

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERIA
DE HUELVA



enfermería

AÑO XV

nº 48 Diciembre 2012



Enfermería, para encarar la **CRISIS**



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

Tomás Lozano León

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

Línea Móvil 639/11 17 10

Correo electrónico:

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 h.

Entrevista con el presidente:

Concertar cita

Sumario

3 EDITORIAL

4 PÓLIZA

5 TRIBUNAL SUPREMO

6 AMPLIACIÓN JORNADA LABORAL

7/12 INFLUENCIA DE NOBECUTAN

13 REUNIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN
SANITARIA

14/15 CALENDARIO 2013

16 AMA

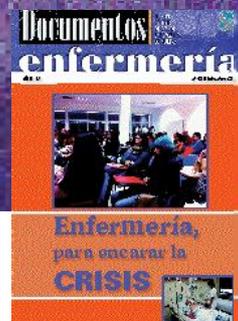
17/23 VIOLENCIA DE GÉNERO

24/25 CENTRO SAN CAMILO

26 PREMIO COMUNICACIÓN

27 CRISTMA NAVIDAD

28 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.

ENFERMERÍA, HACE FRENTE al FUTURO

Con este número que los colegiados onubenses tienen en sus manos, "DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA" despide 2012 que se ha ido entre crisis económica, recortes a galn, paro profesional, zozobra general y, lo que es todavía peor, augurio de que el próximo calendario no parece venir acompañado de vientos de bonanza presupuestaria sino todo lo contrario. Como sea que a la realidad hay que llamarla por su nombre y ésta ya centenaria corporación colegial se debe, exclusivamente, a sus colegiados, permítansenos emitir un balance lo más apegado a la realidad diaria en función de las constataciones que vive la inmensa mayoría del colectivo.

No ha sido un buen año, desde luego que no, el 2012. La sanidad pública, y con ella los profesionales que la hacen posible, ha vivido una sucesión de meses donde el común denominador fue la crisis y la precariedad. Ciertamente es que desde la administración regional casi nunca se admitió la crudeza reflejada en el espejo al que todos nos acercamos. Pero una cosa es la poderosa maquinaria del marketing oficial y otra, insistimos, la certificación de la realidad que viven las mujeres y los hombres de la enfermería onubense.

En este Colegio se tiene plena constancia de que el paro es, sin discusión, uno de los más graves problemas que azotan al colectivo. Desde el Consejo General se ha hablado de cifras de desempleo "dramáticas" al referirse a la enfermería andaluza y no seremos nosotros quien pongamos en duda las evidencias de unos índices de baja contratación y alta, muy alta, sensación de frustración entre el sector más joven que, en muchos de los casos, ha decidido tomar la penosa salida de la emigración, sea a ámbitos cercanos a nuestra geografía provincial como hacia otros más lejanos.

En el plano sanitario de la comunidad, ya no caben paños calientes: Estamos ante una auténtica situación de recortes y el avance de los Presupuestos de la Junta para 2013 así lo ratifica: la Consejería de Salud y Bienestar Social va a ver rebajada su dotación presupuestaria casi en un 10%. Esto choca, frontalmente, con todos los cantos de que la sanidad y la educación iba a ser "intocables" y que quien recorta era solo el "gobierno de Madrid". Pues no. A la sanidad andaluza le afectan, y de qué forma, unos ajustes económicos que se extienden por todos sus sectores. Entre ellos, claro está, la enfermería a la que, entre otras cosas, el ejecutivo central -claro que debemos anotarlo- ha privado, como al resto de empleados públicos, de la paga extraordinaria de Navidad...

Y qué decir de la ampliación de la jornada laboral? Ahí está el Decreto de la Consejería de Salud para ratificar la evidencia: los profesionales sanitarios andaluces trabajan más horas para percibir menor salario. Y que no se culpe al "gobierno central" de éste recorte porque es una medida que sí han adoptado unas regiones mientras otras no lo han hecho. Es decir, es potestad de la Junta de Andalucía como lo plasma el Decreto regulador que en el BOJA han firmado María Jesús Montero y José Antonio Antonio Griñán.

Este Colegio desearía que, en 2013, cambiaran las tornas y todos las sombras expectativas quedaran amortiguadas en gran parte de sus consecuencias. El Colegio, por esta razón, ha pedido a la administración, -la delegada territorial de Salud-, que potencie y multiplique la presencia de la enfermería en la sanidad pública onubense. Siendo conscientes, como somos, de la gravedad de la situación, un SAS que se pretenda capaz y resolutivo en sus Unidades y Servicios no puede cargar las tintas sobre la profesión, sobre ninguna profesión sanitaria, nos atreveríamos a decir. Por una simple razón: siendo la carga asistencial la misma, la calidad que se ofrece al ciudadano no debería verse alterada por una política de ajustes en recursos humanos. Por todo, no hemos dudado en pedir, que se potencien la presencia de la enfermería provincial como una herramienta insustituible para hacer frente a todos los retos que se avecinan.

Esta Revista del Colegio se despide hasta 2013. Con un ferviente deseo: Ojalá que la mayoría de los pronósticos pesimistas queden aliviados y hasta superados por una política de recuperación y avances en el SAS. No perseguimos más que dar la mejor atención a la sociedad. Y para ello se necesita de las manos y los cuidados que atesoran los profesionales de esta provincia. Que Salud sea sensible a esta realidad. ¡Feliz 2013!

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.

Tribunal Supremo

Consejo General: admitido recurso contra la sentencia que veta a la enfermería la gestión clínica

Huelva.- Redacción

El Tribunal Supremo acaba de admitir a trámite el recurso de Casación interpuesto en su día por el Consejo General de Enfermería de España contra una sentencia dictada por el Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad de Madrid (TSJM) que había decidido anular el artículo del "área única" por la que se reconocía a la profesión de enfermería realizar labores de gestión clínica en esa región. Pero a partir de ahora, en concreto del 8 de noviembre 2012, el T. Supremo establece las cautelas a los recursos de varias asociaciones médicas que "venían a enjuiciar la legalidad del decreto de área única" en la sanidad pública de la región madrileña. Un capítulo que, obviamente, interesa y afecta al conjunto de la profesión española.

La Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo ha admitido el recurso de casación interpuesto por el Consejo General de diplomados de Enfermería de España contra una sentencia anterior a cargo del TSJM por la que se había procedido a anular el artículo del decreto de "Área única" en el que se reconoce la capacidad de la profesión de enfermería para llevar a cabo labores de gestión clínica en instituciones sanitarias. La providencia del T. Supremo, conocida el 8 de noviembre de 2012, es relativa a una sentencia dictada por el TSJM el pasado mes de febrero por la que, como ha recordado el Consejo General, "venía a enjuiciar la legalidad del decreto de área única en la Comunidad de Madrid ante un recurso" presentado por varias organizaciones representativas del colectivo médico, en concreto de la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria y de la Asociación de Pediatría de Atención primaria, ambas referenciadas en la citada región madrileña.

LOPS

A este respecto, y una vez conocida la posición del Tribunal Supremo, el Consejo General de la enfermería española ha puesto de manifiesto que "la gestión clínica es una competencia que los profesionales de enfermería vienen realizando



desde hace décadas, con absoluta normalidad y probada eficacia, tanto en el campo de los hospitales como en el de la atención primaria". El Consejo, en este sentido, recuerda que dicha función cuenta con el "reconocimiento de la propia Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias (Lops) así como de los pacientes y de los organismo sanitarios que vienen destacando los logros obtenidos por las enfermeras dedicadas a la gestión".

El Consejo General de Enfermería ha entendido que su personación en el juicio ha venido fundamentada por ser "la única posibilidad de que el Tribunal Supremo pudiese entrar a valorar a conformidad del derecho a posicionamiento del TSJM ya que, a pesar de que la sentencia afectaba a un decreto de la Comunidad Autónoma de Madrid, su Consejería de Sanidad decidió no presentar recurso alguno dejando a las enfermeras y enfermeros que trabajaban desde hace años realizar dicha labor de gestión clínica en una situación de indefensión absoluta". Es mas, desde distintas sociedades científicas y corporaciones profesionales se había instado, a lo largo de 2011, a la Comunidad de Madrid para que se decidiera a recurrir el fallo ante el Tribunal. Supremo con la finalidad de que siguiera vigente el citado artículo, declarado como nulo, hasta el pronunciamiento del Alto Tribunal.

FIRMEZA

Para el presidente del Consejo General de Enfermería, Máximo González Jurado, el posicionamiento del Tribunal Supremo adquiere en este momento, "una especial significación e importancia" por cuanto este fallo llevaba acarreado, a su vez, la falta de firmeza de la referida sentencia sin que sea posible, al día de hoy, desplazar de sus responsabilidades a los compañeros y compañeras, tal y como era el deseo y el derecho que en justicia persigue este Consejo General desde el momento en que decidió personarse en el proceso judicial".

Por todo, desde el propio Consejo General de Enfermería se aguarda y confía en que "esta decisión del Tribunal Supremo permita defender con argumentos sólidos, jurídicos, científicos y profesionales la legitimidad y legalidad de las enfermeras(os) en el contexto de la gestión clínica".

La JUNTA CONFIRMA la AMPLIACIÓN de la JORNADA LABORAL

Sevilla.- G^a. N.

El Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía aprobó, en su reunión del 20 de noviembre 2012, el Decreto por el que regula la ampliación de la jornada laboral del personal estatutario del Servicio Andaluz de Salud (SAS) pasando de 35 a 37, 5 horas semanales. En el BOJA número 229 se contempla el Decreto que, con la firma de la consejera de Salud y Bienestar Social, María Jesús Montero y el presidente José Antonio Griñán, se modifica el anterior de septiembre de 1992 y que confirma las distintas cotas horarias en función de los turnos diurnos, fijo nocturno y rotatorio. mientras que las modificaciones de jornada "no supondrán incremento retributivo alguno". El portavoz de la Junta, Miguel A. Vázquez, no dudó en afirmar, ante las críticas adversas suscitadas, que se trata de una "imposición" del ejecutivo central.

En el BOJA número 229 del 22 de noviembre 2012 quedó plasmada la modificación de la normativa sobre el capítulo de "retribuciones y condiciones de trabajo" del personal del SAS. Mediante ella, la Junta y la Consejería de Salud han modificado el anterior Decreto (175/1992 de 29 de septiembre) por el que se establece que la jornada laboral del personal del sector público no podrá ser inferior a 37,5 horas semanales de trabajo efectivo en cómputo anual. Al mismo tiempo, el Decreto de Salud confirma que "las modificaciones de jornada que se lleven a efecto como consecuencia del establecimiento de esta medida, no supondrán incremento retributivo alguno".

