la realidad de nuestra población procederemos a continuación a la descripción univariante de las variables observadas, con la finalidad de lograr la consecución de los objetivos de nuestra investigación. Posteriormente se cruzarán para la realización del análisis y discusión.

Resultados y Discusión

Cuando estudiamos la variable sexo de los niños entre 0 y 15 meses observamos una distribución muy similar de niños y niñas, aunque ligeramente desplazada hacia los varones.



Este dato se corresponde con las tendencias demográficas de la población andaluza y onubense, ya que en los últimos años el número de niños nacidos supera al de las niñas, 93 niñas por cada 100 niños según datos de 1998, diferencia que tiende a acrecentarse (1, 2). Cruzada esta variable con el hecho de recibir lactancia exclusiva, destaca el hecho de que los niños lactan más que las niñas y que además esta tendencia aumenta con la edad de la madre o el lugar que ocupa entre hermanos. De igual forma el elevado porcentaje de niños a término, naturalmente esperado, (76%) se corresponde con los datos de la Memoria de actividad asistencial en atención especializada en Andalucía (3) (77%).



En cuanto al lugar que ocupa entre hermanos, que se asocia lógicamente al número de hijos, el 93% era el primero o el segundo, lo cual es fiel reflejo de la realidad andaluza (1). Esto hace igualmente que la familia tipo onubense sea la formada

por tres o cuatro miembros. Enmarcado en un contexto ecológico en el que la situación socio-laboral del país hace que cada vez sean menos frecuentes las familias que tienen tres o cuatro hijos, produciéndose un envejecimiento que suscita el interés por establecer políticas controladas de inmigración de mano de obra. Esta realidad migratoria mayoritariamente masculina comienza a traducirse tímidamente en el aumento de mujeres extranjeras en la ciudad. Según datos de 2000, son 142 las mujeres residentes en Huelva (1, 2), si bien es cierto que un importante número se encuentra trabajando en el ámbito rural de la campiña onubense. Esto unido a la precariedad del trabajo que encuentran, al riesgo que supondría para su economía un embarazo, y las barreras de acceso a los servicios que suelen encontrar, hace pensar que el número de madres inmigrantes captadas en la muestra, 7, es reflejo de la realidad onubense. Curiosamente la tradición cultural que persigue a la etnia gitana como lactantes de larga duración, no se ha visto reflejado en nuestra población. En ella de las 12 incluidas tan sólo 3 daban el pecho, lo que supone un 25%, menos incluso que la población en general. Quizás la media de edad de éstas, menor que el resto de la

población, y el hecho cultural de diferenciación con respecto a sus progenitores que se viene constatando en las madres jóvenes gitanas urbanas de hoy (4), hayan favorecido este resultado. Cuando analizamos el origen materno agrupándolas en naturales de una capital o de provincia, tenemos una frecuencia de 44 mujeres que no dan pecho sobre 173 entre las nacidas en ciudad y de 3 sobre 38 en las de provincia, esto indica una razón de frecuencias de 3,22. De lo anterior se deduce que puede existir una asociación entre el hecho de ser originario de ciudad y dar menos el pecho, o lo que es lo mismo que el haber nacido en la provincia sea un factor de protección frente el abandono precoz.

El estado civil no parece influir en el tipo de lactancia, ya que las razones de frecuencia son muy próximas a uno.

El nivel de estudios sigue una distribución con tendencia a situarse en torno a educación primaria y secundaria en la mayoría de los casos, por lo que probablemente no se pueda desprender una asociación entre el nivel de estudios y la lactancia al pecho, lo que concuerda con las conclusiones de otros estudios (5, 6). Si profundizamos en el área de conocimientos de las tituladas universitarias es destacable el hecho de que la categoría de Ciencias de la Salud sea la que menor frecuencia de lactancia natural tenga, 5/21 (23,8%), mientras que las Enseñanzas Técnicas y Sociales y Jurídicas amamantan 3/8 (37,5%) en ambas y destaca de entre to-

das, las de Humanidades en las que 8/12 (66,6%) siguen la práctica amamantadora. El paradójico fracaso de la lactancia natural en el grupo que, supuestamente, debiera estar más concienciado de la pertinencia de dicha práctica, puede atribuirse al alto grado de trabajo remunerado extra-doméstico de estas mujeres, por lo que la situación laboral podría considerarse que está actuando como factor de confusión. Sin embargo el caso excepcional de Humanidades, que a priori podría atribuirse a la condición de "amas de casa", debido a la dificultad de inserción en el mundo laboral de la que adolecen estas titulaciones, en nuestra muestra trabajan el 83,3% lo que rebatiría esta teoría, planteando una curiosa línea de investigación. Desafortunadamente, estos datos no son comparables con otros estudios ya que no se han encontrado ninguno que valore hasta tal punto la formación de la madre. Por otro lado parece claro la asociación entre la puesta al pecho y el trabajo en casa, en la muestra se observa como el 60% de las mujeres en paro amamantan a sus hijos frente el 24% de las que trabajan fuera de casa, hecho avalado por diversas investigaciones (7, 8).

Siguiendo la pauta marcada por el cuestionario y la exposición de resultados, vemos que del hecho de tener personas impedidas en el núcleo familiar, así como de percibirse de una clase social u otra no pueden inferirse posibles asociaciones por el predominio en ambas cuestiones de una única respuesta

impidiendo se esta forma su comparación.

