

# Documentos

ILUSTRE  
COLEGIO  
OFICIAL DE  
ENFERMERIA  
DE HUELVA



# enfermería

AÑO XVI

nº 52 Diciembre 2013



## **ENFERMERÍA:** **SOLUCIONES ANTE LA CRISIS**

La sanidad onubense perdió  
**539** puestos de trabajo en dos años

**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<sup>a</sup> Carmen Vázquez Fernández

Tomás Lozano León

Antonio Olid Torres

Carmen D. Beltrán Camacho

Mercedes González Hernández

M<sup>a</sup> Carmen Pilo López

**Asesora de redacción:**

Eva M<sup>a</sup> 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

Telf. 959 54 09 04

Correo electrónico:

Coleg21@enfermundi.com

Línea Móvil 639/11 17 10

Página Web:

www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es

Fax: 959 25 62 70

Horario de Oficina:

De lunes a viernes.

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

Horario de la Asesoría Jurídica

Martes y jueves de 17,30 a 19 horas

Entrevista con el presidente:

Concertar cita

# Sumario

## 3 EDITORIAL

## 4 PÓLIZA

## 5 JURÍDICA

## 6 IIIª JORNADA DEL EQUIPO MÓVIL

## 7/11 TRABAJO PROCESOS CRÍTICOS

## 12/13 CUMBRE EN EL CONSEJO GENERAL

## 14/15 CALENDARIO 2014

## 16 AMA

## 17/21 TRABAJO DERMATITIS PAÑAL

## 22 ESPECIALIDADES

## 23 PÉRDIDA DE EMPLEOS

## 24 SANITARIOS ONUBENSES, MEJOR COMUNICACIÓN EN EL CONGRESO DE UROLOGÍA

## 25 OPE DEL SAS: 915 PLAZAS.

## 26 XV JORNADA DEL I. ELENA

## 28 XX CERTAMEN



## Enfermería: Salidas para una crisis sin precedentes

**Esta revista** editada por el Colegio Oficial de Enfermería de la provincia de Huelva se mantiene fiel a su compromiso de establecer contactos periódicos con el colectivo onubense y, para el número que cierra el año 2013, debemos, forzosamente, referirnos, a través de este comentario de opinión, a un sencillo pero claro resumen a lo que ha sido el panorama sanitario y profesional vivido a lo largo de los doce meses a punto de concluir. Y si de hacer un diagnóstico rápido y lo más preciso se trata, hay unanimidad a la hora de pronunciarse sobre que el 2013 nos ha deparado un año malo, por no decir, pésimo tanto para los intereses generales de la sanidad como de los que afectan a la enfermería provincial en particular.

Según se contempla en la información de páginas interiores, en el SAS se está consumando algo así como un plan de recortes de enormes dimensiones. La crisis, tanta veces negada por nuestra administración autonómica, ya es un renglón infranqueable que, durante mucho tiempo, apenas si tenía o alcanzaba visos de rumor hasta que, hace pocas fechas, un Informe a cargo del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas ha puesto al descubierto el calibre del "tijeretazo" que la Junta está llevando a cabo en terrenos -M<sup>a</sup>Jesús Montero dixi- que constituían las llamadas "líneas rojas infranqueables", caso de la sanidad y la educación como pilares esenciales de nuestra sociedad.

Es claro que de la Educación no hablaremos, pero si de la sanidad pública andaluza donde, datos de Hacienda cantan, los efectos de la tijera se han cobrado la friolera de 7.650 puestos eliminados de la red pública regional en tan solo un recorrido de dos años. La sanidad onubense, por su parte, se ha visto concernida con 539 puestos de trabajos eliminados entre todas las categorías laborales aunque, mucho nos tememos que haya sido la enfermería uno de los segmentos más directamente afectados por los ajustes que inició la citada M<sup>a</sup> Jesús Montero y que no parecen estén cambiando de signo bajo la batuta de la actual responsable, María José Sánchez Rubio.

No resulta necesario abundar en que resulta obvio y comprensible que la preocupación sea, al día de hoy, el común denominador en amplias capas de la sociedad, -como de la propia enfermería-, que no está dispuestas a comulgar con determinadas ruedas de molino más fruto del marketing que de la realidad que, a diario, viven los pacientes y, cómo no, los profesionales. Ya no valen las cortinas de humo con las que el área de Salud ha demostrado tanta maestría en su manejo para no dejar traslucir los efectos de la "poda sanitaria". La fría estadística ha concluido en que el SAS está a la cabeza de las regiones españolas en ajustes de personal, porque prodiga contratos en precario (75%), tiene una muy escasa capacidad en las sustituciones, y en suma para resumir, se ha instalado la certeza de que caminamos entre uno de los peores escenarios conocidos.

Ante lo cual, el Consejo General de la profesión no ha dudado en levantar su voz para señalar, ante autoridades nacionales y mundiales, que el déficit de enfermeras que sufre España, y no digamos en Andalucía, constituye un problema de enorme gravedad y repercusión no porque se pueda entender que únicamente nos preocupa el devenir del colectivo sino, sencillamente, porque los profesionales no van a estar en condiciones de ofrecer la misma calidad en la atención cuando, como ahora, nos encontramos con un menor número de enfermeras y enfermos al servicio del paciente /ciudadano.

Por suerte, es preciso acabar este comentario con un claro mensaje de esperanza. El cual viene propiciado porque algunos de nuestros colegas profesionales de enfermería siguen obteniendo respaldos en diferentes congresos y eventos sanitarios lo cual demuestra que la pujanza de la profesión no es que esté en precario, (como las contrataciones) sino todo lo contrario. Día a día, la enfermería sobresale por su afán de demostrar, a sí mismo y ante la población, su impronta y significado. La administración regional sanitaria no haría del todo bien si decide persistir en la cicatera política actual de contrataciones en precario si, de verdad, aspiramos como sociedad avanzada a superar las dificultades reinantes con el inestimable empuje y aportaciones de las enfermeras y enfermeros que, anónima pero eficazmente, aseguran la mejor asistencia al ser humano.

Con este propósito queremos entonar nuestro particular adiós al año 2013. Y lo rematamos con el anhelo de una ¡Feliz Navidad! junto al deseo de vivir un 2014 mucho, pero mucho mejor. Que lo veamos.



SEGURO DE  
RESPONSABILIDAD  
CIVIL  
DE LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL CON LA COMPAÑÍA MAPFRE

## EL COLEGIO TE PROTEGE

CON EL ÚNICO SEGURO -INCLUIDO EN LA CUOTA- QUE CUBRE A 1<sup>er</sup> RIESGO TODAS LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO PRIVADO, CONCERTADO Y PÚBLICO (\*)

# 3,5

## MILLONES DE EUROS

3.500.000 €

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

### NORMAS DE PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE POSIBLES RECLAMACIONES:

**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.

(\*) Hospitales y centros de salud públicos, Hospitales y centros privados, Hospitales y centros concertados con el SAS, Residencias de mayores y Centros sociosanitarios públicos, concertados y privados, Compañías aseguradoras, Consultas privadas y Ejercicio libre de la profesión.

Si tienes otras pólizas contratadas, para evitar consecuencias no previstas, tráelas al Colegio para que te aclaremos sus coberturas y si te cubren la actividad privada, concertada y pública.

### LA NUEVA PÓLIZA AMPLÍA LAS PRINCIPALES COBERTURAS:

Responsabilidad civil de los colegiados en el desarrollo propio de su actividad profesional o especialidad sanitaria, tal como se regula en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, incluyendo la actividad docente, terapias alternativas y "piercing" ■ Cobertura por inhabilitación profesional como consecuencia de sentencia judicial firme, con abono, por parte de la Aseguradora de una cantidad máxima de 1.350 €/mes, por un plazo máximo de 15 meses ■ Posibilidad de contrademanda o reclamación a contrario frente a denuncias infundadas, temerarias o con mala fe.

# El TSJA respalda la prescripción de algunos fármacos por enfermería

Huelva.- Redacción

**E**l Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (T.S.J.A.) acaba de avalar el Decreto por el que la Junta de Andalucía dio luz verde a la prescripción de determinados medicamentos por parte de enfermería. Contra esa normativa se habían presentado dos recursos, ahora desestimados, por parte del Consejo General de Colegios de Médicos españoles y del Sindicato Médico Andaluz. En la Sentencia, y en su apartado número 4, se establece que "la norma reglamentaria no entra en colisión con la legislación básica ni supone una incursión ilegítima en el ámbito competencial de los médicos".

El T.S.J.A. ha otorgado su respaldo a la prescripción enfermera ante determinados medicamentos. En la Sentencia número 3200 del año en curso, la Sección primera de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Alto Tribunal de la región, presidida por la Magistrada Beatriz Galindo, ha entendido los recursos planteados en su día por el Consejo General de Colegios médicos y el Sindicato Médico Andaluz contra el Decreto 307/2009 de 21 de julio en el que se definía la actuación de los profesionales de enfermería en el ámbito de la prestación farmacéutica dentro del sistema sanitario público andaluz, (SAS).

En virtud de ésta Sentencia, la enfermería andaluza podrá seguir actuando mediante el uso e indicación de los medicamentos no sujetos a prescripción médica, la indicación o prescripción de los productos sanitarios con cargo a la cartera farmacéutica del SAS así como el seguimiento protocolizado de determinados tratamientos farmacológicos individualizados. Esto significa que enfermería ve reconocida por el TSJA la pertinencia de potenciar los cuidados y competencias de los profesionales del colectivo en beneficio de la población.

## Distinción

A lo largo de la Sentencia, los Magistrados encargados de su resolución hacen un pormenorizado recorrido por este contexto de la atención sanitaria a cargo de los profesionales. así, en el punto tercero se concreta que "Las enfermeras y enfermeros del sistema público andaluz podrán usar e indicar, medicamento que, de acuerdo con la normativa vigente, no estén sujetos a prescripción médica". En el apartado cuarto se concreta "la neta línea de distinción que hace la Ley estatal, acerca de los medicamentos sujetos a prescripción médica, no sujeto a prescripción médica y productos sanitarios a los que se refie-

re el Decreto impugnado". En el punto octavo se refleja que "la cuestión, ahora, está en determinar si la regulación impugnada trata de regular el ejercicio de una profesión titulada, como lo es la de diplomado en enfermería conforme al artículo 2. 2 b) de la Ley 44/2003 con afectación o modificación de aspectos esenciales de dicho ejercicio.

Inmediatamente después, los Jueces del TSJA recuerdan que, según establece el artículo 7, "corresponde, en general, a los diplomados sanitarios, dentro de su ámbito de actuación (...) la prestación personal de los cuidados o los servicios propios de su competencia profesional en las distintas fases del proceso de atención de salud, sin menoscabo de la competencia responsabilidad y autonomías propias de las distintos profesionales que intervienen en tal proceso y mas en concreto a los enfermeros: Corresponde a los diplomados universitarios en enfermería la dirección, evaluación, y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades".

## Sin contradicción

Tras hacer referencia a un dictamen emitido pro el Consejo Consultivo de Andalucía sostiene que, "con estas cautelas, y en el entendimiento de que el uso e indicación de estos medicamentos por la enfermería no puede suponer, en ningún caso, una incursión ilegítima en el ámbito competencial de los médicos, ni la toma de decisiones contradictorias con diagnósticos y prescripciones emanados de los mismos bajo cuya dirección se encuentra el proceso de asistencia sanitaria por razón de su titulación y cualificación". A tal efecto, el Consejo Consultivo concluye que "no existe contradicción entre el contenido del proyecto de Decreto y la normativa básica".

Finalmente, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del TSJA estima que los "preceptos impugnados no conculcan lo dispuestos en la Ley 44/2003, ni inciden en la esencia de las atribuciones de la profesión titulada de diplomados en enfermería", Por lo cual, el Fallo concluye "desestimando el recurso presentando por la representación procesal" del Consejo General de Colegios médicos. Además, la sentencia, sin que tenga un especial pronunciamiento sobre condena en costas, no admite "recurso de casación, definitivamente juzgado lo pronunciamos, mandamos y firmamos".

# IIIª Jornada del Equipo Móvil

Huelva.- Redacción

**E**l éxito ha vuelto a rodear una nueva edición de la Jornada de Difusión del Equipo móvil. Los profesionales sanitarios directamente implicados - medicina y enfermería - en estos dispositivos buscan compartir las enseñanzas, los logros y toda suerte de circunstancias que afecten a su quehacer cotidiano. Quizá sea este un foro que, sin estar adornado de mayores repercusiones, cumple un loable objetivo como es homogeneizar tanto los recursos disponibles como potenciar la atención que prestan a ciudadanos afectados de graves problemas de salud.