Turnos

En su artículo único, el texto del BOJA dispone que las modificaciones en tan importante capítulo queda fijado de este modo: "La jornada ordinaria de trabajo máximo anual se fija en 1.645 horas para el turno diurno; en 1.470 horas para el turno fijo nocturno y en 1.530 horas para el turno rotatorio que es el que incluye turnos nocturnos. En función del número de turnos nocturnos incluidos en el turno rotatorio, se ponderará la jornada establecida para dicho turno. Esta jornada ordinaria anual -prosigue el texto oficial- se reducirá proporcionalmente en función de los periodos de permiso no retributivos que pueda disfrutar cada profesional a lo largo del año. Los periodos de incapacidad temporal y los permisos y licencias retribuidos que no han incidido en el cálculo de la jornada anual, según se indica en el apartado 3 del presente artículo, serán neutros para su cómputo".

En la presentación oficial de este Decreto, el portavoz de la

Junta de Andalucía, Miguel Ángel Vázquez, detalló que la aplicación de la norma estatal, con rango de legislación básica, la Consejería de salud andaluza ha optado por el cómputo de jornada más favorable para los trabajadores. Así, a los temporales se les ha reducido la jornada a un 75% a la vez que el salario, para, dijo, evitar despidos. La Junta sostuvo que de aplicarse de forma lineal el incremento del Gobierno de España, la jornada ordinaria máxima sería de 1.800 horas anuales mientras el Decreto andaluz las fija en 1.645 hora para el turno diurno, 1.470 para el fijo nocturno y las 1.530 horas para el rotatorio.

Precariedad

Conocida la decisión de la Consejería, las reacciones no tardaron en producirse. Y la tónica imperante no ha sido otra que de rechazo a lo que se entiende como una "discriminación" del personal sanitario de la Junta respecto a otros trabajadores públicos, además de ser catalogada -como, por ejemplo, expresó la organización CSIF- de "economicista" puesto que "lo único que se pretende es un ahorro que éste recaiga sobre los profesionales del SAS. Algunas categorías como médicos y enfermeras de AP son las que más pérdida sufren". A la vez que denuncia la institucionalización de "la precarización del personal temporal ya que su jornada, y su salario, pasan a ser, como máximo, del 75%. Esta medida repercute, de manera importante, en la calidad asistencial".



Personal médico y enfermera en una intervención quirúrgica

INFLUENCIA de NOBECUTAN® en el CONFORT del PACIENTE con HERIDA QUIRÚRGICA

AUTORES

Gonzalo Pérez Velo, José Antonio Hernández Mora y María del Carmen García García.

Pérez, Hernández y García.

Centro de trabajo: Hospital General Juan Ramón Jiménez de Huelva.

RESUMEN

Nobecutan® es empleado para evitar el despegue prematuro de los apósitos.

OBJETIVO

El objetivo principal es establecer si el Nobecutan® aumenta el confort del paciente durante la cura de heridas quirúrgicas.

MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo transversal de comparación de dos medias frente al factor uso de Nobecutan® tomando una serie de pacientes a los que sí se les aplica Nobecutan® y otra serie a los que no. Se diseñó una escala de valoración del confort durante la cura en heridas quirúrgicas.

RESULTADOS

La muestra ha sido de 32 pacientes de ambos sexos con una edad media de 53,34 años. De las 32 heridas, al 53,17% se les ha aplicado Nobecutan® y al 46,88% no. Las puntuaciones obtenidas en la escala han estado entre 0 y 8 obteniendo a los que sí se les ha aplicado Nobecutan® una media de 2,88 puntos frente a los que no se les ha aplicado que han obtenido 4,07 puntos por paciente.

CONCLUSIONES

Podemos decir que el uso de Nobecutan® en el momento de la cura en heridas quirúrgicas beneficia al paciente influyendo positivamente en la fijación y retirada de los apósitos, disminuyendo el dolor y aumentando el confort y seguridad de éste.

PALABRAS CLAVE:

Apósito aerosol, apósito spray, Nobecutan.

Aerosol dressing, spray dressing, Nobecutan.

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad viene siendo frecuente en las unidades de hospitalización de pacientes quirúrgicos, el hecho de un aumento en la realización de curas en las heridas quirúrgicas por desprendimiento o despegue prematuro de los apósitos. Esto conlleva una serie de inconvenientes como riesgo de deterioro o deterioro de la integridad cutánea de la piel perilesional, aumento del riesgo de infección y erosiones en la piel por exceso de manipulación de la herida, disconfort en el paciente, aumentos en las cargas de trabajo en el personal de enfermería y aumento en el coste económico del proceso por el incremento del consumo de recursos tanto humanos como materiales.

Dentro del arsenal terapéutico con el que cuenta enfermería para la realización de estas curas y evitar estos inconvenientes destaca un producto en forma de apósito en aerosol que suele ser usado con frecuencia como complemento de apósitos convencionales para mejorar el confort general del paciente. Éste producto es Nobecutan®.

Tras hacer una revisión bibliográfica en Medline, CINAHL y PUBMED en español y en inglés y usando como palabras claves “apósito aerosol”, “apósito spray” y “Nobecutan” fueron tres los artículos encontrados basados principalmente en algunos casos clínicos, en los que se hacía referencia a las bondades de dicho producto desde un punto de vista cualitativo.

Entre sus ventajas contaban el favorecimiento de la integridad

cutánea perilesional y la sujeción y estabilidad de los apósitos, actúa como barrera, consigue calidad de cuidados con optimización de recursos (1), protege la piel evitando lesiones cutáneas, permite una correcta adhesión del campo quirúrgico a la piel (2), es cómodo para el paciente y permite espaciar los tiempos de cura (3), permite una visualización directa de la herida, es de fácil aplicación para los profesionales, mínimos o nulos riesgos de intolerancia o alergias (1)(3), minimiza el riesgo de infección (2)(3) y un mejor confort del paciente (1)(2)(3).

Partiendo de esta situación y teniendo como premisa que el despegue de los apósitos es un problema frecuente y no ha sido estudiado anteriormente se realiza el presente trabajo con la pretensión de conocer con más profundidad si es recomendable el uso del apósito en aerosol Nobecutan® en heridas quirúrgicas que cierran por primera intención con el fin de ofrecer una mejor atención en el tratamiento de éstas heridas y mejorar el confort y seguridad del paciente, así como incrementar los conocimientos del personal de enfermería respecto al uso de Nobecutan® y lograr que este tipo de curas se realicen con un fundamento más científico contribuyendo a consolidar las actuaciones tradicionalmente realizadas y no probadas científicamente.

Los objetivos marcados fueron los siguientes:

Objetivo principal: establecer si el uso de Nobecutan® contribuye a aumentar el confort del paciente durante la cura de heridas quirúrgicas.

Objetivos secundarios:

- Comprobar si el uso de Nobecutan® mejora la adhesividad y adherencia de los apósitos textiles a la piel.
- Comprobar si el uso de Nobecutan® favorece que no aparezcan complicaciones dérmicas.
- Comprobar si el uso de Nobecutan® contribuye a que no aparezca dolor en el momento de la retirada del apósito textil.

2. MÉTODO

Descripción de Nobecutan®

Nobecutan® es un apósito plástico en aerosol que actúa formando una delgada película adherente, elástica, transparente y permeable al vapor de agua y a la humedad y se usa en dermatología, quemaduras superficiales, uso postoperatorio, pediatría, como complemento a apósitos convencionales, pequeñas heridas, sellado de punciones, vacunaciones y fístulas (4).

Según las indicaciones del propio producto está indicado en el recubrimiento de heridas superficiales o quirúrgicas, limpias y secas, formando una delgada película adherente, elástica y transparente; refuerza el vendaje ordinario pulverizando sobre una capa; también se usa para el recubrimiento de erosiones, quemaduras y picaduras de insectos. Se consigue un mejor recubrimiento por aplicaciones sucesivas, una vez seca la primera capa. Al cabo de unos días de efectuada la pulverización,

la película se desprende por los bordes, pudiendo entonces ser eliminada con facilidad. Para ayudar a su eliminación puede emplearse acetona, éter o acetato de etilo. Está compuesto por un copolímero acrílico, acetato de etilo, disulfuro de tetrametiltiouramio y propelente.

Tipo de estudio

Se realiza un estudio descriptivo transversal de comparación de dos medias frente al factor uso de Nobecutan® tomando una serie de pacientes a los que sí se les aplica Nobecutan® y otra serie a los que no se les aplica. El estudio se realizó entre los meses de marzo y julio de 2011 en la unidad de cirugía 3.1 del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.

La población de estudio fueron pacientes que han estado ingresados, han sido intervenidos quirúrgicamente y reunían los criterios de inclusión establecidos. Estos criterios han sido: presentar una herida quirúrgica plana, no presentar ningún tipo de problema dermatológico previo a la intervención, no haber sido tratado con Nobecutan® en curas anteriores.

Las variables de estudio que se han recogido han sido relativas al paciente y relativas a los parámetros que se quieren medir:

Relativas al paciente: iniciales, sexo, edad, intervención realizada, fecha de la intervención.

Relativas a los parámetros que se quieren medir: localización de la herida, tamaño aproximado en centímetros, si se ha aplicado Nobecutan® o no, fecha de la cura, apósito autoadhesivo con el que venía la herida (apósito estéril autoadhesivo hipoalergénico (Cosmopor®) o apósito hipoalergénico de tejido no tejido (Oper Tape®)), puntuación en la subescala de adherencia del apósito textil al realizar la cura, puntuación en la subescala visual del eritema (EVE) en el momento de retirar el apósito, puntuación al retirar el apósito en la subescala verbal numérica del dolor (EVN), puntuación total en la escala de valoración del confort, y si hay reacción local o no y tipo de reacción.

Para la valoración conjunta de la adherencia del apósito, el eritema y el dolor en heridas quirúrgicas se ha diseñado una escala de valoración basada en el consenso y diseñada al efecto por los autores que aunque no estuviera validada, permitiera medir los parámetros requeridos, estando a su vez compuesta por las tres subescalas mencionadas anteriormente:

- La escala de adhesividad del apósito
- La escala visual del eritema (EVE), y
- La escala de dolor verbal numérica.

