

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERIA
DE HUELVA



enfermería

AÑO XIV

nº 43 Septiembre 2011



El Colegio,
por la
formación

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

M^a Carmen Vázquez Fernández

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: Tecnographic, S.L.

Depósito Legal: H-1996-43

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

Tirada: 2.600 ejemplares

Distribución gratuita



Domicilio de la sede colegial

C/ Berdigón, nº 33, pral. izq.

21003 Huelva

Tel. 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 EL COLEGIO DE HUELVA SIGUE APOSTANDO POR LA FORMACIÓN CONTINUA

6/7 IMPORTANCIA DEL NOMBRE BIBLIOGRÁFICO ÚNICO

8 FACTURA SAS

9/10 LA INFLUENCIA DE LA RELIGIÓN EN EL PROCESO DE EMBARAZO Y PARTO

12/13 ONCOBARÓMETRO DE LA AACC

14/19 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PORTADOR DE NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

20 CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA

21 FORO EN LA UNIVERSIDAD MENÉNDEZ PELAYO

22 ANDALUCÍA NO CONTABILIZA UNA SOLA PLAZA EN FORMACIÓN GERIÁTRICA

23 VACUNACIÓN OBLIGATORIA

24 XVIII CERTAMEN DE INVESTIGACIÓN CIUDAD DE HUELVA



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.

ARGUMENTOS PARA HACER FRENTE A LA CRISIS

"DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA" vuelve a estar en contacto con sus destinatarios, la enfermería de la provincia de Huelva, para saludar este otoño de 2011 con la habitual simbiosis entre la actualidad más acuciante y el trabajo reflexivo puesto a contribución de la difusión más generalizada. El propósito del Colegio Oficial que representa a la profesión es seguir manteniendo este vínculo de unión entre el órgano colegial y el colectivo como demostración de que compartimos idénticos afanes, logros y problemas.

No hará falta decir que estamos inmersos en una época sumamente difícil y comprometida. El contexto social y económico en que se mueve la sanidad pública en general, y por ende la enfermería española, no invita, precisamente, al optimismo sino todo lo contrario por cuanto, en víspera de dos consultas electorales, si el mundo sanitario acapara hoy día la mayor parte de las noticias es por la estrechez financiera, las amenazas de recortes o las previsiones más inquietantes... Ahí está, para confirmarlo, el caso de Cataluña donde los poderes públicos han pedido al personal médico y enfermería que se recorten la mitad de la próxima paga "extra" de Navidad...

Frente a esa realidad, que nadie puede ya difuminar, resulta obligado mantener un espíritu de unidad y cohesión en la enfermería, onubense, andaluza y española. No es nuevo que desde la cúpula de la Organización Colegial se lleve tiempo reclamando la mayor claridad y concisión para que nadie pueda llamarse a engaño acerca del momento por el que pasa el Sistema Nacional Sanitario (SNS) afectado de una enorme losa llamada déficit estructural en materia de gasto en farmacia y equipamientos.

Por lo mismo, este Colegio en la medida de sus posibilidades, quiere ayudar a combatir las dificultades proponiendo, por ejemplo, un conjunto de formación permanente que sirva, de alguna manera, para ayudar a paliar alguna de las carencias que vayan acaeciendo. En aras a que el empleo no se debilite y enfermería no sea, por supuesto, una de las afectadas por la situación de crisis, esta corporación buscará, ante las administraciones, los mejores resortes para que este otoño como el invierno más cercanos puedan superarse con el menor de los recortes posibles. Básicamente porque si la enfermería algo ha hecho en el transcurso de los últimos tiempos no fue sino volcarse, callada y ejemplarmente en el ejercicio de su actividad profesional pensando en el paciente y dando la mayor y más positiva de las respuestas ante la administración sanitaria, primero, y la sociedad después.

Para final, una reflexión en tono con los mismos tintes grisáceos de este momento histórico que nos toca vivir: las especialidades de enfermería para 2012 no han supuesto ningún cambio sustantivo respecto a años anteriores. Casi idénticos parámetros y cicaterías en las propuestas: el acuerdo entre ministerio y consejerías significa que mientras hay tres especialidades (las de Matrona, Familiar/Comunitaria y Salud mental) con un cierto apoyo por parte de las administraciones responsables, las otras tres se configuran, por el momento, como un ejercicio de voluntarismo y poco más. Ejemplo: para toda España acaban de salir 14 plazas de la enfermería Geriátrica así repartidas: Castilla La Mancha (10 plazas), Asturias (2) y Madrid (2) frente al resto de la nación que no se ha estrenado en esta parcela del conocimiento y, lo que es más grave, en una sociedad cada vez más envejecida.

El Colegio te protege con



3.500.000 €

(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 3.500.000 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.**

El Colegio de Huelva sigue apostando por la formación continua

Huelva.- Redacción

El Colegio Oficial de Enfermería de Huelva ha presentado al conjunto de la profesión en la provincia una atrayente oferta en materia de post-garido para cubrir el último cuatrimestre del año. Hasta la finalización del presente 2011, los colegiados onubenses tienen, desde hace fechas, la posibilidad de seguir un variado abanico de conocimientos entre los que destaca la propuesta de una nueva convocatoria para el Curso de Experto universitario de enfermería en Urgencias y Emergencias que, dotado con 20 créditos ECTS, sigue siendo uno de los referentes para el conjunto de la profesión.

Apuesta

El Colegio de Enfermería ha informado al colectivo en nuestra provincia y le ha hecho llegar su panel en materia formativa. Se trata de un ambicioso marco de cursos que abarcan tanto los de mayor duración y exigencia (el Experto en Urgencias y Emergencias) como otros no de menor importancia aunque sí de una duración temporal mas ajustada, alrededor de las 40 horas lectivas. En la mayoría de esta apuesta colegial se da el común denominador de su carácter gratuito lo que, sin duda, va a favorecer una mayor asistencia en aras tanto a ampliar los conocimientos cómo, en los mas jóvenes de la carrera, ir configurando el necesario currículum personal.

El Experto en Urgencias y Emergencias no es, únicamente, el principal foco de interés propuesto desde el área docente del Colegio de Enfermería de Huelva. Cursos de corta duración referidos, por ejemplo, a Cirugía menor; Electrografía básica y Urgencias cardiológicas; Atención a las úlceras por presión y de la piel; Técnicas de Inmovilización, yesos y vendajes funcionales; Alimentación y Nutrición en personas de edad avanzada y Enfermería y Vacunas (éste en la modalidad "on line") son otros tantos atractivos que el colectivo de colegiados en Huelva tiene en su poder desde hace unas semanas para ir acoplando las respectivas preferencias y circunstancias personales a cada enunciado.

Formación y accesibilidad

El presidente de la Junta del Colegio, Gonzalo García, ha querido señalar a esta Revista el "esfuerzo realizado y puesto a contribución de seguir adelante, un año académico más, con nuestra habitual política en materia formativa. La enfermería onubense conoce, sobradamente, cuáles son los argumentos, de rigor y calidad, en que se desarrolla la formación continua en nuestra institución y el objetivo general que nos hemos trazado hasta concluir el presente año no es otro que poner al alcance de cualquier colegiada o colegiado la posibilidad de seguir formándose en las mejores condiciones. Con un especial significado al curso sobre una temática tan actual como es la enfermería y las vacunas que se podrá realizar por el método on line lo que nos asegura una plena cobertura para la enfermería provincial".



El Colegio y su formación, entre ellas el Experto de Urgencias

La importancia del NOMBRE BIBLIOGRÁFICO ÚNICO

AUTORES

Tomás Lozano-León¹, Esther María Romero Indiano¹.
Distrito Sanitario Condado-Campiña, Huelva.

ANTECEDENTES

Leyendo el artículo de *Documentos de Enfermería* publicado en el número 42 de Junio de 2011 titulado *Producción Científica de la Enfermería en Huelva* (1), donde el nombre del primer autor aparece como "Francisco T. Lozano León", nos ha hecho reflexionar acerca de la importancia de la normalización de los nombres de los autores de publicaciones científicas.

La Ley de Price (2) afirma que el crecimiento de las publicaciones científicas se produce a un ritmo muy superior respecto de otros fenómenos sociales. Dicho crecimiento lo concretó, ya por el año 1963, en una curva exponencial en la que los documentos científicos publicados se duplican cada 10-15 años. Esta ley, que se aplica a todo el ámbito científico, tiene su correspondencia en nuestra profesión Enfermera. Si bien es cierto, que la Enfermería se ha incorporado más tardíamente que otras disciplinas a la publicación científica, se intuye que convergen el aumento de las publicaciones de documentos enfermeros, con el alcance de los niveles académicos de Grado, Máster y Doctor con el consecuente aumento de la formación en investigación propia de la disciplina (1).

El nacimiento e impulso de hemerotecas virtuales y directorios orientados a facilitar al lector la consulta simultánea de una gran cantidad de revistas, hace que toda esta producción científica se agrupe en las diversas bases de datos bibliográficas tanto nacionales como internacionales. Cada una de ellas tiene sus peculiaridades tanto en temática como en las disciplinas incluidas, así como en los diferentes criterios y campos a incluir en cada registro documental.

