

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERIA
DE HUELVA



enfermería

AÑO XIII

nº 38 Junio 2010



**Enfermería
hospitalaria,
paso al
frente**



**1^{er}
CONGRESO**

de la ASOCIACIÓN
de HOSPITALES de
HUE
1 y 2 de JUNIO de 20



**LOS RECORTES
alcanzan a
la profesión**

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

Jefa de Redacción:

Patricia Mauri Fábrega

Redacción:

Josefa Lorenzo Martín

Enrique Aguiar Mojarro

Eduardo Rico González

Martín Vázquez Bermúdez

Antonio Olid Torres

Carmen D. Beltrán Camacho

Mercedes González Hernández

M^a Carmen Pilo López

Asesora de redacción:

Eva M^a Lorenzo Martín

Fotografía:

Archivo del Ilustre Colegio de Enfermería de
Huelva

Redacción: Sede Colegial

Imprime: Technographic, 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/ Berdigón, nº 33, pral. izq.

21003 Huelva

Telf. 959 54 09 04

Correo electrónico:

Línea Móvil 639/11 17 10

Coleg21@enfermundi.com

Página Web:

www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es

Fax: 959 25 62 70

Horario de Oficina:

De lunes a viernes.

De 9 a 14 h. y de 16 a 21 h.

Horario de la Asesoría Jurídica

Martes y jueves de 17,30 a 19 horas

Entrevista con el presidente:

Concertar cita

Sumario

3 EDITORIAL

4 PÓLIZA

5 RECETAS EN LA SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA

6/9 ANÁLISIS DE LA ALIANZA ESTRATÉGICA ENTRE HOSPITALES

10/15 HAITÍ DESDE LA REPÚBLICA DOMINICANA

16/17 CUIDADOS Y COMPROMISO A PIE DE CAMA

18 RED EUROPEA PARA LA BIOSEGURIDAD

19 REBAJA DEL 5,7% EN EL SUELDO DE LOS TRABAJADORES PÚBLICOS

20/24 LA EDUCACIÓN EN SALUD

25/31 VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y SU VACUNACIÓN

32 XVII CERTAMEN DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA



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 precisa 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. y en soporte informático

Los dibujos, gráficos y fotos, así como sus leyendas irán a parte bien identificados y numerados.

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

Si se tratara 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.

RECORTES SALARIALES; PINCHAZOS EVITABLES

En el tránsito hacia el verano del 2010, la presente edición de DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA viene literalmente salpicada, de un lado, por distintos trabajos de reflexión profesional junto, por otra parte, al reflejo de importantes novedades que afectan al conjunto del colectivo y ante los que nadie se puede situar como indiferente. Es decir: haciendo gala a su ya ganada tradición, el número 38 de la Revista del Colegio de Enfermería de Huelva se ha confeccionado con dos materiales a cuál más importantes: los ensayos de investigación junto a noticias que tienen una importante carga de actualidad, rigor y trascendencia.

En el primero de los aspectos, poco que añadir que no pueda obtenerse de la lectura, lo mas reposada posible, que conlleva cada artículo que las enfermeras y enfermeros colegiados de nuestra provincia continúan haciendo llegar a la redacción/sede colegial. Esta permanente recepción de trabajos sirve para continuar confirmando que la decisión de mantener en pie, felizmente vigente, esta publicación exclusiva para la Enfermería onubense, se justifica por sí misma y a la vista queda en cada aparición que realizamos con destino a nuestros lectores: la profesión repartida por toda la provincia.

Dicho lo cual, no se podrá negar que en el frente noticioso, el que interesa al conjunto sin excepciones, aparece de lo mas sugestivo. Ahí es nada dejar constancia expresa de la inmediata repercusión que la gravísima crisis que sufre España va a tener, de forma inmediata, en la percepción mensual de la Enfermería onubense como del resto de la región y del país. El esfuerzo a aportar por el colectivo en aras a superar éste, insistentisimo, delicado panorama nacional, lo ha corroborado el presente del Consejo General, González Jurado, confirmando que "el esfuerzo va a ser importante" junto a la constatación de que, pese a todo, "el paciente va a ser tratado de igual manera" por la Enfermería pese a la bajada de sueldo. En una encuesta realizada desde la Organización Colegial a un millar de enfermeras y enfermeros, ha quedado evidente que el malestar existente por el recorte salarial es notable: nada menos que el 80% de los consultados lo rechaza y el 90% suspen de la credibilidad del actual gobierno que maneja los destinos de la nación.

Pero con ser esta realidad preocupante en alto grado, –porque, además, no se han producido recortes de importancia en los "aparatos" de las administraciones a cualquier nivel– la Enfermería onubense acaba de vivir una cita importante. En Punta Umbría, las enfermeras de los hospitales llevaron a cabo su primer Congreso anual lo que supone que Huelva sea un referente para un sector decisivo tanto a nivel el colectivo como para el desarrollo cotidiano del Sistema que aquí llamamos SAS. El Colegio Oficial no dudó en apoyar, económica y moralmente, este foro consciente de la relevancia de la Enfermería en la red de hospitales públicos andaluces y se ha felicitado de que el esfuerzo de los organizadores se haya visto correspondido no solo con una importante asistencia sino, sobre todo, con la promesa de seguir construyendo sucesivos encuentros que ayuden a vislumbrar el futuro desde un prisma de encuentro y participación.

Finalmente, y no por menos relevante, debemos reflejar el acierto que supone crear la Red Europea de Bioseguridad en la que tanto empeño ha tenido nuestro Consejo General de Enfermería. Europa ha de asimilar este paso adelante con impulso español para que, en el futuro que construimos día a día, los sanitarios dispongan de unos mecanismos que rebajen los riesgos de sufrir pinchazos y accidentes que comportan riesgos de contraer infecciones de gravedad –(VIH, hepatitis)– sin olvidar el importante factor emocional que llevan aparejados. Ojalá que, a corto plazo, la totalidad de regiones españolas asuman este compromiso y desde Galicia, Cataluña o Andalucía se den los pasos que contempla la normativa comunitaria en la que tanto trabajo ha puesto a contribución el Consejo General de Enfermería en la persona de su presidente Máximo González Jurado para que, entre todos, digamos "¡Alto!" a los pinchazos y cortes desde ahora fácilmente evitables.

El Colegio te protege con 3.500.000 euros

(por siniestro, y con un límite por anualidad de veinte millones de euros)

NUEVO SEGURO

DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE
LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL
CON LA COMPAÑÍA

MAPFRE

NORMAS DE PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE POSIBLES RECLAMACIONES. PASOS QUE DEBE SEGUIR EL COLEGIADO:

Primero: El colegiado deberá comunicar inmediatamente a su Colegio provincial la reclamación de que haya sido objeto, bien judicial (demanda, querrela o denuncia) o extrajudicial. La comunicación fuera de plazo de dicha reclamación podrá suponer que la póliza no cubra el siniestro.

Segundo: El colegiado cumplimentará en su Colegio provincial el formulario de comunicación de Siniestro de Responsabilidad Civil Profesional o Penal establecido a tal efecto, para que éste sea remitido al Consejo General. Será necesario cumplimentar todos los datos solicitados.

Tercero: Si el colegiado no pudiese contactar con el Colegio, comunicará directamente el hecho a la Asesoría Jurídica del Consejo General (Tlf.: 913 34 55 20), donde un letrado le informará sobre los pasos a seguir y la cobertura del seguro. De no hacerlo así, el Consejo no asumirá ninguna responsabilidad, y el perjudicado será sola y exclusivamente el colegiado.

Cuarto: El colegiado no deberá declarar nunca sin abogado, ni firmar ningún documento.

Quinto: De acuerdo con lo establecido en la póliza, para la efectividad de la cobertura prevista será imprescindible acreditar que el profesional afectado se encuentra colegiado y al corriente en el pago de las cuotas.

LA NUEVA PÓLIZA AMPLÍA LAS PRINCIPALES COBERTURAS:

- **Riesgo cubierto:** responsabilidad civil de los colegiados en el desarrollo propio de su actividad profesional o especialidad sanitaria, tal y como se regula en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, incluyendo la actividad docente, terapias alternativas y "piercing".
- **Manteniendo el importe de la prima, la cobertura por siniestro se incrementa hasta 3.090.000 euros, con un límite por anualidad de veinte millones.**
- **Cobertura por inhabilitación profesional como consecuencia de sentencia judicial firme, con abono por parte de la Aseguradora de una cantidad máxima de 1.350 euros al mes, por un plazo máximo de 15 meses.**
- **Posibilidad de contrademanda o reclamación a contrario frente a denuncias infundadas, temerarias o con mala fe.**

RECETAS en la SANIDAD PÚBLICA y PRIVADA

Huelva Redacción

El Ministerio de Sanidad y Política Social ha presentado el proyecto de "Real Decreto sobre la receta médica y órdenes de dispensación" por el que se regulará el funcionamiento de las recetas médicas, tanto para el sistema sanitario público como privado, así como la receta electrónica y las "órdenes de dispensación" de fármacos en hospitales por parte de las enfermeras(os).



En el transcurso del último Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Sanidad presentó el proyecto de Real Decreto por el que se regulará todo lo concerniente a las recetas, en el ámbito de lo público como privado, y a la dispensación de los medicamentos por parte del colectivo de la enfermería. El secretario general del ministerio, José Martínez Olmos explicó que esta norma, en fase de elaboración, "supone un gran avance" especialmente para el sector sanitario privado, puesto que, con ella, "los pacientes contarán con la seguridad y garantía" de que sus recetas van a cumplir los mismos requisitos que las recetas oficiales que circulan en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Información

En este sentido, el nuevo Real Decreto, cuya entrada en vigor está prevista para dentro de los próximos seis o siete meses, garantizará que el tratamiento prescrito al paciente puede ser dispensado en cualquier farmacia de España merced a la implantación de un modelo "armonizado" para todos los medicamentos que lo precisen, estén o no financiados por el SNS y sean prescritos en la sanidad de titulari-

dad pública o de iniciativa privada. En el texto se especifica que cada receta deberá estar cumplimentada mediante una hoja informativa en la que se detallan los datos del enfermo, los del medicamento y los del prescriptor, así como la fecha en que fue realizada la prescripción y dispensación, los datos de la oficina de farmacia donde se dispensa y la firma del licenciado farmacéutico. También, se especifica que la duración de los tratamientos será, "por regla general" de tres meses, aunque se podría ampliar hasta los seis meses como máximo "cuando así lo determinen las autoridades sanitarias", conforme apuntó el ministerio.

Sistemas

Otra novedad de la citada norma es el impulso que va a experimentar la receta electrónica a través de una regulación concreta. El Ministerio de Sanidad facilitará el acceso a sus sistemas informáticos provisos del código identificador unívoco de usuario del SNS y del "nomenclátor" oficial de productos farmacéuticos en el que figura toda la información necesaria sobre los medicamentos. El "número dos" ministerial, Martínez Olmo, explicó que el objetivo no es otro que "mejorar la interoperabilidad" entre

los distintos servicios de salud –(15)– que funcionan en España mediante un sistema que catalogó como de "pionero en Europa" llamado a mejorar la prestación farmacéutica y que promocionará el uso racional de los fármacos. En concreto, con este sistema se permitirá al prescriptor hacer el seguimiento de las dispensaciones del medicamento y facilitará, incluso en el transcurso del tratamiento y previa información al paciente, si procede a la anulación o a la modificación del mismo.

Dispensación

Respecto a lo que el Ministerio de Sanidad define como "Dispensación enfermera", el Real Decreto en cuestión establece que se deberá incluir la información necesaria que permita la "fácil" identificación de la orden de dispensación y su diferenciación respecto de la receta médica. También, en lugar de los datos del prescriptor que constan como propios en la receta facultativa, se deberán incluir los datos personales de la enfermera(o) acreditada para la indicación o autorización de la dispensación del medicamento.

ANÁLISIS DE LA ALIANZA ESTRATÉGICA ENTRE LOS HOSPITALES INFANTA ELENA Y JUAN RAMÓN JIMÉNEZ EN LA ATENCIÓN PERINATAL

Juan Diego González Sanz*

*Juan Diego González Sanz es Enfermero Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona). Trabaja en la Unidad de Parto del Hospital Infanta Elena de Huelva.

Resumen

Este trabajo muestra los resultados de la aplicación de la matriz de análisis DAFO a la propuesta de Alianza Estratégica entre los Hospitales Juan Ramón Jiménez e Infanta Elena, de Huelva, especialmente en lo referente a la atención perinatal prestada por las matronas. Entre las principales dificultades detectadas pueden señalarse la resistencia al cambio y la posible escasez de financiación del proyecto. Por el contrario, el apoyo social e institucional y la formación y motivación del colectivo de matronas, son considerados como elementos favorecedores del proyecto. Como conclusión el autor plantea la necesidad de un trabajo conjunto y riguroso de todos los profesionales implicados para elaborar detalladamente un proyecto conjunto de atención perinatal.

Palabras clave

Matronas, matriz DAFO, atención perinatal, alianza estratégica, fusión hospitalaria.