En la Facultad de enfermería de Huelva se ha celebrado la III Jornada de Difusión del Equipo móvil, convocada por Juan Gómez del área de formación e investigación del Distrito Sanitario Condado-Campiña. En esta ocasión, los capítulos sobre los que giró el programa hablaron de los Cuidados Paliativos, el Trauma Trave, el Plan de PCR y la Presentación de la Guía Farmacológica en las Urgencias. El Colegio de Enfermería de Huelva ha querido destacar "el carácter eminentemente práctico y didáctico de éste encuentro de profesionales".

Ignacio Escudero (médico) la enfermera Rocío González (ambos del DCCU Condado-Campiña) fueron los encargados de exponer lo concerniente a los Cuidados Paliativos en su ámbito de actuación. De forma resumida, apuntaron que el objetivo final no es otro que dar la mejor respuesta a los pacientes en esa situación, tanto sean los de origen oncológicos como de otra naturaleza. Para lo cual coincidieron en afirmar que el objetivo es ofrecer la misma atención y cuidados sea en el campo hospitalario como en los domicilios de los pacientes. que así lo soliciten.

*Profesionales del DCCU debaten y comparten las circunstancias de la actuación en Urgencias.*

## Guía

Diego. García, enfermero del DCCU Condado-Campiña, habló del Plan de PCR asumiendo la necesidad de que todos los puntos de



Rocío González, durante su intervención.

estos dispositivos dispongan de idénticos recursos con los que hacer frente a las demandas que, a cada paso, se plantean. Otro frente objeto del análisis fue la presentación de la Guía farmacológica en Urgencias, a cargo de Auxiliadora Torres y Nuria Costa. Esta herramienta presenta como una de sus novedosas aportaciones la identificación mediante distintos colores (que se corresponden con edades pediátricas, adultos...) para la preparación de la medicación pertinente.

Esta III Reunión del Equipo móvil, en palabras de sus integrantes, busca, y logra, propiciar de una forma más que loable, el hecho de compartir y difundir el conocimiento de toda la problemática que les afecta en el desarrollo de sus actividades en Urgencias. A este respecto, el Colegio Oficial de enfermería de Huelva ha querido resaltar el acierto de celebrar ésta Jornada por cuanto "no solo ha logrado consolidarse después de tres convocatorias anuales sino que, además, significa un ejemplo de cómo deberían actuarse en escenarios similares con claro protagonismo de los propios profesionales, los mismos que, con unas plantillas más que reducidas, saben obtener el mayor rendimiento en beneficio del paciente que demanda asistencia".

## PRIMER ENCUENTRO CONSEJERA -CAE

**La** consejera de Igualdad y Salud, María José Sánchez, y el Consejo Andaluz de Enfermería (CAE) han celebrado su primera reunión de trabajo tras producirse el relevo en el departamento después de una larga etapa con M<sup>a</sup> Jesús Montero al frente. En la sede de la administración regional, el CAE estuvo representado por su presidente, Florentino Pérez Raya con la asistencia de responsables de los ocho Colegios provinciales, con el de Huelva incluido en la persona de su presidente, Gonzalo García.

En el transcurso de éste primer contacto, el CAE planteó a la consejera una realidad de lo que más afecta y preocupa a la profesión en Andalucía, a la cabeza de toda la problemática el nivel de paro que sufre el colectivo que está deparando una emigración sin muchos precedentes en pos de encontrar salidas laborales. Pero sin olvidar otras cuestiones de fuste como, entre otras, la necesaria participación de la consejería en cuanto a la exigencia de la colegiación de los profesionales del SAS, acorde con las sentencias a cargo del Tribunal Constitucional que así lo han fallado.

Los recortes que vive la sanidad andaluza y sus repercusiones en las plantillas y su consecuencia directa, la atención que se ofrece al ciudadano también estuvo presente en el primer contacto. con la titular del departamento sanitario. María José Sánchez, por su parte, y tras elogiar la "relevancia de los cuidados", prometió a los representantes del CAE su "disposición al diálogo permanente y leal" para tratar de "mantener una interlocución continua en el marco de colaboración y transparencia".

# Necesidades y problemas de los familiares de personas afectadas de procesos críticos

## Autoras

□ MARÍA JOSE MORANO TORRESCUSA.

Unidad de Medicina Interna. Hospital Vázquez Díaz. Complejo Hospitalario de Huelva. España.

□ MARÍA ISABEL MARISCAL CRESPO.

Departamento de Enfermería. Universidad de Huelva. España.

□ BEATRIZ MARTÍN SÁNCHEZ.

Unidad de Cuidados Críticos. Hospital Juan Ramón Jiménez. Complejo Hospitalario de Huelva. España.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar las necesidades y problemas de los familiares de personas afectadas de procesos críticos.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal de enfoque cualitativo. Se han realizado entrevistas no estandarizadas a familiares representativos de los pacientes hospitalizados en UCI. El análisis de datos se ha realizado en línea con la Teoría Fundamentada.

**Resultados:** Se han identificado déficits de autocuidados generales, de desarrollo personal e interacción social y déficits relacionados con el problema de salud. La limitación más importante es la falta de conocimientos para los autocuidados.

**Conclusión:** La información obtenida es de interés para el diseño de intervenciones dirigidas a la familia, como parte de un programa de apoyo educativo incluido en la cartera de servicios enfermeros. Se considera así mismo, como punto de partida para la elaboración de instrumentos de medida de competencias para el autocuidado.

**Palabras claves:** Necesidades familiares, cuidados críticos, autocuidados.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify needs and problems of intensive care patients' relatives.

**Methods:** Cross-sectional descriptive study from a qualitative approach. Unstandardized interviews have been performed to representative intensive care patients' relatives. Data analysis has been according to grounded theory.

**Results:** General self-care deficits, personal development and social interaction, and related to the specific health problem has been identified. The most important obstacle was the lack of knowledge to provide self-care.

**Conclusions:** The obtained information is essential to design relatives directed interventions, as part of an educative support program provided within the Nursing services. This can be considered the beginning of the creation of measurement tools to identify the self-care competency level.

**Keywords:** Family needs, critical care, self-care.

## CUERPO DEL ARTÍCULO

### INTRODUCCIÓN

El término familia connota todo el "sistema familiar" donde existe una interacción entre sus miembros; una unidad que considera los cambios que suceden en un miembro como una afectación que repercute sobre todos ellos<sup>1</sup>. El ingreso de una persona en una unidad de cuidados intensivos (UCI) somete a los miembros de su familia a una situación difícil, que provoca ansiedad y preocupación<sup>2, 3</sup>.

Está probado, que el ingreso de una persona en UCI, ocasiona a la familia trastornos a nivel psicológico y social que, a veces, requieren de tratamiento especializado<sup>4, 5</sup>. Los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders<sup>6</sup> califican la hospitalización en una UCI como un estresor traumático. La familia se ve obligada a compaginar sus sentimientos de incertidumbre con la comprensión de las explicaciones, la toma de decisiones difíciles y, en ocasiones, con la aceptación de lo inevitable. Estos conflictos afectivos y emocionales pueden repercutir no solo en la salud psicológica de la familia, sino también, en la recuperación del paciente<sup>7</sup>.

Es durante este proceso, cuando las enfermeras pueden adquirir un papel relevante con estas personas e identificar las necesidades y problemas que aparecen en esta nueva situación así como sus capacidades para poder afrontarla. Parece obvio, que si conseguimos detectar cuáles son esas necesidades y medir su capacidad de autocuidado podremos dirigir nuestra intervención hacia objetivos más personalizados, concretos y definidos.

Son muy numerosas las investigaciones que se han desarrollado en torno a la identificación de las necesidades y problemas de los familiares de personas hospitalizadas en UCIs<sup>8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18</sup>. Pero a pesar de estas investigaciones, en la práctica diaria, seguimos realizando multitud de intervenciones que no suelen surgir de un análisis de cada situación concreta ni de una evaluación particular de las necesidades detectadas, las familias no se suelen incluir en nuestros planes de cuidados. La mayoría de las veces aplicamos la

regla universal: “lo que siempre se hace”<sup>19</sup>. Velasco y colaboradores corroboran que en el 85% de las UCIs españolas no se utiliza ningún tipo de protocolo ó tratamiento estándar de calidad en la atención a estas personas<sup>20</sup>. Por otra parte, cabe destacar un intento de normalizar esta práctica, elaborándose un Plan de cuidados fundamentado en las Necesidades humanas, en una situación de salud concreta y en un entorno ajeno al habitual (hospital- UCI)<sup>21</sup>. Además, es de interés recordar las Recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Cuidados Críticos, donde se aborda ampliamente la participación de la familia en el cuidado del paciente crítico<sup>22</sup>. Y más recientemente, el trabajo aportado por García Mozo et al, donde se consensuaron cuatro propuestas de cambio para mejorar los cuidados a los familiares de las personas afectadas de procesos críticos. Como resultado de una de estas propuestas, desarrollaron una guía de atención a este grupo de personas<sup>23</sup>.

La mayoría de las veces todas estas recomendaciones no se están llevando al terreno de la asistencia. Los familiares permanecen ajenos a la dinámica de las unidades y no se incluyen en la agenda de cuidados de las enfermeras. La realidad es que tenemos que seguir trabajando en este sentido y considerar a la familia receptora de cuidados enfermeros. Es preciso incorporarlas a nuestra agenda de trabajo y dirigir nuestra intervención hacia sus demandas y necesidades. Además, también sería muy interesante conocer cuáles son las *competencias* (conocimientos, habilidad, actitud e intereses) que poseen las familias para poder hacer frente ante esa nueva situación de vida e incluso para adaptarse a ella, mejorando así su bienestar y salud.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal (cualitativo), utilizándose como técnica para la recogida de datos la entrevista no estandarizada.

### Objetivos:

Describir las Necesidades de los familiares de personas afectadas de procesos críticos de salud.  
Identificar los problemas que presentan estas personas.

Estudio realizado en el Servicio de Cuidados Críticos del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva. Población objeto de estudio: los familiares de las personas afectadas de procesos críticos que precisan hospitalización en esta unidad. La muestra está constituida por cuatro familiares representativos, durante el mes de mayo del año 2011. La selección de los participantes se hizo en base a la disposición y capacidad informante de los mismos. Las cuatro entrevistas se han realizado en función del tiempo de hospitalización de los afectados; 5, 7, 45 días y 3 meses, ampliando así la visión del proceso. Las entrevistas han sido realizadas por la investigadora principal. Se han iniciado con una exposición de lo que se pretendía y a medida en que evolucionaban se iba adaptando el número y contenido de las cuestiones sobre las que se preguntaba. La duración media osciló entre 45 y 75 minutos. Para el registro de la información se utilizó una grabadora digital.

## Procesamiento y análisis de los datos.

En línea con la Teoría Fundamentada<sup>24</sup>, siguiéndose el siguiente esquema:

1. Reducción y división de datos, orientada a su selección y condensación. Para ello se ha utilizado una parrilla de volcado de datos; consistente en una tabla de doble entrada organizada en facetas de autocuidados: generales, desarrollo personal e interacción social y específicos derivados de la situación de estudio, con sus diferentes dominios: conocimientos, prácticas y actitudes<sup>25</sup>.
2. Presentación de los datos, orientada a facilitar la mirada reflexiva de las investigadoras.

La categorización y codificación de los datos se ha realizado manualmente, utilizando para ello la información obtenida de las transcripciones literales de las entrevistas, posterior análisis y volcado de datos en la tabla de doble entrada. Se ha comparado continuamente la información obtenida de las diferentes personas (triangulación de sujetos) para llegar a la tabla resumen donde se expone la síntesis de las necesidades y problemas.

En todo momento se ha garantizado la protección de la identidad del familiar y confidencialidad de los datos y para evitar daño emocional, se ha esperado un tiempo prudencial para entrevistar a los familiares. Se ha solicitado Consentimiento Informado a todos los participantes y se obtuvo el correspondiente permiso del Comité de Ética e Investigación de Huelva.

## RESULTADOS

Siguiendo las distintas facetas de los autocuidados se han identificado necesidades y problemas similares, presentes en los cuatro familiares entrevistados.