Algunas bases de datos como *Web of Knowledge* y otras de origen anglosajón, son un elemento clave para propiciar la disseminación del conocimiento, fomentando así la difusión de las propias revistas y de los autores. Son, por tanto un elemento esencial para incrementar el impacto medido de la actividad científica.(3) Las diferencias culturales entre los creadores de las principales bases de datos y los diversos contextos nacionales provocan una gran cantidad de errores que afectan a la calidad y eficacia de los procesos de codificación y recuperación de la información. Una de

las principales fuentes de estos errores es la idiosincrasia de cada país en la manera de expresar los nombres de los autores omitiendo en muchos casos, a modo de ejemplo, el segundo apellido, confundiendo el segundo nombre con el primer apellido o adoptando la autora el apellido del marido perdiendo el propio. (4)

Para cuantificar la relevancia de estos errores de identificación podemos rescatar el análisis que se hace en diversos estudios (5-7) que estiman que el porcentaje de autores españoles que aparecen con dos o más nombres (Tabla 1) distintos alcanza el 50,7% en Medline, dificultando por esta causa tanto su localización, el cálculo del impacto de su obra, la propia indización del documento o dificultando el posterior análisis bibliométrico de investigaciones secundarias (8,9). Llegando a ser la variabilidad de la cita del nombre del autor el principal sesgo de algunas investigaciones. (10)

Esta variabilidad hace que en las revistas de Enfermería los errores más frecuentes en las referencias bibliográficas se encuentran en el nombre de los autores. (11)

En consecuencia, elegir cómo se firman los artículos es algo que debería meditarse cuidadosamente y con fundamento, porque de esa decisión de utilizar un Nombre Bibliográfico Único dependerá la visibilidad e identificabilidad de los autores. (3)

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que a continuación se detallan se fundamentan en la *Propuesta de manual de ayuda a los investigadores españoles para la normalización del nombre de autores e instituciones en las publicaciones científicas* elaborada para la Fundación Española para la Ciencia y Tecnología (FECYT) por los grupos de investigación EC3 de la Universidad de Granada y Análisis Cuantitativos de Ciencia y Tecnología del Instituto de Estudios Documentales sobre Ciencia y Tecnología perteneciente al CSIC. (12)

El proceso de producción científica implica a tres colectivos todos ellos responsables de la normalización del nombre de la autoría que desde aquí se promueve (13). Estos son los autores, los Consejos Editoriales de las Revistas y los propios productores de las bases de datos bibliográficas. Desde estos tres niveles se debe velar por la pulcritud del mantenimiento del Nombre Bibliográfico Único.

Recomendaciones para los Autores

- Es de suma importancia recalcar a los investigadores la necesidad de elegir una única forma de firma bibliográfica, al igual que ocurre con la rúbrica en papel o el mismo DNI, para utilizarla a lo largo de su carrera profesional.
- Los investigadores noveles o aquellos pequeños productores tienen la oportunidad de hacer una buena elección del Nombre Bibliográfico desde el comienzo de su producción científica.
- La inclusión de guiones entre las distintas palabras que conforman los apellidos (práctica bastante extendida entre los investigadores) evita amputar el segundo apellido y facilita identificar autores con igual primer apellido y nombre.
- En cualquier caso, es importante firmar siempre de la misma forma, y evitar el uso variable de uno y dos apellidos.

Recomendaciones para las Revistas

- Las revistas desarrollan un papel crucial en la normalización de nombres a través de su política editorial y de las propias normas de publicación.
- Los Comités Editoriales deben respetar la elección de escritura que el autor ha escogido en base a sus criterios. Algunos autores llaman incluso a esta deferencia editorial como *cortesía bibliográfica*. (14)
- Proporcionar indicaciones sobre la forma de firma de los autores en las Normas de Publicación de cada revista permite reducir la variabilidad del nombre del autor.

- Establecer mecanismos de control para unificar los nombres de los autores allí donde aparezcan dentro de la revista incluyendo en la política editorial.

REFLEXIÓN FINAL

En los últimos años se han desarrollado diversas iniciativas promocionadas por las grandes empresas para evitar la desambiguación y realizar las búsquedas bibliográficas sin confusiones de identidad. Este es el caso de la base de datos *Web of Knowledge, de Thompson-Reuters* (antes ISI) que desarrolla desde el año 2008 el proyecto *ResearchID* que plantea que cada investigador pase a tener un único número identificador, algo así como un número de documento de identidad que permita evitar confusiones.

Muchos autores ya optamos por la elección de un Nombre Bibliográfico Único atendiendo a las recomendaciones internacionales que, desde diversas entidades lanzan para aumentar la visibilidad de los autores y minimizar los errores y sesgos en las bases de datos bibliográficas.

Paradójicamente en el artículo que origina esta reflexión se concluye como una de las recomendaciones en aras de la visibilidad de los autores, que éstos adopten un identificador único. No obstante se trunca el nombre del primer firmante una vez revisada y enviada la galerada (última edición del documento previa a la impresión) habiéndose enviado como "*Tomás Lozano-León*" (nombre bibliográfico elegido en diversos artículos del autor) y apareciendo finalmente como "*Francisco T. Lozano León*" en el artículo impreso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lozano León FT, Minchón Hernando A, Romero Indiano EM. Producción Científica de la Enfermería en Huelva: Mapa bibliométrico de los años 2000-2009. *Doc Enferm*. 2011;42:6-11.
2. Solla Price DJ. *Little Science, Big Science*. New York: Columbia University Press. 1963.
3. Aliaga FM, Correa AD. Tendencias en la normalización de nombres de autores en publicaciones científicas. *RELIEVE*. 2011;17(1):1-10. Disponible en http://www.uv.es/RELIEVE/v17n1/RELIEVEv17n1_0.htm
4. Goldin C, Shim M. Making a Name: Surnames o Collage Women at Marriage an Beyond. *Journal or Economic Perspectives*. 2004;18(2):143-60.
5. Costas R, Bordons M. Algoritmos para solventar la falta de normalización de nombres de autor en los estudios bibliométricos. *Investigació bibliotecnológica: archivonomía, bibliotecología e información*. 2007;21(42):13-32.
6. Ruiz-Pérez R, López-Cózar ED, Jiménez-Contreras E. Spanish personal name variations in nacional and internacional biomedical databases: imprications for information retrieval and bibliometric studies. *J Med Library Assoc*. 2002;90:411-30.
7. Fernández E, García AM. Accuracy of referencing of Spanish names in Medline. *The Lancet*. 2003;361:351-2.
8. Delgado López-Cózar E, Ruiz-Pérez R, Jiménez-Contreras E. Criterios Medline para la selección de revistas científicas. Metodología e indicadores. Aplicación a las revistas médicas españolas con especial atención a las de salud pública. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2006;80:521-51.
9. Ruiz-Pérez R, Delgado López-Cózar E, Jiménez-Contreras E. Criterios del Institute for Scientific Information para la selección de revistas científicas. Su aplicación a las revistas españolas: metodología e indicadores. *Int J Clin Health Psychol*. 2006;6(2):401-24.
10. Gálvez Toro A, Amescua M, Salido Moreno MP, Hueso Montoso C. Impacto del Autor Cuiden Citación. Trayectorias científicas relevantes y excelencia a través del Factor h (h-index) de Hirsch en el espacio científico iberoamericano. *Index Enferm*. 2006;55:76:82.
11. Jordán Jinez ML, Ruiz Paloalto ML, Romero Baquedano I, Ojeda Vargas MG. Exactitud de las Referencias Bibliográficas de dos Revistas de Enfermería. *Dasarrollo Cientif. Enferm*. 2008;16(1):19-22.
12. FECYT (2007). Propuesta para la normalización del nombre de autores e instituciones en las publicaciones científicas. Consultado el 1 de Julio de 2011 en http://www.accesowok.fecyt.es/normalizacion_nombre_autor.pdf
13. Humaní C, Mayta-Tristán P. Errores en la filiación: responsabilidad de autores y editores. *Rev Gastro*. 2008;28(2):196-7.
14. Guardiola E, Baños JE. Errores en los nombres de los autores en la bibliografía de los artículos; ¿es sólo una falta de cortesía? *Med. Clin*. 2001;16(3):118.

En 2010 Huelva gastó 130 millones de euros en medicinas

Huelva.- Redacción

El gasto farmacéutico es una de las asignaturas de más peso y actualidad por la enorme losa que, en forma de déficits, arrastran los sistemas sanitarios regionales y, en concreto, el andaluz. De ahí que el capítulo de las facturas en medicamentos haya pasado de ser algo exclusivo de los técnicos especialistas en la materia a un referente que el personal sanitario, como la sociedad en su conjunto, observan y analizan con detenimiento por su importancia y trascendencia. En la provincia de Huelva se emplearon algo más de 130 millones de euros en el gasto farmacéutico, cifra menor que la contabilizada en 2009.

A 130.042.000 euros ascendió el importe global de la factura en medicamentos en la provincia de Huelva durante el pasado año. Esta cantidad equivalió a experimentar un descenso de 3,5 millones de euros (-2,6%) respecto al año precedente de 2009. Cuando la cantidad final ascendió a 133,5 millones de euros que salieron tanto del bolsillo de los ciudadanos como de las arcas del dinero público que maneja la Junta de Andalucía.



Al ser la provincia onubense, junto a la de Almería, la que cuenta con menor población en el conjunto de la región, la inversión que se lleva a cabo en medicinas a nivel andaluz se sitúa en los últimos lugares de la comunidad. Huelva, en consecuencia, se situó, a nivel regional, a considerable distancia (-28 millones) de la segunda provincia que menos recursos económicos debió utilizar, almería que desembolsó 158.142.000 euros.

□ Provincias

La provincia más poblada, la de Sevilla, fue también la que tuvo que destinar una mayor cifra para hacer frente a esta prestación social: 436,5 millones de euros en el pasado ejercicio anual. En el conjunto de Andalucía, el gasto farmacéutico fue de 2.024,6 millones de euros lo que supuso, a la vez, un descenso del 2,8% que se corresponde con un ahorro estimado en 58,3 millones de euros.