Justificación

El anuncio del proyecto de

Alianza Estratégica entre los Hospitales onubenses Infanta Elena y Juan Ramón Jiménez por parte de la responsable de la Delegación de la Consejería de Salud en Huelva y de los Directores Gerentes de ambos centros¹, se ha convertido en uno de los acontecimientos más importantes de los últimos años para el colectivo de matronas de la provincia de Huelva (y para el conjunto de profesionales dedicados a la atención perinatal). Este proyecto no sólo es importante por su extensión (ya que afecta a la gran mayoría de las matronas en Huelva) sino por la profundidad de su influencia, pues promete generar un intenso proceso de cambio en nuestra forma de trabajar.

Objetivo

Este artículo pretende aportar algunas apreciaciones preliminares sobre el proyecto de Alianza Estratégica y promover la reflexión sobre el mismo, animando a la participación de las matronas, de otros profesionales y del conjunto de la sociedad onubense en su diseño y desarrollo. Solo se abordarán aquí los aspectos concernientes a la actividad de las matronas, aunque el proyecto engloba también el trabajo de otros

colectivos como el de las auxiliares de enfermería, enfermeras de maternidad, ginecología y pediatría, así como el de ginecólogos y pediatras.

Metodología

Se basa en la aplicación de la matriz DAFO, técnica de análisis muy utilizada en los procesos de planificación estratégica en la gestión sanitaria. Esta técnica se basa en la identificación de las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades de una propuesta de actuación, en nuestro caso, de la denominada Alianza Estratégica. Es muy importante tener en cuenta que, al aplicar esta técnica, la compartimentación de los factores que afectan a una situación concreta tiene carácter teórico y que, por tanto, no puede responder exactamente a la realidad observada. Sin embargo, el ejercicio de abstracción que implica el uso de esta herramienta permite un estudio sistemático y exhaustivo de la propuesta en cuestión, lo que puede ser una importante ventaja a la hora de planificar el desarrollo e implantación de un proyecto. La matriz DAFO puede utilizarse de forma grupal² como punto de partida para la elaboración de un proyecto consensuado



Entrada a Paritorio, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

de actuación. A esta forma de aplicarla pretende dar inicio este trabajo invitando a que este ejercicio de análisis sea realizado por el mayor número posible de profesionales y usuarias/os.

Debilidades de la Alianza Estratégica en el Área de Paritorio

Entendiendo por debilidades las dificultades que puede encontrar el proyecto dentro de sus propios equipos y estructuras podríamos identificar las siguientes:

1. La **existencia de tradiciones diferentes** en cuanto a la labor de la matrona en la atención al parto en los dos hospitales. Estas tradiciones no son defendidas únicamente por las matronas ya que los demás miembros del equipo de atención perinatal tienen sus propias ideas acerca de cuál es el cometido de las matronas: qué se espera que hagan en cada situación particular, cuál es el nivel de autonomía que se valora como adecuado a su condición profesional, etc. En este sentido, las diferentes "culturas de trabajo" entre ambos hospitales son claramente percibidas tanto por las matronas como por los otros miembros del equipo.

2. La **resistencia al cambio**³, presente de forma inevitable en la mayoría de los grupos humanos. Este fenómeno, que implica que las personas tienen una disposi-

ción natural a rehuir los cambios, es previsible que afecte al personal de ambos hospitales en el momento en que se materialice la propuesta de trabajo conjunto. Se puede suponer que esta resistencia será mayor en función de la profundidad y cantidad de los cambios que tengan que asumirse por parte de los profesionales. Por ejemplo, si prosperase una de las propuestas de las que hay noticia actualmente, que plantea la unificación de las dos áreas de Paritorio existentes, en el edificio del Hospital Juan Ramón Jiménez, podría aparecer una mayor resistencia al cambio en uno de los grupos de matronas (el del Hospital Infanta Elena), ya que este se vería impelido a asumir, junto a los cambios comunes a todos, otros adicionales como el cambio de ubicación espacial de su lugar de trabajo. Por supuesto, esta resistencia también está presente en las usuarias y usuarios de nuestros hospitales, que tendrán que adaptarse al nuevo sistema de funcionamiento.

3. La **ausencia de matronas gestoras**, con formación y dedicación exclusiva a la gestión, que pudieran desempeñar un liderazgo claro, consistente y que favoreciera la participación de los equipos de matronas en la configuración final del proyecto. La figura de la Matrona Jefe no está presente en nuestros hospitales públicos, así como tampoco existe el cargo de Supervisor/a de Paritorio. Las funciones de gestión de las áreas de Paritorio han sido desempeñadas en los últimos años por enfermeras generalistas que unían esta responsabilidad a la de la gestión de otras unidades del hospital como Maternidad o Ginecología. Esta situación (sin ánimo de desmerecer en ningún punto la labor de las compañeras que han desempeñado estas funciones) no ha permitido que se desarrolle en toda su extensión la labor de liderazgo de las matronas en la atención perinatal, ni ha facilitado el recono-

cimiento social y profesional de las matronas como enfermeras especialistas.

4. La **carencia de una cultura de trabajo en equipo** en el colectivo de matronas. Muchos años de carencia de profesionales con los que cubrir bajas laborales o, simplemente, desarrollar un plan de vacaciones al uso, han hecho que nuestro colectivo desarrolle una gran capacidad de trabajo a costa de cuidar los aspectos comunes de este. Es algo que puede verse, por ejemplo, en la configuración de nuestros turnos de trabajo que no facilita el trabajo común (sesiones de enfermería, reuniones de equipo, etc.), a pesar de que facilita la cobertura de la asistencia aún con poco personal y favorece claramente la atención a las mujeres gestantes y sus familias al permitir una continuidad en los cuidados. Ante un proyecto como el que se está analizando aquí, esta falta de tradición en cuanto al trabajo en equipo solo puede entorpecer la necesaria elaboración de consensos en torno a los diferentes aspectos de nuestra labor asistencial.

Amenazas a la Alianza Estratégica

Si entendemos por amenazas las dificultades que pueden sobrevenir al proyecto desde fuera de sus propias estructuras y equipos, es importante destacar estas:

1. Una **dotación presupuestaria insuficiente** para el abordaje de un proyecto de esta envergadura. Construir una nueva estructura sanitaria, que ha de proveer de atención perinatal de calidad a la mayor parte de la población de la provincia de Huelva, implica unos gastos más que notables. Sobre todo, porque no sería admisible llevar a término un proyecto como este dejando muy bien atados los aspectos adminis-

trativos pero manteniendo un modelo de atención ya caduco⁴. Y la renovación del modelo de atención al parto (por circunscribirnos al ámbito de trabajo de las matronas en Atención Especializada) necesita de una importante inversión económica porque supone, en base a las conclusiones que la medicina basada en la evidencia está poniendo sobre la mesa, incorporar un número importante de nuevas matronas (hasta alcanzar la ratio de una matrona por parturienta) y también nuevas estructuras físicas (¿alguien se ha planteado la construcción de un Birth Center, una zona para atención al parto de baja intervención anexa al Hospital?). Un presupuesto que no tenga en cuenta estos principios amenaza con situarnos en una situación peor que la actual, al proveernos de los problemas de las grandes maternidades sin aportarnos las ventajas de los nuevos modelos de atención al parto.

2. Las **prisas**. Acometer una transformación de este calado necesita unos tiempos bien medidos para que los equipos se aclimaten a la nueva situación. El acortamiento de estos tiempos, en función de criterios no técnicos, solo puede esperarse que empeore el resultado final. En este sentido es notorio que entre el colectivo de matronas existe la impresión de que un proyecto que mejore las actuales condiciones de trabajo es muy necesario, pero que la forma en que se lleve a cabo es vital, pues un camino lleno de atajos no parece adecuado para algo tan delicado. El “medio plazo” del que han hablado los gestores, y que parece adecuado para un proyecto de esta categoría, tendría que ser expresado con más claridad para poder establecer un plan de trabajo claro, en el que no hubiese apresuramientos ni dilaciones injustificadas.



Entrada al Hospital Infanta Elena

Fortalezas de la Alianza Estratégica

Son fortalezas aquellas energías favorecedoras del proyecto que se encuentran presentes de forma interna al sistema. En este sentido podrían subrayarse las siguientes:

1. La **elevada formación y motivación** del colectivo de matronas. Este grupo de profesionales, muy identificados con su labor y con capacidad para desarrollar un trabajo diversificado y de calidad, han tenido que superar pruebas objetivas de indudable exigencia para acceder a la formación especializada. A pesar de las dificultades propias de la asistencia al parto (que implica, por ejemplo, un mayor riesgo de exposición a material sérico⁵, o de sufrir una denuncia), y de no ver bien reconocida su especialidad en cuanto a la retribución económica que perciben, las matronas de Huelva siguen estando, en su mayor parte, motivadas con su trabajo y participan de diversas iniciativas profesionales, como la Asociación Andaluza de Matronas (cuyo último Congreso se celebró en nuestra provincia), el proceso de Acreditación de Competencias Profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, o el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal.

2. La **experiencia acumulada** por el Servicio Andaluz de Salud en la fusión de otros hospitales y en la creación de Unidades de Gestión Clínica intercentros, como, por ejemplo, el proceso de unificación de los hospitales de Jaén. Esta experiencia debería permitir la evitación de errores detectados en procesos anteriores y la incorporación de metodologías de trabajo que hayan demostrado su eficacia.

Oportunidades de la Alianza Estratégica

Se denominan oportunidades a las circunstancias externas al proyecto que pueden favorecer su desarrollo y en este caso aparecen.

1. El **soporte institucional, político y social** que existe a favor de una transformación de la asistencia obstétrica. La Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad⁶, que en nuestra comunidad autónoma ha cristalizado en el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal, es el mejor exponente de este soporte. También la sociedad civil, a través de asociaciones como, por ejemplo, **El parto es nuestro**, apoyan un cambio en el modelo de atención al parto.

2. La posibilidad de ofrecer a las matronas, con este proyecto, una **oportunidad de consolidar su autonomía profesional** y mejorar la consideración social de su colectivo. Delimitar claramente el área de trabajo independiente de las matronas y potenciar su desarrollo, incorporar mejoras en la plantilla y abrir caminos para un justo reconocimiento de la especialidad en las retribuciones, son propuestas que sólo pueden conseguir la adhesión de este colectivo al proyecto de la Alianza Estratégica.

	Factores negativos	Factores positivos
Factores internos	<p>Debilidades</p> <p>Diferentes tradiciones. Resistencia al cambio. Ausencia de matronas gestoras. Carencia de cultura de trabajo en equipo.</p>	<p>Fortalezas</p> <p>Elevada formación y motivación. Experiencia acumulada.</p>
Factores externos	<p>Amenazas</p> <p>Presupuesto insuficiente. Prisas.</p>	<p>Oportunidades</p> <p>Soporte institucional, político y social. Autonomía y reconocimiento profesional.</p>

Tabla resumen

Conclusiones

Los resultados provisionales que ofrece este trabajo pueden servir como primer paso para la apertura de un debate intenso y riguroso sobre la Alianza Estratégica. Este debate es imprescindible para conseguir un proyecto sólido que no sólo implique una enorme transformación administrativa de la asistencia al parto en Huelva, sino la creación de un área de Partorio capaz de satisfacer las necesidades de la población, de potenciar las capacidades de sus profesionales y de servir de modelo para la renovación de la atención perinatal en Andalucía.

Bibliografía

- Huelva Información, 8 de Febrero de 2010.
- Montañés Serrano, M.: Metodología y técnica participativa. Teoría y práctica de una estrategia de investigación participativa, Editorial UOC, Barcelona, 2009.
- Véase el breve, aunque excelente, NHS Centre For Reviews and Dissemination, "Getting evidence into practice", Effective Health Care, 5(1), Febrero 1999, disponible en <http://www.york.ac.uk/inst/crd/EHC/ehc51.pdf>
- Para conocer las directrices generales del nuevo modelo de aten-

ción al parto basado en evidencias puede verse el documento Maternidad Hospitalaria. Estándares y recomendaciones, publicado por el Ministerio de Sanidad y Política Social en 2009, disponible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>

5 Ramos Pérez, F. et al., "Exposición ocupacional a sangre y material biológico en personal sanitario: Proyecto EPINETAC 1996-2000", Medicina Clínica, 122 (3), 2004: 8186.

6 Disponible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>

HAITÍ desde

La República Dominicana

Texto: Antonio Manjavacas García del Pozo

El martes 12 de enero de 2010 a las 16.53 hora local, se produce un terremoto de 7 grados de magnitud en la escala Richter, con hipocentro a 13 km. de profundidad y epicentro en Latitud 18.45 Longitud -72.44, entre Leogane y Carrefour, Departamento del Oeste, República de Haití. Las localidades más afectadas son Puerto Príncipe, Carrefour y Jacmel

JIMANÍ.

Puesto fronterizo

Toda la ayuda se coordinaba desde la República Dominicana los primeros días, donde se había creado un corredor humanitario desde Santo Domingo hacia Haití pasando la frontera por Jimaní.

Jimaní capital de la provincia de Independencia se encuentra en el oeste del país, haciendo frontera con Haití, tiene 11.414 habitantes (5.842 urbana y 5.572 rural). Esta ciudad fronteriza se encuentra a 280 kilómetros de Santo Domingo.

El destino ha querido aunar más a las gentes de Jimaní y de Haití, pues ya en Enero de 2004, con ocasión de

las graves inundaciones, hizo sentirse en sentido inverso la solidaridad del pueblo haitiano con sus vecinos, siendo estos los primeros en llegar a ayudar a los damnificados de la provincia.