Entre las tres tienen un rango de puntuación que va desde el 0 al 18 en orden descendente siendo el 18 el menos favorable y el 0 el más favorable. En la figura 1 se describen las distintas subescalas con los criterios utilizados.

Para medir la adhesividad de los apósitos a la piel se empleó una subescala que consta de 5 ítems enumerados desde el 0

al 4 siendo el valor 0 el más favorable (aquel en el que el apósito está pegado en su totalidad a la piel) y el valor 4 el menos favorable (aquel en el que está sobrepuesto en la herida o totalmente despegado) (figura 1). Los valores aquí obtenidos eran multiplicados por dos para que no prevaleciera tanto la subescala del dolor que tenía mayor rango de puntuación.

Para medir la aparición de complicaciones dérmicas se empleó la subescala visual del eritema (EVE) basada en la escala internacional de la dermatitis de contacto de Quinn (5) y que presenta 5 grados enumerados desde el 0 al 4 siendo el valor 0 el más favorable (no eritema) y el valor 4 el menos favorable (piel rota o abrasión) (figura 1). Los valores aquí obtenidos también fueron multiplicados por dos.

Para medir la aparición de dolor se empleó la escala de dolor verbal numérica (EVN) (6) en la cual el paciente expresa su percepción del dolor desde el 0 (no dolor) al 10 (el peor dolor imaginable) (figura 1).

La puntuación total venía dada por la suma de la puntuación de las tres subescalas anteriores.

Recogida de datos

Los datos fueron recogidos por una enfermera experta de la planta de Cirugía. Unos datos fueron recogidos directamente de la historia clínica y otros mediante la observación directa y cumplimentación del cuestionario que aparece en la figura 2 en el momento de realizar la cura. El paciente sólo tenía que responder al ítem sobre la EVN del dolor y sobre la existencia o no de prurito o picor.

A los pacientes a los que se les aplicaba Nobecutan® la valoración se le realizaba al levantar la cura al día siguiente o a las 48 horas. A los que no se les aplicaba Nobecutan® se valoraba en el momento de realizarles la cura. Los pacientes fueron asignados a un grupo o a otro alternativamente.

Para comprobar que la encuesta se entendía y recogía lo que realmente interesaba se pasó ésta primeramente a 3 pacientes que reunían los criterios cogidos al azar.

Análisis de los datos

Para el procesamiento, ordenación y análisis de los datos se diseñó una matriz de datos *ad hoc* en Excel y se realiza un análisis descriptivo de estos a través de tablas de frecuencia y gráficos.

Técnica empleada en la cura

Tras retirar el apósito la herida es lavada con suero fisiológico, se seca posteriormente y se le aplica povidona yodada. A continuación se le aplica el apósito en aerosol Nobecutan® pulverizando sobre la herida y perímetro circundante deseado desde una distancia de 15-20 centímetros y posteriormente se coloca el apósito convencional ya sea autoadhesivo estéril hipoalergénico (Cosmopor®) o hipoalergénico de tejido no tejido (Oper Tape®).

3. RESULTADOS

Los resultados obtenidos han sido los siguientes:

La muestra ha sido de 32 pacientes con una edad media de 53,34 años. De éstos el 59,37% (19 pacientes) han sido varones con una media de edad de 59,9 años y el 40,63% (13) con 43,77 años de media han sido mujeres.

Por tipo de intervención han predominado la colecistectomía laparoscópica con un 34,36% (11 casos) seguido de eventraciones con un 21,86% (7 casos) siendo la longitud media de las heridas de 11 centímetros (cm), hallándose 10,24 cm en los que se les ha aplicado Nobecutan® y de 11,87 cm para los que no se les ha aplicado.

Por tipo de apósito al 78,12% (25 heridas) se les ha aplicado Cosmopor® y al 21,88% (7 heridas) se les ha aplicado Oper Tape®.

De las 32 heridas al 53,17% (17 heridas) se les ha aplicado Nobecutan® y al 46,88% (15 heridas) no se les ha aplicado.

Respecto a la puntuación por subescalas:

En la subescala de adherencia del apósito las puntuaciones obtenidas han estado entre 0 y 1 (de un rango del 0 al 8) con una media para los que sí se les ha aplicado Nobecutan® de 0,35 puntos y para los que no se les ha aplicado 1,33 puntos. Destaca que al 43,75% (14 heridas) de los casos pertenece a los que si se les ha aplicado Nobecutan® y han obtenido una puntuación de 0 (apósito pegado en su totalidad a la piel en toda la superficie del apósito).

En la subescala visual de eritema el rango de puntuaciones obtenidas ha sido entre 0 y 4 (de un rango entre el 0 y el 8) destacando que tanto a los que sí se les ha aplicado Nobecutan® como a los que no se les ha aplicado han obtenido la misma media siendo de 1,38 puntos. Destaca que el 88,52 % de los casos tanto para los que se les ha aplicado Nobecutan® como a los que no, están entre los ítems 0 (no eritema) y 1 (poco eritema, casi imperceptible) a partes iguales.

En la subescala de dolor verbal numérica al retirar el apósito, las puntuaciones obtenidas han sido entre 0 y 3 (de un rango del 0 al 10) con una media para los que sí se les ha aplicado Nobecutan® de 1,18 puntos y de 1,4 puntos para los que no se les ha aplicado.

En la escala de confort durante la cura de la herida quirúrgica que contempla a las tres anteriores los puntos obtenidos han estado entre 0 y 8 (entre un rango de 0 a18) obteniendo a los que sí se les ha aplicado Nobecutan® una media de 2,88 puntos frente a los que no se les ha aplicado que han obtenido 4,07 puntos por herida.

Respecto a la reacción local, la única encontrada en la serie ha sido el prurito en un 12,5% de los casos (4 casos) presentándose 2 casos entre los que sí se ha aplicado Nobecutan® (6,25%) y otros 2 casos entre los que no se ha aplicado (6,25%). El resto (87,5%) no han presentado ningún tipo de reacción.

4. DISCUSIÓN

En los resultados del presente trabajo hemos observado que las puntuaciones obtenidas en las subescalas estaban concentradas en un rango muy corto de puntos siendo éstos favorables (entre 0 y 4 de un rango de 0 a 10). Estos han sido obtenidos, en la mayoría de los casos después de la realización de la primera cura tras la llegada del paciente desde el quirófano siendo las intervenciones en su mayoría de corta estancia.

Pensamos que si hiciéramos un seguimiento en curas posteriores a cada paciente los items recogidos en las distintas subescalas podrían variar ampliando su rango de puntuación y pudiéndose valorar la evolución del confort del paciente a lo largo de su estancia.

A la vista de los resultados se puede decir que en las heridas en las que se ha usado Nobecutan® para fijar los apósitos, estos han estado mejor fijados y se han desprendido menos por lo que parece que el uso de Nobecutan® favorece que el apósito quede mejor adherido y fijado a la piel.

Se observó en nuestra serie que el uso de Nobecutan® no tiene ninguna influencia en que aparezcan complicaciones dérmicas o no, habiendo ausencia de complicaciones en la mayoría de los casos tanto si se usa Nobecutan® como si no.

También se puede decir que los pacientes en los que no se usa Nobecutan® presentan más dolor que en los que si se usa en el momento de la retirada del apósito por lo que parece que el uso de Nobecutan® favorece la disminución del dolor en la retirada del apósito.

Como conclusión, los resultados de éste estudio sugieren que el uso de Nobecutan® en el momento de la cura en heridas qui-

rúrgicas beneficia al paciente influyendo positivamente en la fijación y retirada de los apósitos, disminuyendo el dolor y aumentando el confort y seguridad de éste.

Por otro lado podemos decir que con el uso de Nobecutan® el número de curas por desprendimiento del apósito se ve reducido disminuyendo también el riesgo de infección y erosiones en la piel por exceso de manipulación de la herida.

Otras ventajas que hemos podido constatar son su facilidad de aplicación, permite espaciar las curas entre sí minimizando el riesgo de infección y contribuye a aumentar la calidad de los cuidados en las heridas optimizando los recursos.

Como beneficiarios secundarios podemos citar al personal de enfermería por la descarga de trabajo que conlleva la buena fijación de los apósitos así como el sistema sanitario al verse reducidos los costes económicos por consumo de material fungible y antisépticos para curas; incluso podríamos hablar de reducción del impacto ambiental por lo que supone de menor generación de residuos hospitalarios.

A partir de aquí nos planteamos futuras propuestas de trabajo con la selección de pacientes de mayor estancia media, así como ampliar el tamaño de muestra para poder realizar un estudio analítico.

5. AGRADECIMIENTOS

Los autores desean manifestar su agradecimiento y gratitud a D. Julio Oliva Contero, matemático especialista en Estadística e Investigación Operativa y Experto Universitario en Estadística Aplicada a las Ciencias de la Salud, por su interés y profesional lectura crítica del presente trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. López Soto R.M. Procedimiento de curas abdominales. Revista Rol de Enfermería 2009; 32 (12): 834-838.
2. Bosh Raventós S, Jimeno Jiménez N. Paciente intervenido quirúrgicamente. Revista Rol de Enfermería 2010; 33 (11): 764-768.
3. Aguilera Rubio M. El confort del paciente durante el proceso de cicatrización y protección de la herida con el apósito de plástico en aerosol (Nobecutan®). Rol de Enfermería 2009; 32 (11): 736-740.
4. Inibsa Laboratorios. Ficha de datos de seguridad Nobecutan®. [En línea] URL disponible en: http://www.carloshaya.net/chchaya/Prevencion_de_Riesgos/web/.pdf [fecha de acceso: 10 de abril de 2011].
5. García Fernández, FP; Ibars Moncasi P; Martínez Cuervo F; Perdomo Pérez E; Rodríguez Palma M; Rueda López J; Soldevilla Ágreda, JJ; Verdú Soriano J. Incontinencia y Úlceras por Presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº 10. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Madrid. 2006.
6. Pardo C., Muñoz T., Chamorro C. Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med. Intensiva [revista en la Internet]. 2006 Nov [citado 2011 Mar 03]; 30(8): 379-385. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004&lng=es.