Importante es consignar que el coste medio de las recetas dispensadas en los centros de atención primaria de Huelva se vio rebajada, durante el pasado ejercicio, hasta los 11 euros, lo que supuso 60 céntimos menos que en 2009. Ello supuso que la provincia de Huelva tuviera la bajada más importante de la autonomía andaluza anotándose una caída del 5,2%. El sector de las personas jubiladas, que por razones obvias, es uno de los más indicativos en este asunto también registró novedades en la provincia. Así, el desembolso por la receta media de un pensionista bajó de los 12,90 euros que se contabilizaron en 2008 a 12,10 euros de 2010 lo que supuso ahorrar 80 céntimos (-6,2%) □

LA INFLUENCIA DE LA RELIGIÓN EN EL PROCESO DE EMBARAZO Y PARTO

AUTORAS

M^a del Carmen Mejías Paneque¹.

Silvia García González.²

Laura Duarte González.³

¹Matrona y Licenciada en Antropología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

²Matrona, Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

³Matrona, Atención Primaria Distrito Huelva.

RESUMEN

El embarazo y el parto son necesarios para la reproducción de la especie y, biológicamente hablando podemos asegurar que es algo universal en las diferentes culturas (todas las mujeres sufren cambios fisiológicos similares y las etapas del proceso del parto son iguales) pero culturalmente hablando, casi podemos asegurar, que este fenómeno natural se caracteriza por su diversidad: no en todas las culturas se trata igual a la gestante ni se asiste igual al parto.

Sin embargo la religión parece envolver este proceso pues, ante el miedo o temor que produce el proceso de parto las mujeres suelen recurrir a la religión como elemento “salvador” o de “protección” del potencial peligro que supone el parto para ella y su bebé.

Con este artículo se pretenden explicar algunos ritos religiosos asociados al parto en diferentes pueblos y provincias de la geografía española para entender el significado cultural y emocional que algunas mujeres, incluso hoy día (¿o acaso ninguna matrona ha visto una estampita bajo la almohada de la embarazada?) asocian a la religión.

PALABRAS CLAVES: Rito, Religión, Parto, Cultura.

ABSTRACT

Pregnancy and childbirth are necessary for reproduction of the species and, biologically speaking we can ensure that it is something universal in different cultures (all women have similar physiological changes and stages of labor are equal) but culturally speaking, almost we ensure that this natural phenomenon is characterized by its diversity: not every culture equal to the mother or as we witness the birth. But religion seems to surround this process then, to fear or fear that the birth process produces women tend to use religion as a “savior” or “protection” of the potential dangers of childbirth for herself and her baby.

This article is intended to explain some religious rituals associated with childbirth in different towns and provinces of the Spanish geography to understand the cultural and emotional meaning that some women, even today or did any midwife has been a little card under the pillow of the pregnant?, associate religion.

KEY WORDS: Ritual, Religion, Labor, Culture.

En primer lugar se ha realizado una búsqueda bibliográfica en Cuiden y Medline con las palabras claves: Religiosidad, Embarazo, Parto, Rituales. Al ser un tema tan específico e íntimamente relacionado con la Antropología, se detecta la escasez de publicaciones en estas bases de datos y se pasa a realizar una revisión de los manuales existentes sobre antropología de la religión, simbolismo y organización social.

INTRODUCCIÓN

Durante muchos años la religión ha ejercido en las personas mayor poder que el propio Estado: el control de conciencias a través de la religión, la capacidad coactiva del tribunal eclesiástico, la asistencia masiva a actos religiosos, etc. Sin embargo, hoy día, muchas de las cuestiones planteadas por la Iglesia se ponen en entredicho y son cuestionadas, siendo cada vez menor el poder ejercido por la Iglesia sobre las personas; pero en momentos puntuales, fundamentalmente en aquellos relacionados con la salud, renace el fervor religioso y se estrecha la relación con la religiosidad. En este artículo se pretende analizar la necesidad de las embarazadas de “abrazarse” a la religiosidad antes y durante el parto.

Lo primero que debemos hacer al empezar este apartado es distinguir entre lo que es religión y lo que es religiosidad (1). La religión sería la doctrina, lo que manda la iglesia y siempre precisa de un intermediario (el cura, sacerdote, etc.), mientras que la religiosidad es la religión vivida por el pueblo, por tanto, practicada y modificada; se caracteriza por ser sencilla, directa (no necesita intermediarios) y práctica (normalmente se le pide al santo lo que se quiere cuando se necesita, no hay que ir todos los días a misa o rezarle al santo todos los días).

La religiosidad no deja de ser una forma de relacionarse el hombre con lo sobrenatural, y esta relación suele ser de tipo contractual (2): se le pide algo al santo prometiéndole otra cosa si se le cumple la promesa; y es que no debemos olvidar que el factor fundamental donde se fundamenta la religión y la fe es el milagro y, ¿dónde se producen más milagros? En el acto de la curación. La embarazada recurre en primera instancia a la medicina científica (hace un seguimiento clínico de su proceso de embarazo y parto mediante profesionales sanitarios), pero en situaciones de complicaciones del embarazo o en el parto (vivido como situación de riesgo para la mujer y su futuro bebé) recurre a los santos como seres que pueden influenciar de manera divina hacia el buen fin de la situación. Entre divinidad y embarazada se puede establecer una relación de reciprocidad expresada a través de la promesa, la secuencia sería prometer – recibir – dar.

El hombre, aunque cada vez exista una mayor secularización, no deja de ser un ser religioso y, normalmente suele relacionarse con las divinidades en momentos de enfermedad (2), en este caso, en el momento del embarazo y del parto.

Entre los pasiegos de Cantabria y para que el embarazo y el alumbramiento se desarrollasen con normalidad se rezaba a la Magdalena de la ermita del Pilar por pensar que estaba “embarazada” por su aspecto, atribuyéndosele el poder de influir en la gestación. En algunos pueblos de Valencia, el día de la patrona las embarazadas debían recoger un poco de polvo del que cubría la imagen para tomarlo en una sopa que debía ser la última comida antes del parto (la ingestión del elemento que ha estado en contacto con lo sagrado parece conceder protección a quien lo ingiere) (3).

El “fervor” de la religiosidad asociada al embarazo se incrementa en los ritos asociados al parto, probablemente porque esta etapa es la de mayor riesgo y peligro vital tanto para la embarazada como para el bebé. Si decíamos antes que el momento en el que las personas se relacionan más con lo sobrenatural es en momentos de enfermedad, podemos decir que es en esta etapa de parto donde existe una mayor “encomendación” a santos y vírgenes. Se recurre a toda clase de escapularios, cruces y vírgenes que se pasan por la barriga de la embarazada (3). Por ejemplo, se trasladaba desde la iglesia hasta la casa de la parturienta, en calidad de “préstamo”, un manto de la Virgen, el sombrero de Fray Diego de Cádiz en Écija o incluso reliquias como una cajita con algunos huesos de San Jenaro de Boadilla (Salamanca) o la reliquia del beato Francisco de Posada, abogado de las mujeres encinta que se conserva en la parroquia de Córdoba. No son ajenas estas creencias populares de clases más altas, como la realeza:

En Madrid, destacaba un báculo de Santo Domingo de Silos y un bastón que había pertenecido a Santa Isabel de Hungría, estas reliquias se trasladaban en procesión solemne desde la iglesia en que estaba depositada hasta el Palacio Real para colocarse en un lugar destacado del oratorio real mientras durase el parto. La nobleza solía recurrir a una caperuza de San Vicente Ferrer. En casos extremos, algunas mujeres utilizaban estampas con oraciones de algún santo valedor en que se tenía gran fe, partían un pequeño trozo de una de sus puntas que contuviese alguna de sus letras impresas y se lo tragaban.

En algunos sitios, en la habitación en que se producía el alumbramiento se dejaba una silla vacía para que, si el parto se prolongaba, pudiese descansar en ella el santo intercesor que había sido requerido para velar por la parturienta; en Cullera (Valencia) se creía que era la beata Inés quien asistía a los partos, aunque fuese de manera invisible. En otras localidades las parturientas se sentaban en asientos que, según la tradición, habían pertenecido

a determinados santos, como la banqueta de madera que usó el beato Antonio Alonso Bermejo y que se halla en Salamanca.

En algunos pueblos andaluces las campanas tocaban “a parto” con el fin de que todos los vecinos rezasen para facilitar la llegada de un nuevo miembro a la comunidad y pasase pronto el peligro que corría la madre, esto ha quedado registrado en muchos cantares populares y se demuestra la cohesión del grupo (rezar conjuntamente por el bien de la parturienta).

LOS SANTOS DEL PARTO

Si hay algo duro y difícil, cargado de estrés y dolor, es el propio parto. Puede vivenciarse como el momento más bonito en la vida de la mujer, pero el miedo hace que la ansiedad domine a la mujer. Malinowski (4) apuntaba que la religión tiene la función de mitigar las frustraciones y ansiedades de las personas, qué mejor para mitigar esa ansiedad que encomendarse a la Virgen y los Santos.

Numerosos Santos eran utilizados para encomendarse la embarazada: San Félix de Cantalicio, San Antonio, Santa Rita, Santa Librada, San Ambrosio, Santa Ana, Santa Llugarda, San Francisco de Posadas, San Joaquín, Santa Águeda. Todo un gran número de Santos/as que podían atender las súplicas de la embarazada pero, entre todos, destaca la figura de San Ramón Nonato. Normalmente la súplica ante la que suelen interceder los santos están relacionada con el martirio sufrido o con algún hecho relacionado con su vida, en este caso San Ramón Nonato es un santo catalán que según la tradición nació mediante cesárea.

