

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERÍA
DE HUELVA



enfermería

AÑO XVII

nº 55 Septiembre 2014

**COLEGIO:
FORMACIÓN
PARA EL MEJOR
EJERCICIO
PROFESIONAL**



**LA OMS PRIORIZA
LA VACUNA CONTRA
EL ÉBOLA**



Edita:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería
de Huelva

Consejo de Administración:

Junta de Gobierno del Ilustre Colegio Oficial de
Enfermería de Huelva

Consejo de Redacción

Presidente:

Gonzalo García Domínguez

Director Técnico:

Vicente Villa García-Noblejas

Jefa de Redacción:

Patricia Mauri Fábrega

Redacción:

Josefa Lorenzo Martín

Enrique Aguiar Mojarro

Eduardo Rico González

Martín Vázquez Bermúdez

M^a Carmen Vázquez Fernández

Tomás Lozano León

Antonio Olid Torres

Carmen D. Beltrán Camacho

Mercedes González Hernández

M^a Carmen Pilo López

Asesora de redacción:

Eva M^a Lorenzo Martín

Fotografía:

Archivo del Ilustre Colegio de Enfermería de
Huelva

Redacción: Sede Colegial

Imprime: Tecnographic, S.L.

Depósito Legal: H-1996-43

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

Tirada: 2.600 ejemplares

Distribución gratuita



Domicilio de la sede colegial

C/ Berdigón, nº 33, pral. izq.

21003 Huelva

Tel. 959 54 09 04

Correo electrónico:

Colegiodehuelva@consejogeneralenfermeria.org

Línea Móvil 639/11 17 10

Página Web:

www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es

Fax: 959 25 62 70

Horario de Oficina:

De lunes a jueves

De 9 a 14 h. y de 16 a 20 h.

Los viernes solo horario de mañana

Horario de la Asesoría Jurídica:

Horario de mañana de lunes a viernes, tras cita

telefónica

Entrevista con el presidente:

Concertar cita

Sumario

3 EDITORIAL

4 PÓLIZA

5 LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE HUELVA CONOCEN LA REALIDAD ASISTENCIAL

6/7 PROGRAMA DOCENTE

8/11 ENFRIAR A TIEMPO PUEDE SALVAR LA VIDA

12 AMA

13/18 INFLUENCIA DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA PARA EVITAR COMPLICACIONES EN LOS ACCESOS VENOSOS PERIFÉRICOS

19 TEMARIO OPE

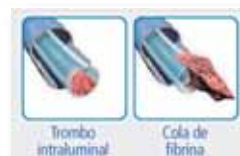
20 AFRONTAR EL FIN DE LA VIDA

21 ACREDITAN LA CALIDAD PROFESIONAL

22 OMS Y ÉBOLA

23 JORNADA 75%

24 CARTEL CERTAMEN



ANTE UN NUEVO CURSO: LA FORMACIÓN DEL COLEGIO Y LA MEJORA EN LAS POLÍTICAS SANITARIAS

Con la presente edición, que alcanza el número 55 de "DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA", el Colegio Oficial de Huelva vuelve a reencontrarse con los profesionales de la provincia una vez superado el verano de 2014 que, para variar, ha dejado nuevas secuelas de recortes de todo tipo incluidos los decididamente ya crónicos en cuanto a dimensionamiento de las plantillas de recursos humanos, con enfermería a la cabeza.

Pero debemos saludar el inicio al tramo final del año con las consabidas dosis de optimismo y realismo que deben presidir todas nuestras actuaciones. Ni que decir tiene que el Colegio aspira y desea ser el más entusiasta de los portavoces si es que, de verdad, las promesas de que la administración regional andaluza piensa reconducir su política sanitaria se materializan en hechos concretos.

Como bien queda reflejado en páginas interiores, tanto la presidenta de la Junta, Susana Díaz, como la responsable de Salud, María José Sánchez Rubio han dejado entrever que, para 2015, se podría operar una mejora en el tratamiento del personal eventual al 75% de la jornada laboral, que es tanto como decir la reparación de una enorme injusticia y agresión al profesional sanitario que, no olvidemos, tiene su mayor expresión cuantitativa en el colectivo de enfermería.

Como, de momento, solo se trata de unas manifestaciones-promesas, a las que nuestros políticos son tan dados en hacer en cuanto se empiezan a atisbar citas de carácter electoral, dejémoslas ahí, en estado de reflexión para verificar si el tiempo por venir, que no va a ser mucho, acaba por arrojar coherencia a las necesidades de la sanidad andaluza o, por el contrario, nuevos hitos de una frustración que ya dura mucho, demasiado tiempo.

En este número, DOCUMENTOS... vuelve a compaginar la calidad de los trabajos de expresión científica con las noticias más actualizadas que resulta posible trasladar al colectivo para que se acabe configurando una especie de mosaico en el que se queden reflejadas las principales corrientes que, hoy por hoy, gravitan sobre el mundo sanitario con sus mil y un problemas y realidades. En el horizonte se anuncia la celebración (por fin) de una Oferta Pública de Empleo que sirva de paliativo a tanta interinidad como soporta buena parte de la profesión en la provincia de Huelva como en el resto de la comunidad. A esos futuros logros debemos remitirnos y el Colegio Oficial de Enfermería onubense no amortiguará el nivel de sus demandas en nombre de cientos y cientos de enfermeras y enfermeros que si algo merecen es ejercer sus funciones en las mejores condiciones y circunstancias laborales. Ese y no otro ha sido, es y será el compromiso de esta corporación colegial.