En primer lugar, se han detectado un grupo de dificultades relacionadas con los autocuidados generales. Los familiares manifiestan verbalmente necesidades no satisfechas, en relación con la alimentación, el descanso-sueño, la relajación y el confort

*“ Toda la noche en el hospital con mi madre, sin comer... porque yo con los nervios no me pasa nada para adentro...; “...yo no tengo ganas ni de comer...”  
“Y por las noches los sillones son un poco incómodos para dormir...” “...porque las sillas no son demasiado confortables... no se puede dormir...”*

Seguidamente, en relación con los autocuidados de desarrollo personal e interacción social, los familiares nos expresan de forma verbal y no verbal sentimientos, preocupaciones relacionadas con situaciones estresantes y de sufrimiento; que son compatibles con cuadros de ansiedad y/o temor generadores de dificultades de afrontamiento y adaptación personal ante esta nueva realidad

*“...mis nervios los tengo un poco alterados... ¡Dios mío! Estoy viviendo un sueño o esto ¿qué es? No sabes lo que te está pasando ni cómo afrontarlo...”  
“...estoy estresadísima, estoy con un cúmulo de cosas en la cabeza, porque la verdad sufro mucho... es muy difícil, te crea mucho estrés y mucha incertidumbre”*

Por otra parte, se identifican dificultades relacionadas con la vida familiar de estas personas, apreciándose una alteración de los procesos familiares y dificultades de adaptación familiar

*“porque allí están mis niños que los tengo como un poquito de lado... Tienen como asumido que yo a las siete y media me voy de casa... y que llego solo para acostarlos. Los niños se adaptan a todo”*

En relación con estos procesos, se detecta la necesidad de apoyo familiar, sentirse apoyado por el resto de los miembros de la familia

*“La familia está ante todo, pero a lo mejor en ese momento no tienes a la familia o no puedes contarle lo que sientes. Que no le puedes contar toda la verdad, porque tampoco puedes...”*

También se identifican problemas relacionados con la pareja. En este grupo de problemas se observa un doble enfoque, por una parte aquellos familiares que reconocen y agradecen el apoyo que significa que sus parejas estén cerca y poder compartir con ellos sus necesidades y problemas

*“Lo hablo con mi marido pero cuando los niños no están... para él al fin a al cabo es su suegro... mi marido el pobre me ayuda bastante...”*

Y por otra parte, se observa como la pareja es utilizada como válvula o mecanismo de escape, es la persona con la cual el cónyuge o pareja se desahoga y expresa sentimientos de ira y de rabia

*“Y te voy a decir una cosa, me enfado, que yo a mi marido jamás le he chillado, y le chillo que es mi madre...”*

Además, cuando el cónyuge es la persona afectada la relación de pareja cambia, se altera totalmente

*“...pero si me escuchas, tú cierras los ojos, tú no te preocupes por nosotros, que nosotros estamos bien; y todos los temas que tú dejaste pendientes, que tú tenías que hacer cosas, eso está todo solucionado, así que tranquilízate... Yo quiero que sepas que estoy aquí...”*

También se identifican dificultades en la realización de actividades recreativas

*“Tengo un viaje pagado, que me lo han regalado mis hijos para reyes y no puedo ir, como me voy para que le pase algo...”*

Por último, se han identificado un grupo importante de necesidades y problemas, relacionadas con los autocuidados específicos en el proceso de salud que nos ocupa. Una de las limitaciones que de forma reiterada se ha identificado en nuestras entrevistas ha sido la deficiencia de conocimientos, falta de información relacionada con el problema de salud concreto que afecta a la persona ingresada y la evolución del mismo

*“... secuelas, no sabemos las que le van a quedar. Y claro eso lo comprende una, vamos lo comprende... Y dice: mira está grave, porque grave es, porque ha sido una cosa grande, pero dentro de la gravedad...”; “... no sé qué siente mi padre... Saber hasta qué punto entiendo lo que le hablamos, si escucha, si no escucha...”*

También se han detectado dificultades relacionadas con la identificación de los distintos profesionales sanitarios que atienden a la persona afectada

*“...hablé un día también con una señorita creyendo que era una enfermera y, sin embargo, era la doctora de guardia. Porque como no sabía...”*

Creemos que estos déficits de conocimientos pueden estar asociados a la vivencia de una situación en la que no tienen experiencias previas, y el desconocimiento de los recursos que pueden utilizar para obtenerlos; no obstante, se ha identificado un manifiesto interés por parte de los familiares por obtener estos conocimientos, podríamos decir que los familiares presentan una buena actitud para mejorarlos

*“... Pero claro para nosotros es muchísimo el interés, el no poder adentrarnos más, en cuál es el paso que se está dando y qué conlleva ese paso, qué mejoría o en que puede empeorar, me gustaría saberlo, la verdad...”*

Se ha detectado otro grupo de dificultades asociadas a la necesidad de información, los familiares reiteran en todas las entrevistas la necesidad imperiosa de estar informados en todo momento

*“Me gustaría que me informaran más, quiero decir el médico, no ese ratito de las dos o dos y cuarto y ya se cierra la puerta hasta el día siguiente...”; “las enfermeras me informan cada vez que... si tengo que entrar y preguntar algo, ellas me informan...”*

Además, que dicha información sea clara, veraz y en términos que puedan comprender

*“... que me digan la verdad, que no me den esperanzas si no las hay, que no me engañen”*

*“pero ella no se entera, porque ella tiene una edad más avanzada y no entiende los términos, no los entiendo ni yo cuanto más ella...”*

Del mismo modo, los familiares también expresan la necesidad de pasar más tiempo con las personas ingresadas. La proximidad a ellas es fundamental en todo el proceso. Sin embargo, existen diferentes puntos de vistas. Por un lado, algunos familiares piensan que si su presencia desencadenara en la persona ingresada consecuencias negativas prefieren no estar con ellos, aunque se lo cuestionan continuamente

*“En el caso que está mi marido, para que queremos estar ahí agobiándolo... Entonces digo: hemos entrado para hacerle daño... pero claro, hay momentos en los que digo y por qué no me dejan estar ahí más tiempo. ¿Me entiendes?”*

Por otro lado, para otros familiares es insuficiente el tiempo de visitas, aunque se adaptan

*“Solo puedes verla un ratito, a medio día y por la noche... Sí, sí, pero que muchas veces estás ahí y a lo mejor la ves a las dos y hasta las ocho o muchas veces son las nueve y media y no hemos entrado...”*

También es muy importante para los familiares sentir seguridad. Necesitan sentir que sus familiares están seguros en el entorno que les rodea, y que los cuidados que están recibiendo sean de alta calidad

*“...sé que está muy bien cuidado, porque os volcáis muchísimo con él... Veo una atención muy personalizada... estáis controlándole todas las cosas y yo me siento muy tranquila... transmitís una seguridad impresionante”*

No menos importante son las dificultades a las que se enfrenta la familia continuamente en relación con la toma de decisiones, en este sentido existen conflictos en momentos muy críticos y estresantes para los familiares

*“Le tenían que poner un tratamiento que también tenía un riesgo. Porque claro, el ataque de nervios que yo tenía, que yo estaba sola y diciendo y ¿qué hago?... en una situación así ¿qué hace una?”*

Otra necesidad manifestada por los familiares ha sido participar en el cuidado, necesidad de mantener el contacto físico y verbal: besarle, darle apoyo y poder tranquilizar a su ser querido

*“... que empezara a hablarle y ya él hacía, o por lo menos abría los ojos; no que él llevara la mirada, no, pero por lo menos los abría... yo le tocaba la mano pero la mano no hacía nada”*

Por último, es manifiesta por los familiares la necesidad de sentir esperanza en la recuperación de la persona afectada

*“el saber que ya ha pasado el peligro y que ya está... que no le va a pasar nada, ya con eso me conformo”*

También tienen la necesidad de sentir que médicos y enfermeras son positivos, que traten a sus familiares como personas que están vivas y que quieren seguir viviendo y además, le digan la verdad

*“Necesitamos que los médicos y las enfermeras sean positivas, que lo trate como una persona que está viva y que quiere vivir, necesitamos sentir esperanza, necesitamos que nos digan la verdad pero que sean positivos”*

Las necesidades, problemas y limitaciones para el autocuidado se sintetizan en la tabla resumen nº 1.

NECESIDADES-DEMANDA DE AUTOCUIDADOS	PROBLEMAS- DÉFICITS DE Ac. LIMITACIONES
Necesidad de: Alimentación – actividad – descanso - relajación – confort – sueño.	Déficits de Autocuidados Generales.
Necesidad de ser aliviados y tranquilizados ante situaciones estresantes y de sufrimiento.	Déficits de Autocuidados para el control de la Ansiedad, afrontamiento eficaz y adaptación personal.
Necesidad de apoyo familiar.	Déficits de Autocuidados para mantener los procesos familiares y la adaptación familiar.
Necesidad de apoyo de la pareja.	Déficits de Autocuidados en la relación de pareja.
Necesidad de tiempo de ocio.	Déficit de Autocuidados para mantener actividades recreativas.
Necesidad de comunicación verbal y no verbal y tiempo para desarrollarla.	Déficits de Autocuidados para participar y/o aceptar la organización, duración y flexibilidad de las visitas.
Necesidad de Seguridad en relación con los cuidados que recibe la persona afectada y la calidad de los mismos.	Déficits de Autocuidados para sentir seguridad sobre los cuidados que recibe la persona afectada.
Necesidad de apoyo/asesoramiento en la toma de decisiones difíciles.	Déficits de Autocuidados para la participación en la toma de decisiones.
Necesidad de participar en el cuidado de la persona afectada.	Déficits de Autocuidados para intervenir de forma efectiva en el cuidado del paciente.
Necesidad de Sentir esperanza y compartir sus expectativas con el personal sanitario	Déficits de Autocuidados para mantener las creencias y valores personales y compartirlos con el personal sanitario.
Necesidad de conocimiento: Proceso de salud – Identificación personal sanitario – Información clara y veraz, en términos comprensibles.	LIMITACIÓN para el Autocuidado: Déficits de conocimiento en relación al proceso de salud e identificación del personal sanitario. (Actitud positiva para mejorar los conocimientos)

Tabla 1. Necesidades, problemas y limitaciones de los familiares.

## DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

Las necesidades y problemas más generales de los familiares coinciden con las expresadas en la literatura existente, aunque con matices especialmente significativos.

El hecho de estructurar toda la información obtenida en línea con el constructo teórico Autocuidados con sus distintas facetas y dimensiones<sup>25</sup> nos ha permitido obtener una visión amplia y organizada de todas las necesidades de la persona, y detectar esos matices que podrían considerarse como nuevas aportaciones al tema que nos ocupa.

En primer lugar, en relación con los Autocuidados Generales, se han detectado Necesidades básicas no satisfechas en relación con la alimentación, el descanso – sueño, la relajación y el confort. Investigaciones anteriores hacen referencia a disponer de algún grado de confort durante el proceso<sup>25</sup>, tam-

bién creemos necesario contemplar el resto de necesidades no satisfechas expresadas. Muchas veces, estas necesidades no se satisfacen porque es tan alto el nivel de ansiedad y estrés que presentan los familiares que incluso les impiden comer, dormir o relajarse. En estos casos, la intervención enfermera tendría que ir dirigida a compensar estos déficits específicos.

En relación con los Autocuidados de Desarrollo personal e Interacción social, se han detectado problemas de Afrontamiento y adaptación personal a la situación vivida así como alteración de los procesos familiares y de adaptación familiar. Constituyen hallazgos importantes siendo necesario tenerlos presentes al prescribir la intervención enfermera más adecuada. Coincidimos con autores anteriores en la Necesidad de apoyo que expresan los familiares. El apoyo, tanto familiar co-

mo de la pareja, es imprescindible en momentos de sufrimiento, de incertidumbre y puede repercutir en el estado psicológico y emocional de forma muy positiva. Otro hallazgo importante está relacionado con los Problemas que surgen en la relación de pareja. El ingreso de un familiar en una UCI ocasiona dificultades en dicha relación, constituyendo la pareja la válvula de escape con la cual el familiar se desahoga y expresa sus sentimientos de ira y de rabia.

En relación con los Autocuidados Específicos, cabe destacar la coincidencia con las necesidades descritas por García Mozo et al. Además, los familiares manifiestan un importante déficit de conocimientos relacionado con la evolución del proceso que sigue la persona afectada, así como con la identificación de los distintos profesionales sanitarios lo que constituye una limitación para el autocuidado. Sin embargo, se ha identificado un manifiesto interés por los familiares en estar dispuestos a mejorar sus conocimientos sobre los procesos de salud; si relacionamos este hecho con la información enfermera que reciben los familiares puede ocurrir que dicha información no sea la necesaria o se trasmite de forma inadecuada.