FUERA DE LA RELIGIÓN, LA MAGIA

Al hablar de la relación del hombre con los seres sobrenaturales no podemos dejar de lado la magia: vinculada al propósito es-

pecífico del buen parto y alumbramiento, con una función positiva y la Brujería con el uso de materiales, objetos, etc., para invocar a espíritus con el propósito de tener un buen parto (5). Así, había remedios como hervir una hiel de víbora, tostarla en el horno, pulverizarla y diluirla en vino dándosela a beber a la embarazada en un número determinado de sorbos, comer huevos de cuervo, beber caldo de araña, colocarse bajo la camisa las uñas de un milano y/o llevar atada a uno de los muslos una “piedra de águila”. Es probable que estos remedios sean explicados y guiados por un intermediario, un especialista dentro del ritual que indique al individuo lo que debe hacer en cada momento.

Volviendo a la simbología y su relación causa-efecto, un remedio muy extendido y de carácter mágico consistía en colocar un vaso de agua con la rosa de Jericó, se cree que conforme se vaya abriendo la rosa se irá desarrollando el parto, procurando una dilatación rápida e indolora.

CONCLUSIÓN

El/la Hombre/mujer es un ser religioso y recurre con mayor intensidad a la religión en aquellas situaciones que vivencia como potencialmente peligrosas para su salud e integridad, siendo el parto el momento de mayor estrés para la mujer y su pareja como situación real de riesgo físico. A pesar de la confianza en los avances científicos, la gestante recurre a los santos durante el parto al percibirlos como divinidades que pueden influenciar en el curso de los acontecimientos logrando el buen fin: un buen parto que finalice con un hijo/a sano. Al margen de nuestras creencias religiosas, debemos respetar y tolerar las manifestaciones religiosas de las embarazadas como elementos que le aportan seguridad y confianza, en definitiva, tranquilidad en esta etapa de su vida tan importante como mujer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Becerra, Salvador. “*La religión de los andaluces*”. Editorial Sarría, 2006.
2. Rodríguez Becerra, Salvador. “*Religión y fiesta. Antropología de las creencias y rituales en Andalucía*”. Editorial Demos, 2000.
3. Flores Arroyuelo, Francisco J. “*Las edades de la vida: ritos y tradiciones populares en España*”, Antropología. Alianza Editorial, 2006.
4. Malinowski, Bronislaw. “*Magia, Ciencia y Religión*”. Editorial Airel, 1994.
5. Fontana, David. “*El lenguaje de los símbolos: Guía visual sobre los símbolos y su significado*”, Editorial Blume, 2003.

El cáncer, la enfermedad más temida por los españoles

Huelva.- Redacción

¿Qué

saben, sabemos, los españoles del cáncer?, ¿Cuáles son las opiniones respecto a las investigaciones oncológicas en curso?, ¿Somos conscientes de los factores de riesgo?, ¿Somos optimistas o pesimistas frente a una deseable curación? Estas y muchas otras preguntas han sido atendidas por la encuesta de mayor envergadura llevada a cabo, hasta la fecha, en España sobre las percepciones y actitudes de la población en relación al cáncer. La Asociación Española contra el Cáncer (AECC) ha sido la responsable de la realización del llamado Oncobarómetro y los resultados que desprende son, todos, aleccionadores comenzando por uno en concreto: el cáncer es la dolencia mas temida por los españoles, por encima del SIDA, el Alzheimer o el Parkinson.

La AECC ha querido acercarse a la realidad que entraña ser diagnosticado de cualquier manifestación de cáncer. Su presidenta nacional, Isabel Oriol, hizo la presentación de este ambicioso Oncobarómetro señalando que, el primer dato que llamó la atención de los encuestadores es que el cáncer -cualquier tipo de dolencia oncológica-

La población alerta para que las autoridades sanitarias, aun en época de crisis, prioricen los esfuerzos en las investigaciones oncológicas.

"es una experiencia cercana a la mayor parte de la población. Un 79% ha tenido algún tipo de contacto cercano con el cáncer, sea por padecerlo actualmente o haberlo sufrido con anterioridad".

Después, el Oncobarómetro arroja otra conclusión importante: los españoles entrevistados entienden que "el

cáncer es un problema grave o muy grave de la salud, por delante de otras patologías igualmente severas como las degenerativas (Alzheimer, Parkinson) o el SIDA. Conociendo que el cáncer es la primera causa de muerte en los hombres y la segunda en mujeres, el análisis arroja un dato contundente: "El 97% de los entrevistados estiman que el cáncer es la enfermedad mas temida". Lo corrobora la presidenta de la AECC al añadir que "con el escenario político y económico en el que nos encontramos, es momento de recordar e insistir ante los responsables de las decisiones estratégicas en materia sanitaria que, pese a la coyuntura de crisis que vivimos en España, el cáncer debe seguir siendo una prioridad absoluta en las agendas" de las autoridades en sanidad.

Por lo mismo, la AECC cree que es "necesario" que se optimice la gestión para utilizar los recursos de manera eficiente y que no afecte, ni en dotación presupuestaria ni en calidad, a los servicios y prestaciones y cuidados que necesitan tanto los pacientes oncológicos como sus familias. "Debemos seguir trabajando por la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud -subrayó Oriol- pero siempre teniendo en mente que la prioridad es la protección de los mas vulnerables", en este caso las víctimas del cáncer.

Investigación: prioridad

Por lo mismo, los españoles opinan que las investigaciones oncológicas deben ser algo fundamental y prioritario. Entre las distintas enfermedades sobre las que se ha preguntado a la población, el cáncer es, con diferencia, aquella sobre la que existe mayor consenso en lo referente a la orientación y potenciación de las investigaciones. Así, el 66% de la población lo cita como la primera o segunda cuestión prioritaria, a distancia considerable de quienes suponen que la Investigación en patologías degenerativas (el 36% lo sitúa en primer lugar), las células madre (26%), el SIDA (21%) o las enfermedades cardiovasculares(15%).

Las experiencias aportadas por las personas que han tenido, y superado, un cáncer constituye un capítulo esen-

cial aunque exista una diversidad de criterios en cuanto a la imagen predominante que se tiene de éstos enfermos. La percepción mayoritaria es que "son iguales que los demás" (24%) si bien un 17% destaca que "tienen mas capacidad de superación" del problema mientras un porcentaje casi idéntico (16%) entienden que estos pacientes son "personas que no pueden valerse por sí mismas y necesitan cuidados" específicos.

Mama

En cuanto a los tumores más conocidos por los españoles, aparece en primer lugar el cáncer de mama (verificado por el 60%) seguido del cáncer de pulmón (55%). Le siguen, pero a distancia importante, otras manifestaciones como las del cáncer de colon (34%), de próstata (21%), hígado y páncreas (ambos con el 20%). En relación a las pruebas clínicas que permiten detectar la aparición de un cáncer, la mamografía es la mas conocida (nada menos que para el 95% de la población consultada), absolutamente por encima de otras pruebas como la citología (71%), la colonoscopia (66%) y la prueba específica de la próstata PSA (55%).

Prevención

El bloque del Oncobarómetro dedicado a reflexionar con la información que facilita el personal sanitario a modo de prevención ha de ser, igualmente, tenido muy en cuenta. De tal modo que algo mas de una cuarta parte de la población (27%) ha recibido algún tipo de consejo específico para prevenir el cáncer por parte de profesionales médicos, enfermería o farmacéuticos. Estas recomendaciones han llegado en mayor medida a las mujeres y en personas de mediana edad, entre 35 y 64 años.

Los españoles entienden que la recomendación sanitaria sobre el modo de prevenir un cáncer es, de forma claramente mayoritaria, la relativa al consumo de tabaco (14%) seguida por la necesidad de realizarse revisiones periódicas (admitidas en el 8% de los casos), el tipo de alimentación y la exposición solar (7%), mientras en menor medida los sanitarios en general facilitan consejos sobre la pertinencia de exámenes manuales del pecho, pruebas diagnósticas y consumo de alcohol (4% en ambos capítulos) o relativos al peso (3%).

En la pública

Sobre el cáncer y el SNS, los españoles registran una preferencia contundente a favor de ser atendidos por hospitales públicos en el 65% de las consultas frente a los que optan por la sanidad privada (20%) cuando se trata de recibir el diagnóstico y los tratamientos precisos.

Oncobarómetro:

El

bautizado como **Oncobarómetro 2010** se realizó entre los meses de noviembre y diciembre de 2010 con una muestra representativa de 7.938 personas mayores de 18 años y residentes en nuestro país. Se llevó a cabo mediante 8.000 entrevistas celebradas en 594 municipios de 50 provincias españolas.

La entidad responsable de acometer esta macro-consulta, la **AECC**, se define como una "entidad privada, benéfica y sin ánimo de lucro" que fue instituida en el año 1953. Se encuentra estructurada en 52 Juntas provinciales -la de Huelva incluida- y está presente en mas de 2.000 localidades de toda España.

Voluntariado

El trabajo que desarrolla la **AECC** es obra de 718 empleados con la decisiva aportación de más de 15.000 voluntarios todos bajo una misma "filosofía de colaboración con las autoridades sanitarias, instituciones científicas y aquellas otras entidades que persigan un fin análogo". Todo siempre bajo los criterios de "independencia, profesionalidad, transparencia y cercanía".

La **Fundación Científica de la AECC** data de octubre de 1971 y tiene como objetivo fundamental la "investigación oncológica de calidad" para lograr avances en ciencia que mejoren el futuro de las personas enfermas de cáncer como de sus familiares directos y para consolidar una estructura científica en España.