En cuanto a la *historia maternal familiar* observamos la posible asociación entre haber recibido el pecho la madre y su patrón amamantador. Se desprendió del análisis que es en las madres que recibieron lactancia materna entre 3 y 6 meses en las que este factor parece comportarse como predictor de futuras conductas amamantadoras. Este dato contradice las conclusiones de Hostalot y cols. que postulan que las madres que tomaron leche materna optan en su mayoría por la lactancia artificial (9). En relación a la historia abortiva encontramos que no se establece ninguna posible asociación entre el haber tenido abortos previos y el fracaso de la lactancia exclusiva, con una relación de frecuencias de 0,69. Este dato se corresponde con las afirmaciones de Pelechano (6), estando la clave de la controversia en la vivencia diferenciada de esta experiencia traumática, que podría considerarse como predisponente a un alejamiento afectivo en algunos casos, pero sin embargo en otros podrían constituir un incentivo para una maternidad comprometida cumplidora de todas las recomendaciones sanitarias recibidas, entre ellas la lactancia materna. La educación maternal, uno de los principales factores modificables y en los que juegan un papel fundamental las enfermeras obstétrico-ginecológicas (matronas), se muestra como decisivo en la práctica de la lactancia materna. La razón de fre-

cuencias entre las que asisten a educación maternal y las que no es de 2,20, lo que indica la posibilidad de una fuerte asociación entre ambas variables. Esto coincide con las conclusiones de diversos estudios [5,10] al igual que contradice otros [11,12]. La asistencia a los cursos determina notablemente los conocimientos sobre las ventajas de la leche materna, por lo que parece lógico pensar que pudiera ser un factor de protección, siempre teniendo en cuenta que la deseabilidad del niño media. Sin embargo no se consigue la universalización de la asistencia a dichos cursos y el estudio muestra cómo se pasa del 67% de asistencia en el primer hijo al 18% en el segundo, siendo simbólicos los porcentajes al tercer y cuarto niño. Se muestra por tanto, la multiparidad como un factor reductor de la asistencia a los cursos de educación maternal, dato concordante con otros estudios [10]. Además analizando el comportamiento en cuanto a este hábito por centros de salud, se observa que el porcentaje de asistencia es notablemente menor en las madres que no se les oferta en su centro de salud. Si bien no es alarmante discrepamos de aquellos que lo consideran poco importante, basándose en el conocimiento que de los contenidos del curso poseen, debido a los embarazos anteriores. Esta concepción entiende la educación maternal como un acto informativo, más que como lo que debe ser, un proceso formativo. A la luz de los resultados expuestos en la fase univariante, en los que tan sólo un exiguo

47% conocía al menos tres ventajas de la lactancia materna, sería conveniente plantear estudios que profundicen en esta problemática. Sirva como muestra los estudios cubanos [13, 14] que arrojan cifras de conocimiento del 97,8%.

Cuando analizamos la deseabilidad del hijo en el análisis bivariado de las tablas de contingencias obtenemos una frecuencia razonablemente mayor en los casos en los que el hijo era buscado y deseado que en los que era deseado pero no buscado y ambas notablemente mayor que los no deseado, arrojando a su vez una razón de frecuencias de 1,42 [0,625/0,44]. Esta razón aumenta a 1,54 si consideramos el segundo hijo. De lo anterior parece existir una asociación entre el deseo de tener el hijo y la lactancia materna.

La variable tipo de parto refleja en nuestro estudio una posible asociación con el tipo de lactancia que recibe el hijo. Concretamente en el primer hijo se tiene una razón de frecuencias entre el eutócico y cesárea de 2,414 [0,705/0,292] y entre el eutócico y el instrumental de 1,08 [0,705/0,647]. Estos resultados indican la posible asociación entre el parto por cesárea y la no iniciación o abandono de la lactancia materna, lo que concuerda plenamente con las conclusiones del "Informe técnico sobre la lactancia materna en España" en el que únicamente encuentran asociación en el parto por cesárea [11]. Profundizando en los "tipos de lactancia" que daban las madres observadas, tenemos:



Cuando se les preguntó si sabían "al menos tres ventajas de la lactancia materna", el resultado fue significativo, 108 supieron contestar mientras que 120 no. Esta variable determinante aparece como posible factor de protección en tan sólo el 47% de los casos.



Reseñamos a continuación la proporción con la que refieren cada ventaja:



Destaca, de manera ostensible, las "defensas que aporta al niño", mencionadas por el 80% de las madres y el desconocimiento en la mayoría de los efectos protectores frente al cáncer de mama.

En cuanto a los hábitos higiénico-dietéticos, del análisis univariante merece mención especial el porcentaje de madres que fumaban [60%], de las cuales incluso un 2% declaran abiertamente no haber modificado en absoluto su patrón de

consumo tabáquico tras el embarazo, a pesar de la esperada infraestimación que en este tipo de preguntas suele producir el "sesgo de la respuesta deseable". El análisis bivariado no parece apuntar asociación con los consumos ligeros de tabaco, mientras que en el caso de las fumadoras de más de un paquete de cigarrillos diario, indica una razón de frecuencias de 1,88 (0,66/0,35) en el primer niño y 2 (0,4/0,2) en el segundo. Este dato coincide con los estudios de Riquelme, Villegas y López (15), que basándose en la ansiedad producida por el descenso del consumo, terminan por abandonar la lactancia natural. En cuanto al consumo de alcohol y las costumbres alimenticias en torno a una dieta equilibrada no han podido establecerse asociaciones por estar las razones de frecuencia en torno a uno entre las diferentes categorías. Las asociaciones referentes al consumo de alcohol y el tipo de lactancia escogido, son tributarias por su complejidad metodológica, de un estudio específico.