Hospital de Jimaní

El hospital General Meleciano, es un pequeño hospital fronterizo con una capacidad de 30 camas, una vez ocupadas, el resto permanecía en colchones. Cada rincón y cada espacio que conforma este centro de salud, estaba ocupado por pacientes heridos. De aquí eran referidos a su vez a centros de Barahona, La Descubierta, Neyba, Azua y la capital. En Jimaní se habían establecido cuatro centros de atención en salud (alrededor de 2.200 personas):

Hospital de Jimaní

Iglesia de Bethel: Punto de rehabilitación/recuperación. Administración religiosa.

CONANI: Centro de nutrición infantil.

Buen Samaritano: Administración privada. Entidades no gubernamentales mayormente norteamericanas. (800 personas entre pacientes y familiares).

Fundación "El Buen Samaritano"

Su construcción fue iniciada a raíz de la riada de Jimaní en mayo de 2004, que mató a cientos de dominicanos y haitianos y el hospital público no daba abasto para atender a los cientos de heridos.

Este establecimiento habitualmente solo ofrece atenciones ambulatorias por lo que fue necesario habilitar quirófanos, laboratorio, farmacia, camillas y posteriormente diversos tipos de camas, para atender y alojar alrededor de 300 pacientes. Para todos (pacientes y personal) hubo que asegurar comida, medicamentos, higiene, profilaxis de enfermedades infecciosas, vigilancia



epidemiológica, seguridad, etc. También se montó una gran carpa, llegándose a usar incluso la capilla.

MISIÓN: Apoyo Sanitario (Asistencia Pediátrica) Terremoto en Haití

Para apoyar a los damnificados del terremoto acontecido en Haití el pasado 12 de Enero de 2010; La Fundación SAMU-SEMECA (Sociedad Española de Medicina de Catástrofes) desplegó una unidad de Socorro Humanitario, conformada por un grupo de personal capacitado, en catástrofes y en atención pediátrica, compuesta por un Jefe de expedición, cuatro médicos y diez enfermeros.

OBJETIVOS

Consecución, Conocimiento y Desplazamiento de los equipos humano el material de uso en zona de catástrofe.
 Despliegue de una estructura de Atención Sanitaria, en base a TRIAGE realizado por personal de asistencia.
 Activar un plan de contingencia.
 Implementar técnicas de atención en la zona, en conjunto con otras instituciones de carácter local y foráneo.
 Desplegar estructuras de supervivencia y circunstancias del personal enviado a tal labor.

Dada la imposibilidad de poder acceder a Haití por estar cerrada la frontera por toque de queda en Puerto Príncipe se optó por ir a prestar ayuda sanitaria al hospital creado de forma circunstancial por la fundación Buen Samaritano, siendo este hospital referente para el traslado víctimas del terremoto de Haití.

Se comenzó el trabajo en el área de post operatorio, ayudando en el triage quirúrgico y dándole seguimiento a sus intervenciones quirúrgicas, logrando de este modo establecernos como personal sanitario fijo de la

zona A del área post/quirúrgica, zona denominada como orfanatorio.

De las 5 zonas que constituían el complejo sanitario montado para esta catástrofe, (Zona quirúrgica, U.C.I., Carpa, capilla y orfanato) sobretodo uno de ellos, el orfanato, acumulaba una gran cantidad de víctimas que procedían desde Haití con pronósticos graves o muy graves, siendo el grado de hacinamiento muy elevado y la carencia de medios humanos y estructuras físicas donde evacuar a pacientes estables bastante significativa.

Tras las presentaciones hicimos un recorrido por las instalaciones y tuvimos una constatación de la gran cantidad de enfermos y la hacinación en las habitaciones. El orfanato es un edificio de dos alas con dos plantas, derecha e izquierda y en cada ala seis habitaciones, abajo en la parte central había una zona diáfana que daba paso a las escaleras, allí se realizaba el Triage y a la vez servía de observación de urgencias.

Para ser más operativos nos dividimos en dos grupos de trabajo compuestos cada uno por dos médicos y cinco enfermeros. Los turnos de trabajo se establecieron de 12 horas cada uno comenzando a las 7 h. de la mañana. El día anterior había decrecido la masiva llegada de víctimas y nuestro trabajo no sería realizar triage y llevar observación, ya que de ello se habían hecho cargo los americanos, nosotros realizaríamos la atención y seguimiento de las víctimas, el control de curas y heridas, además de su estabilización.



Nuestra zona de trabajo estaba en el ala derecha de la primera planta, pero también ayudábamos en el resto. Tras la identificación del enfermo se le asignaba un número correlativo y una letra correspondiente a la habitación que ubicaban y se les escribía en una pulsera de

esparadrappo en la muñeca así pudimos empezar a hacer historias clínicas. Las jornadas empezaban las 6:30 h. y tras un ligero desayuno, íbamos al orfanato. El trabajo consistía, en la realización de curas de heridas y amputaciones, limpieza de puntos de entrada de numerosos fijadores externos, canalización de vías periféricas y realizar transfusiones seguimiento y aplicación de los tratamientos médicos.

A las 18:45 h. del segundo día hubo un terremoto de unos 4 ó 5°, que desató un pánico colectivo entre enfermos y familiares corriendo hacia el exterior y el campo, arrastrando todo lo que encontraban a su paso. Los propios enfermos como podían se arrastraban y corrían escaleras abajo y otros familiares o acompañantes, arrastraron colchones con los enfermos por las escaleras sin preocuparse por las heridas que ya tenían ni por las consecuencias o dolor que podían ocasionarles, otros por el contrario eran arrastrados literalmente por los hombros escaleras a bajo, todo esto entre gritos y chillidos tanto de dolor, como de miedo mezclados con cánticos religiosos. Se sucedieron escenas dantescas propias de película, viendo como se golpeaban con los escalones al ser bajados de esa manera aquellos enfermos con los fijadores externos en piernas o con fracturas de pelvis o caderas, enfermos corriendo con escayolas etc. y allí estábamos nosotros, velando por no ser arrastrados también por esa marea humana. Nos reunimos todos en el exterior esperando que pasara el pánico sucedido. Incluso se comentó que uno o dos enfermos se llegaron a tirar desde el primer piso, teniendo que ser evacuados. Cuando pasaron unos minutos de seguridad, ayudamos a bajar al resto de enfermos que habían sido abandonados en el interior del edificio por no tener familiares o amigos.



Cuando ya no quedaba nadie en el interior de las habitaciones nos reunimos todo el equipo y se decidió que debíamos ir a por el material E.p.i. (Equipo de protección individual), completo por si hubiera alguna réplica más y se produjeran daños mayores. Nos preparamos con casco, linterna frontal, silbato, guantes de trabajo, chalecos y pantalones reflectantes del uniforme. También se distribuyeron todos los walki-talkies, permaneciendo todos encendidos y conectados en malla.

Al haberse reunido todos los enfermos en el exterior procedimos a hacer:

Triage rápido a todas las víctimas, que consistía en saber si le había sucedido algo en la evacuación y si tenían dolor.

Tratar a los que tenían dolor y a recomponer los vendajes y apósitos removidos o caídos durante el pánico creado.

Solicitar que nos mostraran la historia clínica, que algunos habían perdido, y a aquellos que no disponían de identificación procedimos a hacerlo mediante pulseras de esparadrappo identificando el número y habitación a la que pertenecían.

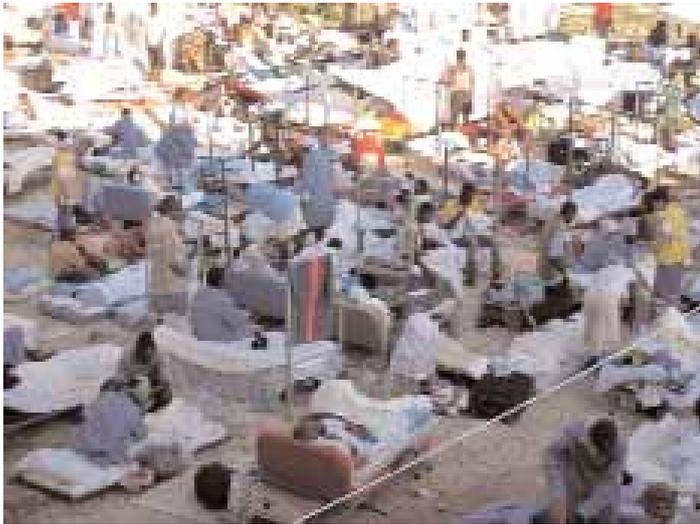
Ayudar a sacar al exterior las camas abandonadas juntamente con voluntarios, para así no estar directamente en contacto con la tierra y con la suciedad y humedad del suelo, ya que éste era en su mayoría hierba.

Pasados estos momentos se quedaron el grupo de noche que empezaba la guardia, durante la misma a las 23,35 h. sentimos una nueva réplica que nos hizo salir de prisa al exterior. Tras ello decidimos montar las tiendas de campaña y dormir en ellas por seguridad del equipo.

Al siguiente día, el escenario que nos encontramos era irreconocible, todos estaban tal los dejamos en el exterior del edificio, habían comenzado a entrelazar sábanas y cartones entre las camas, protegiéndose de la humedad de la noche.

En primer lugar se dividió la zona en cuatro sectores, señaladas por cartones informativos (A, B, C, D), y separados unos pequeños pasillos mediante vendas. Se hizo el reparto de los sectores quedándonos el grupo español con el sector B, que era además el más numeroso y que nos daría mucho más trabajo.

Tras la identificación de los enfermos, se hizo una relación nominal, rellenando la historia clínica o bien se le



hacía de nuevo si no la poseía. Todo ello implicó que el trabajo fuera mucho más costoso, Comenzamos las curas de las heridas y amputaciones bajo un duro sol y un calor asfixiante, añadiendo el que era muy difícil moverse entre las camas de los enfermos entre las sábanas anudadas, obligándonos a agacharnos para pasar de unos a otros, además del suelo cubierto de hierba y cantos de piedra.

Para hacer las curas, a la mayoría se les debía inyectar analgésicos e incluso morfina y/o ketamina u anestésicos para poder limpiar las grandes heridas con desgarros y amputaciones de manos y de piernas, habiendo algunos casos que coincidían las dos manos o las dos piernas, todo ello no perdonando ni edades ni sexos. Nuestras posibilidades con el material de curas era muy limitado además de las condiciones higiénicas. Lavábamos con suero fisiológico, desbridábamos si era necesario y dependiendo de la herida se limpiaba externamente con betadine o povidona-yodada y dentro poníamos pomada antibiótica de la que solo disponíamos de una clase, una pomada triple antibiótica o en otros casos con silvederma.

La patologías atendidas eran abrasiones, desgarros importantes, síndromes compartimentales con escarectomías y amputaciones. Tardamos mucho tiempo en curar pues también había muchas víctimas con fijadores externos para fijar las fracturas de fémur, tibia, peroné y húmeros, que les impedían, tanto moverse como levantarse.

Los traslados de los enfermos los teníamos que realizar nosotros directamente por medio de camillas (sin ruedas).



El cuarto día estuvo marcado por las primeras evacuaciones mediante helicópteros a un nuevo campamento sanitario a 20 km. de la frontera dentro de Haití situado en el pueblo de Font Parisièn.

Todo este trabajo lo estuvimos realizando hasta el día 28 de Enero ya que en la reunión de mandos se acordó un cambio de lugar de trabajo para el equipo de SEMECA. El nuevo emplazamiento para el trabajo del equipo español, estaba distribuido en tres sectores:

Carpa situada en un lateral del edificio central y con una cantidad mínima de 31 camas, que en momento de necesidad se podrían acomodar un número mayor de enfermos, quizás hasta unos 40 ó 45 enfermos, tenía mejor comodidad al estar bajo cubierto y los enfermos al estar repartidos circularmente tenían un mejor acceso a ellos.

Capilla, situada cerca de la carpa, realmente era la capilla que había sido utilizada para acoger a las víctimas. Era un sitio cómodo ya que era del tipo tropical, sin paredes en la parte anterior y posterior y los laterales con huecos que dejaban pasar el aire. Tenía una capacidad a lo largo de sus paredes de 30 enfermos.



U.C.I., situada en dos camiones tráiler y que podía acoger a unos diez enfermos en camillas. Mayormente los enfermos que allí había eran enfermos con lesiones medulares, entre otros.

Se establecieron nuevos turnos de trabajo de 8 h. y el turno de noche de 10 h., que irían cambiando. La distribución del personal fue: dos enfermeros y un médico en la carpa, dos enfermeros en la capilla y otro en la U.C.I. y el segundo médico se repartía entre la capilla y UCI al estar ambas instalaciones contiguas.

Al igual que en el orfanato, disponíamos de traductores, unos haitianos que hablaban español, y otros voluntarios que hablaban francés y español, ya que el idioma oficial de los haitianos era el creollo aunque también entendían el francés.

Aquí se introduce un sistema nuevo de hoja de registro dentro de la historia, en la que se escribía el número de registro dado a cada enfermo por la organización y que portaban en la muñeca mediante una pulsera de color verde. Para el reparto de la comida se tenía en cuenta las pulseras así como al familiar directo que portaba otra de color rojo con la misma identificación. Si sobraba algo de comida se repartía entre los demás.