Cuidados de enfermería en el paciente portador de nefrostomía percutánea en el ámbito de la Atención Primaria de salud

AUTORES

Isaac Florido Pérez. D.U.E. Distrito Sanitario Condado Campiña. Huelva.
María Isabel Jiménez Núñez. D.U.E. H.J.R. Jiménez. Huelva.
María Gema Chacón Crespillo. D.U.E.

RESUMEN

En el siguiente documento se realiza una revisión bibliográfica sobre la nefrostomía percutánea, sus cuidados y valoración en Atención Primaria de Salud, cada vez mas frecuente en este ámbito de actuación sanitaria como consecuencia de cambios en los criterios de la permanencia hospitalaria de los pacientes. Se quiere hacer especial hincapié en aumentar los conocimientos sobre el paciente portador de nefrostomía percutánea (NPC), los cuidados del punto de inserción, recambio del sistema de colección, además de los tipos de sistemas de colección existentes en el mercado.

ABSTRACT

The following document reviews the literature on percutaneous nephrostomy, their care and assessment in primary health care, more and more common in this area of health action as a result of changes in the criteria for hospital stays of patients. You want to place special emphasis on increasing knowledge of the patient with percutaneous nephrostomy (PCN), care of the insertion point, parts of the collection system, as well as the types of collection systems on the market.

INTRODUCCIÓN

La nefrostomía percutánea consiste en la derivación de la orina hacia el exterior, mediante un catéter de fino calibre, dicho catéter se introduce por vía percutánea y la duración de su inserción puede ser temporal o permanente (1).

El uso de esta derivación urinaria puede ser precisada por las siguientes causas (5) (7):

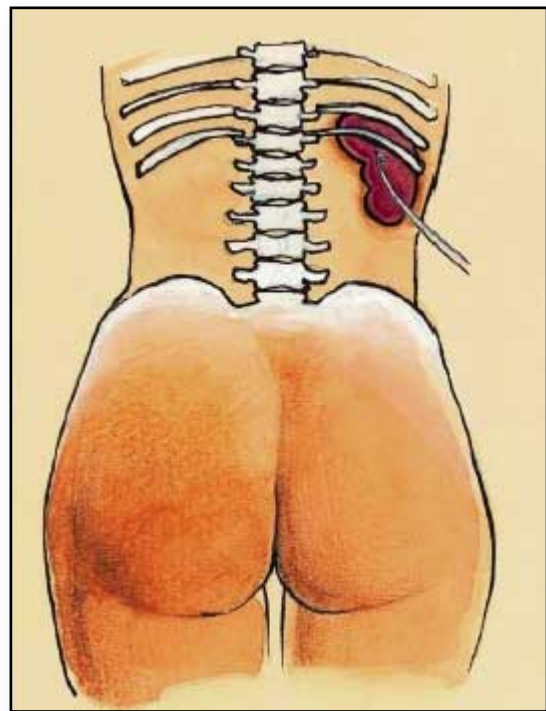
- Cálculos renales.
- Causas congénitas.
- Patologías obstructivas urológicas.
- Traumas en aparato urológico.
- Hipertrofia benigna de próstata.
- Tumores.
- Lesiones cerebrales y neurológicas.

La primera técnica de forma percutánea para estudiar el riñón o realizar técnicas terapéuticas se le debe a Ruppel y Brown (4) quienes realizaron la primera nefrostomía quirúrgica en 1940, pero no fue hasta 1955 donde Goodwin (6), perfeccionando la técnica de punción de Seldinger, coloca un catéter de nefrostomía por punción translumbar para diagnóstico nefrológico, tratamiento y drenaje de colecciones bajo anestesia local.

En la actualidad la técnica de la nefrostomía percutánea se realiza mediante cirugía, tras valoración del urólogo, previo estudio de anestesia, coagulación y bajo control ecográfico del cáliz renal seleccionado para la punción y posterior introducción del catéter.

JUSTIFICACIÓN

En la Atención Primaria de Salud es frecuente hoy día, la asistencia en nuestros centros de pacientes, que tras alta hospitalaria son portadores de nefrostomía percutánea (NPC). Hasta hace poco, el cuidado y seguimiento del paciente portador de NPC era llevado a cabo en los centros de "hospital de día" o en las consultas externas hospitalarias, por eso es preciso aumentar los conocimientos sobre la valoración, técnica y cuidados de dichos pacientes en el ámbito de la APS. En la actualidad las altas hospitalarias tras colocación de NPC se producen de forma rápida, por ello es vital y muy importante, debido a la propia fragilidad renal, que existan unos conocimientos claros por parte de los profesionales sanitarios sobre el manejo del paciente portador de NPC para que así exista una continuidad de cuidados de calidad tras el alta hospitalaria. Cabe destacar sobre todo la importancia de saber reconocer los signos de alarma de las posibles complicaciones así como de saber actuar en caso de alguna contingencia.



Nefrostomía Percutánea

OBJETIVOS

- Aumentar los conocimientos sobre NPC en los profesionales de enfermería.
- Aumentar la destreza en el manejo de la NPC (estoma, catéter y sistema de colección).
- Saber reconocer los signos de alarma y/o complicaciones de la NPC.
- Adiestrar al paciente en el reconocimiento de signos de alarma y recambio de sistema de colección.
- Realizar un registro adecuado de las actuaciones relacionadas con la NPC.

ATENCIÓN EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

En la consulta enfermera, dentro de la consulta programada de enfermería, tenemos la oportunidad de hacer un seguimiento concienzudo del paciente portador de NPC, así como de realizar un plan de cuidados adecuado de acuerdo a cada paciente así como del registro adecuado de las acciones de enfermería para una correcta continuidad en los cuidados. Dentro del proceso enfermero podemos encontrar los siguientes diagnósticos, asociados tanto a sus intervenciones (NIC) como de sus objetivos (NOC) (11)(12):

00146	ANSIEDAD:		
	NOC	1402:	AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD.
	NIC	5820:	DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD.
	NIC	5240:	ASESORAMIENTO.
00069	AFRONTAMIENTO INEFECTIVO:		
	NOC	1302:	SUPERACIÓN DE PROBLEMAS.
	NIC	5230:	AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO.
	NIC	5240:	ASESORAMIENTO.
00120	BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL:		
	NOC		AUTOESTIMA.
	NIC		POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA.
	NIC		APOYO EMOCIONAL.
00126	CONOCIMIENTOS DEFICIENTES:		
	NOC	1813	CONOCIMIENTO RÉGIMEN TERAPÉUTICO.
	NIC	5602	ENSEÑANZA: PROCESO ENFERMEDAD.
	NIC	5618	ENSEÑANZA: PROCEDIMIENTO Y TRATAMIENTO.
	NIC	5606	ENSEÑANZA INDIVIDUAL.
	NIC	5520	FACILITAR EL APRENDIZAJE.
	NIC	5614	ENSEÑANZA DIETA PRESCRITA.
00108	DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS: BAÑO/HIGIENE.		
	NOC		AUTOCUIDADOS: BAÑO.
	NIC:		ENSEÑANZA: INDIVIDUAL.
00016	DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA:		
	NOC		ELIMINACIÓN URINARIA.
	NIC		MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA.
	NIC		MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS.
00078	MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO.		
	NOC	1601	CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO.
	NIC	5510	EDUCACIÓN SANITARIA.
	NIC	4360	MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA.
00004	RIESGO DE INFECCIÓN:		
	NOC		SEVERIDAD DE LA INFECCIÓN.
	NIC		CONTROL DE INFECCIONES.
	NIC		PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES.
00118	TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL:		
	NOC		IMAGEN CORPORAL.
	NIC		POTENCIACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.
	NIC		APOYO EMOCIONAL.
	NIC		GRUPO DE APOYO.
	NIC		POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA.

A la hora de abordar el manejo de un paciente portador de NPC debemos de tener en cuenta tanto los valores biológicos, psicológicos y socioculturales del paciente así como considerar el grado de conocimientos, capacidad para adquirir otros nuevos, destreza manual, nivel de autonomía, etc... En caso de que el paciente tenga un cuidador principal y de padecer un grado de autonomía bajo, todos estos parámetros son extrapolables al mismo, además de las propias intervenciones de enfermería específicas del cuidador (5).

Después del alta hospitalaria es importante instruir al paciente en el manejo tanto de su ostomía como del sistema de colección. Se recomienda consumir entre 2 y 3 li-

tros de agua, (salvo contraindicación expresa), al día para procurar que la producción de orina sea continua y así mantener la permeabilidad del catéter (8). Debemos informar al paciente que no va a percibir la necesidad de miccionar y que la salida de orina será gota a gota (vigilar además el color y el aspecto de la orina). El paciente debe monitorizar tanto la cantidad de agua ingerida como de orina producida para poder detectar posibles complicaciones. La orina debe de salir por la llave en la zona distal del catéter, si sale por el punto de inserción deberá acudir de la consulta para valoración y /o posible derivación.

Antes de que se realice en su domicilio el primer cambio de sistema de colección, debemos de medir la

longitud del catéter desde el punto de inserción hasta la llave de paso para que el paciente sepa si ha existido una salida accidental del mismo. Es fundamental la comprobación por parte del paciente de la longitud del catéter. Debemos además hacer hincapié en la vigilancia domiciliaria tanto del estoma (punto de inserción) como de la piel de la zona pericatóter. Podemos resumir en una lista los posibles signos de alarma en los cuales debemos instruir al paciente para su vigilancia (2) (3):

- Aparición de hematuria macroscópica, tener en cuenta que en las primeras 24-48 horas puede ser normal tras colocar el catéter.
- Aparición de dolor por afectación de zonas no deseadas y/o circundantes del cáliz renal.
- Signos de infección como fiebre, dolor o presencia de exudado purulento alrededor de la sonda.
- Diuresis escasa o nula.
- Mal olor en la orina.
- Enrojecimiento de la zona de inserción o dermatitis, así como la aparición de granulomas a nivel cutáneo.
- Falta de diuresis en dos horas.
- Aparición de hemorragia en el lugar de inserción del catéter.
- Salida accidental del catéter ya sea parcial o completa.
- Rotura del catéter.
- Presencia de materia sólida en la orina.