El Colegio trata de mantener informado al profesional de la forma más sencilla, abierta y racional posible. Sin deformaciones ni falsos espejismos que se contradigan ni choquen con la realidad que se vive cada día en cada centro de atención, sea la de nivel primaria o la especializada. La Organización Colegial en su conjunto, repartida por toda la geografía nacional, es un sujeto imprescindible para acompasar el latido de una profesión madura, avanzada y que reclama soluciones a tantas carencias y precariedades. Con este mismo ánimo reemprendemos la marcha ahora que se ha iniciado el último y difícil tramo que nos llevará hasta la conclusión del 2014. _



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^{er} 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.

Los alumnos de Enfermería de Huelva conocen la realidad asistencial



Gonzalo García

Huelva.- Redacción

Alrededor de 700 estudiantes de enfermería de la Universidad de Huelva han llevado a cabo, durante el reciente curso académico, las preceptivas prácticas formativas en las unidades establecidas al efecto en los principales centros sanitarios de la provincia, los Hospitales Juan Ramón Jiménez, Infanta Elena y Vázquez Díaz. La consejería de Salud ha subrayado que esta labor para los futuros titulados de enfermería se debe inscribir como algo "necesario" para cuando llegue el momento de ocupar un puesto de trabajo futuro en el sistema público andaluz, el Servicio Andaluz de Salud (SAS). El Colegio Oficial de Enfermería de Huelva, al tiempo que ha saludado este importante objetivo en aras a aumentar los conocimientos del colectivo onubense, se ha expresado en el sentido de "lamentar" el hecho de que ese mismo "caudal de enseñanzas no va a servir a una gran mayoría para el ejercicio profesional en la sanidad de Huelva".

La Consejería de Salud de la Junta ha dado a conocer, el pasado mes de agosto, que más de 700 jóvenes estudiantes del Grado de Enfermería de la Universidad de Huelva han llevado a cabo las enseñanzas de carácter práctico como una fase importante en su formación como futuros titulados. Los alumnos, de los cuatro cursos del Grado, acudieron a los hospitales Juan Ramón Jiménez, Infanta Elena y Vázquez Díaz donde fueron encuadrados por las unidades docentes respectivas para asimilar la formación en las diferentes áreas del conocimiento, que, en su momento, les facultarán para el desempeño de la actividad profesional.

- ▶ El Colegio Oficial se lamenta de que "junto a una buena preparación exista tanta precariedad laboral".

FUTURO

La Consejería de Salud hizo hincapié en que el objetivo de este plan no es otro que los alumnos pudieran "adquirir aquellas habilidades que les resultaran necesarias en el desarrollo de su puesto de trabajo futuro" a través de un "entrenamiento en un contexto real de esas buenas prácticas y en el ámbito del cuidado integral de los pacientes y sus cuidadores". Es el resultado a un programa de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva a través de un convenio de colaboración con las instituciones tanto educativas como sanitarias con la finalidad de que el alumnado pueda "ir incorporando de forma progresiva y con un grado de dificultad y responsabilidad creciente las competencias y buenas prácticas en su puesto futuro con una metodología de aprendizaje y autorizado" en el entorno de una labor asistencial real.

De esta forma, los alumnos tomaron contacto, acaso por primera vez, con la realidad que se van a encontrar cuando, ya titulados oficialmente, formen parte de la profesión de enfermería y deban desarrollar sus competencias junto al objetivo final, es decir el paciente. De ahí que los casi 700 futuros titulados conocieron la actividad que se desarrolla en las diferentes unidades y servi-

cios: urgencias, quirófano, medicina interna, UCI, plantas de hospitalización,... y un largo etcétera de áreas.

PRECARIEDAD

A este respecto, el Colegio Oficial de Enfermería de la provincia de Huelva ha querido expresar su "reconocimiento" por el conjunto de la etapa formativa con escenario en los tres citados centros hospitalarios públicos onubenses. El presidente de la entidad colegial, Gonzalo García Domínguez, ha ratificado en nombre de la corporación el que se "haya materializado esta obligada fase de formación y preparación de carácter eminentemente práctico de los actuales estudiantes universitarios de nuestra carrera".

Ahora bien, el responsable del Colegio no ha podido ocultar el que "junto a una realidad como la comentada, que busca aumentar el nivel de conocimientos de los más jóvenes de la enfermería, esos mismos próximos titulados van a encontrarse con la crudeza, que ya nadie se atreve a discutir, en forma de una realidad como la que se encontrarán a la vuelta de la esquina con la de un mínimo nivel de contratación, o simplemente en forma de contratos-basura, a los que solo unos pocos podrán acceder mientras el resto van a tener que afrontar el paro o la otra salida llamada emigración laboral lejos de Huelva o de la geografía española. Esto quiere significar que no se puede seguir cerrando los ojos a unos esfuerzos magníficos para formar a las cientos de enfermeras y enfermeros de Huelva para que, lamentablemente, tengan que verse obligados a ejercer lejos de su tierra"._

EL COLEGIO DE HUELVA presenta su apuesta formativa para el tramo final del año

Huelva.- Redacción

El Colegio Oficial de Enfermería de Huelva vuelve a comprometerse con una de sus primeras apuestas cual es procurar la formación de los colegiados en la provincia. Y lo hace mediante el cumplimiento efectivo en base a este programa de enseñanzas llamado a satisfacer la mayoría de las demandas expresadas y recibidas desde los profesionales.