Nuestro arduo trabajo estaba más organizado, aunque de vez en cuando venían cirujanos y traumatólogos para visitar o programar una nueva intervención y llevarlos a quirófano. El traslado lo hacían grupos de voluntarios de distintas profesiones y países que habían venido a ayudar, a veces lo hacían en un coche pickup, y algunas veces con ambulancias, pero no todos los días se disponía de ellos y había que transportarlos sólo en camillas.

Durante estos días se empezaron a evacuar en helicópteros militares gran cantidad de pacientes al barco hospital americano, a Sto. Domingo si necesitaban neurocirugía y a Fond Parisien los enfermos dados de alta, necesitando transportarlos en camillas, lo que suponía un gran esfuerzo físico. Entre estos traslados, se llevaron a nuestros enfermos que estaban en la UCI, lo que facilitó nuestro trabajo al no tener el equipo tanta dispersión.

Dada la cantidad de curas, se decidió organizarnos de tal manera que todos los componentes del equipo comenzáramos juntos a las ocho de la mañana hasta terminar las curas lo más pronto posible, evitando así las horas del mediodía de más calor, una vez que se terminaba las curas los que habían estado de noche se retiraban a descansar.

Comenzamos a establecer unas dinámicas más hospitalarias, así al empezar el día obligábamos a que se asearan, ayudando nosotros a aquellos que tenían mayor impedimento o que se encontraban solos, posteriormente se intentaban que limpiaran alrededor de las camas de papeles y restos de comida, para que una vez limpios y aseados proseguir con las curas. Por las tardes cuando disminuía el trabajo se atendía más a los niños con dibujos y pinturas, dándose incluso premios al mejor dibujo, se cantaba con ellos aunque con canciones en español todo este trabajo, la verdad sea dicha lo organizaban sobretodo los miembros más jóvenes y dinámicos de nuestro equipo.

A partir del cuarto día y dado de que uno de nuestros médicos era pediatra, conseguimos entre todos cambiar a todos los niños a la capilla, convirtiéndola así en la zona pediátrica, aunque también se quedaron algunos adultos. Esto motivó y ayudó al estímulo y la diversión entre los niños y más jovencitos. Llegándose incluso a celebrar el cumpleaños de alguno de los niños con regalos tartas y celebraciones.

No obstante el trabajo no decrecía ya que se estaba intentando ir cerrando el orfanato, (en peores condiciones de hacinamiento), aprovechando las altas que se iban produciendo y a los demás poco a poco se les traía a la carpa y a la capilla.

Relación de patologías que atendíamos:

Fx MMII dcho.
Amputación dedo MMII dcho.
Amputación MMSS izq. Fx fémur

Amputación MMSS dcho.
 Fx fémur D c/fijador ext.
 Amputación MMII izq.
 Laceración rodilla D
 Amputación MMII dcho.
 Fx fémur D
 Sd. compartimental
 Fx fémur I
 Heridas con gran pérdida de sustancia
 Amputación pierna I
 Hemotorax Izq.
 Fx fémur c/fijador ext.
 Embarazo con patología traumática añadida
 Fx fémur D c/fijador ext.
 Fx aplastamiento L1, Úlcera profunda
 Fx fémur D con yeso
 2º grado sacro, trauma lumbar.
 Fx fémur bilateral c/fijador externo
 fx acetabular
 Fx húmero I + laceración
 Fx supracondilial, Fx tibia-fémur D
 Fx MID con yeso
 Fx fémur c/fijador ext.
 Amputación MID
 Paraplejía, UPP Fx D12
 ITU, luxación cadera D, pos. Fx pelvis,
 Fx tibia c/fijador ext. Herida con perd. Sust
 Fx cuello
 Amputación MSI Embarazada 3 meses
 Quemaduras 3º grado muslos y glúteos
 Fx L3 con aplastamiento, paraplejía
 Herida abrasión brazo D
 Trauma espinal, ITU, UPP sacra
 Fx calcáneo c/fijador ext.
 Laceración en cabeza con injerto piel abdomen

CONCLUSIONES

Mi voluntad personal al ponerme disponible, para ayudar a las víctimas de una catástrofe, por medio de una misión humanitaria, en la que fui miembro del equipo de Fundación SAMU-SEMECA, fue hartamente satisfactoria, aunque en un primer momento miembros del equipo manifestaran su deseo de que quizás hubiéramos sido más útiles si hubiéramos llegado a Puerto Príncipe, creo que todos llegamos a la conclusión de que allí donde estén las víctimas es necesario una presencia sanitaria.

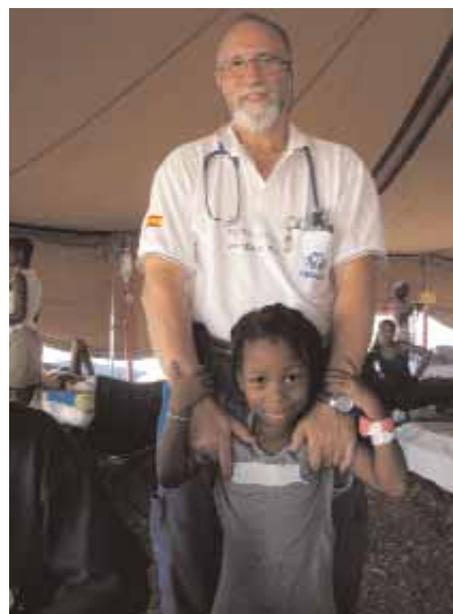
En toda catástrofe como su propio nombre indica, todo por muy planeado que esté, va cambiando conforme a

las víctimas, a las circunstancias y a las necesidades que te encuentras, y que por eso debemos siempre aceptar ese plan B, si con eso conseguimos nuestros objetivos.

Podríamos concluir diciendo que el trabajo, aunque se cambió el objetivo que en un principio se nos informó de que sería de Triage y observación. El trabajo realizado tanto en la primera parte en el Orfanato, como la segunda en la Carpa, Capilla y Uci tráiler, realizando curas, estabilizando pacientes, camilleando, fue muy satisfactorio, aunque debido a las condiciones de los primeros días, trabajamos en la pura realidad que puede presentar un campamento sanitario de refugiados víctimas de una catástrofe.

Me quedo muy satisfecho por el componente humano del equipo, en el que todos hemos sido necesarios, sin embargo cada uno con su ser y personalidad fue logrando el fortalecimiento del grupo y de esta manera y sobre todo cuando el trabajo y el estrés psicológico empieza a aflorar fuimos capaces de dar ese tirón necesario para imponernos en el día a día y ser capaces de dar todo lo mejor que cada uno tiene y reflejarlo en la transmisión humana que se hace ante las víctimas que han perdido todo.

Recordar que la presencia de nuestro jefe-presidente Dr. Leiva vino a ser partícipe en ese levantar el ánimo del equipo y supo sacar lo mejor del grupo y ayudar a recargarnos las pilas y poder así mostrar nuestras propias personalidades, sin olvidar que la juventud es un grado a sumar en la solidaridad que nos



Manjavacas con un niño haitiano atendido

brindó la oportunidad de conseguir la dignificación humana y en parte alegría de las víctimas y su transformación en enfermos con su propia identidad de personas y niños pudieran encontrar mejor alivio a desgracia y en muchos casos soledad.

CUIDADOS Y COMPROMISO a PIE DE CAMA



Huelva.- Redacción

La Asociación de Enfermeras de Hospitales de Andalucía (Asenhoa) eligió la ciudad de Punta Umbría para celebrar su I Congreso anual logrando una importante participación, eco y resultados. El Colegio Oficial de Huelva, así como el Consejo Andaluz de Enfermería (CAE) formaron parte, entre otras entidades, de esta primera puesta en escena de cara a potenciar un foro que representa a una parte sustantiva de la profesión, justo la que ejerce en la red de centros hospitalarios públicos en la región.

La Asenhoa es una entidad de corta trayectoria pues surgió a iniciativa de un grupo de enfermeras de Cádiz y su pro-

vincia. Concretamente su origen se localiza en el hospital Puerta del Mar (Cádiz) en mayo de 2007 con el objetivo de "promover en la atención especializada, una práctica enfermera homogénea, basada en la evidencia científica y donde la humanización de los cuidados y la personalización de la atención al paciente constituyan un fin para todos los profesionales". La presidencia recayó, desde el momento fundacional, en la enfermera Rosario García Juárez (del hospital de Puerto Real; Cádiz) al frente de una Junta que tiene vocales en representación de los principales hospitales de todas las provincias de Andalucía, recayendo en la de Huelva su correspondiente vocalía en Camelia García, (formación continua del hospital Juan Ramón Jiménez) y, a su vez, presidenta del comité organizador de este I Congreso con escenario en Punta Umbría.

Cama

El foro, organizado por los hospitales Juan Ramón Jiménez, Infanta Elena y Riotinto, reunió a unos 200 profesionales llegados de diversos puntos de la comunidad a los que convocó el lema de "Cuidados exce-





lentes a pie de cama, nuestro compromiso". O lo que es igual, reflexionar, mediante un denso programa, acerca de "la importancia de situar en niveles de excelencia los cuidados de Enfermería", pero teniendo algo muy presente, "no olvidar el cuidado del enfermo a pie de cama que requiere del profesional que lo atiende las mejores intervenciones".

En la inauguración asistieron, entre otras autoridades, el alcalde de Punta Umbría, Gonzalo Rodríguez Nevado, junto al presidente del Colegio de Enfermería de Huelva, Gonzalo García Domínguez y la responsable del Congreso, Camelia García. Todos tuvieron palabras de felicitación porque Asenhóa, tras dos anteriores jornadas celebradas en Cádiz y Sevilla (hospital Virgen del Rocío) daba un importante paso adelante merced a la celebración de este I Congreso del que todos confían tenga periodicidad anual.

Programa

La responsable del comité organizador, Camelia García mostró su satisfacción por el desarrollo del programa del que, dijo, "los asistentes han destacado sobremedida en los cuestionarios de valoración, un alto nivel científico en todos los apartados que, durante los tres días, se fueron desgranando en torno a un amplio cuestionario de enunciados. Por ejemplo los titulados manejo de fondos documentales,

cómo afrontar las competencias profesionales enfermeras en la gestión clínica, la acreditación de esas mismas competencias, el desarrollo profesional, las experiencias de buenas prácticas enfermeras, la personalización del cuidado en el proceso quirúrgico, el circuito de enfermos frágiles en las urgencias o las buenas prácticas en un área de hospitalización".



El programa también contempló cinco Mesas redondas con cuatro comunicaciones orales registrándose un total de 134 comunicaciones presentadas en formato de póster. También hubo lugar para la realización de varios Talleres simultáneos sobre cuidados al paciente ostomizado, la

prescripción enfermera, la normativa y desarrollo de la misma, los cuidados en la piel, los problemas derivados de la incontinencia y un largo etcétera.

Pilares

En este I Congreso se abordaron los cuatro pilares en que se fundamenta la asistencia de las enfermeras de hospitales en la región. A saber: la persona, (incorporando su opinión y nivel de satisfacción); los profesionales (con su acreditación de competencias), la visión de las sociedades científicas (con su cometido en cuanto a reflexión) y, finalmente, la presentación práctica de experiencia novedosas para las buenas prácticas enfermeras.

El presidente del Colegio de Enfermería, Gonzalo García, ha querido destacar el apoyo a este I Congreso porque, "nadie puede soslayar el enorme papel que la Enfermería desempeña en el conjunto de los hospitales públicos del SAS. La suma de todos y cada uno de los esfuerzos que el personal de Enfermería lleva a cabo en los centros hospitalarios desde Huelva a Almería equivaldría a que estamos señalando una de las claves para nuestro sistema público sanitario. Es lógico que el Colegio de Enfermería de la provincia de Huelva haya querido apoyar este I Congreso de la Asenhóa que, además con escenario onubense, debe significar un punto de partida para la implantación y consolidación de los intereses que atañen a la Enfermería andaluza hospitalaria con todo el enorme contexto que engloba y representa. Tanto el Colegio provincial como el CAE no dudamos en mostrar nuestra adhesión y respaldo a los convocantes".

Vivencias

Entre las conclusiones del Congreso, se ha mostrado la necesidad de "fomentar la escucha y participación de las asociaciones de enfermeras/os" como un objetivo de Asenhóa. En el transcurso de los debates se puso de manifiesto la "importancia de que el paciente y su círculo familiar aporten las vivencias y que el profesional sanitario sea capaz de canalizarlas para, de este modo, lograr mejoras en su proceso de atención".

RED EUROPEA PARA LA BIOSEGURIDAD

Huelva.- Redacción

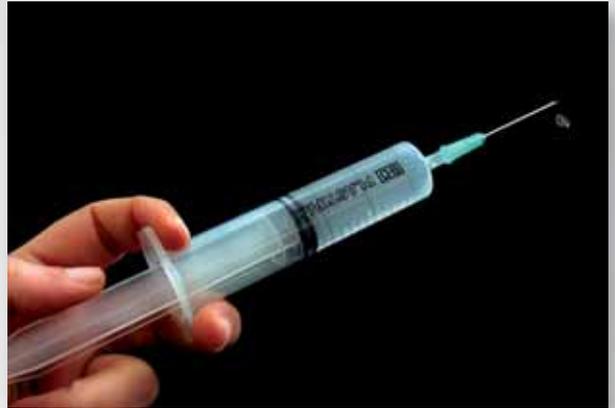
En Madrid, y en la sede el Consejo General de Enfermería, quedó formalmente constituida la Red Europea de Bioseguridad cuyo objetivo es potenciar e implantar los dispositivos antipinchazos en en seno de la Unión Europea (UE). En esta materia, el Consejo de Enfermería lleva años de trabajo para que se haga realidad que los riesgos por esta causa se reduzcan a la mínima expresión. De momento, cinco regiones españolas se han adherido a la directiva comunitaria.