En lo referente a las condiciones laborales y la protección a la lactancia resulta significativo el hecho que tan sólo un 35% de las madres de la muestra disfrutaran de las 16 semanas de baja maternal, las mismas que lo hacen de la hora de lactancia. Según muestra la tabla de contingencias entre el disfrutar de la baja maternal y la lactancia natural se establece una razón de frecuencias de 2,22 (0,702/0,315), indicando una posible asociación, lo cual coinci-

de con la mayoría de los estudios (7) e invita a una reflexión a nivel nacional, si se quiere aumentar la prevalencia de la lactancia natural, constituyendo un problema de salud pública avalado por los máximos organismos internacionales. Quizás haya llegado el momento de poner en consonancia las recomendaciones de la OMS y la realidad normativa laboral nacional. Habrá que articular los mecanismos para favorecer la lactancia materna hasta los seis meses aumentando el periodo de baja maternal, así como potenciar las medidas accesorias legalmente establecidas.

Cuando analizamos las prácticas hospitalarias comenzamos viendo el hospital en el que se tuvo al niño. Éste parece influir, siempre con cautela, en la lactancia escogida por la población. La frecuencia en las madres que dieron a luz en el Hospital Infanta Elena (0,428) es inferior a la de los que lo hicieron en el Hospital Juan Ramón Jiménez (0,627), ésta arroja una razón de frecuencias de 1,464. Esta diferencia en la frecuencia de lactancia de las madres de ellos egresadas puede tener su génesis en las diferentes prácticas en torno al puerperio que allí se realizan, ya que el factor que podría estar confundiendo como es la distinta procedencia de las madres (ámbito rural o urbano) debería actuar hacia el lado rural, tradicionalmente lactante (16, 17).

La práctica de permitir asistir a la pareja en el momento del parto parece potenciar la lactancia natural, eso al menos es

lo que se desprende de nuestro análisis contingente. En él vemos como la razón de frecuencias entre la presencia en el parto y la lactancia natural es 1,465 (0,696/0,475) para el primer hijo y de 1,542 (0,424/0,275) para el segundo; coinciden con las nuestras, las conclusiones de Barriuso y cols. (18).

Iniciando la observación de las posibles asociaciones entre las prácticas recomendadas por la iniciativa "Hospital Amigo de los Niños" y la lactancia materna, cuestionamos el controvertido efecto de las "muestras regalos" que aún hoy, se les siguen facilitando. En nuestra muestra parece existir asociación entre recibir obsequio en el hospital y no dar el pecho, al obtener una razón de frecuencias de 1,976 (0,83/0,42) para el primer niño y algo ligeramente inferior para el segundo 1,858 (0,5/0,269). Este segundo resultado podría entenderse como el producto de una mujer experimentada que valora críticamente el estilo de lactancia a seguir.

En cuanto al *rooming-in* o cohabitación no se puede evaluar por lo extendido de su práctica, lo que impide su comparación con un grupo no expuesto a dicho hábito. En la literatura científica precedente se le considera favorecedor de la lactancia (18, 19), ya que se entiende que al facilitar la interacción continua entre la madre y el hijo, la succión aumenta su frecuencia, favoreciendo así la secreción de leche materna porque eleva las concentraciones séricas de prolactina.

En relación a la pregunta realizada a las madres acerca de si se daban "ayudas" (administración rutinaria en las maternidades de leches artificiales o suero glucosado), sus respuestas no fueron concluyentes, aunque sí cuando menos preocupantes. Un 39% afirmó que sí frente a un 36% que no y un 25% no sabía o no contestaba. Cabría pensar que estas aseveraciones en uno u otro sentido y en tal medida, están suficiente fundadas, por lo que es posible que esta práctica dependa de los profesionales que trabajan en dichas unidades, es decir que dependa del "turno" y de su "criterio". Dicha práctica no encuentra diferencias significativas entre un centro sanitario u otro.

En cuanto a si tenían una idea preconcebida antes de tener el niño sobre el tipo de alimentación que iban a ofrecerle, más del 80% así lo manifestó, comportándose además esta variable como un posible factor de protección, resultando razones de frecuencia de 2,42 si ésta se tenía desde antes del embarazo (0,702/2,90) y 2,186 desde el embarazo. Los resultados parecen indicar que el hecho de tener las ideas claras previas al embarazo potencia enormemente el hábito amamantador, apoyando las tesis de los que consideramos a la educación para la salud como uno de los pilares básicos para la mejora de la situación. Esta tesis concuerda con el estudio realizado en Tarragona por Hostalot y cols. (9).

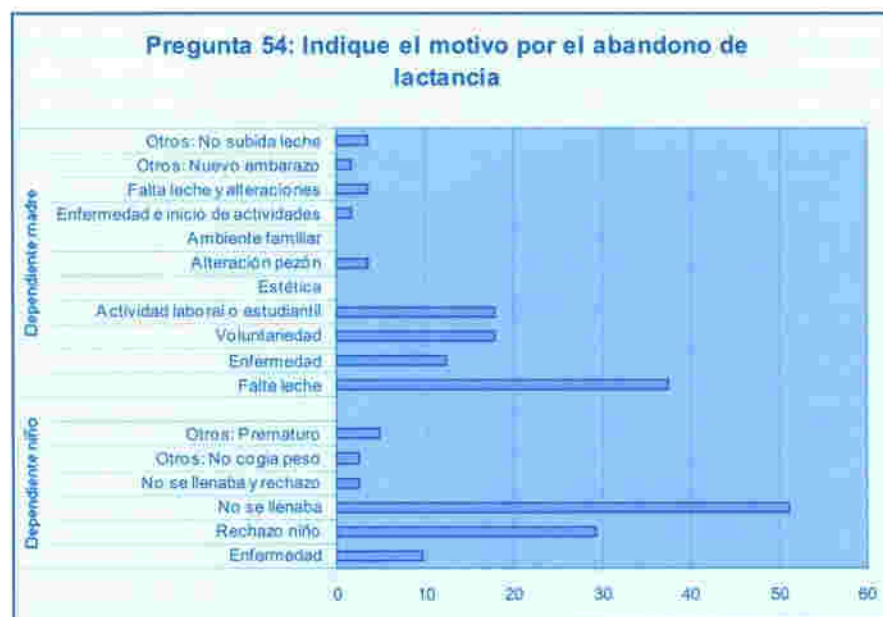
La respuesta a la pregunta sobre la influencia del marido en la decisión del tipo de lactancia