Siendo el reciclaje permanente una de las preocupaciones más destacadas de este Colegio de Enfermería onubense, la Junta que dirige los destinos de esta corporación ha dispuesto un atractivo cuadro formativo en el que se combinan Cursos y Talleres sobre aspectos tan demandados como, por ejemplo, el tratamiento de las úlceras por presión, la instrumentación y la metodología quirúrgica, los cuidados paliativos y tratamiento del dolor o la siempre candente enseñanza sobre comportamientos sexuales y afectividad.

Estas propuestas que los colegiados acaban de recibir van a convertir la aulas del Colegio, desde ahora hasta final de 2014, en un permanente foro de aprendizaje y actualización para que, en manos de expertos en las respectivas materias, las enfermeras y los enfermeros onubense puedan potenciar sus conocimientos para trasladarlos al único objetivo que todos perseguimos: la mejor atención y asistencia de enfermería a base de enseñanzas teóricas y prácticas imprescindibles para estar en condiciones de dar la mejor respuesta que de la profesión espera la sociedad. _



Programa de Formación Postgrado Segundo Semestre 2014

CURSOS

CUIDADOS PALIATIVOS Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

- **Fecha prevista:** 10-14 Noviembre 2014
- **Horario:** de 16'00 a 22'00 horas
- **Nº plazas:** 40
- **Nº horas:** 40
- **Acreditación :** ECS
Curso patrocinado por el Consejo General.

FORMACIÓN DE FORMADORES

- **Fecha prevista:** 24-28 Noviembre 2014
- **Horario:** de 16'00 a 22'00 horas
- **Nº plazas:** 30
- **Nº horas:** 30
- **Acreditación:** ECS
Curso patrocinado por el Consejo General.

ÚLCERAS POR PRESIÓN, HERIDAS CRÓNICAS Y QUEMADURAS

- **Fecha prevista:** 1-5 Diciembre 2014
- **Horario:** de 16'00 a 22'00 horas
- **Nº plazas:** 40
- **Nº horas teórico-prácticas:** 40
- **Acreditación :** ECS
Curso patrocinado por el Consejo General.

TALLERES

TALLER DE AURICULOTERAPIA PARA ENFERMERÍA

- **Fecha prevista:** 27 y 28 Octubre 2014

- **Horario:** de 16'00 a 21.00 horas
- **Nº plazas:** 20
- **Nº horas:** 10
- **Ponentes:** D. Antonio Romero Márquez. Enfermero.
Taller patrocinado por C.A.E.

TALLER DE CIRUGÍA MENOR PARA ENFERMERÍA

- **Fecha prevista:** 6 y 7 Octubre 2014
- **Horario:** de 16'00 a 21.00 horas
- **Nº plazas:** 20
- **Nº horas:** 10
- **Ponentes:** D. Antonio Romero Márquez. Enfermero.
Taller patrocinado por C.A.E.

TALLER DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA Y METODOLOGÍA EN QUIRÓFANO PARA ENFERMERÍA

- **Fecha prevista:** 17 y 18 Noviembre 2014
- **Horario:** 16'00 a 21.00 horas
- **Nº plazas:** 20
- **Nº horas:** 10
- **Ponentes:** D. Antonio Romero Márquez. Enfermero.
Taller patrocinado por C.A.E.

CURSO EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL Y ASESORAMIENTO SEXUAL PARA ENFERMERÍA (SEMI-PRESENCIAL)

- **Fecha prevista:** 13 y 14 Noviembre 2014
- **Horario:** 16'00 a 21.00 horas
- **Nº plazas:** 20
- **Nº horas:** 60
- **Ponentes:** D^a. Margarita Barragán Gutiérrez
Taller patrocinado por C.A.E.

Enfriar a tiempo puede salvar la vida

Autores

- ▶ Tanagra Carcela Salvador
- ▶ Ángeles Gutiérrez Macías
- ▶ Ana M^a Macías Vaz

▶ RESUMEN

La parada cardiorespiratoria se considera la primera causa de muerte en el mundo. Los avances sanitarios respecto a la técnica de soporte vital avanzado han conseguido incluir en los servicios de cuidados intensivos la aplicación de la hipotermia inducida. Se trata de una técnica basada en disminuir la temperatura corporal, para mejorar la protección neurológica y evitar secuelas producidas por la anoxia cerebral, justificando de ésta manera la importancia de la revisión de la literatura en busca de la mejor evidencia existente.

El objetivo de este estudio es afianzar y mejorar el conocimiento del personal de enfermería acerca de la técnica, así como, dar a conocer sus posibles complicaciones y efectos que puede tener sobre los pacientes.

La metodología empleada es una revisión sistémica en la bibliografía de la mejor evidencia existente sobre el tema, en bases de datos (Medline, Cinahl, Cuiden y Cochrane plus) hasta Mayo del 2014.

Los resultados de los distintos estudios^{3,4,8,9,10} revisados demuestran dicha técnica como medida de eficacia destinada a minimizar el daño neurológico en pacientes que han sufrido muerte súbita. Concluyendo que con independencia del método de enfriamiento elegido, ésta se lleva a cabo con facilidad y no tiene efectos secundarios graves ni complicaciones asociadas a mortalidad.