Con presencia del secretario general del Ministerio de Sanidad, José Martínez Olmos, además de expertos europeos en la materia, el presidente del Consejo, Máximo González Jurado vio fructificar los esfuerzos, de tantos años, para que toda Europa se sume a introducir mecanismos de bioseguridad que eviten la proliferación de lesiones originadas por instrumentos cortantes y punzantes en el mundo sanitario y donde Enfermería aparece como uno de los sectores mas damnificados por esta causa.

Una vez publicada en el Diario de la UE, la directiva continental, impulsada desde España, por la que se obliga a todos las naciones a promover los mecanismos de bioseguridad en sus sistemas sanitarios, el presidente del Consejo Ge-

neral de Enfermería recordó que, con este compromiso político, "se ha dado el primer paso". Ahora debe exigirse la obligatoriedad de los dispositivos de bioseguridad que, con el esfuerzo y colaboración de todas las naciones, llegue a extenderse de forma efectiva en el seno de la Unión".

La importancia de este contexto viene avalada por las las cifras. Por ejemplo: en España se declara una media anual de 30.000 accidentes percutáneos (es decir: pinchazos accidentales) los cuales tienen el riesgo de transmitir infecciones vía hemática. Sin embargo, el escaso número de declaraciones de estas incidencias –estimadas en un 60% del total– hace que se imponga avanzar en la cultura de la prevención. Enfermería declara el 46,3% de los accidentes percutáneos y, según las estadísticas oficiales, de cada 100 exposiciones accidentales declaradas 1 de cada 10 se expone al contagio con el virus de la hepatitis C.1. de cada 20 está expuesto al contagio con el virus de VIH, con el riesgo añadido de contraer el SIDA y, finalmente, 1 de cada 50 se expone al contagio del virus de la hepatitis B.A este marco de riesgos hay que añadir el gravamen en forma del estrés originado por los factores laborales frecuentes.



Desde el Consejo General de Enfermería se entiende que no hay justificación alguna para que no se apueste, de forma decidida, a la hora de implantar estos dispositivos en el Sistema Nacional Sanitario (SNS). En este sentido, se avala su utilidad con este otro poderoso argumento: se reducirían los riesgos en un 85% mientras el ahorro estimado para el SNS se sitúa en torno al 73% frente a los costes derivados de los pinchazos sufridos de modo accidental por el personal sanitario. En España, actualmente, solo cinco regiones han decidido aplicar la normativa en sus sistemas sanitarios. Son: Madrid, Castilla La Mancha, Baleares, Galicia y Navarra. Esto equivale a decir que la Enfermería que trabaja en esas comunidades lo hace con una seguridad casi total mientras el resto –(Andalucía entre ellas)– se ven expuesta, diariamente, a percances en forma de cortes /pinchazos accidentales y, por otra parte, evitables con los mecanismos pertinentes

REBAJA DEL 5,7% EN EL SUELDO DE LOS TRABAJADORES PÚBLICOS

González Jurado: "La situación es verdaderamente crítica por lo que los recortes deberían ser para todos"

Huelva. Redacción

La gravísima crisis económica que sufre España y tiene en vilo a Europa, ha traído, como primera consecuencia, un recorte salarial para los trabajadores de la función pública. Jueces, docentes, sanitarios, policías: verán como, a partir de junio 2010, sus nóminas sufrirán un ajuste del 5,7% como consecuencia de una primera batería de medidas dictada por el gobierno de Rodríguez Zapatero. Pero en el medio sanitario también han recaído otros esfuerzos como son el recorte en el precio de los medicamentos, la eliminación del carácter retroactivo de la Ley de Dependencia y la congelación de las pensiones.

España padece una situación de alarma económica y el ejecutivo socialista de Rodríguez Zapatero ha decidido que para intentar rebajar el déficit los trabajadores del sector público fuesen los primeros a la hora de apretarse el cinturón. Por primera vez en la historia reciente de España, los salarios de los empleados públicos —Enfermería incluida— experimentan una rebaja del 5,7% de media desde el mes de junio. La medida afecta a unos 2.5 millones de personas desde jueces, policías, personal médico y Enfermería, enseñantes y un largo etcétera de colectivos al servicio de la administración del Estado. En este capítulo, Zapatero anunció que lograría ahorrarse unos 3.000 millones de euros. Eso sí, por el momento, las rebajas no aplican a las estructuras políticas de los tres niveles administrativos: central, regional y local.



Máximo González

Respecto al sector farmacéutico, el gobierno volvió a meter la tijera en la factura de Farmacia, y la decisión consiste en bajar los precios de los medicamentos con patente en vigor, después de que, meses atrás, se hubiera recortado a los fármacos sin patente. En el ministerio de Sanidad se anunció que el ahorro por esta cuestión será de unos 1.350 millones de euros. La industria farmacéutica no tardó en anunciar que la medida supondrá una pérdida de 20.000 trabajadores. Pero también están las pensiones de los trabajadores de sector público (miles de enfermeras y enfermeros entre ellos). La crisis que no fue correcta ni prontamente afrontada por el gobierno de la nación ha supuesto que las pensiones se congelarán en 2011, con exclusión de las mínimas y las no contributivas. Este es el daño más grave infligido a las pensiones desde que hace un cuarto de siglo (1985) entrase en vigor el Pacto de Toledo por el que los pensionistas españoles veían aumentar, por razón legal, sus percepciones. El gobierno ahorrará 1.500 millones de euros por este frente.

Las reacciones, generalmente críticas contra el ejecutivo central, no tardaron en aflorar y también desde la Enfermería. El presidente del

Consejo General, Máximo González Jurado se refirió a la merma de sueldo que van a padecer las 250.000 enfermeras(os) del SNS subrayando que "se trata de una medida de alto calado y que supone un esfuerzo económico grande" para la profesión. González Jurado vaticinó que la Enfermería "aceptará el esfuerzo que se le demanda en forma de una bajada de sueldos del 5% de media" pidiendo a continuación que la medida se extienda a todos los organismos públicos e incluso el sector privado. "España se encuentra en una situación verdaderamente crítica, más de lo que los ciudadanos piensan y de lo que se ha explicado hasta ahora" añadió González Jurado antes de reafirmarse "por no haber llevado una política económica adecuada".

El presidente nacional dijo que estos recortes salariales no van a suponer una merma en la calidad de la atención al paciente. En un acto celebrado en Tarragona, González Jurado dio a conocer los resultados de una encuesta realizada a nivel nacional a más de 1.000 enfermeras(os) que indica como "sorprendentemente, casi el 66% asumiría la bajada de sueldo de garantizarse una gestión más eficiente de los recursos públicos". La encuesta deja constancia del "profundo malestar que reina en el colectivo de Enfermería por el recorte salarial: Un 80% lo rechaza y más del 95% augura que los sacrificios exigidos no ayudarán a salir de la crisis".

Respecto al capítulo de los medicamentos, el responsable del Consejo General aplaudió la decisión de ajustar las dosis de los fármacos así como crear unidades de envases al tratamiento de cada paciente. Con ello, dijo, "se evitará que los ciudadanos acaben acumulando medicamentos en sus casas o, incluso, los acaben tirando". Finalmente, en la Ley de Dependencia, el gobierno del PSOE decidió eliminar la retroactividad por lo que, a partir de ahora, no se abonarán las deudas contraídas con aquellas personas, o sus herederos en caso de fallecimiento, a quienes la ayuda les llegó con meses de retraso pese a tenerla oficialmente reconocida.

La educación en salud como modelo de desarrollo de la Participación ciudadana

Experiencia de un hospital comarcal (2007-2009)

Health education as a development model of citizen participation. Experience in a district hospital (2007-2009)

Minchón Hernando, Antonio*

González Pérez, M^a Cinta*

Rodríguez Jara, Carmen**

Bocanegra Rojas, Emilia*

* Diplomados en Enfermería

** Lic. en Ciencias de la Información.

Hospital "Infanta Elena", Huelva

*"Somos lo que pensamos,
lo que hacemos y, sobre todo,
la huella que dejamos"*

RESUMEN

Justificación: La Participación Ciudadana responde a la necesidad de diálogo permanente con la sociedad buscando en ella la pluralidad de opiniones, la transparencia de las instituciones y la implicación de los ciudadanos y ciudadanas.

Objetivos: La identificación de los líderes de opinión permitirá la constitución de la Comisión de Participación Ciudadana. Por otro lado, la mejora de los conocimientos en temas de salud aumentará igualmente la confianza en los profesionales, la implicación y la corresponsabilidad social de los usuarios.

Diseño e implantación: Se establecen cuatro líneas de actuación, independientes entre sí, enfocadas al conocimiento del centro sanitario por algunos grupos de interés, a actividades de Educación

para la Salud, al desarrollo de actividades compartidas y al establecimiento de alianzas y acuerdos. Se ponen de manifiesto las actuaciones llevadas a cabo durante el trienio 2007-09

Conclusiones: La Estrategia de Educación en Salud ha permitido el acercamiento entre los profesionales y usuarios; ha aumentado la confianza por parte de los usuarios en el centro sanitario y en sus profesionales y se han establecido acuerdos de colaboración entre asociaciones y el propio centro hospitalario. No ha sido posible la constitución de la Comisión de Participación Ciudadana.

Palabras claves: Participación ciudadana, participación social, opinión de los pacientes, vigilancia ciudadana.

JUSTIFICACIÓN

La "Participación Ciudadana" podría definirse como el compromiso

de los poderes públicos ante los ciudadanos y ciudadanas para promover la participación democrática y la transparencia en los asuntos públicos¹.

En el contexto sanitario de la Comunidad Autónoma de Andalucía está legalmente regulada en el Título III de la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía. En su Art. 11 se establece que el Consejo Andaluz de Salud es el órgano colegiado de participación ciudadana en la formulación de la política sanitaria. El Art. 14.1 establece además que "Por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía se podrán establecer órganos de participación ciudadana a otros niveles de la organización territorial y funcional del Sistema Sanitario Público de Andalucía"². Como resultado de esta regulación se acordó la firma de un Convenio de Cooperación entre la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, el Servicio Andaluz de Salud y las Organizaciones de Consumidores y Usuarios

de Andalucía en el que destacan cuatro áreas de actuación: Información Sanitaria, Reclamaciones y Sugerencias, Carta de Compromisos de Servicio Andaluz de Salud, Personalización y Mejora de la Calidad y, por último y en el que centramos el interés del artículo, el de la Educación Sanitaria³.

La Participación Ciudadana, desde el punto de vista de la gestión de las organizaciones, ofrece la posibilidad de –incorporando la opinión del ciudadano– mejorar la eficiencia y calidad de sus actuaciones o productos, construir y potenciar nuevos proyectos y, además, dar mayor legitimidad social a los mismos⁴.

La Participación Ciudadana no es la gran revolución de los últimos años pero es la herramienta de los grandes desafíos tal y como refiere la Coordinadora de las ONG de Desarrollo de España. En su informe sobre Base Social y Participación Ciudadana aporta conceptos con visión positivista (de los que nos hacemos eco) como *Fortalecimiento, Asociación, Medios de Comunicación, Oportunidad de Cambios o Educación* entre otros muchos⁵; definiciones que impedirán el tratamiento “costumbrista” de los problemas que atañen a las organizaciones y a los ciudadanos a los que sirven.

Pero aún hay más, en estos tiempos nos encontramos con una sociedad plural, multicultural, globalizada, en la que coexisten individuos con diferente identidad socio-cultural y que, por tanto, generan una sociedad mucho más compleja que utiliza el espacio de la Participación Ciudadana para, desde una concepción democrática, exponer esta nueva realidad y orientar hacia el rediseño de medidas encaminadas a la mejora de las organizaciones e instituciones que, en definitiva, tienen que servirles.

El movimiento asociativo actual tiene mayor implantación en el ámbito urbano que en el rural⁶. Esta circunstancia hace que las dificultades sean mayores en el contexto del hospital comarcal que nos sirve de referencia dado que su área de atención sanitaria es, fundamentalmente, rural. La Fundación Naturaleza y Cultura⁷ definió hace algunos años los problemas añadidos para la implantación de dichos movimientos de los cuales destacaríamos en primer lugar las diferencias generacionales y, distancias y accesos difíciles entre los diferentes núcleos que dificultan la comunicación como los más característicos en nuestro entorno de actuación.

OBJETIVOS

Los objetivos de la Estrategia de Educación en Salud en el contexto de la Participación Ciudadana los clasificamos en:

Generales:

- Identificar a los líderes de opinión entre la población.
- Crear la Comisión de Participación Ciudadana.
- Canalizar las iniciativas y sugerencias de los usuarios.

Específicos:

- Mejorar los conocimientos de la población en temas de salud.
- Aumentar la confianza de la ciudadanía en los servicios prestados desde el hospital.
- Implicar a la población en el desarrollo del modelo de atención sanitaria.
- Aumentar el grado de responsabilidad social que conlleva la toma de decisiones.

DISEÑO, IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA

El establecimiento de la Educación en Salud como modelo de desarro-

llo de la Participación Ciudadana se define, entre las estrategias de la Dirección del centro, como la primera y más adecuada propuesta de aproximación a los ciudadanos del área sanitaria.