En caso de que apareciera cualquiera de los signos antes mencionados, deberá acudir a la consulta de enfermería o en su defecto, al servicio de urgencias correspondiente.

Se le recomendará al paciente que la bolsa de colección se cambie cada 24 h. y que la colocación de la misma no deberá quedar encima de la cintura para evitar el reflujo de orina.

CURA Y RECAMBIO DEL SISTEMA DE COLECCIÓN DEL PACIENTE PORTADOR DE NPC

La técnica del recambio del sistema de colección en si no requiere que sea estéril (5) (9) (10), pero debemos guardar la máxima "limpieza" para evitar tanto las enfermedades nosocomiales que se pueden dar en el ámbito de la atención primaria de salud como así como las posibles contaminaciones cruzadas.

Comenzaremos comprobando que sistema porta el paciente, suele ser habitual de una, dos o tres piezas.

El sistema colocado en quirófano suele ser de una pieza por su limpieza, solidez y hermeticidad, por lo que la primera cura-cambio será presumiblemente de uno de estos sistemas.

Antes de la retirada del sistema de colección procederemos a preparar el campo estéril en lo siguiente:

- Guantes estériles y no estériles.
- Gasas estériles.
- Paño de campo estéril.
- Regla de medición.
- Compresas estériles.
- Suero fisiológico.
- Povidona yodada.
- Sistema de colección de recambio: este puede ser de 1 pieza, 2 piezas o 3 piezas. Debemos tener en consideración que tipo de material disponemos para realizar una técnica de recambio u otra.
- Jeringa de 5 ml.
- Tijeras para cortar la abertura del disco del sistema de colección.



Sistema de colección de 1 pieza:

1. Bolsa de colectora. 2. Forma anatómica de la bolsa.
3. Válvula anti-reflujo. 4. Disco adhesivo. 5. Válvula de vaciado

La técnica para el recambio del sistema de colección es la siguiente:

- Colocaremos al paciente en una posición cómoda. La posición idónea es el decúbito lateral modificado del lado contrario al de la NPC.
- Con guantes no estériles procedemos a la retirada del sistema de colección a desechar, prestando mucho cuidado en colocar el catéter encima de una compresa que hemos colocado previamente.
- Realizamos un corte en el centro del disco del nuevo sistema de colección para el paso del catéter y de su llave de paso. Aquí lo idóneo es realizar un corte en cruz para el paso del sistema para que tenga la menor holgura posible.
- Preparamos un campo estéril con el resto del material.
- Medimos ahora la longitud que hay desde el estoma hasta la llave de paso del catéter para comprobar posibles movilizaciones.
- Con guantes estériles procedemos a limpiar alrededor del estoma, siempre de dentro hacia fuera con suero fisiológico.
- Seguimos limpiando el catéter en toda su longitud hasta la llave de paso.
- Aplicamos povidona yodada usando la misma técnica que limpiando el estoma y el catéter, secando el sobrante.
- Pasamos el disco del sistema de colección por el catéter. Atentos a posibles movilizaciones. Fijamos el disco, aplicando una ligera presión con los dedos e intentando dar calor con los mismos alrededor del disco.
- Ahora realizaremos una nueva medida del catéter para verificar su posición.
- Según que autores, procederemos a realizar un lavado de la luz del catéter con entre 3 ml y 5 ml de suero fisiológico (ver consideraciones).
- Colocar ahora la bolsa del sistema de colección si procede.
- Debemos explicar ahora al paciente los posibles signos de alarma/complicaciones o posible obstrucción del catéter (ver consideraciones).

CONSIDERACIONES SOBRE EL LAVADO DEL CATÉTER:

En caso de que dispongamos de él, puede usarse betadine® jabonoso para la limpieza inicial del estoma y del catéter junto con el suero fisiológico, pero no es imprescindible.



Fotografía propiedad de Coloplast Productos Médicos S.A

Sistema de colección de 3 piezas:

1. Clipper de seguridad. 2. Bolsa colectora. 3. Forma anatómica de la bolsa. 4. Válvula anti-reflujo. 5. Disco adhesivo independiente. 6. Válvula de vaciado.

La técnica en si no requiere esterilidad por la sencilla razón de que, según están diseñados los sistemas de colección para el paciente portador de NPC, el paciente debe cambiarse el mismo el sistema en su domicilio (5) (10).

Cabe remarcar una anotación en el punto del lavado del catéter: existen autores que recomiendan el lavado de la luz del catéter con entre 3 ml y 5 ml de suero fisiológico (5), otros autores marcan dicha cantidad en 10 ml (2), en ambos casos con aspirado del líquido inyectado. Otros autores indican que solamente deben de hacerse estos lavados de catéter por personal sanitario cualificado (D.U.E. o Urólogo) y en caso excepcional en el domicilio por el propio paciente por indicación médica (8).

En el ámbito de la atención primaria de salud, debemos de basarnos en el informe de continuidad de cuidados para conocer cual es la técnica a seguir por indicación del especialista e informarnos antes de proceder con la técnica.

Actualmente el protocolo más seguido es el lavado de la luz del catéter con entre 3 ml y 5 ml de suero fisiológico (máximo 5 ml) y la aspiración del contenido resultante, para comprobar la permeabilidad y la inserción correcta del mismo, además de disolver las posibles partículas sólidas que puedan presentarse.

COMPLICACIONES EN EL PACIENTE PORTADOR DE NPC (2)(3)(5)

Debemos de tener muy en cuenta dentro del ámbito de la atención primaria de salud (APS) el reconocer las posibles complicaciones y/o incidencias que pueden surgir en el paciente portador de NPC. Es muy importante saber reconocer estos signos tanto por parte de los profesionales de APS como por el propio paciente, por lo que, tanto la formación del personal sanitario como la educación para la salud para el paciente han de ser primordiales para una correcta atención enfermera. Es vital el seguimiento del paciente y registro adecuado de las actuaciones realizadas para asegurar la continuidad de los cuidados enfermeros.

Las posibles complicaciones de la NPC son las siguientes:

- Pérdida del catéter.
- Movilización del catéter.
- Obstrucción del catéter.
- Hemorragia en la zona del estoma.
- Estenosis del estoma.
- Granulomas en el estoma.

- Dermatitis en la zona pericatóter.
- Hidronefrosis.
- Infección del tracto urinario superior.
- Litiasis renal.
- Hematomas en el tracto urinario superior.
- Insuficiencia urinaria.

CONCLUSIÓN

Debemos remarcar la importancia que tiene el manejo correcto del paciente portador de nefrostomía percutánea dentro del ámbito de la atención primaria de salud. El saber reconocer por parte del profesional de enfermería tanto la técnica de la NPC, como sus posibles complicaciones y signos de alarma es fundamental para mantener una adecuada continuidad de los cuidados. El poder detectar a tiempo las posibles incidencias derivadas de la NPC reduce la derivación a los servicios especializados de dichos pacientes, aumentando la satisfacción de los mismos y reduciendo el consumo de los recursos sanitarios disponibles. Aumentando el conocimiento y el fomento del autocuidado en el paciente portador de NPC, conseguimos una mayor calidad de vida e independencia del paciente.

AGRADECIMIENTOS

Eduardo García. Market Manager Ostomy Care. Coloplast Productos Médicos S.A.
Gonzalo Valpuesta Ruiz. Coloplast Productos Médicos S.A.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Contreras, E. Las revistas científicas: el centro y la periferia. Rev. Esp. Doc. Cient., 1992; 15(2):174-182. Soto Delgado M., Varo Solís C., Bachiller Burgos J., Beltrán Aguilar V. La nefrostomía percutánea como técnica resolutive de la uropatía obstructiva: revisión de 105 casos. Servicio de Urología Hospital Universitario de Puerto Real. Actas de Urología Esp.7: 568-574. Cádiz, 2000.
2. Viaplana Reig M., Castelló Albert C., Moltó Abad F.E., Vilaplana Vilaplana R., Paya Soto J. Complicaciones y cuidados de enfermería en las nefrostomías permanentes. Servei de Radiodiagnòstic Hospital Verge dels Liris. Disponible en: <http://www.a14.san.gva.es/cas/hospital/enfermeria/nefrostomia.htm>.
3. Fuster Acebal C. Protocolo de enfermería para la nefrostomía percutánea. Disponible en: http://www.chospab.es/pv_obj_cache/pv_obj_id_12AF6064E5F5BABB8A66D63497EBD7E50A2B0100/filename/NEFROSTOMIA_PERCUTANEA.pdf.
4. Rupper E., Brown R. Nephroscopy with removal of stone following nephrostomy for obstructive calculous anuara. J. Ural. 1941; 46:157.
5. Alcocer Pérez-España A., Barbaçel Millán S, Castaño Robles I., García Morato J.M., González Lluva C. Manual sobre derivaciones urinarias. Coloplast Productos Médicos S.A. Madrid, 2002.
6. Goodwin W.E., Casey W.C., Woolf W. Percutaneous trocar (needle) nephrostomy in hidronefrosys. SAMA 1955; 175:891.
7. Swearingen P.L., Ross D.G. Manual de enfermería médico-quirúrgica. Intervenciones enfermeras y tratamientos interdisciplinarios. Cuarta Edición. Hancourt Ed. Mosby, Barcelona, 2000.
8. Carballo Chinarro A.I. Guía rápida de nefrostomía. Fundación Te Cuidamos. Enero 2008. Disponible en: <http://www.tecuidamos.org/pdf/Guia-rapida-NEF.pdf>.
9. Andina Díaz E. Nefrostomía. Primera Ayuda. Hollister Ibérica S.A. Disponible en: http://www.hollister.com/spain/files/pdfs/edmat_nefrostom.pdf.
10. National Institutes of Health Clinical Center. Cuidados de la sonda de NPC. Boletín educativo para el paciente. Bethesda, MD 20892.
11. Bulechek, G.M., Butcher, H.K., McCloskey Dochterman, J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Madrid: Elsevier España S.A.; 2009.
12. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., Swanson, E. Clasificación de Resultados de Enfermería. Madrid: Elsevier España S.A.; 2009.