ANEXOS

Escala de valoración del confort durante la cura de heridas quirúrgicas.			
	Escala de adherencia del apósito (x2)	Escala visual del Eritema (x2)	Escala del dolor verbal numérica
0	Apósito pegado en su totalidad a la piel en toda la superficie del apósito	No eritema	0 No dolor 1 2 3 4 5 6 7
1	Apósito con alguna o todas las esquinas levantadas	Poco eritema (casi imperceptible)	
2	Apósito con alguna o todas las esquinas levantadas y parte del contorno desprendido	Eritema moderado (piel rosa)	
3	Apósito sujeto por una sola franja de superficie pegada	Eritema intenso (piel púrpura o roja)	
4	Apósito sobrepuesto en la herida o totalmente despegado	Piel rota o abrasión	
Puntuación			TOTAL:

Figura 1. Escala de confort durante la cura

Encuesta de valoración del uso de Nobecutan® en el confort en el momento de la cura.		
Iniciales paciente:	Sexo: Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Edad:
Intervención realizada:	Fecha intervención:	Fecha de la 1ª cura:
Localización de la herida:	Tamaño aproximado en centímetros:	Aplicación de Nobecutan® Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Apósito autoadhesivo textil: Cosmopor® <input type="checkbox"/> Oper Tape® <input type="checkbox"/>		
Puntuación escala de adherencia del apósito (x2)		
Puntuación escala visual del eritema (EVE) (x2)		
Puntuación de dolor en la escala verbal numérica (EVN)		
Puntuación total (suma de las tres anteriores)		
Algún otro tipo de reacción en la zona de contacto con el apósito-esparadrapo o Nobecutan® como prurito-picor, inflamación, infección. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?:		

Figura 2. Cuestionario de valoración de pacientes.



Imagen 1.



Imagen 2.



Imagen 3.



Imagen 4.

Ante la **CRISIS**, **CAMBIOS** y **RETOS**

Huelva.- Redacción

Profesionales de enfermería pertenecientes a una amplia mayoría de centros sanitarios de la provincia de Huelva se han reunido, un año más, en torno a las XIV Jornadas del hospital Infanta Elena con el objetivo programático de conocer cuáles son las nuevas herramientas y la implantación de las estrategias propias del tiempo actual en relación a los cuidados. Inauguradas por Rafael García, gerente responsable de los dos hospitales de referencia en la sanidad pública provincial, Juan Ramón Jiménez e Infanta Elena tras la fehaciente remodelación directiva del SAS, el programa ha buscado el acercamiento e intercambio entre la enfermería de la atención primaria y la especializada.

Diraya

La titular de la delegación provincial de la Consejería de Salud y Bienestar Social, Lourdes Martín Polanco, no compareció a la hora de inaugurar oficialmente este encuentro llamado, según la propia administración provincial, a "reforzar la motivación como forma de crecimiento profesional y personal que permita adoptarnos a las situaciones de crisis y cambios" en las que, desafortunadamente, estamos inmersos. La conferencia de apertura estuvo a cargo de una responsable de la Consejería de Salud, en ausencia de Manuela Lacida para tratar acerca de "La herramienta digital, elemento de garantía de calidad y cuidados" La implantación del módulo de cuidados en los centros hospitalarios de la red pública del SAS fue otro de los aspectos más relevantes de las Jornadas junto a la experiencia derivada de la aplicación del "Diraya atención especializada" (Dae) de cuidados en el hospital Puerta del Mar gaditano.

Historia

El análisis de aquellos cambios que se están traduciendo en el mundo de los cuidados a consecuencia de la aparición y desarrollo de las nuevas tecnologías fue otro capítulo sustancial en este encuentro. El hecho de que cada enfermo pueda disponer de una única historia sanitaria informatizada en la que se encuentren recogidos todos los datos clínicos, médicos, informes, tratamientos, pruebas analíticas y radiológicas... las cuales pueden ser objeto de consulta desde cualquier ordenador conectado a la red asistencial, a la par que considerar la tarjeta sanitaria individual como la auténtica llave de acceso al sistema, todo este universo de innovaciones forma parte del obligado capítulo de conocimientos a los que enfermería debe hacer frente y asumir en su plenitud.

Oportunidades

En el segundo día del programa anunciado hubo tiempo para conocer cuál es el nivel de la "Motivación y responsabilidad en situaciones difíciles" a cargo de Lourdes de Prada, como coordinadora de cuidados en el centro de Atención Primaria de la localidad de Moguer. El calendario de las exposiciones se cerró con un enunciado ciertamente opinable como es el de "Tiempos de cambio, oportunidad para crecer", temática que, nadie puede dudar, difícilmente se compadece con la realidad más rabiosa que habla de la precariedad laboral, el aumento del paro entre la enfermería de más reciente titulación con niveles de desempleo del todo preocupantes y de los que este Colegio provincial, como el conjunto de la Organización Colegial, se viene haciendo eco y, en suma, los efectos derivados de la nueva Jornada laboral, que está teniendo especial incidencia en profesionales con contratos a tiempo parcial.



Reunión con la administración

EL COLEGIO INSTA A LA MEJOR DOTACIÓN DE ENFERMERÍA

Huelva.- Redacción



Gonzalo García, voz de la Enfermería en la reunión con la administración sanitaria

El anuncio de la Consejería de Salud, forzado por la grave crisis económica que vive la Junta, de eliminar cargos directivos del Servicio Andaluz de Salud (SAS) a nivel regional se ha traducido, por lo que a la provincia de Huelva se refiere, en una primera toma de contacto entre la representante de la administración sanitaria y los responsables de los Colegios Oficiales de Enfermería (Gonzalo García Domínguez) y medicina (Juan Luis González). De esta forma, y en el transcurso de una reunión de trabajo, los responsables de las instituciones colegiales han podido conocer de primera mano el alcance, planteamientos y objetivos que la Consejería busca mientras ha quedado pendiente de concretar la configuración del nuevo modelo resultante para la Enfermería onubense. El Colegio profesional, en cualquier caso, espera que de todos estos cambios salga "una política que favorezca la mayor presencia de la enfermería en beneficio único y exclusivo de la calidad asistencial que demanda la población".

La consejera María Jesús Montero dio a conocer, semanas atrás, la llamada "Racionalización de estructuras directivas" que, en el conjunto del SAS, van a significar la eliminación de 71 cargos de dirección, tanto de centros sanitarios como de los entes públicos dependientes de la Junta. Esta medida comportará un ahorro cifrado en 4.9 millones de euros a nivel de la comunidad, conforme los datos facilitados por la propia consejera. En lo que a Huelva se concreta, las modificaciones giran, principalmente, a la agregación de los hospitales Juan Ramón Jiménez e Infanta Elena bajo una gerencia común, encabezada por Rafael García mientras se mantiene como hasta ahora la dirección de área de gestión Sanitaria Norte con Mari Paz Martín de responsable. En cuanto a los Distritos Huelva-Costa y Condado Campiña quedarán bajo la dirección de una gerencia para la que se ha designado a la enfermera Alicia Cominero. En total, está previsto se eliminen de los organigramas directivos en la sanidad pública provincial, y se asegura que de forma inmediata, un total de 7 cargos directivos con lo que se logrará un ahorro económico cifrado en 450.000 euros anuales.

SIN CAMBIOS

Bajo este planteamiento general, la directora territorial de Salud y Bienestar Social, Lourdes Martín se reunió con los presidentes de los Colegios Oficiales de Enfermería y Médicos de Huelva. Martín detalló las modificaciones habidas en el organigrama de la sanidad pública onubense de las que, dijo, no van a comportar ningún tipo de cambios para el usuario y sí van a deparar mejoras en cuanto a "la agilidad de la gestión y toma de decisiones". La delegada subrayó que, con esta remodelación, la consejería de Salud busca una "medida de eficiencia encaminada a lograr una disminución de costes de gestión del sistema mediante la agregación de varias gerencias".

El Colegio de Enfermería, a través de su presidente Gonzalo García, requirió de la delegada Territorial cómo va a quedar el organigrama de gestión específico para el colectivo. La respuesta de Lourdes Martín fue que aún está pendiente de formalizarse una reunión en el SAS donde quede configurado el nuevo modelo aunque la previsión es que para cada área gerenciada solo exista una dirección de enfermería.

DEFENSA

A este respecto, Gonzalo García Domínguez quiso dejar constancia de la esperanza de la corporación que preside para que el conjunto de las medidas anunciadas por la consejera "aporten mejoras significativas para la debilitada salud de nuestro sistema público sanitario, para lo cual-precisó- será prioritario que los profesionales centren sus esfuerzos y capacidades en hacer lo que mejor saben y están preparados: prevenir y curar a los ciudadanos que demanden su atención y no como está ocurriendo actualmente, de dedicar sus esfuerzos a defenderse de las agresiones del Sistema".

El Colegio profesional de Huelva espera, y al más breve plazo posible, "ver plasmado el organigrama definitivo para la mejor y más idónea gestión de un colectivo tan esencial para el avance del sistema como es la Enfermería onubense".

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERÍA
DE HUELVA



enfermería

Enero

Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

Febrero

Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28			

Marzo

Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

Julio

Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

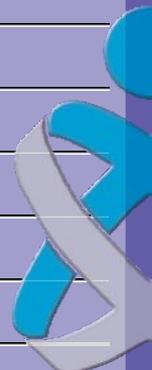
Agosto

Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

Septiembre

Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23 30	24	25	26	27	28	29

NOTAS



Calendario 2013

Abril

Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

Mayo

Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

Junio

Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

Octubre

Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

Noviembre

Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

Diciembre

Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23 30	24 31	25	26	27	28	29

NOTAS



Descubra las
**COBERTURAS
EXCLUSIVAS** que piensan en
su coche y en usted



Vehículo de sustitución en caso de pérdida total del automóvil asegurado



Le valoramos su vehículo como nuevo los dos primeros años y el 15% del valor venal en el tercer y cuarto año en caso de pérdida total del vehículo



Duplicamos la indemnización en el caso de fallecer en accidente el conductor y su cónyuge, siempre que tengan hijos comunes y menores de edad



Reparación y sustitución de lunas a domicilio



Servicio de desplazamiento gratuito a nuestros talleres preferentes



Vehículo de cortesía en nuestros talleres preferentes (según disponibilidad)



Asistencia Jurídica gratuita para cualquier incidencia en su vida cotidiana

El Seguro de Auto
que protege su vida

50%
DESCUENTO



LA CONFIANZA ES MUTUAL

Infórmese sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

- A.M.A. Huelva 959 28 17 71
- Palos de la Frontera. 17 huelva@amaseguros.com
- Colegio de Médicos 959 24 01 87 / 99

Conocimientos y actitudes ante la violencia de género de los/as profesionales sanitarios/as en Atención Primaria

AUTORES

Mari Ángeles Ballesteros Retamosa¹

Esteban Sánchez González²

¹DUE, Masters Género, Identidad y Ciudadanía, UCG Gibraleón

²DUE, Director de UCG Gibraleón

RESUMEN

Objetivo: Mejorar la atención integral desde los servicios sanitarios a las mujeres que sufren una relación de malos tratos.