▶ PALABRAS CLAVES:

hipotermia inducida, hipoxia cerebral, parada cardiorespiratoria, complicaciones, efectos adversos, resuscitación.

▶ ABSTRACT

The arrest is considered the leading cause of death in the world. Health advances on the technique of advanced life support have managed to include the application of induced hypothermia in intensive care services. It's a technique based on decreased body temperature, to improve neurological protection and prevent sequelae caused by cerebral anoxia, justifying this way the importance of the review of the literature in search of the best existing evidence.

The aim of this study is to strengthen and improve the knowledge of the nursing staff about the technique, as well as to publicize its possible complications and effects it can have on patients.

The methodology used is a systemic review in the bibliography of the best existing evidence on the subject, in databases (Medline, Cinahl, Cuiden y Cochrane plus) until may 2014.

The results of the different studies^{3,4,8,9,10} revised demonstrate this technique as a measure of efficiency to minimize neurological damage in patients who have suffered sudden death. Concluding that regardless of the chosen cooling method, this is carried out smoothly and has no side effects or complications associated with mortality severe.

▶ KEY WORDS

Induced hypothermia, cerebral hypoxia, arrest, complications, adverse effects, resuscitation.

1. INTRODUCCIÓN

La parada cardíaca es uno de los principales problemas sanitarios, siendo la primera causa de muerte de nuestro país, alrededor de 40.000/año¹, no solo por su alta mortalidad, sino también por las secuelas neurológicas derivadas de la hipoxia

e isquemia que sufren las neuronas debido a la falta de flujo sanguíneo².

El soporte vital avanzado además de incluir las técnicas de reanimación más actualizadas según el European Resuscitation Council (ERC), también se encarga de los cuidados del paciente

tras la recuperación de la circulación y respiración espontáneas, así como de evitar posibles problemas derivados de la anoxia, principalmente del sistema nervioso central. Los cuidados postparada cardíaca quieren constituir el quinto eslabón en la cadena de supervivencia. Diversos artículos^{3,4} hablan del Síndrome Postparada, describiéndolo como el reto más señalado para mejorar la supervivencia de la parada cardíaca.

La Hipotermia terapéutica se describe como terapia protectora de las funciones neurológicas y supone la reducción de la temperatura corporal de forma controlada de un paciente hasta un máximo de 32°C, disminuyéndose así la demanda de oxígeno protegiéndose así los órganos vitales, disminuyendo la frecuencia cardíaca y aumentando la perfusión coronaria favoreciendo así el músculo cardíaco. De esta manera se reduce el metabolismo, la frecuencia cardíaca y la presión.

Es una técnica que ya fue utilizada en la época de Hipócrates donde se utilizaba como medida para analgesiar y como anti-hemorrágico natural. Posteriormente, en los años 50 se empezó a utilizar en la clínica hospitalaria durante la cirugía cardíaca⁵, 20 años más tarde, aparecieron los primeros ensayos clínicos realizados en animales^{6,7} en los que se demostró que la hipotermia terapéutica tenía un efecto beneficioso tras una parada cardiorespiratoria (PCR).

En los años 90 aparecieron los primeros estudios en humanos que demostraban su función protectora neurológica^{8,9,10}, que asentaron las bases para los primeros ensayos clínicos aleatorizados¹¹.

Dicho procedimiento consiste en las siguientes fases; inducción (3 horas), mantenimiento (24 horas), recalentamiento (12 horas) y estabilización térmica (12 horas), indicada en pacientes en coma después de reanimación cardiopulmonar extrahospitalaria secundaria a fibrilación ventricular, pacientes con paro cardíaco por asistolia o disociación electromecánica que hayan durado menos de 25 minutos en reanimación cardíaca¹².

Las técnicas empleadas para lograr la hipotermia son diversas: desde la aplicación de hielo, administración de fluidos intravenosos fríos, sistemas de aire, mantas y láminas adhesivas por las que circula agua o gel frío, catéteres intravasculares, etc.

Las complicaciones aumentan cuando la temperatura disminuye por debajo de los 32°C, las más frecuentes: temblores, efectos cardíacos, hipovolemia, alteraciones electrolíticas, hipomagnesemia, hipotensión, hiperglucemia, alteración del sistema inmune, trastornos de la coagulación, afectación del metabolismo de ciertos fármacos, aumento de la solubilidad de

los gases en sangre y diuresis fría, en resumen la HT se lleva a cabo con facilidad y no tiene efectos secundarios graves ni complicaciones asociadas a mortalidad¹³.

Teniendo en cuenta que se trata de una técnica cuya implantación en hospitales supone requerir al personal sanitario de los conocimientos básicos para la puesta en marcha de dicha técnica y que está indicada y recomendada por las guías de resucitación europeas del European Resuscitation Council (ERC) ©, las guías americanas de la American Heart Association (AHA) y del International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) del 2005, consideramos de interés el tema tratado al ser una terapia que se utiliza en las unidades de cuidados intensivos y que numerosas investigaciones^{12,13,14,15} apoyan la evidencia científica de ésta técnica. Por ello, el personal de enfermería debe ser consciente de la importancia que recibe el tratamiento postparada. De esta manera nuestro principal objetivo es afianzar y mejorar el conocimiento del personal de enfermería acerca de la técnica de hipotermia terapéutica, sus posibles complicaciones y efectos que puede tener sobre los pacientes.