fue rotunda, el 84% manifestó abiertamente que no. Este dato es corroborado estadísticamente con la ausencia de significación y reduce sensiblemente el número de cruces entre variables. Igualmente no resultó significativo el entorno afectivo de la madre, en nuestro estudio, ya que sus razones de frecuencia resultan próximas a uno.

De especial interés para los profesionales de la salud, planificadores sanitarios y las propias madres, resultan las observaciones recogidas a cerca de las fuentes de información sobre la lactancia. Si bien como cabía suponer, la matrona y el pediatra ocupan un papel protagonista, derivado de las funciones designadas en el entramado de la atención a la mujer y su hijo del Servicio Andaluz de Salud, nos parece aún más importante el papel que soslayadamente juega la familia como fuente de formación. El análisis revela que el 82% de las madres la consideran entre las tres primeras, lo que da idea de la ver-

dadera influencia que sus conocimientos, creencias, prácticas y aptitudes, pueden llegar a ejercer sobre las madres y no siempre de manera acertada. Igualmente importante resulta la consideración de la infrautilización de los conocimientos y aptitudes formativas de la enfermera y el médico de familia por parte de las madres, claro está, determinado por el sistema. El análisis bivariante refleja la calidad de la intervención de las matronas con una razón de frecuencias de 2,1 frente a otras fuentes, indicando su actuación como un posible factor de protección, en consonancia con otros estudios (20, 21).

El estudio de los motivos de abandono referidos por las madres aporta por un lado, la dimensionalidad del problema de conciliación de la vida laboral y familiar, ya que el 18% de madres que querían haber continuado lactando tuvieron que reducir o dejar su práctica debido a la reincorporación al puesto de trabajo, y por otro, importan-



tes discrepancias entre las causas referidas y la verosimilitud de éstas (8).

Las causas mencionadas nos hacen pensar que existe entre ellas un desconocimiento sobre las verdaderas complicaciones que pueden llevar al destete precoz, las técnicas de amamantamiento, así como poca motivación con respecto a la lactancia materna, afirmaciones que concuerdan con las realidades reflejadas en estudios nacionales [8, 11, 20] y transnacionales [14].

Cuando analizamos el estado de salud materno percibido observamos en primer lugar que es un 10% mayor en las madres que tienen un hijo que en la población femenina en edad fértil en general, conclusión que se extrae de su comparación con los datos poblacionales del estudio sobre la situación social de las mujeres en Andalucía publicado en el 2000. Esta diferencia es explicada, según el análisis contingente en un 49% por el hecho de dar el pecho, esto es, un 5% de la salud maternal se podría atribuir a la conducta amamantadora. En segundo lugar, en contra de lo esperado, no hallamos resultados significativos, por lo que no podemos sugerir asociación estadística entre la salud percibida y la lactancia materna. En lo referente a la salud mental de nuestra población, medida por las posibles alteraciones psicológicas extraídas de la aplicación del GHQ, parece significativo la frecuencia de síntomas psicósomáticos, en un 30% de las madres en su primer hijo y



en un 60% de las madres en su segundo, así como la presencia de ansiedad igualmente determinada por el hijo que oscila entre el 41% de las madres primíparas y un 46% de las secundíparas.

El estrés y la carga psico-física de los cuidados vivenciados como tales, podrían explicar esta influencia del hijo. Estos datos apuntan a la conveniencia de establecer dentro de la atención ofertada a las madres y sus hijos, protocolos especiales de detección de estas alteraciones que parecen ser prevalentes en nuestra población y su coordinación con los recursos de salud mental existentes.

En cuanto a la validez interna de las conclusiones podemos decir que las potenciales variables de confusión, edad materna, nivel de estudios y socioeconómico han sido controlados partiendo de las cuotas por centro de salud que mantiene las características socioeconómicas de cada zona en la muestra global y la posterior estandarización en función de dichas variables. La muestra además de constituir el 41% resultó ser representativa en las principales variables de la población.

Como sesgo característico de esta metodología encontramos el de memoria, el cual se reduce en el diseño de preguntas. El sesgo de autoselección de los participantes presente en este tipo de estudios podría influir ligeramente en los resultados, pero en la misma medida que los hizo en la literatura científica precedente, ya que la participación final depende de que acepte o no la intervención. Por último reseñar que la validez externa de la investigación, se considerará para la población onubense, en la medida que el fenómeno lactancia materna y la asistencia al programa de vacunaciones no sufren importantes modificaciones estacionales [22].