Material y métodos: Método descriptivo. Este estudio se realizó a través de una encuesta anónima administrada al personal sanitario de la UCG de Gibraleón. Se incluyó a todo el personal sanitario (médicos/as, enfermeras/os, auxiliares de enfermería y residentes de medicina), que de septiembre a diciembre del 2010 trabajaban en esta zona.

Resultados: Tasa de respuesta del 92,86%. Nivel medio-bajo de conocimientos en violencia de género, actitud pasiva. El 97,5% considera que la violencia de género es un problema muy importante, pero el 87,2% opina que no es un problema de salud. El 41% piensa que el personal sanitario no está trabajando para conseguir la detección precoz de los casos, la atención y el tratamiento adecuado de las víctimas. El 48,7% reconoce que nunca utiliza o ha utilizado los protocolos de actuación. Un 84,6% estima que el entorno donde se atiende a las mujeres es inadecuado y que entre las principales barreras para la detección de los casos destacan la falta de tiempo y el exceso de trabajo en un 50%. El 82,1% no ha participado en ningún curso de o actividad de formación y el 94,9% cree que sería necesario recibir formación sobre el tema. En términos generales, existe entre los/as profesionales sanitarios/as una gran desmotivación en lo referente al trabajo y a la formación en violencia de género.

Discusión: Existe un nivel medio-bajo de conocimientos en violencia de género, una escasa formación, una gran desmotivación en lo que se refiere al tema en cuestión.

Conclusiones: Como consecuencia de lo anterior, existe una infradetección de los casos y una atención inadecuada a las mujeres que sufren una relación de malos tratos. Es necesario sensibilizar y capacitar a los/as profesionales para que sea posible la detección precoz y la atención adecuada e integral a las mujeres.

PAKABRAS CLAVE: Violencia de género, violencia doméstica, atención primaria, profesional sanitario.

ABSTRACT

Objective: To improve the integral attention from the sanitary services to the women who suffer an ill-treatment relation.

Material and methods: Descriptive method. This study was realized across an anonymous survey administered to the sanitary personnel of the UCG of Gibraleón. It was included to the whole sanitary personnel (doctors / experts, nurses / you, assistants of infirmary and residents of medicine), that from September until December, 2010 they were employed at this area.

Results: Valuation of answer of 92,86%. Average - low knowledge level in violence of genre, passive attitude. 97,5% thinks that the genre violence is a very important problem, but 87,2% thinks that it is not a problem of health. 41% thinks that the sanitary personnel is not working to obtain the precocious detection of the cases, the attention and the suitable treatment of the victims. 48,7% admits that it never uses or has used the performance protocols. 84,6% thinks that the environment where one attends to the women is inadequate and that between the main barriers for the detection of the cases they emphasize the absence of time and the work excess in 50%. 82,1% has not taken part in any course or activity of formation and 94,9% believes that it would be necessary to receive formation on the topic. In general terms, it exists between / grasp professional sanitary ware / expert a big lack of motivation as for the work and the formation in genre violence.

Discusslon: An average - low knowledge level exists in violence of genre, a scarce formation, a big lack of motivation as for topic in question.

Conclusions: As a result of the previous thing, there exists an infradetección of the cases and an inadequate attention to the women who suffer an ill-treatment relation. It is necessary to sensitize and to qualify to / grasp professionals so that there is possible the precocious detection and the suitable and integral attention to the women.

KEY WORDS: Genre violence, it saw.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo, trata de investigar cual es la situación del personal sanitario ante la violencia de género. Se pretende conocer sus conocimientos y actitudes, así como, las barreras que se encuentran en la detección de los casos en atención primaria. Por otra parte, pretende investigar cuales son sus carencias y necesidades formativas, así como su grado de motivación para acceder a la misma.

La violencia de género, es la más brutal expresión de la discriminación que sufren las mujeres, por el hecho de serlo. La relevancia de este problema es evidente, existe un aumento de la frecuencia de este tipo de violencia entre los adolescentes, por lo que, todo hace pensar, que seguirá produciéndose en las generaciones venideras.

Para dar medidas legislativas destinadas a conseguir una protección integral contra las víctimas, se llevó a cabo la aprobación de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, con objeto de actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia.

Esta Ley recoge de forma clara el concepto de "violencia de género", como algo distinto al de violencia doméstica y de otras formas de violencia intrafamiliar. Supone un avance claro en la lucha por la erradicación de la violencia, que sufren muchas mujeres.

La violencia de género a que se refiere la citada Ley, comprende "todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad" (32-36). Además de las medidas legislativas, instauradas en la globalidad del Estado, numerosas Comunidades Autónomas, cuentan con una legislación propia en materia de violencia de género. Cabe citar en Andalucía, la Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de aplicación en todo el ámbito territorial de la CCAA.

Cada año mueren numerosas mujeres por esta causa y constituye un problema de salud que genera mucho sufrimiento para las víctimas y un importante coste económico para el sistema sanitario.

Los/as profesionales sanitarios/as (facultativos, enfermería, auxiliares de enfermería) son miembros clave de los equipos multidisciplinares que prestan cuidado a víctimas de violencia de género. Para que esta asistencia sea eficaz, se deben tener en cuenta aspectos importantes como son la atención necesaria de las lesiones físicas y psíquicas sufridas por la víctima, posibilitar la recogida de indicios y pruebas y formar al personal para que desarrolle correctamente su trabajo.

Los artículos 15 y 16 de la Ley 1/2004, dejan clara la responsabilidad de los sanitarios en lo que respecta su formación y sensibilización. Dentro del ámbito sanitario se alude a la necesidad de desarrollar programas de formación y sensibilización de profesionales para la detección y atención a casos de violencia de género, así como la aplicación de protocolos sanitarios.

OBJETIVOS

General:

Mejorar la atención integral a las mujeres víctimas de violencia de género desde los servicios sanitarios.

Específicos:

- 1.- Conocer el nivel de conocimientos y las actitudes del personal sanitario ante la violencia de género.
- 2.- Evaluar los obstáculos que se encuentran en la detección precoz, la identificación y la atención a las víctimas.
- 3.- Analizar las propuestas de mejora del personal ante este problema.
- 4.- Detectar cuáles son sus necesidades de formación, sus inquietudes así como sus posibles motivaciones para recibir formación sobre violencia de género.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para realizar este trabajo se utilizó una metodología cualitativa. Se trata de un trabajo descriptivo. Se realiza a través de una encuesta administrada y anónima que se elaboró a partir de la revisión bibliográfica, tomando como referencia un cuestionario validado utilizado en un estudio de características similares. Fue elaborada en consenso con otros profesionales de la salud y expertos en violencia de género y con ayuda de literatura científica³. Se definieron distintos dominios, dentro de los cuales se agruparon las diferentes preguntas con el fin de conseguir los objetivos. Estos dominios son: el **nivel de conocimientos sobre el tema de estudio**, las **actitudes del personal sanitario**, las **barreras** que estos se encuentran al trabajar con mujeres víctimas de violencia de género, las **propuestas de mejora** y la situación y **motivación** de los profesionales en lo que se refiere a la formación.

Antes de establecer el formato definitivo, se realizó un pre-test o prueba piloto, en la que tres personas del ámbito sanitario (una enfermera, una médica y una auxiliar), y dos personas no sanitarias leyeron y contestaron a las preguntas minimizando así posibles errores. Después de algunas correcciones la encuesta se administró entre los meses de octubre y noviembre de 2010.

Se han respetado en todo momento todos los preceptos de la declaración de Helsinki y las normas bioéticas, y se ha contado con el consentimiento informado de las/os participantes.

Selección de los sujetos:

La población objeto de estudio fueron los/las profesionales sanitarios/as, que de septiembre a noviembre de 2010 estaban trabajando en el Distrito Sanitario Condado Campiña de Huelva. Esta población suma un total 146 personas, de las cuales 85 eran mujeres y 61 hombres.

Muestra y tipo de muestreo

La muestra seleccionada para el estudio son los/as profesionales sanitarios/as que se encontraban trabajando en la Unidad de Gestión Clínica de Gibraleón. El motivo de esta elección ha sido fundamentalmente por la accesibilidad y conocimiento de la muestra. La encuesta se distribuyó a 42 profesionales y el

CATEGORÍA PROFESIONAL	MUJERES	HOMBRES	TOTALES
Enfermeras/os	32	21	53
Médicas/os	38	26	64
Auxiliares de Enfermería	8	0	8
Residentes de medicina	7	7	14
Totales	85	61	146

Tabla 1 Distribución de la población de estudio.

nivel de participación global ha sido del 92,86%, de los cuales 38,5% eran enfermeras/os, 48,7% eran médicas/os, 5,1% eran auxiliares de enfermería y 7,7% residentes de medicina.

Variables del estudio: variables sociodemográficas (edad y sexo) y laborales (categoría profesional y lugar de trabajo).

Tratamiento de los datos: El paquete estadístico utilizado para el análisis de los datos es el SPSS versión 17 para Windows, realizando un análisis descriptivo de todas las variables. En cada una de las preguntas se ha hallado la frecuencia y el porcentaje de cada respuesta. La descripción de los datos se ha realizado agrupando también las preguntas por dimensiones o categorías, como se indica en el apartado anterior en función del tema de estudio.

Se han relacionado todas las preguntas cerradas con la variable sexo, la categoría profesional y la edad. La relación entre las variables se ha llevado a cabo realizado mediante pruebas de ji-cuadrado y en los casos en los que no se verificaban las condiciones se han utilizado pruebas no paramétricas (Gamma, D de Somers, Tao-b de Kendall y Tau-b de Kendall). El nivel de significación estadística aceptado es del 5%, es decir, cuando p es menor o igual a 0,05.

RESULTADOS

Destacó el alto nivel de **participación**, con una tasa de respuesta de 92,85%.

En cuanto al **nivel de conocimiento**, independiente de la categoría profesional, es de grado medio. Los porcentajes de aciertos similares entre mujeres y hombres. El test de conocimientos tiene un nivel bajo, hace pensar que los conocimientos de los/as profesionales son **escasos**. A modo de ejemplo, solamente ha contestado bien a la pregunta qué entiende por

CATEGORÍA PROFESIONAL	MUJERES	HOMBRES	TOTALES
Enfermeras/os	10	7	17
Médicas/os	9	10	19
Auxiliares de Enfermería	2	0	2
Residentes de medicina	4	0	4
Totales	25	17	42

Tabla 2. Distribución de la muestra.