2. OBJETIVO

Nuestro principal objetivo es afianzar y mejorar el conocimiento del personal de enfermería acerca de la técnica de hipotermia terapéutica, así como, dar a conocer sus posibles complicaciones y efectos que puede tener sobre los pacientes.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se ha basado en una revisión sistémica de la mejor evidencia científica sobre la hipotermia terapéutica inducida. Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos Medline, Cinahl, Cuiden y Cochrane plus hasta Mayo del 2014, mediante una serie de palabras claves como: hipotermia inducida, hipoxia cerebral, parada cardiorespiratoria, complicaciones, efectos adversos, resuscitación.

De la búsqueda se encontraron un total de 20 artículos de los más actuales, se obtuvieron: 10 artículos en medline, 3 en cinahl, 3 revisiones sistémicas en cochrane plus y 4 artículos en cuiden. Para la selección de los artículos se utilizó el programa Caspe (2008)¹⁶, el cual nos permitió la selección concreta de 5 artículos que cumplían los objetivos de la revisión, la validez metodológica y la calidad científica determinada.

4. RESULTADOS

A continuación se exponen mediante tablas los resultados más relevantes tras la revisión bibliográfica:

FASES	COMPLICACIONES POTENCIALES	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA
INDUCCIÓN	Hipovolemia por poliuria Hipopotasemia Temblores y vasoconstricción Mioclonías Taquicardia Hipertensión Hiperglucemia	Comenzar lo antes posible con el enfriamiento con bolsas de hielo en la cabeza, cuello, torso y extremidades Comprobar que la temperatura inicial es mayor de 34° C Comenzar con perfusión de suero fisiológico 0,9% o ringer lactato a un ritmo de 30-40 ml/kg durante la primera hora, luego el ritmo variará según la temperatura alcanzada Comprobar que el paciente esté bien sedoanalgesiado Reposición de volumen/electrolítica según prescripción Control intensivo de glucemia/ ajustar perfusión de insulina Cuidados específicos del paciente encamado, conectado a ventilación mecánica y sometido a relajación farmacológica

Tabla 1. Fase 1 de la hipotermia terapéutica, complicaciones y actividades de enfermería

FASES	COMPLICACIONES POTENCIALES	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA
MANTENIMIENTO	Poliuria Bradycardia Hipotensión Arritmias cardiacas Alcalosis metabólica Lesiones cutáneas	Vigilar constantes (Fc, Fr, Sat O2, TA, PVC, T ^a y electrocardiograma) Cuidados generales de prevención de neumonía No hiperventilar Valoración de la piel y cambios posturales Valoración de signos de sangrado Valoración de signos de infección Ajustar sedoanalgesia según valores del TOF y BIS Asegurar confort del paciente

Tabla 2. Fase 2 de la hipotermia terapéutica, complicaciones y actividades de enfermería

FASES	COMPLICACIONES POTENCIALES	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA
RECALENTAMIENTO PROGRESIVO	Hiperpotasemia Hipoglucemia Temblores	Valoración analítica Control de glucemia/ajustar perfusión insulina Mantener relajación ajustada a TOF/BIS hasta alcanzar T ^a 37°C Asegurar confort del paciente Controlar la temperatura, y si es necesario administrad antitérmicos o medidas físicas Cuidados específicos del paciente encamado, conectado a ventilación mecánica y sometido a relajación farmacológica

Tabla 3. Fase 3 de la hipotermia terapéutica, complicaciones y actividades de enfermería

FASES	COMPLICACIONES POTENCIALES	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA
ESTABILIZACIÓN TÉRMICA	Tembores Hipertemia	Realizar escala de valoración de temblores Controlar la temperatura, y si es necesario administrad antitérmicos o medidas físicas Cuidados específicos del paciente encamado, conectado a ventilación mecánica

Tabla 4. Fase 4 de la hipotermia terapéutica, complicaciones y actividades de enfermería

5. DISCUSIÓN

El tratamiento con hipotermia terapéutica se recomienda en las guías de reanimación europeas.

Con independencia del método de enfriamiento elegido, se lleva a cabo con facilidad y no tiene efectos secundarios graves ni complicaciones asociadas a mortalidad.

A pesar de ello, dicha técnica tiene efectos diversos en varios sistemas del organismo, ya que puede causar neumonía por aspiración, disfunción tubular renal o aumento de la diuresis, hipofosfatemia, hipomagnesemia, hipocalcemia, hiperglucemia y hemorragia, aunque otros estudios clínicos¹⁷ indican que la hipotermia terapéutica no aumenta el riesgo ni el número de complicaciones en comparación con lo observado en otros pacientes similares no tratados con la misma terapia.

Por todo ello y como hemos comprobado en la revisión bibliográfica realizada, es fundamental el papel del personal de enfermería en el tratamiento con hipotermia terapéutica llevada a cabo en las unidades de cuidados intensivos; así como conocer sus complicaciones más frecuentes con el fin de poder prevenirlas y actuar en consecuencia, ya que se realiza a pacientes con elevada gravedad y mal pronóstico.

La enfermería debe de estar formada en estas técnicas innovadoras para poder mejorar el pronóstico de este tipo de pacientes, ya que es una técnica que hay que poner en marcha en las primeras 24 horas tras el suceso¹⁸.