Conclusiones

Partiendo de un punto de vista holístico hemos analizado la situación que vive hoy la lactancia materna en la ciudad de Huelva. De dicho análisis y en consonancia con los objetivos marcados en la investigación, surge una primera conclusión en torno a la frecuencia de la lactancia materna. El 29% hallado en nuestra muestra resulta extre-

madamente bajo si tomamos en consideración las recomendaciones de la OMS, en las que marcaba como objetivo que al menos el 50% de los bebés de cada país fueran alimentados de forma exclusiva y adecuadamente con leche materna durante al menos seis meses. La lactancia materna exclusiva está presente en nuestra población en un 32% y aunque es sensiblemente mayor que la estimación del estudio andaluz de 1986 dista mucho de los cánones propugnados por organismos internacionales como la OMS o UNICEF. La frecuencia de la lactancia mixta no es mayor, 19%, por lo que entre las dos apenas superan la artificial que constituye la modalidad practicada por el 49% de las madres de la muestra. El abandono medio de las madres se situó en los tres meses y la no iniciación apareció en el 5% de los casos, lo cual denota una evolución dispar de los dos parámetros. Mientras el abandono medio aparece ligeramente retrasado en el tiempo con respecto a estudios de hace dos décadas, la frecuencia de iniciación ha mejorado notablemente, ya que según la última estimación realizada a escala regional, los porcentajes se situaban en torno al 14%. Podemos destacar tres líneas de conclusiones de gran relevancia para la aprehensión del fenómeno en la realidad onubense. Una primera secuencia de posibles asociaciones que no pudieron ser corroboradas por el estudio, entre las que destaca las relacionadas con

las distintas minorías étnicas y lactancia, el nivel instrucción, la historia abortiva previa y el tener personas impedidas a cargo. En una segunda relación, encontramos como posibles factores influyentes y ejerciendo una acción favorecedora de la lactancia, en la muestra, el origen rural de la madre relacionado según diversos autores (17, 23) con sus costumbres y valores de sus sociedades. Como dato curioso y novedoso del estudio, se observa una posible relación entre la formación universitaria humanística de la madre y el hecho de optar por la lactancia materna. También puede tener un efecto protector sobre el riesgo de abandono, la variable haber recibido lactancia materna por parte de la madre, el asistir a educación maternal, saber al menos tres ventajas de la lactancia materna, como indicador básico del nivel de conocimientos sobre la lactancia, el deseo de tener ese hijo, la asistencia de la pareja al parto, y la intervención, dentro del sistema apoyo educativo, de la matrona. En una tercera línea de conclusiones, aparecen como posibles factores de riesgo de no iniciación o abandono de la lactancia coincidentes con otras investigaciones, el trabajar fuera de casa, el parto por cesárea fumar más de un paquete de cigarrillos, recibir muestras regalo de fórmulas lácteas, sobre todo durante la estancia en el hospital. Como información relevante con vistas a la implementación de programas de mejora de la prevalencia de la lactancia materna

en la población, también se observó que el porcentaje de asistencia a educación maternal es bajo (67%) y que podría estar influenciado por la multiparidad y el hecho de no ofertarse en el centro de salud habitual para la madre. El nivel de conocimientos sobre la lactancia es demasiado bajo para lo que sería deseable. Son datos representativos de la precariedad laboral de la mujer, la mayor temporalidad en sus contratos, así como el hecho de que sólo una de cada tres mujeres puede disfrutar de su permiso por maternidad. Igualmente importante nos resulta la presencia de rutinas hospitalarias, que favorecen el fracaso de la lactancia natural, como la administración de "ayudas" que deberían haber quedado obsoletas según la bibliografía, pero que por lo observado aún perduran. De la misma forma nos parece importante reseñar la elevada frecuencia de alteraciones psicológicas leves en la muestra del estudio y el papel que puede estar desempeñando la pareja, en una muestra en la que según manifiestan el 84% de las madres, la pareja no influyó a la hora de elegir el tipo de lactancia. En contraposición al papel de la pareja los datos recogidos apuntan a la familia como una de las principales fuentes de información sobre la lactancia para el 82% de la muestra. De todo lo anterior podemos concluir la necesidad de promover políticas activas de investigación, promoción de la lactancia y formación tanto para la madre, para la fa-

milia, como para los profesionales, abordando siempre el problema desde una perspectiva interdisciplinar y en coordinación con los diferentes servicios de Atención Primaria y Especializada. Debido al control de los potenciales factores de confusión, de las cuotas por centro de salud, la posterior estandarización en función de dichas variables, el tamaño de la muestra, el control de los sesgos y en la medida en que el fenómeno lactancia materna y la asistencia al programa de vacunaciones no sufren importantes modificaciones estacionales, consideramos que los hallazgos presentados podrían ser de utilidad para su implementación en la realidad onu-

bense. De lo anterior, para conseguir un aumento de la prevalencia y duración de la lactancia materna se hace necesario intervenir en dos niveles diferenciados. De un lado con los profesionales de la salud y de otro con las familias, especialmente con las madres y los padres. Dichas intervenciones deben tener lugar en las mejores condiciones posibles, a fin de aumentar la probabilidad de éxito de las mismas. Dichas recomendaciones pueden confluir en la creación de un nuevo servicio enfermero: "la consulta de lactancia materna". Por último, destacar que con la realización de un estudio de cohortes mediante muestreo aleatorio estratificado por las variables po-

tencialmente confundentes, se confirmarían las asociaciones y tras regresión logística se podría plantear una escala de identificación del alto riesgo de no iniciación o abandono de la lactancia materna, de gran utilidad para la práctica. Ésta podría ser una herramienta práctica para la actuación preventiva y educativa de los profesionales de la salud e instituciones, ya que se focalizarían los esfuerzos, siguiendo el principio básico de la equidad en los servicios socio-sanitarios (dar más al que menos tiene), sobre el grupo de riesgo. De esta diferenciación en la atención se obtendría en un futuro a medio plazo el aumento de la lactancia materna en la población.