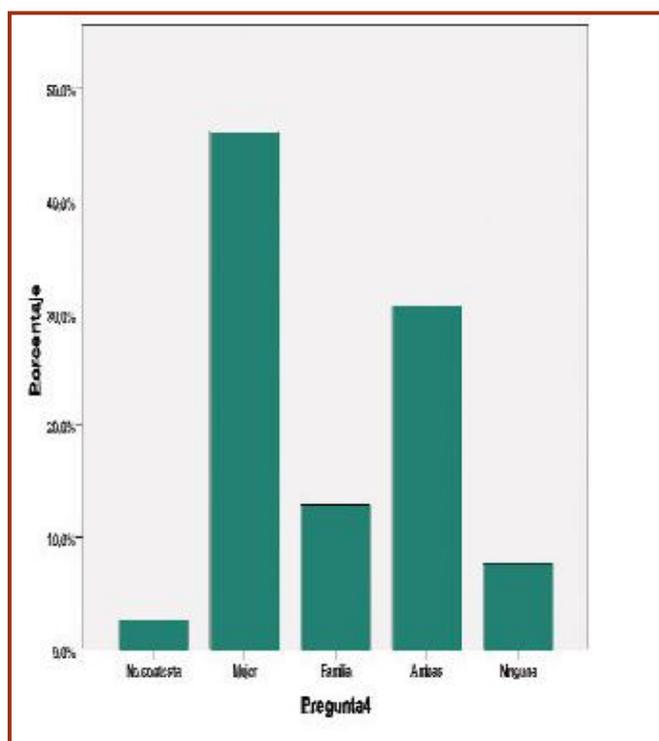
violencia de género (Gráfico I, pregunta 4), el 46,2% y a la que indaga sobre los factores que más influyen para que se produzcan malos tratos, el porcentaje de aciertos es del 41% (Gráfico II, pregunta 12).

En lo que se refiere a **las actitudes**, el 97,5% de los/as encuestados/as, considera que la violencia de género es un problema muy importante o bastante importante. Ante una paciente con lesiones físicas, sólo el 5,1% del personal se plantea siempre como diagnóstico diferencial la posibilidad de que se trate de un maltrato, el 59%, normalmente se lo plantea, frente aun 33,3%, que reconoce que normalmente no baraja esta posibilidad. Ante la presencia de dolores musculares, ansiedad o depresión sólo el 41% normalmente se plantea que se pueda tratar de este problema; frente a un 53,8%, que normalmente no tiene en cuenta esa posibilidad. Sólo el 48,7%, considera que el personal sanitario de atención primaria está trabajando para conseguir la detección precoz de los casos, la atención y el tratamiento adecuado de las víctimas. El 48,7%, reconoce que nunca utiliza el protocolo de actuación.

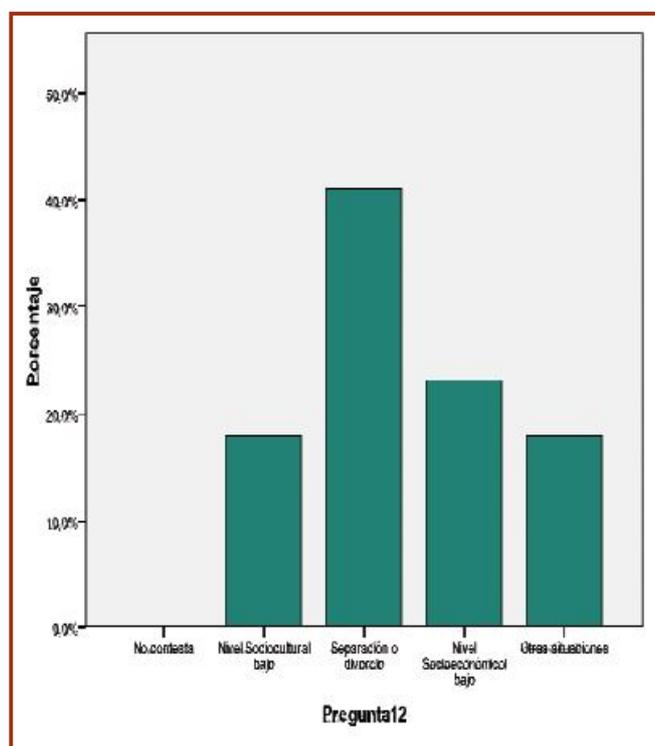
El personal sanitario considera como **barreras** para detectar una situación de malos tratos, el entorno donde se atiende a las mujeres en un 84,6% (especialmente la ausencia de intimidad), la falta de tiempo y exceso de trabajo (50%), la ocultación por parte de las víctimas (41,67%), la escasa formación y el desconocimiento de protocolos (25%), el miedo de la mujer al agresor (13,89%) y la falta de personal especializado (11,11%).

Entre las **propuestas de mejora** destacan la necesidad de más tiempo en un 53,12%, mayor información para los sanitarios/as (34,37), más formación en este tema (25%), mayor intimidad (15,62%), colaboración de los familiares (6,25%) y la necesidad de que existan consultas especializadas (6,25%).

En lo relativo a las **necesidades de formación** y a las **motivaciones** para acceder a la misma, destacó que 82,1%, no tenía



Propuestas de mejora, Cuadro 1



Propuestas de mejora, Cuadro 2

MOTIVACIÓN PARA FORMARSE EN EL TEMA (33)	FRECUENCIA GLOBAL	PORCENTAJES DE CADA RESPUESTA
Ser mujer	3 (entrevista 14)	9,68%
Sensibilizados	6 (entrevista 24)	19,35%
Formación dentro de la jornada laboral /flexibilidad horaria	8	25,81%
Utilidad práctica	4	12,90%
Que esté actualizado	41	2,90%
Que la metodología sea práctica	3	9,68%
Que sirva para aumentar los conocimientos en este tema	4	12,90%
Que los contenidos sean completos	2 (entrevista 20)	6,45%
Que los docentes estén especializados en VG	1	3,22%
Que haya un seguimiento o persona de apoyo después	2	6,45%
TOTALES	31	79,49%
NO RESPONDEN	8	20,51%

Tabla 3. Posibles motivaciones para formarse en violencia de género

	Categoría Profesional					Contraste
	Global	Auxiliar	Enfermero/a	Residente	Médico/a	
Pregunta 3	97,5	100	93,3	100	100	n. s.
Pregunta 16	110	50	66,7	33,3	68,5	n. s.
Pregunta 17	41	50	40	33,3	42,1	n. s.
Pregunta 18	94,9	100	100	100	89,4	p<0,08
Pregunta 19	59	50	53,3	0	73,7	n. s.
Pregunta 20	48,7	50	33,3	66,7	57,9	n. s.
Pregunta 21	74,4	100	80	100	63,2	p<0,01
Pregunta 22	5,1	0	6,7	33,3	0	n. s.

Tabla 4. Actitud del personal sanitario ante la violencia de género en función de la categoría profesional

	Global	Género		Contraste
		Hombre	Mujer	
Pregunta 3	97,5	94,1	100	n. s.
Pregunta 16	64,1	64,7	63,6	n. s.
Pregunta 17	41	35,3	45,5	n. s.
Pregunta 18	94,9	94,1	95,5	n. s.
Pregunta 19	59	58,8	59,1	n. s.
Pregunta 20	48,7	52,9	45,5	n. s.
Pregunta 21	74,4	70,6	77,3	n. s.
Pregunta 22	5,1	0	9,1	n. s.

Tabla 5. Actitud del personal sanitario ante la violencia de género en función del género

información de los cursos realizados por su distrito sanitario en esta materia. El 94,9% considera necesario recibir más formación. Los/as profesionales estiman que ésta debería realizarse dentro de la jornada laboral, tener como objetivo fundamental sensibilizar (19,35), aumentar los conocimientos (12,90%) y que tuviera una utilidad práctica (12,90%).

En general, no se han encontrado diferencias significativas al cruzar los diferentes dominios con las diferentes variables: sexo/género, edad y categoría profesional. Al cruzar las preguntas que pretenden averiguar la actitud de los profesionales con la

categoría profesional, se han encontrado diferencias significativas para la pregunta 18, con una probabilidad de $p<0,08$ y para la pregunta 21, con una probabilidad de $p<0,01$ (Tabla 3).

Al cruzar las preguntas anteriormente expuestas con el género, no se han encontrado diferencias significativas (Tabla 6). Entre las lesiones físicas que el personal sanitario puede encontrarse en el desarrollo de su trabajo en atención primaria, que con mayor frecuencia presentan las mujeres que han sufrido violencia de género.

Los/as profesionales hicieron hincapié en la importancia de



este problema en nuestra sociedad y en la necesidad de actuación por parte de todos/as. Se considera como un problema muy complejo, ya que, incluye temas legales, sociales, sanitarios y personales que hacen cada situación diferente y específica. Por los motivos anteriormente expuestos, consideran que es necesario actuar y que el personal sanitario “debe tomárselo más en serio” (Entrevista 23).

DISCUSIÓN

En este estudio destacó el alto nivel de participación. Sin embargo, el nivel de conocimiento de los profesionales pone de manifiesto que existe una infradetección de los casos y una atención deficiente a las mujeres que sufren malos tratos. La violencia de género, es una causa común de lesiones y enfermedades que se atienden en atención primaria pero más de la mitad de las personas encuestadas no conocían sus funciones y obligaciones, en lo que se refiere a este tema, y normalmente no hacen un diagnóstico diferencial ante ellas. Destacó el desconocimiento y la **no utilización de los protocolos** existentes para afrontar este problema. Se observó que la mayoría no tienen en cuenta otras alteraciones, que inciden sobre la salud social y sexual de las mujeres. La **infradetección** de los casos, está provocada por una **falta de motivación** en la atención a las víctimas y en la formación en violencia contra la mujer. Para aumentar dicha motivación manifestaron la necesidad de que esta resulte lo suficientemente atractiva, tanto en lo que respecta a los contenidos, a los horarios, la metodología didáctica y la utilidad práctica.

Las principales **propuestas de mejora** fueron: Replanteamiento del sistema actual, mayor número de actividades de formación relacionadas con la violencia de género, crear unidades especializadas en cada centro de salud, ayuda psicológica especializada, consultas y espacios reservados. Estimaron necesario dedicar el tiempo suficiente para establecer una relación de confianza y seguridad con las mujeres. Se deberían incluir en la historia clínica preguntas rutinarias que faciliten la identificación de situaciones de violencia, realizar actividades de sensibilización con la comunidad, dar a conocer a las mujeres los recursos y servicios existentes. Resulta prioritario actuar ante este tipo de violencia, como si se tratara de cualquier otra

patología y en definitiva, incidir en su prevención, su detección precoz, su tratamiento y atención integral.