Otro hallazgo importante son las dificultades que expresan los familiares en la toma de decisiones; necesitan asesoramiento profesional, siendo la enfermera uno de los profesionales implicado en este proceso. También manifiestan la necesidad de pasar más tiempo con la persona ingresada y participar en los cuidados desarrollados, aspecto directamente relacionado con la gestión de cuidados organizada por la Enfermera Referente. Por último, los familiares expresan la necesidad de que médicos y enfermeras tengan una actitud positiva frente al proceso ya que piensan que esta actitud puede influir positivamente en la recuperación de su familiar.

La información obtenida en este trabajo, constituye una aproximación a las necesidades y problemas de los familiares, es decir, Déficit de Autocuidados presentados, que nos permitirá definir y establecer oportunos sistemas de intervención,



## BIBLIOGRAFÍA

1. Wright LM. Theoretical Foundations of the Calgary Family Assessment and Intervention Models. En: Wright LM. Nurses and Families: a Guide to Family Assessment and Intervention. Canada: F A Davis; 1994. p. 15-37.
2. Pirard M, Janne P, Installé E, Reynaert C. Patient, family, nurses and intensive care unit: review of the literature and state of a practice "in the field". *Ann Med Psychol Paris*. 1994; 152 (9):600-608.
3. Morano MJ, Pérez M, Martín B. Ansiedad en familiares en Unidades de Cuidados Intensivos las primeras 72 horas de estancia. *Evidentia*. 2009, jul-sep; 6(27). Extraído el 1 de octubre del 2010 desde: <http://www.indexf.com/evidentia/n27/ev6992.php>
4. Auerbach SM, Kiesler DJ, Wartella J, Rausch S, Ward K S, Ivantury R. Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patient's family members during critical care hospitalisation. *Am J Crit Care*. 2005; 14(3): 202-210.
5. Jones C, Skirrow P, Griffiths RD, Humphris G, Ingleby S, Eddleston J et al. Post traumatic stress disorder related symptoms in relatives of patients following intensive care. *Intensive Care Med*. 2004; 30:456-460.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: American Psychiatric Association. 1997.
7. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, Le Gall JR et al. Meeting the needs of intensive care unit patient families: A multicenter study. *Am J Repir Crit Care Med*. 2001; 163(1): 135-139.
8. Molto N. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart and Lung*. 1979; 8: 332-339.
9. Leske JS. Needs of relatives of critically ill patients: A follow-up. *Heart and Lung*. 1986; 15: 189-193.
10. Burr G. Contextualizing critical care family through triangulation: an Australian study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 1998; 14: 161-169.
11. Lee IY, Chien W, Mackenzie AE. Needs of families with a relative in a critical care unit in Hong Kong. *J Clin Nurs*. 2000, jan; 9(1): 46-54.
12. Kosco M, Warren NA. Critical care nurses' perceptions of family needs as met. *Crit Care Nurs Q*. 2000, aug; 23(2): 60-72.
13. Velasco JM. Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos. *Tempus vitalis*. 2002; 2(3).
14. Redley B, Beanland C. Revising the Critical Care Family Needs Inventory for the Emergency Department. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 45(1): 95-104.
15. Chiu Y, Chien W, Lam L. Effectiveness of a needs-based education programme for families with a critically ill relative in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*. 2004, jul; 13(5): 655-666.
16. Hidalgo I, Vélez Y, Pueyo E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*. 2007; 18(3): 106-114.
17. Maruít M, Galdeano L. Necesidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta paul. Enferm*. 2007, ene-mar; 20(1): 37-43. Extraído el 20 de octubre del 2010 desde: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103)
18. Omari FH. Perceived and unmet needs of adult Jordanian family members of patients in ICUs. *J Nurs Scholarsh*. 2009, mar; 41(1): 28-34.
19. Velasco JM. Visitas de familiares en UCI: a ambos lados de la puerta. *Evidentia*. 2007, ene-feb; 4(13). Extraído el 15 de septiembre del 2010 desde: <http://www.index-f.com/evidentia/n13/293articulo.php>
20. Velasco JM, Prieto JF, Castillo J, Merino N, Perea-Milla, E. Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. *Enfermería Intensiva*. 2005; 16(2): 73-83.
21. García S, Fernández M, Cumbre EM, Morano MJ, Alfonso D, Contreras I. Cuidando a la familia en UCI. *Biblioteca Lascasas*. 2007; 3(2). Extraído el 20 de septiembre del 2010 desde: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0248.php>
22. Torres LF, Morales JM. Participación familiar en el cuidado del paciente crítico. Recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. *Evidentia*. 2004, may-ago; 1(2). Extraído el 2 de octubre de 2010 desde: <http://www.index-f.com/evidentia/n2/32articulo.php>
23. García A, Sánchez F, Amorós SM, Balaguer F, Díez M, Durán MT et al. Desarrollo de una guía de atención a los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*. 2010; 21(1): 20-27.
24. Straus A & Corvin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Colombia. Universidad de Antioquia. 2002.
25. Mariscal MI. Autocuidados y Salud en mujeres afectadas de cáncer de mama (Tesis Doctoral). Proquest information and Learning. Base de datos: Proquest Digital Dissertations. Universidad de Alicante; 2006.

# ESPAÑA NECESITA MAS DE 108.000 ENFERMERAS



González Jurado Judith Shamian, Ana Mato y Víctor Aznar, en el Consejo

Huelva-. Redacción

**E**l Consejo General de Enfermería fue escenario de una auténtica cumbre de la enfermería a nivel español e internacional. El presidente del Consejo, Máximo González Jurado, recibió a la Ministra de Sanidad del Gobierno central, Ana Mato, a la presidenta del Consejo Internacional de enfermeras (CIE); Judith Shamian y al secretario del Satse, Víctor Aznar para remarcar la delicada situación por la que atraviesa la profesión en España, precisando sus carencias y necesidades mas acuciantes González Jurado no dudó en aseverar que nuestra nación necesita alrededor de 108.000 enfermeras (os), y la Ministra Mato anunció la pronta realidad en torno al proyecto de ley sobre la prescripción profesional Shamian, por su parte, mostró su preocupación por la fuga de profesionales a otros países.

La enfermería española tuvo una cita importante el pasado mes en Madrid. La sede del Consejo General acogió un acto cargado de simbolismo por cuanto se daba respaldo al acuerdo suscrito con el Ministerio de Sanidad y ante el Presidente del Gobierno, Mariano Rajoy. Como testigos de este evento, la Ministra Ana Mato, la presidenta del CIE, la canadiense Judith Shamian y el responsable de Satse, Víctor Aznar. A debate, el grave déficit de profesionales que existen en España que, lejos de atisbarse una solución, va creciendo en la mayoría de regiones, sobre todo Andalucía con la peor ratio de España.

Máximo González expuso algo tan decisivo como que "nadie discute que se está rompiendo el principio de equidad del Sistema Nacional de Salud, puesto que resulta absolutamente imposible que la calidad asistencial sea la misma con casi tres veces menos de enfermeras por cada 100.000 habitantes. O lo que es igual, cuando cada profesional tiene que prestar atención al triple de pacientes que sus compañeros de otras autonomías".

*"González Jurado: "Estamos muy lejos de los estándares medios en la UE"*

Las palabras de González Jurado estuvieron avaladas por los datos estadísticos. "En Europa, la media de enfermería por cada 100.000 personas es de 759 profesionales. En España es de 528 por lo que se necesitarían mas de 108.000 profesionales simplemente para alcanzar la ratio a nivel europeo. "Pocos discuten la frialdad de los guarismos. "Si Finlandia es el país líder en presencia de enfermeras con 2.356 profesionales por cada 100.000 habitantes, España se sitúa en el puesto vigésimo de Europa con 528 enfermeras por cada 100.000 habitantes". La distancia es, sencillamente, abismal por cuanto la media española es superada por la mayoría de naciones avanzadas de la Unión Europea (UE). Así, Luxemburgo sigue a Finlandia con 1.709 enfermeras, luego aparece Dinamarca (1.585), Bélgica (1.540), Irlanda (1.513) y Alemania (1.145).

El presidente del Consejo precisó que España se sitúa al mismo nivel de naciones como Letonia, Bulgaria, Grecia o Chipre "que no son, -precisó- comparables a una economía como la nuestra, se supone es la octava potencia del mundo y el séptimo mejor sistema sanitario, según la clasificación de la OMS por su eficiencia". Pero si se habla por regiones, el panorama no parece beneficiar, en absoluto, a Andalucía. De nuevo, González Jurado puso el dedo en la cruda realidad: "Se está rompiendo el principio de equidad del SNS puesto que es imposible que la calidad asistencial sea la misma con casi tres veces menos enfermeras por 100.000 personas".

## Andalucía

Ejemplo de lo cual fue este ranking de profesionales. Navarra es la comunidad con mayor número de personal de enfermería al tener 833,66 profesionales por cada 100.000 habitantes. Es la única que supera la media europea. Mientras, en el polo opuesto de la sanidad navarra se sitúa Andalucía con la peor ratio de enfermería: 375,78 por idéntica población. El País Vasco es la segunda comunidad en cuanto a presencia de enfermeros (704,49 por 100.000 personas) seguida de Castilla y León (645,01), Melilla(633,94), La Rioja (617,54), Aragón (614,87), Madrid (602,84), Cantabria (590,01) y Cataluña (574,97).

### *“Ana Mato: Pronto habrá un proyecto de R.D. sobre la prescripción”*

Por debajo de la media nacional se sitúan las regiones de Galicia (506,28), Baleares(481,99), Comunidad Valenciana (481,21), Canarias (446,80), Murcia (378,78) y, por fin, Andalucía (375,78) que por una escasa diferencia respecto a Murcia se confirma como la autonomía española con peor ratio de enfermeras por población. El responsable del Consejo abundó en lo que encierra estos parámetros aludiendo a que "existen multitud de estudios que han demostrado científicamente que una enfermera menos en determinados servicios asistenciales

equivale a un mayor número de complicaciones y muertes". Mas adelante, se refirió al problema de la emigración profesional apuntado que, "en muchas ocasiones, empresas de países como Alemania están contratando a profesionales españolas en condiciones lamentables, con sueldos muy por debajo de sus estándares para realizar funciones propias de auxiliares de clínica y no de enfermeras con la excusa de que desconocen el idioma".

### *“Navarra y Andalucía, los polos opuestos en la ratio de enfermeras por habitante”*

La Ministra de Sanidad, Ana Mato, tras elogiar el espíritu constructivo y dialogante encontrado en el Consejo General para alcanzar el Pacto por la sostenibilidad del SNS y aludir a la necesidad de converger con las ratios de la UE, se refirió a un anuncio de futuro: pronto verá la luz "el proyecto de Real Decreto sobre la prescripción enfermera" que junto a, los Registros profesionales están llamados a ser herramientas de enorme trascendencia.

Esperada fue la intervención de la presidenta del CIE, organismo que agrupa a organizaciones de enfermeras en los cinco continentes. Judith Shamian no dudó en expresar su alerta por el "grave riesgo que conlleva la fuga de enfermeras". Tras referirse a Canadá cuando, en los años 90 vivieron una grave crisis económica traducida en la emigración de profesionales hacia USA, una vez recuperada la situación, "aquellos profesionales no volvieron y se detectó una enorme carencia de personal cualificado: Deben hacer entender a sus políticos que, una vez finalizada la crisis, van a necesitar a todas esas enfermeras". Y concluyó "No es momento de reducir personal porque en época de crisis aumentan muchos problemas de salud en ámbitos como la salud mental, la nutrición, el acceso a los medicamentos... Ante esas situaciones, las enfermeras deben adoptar un papel fundamental en la gestión mas adecuada de todas esas problemáticas".

## ANTE EL CERTAMEN DE INVESTIGACIÓN

**E**l Colegio oficial de Enfermería de Huelva quiere dar a conocer al conjunto de la profesión que, los interesados en participar en los próximos Certamen de Investigación Ciudad de Huelva y en el apartado de Fotografía, que el plazo contemplado para hacer llegar sus trabajos finalizará el próximo 31 de enero 2014.