Bibliografía

1. Aguiar F, García I, Pérez Yruela M. La situación social de las mujeres en Andalucía 1990-2000. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer; 2001.
2. Instituto de estadística de Andalucía. Huelva datos básicos 2002. Sevilla: Consejería de Economía y Hacienda de la Junta de Andalucía; 2002.
3. Villar Martínez F, Guerrero Guerra JL, León Peñuelas C, Montaña Reina JM, Campos García T. Actividad asistencial en atención especializada de Andalucía 2000. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2001.
4. Garrido A. Entre gitanos y payos. Relación de prejuicios y desacuerdos. Barcelona: Flor Viento Ediciones; 1999.
5. Bruch Crespiera M, Casas Baroy JC, Riba Travé T. Prevalencia y factores que se asocian al inicio y duración de la lactancia materna en el área rural de Lluçanès (Barcelona). Enfermería Clínica 2000; 11(2):45-50.
6. Mosteiro Díaz MP, Fernández Feito A, Morán Ordóñez D, Pellico López MA, Díaz Fernández E. Influencia de la depresión puerperal durante la hospitalización posparto en la lactancia materna. Enfermería Clínica 2001; 11(4):155-60.
7. Aguayo Maldonado J. La Lactancia Materna. Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Sevilla; 2001.

8. Matilla-Mont M, Ríos-Jiménez A. Enfermería y lactancia materna. *Enfermería Clínica* 1999; 3(3):93-7.
9. Hostalot Abàs AM, Sorní Hubrecht A, Jovaní Roda L, Rosal Roig J, Mercé Gratacòs J, Iglesias Niubó J, et al. Lactancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento. *Anales Españoles de Pediatría* 2001; 54(3):297-302.
10. Goberna Tricas J. Educación maternal. Aceptación por parte de la mujer embarazada. *Enfermería Clínica* 1997; 7(6):263-7.
11. Comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *Anales Españoles de Pediatría* 1999; 50(4):333-40.
12. Almiron P, Fatjó A, Fernández de Saumamed MJ, Gómez MA, Martí M, et al. Mujeres y lactancia. Entendiendo sus vivencias y analizando la actuación del sistema sanitario. *Atención Primaria* 1996; 17(8):501-6.
13. Prendes Labrada M de la C, Rivanco del Río, Gutiérrez González RM, Guibert Reyes A. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 1999; 15(4):397-402.
14. Gutiérrez Gutiérrez AE, Barbosa Rodríguez D, González Lima R, Martínez Figueroa O. Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna. *Revista Cubana de Enfermería* 2001; 17(1):42-6.
15. Riquelme Pérez M, Villegas Rodríguez V, López Morandeira P. Estudio de los factores que influyen sobre la elección y sobre la duración de la lactancia materna. *Anales Españoles de Pediatría* 1992; 36:382-6.
16. Odriozola Aranzabal G, De la Torre Cerrudo C, Sánchez Prados F, Díaz Jiménez C, García Tortosa C, Vázquez Villegas. Lactancia materna en un medio rural. *Centro de Salud* 2000; 8(6):364-7.
17. Bericat Alastuey E, Camarero Rioja M. Trabajadoras y trabajos en la Andalucía rural. Situación socio-laboral de la mujer rural en Andalucía. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer; 1994.
18. Barriuso Lapresa L, Sánchez-Valverde Visus F, Romero Ibarra C, Vitoria Comerzana JC. Pautas hospitalarias respecto a la lactancia materna en el centro-norte de España. *Anales Españoles de Pediatría* 2000; 52(3):225-31.
19. Garrelli JC, Montuori E. Vínculo afectivo materno-filial en la primera infancia y teoría de attachment. *Archivos Argentinos de Pediatría* 1997; 95:122-5.
20. Rozas MR. Lactancia materna y parto gemelar. *Atención Primaria* 2000; 26(4):224-30.
21. Fernández Amores R, Martín Santos FJ. Promoción de la lactancia materna: una experiencia de intervención comunitaria y coordinación entre niveles. *Index de Enfermería* 1998; 7(22):20-5.
22. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Memoria estadística de la Consejería de Salud 2000. Sevilla: Servicio de Información y Evaluación Sanitaria; 2001.
23. Vandale-Toney S, Rivera-Pasquel ME, Kageyama-Escobar M de la L, Tirado-Gómez LL, López-Cervantes M. Lactancia materna, destete y ablactación: una encuesta en comunidades rurales de México. *Salud Pública de México* 1997; 39:412-9.