En la revisión bibliográfica de trabajos anteriores existen fundamentalmente dos líneas de estudios diferenciadas, una de ellas es la que trata el impacto o repercusiones que puede tener la violencia en la salud de las mujeres, y la otra es la que estudia cómo afrontan este problema los y las profesionales sanitarios/as desde sus ámbitos de trabajo. Martínez apunta que esta violencia hace que las mujeres pierdan hasta una quinta parte de años de vida saludables. Destaca que pueden provocarle la muerte y que van a tener consecuencias sobre la salud física, la sexual y reproductiva, la psíquica, la social y la salud de las hijas e hijos⁴ (Lorente 191-197). Domínguez, García y Cuberos, tratan de evaluar los daños psicosociales que produce este tipo de violencia. La relevancia de este estudio radica en que es uno de los pocos trabajos realizados en nuestro país que trata el maltrato de manera multidimensional, por lo que puede ser utilizado para la elaboración de protocolos. Por otra parte Coll-Vinent *et al*, muestran en un trabajo realizado en el servicio de urgencias del Hospital Clínico de Barcelona, que la mayoría de las y los profesionales sanitarios (el 87,1%) consideran la violencia doméstica como un problema importante, pero sin embargo, estiman que no se trata de un problema de salud. En cuanto a las actitudes del personal sanitario, Lorente pone de manifiesto que los/as sanitarios/as podrían estar eludiendo, su responsabilidad en lo que respecta a este problema. Arredondo *et al*, estudian cuales son los conocimientos y actitudes del per-



sonal sanitario del Hospital Universitario de Móstoles y la Fundación Hospital Alcorcón, destacando que el 66,7% no realiza un diagnóstico diferencial

El presente estudio tiene algunas limitaciones relacionadas con la imposibilidad de generalizar los resultados al resto de la

población sanitaria. Todo lo expuesto, nos debe obligar a hacer una profunda reflexión y a un replanteamiento del sistema actual, esto permitiría mejorar la actitud de los/as profesionales y por consiguiente la atención que se le ofrece a las víctimas.

³Para elaborar la encuesta se utilizan libros como Prieto L. La elaboración de un cuestionario. FMC 2007;7:138-47 y Métodos de investigación entre otros.

⁴Este estudio se realizó en la Universidad de Granada y tiene como objeto el estudio de la violencia desde una perspectiva sanitaria. Pretende destacar las consecuencias de la violencia de género más allá de las agresiones puntuales y de analizar la actitud de los profesionales sanitarios en los servicios de urgencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALVÁREZ, A. (2001). *Guía para mujeres maltratadas*. Madrid: Consejo de la Mujer de la Comunidad de Madrid.
2. ALBERDI, I Y ROJAS, L. (2005). *Violencia: Tolerancia cero. Programa de prevención de la obra social la Caixa*. Barcelona: Fundación "La Caixa".
3. AMOR, P., ECHEBURÚA, E. Y LOINAZ, I. (2009). ¿Se puede establecer una clasificación tipológica de los hombres violentos contra su pareja?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(3), 519-539.
4. ARREDONDO, AB. Y OTROS. (2008). Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Sociedad española de cardiología, Enfermería Clínica*, 82-175.
5. BLANCO, P. y ABRIL, V. (2001). *Abordaje de la violencia doméstica desde los Centros de Salud*. Salud 2000.
6. BOSCH, E Y FERRER, VA. (2002). *La voz de las invisibles. Las víctimas de un mal amor que mata*. València: Càtedra.
7. CAREAGA, P. 2002. *El libro del buen hablar. Una apuesta miedo un lenguaje no sexista*. Madrid: Fundación Mujeres.
8. COLL-VINENT, B. Y OTROS. (2008). El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(1), 7-10.
9. CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL. (2006). *Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud. Mirando la salud desde una perspectiva de Género*. Málaga: Instituto Andaluz de la Mujer.
10. CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA. *Posicionamiento del Consejo General de Enfermería ante la violencia de género* [internet]. Madrid: CGE; 2004 [accedido, 28 Ene 2008]. Disponible en: <http://>
11. CONSEJO GENERAL DEL PODER JUDICIAL. (2008) La valoración del daño en las víctimas de violencia de género. Madrid: Consejo General del Poder Judicial.
12. CORSI, J. (1995). *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Buenos Aires: Paidós.
13. DE LEÓN, F. L. (2002). *La perfecta casada*. Barcelona: Espasa Calpe.
14. DOMÍNGUEZ, J.M., GARCÍA, P., Y CUBEROS, I. (2008). Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico: consecuencias sobre la salud psicosocial. *Anales de psicología*, 24 (1), 115-120.
15. ECHEBURÚA, E. Y CORRAL, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI (Eds).
16. FARIÑA, F., ARCE R. y BUELA-CASAL, G. (2009). Madrid: Biblioteca Nueva S.L.
17. GÁLVEZ, C. (2005). *Violencia de género. El terrorismo en casa*. Jaén: Formación Alcalá.
18. GARCÍA, J.M. Y OTROS. (2008). *Detección de violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia. Atención primaria*, 40(9), 61-65.
19. GIRÓ, J. (2005). *El género quebrantado. Sobre la violencia, la libertad y los derechos de la mujer en el nuevo milenio*. Madrid: Universidad de la Rioja.
20. GONZÁLEZ, I. Y OTROS. (2010). *Experiencias en relación con la Violencia de Género de población que consulta en atención primaria*. Revista Clínica de Medicina de Familia, 3(2), 104-109.
21. HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ, C. Y BAPTISTA, P. (2006). Metodología de la investigación (4ª edición). México: McGraw-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A.
22. INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER. (2002). *Violencia contra las mujeres*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.
23. INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER. (2003). *Medios de comunicación y violencia contra las mujeres*. Consejería de la Presidencia.
24. INSTITUTO DE LA MUJER [sede Web]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007 [accedido, 25 octubre 2010]. Denuncias por malos tratos producidos por la pareja o expareja, según relación con el/la autor/a [1 pantalla]. Disponible en: http://www.mtas.es/mujer/mujeres/cifras/violencia/denuncias_tablas.htm
25. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. (2009). *Datos sobre violencia de género*.
26. LABRADOR, F. J., FERNÁNDEZ, M. R. Y RINCÓN, P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, 22(1), 99-105.
27. LEÓN, L. Y MONTERO, I. (1999). *Diseño de investigaciones*. (2ª edición). Madrid: Concepción Fernández.
28. LEY DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN INTEGRAL CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO. Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género. BOJA 247, de 18 de diciembre de 2007.
29. LEY PARA LA PROMOCIÓN DE LA IGUALDAD DE GÉNERO EN ANDALUCÍA. Ley 13/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía. BOJA 247, de 18 de diciembre de 2007.
30. LORENTE, M y LORENTE, J.A. (1998). *Agresión a la mujer: Maltrato, violación y acoso*. Granada: Comares.
31. LORENTE, M. (2008). Violencia y maltrato de género (I). Aspectos generales desde la perspectiva sanitaria. *Emergencias*, 20, 191-197.
32. MARTÍNEZ, JM. (2010). Importancia del sistema sanitario en la identificación de casos de violencia de género. *Revista de enfermería*, 4 (2), 19-
33. MATUD, P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16(3), 397-401.
34. MINISTERIO DE SALUD Y CONSUMO. (2007). Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid: Ministerio de Salud y Consumo.
35. MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES. (2006). Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres. Informe de resultados. Madrid: Instituto de la Mujer.
36. OBSERVATORIO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO. (2010) Disponible en: <http://www.observatorioviolencia.org>.
37. ONU. Asamblea general de Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. (1993). Resolución A/RES/48/104. New York: ONU; 1994.
38. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario* [monografía en internet]. Washington, D.C.: OPS; 1998 [accedido, 27 Ene 2008]. Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/en/violencia_infopack1.pdf4. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre violencia y salud: resumen [monografía en internet]. Washington, D.C.: OPS; 2002 [accedido, 27 Ene 2008]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf
39. PRIETO L. 2000. *La elaboración de un cuestionario*. FMC 7: 138-47.
40. RAMÓN, E. (2008). *Violencia de género y violencia doméstica*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
41. RODRÍGUEZ, M.L. (2007). *Violencia de género. Guía asistencial*. Madrid: EOS.
42. RODRÍGUEZ, R., MÁRQUEZ, M. Y KAGEYAMA, M. (2005). Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. *Salud pública de México*, 47, 134-144.
43. RUIZ, I., BLANCO, P. Y VIVES, C. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl 2), 4-12.
44. SÁNCHEZ, L., RIVAS, M. Y SÁNCHEZ, S. (2008). Violencia Y Maltrato de género. Nociones prácticas para su detección precoz y abordaje integral en urgencias. *Emergencias*, 20, 343-352. SAU, V. (2001). Diccionario ideológico feminista. Volumen II. Barcelona: Icaria Editorial.
45. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. 2001. Plan estratégico. Atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta Andalucía.
46. SIENDONES, R. Y OTROS. (2002). Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias*, 14, 224-232.
47. TORRÓ, C. Y LLAMAS, C. (2008). *Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género*. Sevilla: Consejería de Salud.
48. TORRES, E. Y CARRO, ML. (2006). *Violencia de Género: Reflexiones sobre las intervenciones sanitarias y judiciales*. Avilés.



Centro de Escucha
"San Camilo"
Asociación de Ayuda para el
Duelo y las Pérdidas. Huelva

CENTRO DE ESCUCHA "SAN CAMILO".

Huelva

1. JUSTIFICACIÓN

SABEMOS que muchos usuarios de los servicios sociosanitarios (se calcula que el 75% de las consultas médicas) consultan por problemas de índole personal o psicológica. Dichas demandas sobrecargan el trabajo del personal sanitario y contribuyen al gasto farmacéutico. Del mismo modo, de todos es sabido que este tipo de demandas suele ser respondida con poco tiempo, normalmente con soluciones farmacológicas, y muy raramente la persona emprende un camino de afrontamiento sano de su dificultad, ni satisface sus verdaderas necesidades de explorar porque no tiene salud física, emocional o relacional.