Asimismo, la aplicación de estas técnicas de Hipotermia terapéutica produce una sobrecarga de trabajo de enfermería que debe ser tenida en cuenta, más aún en los tiempos que corren, en los que convivimos diariamente con los recortes de personal y falta de sustituciones.



BIBLIOGRAFÍA

1. López Messa, J. Resucitación cardiopulmonar. Novedades de una ciencia joven: Revista Electrónica de Medicina Intensiva (serie en internet) 2007 abril (citado 8 enero 2009); 7(4):A70. Disponible en: [Http://remi.unitet.edu/2007/04/REMIA070.htm](http://remi.unitet.edu/2007/04/REMIA070.htm)
2. Péres Vela, JL. Hipotermia tras la parada cardiaca: Revista Electrónica de Medicina Intensiva (serie en internet). 2007: mayo (citado 8 enero 2009); 7(5). Disponible en: <http://remi.unitet.edu/2007/05/REMIA071.htm>
3. López Rodríguez MS. Protección cardiocerebral posparo cardiaco. Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación. 2010;9:150-60.
4. Martín-Hernández H, López-Messa JB, Pérez Vela JL, Molina-Latorre R, Cárdenas-Cruz A, Lesmes-Serrano A, et al. Managing the pos-cardiac arrest síndrome. Directing Committee of the National Cardiopulmonary Resuscitation Plan (PNRCP) of the Spanish Society for Intensive Medicine, Critical Care and Coronary Units (SEMICYUC). Med.Intensiva.2010;34:107-26.
5. Bigelow, WG, Callaghan, JC, Hoops, JA. General hypothermia for experimental intracardiac surgery; the use of electrophrenic respirations, asn artificial pacemarket for cardiac standstill and radio-frecuency rewarming in general hypothermia. Ann Surg. 1950; 132:531-9.
6. Leonov Y, Sterz F, Safar P et al. Mild cerebral hypothermia during and after cardiac arrest improves neurologic outcome in dogs. J cereb Blood Flow Metab. 1990; 10:57-70.
7. Sterz F, Safar P, Tisherman S, et al. Mild hypothermia cardiopulmonary resuscitation improves outcome after prolonged cardiac arrest in dogs. Crit care Med.1991;19:379- 89.
8. Bernard SA, Jones BM, Horne MK. Clinical trial of induced hypothermia in comatose survivors of out-of hospital cardiac arrest. Ann Emerg Med. 1997; 30:146-53.
9. Yanagawa Y, Ishihara S, Norio H, et al. Preliminary clinical outcome study of mild resuscitative hypothermia after out of hospital cardiopulmonary arrest. 1998; 39:61-6.
10. Nagao K, Hayashi N, Kanmatsuse K, et al. Cardiopulmonary cerebral resuscitation using emergency cardiopulmonary bypass, coronary reperfusion therapy and mild hypothermia in patients with cardiac arrest outside the hospital. J Am Coll Cardiol. 2000; 36:776-83.
11. Bernard SA, Rosalion A. Therapeutic hypothermia induced during cardiopulmonary resuscitation using large-volume, ice-cold intravenous fluid. Resuscitation. 2008;76 (2): 311-3.
12. Irigoyen Aristorena, MI, Yagüe Gastón, A, Roldán Ramírez, J. Trayectoria clínica de hipotermia terapéutica posparada cardiaca. Enferm Intensiva.2010;21(2):58-67.
13. Kjetil S. Hipotermia terapéutica en la parada cardiaca. Rev. Esp. Cardiol. 2013;66(5):346-349.
14. Holzer M, Bernard S, Hachimi- Idrissi S, et al. Hypothermia for neuroprotection after cardiac: Systematic review and individual patient data meta-analysis. Crit Care Med. 2005;33:414-8.
15. Oddo M, Schaller M, Feihl F, et al. From evidence to clinical practice: effective implementation of therapeutic hypothermia to improve patient outcome after cardiac arrest. Crit Care Med.2006;34:1865-73.
16. CASPe. Critical Appraisal Skill Programme. Herramientas para la lectura crítica. 2008.
17. Cheung K, Green R, Magee K. Systematic review of randomized controlled trials of therapeutic hypothermia as a neuroprotectant in post cardiac arrest patients. CJEM.2006;8:329-37.
18. Julio Narváez, LC, Alvarado Cueto, D, Bermejo J. Hipotermia terapéutica leve post-paro cardíaco. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo 2011;11(1):20-25.

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



Influencia de la intervención enfermera para evitar complicaciones en los accesos venosos periféricos

Autoras:

- ▶ Miriam Pinto Gutiérrez.
- ▶ M^a Nazaret Guerrero Maestre.
- ▶ DUEs de la clínica Los Naranjos de Huelva.

▶ RESUMEN

La administración de medicamentos intravenosos es uno de los procedimientos más utilizados para el tratamiento en pacientes hospitalizados, sin embargo, esta terapia de accesos venosos periféricos genera múltiples complicaciones derivadas de la inserción, manipulación y mantenimiento, generando efectos no deseados en el paciente e incrementando en ocasiones el tiempo de permanencia hospitalaria.