EL COLEGIO DE ENFERMERÍA, EN SU PÁGINA "WEB"

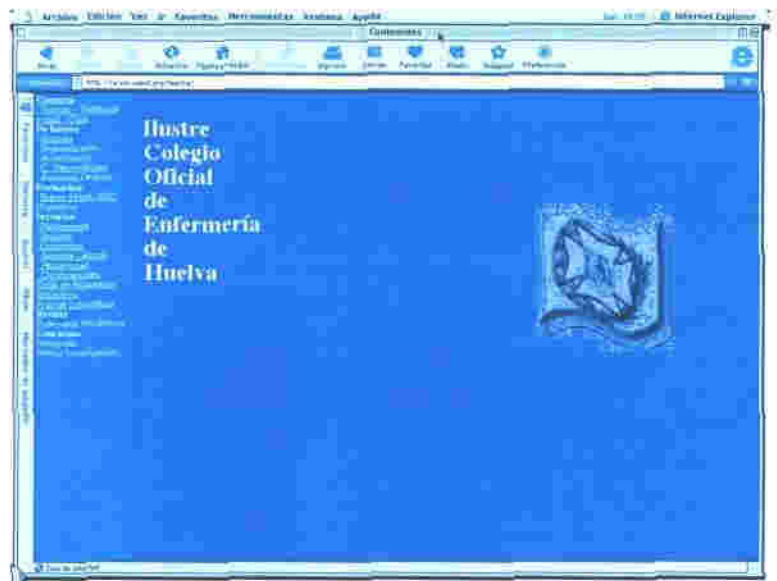
En la dirección www.ocenf.org/huelva/

El Colegio Oficial de Enfermería de la provincia acaba de recuperar su página "web" una vez transcurrido un tiempo en el que se ha procedido a remodelar y ampliar sus contenidos. Por lo mismo, los profesionales onubenses ya tienen otro medio más accesible de consultar todas las novedades que ofrece el Colegio.

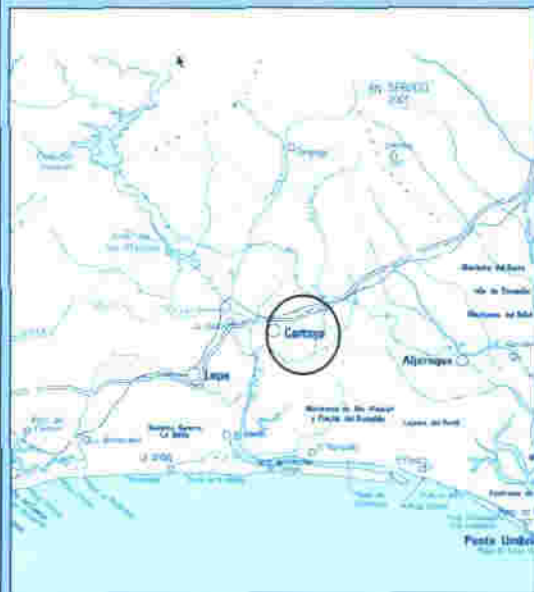
La enfermería provincial puede estar en permanente contacto con su Colegio profesional mediante la renovada página "web". En la dirección www.ocenf.org/huelva/ los internautas encontrarán la página del Colegio en la red para localizar aquellos aspectos y noticias que más le interesen o afecten.

En la presentación se incluye un menú donde la enfermería onubense puede tener información desde el horario en la sede colegial hasta distintos servicios y prestaciones: Programa de formación post-graduada, Biblioteca, Código Deontológico, Aula Informática con acceso ADSL, Premio de Investigación, Concurso fotográfico, Baremo de honorarios profesionales [orientativo], Peritaciones, Asesoría Laboral, Seguros de responsabilidad Civil, certificaciones y un largo etcétera.

De este modo, el Colegio se acerca al colectivo de una forma directa merced a las nuevas tecnologías que permiten la comunicación entre órgano colegial y colegiada/o de forma permanente.



CARTAYA QUIERE UN HOSPITAL EN LA COSTA DE CARÁCTER PÚBLICO



El futuro Hospital de la Costa sigue dando sus primeros pasos en el largo camino que, ojalá, desemboce en su realización. Ahora ha sido el Ayuntamiento de Cartaya quien, por medio de su Alcalde Juan Antonio Millán, ha ratificado la postura del consistorio en el sentido de que el Hospital de la Costa sea "de carácter público y que en ningún momento se concierte nada con empresa privada alguna, puesto que ello podría reducir la fuerza de nuestra petición y objetivo básico".

Para el Alcalde, el centro hospitalario debería localizarse en la autopista con el objeto de que disponga de buenos accesos desde los distintos municipios a los que preste sus servicios, sean de la costa o del sur de la comarca del Andévalo. Y desde el Ayuntamiento se barajan varias opciones: en la carretera de Tariquejos, con la de Villabalante, Lepe y con la de Villablanca en Isla Cristina. A partir de ahora, deberían iniciarse las obligadas rondas de conversaciones entre los ayuntamientos implicados para llegar a un punto de acuerdo que acabe fijando su definitiva ubicación de un Hospital que tanto necesita esa zona de la provincia.

VACACIONES, PERMISOS Y LICENCIAS DEL PERSONAL DEL S.A.S.

Con fecha 20 de Julio de 2004, se publicó en BOJA acuerdo del Consejo de Gobierno por el que aprobaba el acuerdo de 30 de diciembre de 2003 de la mesa sectorial de negociación de sanidad, sobre el régimen de vacaciones, permisos y licencias del personal de centros e instituciones sanitarias del Servicio Andaluz de Salud, para el periodo 2003 a 2005, en el que existe un claro intento de homogeneizar el régimen de vacaciones, así como de concretar en su ámbito de aplicación las previsiones establecidas en la Ley 39/1999 de 5 de noviembre, sobre conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.

Progresivamente iremos analizando, cada uno de los conceptos detallados en dicho acuerdo.

En este número hablaremos de las reducciones de jornadas y vacaciones anuales.



Sede Central del SAS

REDUCCIONES DE JORNADA

- Se prevé una reducción de jornada por razones de guarda legal de menores de nueve años o disminuidos físicos, psíquicos o sensoriales, que no

desempeñen actividades retribuidas. La reducción puede consistir en un tercio o mitad de la misma, percibiendo un 80 o un 60 % respectivamente de las retribuciones tanto básicas como complementarias, con inclusión de los trienios. Igual

porcentaje se aplicará a las pagas extraordinarias.