Del mismo modo, y hasta el 31/enero/2014, pueden dirigirse a la Junta de Gobierno de esta corporación para proponer las candidaturas que aspiren a la Medalla del Mérito Profesional distinción que, como es sabido, se otorga a los colegiados de esta institución que hayan destacado notoriamente en el ejercicio de la profesión o en alguna de sus especialidades. El Colegio, al mismo tiempo, anuncia que, a corto plazo, va a elaborar un modelo de propuesta a través de la página web colegial y de la secretaría. Este modelo no será obligatorio por cuanto serán aceptadas todas aquellas candidaturas que se reciban conforme a lo establecido en los Estatutos del Colegio donde se establece que los colegiados que lo estimen oportuno "elevarán a la Junta de Gobierno las propuestas para al concesión de las mismas, avaladas, al menos, por 10 colegiados y acompañada la petición de los méritos que concurran en la persona propuesta".

# DOCUMENTOS

Ilustre  
Colegio  
Oficial de  
Enfermería  
de Huelva



# Enfermería

ENERO						
L	M	Mi	J	V	S	D
		<b>1</b>	2	3	4	<b>5</b>
<b>6</b>	7	8	9	10	11	<b>12</b>
13	14	15	16	17	18	<b>19</b>
20	21	22	23	24	25	<b>26</b>
27	28	29	30	31		

FEBRERO						
L	M	Mi	J	V	S	D
					1	<b>2</b>
3	4	5	6	7	8	<b>9</b>
10	11	12	13	14	15	<b>16</b>
17	18	19	20	21	22	<b>23</b>
24	25	26	27	<b>28</b>		

MARZO						
L	M	Mi	J	V	S	D
					1	<b>2</b>
3	4	5	6	7	8	<b>9</b>
10	11	12	13	14	15	<b>16</b>
17	18	19	20	21	22	<b>23</b>
24	25	26	27	28	29	<b>30</b>
						31

ABRIL						
L	M	Mi	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	<b>6</b>
7	8	9	10	11	12	<b>13</b>

MAYO						
L	M	Mi	J	V	S	D
			<b>1</b>	2	3	<b>4</b>
5	6	7	8	9	10	<b>11</b>

JUNIO						
L	M	Mi	J	V	S	D
2	3	4	5	6	7	<b>8</b>
						<b>1</b>

14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

**JULIO**

L	M	Mi	J	V	S	D
	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**

L	M	Mi	J	V	S	D
				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**

L	M	Mi	J	V	S	D
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**

L	M	Mi	J	V	S	D
		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**

L	M	Mi	J	V	S	D
					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**

L	M	Mi	J	V	S	D
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				

# Seguro de **Automóvil**



## Porque cuando se queda sin coche, **es cuando más ayuda necesita**



Y además,

# 50%

**DESCUENTO**

### **Así funcionan nuestras nuevas coberturas exclusivas:**

¿Tiene un problema con el coche y necesita que alguien le acerque al taller?

**Nosotros lo hacemos**

¿No sabe cómo volver a casa después?

**Nosotros le llevamos**

Y en caso de siniestro total, ¿cómo va a moverse?

**Con el coche de sustitución que A.M.A. pondrá a su disposición**

**Así de fácil y así de claro.**

Confíe en la experiencia de A.M.A. y disfrute del mejor servicio con total tranquilidad.

#### **A.M.A. HUELVA**

Palos de la Frontera, 17  
Tel. **959 28 17 71**  
huelva@amaseguros.com

#### **A.M.A. HUELVA (Colegio Médico)**

Arcipreste González García, 11; 1º  
Tel. **959 24 01 87/99**



**LA CONFIANZA ES MUTUAL**  
**www.amaseguros.com 902 30 30 10**



# Plan de cuidados estandarizado de la dermatitis del pañal

Elena García García. Matrona.  
Hospital J. R. Jiménez (Huelva).

## RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La dermatitis del pañal es una inflamación de la piel del lactante en esta área, en la cual influyen muchos factores tales como: humedad, falta de higiene, elevación de la temperatura de la zona, etc. En estos casos puede manifestarse desde eritemas a ampollas y supuraciones, e incluso complicarse con infecciones.

**OBJETIVO:** El principal es garantizar la unificación y continuidad de los cuidados enfermeros en los diferentes niveles asistenciales hacia los lactantes afectados por este problema.

**METODOLOGÍA:** Desarrollo de un plan de cuidados estandarizado sobre la dermatitis del pañal para enfermería y matronas que trabajan con lactantes.

**CONCLUSIÓN:** La finalidad de realizar un plan de cuidados específico para este problema común en lactantes va encaminado a mejorar la calidad asistencial, garantizar su continuidad y establecer mejoras al permitir evaluarse continuamente, tras quedar plasmado por escrito el trabajo diario de profesionales enfermeros y matronas. Además es un método científico de comunicación entre los diferentes niveles asistenciales.

Para ello, es fundamental conocer las peculiaridades de su piel, los factores predisponentes a alterarla y así poder establecer medidas preventivas o cuidados cuando aparezcan manifestaciones, proporcionando además educación sanitaria a la familia.

## PALABRAS CLAVE:

Dermatitis del pañal, lactante, eritema.

## 1. INTRODUCCIÓN

Se define dermatitis del pañal al proceso inflamatorio de la piel cubierta por el mismo. Ejemplo clave de la dermatitis irritativa de contacto que afecta a lactantes en igualdad de sexos y de incidencia desconocida, aunque estimada sobre un 35%. Sus manifestaciones son: eritema, fisuras, erosiones, ampollas y descamación.

Las particularidades propias de la piel de los recién nacidos la hacen ser más sensible y favorecedora a lesiones e inflamaciones (1):

- Epidermis más fina y permeable.
- Insuficiente secreción sebácea y sudorípara.
- Inmadurez inmunológica.

También se hace necesario prestar mayor atención por tanto, a la concentración de sustancias y frecuencia de aplicación de productos por vía tópica, que deben ser inferior a la dosis indicada en el adulto.

La etiología no está clara, aunque existe mayor predisposición en niños con un fondo alérgico, si reciben lactancia artificial, si presentan diarrea o en tratamiento con antibióticos.

### 1.1. FACTORES DE RIESGO:

- El contacto prolongado con el pañal húmedo macera la piel y es más sensible a la fricción, acción de irritantes y a la sobreinfección de microorganismos.
- El pH urinario alcalino superior a 8, unido a enzimas (ureasas) y bacterias fecales (*Bacillus amoniagenes*, actualmente llamado *Brevibacterium amoniagenes*) degradan la urea presente en la orina en amoníaco, que a su vez conlleva la elevación del pH urinario. Esto favorece la actividad de otras enzimas fecales (lipasas y proteasas) que ayudan a lesionar la piel de forma directa, incrementan la permeabilidad del área ocupada por el pañal y la hacen más susceptible a la acción de otros irritantes.
- Sustancias irritantes: jabones, detergentes, antisépticos, uso demasiado frecuente con toallitas limpiadoras, tratamientos por vía tópica.
- Falta de higiene, de aireamiento, mayor temperatura en la zona.
- Infecciones secundarias: la más común por *Candida albicans*, sobre todo tras tratamiento con antibióticos.
- Niños con dermatitis atópica.
- Alimentación con lactancia artificial eleva la alcalinidad de la orina y heces. En niños mayores, la alimentación hiperproteica, también afecta por acidificación de las deposiciones.
- No hay evidencia científica de que la dentición actúe como factor irritante, pero en la práctica habitual se observa con frecuencia cierta asociación.
- En lesiones cutáneas persistentes en diferentes áreas corporales incluida la del pañal, unido a prematuridad, lactancia materna exclusiva, así como la falta de respuesta a los tratamientos tópicos aplicados, hace sospechar de una hipozinemia (déficit de zinc). Los factores que pueden contribuir a este balance negativo hasta el tercer mes incluso con un aporte adecuado son: un aumento de las necesidades, reservas insuficientes, posible incremento de la eliminación urinaria y mecanismos de absorción digestiva inmaduros.

También se ha atribuido a un bajo contenido de zinc en la leche materna, que puede ser patológico de forma constitucional y fisiológico por la disminución del contenido de zinc en el transcurso de los meses de la lactancia. La mayoría de los casos publicados de déficit de zinc en prematuros alimen-

tados con lactancia materna exclusiva corresponden a niños de 3 o 4 meses de vida, pues es en este momento cuando el zinc en la leche materna disminuye de forma fisiológica.

También se ha comunicado la existencia de déficit de zinc, aunque más raramente, en niños a término alimentados con lactancia materna, manifestándose por dermatitis periorificial, retraso del desarrollo, excitabilidad, diarrea y alopecia (2).

## 1.2 DERMATITIS TÍPICAS EN EL RECIÉN NACIDO

- El más frecuente es el Eritema "en W": enrojecimiento en región glútea, genital y superficies convexas de los muslos, dejando libre el fondo de los pliegues (Fig 1).
- Eritema confluyente: rojo intenso con afectación de los pliegues, márgenes bien marcados y exudación (Fig 2 y 3).
- Dermatitis irritativa perianal (3).

Estas dermatitis pueden complicarse con la aparición de (1):

- 1) *Candidiasis (hongos)*. Eritema extenso, delimitado, rojo y brillante. Puede aparecer micropústulas y papulovesículas satélites en la superficie. En ocasiones coincide con el uso de antibióticos de amplio espectro, candidiasis bucal y/o intestinal.
- 2) *Impétigo buloso*. Infección por *Staphylococcus aureus* en el área del pañal. Aparecen ampollas en perineo o abdomen bajo periumbilical que, al romperse, dejan una base

eritematosa, exudado amarillento o se cubren de finas costras.

- 3) *Sífilis congénita* por el paso transplacentario de *Treponema pallidum*.

En el recién nacido puede presentarse de dos formas: una grave, presente al nacer, y otra que se inicia entre la segunda y la octava semana de vida. Se caracteriza por la aparición de máculas, pápulas y vesículas en nalgas, piernas, palmas, plantas, brazos y cara. La erupción evoluciona con un cambio de color: inicialmente es rojo y finalmente pasa a café cobrizo, color que puede perdurar durante un período de uno a tres meses y que deja una hipo o hiperpigmentación residual.

Otros síntomas propios de esta patología son: palidez, rinitis, lesiones óseas, alteraciones hepáticas, renales, del sistema nervioso y pseudoparálisis de Parrot, entre otras.

- 4) *Dermatitis erosiva («sífiloide de Jacquet»)* por las ulceraciones superficiales en cráteres, salpicadas y en número reducido. Ocurre en lactantes mayores (Fig 4).

- 5) *Dermatitis seborreica o enfermedad de Leiner-Moussous*, es relativamente rara hoy día y suele acontecer entre la 2<sup>a</sup>-4<sup>a</sup> semana de vida. Se localiza principalmente en la zona del pañal, pliegues, cuero cabelludo y en ocasiones alcanza el tronco y el abdomen. Forma pequeñas placas delimitadas eritematosas (rosadas) que van aumentando y que



Fig. 1 Eritema "en W".



Fig 2. Eritema del pañal confluyente.



Fig 3. Eritema del pañal.



Fig 4. Dermatitis erosiva del pañal.

pueden llegar a producir una descamación amarillenta de aspecto graso. Con los cuidados adecuados, en la mayoría de los casos remite en pocas semanas, pero en otros puede desembocar en dermatitis atópica o psoriasis.

- 6) *Acrodermatitis enteropática*. Como consecuencia del déficit congénito de zinc, se pueden producir lesiones eritematosas y descamativas, con unos bordes bien definidos y desflecados asociados a irritabilidad y cierto grado de alopecia como manifestaciones más incipientes.
- 7) *Histiocitosis de células de Langerhans*. Se puede presentar en el área del pañal como eritema rosado erosivo y descamativo que afecta predominantemente a los pliegues inguinales (resistente a los tratamientos tópicos), o como pápulas eritematosas con aspecto purpúrico.
- 8) *Miliaria rubra*. Es una lesión bastante común debida a un exceso de sudoración local asociado a obstrucción relativa del orificio del conducto sudoríparo. Se producen pápulas eritematosas aisladas, a veces coronadas por una vesícula o una pequeña pústula.
- 9) *Herpes simple primario genital*. La aparición de las típicas vesículas arracimadas herpéticas sobre una base eritematosa puede confundirse en ocasiones con la dermatitis erosiva del pañal.

## 2. OBJETIVOS:

-Principal:

- Garantizar la unificación y continuidad de cuidados enfermeros mediante un plan estandarizado dirigido a lactantes afectados, para aplicarse en los diferentes niveles asistenciales.

-Específicos:

- Identificar diferentes manifestaciones de la dermatitis por los profesionales, así como sus factores predisponentes.
- Guiar a los profesionales en las recomendaciones a dar a los padres.

## 3. PERSONAL:

Este plan de cuidados va dirigido al personal de enfermería y matronas que trabajan en las diferentes unidades hospitalarias obstétricas, neonatales e incluso pediátricas con lactantes y también en Atención Primaria.