Con la presente revisión se pretende actualizar la información disponible acerca de las posibles complicaciones en los accesos venosos periféricos y cómo influye la intervención enfermera para poderlos evitar, reconocer formas de evaluación, prevención y cuidados evidentes. Todo ello basándose en la evidencia científica disponible más reciente.

▶ PALABRAS CLAVES

Catéter periférico, complicaciones, accesos venosos, flebitis, enfermería.

▶ ABSTRACT

The administration of intravenous is one of the most common procedures used to treat hospitalized patients, however, this therapy of peripheral venous access generate multiple complications of the insertion, manipulation and maintenance, generating unwanted effects on the patient and increasing in times the length of hospital stay.

With this revision is to update the available information about possible complications in peripheral venous access and how it affects the nursing intervention so that they can prevent, recognize forms of assessment, prevention and care evident. All this based on the latest available scientific evidence.

▶ KEY WORDS

Peripheral catheter, complications, venous access, phlebitis, nursing.

INTRODUCCIÓN

La utilización de catéteres intravenosos es una de las prácticas más frecuentemente realizadas por el personal sanitario. La mayoría de los pacientes hospitalizados, en algún momento son portadores de catéteres intravasculares durante un tiempo que puede variar desde horas a semanas. La utilidad de estos para administrar medicación y soluciones terapéuticas es muy clara, entre sus ventajas podemos citar la sencillez de su colocación y el gran volumen que se puede administrar en poco tiempo. (1)

La elección de la cateterización periférica nos permite conseguir, de forma fácil y relativamente poco cruenta, accesos

venosos para tratamientos cortos o de media duración con bajo riesgo de complicaciones graves. (2)

Una de las mayores responsabilidades del enfermero en el ámbito hospitalario es la administración de los medicamentos, la observación del paciente y la detección de los posibles efectos no deseados. Las complicaciones más frecuentes que se derivan de la administración intravenosa de los fármacos y la colocación de un catéter venoso periférico son: (3)

- Las flebitis.
- La trombosis y tromboflebitis.
- Oclusión.
- Infecciones del punto de inserción.
- Extravasación de fármacos a tejidos blandos.

La flebitis es la inflamación de la pared de la vena, la principal causa está producida por fármacos altamente irritantes, y se caracteriza por la presencia de calor, rubor, dolor o tumefacción alrededor de la zona de inserción de la vena canalizada. (4) Los signos de la flebitis cursan con un cuadro clínico variado, en el que los signos y síntomas, pueden o no aparecer. Para su identificación es necesaria una correcta y continuada valoración de los mismos. A parte de la información que vayamos recibiendo del paciente, será necesario tener en cuenta otros signos, siendo muy útil la valoración rutinaria, el uso de una escala estandarizada. (5) (Tabla 1)

Trombosis es la formación de una capa de fibrina en la superficie interna y externa del catéter, debido a que cuando se inserta un catéter se produce un pequeño daño a nivel vascular, y de forma fisiológica se activa la cascada de la coagulación. La tromboflebitis es la inflamación de la vena producida por un coagulo, como consecuencia de una trombosis. (6)

La oclusión del catéter es uno de los problemas invalidantes de la técnica, esta se produce por trombos que a veces lo abrazan en su zona distal donde está el orificio de entrada.

Estos acúmulos de fibrina pueden ser de varios tipos: (Imagen 1).

Trombo intraluminal: se forma en el lumen del catéter, puede producir una oclusión parcial o total.

Cola de fibrina: ocurre cuando la fibrina se adhiere al final del catéter, actuando como una válvula de un sentido que permite la infusión pero no la absorción de un fluido.

Mural trombótico: se forma cuando la fibrina procede de una pared de un vaso dañado, obliga a la fibrina a cubrir la superficie del catéter.

Vaina de fibrina: Se forma cuando la fibrina se adhiere a la superficie externa del catéter, creando un "calcetín" en el catéter. Esta obstrucción es total, impidiendo la absorción y la infusión. (7)

La principal causa de las infecciones del punto de inserción de una vía periférica es debido a técnicas no asépticas en la venopunción y en sus cuidados posteriores.

La extravasación es la presencia de edema, no inflamatorio, alrededor de la zona que se encuentra el catéter venoso periférico, es el paso de líquido del vaso sanguíneo al espacio subcutáneo que ocasiona daño tisular y se caracteriza por la falta de reflujo sanguíneo a través de la cánula. (8)

Existen diferentes dispositivos, siendo uno de los más utilizados el catéter venoso periférico, que se define como un tubo largo fabricado por material artificial cuya función va destinada a ser introducido en el interior de la luz de la vena,

con la finalidad de administrar medicación, infusión de suero, extracciones sanguíneas etc. (9) Y cuya canalización se realiza a través de una vena periférica, como por ejemplo la vena radial, cubital, dorsales metacarpianas, entre otras. Estos dispositivos varían en su longitud, material y calibre. (10)

El grosor del catéter varía de 24 a 14 G (Gauges). A la hora de decidir el grosor necesario se tendrá en cuenta que a menor grosor se va a producir menor daño en la íntima de la vena, y por tanto, habrá menos riesgos potenciales de que se produzca flebitis mecánica. Es decir, que a menor grosor del catéter se puede prever más tiempo de permanencia de dicho catéter y menor riesgo de extravasación.