- Igualmente se prevé una reducción de jornada para cuidado directo del cónyuge o persona con la que conviva con análoga relación de afectividad a la conyugal, o de un

familiar hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, por razones de edad, accidente o enfermedad que no pueda valerse por sí mismo y que no desempeñe actividad retribuida.

- La reducción de jornada en los dos supuestos anteriores, es incompatible con el desarrollo de cualquier otra actividad económica, remunerada o no, durante el horario objeto de la reducción.
- Otras reducciones de jornada por interés personal requerirá de solicitud por parte del interesado y aprobación por parte de la dirección del centro en función de las necesidades del servicio.

VACACIONES ANUALES

- Todo el personal tendrá derecho a un mes natural de vacaciones retribuidas o el tiempo que proporcionalmente le corresponda en función de los servicios prestados.
- Días adicionales por antigüedad, que se consideraran como trabajados a efectos del computo anual.
- 15 años de antigüedad: 1 día hábil más
- 20 años de antigüedad: 2 días hábiles más
- 25 años de antigüedad: 3 días hábiles más
- 35 o más años de antigüedad: 4 días hábiles más
- A efectos del cálculo proporcional de vacaciones se entenderá que existe interrupción de servicios en los periodos correspondientes a permisos sin sueldo y sanciones

de suspensiones de funciones por razones disciplinarias. Generándose por tanto una reducción proporcional de los días establecidos de vacaciones anuales o días adicionales, en función de la duración del periodo sin sueldo o de sanción disciplinaria.

- Las vacaciones deben disfrutarse siempre del año natural al que corresponda y únicamente podrán ser sustituidas por una contraprestación económica por finalización de contrato.
- El fraccionamiento del periodo vacacional únicamente podrá serlo en dos fracciones a petición del interesado.
- Las vacaciones se disfrutaran preferentemente en los meses de julio, agosto y septiembre y los turnos de vacaciones se distribuirán respetando los acuerdos a que pueda llegar el personal, de no existir acuerdo se sorteará el mes a elegir estableciéndose un sistema rotatorio que servirá de base para los años sucesivos.
- Tienen derecho a disfrutar sus vacaciones en periodos de vacaciones escolares, todos los trabajadores que tengan hijos en edad escolar obligatoria.
- Los trabajadores casados o parejas de hecho, tienen derecho a condicionar su solicitud al otorgamiento de idéntico periodo para ambos.

SUPUESTOS ESPECIALES.

- El periodo de vacaciones no podrá unirse nunca al de toma de posesión para el per-

sonal incorporado procedente de concursos de traslados.

- En supuesto de jubilación o excedencia voluntaria, el personal disfrutará la parte proporcional de vacaciones que le corresponda hasta la fecha prevista de la baja
 - El disfrute de permisos sin sueldos o el cumplimiento de suspensión de funciones por razones disciplinarias genera una reducción del periodo vacacional o de los días adicionales por antigüedad.
 - La situación de incapacidad temporal o baja maternal sobrevenida con anterioridad al comienzo de las vacaciones dará derecho a solicitar un nuevo periodo, que tendrá como fecha límite el 31 de diciembre del año en curso.
 - La situación de incapacidad temporal sobrevenida una vez iniciado el periodo de vacaciones no interrumpirá el disfrute de las mismas. No obstante si durante las vacaciones se produce el nacimiento de un hijo, su disfrute podrá quedar interrumpido y reanudarse tras la finalización del descanso por maternidad, teniendo como límite el 15 de enero del año siguiente.
 - En todos los centros se elaborará un plan de vacaciones donde se reflejen los periodos vacacionales autorizados y los denegados, incluyendo el motivo de la denegación.
- En el siguiente número trataremos el resto de permisos y licencias contempladas en el acuerdo.

Banca por internet @

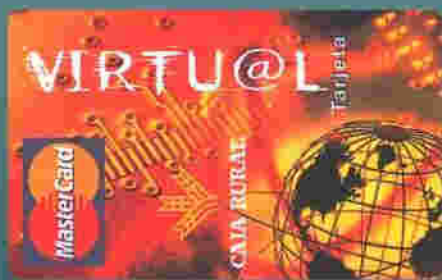
Entre en su oficina bancaria o vaya de compras sin pasar por el atasco



Banca por Internet es la opción que le ofrece RuralVía para operar con su oficina bancaria es cualquier momento, ir de compras sin perder un minuto, beneficiarse de la rapidez del TPV virtual o acceder a toda la información y servicios que precise.

 **RuralVía@**
Acortamos distancias
www.ruralvia.com

Comprar por Internet ha dejado de dar miedo



Te presentamos la nueva Tarjeta Virtual de Caja Rural con la que definitivamente perderás el miedo a comprar por Internet.

Porque sólo tú controlas el límite de la tarjeta pudiendo recargarla con la cantidad que necesites (hasta 3.005,06€) justo en el momento de realizar tu compra y descargarla una vez hecha la compra. De este modo y hasta que no se realice la recarga, la tarjeta no puede ser utilizada. ¡Más seguridad imposible!

Además como es una tarjeta MasterCard, podrás comprar tranquilamente en cualquier tienda de la red.



Ven a Caja Rural o conéctate a www.cajarural.com
y pide sin miedo tu Tarjeta Virtual.


CAJA RURAL
DEL SUR