Basado fundamentalmente en la competencia de los profesionales como educadores en salud, pretendemos en los distintos foros propuestos, incrementar la formación sanitaria de la sociedad y fomentar el debate público de la actuación sanitaria de la que, como centro asistencial, somos partícipes y responsables. Se hace necesario formar y capacitar a la población para optimizar su participación, mejorar su calidad de vida racionalizando además, la demanda en la atención sanitaria.

Para ello se diseñaron cuatro líneas de actuación enfocadas, por una parte, al conocimiento del centro sanitario por algunos grupos de interés, a actividades de Educación para la Salud propiamente dichas, al desarrollo de actividades compartidas y, por último, al establecimiento de alianzas y acuerdos con entidades y asociaciones de pacientes y usuarios (Tabla 1).

Las cuatro líneas de actuación, independientes entre sí cada una de ellas, orientan hacia el conocimiento de los intereses de la ciudadanía y hacia el descubrimiento de los líderes de opinión que, a través de los cauces reglamentarios, representen a los ciudadanos en la Comisión de Participación Ciudadana del centro que deberá crearse al efecto.

La primera de las líneas, conocida como “Programa Conoce tu Hospital”⁷, encuentra su justificación en la idea de que conocer el funcionamiento complejo de hospital, profundizar en el respeto y la confianza hacia la institución y sus profesionales, puede ser una buena

Tabla 1: Diseño de la Estrategia.

Programa conoce tu hospital	Actividades de EpS	Actividades compartidas	Acuerdos y alianzas
Institutos de de Educación Secundaria y Bachillerato	Corporaciones locales	Cursos	Federación de Asociaciones de Enfermos y familiares de Alzheimer
	Inst. Enseñanza Sec. y Bachillerato	Jornadas	
	AMPAs	Seminarios	
	Asociaciones Amas de Casa		
	Centro Penitenciario Huelva		
	Cuidando al Cuidado		

manera de enfocar las relaciones entre los ciudadanos y la Administración, entre trabajadores y usuarios⁸.

Por su parte, el “Programa de Educación para la Salud” pretende el acercamiento entre profesionales y ciudadanos, el fomento de hábitos saludables y, el establecimiento de relaciones de respeto y confianza entre la población y los pro-

fesionales sanitarios. Las actividades formativas llevadas a cabo durante el trienio 2007-09, han ido dirigidas específicamente a procesos o enfermedades de mayor prevalencia o impacto social en la población a la que se dirige y en base a factores de edad, nivel cultural, etc. (Tabla 2).

La tercera de las líneas, “Desarrollo de actividades compartidas”, se

orientó hacia la invitación a distintas asociaciones de pacientes en reuniones de contenido científico-profesional, donde el elemento de participación de las mismas aportaba la visión más directa, real y cercana de pacientes-cuidadores y en la que los testimonios expuestos sobre “experiencias de vida” marcaban un antes y un después en la percepción profesional en el binomio “atención profesional vs. Atención familiar” completando así mismo la formación de los profesionales.

Asociaciones participantes han sido.

1. Asociación Huelva Diabetes.
2. Asociación de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica de Aljaraque.
3. Asociación de Cuidadoras/es Familiares de Moguer (ACFA Moguer).
4. Huelva Acoge.
5. Federación Asociación de Familiares de Alzheimer y otras Demencias (AFAHuelva).
6. AMPAS's de distintos centros educativos de la provincia en el área de atención sanitaria.

Tabla 2: Actividades de Educación para la Salud.

- Diabetes. Tipos, tratamientos y recomendaciones.
- Cuida tus pies diabéticos.
- Alimentación y Nutrición en personas diabéticas.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Actividad física y alimentación saludable.
- ¡Hoy no como en casa!
- ¡Me duele la espalda! Mecánica corporal, nociones básicas.
- Higiene postural y nociones básicas de mecánica corporal.
- Salud Sexual y Reproductiva.
- Climaterio. El disfrute de la madurez.
- Prevención de toxicomanías en adolescentes.
- Medidas de prevención frente al tabaquismo.
- Prevención de accidentes domésticos y otras situaciones de urgencia.
- Soporte Vital Básico.
- Artrosis-Osteoporosis y su prevención.
- Patología de la mama. Técnicas de autoexploración.
- Cuidadoras vs cuidadores. Una propuesta de igualdad social.
- Cuidadoras: Enfoque, necesidades básicas y hospitalarias.
- Conciliación terapéutica y medidas higiénico sanitarias en VIH-Sida.

Entre las "alianzas y acuerdos", la última de las líneas de actuación, se trabajará en la concreción de las expectativas de los usuarios y la legitimación de actuaciones realizadas en ese sentido por la Dirección del centro.

RESULTADOS Y ACTIVIDADES REALIZADAS

Aunque con unos primeros esbozos durante el año 2006 en distintas localidades del área de actuación sanitaria, reseñaremos específicamente las correspondientes al trienio 2007-09 ya que son éstas las que han dado el verdadero impulso al programa de Participación Ciudadana.

Actividades realizadas durante el año 2007

- ✓ Jornadas de formación de profesionales en Estrategias de atención a la Ciudadanía; Humanización, Inmigración y Desigualdades en Salud.
- ✓ Elaboración y puesta en marcha del II Taller Mujer y Salud en colaboración con Atención Primaria y el Área de Bienestar Social del Ayuntamiento de Lepe.
- ✓ I Jornadas de Educación para la Salud en la Prisión Provincial en colaboración con la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

Actividades realizadas durante el año 2008

- ✓ Creación de una Comisión específica para la coordinación de las actuaciones incluidas en el Plan de Participación ciudadana facilitando la implicación de todos los departamentos del Hospital. Aprobación de las principales líneas estratégicas que desarrolla el proyecto.

- ✓ Creación del Buzón de sugerencias para los usuarios en la página web del Hospital. Nos permitirá conocer la opinión de la población sobre el centro.
- ✓ Elaboración del Plan de Educación para la Salud en colaboración con Atención Primaria atendiendo al estudio epidemiológico de la zona y las enfermedades con más incidencia. Se han llevado a cabo actividades en Cartaya, Bonares, La Palma, Manzanilla, Ayamonte, Villalba del Alcor, Almonte, Isla Cristina y Lucena con unos 1.100 asistentes y en colaboración con asociaciones de madres/padres, centros docentes, asociaciones de mujeres, centros de la mujer locales y asociaciones de mayores.

- ✓ Encuentros con asociaciones de personas de origen extranjero para conocer sus necesidades específicas de atención sanitaria y diseñar aquellas actividades de educación para la salud más necesarias y demandadas.
- ✓ Colaboración en las actividades de Formación de los medios de comunicación local de la zona sobre temas de salud centrado en los municipios de Lepe, Cartaya y la zona del Condado.
- ✓ Programa de Visitas escolares "Conoce tu Hospital" para conocer el trabajo sanitario y el funcionamiento de un hospital. Se han recibido visitas de 4 centros docentes con 150 alumnos de ESO.
- ✓ II Jornadas de Educación para la Salud en la Prisión Provincial en colaboración con la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.
- ✓ Participación de asociaciones de pacientes y cuidadores

(Asociación Huelva Diabetes, Federación Provincial de Fibromialgia y SFC y la Asoc. de Cuidadores Familiares de Moguer) en las X Jornadas de la Asociación de Enfermería del centro (ADEHie).

Actividades realizadas durante el año 2009

- ✓ Elaboración del Programa de Visitas del Hospital en colaboración con el movimiento asociativo de la zona.
- ✓ Charlas del Programa de Educación para la Salud tanto en centros docentes como para otros colectivos. (En realización durante todo el año).
- ✓ Definición, con las asociaciones de la zona, de los calendarios de actividades de educación de la salud más adecuados a su perfil y puesta en marcha.
- ✓ Organización de formación específica junto con asociaciones de pacientes. (Nutrición/Diabetes) (En realización durante todo el año).
- ✓ Visitas escolares del Programa "Conoce tu Hospital" (En realización durante todo el año).
- ✓ Impartición de un curso sobre sensibilización interculturalidad por ONG inmigrantes a profesionales sanitarios.
- ✓ Curso de formación de agentes de salud en colaboración con asociaciones de inmigrantes de la zona.
- ✓ I Jornada sobre Nutrición en Pacientes con Alzheimer en colaboración con la Asociación de Familiares de Pacientes.
- ✓ Programa de formación específica por parte de la Enfermería Gestora de Casos y Fisioterapia

peutas con asociaciones de cuidadores de pacientes (Alzheimer, cuidadores...) en colaboración con la Escuela de Pacientes de la Escuela de Salud Pública de Andalucía.

- ✓ III Jornadas de Educación para la Salud destinadas a los reclusos en colaboración con el Centro Penitenciario de Huelva y la asociación de familiares.

Para finalizar hemos de decir que si bien han sido identificados muchos de los líderes de opinión de la comunidad, no ha sido posible al día de hoy, constituir formalmente (constitución y calendarización de reuniones y/o actividades) la Comisión de Participación Ciudadana.

CONCLUSIONES

En base a la experiencia obtenida durante estos años, podemos concluir que la Estrategia de Educación en Salud como modelo de desarrollo de la Participación Ciudadana, ha permitido el acercamiento entre los profesionales y ciudadanos y ciudadanas del área de atención sanitaria.

Este acercamiento se ha traducido en un aumento de la confianza por parte de los usuarios en el centro sanitario, en el incremento de las actividades realizadas y orientadas a la población y, por último, a la constitución de acuerdos de colaboración entre asociaciones y el propio centro hospitalario.

Aunque ya hemos comentados que, tras la identificación de los líderes de opinión, no se ha constituido la Comisión de Participación Ciudadana, no es menos cierto el hecho de haber incorporado algunas de las iniciativas de los usuarios a lo largo de estos años. Los circuitos estándar: Quejas/Recla-

maciones así como los resultados de las encuestas pos hospitalización, facilitan a los gestores la incorporación de aquellas sugerencias que mejoren la relación entre la institución sanitaria y los pacientes y sus familiares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Federación Española de Municipios y Provincias. "Reglamento-Tipo de Participación Ciudadana". Aprobado por la Comisión Ejecutiva de la FEMP el 26 de abril de 2005.
2. Ley 2/1998, de 15 de Junio, de Salud de Andalucía. BOJA nº 74, de 4 de Julio y BOE nº 185, de 4 de Agosto.
3. <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/servicioandaluzdesalud/contenidos/./contenidos/generale/participar/ConvenioConsumidores.pdf> pág. visitada el 10/02/10.
4. http://www.redinterlocal.org/IMG/pdf_Guia_participacion_ciudadana_ESP_web.pdf pág. visitada el 25/01/10.
5. http://www.socialia.org/portal/site/WINS003/menuitem.58d165823c2cd7_1218760bf251d001ca/?vg-nextoid=16fb394e74646210VgnVCM10000014_0d10acRCRD&vg-nextfmt=default pág. visitada el 08/03/2010.
6. <http://www.iniciativasocial.net/venta.htm> pág. visitada el 21/01/10.
7. NATURALEZA Y CULTURA: "Voluntariado social en áreas rurales". Cruz Roja Española. Madrid 1989.
8. Minchón Hernando, A; González Pérez, C; Rodríguez Jara, C. "Programa Conoce tu hospital". Documentos de Enfermería. 2007. Año X(27): 14-15. [ISSN: 1136-2243].



“Nivel de conocimiento de los Enfermeros del Distrito Sanitario Huelva-Costa sobre el Virus del Papiloma Humano y su vacunación”

Texto: Eva María Palanco González, Gabriel Vázquez Hachero y Manuel A. Orta González
Ganadores del XVI Certamen de Investigación de Enfermería Ciudad de Huelva

1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA DE ESTUDIO. JUSTIFICACIÓN

El Virus del Papiloma Humano (VPH) provoca una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en el mundo. De los más de 100 serotipos que se conocen, aproximadamente el 70% de los casos de cáncer de cuello de útero son producidos por los tipos de VPH 16 ó 18, aunque esta proporción no es igual en todos los países.^{1,2}

La prevalencia de infección por el VPH está asociada a la edad, siendo más alta en las edades inmediatas al inicio de las relaciones sexuales (entre 15-25 años de edad).³

Los datos de incidencia indican que el cáncer de cuello de útero, tras el de mama, es el segundo tumor en frecuencia en mujeres en el mundo. Se estima que anualmente se producen más de 500.000 casos nuevos de cáncer de cuello de útero y en torno a unas 280.000 defunciones.^{4,5}

En los últimos tiempos y debido a los avances tecnológicos y científicos, las expectativas frente al desarrollo de nuevas vacunas han ido tomando cuerpo, fijándose como objetivo enfermedades transmisibles. Esta situación ha permitido no sólo el desarrollo de vacunas potencialmente más eficaces y



seguras, sino que también su coste de producción sea el menor posible.