Más de 4.400 intervenciones de Cirugía menor

Huelva.-Redacción

Los centros de Salud integrados en el Distrito de Atención primaria Huelva-Costa realizaron, durante el primer semestre del presente año, un total de 4.414 intervenciones de Cirugía menor ambulatoria. Estas operaciones están coordinadas por el médico de familia y enfermería después de que hayan recibido una formación pertinente y con el asesoramiento de los cirujanos especialistas.

La Cirugía menor ambulatoria abarca una serie de procedimientos quirúrgicos que se caracterizan por ser de corta duración, se resuelven mediante anestesia local, ofrecen un bajo nivel de complicaciones y requieren de unos cuidados post-operatorios mínimos para el paciente. Con distintos procedimientos se potencia la capacidad de resolución de los profesionales de la atención primaria mediante una asistencial integral que abarca aspectos preventivos, diagnósticos y terapéuticos.

Casuística

Las principales causas que motivan esta Cirugía menor ambulatoria comprenden un amplio abanico de problemas: uñas encarnadas, extirpación de pequeños fibromas, quistes sebáceos, papilomas o verrugas, drenaje de abscesos, limpieza, desbridamiento y sutura de heridas así como la extracción de cuerpos extraños de las mismas. Del total de intervenciones llevadas a cabo en los centros del distrito, la mayoría (por encima del 70%, en concreto 3.115) correspondieron a extirpaciones locales. Como consecuencia de ello, 776 muestras fueron derivadas a los servicios hospitalarios de Anatomía Patológica para su estudio en profundidad.

Las operaciones se llevan a cabo bajo la coordinación del médico de familia y del personal de enfermería que, previamente, han recibido la formación necesaria y que cuentan con el apoyo y asesoramiento de cirujanos especialistas en cada área. En este sentido, destacan los programas de formación que realizan los tres centros hospitalarios públicos de la provincia -Juan Ramón Jiménez, Infanta Elena y Riotinto- en sus respectivos ámbitos de influencia.

Hospitales públicos provinciales

ACREDITACIÓN PARA LAS EXTRACCIONES

Huelva.- Redacción

Los tres hospitales de titularidad pública de la provincia de Huelva -J.R. Jiménez, Infanta Elena y Riotinto- han sido acreditados para llevar a cabo las extracciones de órganos que hagan posible el hallazgo de las operaciones de trasplante que otorgan una nueva oportunidad vital a los pacientes en lista de espera. Primero fue el Juan Ramón Jiménez y, desde comienzos del 2009, se sumaron el Infanta Elena y el Comarcal de Riotinto. En ambos figura un coordinador de trasplantes que se une al del J. R. Jiménez como entidad provincial en esta materia.

El J.R. Jiménez, como se sabe, se encuentra acreditado por la extracción de todos los órganos (desde el riñón al pulmón, pasando por el hígado, corazón, páncreas e intestino...) así como los tejidos. Realiza implantes de córnea, membrana amniótica, tejido óseo-osteotendinoso, paratiroides y progenitores óseo-osteotendinosos.

Cordón umbilical

Por su parte, los centros hospitalarios Infanta Elena y Comarcal de Riotinto también disponen de la acreditación para llevar a cabo la extracción de todos los órganos y de las células del cordón umbilical así como tiene entre sus prestaciones el implante de tejido óseo-osteotendinoso.

Entre los objetivos, se sabe que el J.R. Jiménez tiene estipulada la realización mínima de una decena de intervenciones al año.

Formación para lograr el "AUTOCUIDADO DE LA SALUD"

Huelva.- Redacción

El foro sobre "Autocuidado de la salud: un derecho y deber del ciudadano", celebrado recientemente en Santander, puso de manifiesto la necesidad de que el autocuidado pase a formar parte de las responsabilidades personales para lo cual es ineludible que la sociedad reciba una buena información en la materia sanitaria. La enfermería, representada por el presidente del Consejo General, se mostró a favor de "fomentar el desarrollo del autocuidado" a partir de ofrecer una formación en sanidad que se impulse a la infancia desde la escuela.

La Universidad Internacional Menéndez Pelayo, en su sede central de Santander, celebró un interesante encuentro alrededor de una materia poco o insuficientemente explorada como resumió el título convocante: "Autocuidado de la salud: derecho y deber del ciudadano". Responsables del Ministerio de Sanidad, del sector farmacéutico, de las profesiones sanitarias y de las asociaciones de pacientes coincidieron en señalar que es una "necesidad" social fomentar la mayor formación posible entre la población para desarrollar el autocuidado que nos haga ser "mas responsables en materia de salud".

El director general de farmacia del Ministerio de Sanidad, Alfonso Jiménez, definió el autocuidado como "sobre todo un ejercicio de responsabilidad", por el que las personas adquieran conciencia de sus deberes y derechos en el campo sanitario, para lo cual es requisito imprescindible "estar bien informado". Partidario de que se desarrolle una "estrategia global "sobre autocuidado de la salud" que incluya a todos los sectores implicados, desde los profesionales sanitarios a los pacientes sin olvidar, claro, a las propias administraciones en todos sus niveles. La profesión farmacéutica, representada por Ana Aliaga, secretaria general del Consejo General de Colegios, subrayó que "la labor del la atención en la farmacia es fundamental para que el ciudadano ejerza el autocuidado de su salud de forma segura y responsable".

Ley de Garantías

La enfermería contó con la voz autorizada de Máximo González Jurado quien compartió idénticos postulados y horizontes. Así, para el presidente del Consejo General, las

principales medidas a adoptar que fomenten el desarrollo de los autocuidados en España "pasan por implantar la formación sanitaria en el ámbito de la educación desde la infancia y, a la vez, desarrollar la Ley de Garantías de 2006 en lo concerniente al papel de las enfermeras y enfermeros en materia de prescripción de medicamentos y productos sanitarios". A este respecto señaló el ambicioso e importante cometido que, en la actualidad y desde hace un año, llevan a cabo los Colegios provinciales de Enfermería impartiendo el curso sobre formación en esta materia concreta de la prescripción en la que la Organización Colegial ha sido pionera a la hora de situar a la enfermería ante un nuevo cometido como es la responsabilización en materia de la prescripción de determinados medicamentos y productos sanitarios.

Por las asociaciones de enfermos, Emilio Marmaneu, de la Alianza de Pacientes, enfatizó sobre que "en el autocuidado de la salud tiene un papel fundamental tanto las familias como las asociaciones de pacientes". El autocuidado de la salud, dijo, debe ir más allá del consumo de medicamentos no sujetos a receta médica y reclamó para las asociaciones de enfermos un papel lo mas activo y participativo posible en la gestión sanitaria. Por su parte, Javier Font, de la misma entidad, pidió campañas de concienciación dirigidas a la población, al tiempo que pidió a los médicos y enfermeras españoles que vean a los medicamentos de autocuidado "como un aliado en su labor asistencial".

Libros de texto

Al hilo de este mismo contexto, se ha sabido que la información, contenida en los libros de texto de nuestros escolares no es totalmente fiable. Así, la Asociación Española de Pediatría ha confirmado la necesidad de que sean revisados los contenidos alusivos a la salud que se contemplan en los libros escolares al entender que en casi el 25% de los mensajes analizados no existía evidencia científica que apoyara sus contenidos. Por temáticas, se ha subrayado que en el 41,7% de los mensajes referidos a accidentes en el hogar, en el 40,6% de los referidos a conductas sexuales y en el 28,6% de los relativos al consumo de alcohol y SIDA, los textos que reciben nuestros escolares no estaban apoyados en evidencia científica alguna.

Andalucía no contabiliza una sola plaza en formación Geriátrica

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad ha dado a conocer la oferta de plazas de formación para cursar las especialidades de enfermería correspondientes al año 2012. En el Boletín Oficial del Estado (BOE) número 231, del 26 de septiembre/11, se daba cuenta de la Orden por la que se aprobaba la convocatoria de la prueba selectiva 2011 para el, acceso en el 2012 a plazas de formación sanitaria especializada para la profesión de enfermería. A nivel nacional, el cómputo global de las seis especialidades asciende a 1.002 plazas siendo la más numerosa para la de Ginecología y Obstetricia (Matrona) con 458. En el extremo puesto, las de Enfermería del Trabajo (15 plazas) y Geriátrica (14) para toda España.

Los aspirantes a seguir la formación en alguna de las seis especialidades de enfermería en vigor ya pueden acudir al BOE nº 231 donde se desglosa todo lo relativo a este apartado del post-grado. Las seis especialidades de enfermería que podrán seguirse son las de Matrona, Familiar y Comunitaria, Salud Mental, Geriátrica, Pediátrica y Trabajo. Como se sabe, está pendiente de oficializarse la especialidad de Médico-Quirúrgica.

El Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas, a través de sus respectivas consejerías sanitarias, llegaron a un acuerdo, en el seno de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (SNS) sobre la propuesta final de las ofertas en plazas de formación para futuros especialistas. En la Orden SPI/2548/2011 del 19 de septiembre se contienen todas las especificidades para este horizonte formativo desde la prueba de selección, los requisitos que deben cumplir los aspirantes, documentación necesaria, tasas, expediente y méritos académicos y fechas previstas para todo este proceso que abarca desde el 7 de octubre, cuando se cierra el plazo de presentación de las solicitudes, al 28 de enero 2012 fecha prevista para la realización de las pruebas definitivas y que concluirá el 2 de abril de 2012 cuando se produzca la asignación de las plazas conquistadas.

En la presente oferta de las futuras enfermeras (os) especialistas no se observan significativas diferencias respecto a años anteriores. De tal modo de que en las seis especialidades bien puede decirse que la principal oferta se limita a tres: Matrona, Familiar/Comunitaria y Salud Mental por cuanto las tres restantes (Pediátrica, Trabajo y Geriátrica) en la práctica existe, apenas, un mero ejercicio de voluntarismo por parte de las consejerías y Ministerio de Sanidad en relación al inapropiado número de plazas que salen a concurso en toda España. En concreto, la la especialidad de enfermería Geriátrica no contempla una sola plaza para formar en Andalucía, la región más poblada de España. Este es el cuadro referente de las ofertas para cursar las especialidades, tanto a nivel nacional como andaluz en 2012:

PLAZAS	EN ESPAÑA	EN ANDALUCÍA
MATRONAS	458	82
FAMILIAR/COMUNITARIA	219	18
SALUD MENTAL	198	38
PEDIATRÍA	98	28
TRABAJO	15	8
GERIÁTRICA	14	0
TOTAL	1.002	174

Los profesionales deben entender "obligatoria" la vacunación

Huelva.- Redacción



Máximo González

Los profesionales sanitarios españoles, enfermería entre ellos, deben vacunarse de modo obligatorio porque, de lo contrario, pueden llegar a convertirse en agentes de riesgo de numerosas enfermedades entre sus pacientes y, a la vez, con su no participación en esta medida desde luego que no estarían contribuyendo a convencer a la sociedad de los beneficios que comporta la vacunación. Distintas autoridades sanitarias, entre ellas el presidente del Consejo General de Enfermería, acaban de manifestarse de forma tan clara como previsoras.

Las enfermeras y enfermeros españoles deben entender que la vacunación ha de ser considerada como una cuestión "obligatoria". El presidente del Consejo General de la profesión, Máximo González Jurado se manifestó de forma rotunda en el transcurso de un foro recientemente celebrado en Madrid junto a representantes de distintas profesiones y sectores sociales y sanitarios: "No podemos pedir a la población que se vacune si, por el contrario, no lo hacemos los profesionales". Y adelantó que, "en el nuevo Código Deontológico -un proyecto cercano- vamos a incluir esta cuestión como una falta muy grave".

Irresponsabilidad

El responsable de la Organización colegial quiso puntualizar que "todas las enfermeras y enfermeros españoles debemos vacunarnos en caso de posible riesgo, es una irresponsabilidad que los profesionales no lo hagan. No estamos para quedar bien sino para proteger, en la mayor medida posible, a los ciudadanos". Estas palabras fueron acogidas del mejor modo sobre todo cuando, acto seguido, el director general de la atención primaria de la Comunidad de Madrid, Antonio Alemany, consideró que "las administraciones sanitarias españolas están obligadas a formar, informar y actuar conforme

a la evidencia científica promoviendo las campañas de vacunación" para lograr la mayor concienciación social posible.

La trascendencia de difundir estos mensajes en materia de prevención se corresponde con la necesidad de no bajar la guardia con la vacunación, puesto que las estadísticas más rigurosas indican que, por ejemplo, se ha producido un repunte del sarampión en Europa que, actualmente, llega a los 50.000 casos.

El sector farmacéutico también participa de esta percepción y la presidenta del Consejo General de Colegios de Farmacia, Carmen Peña, igualmente subrayó que la aparición de las vacunas "ha permitido erradicar enfermedades como la viruela y la poliomielitis, dolencias que los profesionales que ejercen en la actual posiblemente no conocen. Desde las farmacias tenemos una enorme responsabilidad como es hacer accesible a la mayoría de la población los medicamentos y, en el caso concreto de las vacunas, manteniendo la cadena del frío".

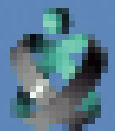
Gripe

Por su parte, el denominado "Grupo Español del estudio de la Gripe" ha insistido en que vacunar a la población no tiene otro objetivo que el de disminuir el riesgo de transmisión y, con ello, evitar que enferme un mayor número de personas. "Las vacunas, -han ratificado estos expertos- salvan vidas, son seguras, efectivas y son un derecho básico" de la humanidad.

A este mismo respecto, La Organización Mundial de la Salud (OMS) acaba de recordar que "según estimaciones oficiales, cada año se llegan a administrar unos 12.000 millones de inyectables, de los que aproximadamente, un 20% son vacunas, lo que se convierte en una enorme inmunización como forma de patentizar una de las invenciones más trascendentes en materia de salud pública, eficaz y segura".



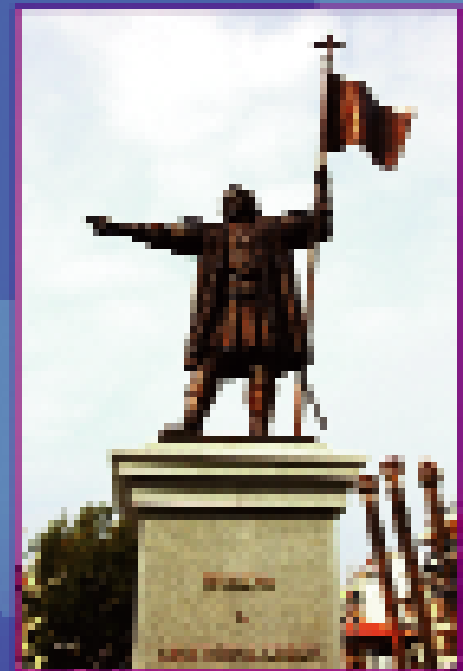
ILTRE. Colegio Oficial de Enfermería de Huelva



CONVOCA

XVIII

Certamen de Investigación en Enfermería CIUDAD DE HUELVA



Colón

Fco. Javier Paz Jerez

Bases

1. ORGANIZADOR

Colaboración de la Investigación Científica "CIENIC DE HUELVA"

2. OBJETIVO

Las acciones de carácter científico y técnico de investigación e innovación de Enfermería, así como, proyectos e ideas innovadoras de asistencia de salud, diagnóstica y terapéutica realizadas por profesionales de Enfermería.

3. OBJETOS

Localización:

Primer Premio: 1.000 euros para el autor ganador y premio.

No se podrá aceptar más de un trabajo en el este certamen. La Comisión organizadora tiene potestad, al aceptar o no el trabajo, para la selección y/o el jurado podrá declarar desierto los trabajos al considerarlo que los autores presentados no han alcanzado el nivel necesario.

4. CARACTERÍSTICAS

Los trabajos se presentarán en un solo ejemplar en un idioma oficial de España hasta el día 28 de Noviembre de 2017. Se tendrán en cuenta los trabajos presentados en castellano o en el idioma oficial de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Se presentarán sobre papel, en tamaño A4, con un margen superior e inferior de 20 mm. Los trabajos serán aceptados por correo electrónico, en formato pdf, en el correo electrónico: ciencia@coehuelva.es.

Los trabajos se presentarán en un solo ejemplar, idioma: Castellano de España o en el idioma oficial de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Se tendrán en cuenta los trabajos presentados en castellano o en el idioma oficial de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Se presentarán sobre papel, en tamaño A4, con un margen superior e inferior de 20 mm. Los trabajos serán aceptados por correo electrónico, en formato pdf, en el correo electrónico: ciencia@coehuelva.es.

5. INFORMACIÓN

Colegio Oficial de Enfermería de Huelva
C/ Realidad, nº 38, P.º 1º, 41013 Huelva
Tel: 959 21 0145 - Fax: 959 21 01 78
e-mail: coehuelva@coehuelva.es

Los trabajos se evaluarán mediante una comisión formada por el Colegio de enfermería de Huelva y la propia comisión organizadora, para lo que se designará de la institución del plazo establecido.

6. PARTICIPANTES

Puede participar todos los profesionales de Enfermería que no tengan ninguna otra actividad en el momento y en el momento de inscripción, así como, también los miembros que componen el jurado. Si algún participante al estar realizando implica la explotación previa de los presentados.

7. JURADO

Podrá componerse por un número 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 nombrados en un escrito. Los nombramientos, por escrito se publicará en un lugar visible en el edificio del Colegio de Enfermería de Huelva y en el sitio web del Colegio de Enfermería de Huelva, con una vigencia.

8. VOTO

El voto del jurado será fondo público por el secretario designado entre sus miembros, el Presidente del Colegio de Enfermería de Huelva y el Secretario del Colegio de Enfermería de Huelva.

9. DERECHO DE VOTO Y VOTACIÓN

Los trabajos presentados quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Huelva, que presentados se conservarán por un periodo de tiempo, y serán aceptados, así como, en caso de no haberse aceptado la decisión del jurado de Huelva.

10. TÍTULO DEL PREMIO

El ganador que sea un miembro activo del Colegio.

<http://www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es>