## 4. MATERIAL Y TÉCNICA:

### 4.1. MEDIDAS HIGIÉNICAS:

Es primordial aplicar unos cuidados previos dirigidos a evitar su aparición:

- Evitar humedad, calor y roce. La zona debe estar seca y limpia.
- Cambio frecuente del pañal, se aconseja superabsorbente.
- Lavado meticuloso de la zona con agua tibia y jabón neutro. En predisuestos, desaconsejar toallitas limpiadoras con detergentes o perfumes (3).

Conviene no abusar de las toallitas desechables impregnadas en jabón, que podrían debilitar la barrera de protección

natural que recubre la piel y aumentar la irritación de la piel. En la farmacia contamos con la presentación de unas toallitas oleosas formuladas con aceite de germen de trigo y parafina que regeneran la barrera cutánea (6).

- Aplicar con frecuencia un protector suave después de la limpieza, que aisle la piel del contacto con el pañal. Son adecuadas las pastas al agua con óxido de zinc, dexpanthenol e incluso con sustancias que inhiben la acción de las enzimas fecales.
- No utilizar profilácticamente tratamientos tópicos con corticoides, antibióticos, antihistamínicos, antifúngicos, etc.
- En la deposición de los niños que toman lactancia materna se origina un pH más bajo, que a su vez determina una menor actividad de los enzimas fecales, por lo que raramente estos niños tienen dermatitis del pañal.

También se puede bajar el pH de la orina administrando 120-160 ml. de zumos a base de cítricos, según edad (3).

### 4.2. PLAN DE CUIDADOS (VER ANEXO I).

## 5. TRATAMIENTO:

El tratamiento con medicamentos tópicos, además de las medidas higiénicas anteriores, se realiza con dos tipos de productos:

### 1. Profilácticos:

Son preparados emolientes que relajan y ablandan las partes inflamadas, formando una capa grasienta que impide que el agua de la superficie se evapore; antisépticos con cierta acción bacteriostática y fungistática. De aplicación varias veces al día con cada cambio de pañal (1).

El óxido de cinc micronizado se emplea en concentraciones del 2-10% por sus propiedades antiinflamatorias, astringentes y antisépticas (6).

Para prevenir la irritación de la piel se incluyen en las formulaciones activos calmantes como alfabisabolol, alantoína, ácido glicirrético, extractos de camomila, aloe vera y caléndula. La avena coloidal se emplea también en estos cosméticos por su capacidad emoliente (6).

En ocasiones se incorporan agentes enzimáticos (antilipasa y antiproteasa) que inhiben la actividad de las enzimas contenidas en las deposiciones (1).

El pantenol es un derivado vitamínico actualmente muy utilizado por sus propiedades reparadoras y atenuante de la sensación de prurito.

Los antisépticos que suelen incorporarse en este tipo de preparados son derivados o complejos de ácido bórico que evitan su absorción sistémica, el ácido salicílico, el cloruro de benzalconio y el clorhidrato de clorhexidina (1).

Los polvos más empleados son el talco (silicato hidratado de magnesio), que alivia la irritación, absorbe el sudor y previene las rozaduras. También se emplea el estearato magnésico, que actúa como barrera mecánica frente a las sustancias irritantes (1).

Debe evitarse en caso de lesiones abiertas, ya que puede producir granuloma por cuerpo extraño. Además, algunos polvos de talco van perfumados y pueden desencadenar reac-

ciones alérgicas y respiratorias por inhalación. Es mucho más eficaz utilizar pastas al agua, que además de contener el talco y otros productos, contienen sustancias hidratantes, emolientes, cicatrizantes y protectoras de la piel.

## 2. Preparados curativos:

Deben ser prescritos por el pediatra.

Un tratamiento con corticoides tópicos de acción antiinflamatoria, antialérgica y antipruriginosa. El uso de corticoides exige una serie de precauciones, especialmente cuando se trata de niños pequeños tales como: evitar el contacto con los ojos, no emplear dosis altas en áreas extensas de la piel, no aplicar vendajes oclusivos que pueden producir absorción sistémica con riesgo de toxicidad (teniendo en cuenta que los pañales de plástico pueden tener un efecto de vendaje oclusivo), suspender el tratamiento de forma gradual y nunca utilizar corticoides potentes en niños pequeños (1).

Podremos aplicar encima una crema protectora tipo pomada de óxido de cinc o dexpanthenol, que evitará que la orina arrastre la primera crema a la vez que favorece la penetración del corticoide (3).

Cuando aparezca sobreinfección por bacterias, será necesario añadir un antibiótico tópico o incluso por vía sistémica. Nunca se deben usar sulfamidas locales ni antihistamínicos.

En caso de sobreinfección por *Cándidas*, se aplicará un antifúngico (1). En muchos casos la asociación de un corticoide suave con un antifúngico tópico es de gran utilidad (3).

Existen lactantes predispuestos que suelen tener en el intestino *Cándidas*, resultaría útil prescribir un tratamiento oral (3).

Aparte de estos productos, existe una revisión sistemática de García Fernández y cols. (2009) en la que se pone de manifiesto que la utilización de productos barrera presentan mejor efecto en la reducción del enrojecimiento y denudación que cremas con óxido de zinc y cremas hidratantes. En este estudio realizado con pacientes adultos, se apunta la necesidad de analizar tanto la efectividad del producto como el confort para el paciente y para el profesional en cuanto a la facilidad de aplicación y de la retirada (4).

Esta revisión fue utilizada en un estudio posterior de Rueda López, J. y otros (2012) donde evaluaron la evolución de la dermatitis y la denudación, así como la evolución del dolor, al realizar la limpieza de la zona y al aplicar el producto de una película barrera no irritante (PBNI) en la zona de incontinencia (Cavilon®, 3M) cada 48 horas, aunque en algunas situaciones se aplicaba cada 24 horas. Cavilon® es un apósito líquido que al aplicarse sobre la piel forma una película semipermeable. Está indicado para prevenir y tratar la irritación de la piel causada por fluidos corporales, humedad excesiva, adhesivos médicos y fricción continua. Es un producto compuesto por un copolímero acrílico que no contiene alcohol, no es citotóxico, no contiene fragancias ni conservantes, mantiene el efecto barrera durante 72 horas, sin necesidad de ser retirado pasado este tiempo.

Se apreció una mejoría en el 70% de los casos, tanto en la reducción del dolor en la zona de la dermatitis como al realizar la limpieza de la zona, sin necesidad de extender sobre la piel manualmente, suponen un mayor confort del paciente.

Además, la reducción de las manipulaciones de los profesionales en la zona lesionada conlleva un menor riesgo de infecciones. Otro aspecto a destacar es la reducción de los costes del tratamiento en relación al consumo de material y tiempo del profesional.

Según los resultados obtenidos en el presente estudio, podríamos concluir que la aplicación de un PBNI como Cavilon® está indicado en pacientes con incontinencia urinaria, fecal y/o mixta para prevenir la presencia de lesiones por dermatitis irritativas en la zona del pañal, así como en pacientes con cuadros de dermatitis en la zona de incontinencia con carácter de moderada a severa (5).

Sin embargo, no se ha trasladado su aplicación aún al ámbito infantil ni se ha realizado ningún estudio al respecto, en el cual también podría ser beneficioso.

Otra revisión sistemática Cochrane (2005), estudia la eficacia del tratamiento tópico de la vitamina A en la prevención, reducción de lesiones o curación de la dermatitis del pañal, en la que concluye que sólo existe un estudio comparativo (Bosch-Banyeras 1988) con la aplicación de otro tratamiento tópico, pero ninguno con un placebo y por tanto, no se ha podido demostrar su eficacia (7).

## 6. CONCLUSIÓN

La finalidad de realizar un plan de cuidados estandarizado específico para la dermatitis del pañal, se hace necesario para encaminar los cuidados profesionales evidenciados científicamente hacia la consecución de unos objetivos comunes y así mejorar la calidad asistencial. Es un método organizado de plasmar por escrito los cuidados diarios en ambos niveles asistenciales, unificando criterios en un problema tan común en este grupo de edad.

Para ello es fundamental conocer las peculiaridades de la piel de los lactantes, los factores de riesgo de alterarla para poder realizar una valoración correcta y establecer medidas preventivas.

La evaluación de este plan de cuidados por otros profesionales como pediatras o dermatólogos, orienta sobre tratamientos más adecuados cuando la gravedad lo precise.

Además permite a la enfermera proporcionar educación sanitaria a la familia, para su continuidad en el hogar.

## 7. BIBLIOGRAFIA:

1. Susana Suárez Sanz. Dermatitis del pañal. Abordaje eficaz. Farmacia Profesional. Diciembre 2002; Vol 16 (11):52-57.
2. M.A. González Enseñat, M. Azuara Robles, J. Arimany Manso, J. Moreno Hernando y M.A. Vicente Villa. Dermatitis en cara y área del pañal. Anales Españoles de Pediatría. Marzo 2000; Vol 52 (4): 375-376.
3. José Luis Pi Hernández. Dermatitis del pañal. Matronas Prof. 2007; 8 (3-4): 22-24.
4. García Fernández, FP; Pancorbo Hidalgo, PL; Verdú Soriano, J. Efectividad de la película barrera no irritante en la prevención de lesiones de piel: Revisión sistemática. Gerokomos 2009; 20:29-40.
5. Rueda López, Justo; Guerrero Palmero, A; Segovia Gómez, T; Muñoz Bueno, A.M; Bermejo Martínez, M; Rosell Moreno, C; Der-

- matitis irritativa del pañal. Tratamiento local con productos barrera y calidad de vida. Gerokomos 2012; 23 (1): 35-41.
6. Azcona Barbed, Leire. Dermatitis del pañal. Farmacia Profesional. Enero-Febrero 2010; 24 (1): 60-62.
  7. Davies MW, Dore AJ, Perissinotto KL. Topical Vitamin A, or its derivatives, for treating and preventing napkin dermatitis in infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Published in The Cochrane Library 2009, Issue 3.
  8. NANDA INTERNATIONAL. Diagnosticos enfermeros, definiciones y clasificación. Elsevier; 2009-11.
  9. Johnson M, Burlechek G y otros. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. 2ª Edición. Elsevier; 2007.
  10. Moorhead S., Johnson M. y otros. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª Edición. Elsevier-Mosby; 2009.
  11. Zambrano E., Torrelo A., Zambrano A. Dermatitis del pañal. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica. 2ª Edición. Asociación española de pediatría; 2007:135-139.

## ANEXO I. PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO ESTANDARIZADO DE LA DERMATITIS DEL PAÑAL

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	OBJETIVOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
(00046) Deterioro de la integridad cutánea relacionado con sustancias químicas, humedad, hipertermia, factores mecánicos y manifestado por alteración de la superficie de la piel.	(1102) Curación de la herida: por segunda intención. <b>Indicadores de resultados:</b> 110307 Eritema cutáneo circundante. 110322 Inflamación de la herida. 110308 Edema perilesional. 110310 Ampollas cutáneas. 110321 Disminución del tamaño de la herida.	(3590) Vigilancia de la piel. (3550) Manejo del prurito. (3660) Cuidados de las heridas. (3584) Cuidados de la piel: tratamiento tópico. (5566) Educación paterna: crianza familiar.
(00018) Incontinencia urinaria refleja relacionado con deterioro neurológico por encima del centro sacro de la micción y manifestado por incapacidad para inhibir voluntariamente la micción.	(0503) Eliminación urinaria. <b>Indicadores de resultados:</b> 050301 Patrón de eliminación. 050312 Incontinencia urinaria. 050307 Ingesta de líquidos.	(1801) Ayuda en los autocuidados: baño/higiene. (0610) Cuidados de la incontinencia urinaria. (6820) Cuidados del lactante.
(00014) Incontinencia fecal relacionado con deterioro de la capacidad de contener las heces y manifestado por piel perianal enrojecida e incapacidad para retrasar la defecación.	(0501) Eliminación intestinal. <b>Indicadores de resultados:</b> 050101 Patrón de eliminación. 050104 Cantidad de heces en relación con la dieta.	(0410) Cuidados de la incontinencia fecal. (1100) Manejo de la nutrición. (4120) Manejo de líquidos.
(00004) Riesgo de infección relacionado con defensas primarias inadecuadas.	(0703) Severidad de la infección. <b>Indicadores de resultados:</b> 070302 Vesículas sin costra. 070305 Supuración purulenta. 070307 Fiebre. 070311 Malestar general. 070323 Colonización del cultivo de la herida.	(6540) Control de infecciones. (6550) Protección contra las infecciones. (1750) Cuidados perineales. (3590) Vigilancia de la piel.
(00132) Dolor agudo relacionado con agentes lesivos y manifestado con conducta expresiva.	(2102) Nivel del dolor. <b>Indicadores de resultados:</b> 210217 Gemidos y gritos. 210206 Expresiones faciales de dolor. 210223 Irritabilidad. 210225 Lágrimas.	(1400) Manejo del dolor. (3550) Manejo del prurito. (1480) Masaje simple. (2304) Administración de medicación: oral.