Esta situación se repite en centros educativos y sociales donde, más allá de su trabajo los profesionales se encuentran con personas que solicitan acompañamiento, escucha y asesoramiento en situaciones vivenciales que escapan a su labor y para las que no tienen porqué estar capacitados ni cuentan con tiempo suficiente para ello.

Son muchas las necesidades que se presentan y no son bien atendidas por las instituciones públicas, mientras que las ini-

ciativas privadas no están al alcance de todas las economías. Hoy se puede afirmar que la necesidad de ser escuchado se ha convertido en una verdadera necesidad social.

Cada vez más personas de toda edad y condición sufren por distintas causas y necesitan sentirse escuchadas por personas capacitadas.

Detrás de la fachada de bienestar **muchas personas** gimen bajo el peso de nuevos **sufrimientos** que genera nuestra sociedad o que son inherentes al ser humano, y se percibe que apremia la **necesidad de sentirse escuchados**, según el común testimonio de profesionales tanto en el campo de la salud, como en la educación, en el psico-social y el espiritual.

En este contexto y con estas necesidades no satisfechas se están dando iniciativas que dan respuesta a ello con un servicio especializado para acompañar a personas que sufren en afrontar sanamente el duelo y las pérdidas. Una de estas respuestas son los **Centro de Escucha San Camilo**. El Centro de Escucha da una ayuda complementaria a la ofrecida por la atención sanitaria a las personas que lo solicitan. Se trata de acompañar a las personas para afrontar sus dificultades, si-



tuciones de pérdida y duelos desde una perspectiva humanista e integral del ser humano (teniendo en cuenta su dimensión física, racional, emocional, social y espiritual) y ayudando a potenciar sus propios recursos.

2. ¿QUIENES SOMOS?

Somos un grupo de profesionales voluntarios del ámbito de las ciencias de la salud, mayoritariamente de la enfermería comprometidos con el acompañamiento a las personas que sufren. Especialmente aquellas que han tenido una pérdida importante o un duelo significativo. El Centro de escucha San Camilo de Huelva, es una iniciativa de la "Asociación de Ayuda ante los Duelos y la Pérdidas" que al amparo del Centro de Escucha San Camilo de Madrid pretende dar servicios de atención personalizada, coordinación de grupos de duelos, formación a los profesionales y personas interesadas, así como promoción de la investigación en el mundo de la muerte, duelo y las pérdidas.

Perfil de los voluntarios del Centro de Escucha:

- Buena preparación para el establecimiento de una relación de ayuda prestada a través del diálogo y la entrevista.
- Espiritu de servicio que se manifiesta con una actitud de acogida, respeto, ayuda atenta, compasión y lucidez.
- Capacidad de fidelidad en los compromisos y en el respeto a la confidencialidad.
- Disponibilidad a la formación permanente, interactuando con los demás miembros del Centro de Escucha y participando de una supervisión continua.

3. ACTIVIDADES DEL CENTRO

Actividades del ámbito asistencial:

- Acompañamiento individual en temas de duelo, enfermedad avanzada y desarraigo.
- Grupo de Ayuda Mutua de familiares de pacientes al final de la vida.
- Grupo de Ayuda Mutua de personas en situación de pérdidas y/o duelo.
- Taller de midfullnes (Atención plena).



Actividades del ámbito formativo

Se programarán actividades formativas específicas en materia de duelo, pérdida, culpa y trauma, dirigidas especialmente a los voluntarios "escuchas" del Centro y estarán abiertos tanto a estudiantes como a profesionales de ámbitos de los servicios sociales, del ámbito de la salud y de la educación.

Actividades del ámbito de la investigación

Creación en el futuro del Observatorio local del duelo, donde se aglutinen las investigaciones desarrolladas en Huelva sobre la muerte y el duelo.

4. DESTINATARIOS

Las personas a las que va dirigida el proyectos son a aquellas que han sufrido alguna pérdida importante en la vida que la sitúa en un contexto de sufrimiento como la muerte de un ser querido, vivir el proceso de una enfermedad terminal o acompañarlo, o situaciones de pérdida de status social o económico.

5. CÓMO CONTACTAR

Para contactar con nosotros tenemos un teléfono disponible de lunes a viernes de 10,00 h. a 13,00 h.: 626 90 71 80.

También se puede contactar enviando un e-mail a: centroescucha.huelva@gmail.com

Nuestra sede está situada en Plaza de los descubridores s/n. (Asociación de vecinos de la Hispanidad). Huelva.

Para más información visitar el blog:

<http://centroescuchahuelva.blogspot.com.es>



PREMIAN una COMUNICACIÓN de ENFERMERÍA de HUELVA

Huelva.- Redacción

PROFESIONALES de enfermería de Huelva han sido distinguidos en el transcurso del 6º Congreso de la "Asociación Nacional de Enfermeras Coordinadoras de Recursos Materiales" celebrado, recientemente, en Madrid, bajo el lema "Gestionamos calidad, trabajando en equipo". La comunicación presentada por tres colegas de enfermería onubenses encabezados por Fernando Robledo, giró en torno a las prestaciones a cargo de la Unidad técnica de recursos materiales en el ámbito de una central de compras en la provincia de Huelva.

El equipo de enfermería formado por Fernando J. Robledo Cárdenas, Joaquín Macías Álvarez y Antonio Suardiá Figueredo recibió el premio a la Mejor Comunicación oral presentada dentro del "6º Congreso de la Asociación Nacional de Enfermeras Coordinadoras de Recursos Materiales" con escenario en la capital de España y cuya dotación económica fue de 900 euros. Los citados enfermeros desarrollan su labor en la denominada "Plataforma logística sanitaria de Huelva" a la que la propia administración regional define como "un modelo de gestión provincial incorporada al Servicio Andaluz de Salud" que -señala- "está posibilitando mejorar la eficiencia en la adquisición de productos sanitarios, no sanitarios, farmacéuticos, prestaciones e inversiones de obras como consecuencia de la unificación de la demanda".

Es un hecho constatado, y hasta de sentido común especialmente relevante en esta época de crisis económica, que la suma o agregación de las compras, como indica la consejería, "permite mejorar los precios y las condiciones generales en la contratación" existiendo una mayor homogeneidad en los productos adquiridos entre los distintos centros sanitarios para el mismo fin. En este contexto, los autores de la comunicación oral reflejaron "las ventajas que supone, a nivel de la provincia de Huelva, disponer de la Unidad técnica de recursos materiales" como herramienta de apoyo a las unidades asistenciales de todos los hospitales y centros de atención primaria de la provincia así como de "nexo de unión con el área de gestión económica".



Unidad

La citada Unidad se conforma como un dispositivo primordial para la mejora de la gestión de los recursos materiales que deben ponerse a disposición del paciente para, de este modo, alcanzar el deseable "uso racional del producto sanitario" que, además, aporte garantías para la sostenibilidad de la sanidad pública. La Plataforma logística sanitaria que, en el caso de Huelva, se localiza en el hospital Juan Ramón Jiménez, es el lugar desde donde se coordinan todas las fases del proceso para la totalidad de hospitales y centros de Salud en cuanto a contratación administrativa, compras, almacenaje, distribución y facturación. Entendido todo este desarrollo desde un punto de vista integral. En la Comunicación presentada en Madrid, se daba cuenta de que, en solo un año, la Unidad ha demostrado ser un "elemento clave en la mejora de la gestión de los recursos materiales".

Excelencia

En el cuadro de honor de este 6º Congreso nacional de enfermeras coordinadoras de recursos materiales se hicieron efectivos, además de la comunicación objeto de esta información, diferentes reconocimientos en los apartados de investigación para un equipo de enfermería del Hospital Valle de Hebrón de Barcelona por el trabajo "Evaluación en la mejora de la seguridad del paciente en la cateterización venosa periférica", dotado con 3.200 euros. El apartado al mejor póster, dotado con 600 euros, fue para una apuesta novedosa como la titulada "Proyecto de creación de una Biblioteca para pacientes en tiempos de crisis", a cargo de S. Fernández del Hospital del Tajo en Madrid. Pero, sin duda, la noticia final estuvo en el Premio a la Excelencia 2012 por parte de la citada Asociación y que recayó en el profesor y escritor José Luis Sampedro a quien el comité reconoció "sus inquebrantables valores humanistas, inherentes a la ética del cuidado, por su defensa de la profesión enfermera y de la sanidad pública".



Bartolomé Estéban Cillivuello (1617-1688). La Natividad con la adoración de los pastores de la izquierda.

*El Colegio de Enfermería de Huelva
les desea, de corazón Feliz Navidad*



Iltre. Colegio Oficial de Enfermería de Huelva

CONVOCA

XIX

Certamen de Investigación en Enfermería CIUDAD DE HUELVA



Bases

1. DENOMINACIÓN:

Certamen de Investigación en Enfermería "CIUDAD DE HUELVA"

2. OBJETO:

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

3. DOTACION:

La dotación será:

Primer Premio: 1.500 euros y trofeo.

Aproxim 500 euros y trofeo.

No se podrá acumular más de un premio en un solo trabajo. La dotación económica de los premios será sujeta a revisión local según lo estipule la ley.

El jurado podrá decidir otorgar los premios si considera que los trabajos presentados 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 2012. No tendrá límite de espacio y acompañará bibliografía si la hubiere, así como documentación gráfica. Se presentarán cinco copias, en tamaño DIN A-4, mecanografiadas a doble espacio por una sola cara, encuadernadas, empaquetadas y en soporte digital.

Los trabajos se presentarán en sobre donde deberá indicar "Certamen de Investigación en Enfermería, Ciudad de Huelva". No llevará sello ni dato identificativo alguno. Toda información con sede en Huelva y en cuyo interior conste el título del trabajo (tema), título del trabajo, nombre, D.N.I., Dirección completa, teléfono, nº del colegio).

INFORMACIÓN:

Iltre. Colegio Oficial de Enfermería de Huelva

C/ Benigno, nº 33. 1ººº. 21003 Huelva

Tel. 969 54 09 04 - Fax: 969 25 62 70

e-mail: coleg71@enfermeriaul.com

Los trabajos se podrán presentar personalmente en la sede Colegial o bien por correo o agenda, 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 componentes, por el hecho de participar en el certamen, renuncian a toda clase de acción judicial o arbitral sobre la decisión del jurado, que será inapelable.

7. FALLO:

El fallo del jurado será hecho público por el secretario designado entre sus miembros, en la Intervención de Enfermería, San Juan de Dios del año 2012.

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:

Señal quien aparezca como único o primer autor.