En el caso concreto que nos ocupa, al inicio de los años 80 se comenzó la investigación para encontrar una vacuna frente al VPH, en este sentido Zur Hausens, consideró que el VPH-16 era el candidato idóneo para dicha vacuna y, así, prevenir en la medida de lo posible las neoplasias de cérvix preinvasivas e invasivas. Posteriormente, ya en los años 90, Koutsky et al. obtuvieron una vacuna de partículas virales de una eficacia notable y, por consiguiente, podía prevenir el cáncer de cérvix.⁶

En la actualidad, existen 2 vacunas frente al VPH aprobadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo:

* **Gardasil®**: vacuna tetravalente recombinante, desarrollada y comercializada en Europa por Sanofi Pasteur MSD, que incluye los genotipos 6, 11, 16 y 18. Los dos primeros causan condilomas o verrugas sexuales. El esquema de vacunación recomendado incluye 3 dosis IM: al inicio, 2 y 6 meses. Los resultados publicados describen a los 5 años de seguimiento, una eficacia mantenida del 96% (IC 95%, 84-100) frente a la infección persistente de VPH, una protección del 100% frente a la neoplasia



intraepitelial cervical 1 (CIN 1) y una eficacia del 100% (IC 95%, 12-100) frente a CIN 2-3. Esta vacuna se puede aplicar simultáneamente con la de la Hepatitis B.

* **Cervarix®**: desarrollada y comercializada por GlaxoSmithKline, vacuna bivalente recombinante que incluye los genotipos 16 y 18. La pauta de vacunación es de 3 dosis IM: inicio, al mes y 6 meses. Los resultados publicados describen, a los 4-5 años de seguimiento, una eficacia del 100% (IC 95%, 30-100) frente a la infección persistente de de VPH y una protección del 100% (IC 95%, 42-100) frente a CIN. Esta vacuna está aprobada por la Agencia Europea del Medicamento y está comercializada en España.

El 15 de Septiembre de 2008 se comenzó en Andalucía la vacunación de las niñas nacidas en 1994.

La introducción de un programa de vacunación frente a VPH no eliminará la necesidad del cribado de cáncer de cuello de útero, ya que éste puede estar producido por otros tipos de VPH no incluidos en la vacuna, pero sí deberán adaptarse las recomendaciones sobre edad de inicio y frecuencia del mismo, y la secuencia de utilización de otras pruebas diagnósticas.

El papel de la enfermera en la vacunación es muy importante, puesto que además de administrar, gestionar y mantener las vacunas, no nos puede ser ajeno nada relacionado con ellas. Tenemos que estar al corriente de cada novedad para poder atender con garantía a toda la población.⁷

2. OBJETIVOS

- Describir el conocimiento que tienen los enfermeros del D.S. Huelva-Costa sobre el VPH y su vacunación.
- Identificar posibles factores que pudieran estar influyendo en este conocimiento.
- Detectar posibles déficits susceptibles de mejora a través de un programa de formación.

3. MATERIAL Y MÉTODO

Estudio Observacional, Descriptivo y Transversal.

Nuestra población objeto de estudio han sido los enfermeros del D.S. Huelva-Costa, compuesta por 166 individuos distribuidos por las 8 Zonas Básicas de Salud (ZBS) existentes, siendo una de ellas urbana y el resto rurales, tal y como sigue:

- ZBS Huelva capital con 85 DUES de los cuales, 15 pertenecen al C. Salud de Adoratrices, 11 al Molino de la Vega, 9 al Torrejón, 16 a Huelva-centro, 8 a Isla Chica, 12 a La Orden y 14 a Los Rosales.
- ZBS de Aljaraque con 7 enfermeros.
- ZBS del Andévalo Occidental con 18 enfermeros.
- ZBS de Ayamonte con 12 enfermeros.
- ZBS de Cartaya con 9 enfermeros.
- ZBS de Lepe con 15 enfermeros.
- ZBS de Isla Cristina con 11 enfermeros.
- ZBS de Punta Umbría con 9 enfermeros.

Al ser una población relativamente pequeña, consideramos más interesante no extraer muestra alguna, sino utilizar el total de la población. Como criterios de inclusión hemos establecido que estos profesionales pertenezcan al D.S. Huelva-Costa, sean del Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP), ya sean personal de plantilla o eventual

con más de 3 meses de trabajo continuado en el centro y ambos estén activos en el período de recogida de datos. Además de los distintos Enfermeros Gestores de Casos de AP existentes.

De igual modo, se han excluido todos los demás Distritos, así como el Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) de Huelva y todos los demás DCCUS de la provincia.

3.1. VARIABLES DEL ESTUDIO:

- V. DEPENDIENTE (V.D.): Definimos la variable dependiente como el nivel de conocimiento. Consideramos que el nivel de conocimiento óptimo, engloba los siguientes elementos: definición y características del VPH, vías de transmisión, diagnóstico, prevención, tipos de vacunas, indicación de la vacunación, pautas de vacunación y vías de administración, contraindicaciones y efectos secundarios.
- V. INDEPENDIENTES (V.I.): edad, sexo, ZBS a la que pertenece, formación continuada relacionada con el VPH y su vacunación, tiempo de trabajo en Atención Primaria.

3.2. RECOGIDA DE DATOS:

La técnica utilizada para llevar a cabo la recogida de datos ha sido, la encuesta, siendo de tipo individual y anónima.

El cuestionario, tras ser elaborado por los autores, fue sometido a la opinión de expertos y posteriormente se realizó pilotaje del mismo



en la Z.B.S. de Gibraleón (DS Condado-Campiña), durante el mes de Abril de 2009.

El proceso de recogida de datos se llevó a cabo durante los meses de Mayo y Junio de 2009.

4. ANÁLISIS DE DATOS

- En el Análisis Descriptivo:

Para el análisis de variables cuantitativas, hemos usado las medias y desviaciones típicas y para las variables cualitativas, los porcentajes.

- En el Análisis Inferencial Bivariante:

Para comparar medias hemos utilizado el test de T-Student para muestras independientes.

Para comparar variables cualitativas el test de Ji-cuadrado y para comparar más de dos medias, el test de Análisis de la Varianza (ANOVA).

- En el Análisis Multivariante: Hemos usado la Regresión Logística Binaria.

La ejecución del análisis se ha llevado a cabo con el programa informático SPSS 15.0 de Análisis de Resultados Estadísticos.

5. RESULTADOS

* RESULTADOS DESCRIPTIVOS:

Del total de la población (166 DUES), han contestado 116, lo que supone un **69,87%** de respuesta.

El 74,1% de los profesionales encuestados son mujeres. La media de edad es de 46 años con una desviación típica (DT) de 6.9.

En cuanto a las ZBS, el 45,7% de los encuestados pertenecen a la ZBS de Huelva capital, mientras que el 54,3% restante pertenecen a las ZBS de la provincia, distribuidos como sigue: 5,2% en ZBS de Aljaraque, 7,8% en ZBS del Andévalo Occidental, 10,3% en ZBS de Ayamonte, 6,9% en ZBS de Cartaya, 8,0% en ZBS de Lepe, 8,6% en ZBS de Isla Cristina



y el 6,9% en ZBS de Punta Umbría.

El 61,2% de los encuestados dice haber recibido formación sobre el VPH y/o su vacunación y de éstos, el 74,6% la ha hecho hace más de 6 meses.

El 69,8% afirman haber buscado información sobre este tema últimamente, siendo lo más frecuente la dedicación de 1 hora a la semana (55,6%) y el recurso más utilizado se trata de Internet (62,5%). El tiempo de experiencia en AP es de 10 años de media, con una desviación típica de 8,8 años, siendo el tiempo mínimo de 0 años y el máximo de 30.

Además de los datos sociodemográficos, se pasaron 11 preguntas en el cuestionario sobre contenido teórico del tema en estudio, el VPH y/o su vacunación.

El 59,5% definió de forma correcta qué es el VPH y qué enfermedades son inducidas por este virus (57,4%).

En cuanto a la vía de transmisión del VPH, sólo contestaron correctamente el 34,6%.

En el caso de la mejor forma de diagnosticar el VPH, las respuestas afirmativas suben al 77,3%, sin embargo, sólo el 40,2% contestan correctamente a la pregunta relativa a la prevención de cánceres ge-

nitales en las mujeres sexualmente activas.

El 77,5% responden correctamente que las niñas vacunadas necesitarán hacerse sus controles periódicos, ya que, no estarán protegidas de por vida.

El 76,8% responde de forma correcta a las características de las vacunas, al igual que a los dos tipos de vacunas autorizadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo (82,5%), y el 80,2% conoce cuál es la zona y vía de administración, así como, las dosis y pauta a seguir.

Donde se da el mayor número de respuestas correctas es en la pregunta relativa a la indicación de la vacuna (92%).

Por último, en la pregunta relativa a los efectos adversos, secundarios e interacciones de la vacuna, sólo contestan correctamente el 50% de los encuestados.

* RESULTADOS INFERENCIALES:

– INFERENCIAL BIVARIANTE: (Tablas 1 y 2)

Donde hemos encontrado significación estadística ha sido en las siguientes preguntas:

En la relación existente entre el sexo y el nivel de conocimiento, en la pregunta 16 ($p=0.007$); ZBS/ nivel



de conocimiento, pregunta 16 ($p=0.015$); los que han tenido formación sobre el VPH y su vacunación y los que no/ nivel de conocimiento, pregunta 16 ($p=0.041$); últimamente ha buscado información sobre el tema en cuestión/ nivel de conocimiento, pregunta 17 ($p=0.046$); dónde realizó la búsqueda

de información/ nivel de conocimiento, pregunta 11 ($p=0.02$); tiempo de experiencia en AP/ nivel de conocimiento, preguntas 10 ($p=0.003$), 12 ($p=0.011$), 17 ($p<0.001$) y 18 ($p=0.051$); y en la relación entre la edad y el nivel de conocimiento, pregunta 15 ($p=0.053$).

► **Tabla 1:** Preguntas en las que ha habido significación estadística, entre dos grupos.

Variables comparadas	Pregunta	P	Interpretación
Sexo/ Nivel de conocimientos	16. Tipos de vacunas autorizadas	0.007	Las mujeres tienen más conocimientos (88.7%/67.4%)
Z.B.S/ Nivel de conocimientos	16. Tipos de vacunas autorizadas	0.015	ZBS Huelva contesta mejor que las ZBS rurales (93%/74.1%)
Formación/ Nivel de conocimientos	16. Tipos de vacunas autorizadas	0.041	El tener formación previa aumenta el nivel de conocimientos (88.5%/72.2%)
Busca información/ Nivel de conocimientos	17. Afirmación cierta sobre características de la vacuna	0.046	El buscar información proporciona mayor conocimiento (82.1%/64.7%)
Dónde realiza búsqueda/ Nivel de conocimientos	11. Vías de transmisión del VPH	0.020	El lugar donde se ha realizado la búsqueda influye en el nivel de conocimientos (71.4%/32.8%)
Experiencia en AP/ Nivel de conocimientos	10. Qué es el VPH	0.003	La experiencia en atención primaria proporciona mayor nivel de conocimientos en estas preguntas. Media de experiencia en AP: 12.56, 12, 12.11 y 12 años, respectivamente.
	12. Enfermedades inducidas	0.011	
	17. Afirmación cierta sobre características de la vacuna	<0.001	
	18. Pautas y vías de administración de la vacuna	0.051	

► **Tabla 2:** Preguntas en las que ha habido significación estadística, entre más de dos grupos.

VARIABLES COMPARADAS	PREGUNTA	P	INTERPRETACIÓN
Edad/ Nivel de conocimientos	15. Afirmación falsa sobre la infección del VPH y protección de la vacuna	0.053	Los más jóvenes contestan mejor a esta pregunta (media edad 45.19 años)

- INFERENCIAL MULTIVARIANTE: (Tabla 3)

Este análisis multivariante es puramente descriptivo para ver la relación existente entre todas las variables independientes y la variable dependiente.

En la pregunta 10 encontramos como variable influyente el tiempo en AP ($p=0.045$); de tal manera que a mayor tiempo en Atención Primaria, más posibilidad de respuesta correcta. En la pregunta 11, por un lado, dónde buscó la información ($p=0.026$) y por otro, el tiempo en AP ($p=0.041$); pregunta 12

($p=0.011$) y pregunta 17 ($p=0.006$) influyen igualmente el tiempo en AP; pregunta 15, influye la edad ($p=0.045$), siendo el coeficiente negativo, lo que significa que a menor edad más posibilidad de respuesta correcta. En el resto de preguntas no se han encontrado diferencias significativas.

► **Tabla 3** Preguntas en las que ha habido significación estadística, al relacionar todas las variables.