# Especialidades de Enfermería. Menos plazas en 2014

Huelva.- Redacción

**Las especialidades de enfermería siguen moviéndose en horas bajas. Para el ejercicio académico 2013-2014, la asignación definitiva según se contempló en las páginas del Boletín Oficial del Estado (BOE) ha supuesto una nueva rebaja del total de las plazas asignadas a nivel nacional respecto al año anterior. En Andalucía, la Consejería de Salud ha convocado 153 plazas de formación frente a las 174 del año 2012. La provincia de Huelva, por otra parte, vuelve a tener presencia si bien con números merecedores de mejor suerte: 2 plazas para Salud Mental y 1 para Enfermería de Trabajo.**

Las expectativas que albergaba un importante sector de la profesión, sobre todo el de mas corta trayectoria profesional, para poder compensar las pésimas condiciones de trabajo con el inicio de una ruta para la especialización en alguna de las seis especialidades existentes (aun pendiente la de Cuidados Médico-Quirúrgicos) se vieron, en gran medida, frustradas cuando el BOE nº 288 de 23 de septiembre/2013 hacía pública la convocatoria de las plazas que, a nivel nacional, comenzarán a funcionar bajo el sistema de Enfermera Interna Residente (EIR).

El balance a la nueva propuesta de las administraciones central y regional no ha sido todo lo positivo que se esperaba. El acuerdo habido entre el Ministerio de Sanidad y las consejerías regionales de salud de las autonomías han dado como resultado el que, a nivel de toda España, hayan sido 961 las plazas confirmadas lo que supuso una reducción del 3% en términos globales respecto a la última convocatoria. Únicamente las regiones de La Rioja y Navarra han decidido convocar la totalidad de sus plazas previstas. La Comunidad de Madrid tiene 170 plazas, bagaje superior a las de Andalucía (153). Como refleja el recuadro adjunto, hay especialidades que, en la práctica, solo pueden ser asumidas como un mero anuncio o de carácter simbólico. Es el caso de las de Enfer-

mería del Trabajo, Comunitaria y Geriátrica donde la realidad choca, y de bruces, con las aspiraciones de cientos -acaso miles- de aspirantes repartidos por toda España y, sobre todo, de las necesidades reales del conjunto de la población.

## Andalucía

Andalucía ha visto disminuir en un 17% su contingente para las futuras enfermeras (os) especialistas. Es la consecuencia de haberse reducido las plazas asignadas a la especialidad mas numerosa -Matrona- o de Enfermería Pediátrica. En el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS) el global de titulaciones contempladas quedaron así definitivamente desglosadas: Medicina (6.149 plazas), enfermería (961), Farmacia (279), Psicología (130), Biología (43), Radiofísica hospitalaria (29) y Química (129). En suma, 7.063 plazas para formación entre las que no aparece la titulación de Podología.

Otra cuestión ha sido la polémica suscitada en torno a las irregularidades denunciadas en la prueba de acceso extraordinario a la especialidad de Geriátrica. Fueron tantas las quejas que la Mesa nacional de la Enfermería, constituida por el Consejo General y Satse, no dudó en denunciar ante los Ministerio de Sanidad y Educación los contenidos de la citada prueba porque, como se argumentó "excedían ampliamente del contenido del programa formativo" para esta especialidad.

La Mesa calificó de "situación tremendamente injusta" y los responsables del Consejo (Máximo González Jurado) y Satse (Víctor Aznar) no dudaron en enviar sendas cartas a las Direcciones generales de Ordenación Profesional (Sanidad) y Política Universitaria (Educación) para darles cuenta de que el examen llevado a cabo en octubre "excede con creces del contenido del programa formativo". Un modelo de carta que sirvió para que las mas de 2.300 reclamaciones pudieran canalizar sus quejas antes de que la administración procediera a corregir algo así como la anulación de medio centenar de preguntas.

Andalucía: plazas especialidades oferta 2013/14

Provincia	Matrona	Salud Mental	Trabajo	Pediátrica	Familiar/Com.	Geriátrica
Almería	6	1	1	2	0	0
Cádiz	17	5	1	4	8	0
Córdoba	2	0	1	3	0	0
Granada	12	6	1	5	0	0
Huelva	0	2	1	0	0	0
Jaén	2	2	1	1	0	0
Málaga	14	7	1	3	9	0
Sevilla	18	11	1	5	0	0
Total	71	34	8	23	17	0

# LA SANIDAD DE HUELVA HA PERDIDO 539 EMPLEOS

Huelva.- Redacción

**La** Sanidad pública en la provincia de Huelva ha sufrido un importante recorte en cuanto al capítulo de los recursos humanos. En el transcurso de los últimos dos años, se habrían perdido un total de 539 empleos entre todas las categorías presentes en el sistema. Es un dato contenido en el Boletín Estadístico del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Pero hay más datos relevantes para la reflexión: Andalucía es la región que más empleo ha destruido de toda España dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) por encima de otras comunidades como la Valenciana o Madrid. Al ser enfermería uno de los colectivos más afectados por estos recortes a nivel autonómico, el Colegio Oficial ha insistido en su demanda para que la consejería cambie de política de personal por el bien de la atención sanitaria.

La pérdida de empleos en el conjunto de la sanidad pública andaluza, que gestiona el SAS, como en lo que se refiere a la provincia de Huelva ha dejado de ser un supuesto para convertirse en una realidad según las cifras contenidas en el Boletín Estadístico del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas cuya edición, al fecha de julio 2013, se ha dado a conocer por el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas que dirige Montoro. Según dan cuenta estos datos, se habrían destruido un total de 7.650 empleos en la red pública del SAS de los que Huelva suma 539 representando un porcentaje de 8,4% respecto al conjunto de sus trabajadores en 2011.

## Tijera

La sanidad onubense se ha visto privada del concurso de esos 539 trabajadores que, en sus diferentes niveles y categorías laborales, suponen un elevado contingente (8,4% menos) que los efectivos a disposición de los ciudadanos hace apenas 24 meses. Pero la simple verificación de que, a nivel andaluz, el SAS ha perdido en tan solo dos años la friolera de 7.650 puestos de trabajo, resulta sencillo admitir que "la tijera" se ha adueñado de la red pública sanitaria en la etapa en que fue consejera María Jesús Montero, actual responsable de Hacienda y Administración pública en la Junta.

La provincia de Sevilla es la que más empleos perdió con 1.879 menos (descenso del 8%) La de Málaga no estuvo lejos con 1.545 y un 9,3% el mayor porcentaje de la región. El resto de provincias se distribuyen de esta forma: la de Cádiz (1.107 puestos), Granada (1.016). Por debajo del millar de empleos eliminados se han situado las de Córdoba (622), Jaén (574), Huelva (539) y Almería (368). Otro dato en consonancia con el presente informe apunta a que, dentro del colectivo de enfermería, uno de cada cuatro parados en España es de Andalucía con un total de 3.024 profesionales de los 16.075 que se contabilizaron a nivel español. Estos índices han sido dados a conocer por el Servicio Público de Empleo Estatal correspondiente al mes de octubre 2013.

***"El Ministerio de Hacienda confirma: Andalucía es donde más puestos de trabajo sanitario se están eliminando"***

Ante esta realidad, el Colegio Oficial de Enfermería de Huelva ha subrayado que "ante la crudeza de las cifras se debe contemplar su repercusión en la calidad asistencial, en primer lugar, pero sin olvidar el creciente paro que afecta a la enfermería onubense. La percepción que, día a día, ha ido llegando al Colegio por boca de los directamente afectados era que el empleo, además de ser precario con contrataciones al 75%, se ha convertido en el primer gran problema que vive la profesión. Ahora, desafortunadamente, todo se ha visto ratificado con el Informe a cargo del Ministerio de Hacienda por el cual, los pronósticos más pesimistas se ven reflejados y ratificados en su exacta dimensión. El Colegio de Enfermería no quiere sino demandar, una vez más, de nuestra administración regional un cambio importante en su política de empleo consciente de que siendo nuestra provincia la segunda de Andalucía con mayor porcentaje de pérdida de empleos, y la misma población a atender, difícilmente se podrá estar en condiciones de ofrecer una asistencia como demanda y merecen nuestros pacientes".

## Recortes en el SAS

Provincia	Personal Julio/2011	Personal Julio/2013	Puestos eliminados	Porcentaje
Sevilla	23.252	21.373	1.879	-8%
Málaga	16.582	15.037	1.545	-9,3%
Cádiz	13.545	12.438	1.107	-8,2%
Granada	12.699	11.683	1.016	-8,0%
Córdoba	9.852	9.230	622	-6,3%
Jaén	7.674	7.100	574	-7,4%
Huelva	6.364	5.825	539	-8,4%
Almería	6.148	5.780	368	-6,0%
Total	96.136	88.466	7.650	-7,9%

Fuente: Boletín Estadístico Personal al Servicio de las Administraciones Públicas Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

# Sanitarios onubenses, mejor comunicación en el Congreso de Urología

**Tres** profesionales sanitarios de la provincia de Huelva ha visto reconocida su labor en el XXXV Congreso nacional de la Asociación Española de Enfermería Urológica al obtener el Premio a la Mejor Comunicación presentada merced a un trabajo en el que se verifica la utilidad de la prescripción enfermera como una práctica para favorecer la racionalización del gasto farmacéutico referido, en éste caso concreto, al material absorbente que se utiliza para combatir la incontinencia urinaria. y sus efectos. La enfermera Esperanza Ramos es la primera firmante de una aportación calificada como novedosa. y a la que el Colegio Oficial onubense desea trasladar "su mas sincera enhorabuena por este refrendo de alcance nacional".

La Asociación española de enfermería Urológica que, en la actualidad, preside la enfermera leridana Ana Quintanilla, ha celebrado, el pasado mes y en la ciudad de Córdoba, su XXXV Congreso en el que, con una notable participación, el apartado de las comunicaciones ha sido logrado por un equipo de profesionales sanitarios onubenses. En concreto, el que forman dos diplomados en Enfermería y un licenciado en farmacia: Esperanza Ramos (enfermera), Sergio Domínguez (enfermero) y Juan Rodríguez (farmacéutico). La primera trabaja en la Unidad de UROLOGÍA del Hospital J. Ramón Jiménez, mientras Domínguez es enfermero de casos (enlace) en la Zona básica de Minas de Riotinto.

## Gasto

El XXXV Congreso, que se desarrolló bajo el lema "35 años compartiendo experiencias", ha servido para conocer el trabajo de este equipo de trabajadores adscritos al Área de gestión Norte de Huelva que atiende a las poblaciones radicadas en las comarcas de la Sierra, Cuenca Minera y parte del Andévalo. Los autores de la Comunicación, calificada como novedosa por la organización del Congreso, se han centrado en la implantación de una estrategia específica para la prescripción, por parte de la Enfermería, de material absorbente para la incontinencia urinaria y su contribución a rebajar el capitulo del gasto sanitario siempre importante y mucho mas en medio de la crisis y los recortes que vivimos...

Como se sabe, esta clase de absorbentes, empleados para afrontar la incontinencia urinaria, son productos de un único uso que se amoldan al cuerpo del paciente y, de esta forma, logran retener la orina en su interior al objeto de conservar la piel seca y libre de humedad que, a su vez, significaría la aparición de otros problemas añadidos para la salud del paciente. Se emplean con personas diagnosticadas de incontinencia urinaria (en sus fases leve, moderada o grave) que presentan pérdidas urinarias, fecales o ambas. Este producto representa una importante inversión económica que, a nivel de la sanidad andaluza, asciende a mas de 40 millones

de euros al consumirse, anualmente, alrededor de 850.000 unidades.

En el estudio, los autores han propuesto elaborar una guía para la correcta prescripción de los absorbentes entre la Enfermería que supusiera un aumento en la calidad de vida de estos pacientes al tiempo que ésta práctica pueda contribuir a optimizar los recursos y hacer mas sostenible el Sistema sanitario publico mediante el uso eficiente de los recursos económicos. La comunicación ha contemplado una conclusiones entre las que se subraya que la indicación de este producto, basado en la valoración de la enfermera y en un buen diagnóstico diferencial de incontinencia, no solamente logra el primer y esencial objetivo ( mejorar la calidad de vida del enfermo) sino que, además, supone una significativa reducción en el coste de esta prestación.

## Ejemplo

Para llegar a esos resultados, los profesionales del área de gestión sanitaria Norte de Huelva analizaron las prescripciones de productos absorbentes efectuadas desde los centros de atención primaria de su zona en dos etapas distintas. Una, desde el mes de noviembre de 2011 a mayo de 2012 y, la otra, de noviembre de 2012 a mayo de 2013. El montante total de la receta de este producto, en el segundo periodo evaluado, supuso un ahorro de 32.780,51 euros, cuando no estaba en marcha la estrategia. Por lo mismo, y en base a esa proporción, en el transcurso de un año completo, el ahorro estimado en la factura farmacéutica ascendería a 56.195,16 euros.

*Esperanza Ramos, Sergio Domínguez, diplomados en Enfermería y el farmacéutico Juan Rodríguez tratan la racionalización del gasto en absorbentes a través de la prescripción enfermera*

Por lo mismo, y nada mas conocerse el desenlace del XXV Congreso de la Enfermería Urológica con escenario en la capital cordobesa, el Colegio Oficial de Enfermería de Huelva, al que pertenecen dos de los tres firmantes de la comunicación, ha querido dejar patente, a través de su presidente Gonzalo García, "nuestra sincera felicitación a Esperanza Ramos y a Sergio Domínguez como al farmacéutico Juan Rodríguez por el resultado tan elocuente de un proyecto que, números cantan, supone un notable ahorro económico para la tesorería de la sanidad publica onubense y andaluza. al tiempo que ratifica la trascendencia del trabajo que lleva a cabo la Enfermería en éste como en otros muchos ámbitos de actuación. Con ejemplos como el que felizmente nos ocupa, no debe quedar duda alguna de que si hay un colectivo dispuesto a colaborar sin reservas con el Sistema este es el de Enfermería lo que abunda en la reivindicación que, como Colegio Oficial, hacemos para propiciar su mayor presencia en el conjunto sanitario".

# OPE DEL SAS: 915 plazas para todas las categorías

Enfermería: 256 plazas, la mitad de promoción interna

Huelva. - Redacción

**La** Consejería de Igualdad y Salud de la Junta de Andalucía confirmó, después de varios meses de negociaciones, el resultado definitivo para la Oferta Pública de Empleo (OPE) en la sanidad regional del año 2013. Una Oferta recibida con severas críticas tanto por parte de las organizaciones sindicales como profesionales. En una sanidad pública tan necesitada de recursos humanos, sorprende que el global de las plazas a concurso ascienda a un total de 915 puestos para las ocho provincias de la comunidad. A Enfermería le corresponden 256 plazas de las que la mitad (128) son de puesto libre y el resto de promoción interna.

Decepción y críticas prácticamente unánimes recibieron el anuncio de Salud para la OPE de 2013. Calificativos como de ser muy "escasa" o "insuficiente" se mezclaron con otras muestras de clara decepción porque "agravará el déficit de personal" que sufre el SAS desde hace mucho tiempo. La Mesa Sectorial de Sanidad en Andalucía acabó dando su aprobación, por unanimidad de sus integrantes, a la OPE del SAS para 2013 que, como apuntamos, va a constar de 915 plazas para el total de las categorías profesionales existentes en el SAS y en el conjunto de las ocho provincias. Ciertamente fue que en las negociaciones iniciadas al principio del verano/2013, el rechazo aun fue mas evidente ante la oferta de Salud de poner sobre la mesa 903 plazas a concurso. Con posterioridad, la administración autonómica se decidió a incrementar pero únicamente en 12 plazas hasta concluir con

las definitivas 915 cuyo desglose se puede constatar en el recuadro adjunto.

## Sustituciones

Por parte de las organizaciones sindicales presentes en la negociación, la mayoría de reacciones a la OPE fueron de críticas y reproches ante el escaso bagaje del empleo a ofertar. Así, mientras Satse aseguró que se trataba de un número "bajo" de plazas debido, entre otras razones, a "las limitaciones" derivadas de la "tasa de reposición" del Gobierno de España. Otras centrales mostraron opiniones como las formuladas por CSIF, a quien expresó su "lamento" por el desenlace final de esta OPE que catalogó como de "exigua, indigna e insuficiente". Esta central recordó que con las 569 plazas de nueva creación, únicamente "se recuperará, como tope máximo, un 8,09% de los miles de puestos de trabajo sanitario perdidos en 2012", que cifró en 7.027 antes de pedir de la Consejería andaluza que deberían reemplazarse las plazas en igual número a aquellas que, por motivo de la jubilación laboral o de fallecimiento, se vayan produciendo.

Para el Colegio Oficial de Enfermería de nuestra provincia, el resumen que merece esta OPE "no responde a las necesidades reales de la sanidad pública. En el SAS faltan muchos puestos de trabajo especialmente en enfermería. Las bajas que se van originando, por distintos motivos, no se cubren en su totalidad y la OPE que se anuncia resulta claramente insuficiente, con sus 256 plazas, para dar respuesta a las necesidades que, día a día, viven los profesionales".

Grupo	Puesto Libre	P. int	Total
Dipl. sanitarios DUE	128	128	256
Dipl. sanitarios Fisioterap.	5	5	10
Dipl. sanitarios Matrona	6	6	12
Lic. con Especial. FEA	84	35	119
Lic. con Especial. Medicina Familia	35	15	50
Lic. con Especial. Pediatra Ebap	14	6	20
Pers. gestión Administrativo	20	20	40
Pers. gestión Aux.administrat.	39	39	78
Pers. gestión Celador	40	8	48
Pers. gestión/celador Celador/conductor	12	2	14
Pers. tecn. medio Aux. Enfermería	109	70	179
Pers. tecn. superior Tec. Laboratorio.	12	5	17
Pers. tecn. superior Tec. Radiodiagn.	8	3	11
Resto pers. gestión Trabaj. Social	5	2	7
Resto pers. gestión Cocinero	5	2	7
Resto pers. gestión Lavand/plancha	19	0	19
Resto pers. gestión Pinche	28	0	28
<b>TOTAL</b>	<b>569</b>	<b>346</b>	<b>915</b>

# XV JORNADA DEL I. ELENA

## CUIDAR HASTA EL FINAL



Huelva. - Redacción

**L**a enfermería ha vivido una cita que ya ha adquirido el rango de tradicional y que se corresponde con la XV Jornada del hospital Infanta Elena destinada, en esta ocasión, a debatir e intercambiar experiencias sobre los nuevos retos que el colectivo tiene por delante y, en este 2013, poder ofrecer la mejor y mas coordinada respuesta ante el final de la vida del paciente. El encuentro también sirvió para recordar la memoria de la enfermera María Isabel Garrido, que fuera la primera directora de enfermería del propio hospital y cuya pérdida tuvo un gran impacto entre los profesionales.

### Proceso

"Enfermería, cuidando hasta el final". Bajo este título se ha desarrollado en el hospital Infanta Elena la XV Jornada de la Asociación de enfermería del mismo centro y Asociación Zenobia además de ser las III provinciales. Los organizadores (las direcciones de enfermería del Juan Ramón Jiménez e I. Elena) han querido facilitar los conocimientos a los profesionales para la puesta en marcha de la denominada Planificación anticipada de decisiones (Pad), las personas incluidas en programas de Cuidados paliativos o con patologías reversibles. La implicación del personal como parte del proceso y sus responsabilidades, fueron otros aspectos objeto de análisis además de disminuir la dificultad en la coordinación de los distintos niveles de atención para "garantizar la transferencia de los contenidos del Pad".

La delegada provincia de Igualdad y Salud, Lourdes Martín presidió el acto inaugural cuya conferencia de apertura estuvo a cargo de M<sup>a</sup> Isabel Matayo, psicóloga de la Escuela Andaluza de Salud Pública, acerca del citado Pad. El programa, de primeras horas de la mañana al mediodía del 28 de noviembre, se centró en describir el Pad, herramienta destinada a "reflejar la voluntad del paciente". Además, distintos profesionales de enfermería se ocuparon de estudiar el papel de la enfermera en la atención primaria (Sonia García, C. Salud Los Rosales), los Registros del Proceso Pad (Mario Merino, supervisor urgencias), o el "Abordaje del Pad en Paliativos (Manuela Parralo, Cuidados Paliativos). La Guía de cuidados a pacientes dependientes fue asunto de Clara Ortiz (Egc del Infanta Elena).

***"El foro deparó un emocionado recuerdo a la desaparecida Maribel Garrido"***

Especial significación tuvo el recuerdo de la Jornada quien fue la primera directora de enfermería del Infanta Elena, María Isabel Garrido al cumplirse el primer aniversario de su muerte. Garrido, que también desempeñó la gerencia del Distrito sanitario Huelva-Costa, fue evocada con un homenaje por "su fuerte compromiso con la enfermería" además de haber demostrado una "lucha incansable" para que el valor de la profesión se hiciera lo mas visible siendo firme defensora de la "cercanía constante" que la enfermera debe mantener, siempre, con el paciente.



El Greco. Adoración de los Reyes (año 1565)

Desde el Colegio Oficial de Enfermería  
de Huelva.

Nuestros mejores deseos para la Navidad y  
año 2014



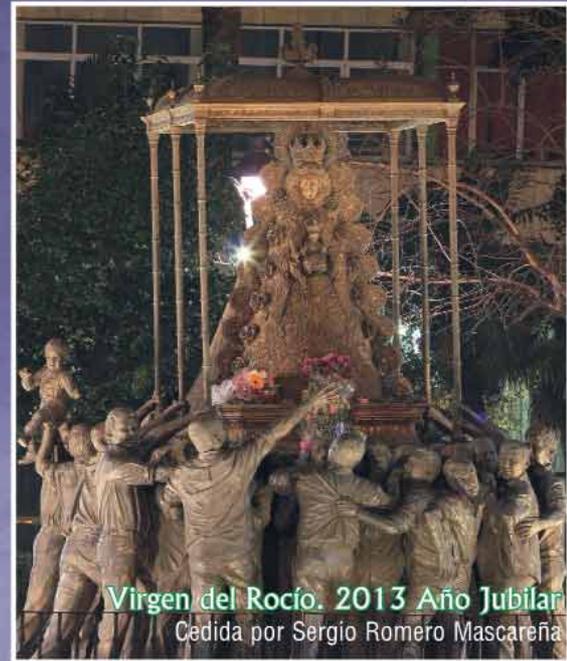
# Ilustre. Colegio Oficial de Enfermería de Huelva

CONVOCA

# XXX

## Certamen de Investigación en Enfermería

## CIUDAD DE HUELVA



Virgen del Rocío. 2013 Año Jubilar  
Cedida por Sergio Romero Mascareña

### Bases

#### 1. DENOMINACIÓN:

Certamen Onubense de Investigación en Enfermería "CIUDAD DE HUELVA"

#### 2. OBJETO:

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

#### 3. PREMIOS:

Primer Premio: 1.500 euros y trofeo.

Accesit: 500 euros y trofeo.

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

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

#### 4. PRESENTACIÓN:

Los trabajos deberán hallarse en la sede del colegio antes de las 18:00 horas del día 22 de Diciembre de 2013, independientemente del modo en que se presente (en persona, o por correo postal o agencia).

Se presentarán cinco copias del trabajo en tamaño DIN A-4, mecanografiadas a doble espacio por una sola cara, encuadradas y, además, en soporte digital.

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

El incumplimiento de estas normas de presentación puede conducir a la descalificación del trabajo por parte del Jurado.

#### 5. CRITERIOS TÉCNICOS:

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

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

Entre los aspectos a evaluar por el jurado están incluidos:

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

#### 6. 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.

#### 7. JURADO:

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

#### 8. FALLO:

El fallo del jurado lo hará público el secretario del mismo durante la celebración de la Festividad del Patrón de la Enfermería, San Juan de Dios, del año 2014.

#### 9. PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:

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

#### 10. TITULAR DEL PREMIO:

Será quien aparezca como único o primer firmante.

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva

C/ Berdigón, nº 33, 1º izq. 21003 Huelva • Telf.: 959 54 09 04 - Fax: 959 25 62 70

e-mail: coleg21@enfermundi.com

<http://www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es>

INFORMACIÓN