PREGUNTA	VARIABLE INFLUYENTE	P	OR	IC (95%)
10. Qué es el VPH	Tiempo de experiencia en AP	0.045	1.061	(1.001-1.124)
11. Vías de transmisión del VPH	Dónde se busca la información	0.026	0.113	(0.016-0.775)
	Tiempo de experiencia en AP	0.041	0.929	(0.865-0.997)
12. Enfermedades inducidas	Tiempo de experiencia en AP	0.011	1.084	(1.018-1.155)
15. Afirmación falsa sobre la infección del VPH y protección de la vacuna	Edad	0.045	0.882	(0.781-0.997)
17. Afirmación cierta sobre características de la vacuna	Tiempo de experiencia en AP	0.006	1.309	(1.081-1.585)

7. CONCLUSIONES

El conocimiento de los enfermeros sobre el VPH y su vacunación es aceptable. Pero, al ser un tema de máxima actualidad, un trabajo diario que debemos abordar enfermería, así como, aclarar las dudas existentes entre la población por la

alarma social creada y el papel tan importante que tienen las vacunas dentro de nuestra profesión, pensamos que este conocimiento habría que mejorarlo y actualizarlo en algunas cuestiones. Donde hemos encontrado mayor nivel de conocimiento ha sido en las preguntas relacionadas con la

forma de diagnosticar el VPH, la necesidad de hacer controles periódicos a las niñas ya vacunadas, características de la vacuna, tipos de vacunas autorizadas, zonas y vías de administración, dosis, pautas e indicación de la vacuna. En cuanto a la identificación de posibles factores que pudieran estar

influyendo en este conocimiento, encontramos que el sexo (ser mujer), la edad (ser más joven), el pertenecer a la ZBS de Huelva capital (urbana), el haber tenido formación previa sobre el VPH y su vacunación y haberla realizado hace más de 6 meses, así como, haber buscado información sobre el tema en cuestión, están influyendo en que el nivel de conocimiento sea mayor en ciertas cuestiones. Por último, el tiempo de experiencia en Atención Primaria es una variable influyente a la hora de tener más conocimientos sobre el VPH y su vacunación. Por todo ello, encontramos necesaria la intervención a través de un programa formativo para paliar el déficit de conocimientos encontrados y ofrecer a la población una atención con la máxima calidad y seguridad.

8 AGRADECIMIENTOS

A todos los profesionales de enfermería que han participado en el estudio, así como a los distintos coordinadores de cuidados que han facilitado en todo momento nuestra labor. Por su colaboración y espíritu de mejora de la profesión. Especial mención a D. Miguel Pedregal González, médico de familia y técnico de la Unidad docente de medicina familiar y comunitaria y a D. Eduardo Molina Fernández, médico de familia y coordinador de la Unidad docente de medicina familiar y comunitaria, sin cuya estimada ayuda este trabajo no hubiese visto la luz.

9. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Muñoz, N. "Classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer". N. Engl. J. Med. 2003. 48(6): 18-27.
- 2 Human papillomaviruses/ IARC working group on the evaluation carcinogenic risk to human (2005: Lyon France). (IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risk to humans; v. 90) ISBN 978-92-832-1290-4-2007.
- 3 "Virus del papiloma humano. Situación actual, vacunas y perspectivas de su utilización". Andalucía. Consejería de Salud. Febrero 2008. Disponible en el enlace web: www.consejeriadesalud.junta-deandalucia/profesionales/promociondelasalud/vacunas.Nuevos documentos/vacuna VPH.
- 4 Serman, F. "Cáncer cervicouterino: epidemiología, historia natural y rol del VPH. Perspectivas en prevención y tto." Santiago-Chile. Revista chilena de obstetricia y ginecología. ISBN 0717-7526. versión on-line. 2002. (Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2002; 67(4):318-323).
- 5 "Guía para la introducción de vacunas contra el VPH en países de la Unión Europea". Centro Europeo para la prevención y control de enfermedades. Informe guía. Estocolmo, enero 2008. Consultado on line el 22/11/2008. Disponible en el

enlace web:[http://ecdc.europa.eu/pdf/HPV report. pdf](http://ecdc.europa.eu/pdf/HPV_report.pdf).

- 6 De Arístegui, J. "Vacunaciones en el niño. De la teoría a la práctica. Andalucía 2006." Sevilla. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2006. (743-745).
- 7 Fernández Urizar, A. "Papel de la enfermería en la vacunación". C. de Salud Ventanielles. Oviedo (Asturias). Consultado on line el 24/11/2008. Disponible en el enlace web:www.vacunas.org.

OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

- Luna Sánchez, A. "Manual de vacunaciones para enfermería. Andalucía 2008". Sevilla. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2007.
- Bernaola, E. "Recomendaciones de vacunación de la Asociación Española de Pediatría 2008". Vacunas 2008. 9(2): 80-85.
- "Capítulo XXIV-Manual de vacunaciones". Consultado on line el 22/11/2008. Disponible en el enlace web:www.fisterra.com/vacunas/papillomavirus.asp.
- "Información sobre el virus del papiloma humano-VPH". Consultado on line el 22/11/2008. Disponible en el enlace web: www.sas.junta-andalucia.es/principal/saber_mas_sobre_lo_mas_destacado/informacion_sobre_el_VPH.

CUESTIONARIO

1 Edad:

2. Sexo:

- a) hombre.
- b) mujer.

3. Zona Básica de Salud a la que pertenece:

- a) ZBS Huelva-capital.
- b) ZBS Aljaraque.
- c) ZBS Andévalo occidental.

d) ZBS Ayamonte.

e) ZBS Cartaya.

f) ZBS Lepe.

g) ZBS Isla Cristina.

h) ZBS Punta Umbría.

4. ¿Tiene formación sobre el Virus del Papiloma Humano y/o su vacunación?

- a) No.
- b) Sí.

5. ¿Cuándo realizó esa formación?

- a) Hace menos de 6 meses.
- b) Hace más de 6 meses

6. Últimamente, ¿ha buscado información sobre este tema en cuestión?

- a) Sí.
- b) No.

7. ¿Cuánto tiempo ha dedicado en ello?

- a) 0 h. a la semana.
- b) 1 h. a la semana.
- c) 2 h. a la semana.
- d) 3 h. o más.

8. ¿Dónde realizó la búsqueda?

- a) Internet.
- b) Biblioteca del centro de salud.
- c) Buscadores específicos de salud.
- d) Biblioteca Virtual del SAS.

9. Tiempo de experiencia en Atención Primaria:

10. ¿Qué es el Virus del Papiloma Humano (VPH)?

- a) Es un virus que se asocia con la producción de diferentes cánceres y con las verrugas genitales.
- b) Son un grupo diverso de virus de ADN que infectan la piel y membranas mucosas de humanos así como de variedad de animales.
- c) Se han diferenciado más de 100 diferentes tipos de VPH. Algunos pueden causar condilomas mientras otros infecciones subclínicas, resultando en lesiones precancerosas.
- d) Todas son ciertas.

11. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa sobre la vía de transmisión del VPH?

- a) Se transmite por vía sexual, salvo en los recién nacidos, aunque estos casos son muy poco frecuentes.
- b) Todos los VPH se transmiten por contacto piel con piel.
- c) La mejor protección frente a las ETS es el preservativo masculino.
- d) Una persona no puede infectarse varias veces por varios tipos de VPH a lo largo de su vida, ni al mismo tiempo.

12. ¿Cuál de las siguientes enfermedades son inducidas por el VPH?

- a) Verrugas cutáneas.
- b) Cáncer.
- c) Papilomatosis respiratorias.
- d) Todas son inducidas.

13. ¿Cuál es la mejor forma de diagnosticar el VPH?

- a) Historia clínica, citología exfoliativa con papanicolau, colposcopia y biopsia dirigida.
- b) Citología exfoliativa con papanicolau, colposcopia y biopsia dirigida, test del VPH y vacuna.
- c) El test del VPH se usa como adyuvante en el screening con frotis de papanicolau.
- d) a y c son ciertas.

14. ¿Cómo se pueden prevenir los cánceres genitales en las mujeres sexualmente activas?

- a) Los controles periódicos son la mejor forma de detección precoz. Lo importante no es detectar el virus, sino las lesiones que avisan del riesgo del cáncer.
- b) Vacunándolas a todas.
- c) La única manera eficaz es con el empleo de preservativos.
- d) a y b son ciertas.

15. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- a) En una persona infectada puede desaparecer el virus de forma espontánea a lo largo de su vida.
- b) La mayor parte de las mujeres infectadas nunca desarrollarán cáncer de cuello uterino.
- c) La vacunación no es sustitutiva del cribado rutinario de cáncer de cervix, ni de la toma de precauciones frente a la exposición del VPH o a las ETS.
- d) Las niñas vacunadas estarán protegidas frente al cáncer de cuello de útero y no necesitarán en el futuro hacerse controles periódicos.

16. ¿Cuáles son los 2 tipos de vacunas frente al VPH autorizadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo?

- a) Vacuna bivalente (Cervarix®) previene de lesiones cervicales premalignas y cáncer de cervix relacionado con los tipos 16 y 18 del VPH.
Vacuna polivalente (Gardasil®) previene de lesiones genitales precancerosas, cáncer cervical y verrugas genitales externas relacionadas con los tipos 6, 11,16 y 18 del VPH.
- b) Vacuna bivalente (Gardasil®) frente a los tipos 16 y 18 del VPH; y Vacuna polivalente (Cervarix®) frente a los tipos 6, 11,16 y 18 del VPH.
- c) Vacuna papilomavirus 2 frente a los tipos 16 y 18 y Vacuna papilomavirus 4 frente a los tipos 6, 11, 16 y 18 del VPH.
- d) Cervarix® previene del cáncer de cervix relacionado con los tipos 30 y 31 y Gardasil® previene del cáncer de cervix y verrugas genitales externas relacionadas con los tipos 6, 11, 30 y 31 del VPH.

17. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta sobre la vacuna del VPH?

- a) En Andalucía a partir del 15 de

- septiembre de 2008 se ha implantado la vacuna en el calendario y cada año se irán vacunando las niñas de 14 años (Cervarix®).
- b) La vacuna tiene su máxima eficacia en niñas entre 11-14 años antes de la edad de inicio de las relaciones sexuales.
- c) La eficacia de la vacuna en niños está aún por demostrar.
- d) Todas son correctas.

18. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- a) Cervarix® se administra de forma IM en 3 dosis (0,1,6) a mujeres entre 10-25 años y Gardasil® de forma IM en 3 dosis (0,2,6) a mujeres entre 9-26 años.
- b) La vía de administración es la IM y el lugar de elección es la región deltoidea del brazo.
- c) Cervarix® se administra de forma subcutánea en 3 dosis (0.1,6) a mujeres ente 10-25 años; y el Gardasil® de forma subcutánea en 3 dosis (0,1,6) a mujeres entre 9-26 años.
- d) No debe administrarse por vía intravascular o intradérmica bajo ninguna circunstancia.

19. ¿Quiénes no deben vacunarse del VPH?

- a) Las personas alérgicas a los principios activos o a cualquiera de los excipientes de la vacuna, como la levadura.
- b) Menores de 10 años y embarazadas.
- c) Debe posponerse en individuos que padezcan enfermedad aguda grave que curse con fiebre.
- d) Todas son ciertas.

20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- a) Entre los efectos adversos muy frecuentes de la vacuna podemos encontrar: reacciones en el lugar de la inyección como dolor, enrojecimiento, inflamación; cansancio; cefalea y mialgias.
- b) La vacuna puede administrarse en mujeres en periodo de lactancia y es compatible con la administración de la vacuna de la Hepatitis B.
- c) La vacuna no interacciona con el uso de anticonceptivos orales.
- d) Puede administrarse Cervarix® a pacientes con tratamiento Inmunosupresor y VIH.



ILUSTRE. Colegio Oficial de ENFERMERÍA de HUELVA

CONVOCA

XVII

Certamen de Investigación en Enfermería CIUDAD DE HUELVA



Cuidados PEDIÁTRICOS *A. Alcalde*

Bases

1. DENOMINACIÓN:

Certamen Onubense de Investigación en Enfermería "CIUDAD DE HUELVA"

2. OBJETO:

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

3. DOTACIÓN:

La dotación será:

Primer Premio: 1.500 euros y trofeo.

Accesit: 500 euros y trofeo.

No se podrá acumular más de un premio en un solo trabajo. La dotación económica de los premios está sujeta a retención fiscal según lo estipula la ley. El jurado podrá declarar desierto los premios si considera que los trabajos presentados no reúnen la calidad científica suficiente.

4. PRESENTACIÓN:

Los trabajos se presentarán en la sede del colegio antes de las 18:00 horas del día 22 de Diciembre de 2010. No tendrán límite de espacio y acompañará bibliografía si la hubiese, así como documentación gráfica. Se presentarán cinco copias, en tamaño DIN A-4, mecanografiados a doble espacio por una sola cara, encuadernados, empaquetados y en soporte digital.

Los trabajos se presentarán en sobre donde deberá indicar "Certamen de Investigación en Enfermería. Ciudad de Huelva". No llevará remite ni dato identificativo alguno. Irán firmados con seudónimo y en cuyo interior contendrá los datos del autor (seudónimo, título del trabajo, nombre, D.N.I., Dirección completa, teléfono, nº de colegiado).

INFORMACIÓN:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva
C/ Berdigón, nº 33, 1º izq. 21003 Huelva
Telf.: 959 54 09 04 - Fax: 959 25 62 70
e-mail: coleg21@enfermundi.com

Los trabajos se podrán presentar personalmente en la sede Colegial o bien por correo o agencia, pero han de llegar antes de la finalización del plazo establecido.

5. PARTICIPANTES:

Podrán concurrir todos los profesionales de Enfermería, que se encuentren colegiados en Andalucía y al día en sus obligaciones colegiales. Quedan excluidos los miembros que componen el jurado. El hecho de participar en este certamen implica la aceptación previa de las presentes bases.

6. JURADO:

Estará compuesto por un mínimo de cinco miembros y será presidido por el Presidente del Colegio de Enfermería de Huelva. Todos los miembros del jurado serán profesionales de Enfermería, los cuales nombrarán 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.

7. FALLO:

El fallo del jurado será hecho público por el secretario designado entre sus miembros, el Día Internacional de Enfermería, San Juan de Dios del año 2011.

8. 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.

9. TITULAR DEL PREMIO:

Será quien aparezca como único o primer firmante.

<http://www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es>