Nosotros, como profesionales de enfermería, somos los principales responsables en la inserción, manipulación, retirada y cuidados del catéter intentando reducir al máximo las posibles complicaciones potenciales a la misma. (11)

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda exhaustiva en diferentes bases de datos electrónicas desde Enero de 2014 hasta Marzo del año 2014. Se descargaron los textos completos de aquellos artículos que pudiesen ser potencialmente útiles en el estudio y se analizaron teniendo en cuenta el objetivo de este trabajo de revisión.

Diseño

Se realiza una revisión sistemática de la evidencia científica para conocer la influencia de la intervención enfermera para evitar complicaciones en los accesos venosos periféricos. De la búsqueda de datos se obtienen diferentes tipos de artículos, los cuales son estudiados con detenimiento para la elaboración de este estudio. Se seleccionaron dieciocho artículos relevantes para el tema, ocho eran textos originales, cinco eran de revisión y cinco eran textos restantes sin evidencia científica significativa.

Los criterios de inclusión son artículos que pertenecen al campo de estudio y artículos originales y de revisión.

Los criterios de exclusión son artículos que no estén ligados al objetivo de este trabajo, que estén fuera de doce años de antigüedad, artículos que se escapen de nuestro conocimiento lingüístico y aquellos que carezcan de evidencia científica.

Fuentes de información

Artículos científicos publicados en la base de datos de Cuiden, Medline y Biblioteca Pública del SAS, con un límite de doce años de antigüedad (2002-2014).

Intervención

Se busca en las diferentes bases de datos anteriormente citadas utilizando las siguientes palabras claves: Catéter peri-

férico, complicaciones, accesos venosos, flebitis, enfermería. Se seleccionaron dieciocho artículos. De éstos, se consideró que trece eran potencialmente útiles para nuestro estudio después de revisar los títulos y resúmenes. Se recuperaron los textos completos de estos artículos y se examinaron con respecto a los criterios de inclusión y exclusión anteriormente descritos.

Hubo cinco artículos que no cumplieron con los criterios de inclusión y se excluyeron los restantes.

OBJETIVOS

Dar a conocer al personal de enfermería, la importancia de la intervención enfermera para evitar complicaciones en los accesos venosos periféricos.

RESULTADOS

La seguridad del paciente es un componente clave de la calidad asistencial, que ha adquirido gran relevancia en los últimos años. Los pacientes que son hospitalizados desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, y los profesionales desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente. Pero existen efectos no deseados secundarios en la atención sanitaria.

El estudio Eneas (Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización) es un estudio retrospectivo de cohortes, cuyo objetivo es determinar la incidencia de efectos adversos y de pacientes con efectos adversos en los hospitales de España y su evitabilidad. Del total de efectos adversos, un 20,6% ocurrieron durante el periodo de prehospitización, siendo la naturaleza del problema principal, el uso del medicamento (34,8%), la infección nosocomial (17,8%) y relacionado con un procedimiento quirúrgico (17,8%).

Las tres causas inmediatas relacionadas con los efectos adversos asociados a la asistencia sanitaria en los hospitales españoles fueron por orden de frecuencia: los relacionados con la medicación, las infecciones nosocomiales y los relacionados con problemas técnicos durante un procedimiento. Casi la mitad (42,8%) de los efectos adversos relacionados con la asistencia podrían ser evitables.

El 54,9% de los efectos adversos se consideraron moderados o graves. El 31,4% tuvieron como consecuencia un incremento de la estancia y en un 24,4% condicionó el ingreso. La incidencia de éxitos en sujetos que presentaron fue de 4,4%. (12)

Los accesos intravenosos son una de las prácticas más frecuentemente realizadas por personal sanitario. Sin embargo, no está exenta de complicaciones.

Según este estudio realizado entre agosto y octubre del 2004 que requirieron la colocación de vías venosas periféricas, los cuales permanecieron ingresados por un tiempo no mayor de

tres días, cuyo objetivo fue evaluar la incidencia de complicaciones en vías venosas periféricas y comprobar si el miembro no dominante, es utilizado con más frecuencia para colocar los accesos.

Se colocaron 187 catéteres venosos periféricos, 107 fueron hombres y 80 fueron mujeres, las complicaciones fueron flebitis, hematomas, celulitis, trombosis e infiltración o extravasación.

La tasa de flebitis fue del 14,4%, podría reducirse con un estricto seguimiento de las medidas de asepsia, la buena elección de la zona de punción, así como una evaluación periódica del acceso. La infiltración fue del 12,8% y los hematomas del 13,9%, son complicaciones que están relacionadas con la técnica de colocación. El miembro no dominante no fue el más utilizado, las causas no fueron evaluadas. El miembro izquierdo solo fue utilizado en el 54% de los casos, una cifra muy baja si se tiene en cuenta que en el 89 % de la población era el miembro no dominante. La utilización del miembro no dominante al colocar una vía periférica ayudaría al paciente a recuperarse de manera más confortable, mientras permanece internado. Este hecho debería ser más valorado. Las complicaciones de una vía venosa periférica podrían evitarse con un estricto seguimiento de las medidas de asepsia. (13)

Una revisión sistemática de la evidencia científica publicada en 2002, pretende conocer la práctica más adecuada en el mantenimiento de los catéteres intravenosos periféricos, en tres aspectos: sustitución periódica de los catéteres, utilización de apósitos y frecuencia de cura. Tras una búsqueda bibliográfica se identifican 28 estudios y se seleccionan 12. Los resultados en cuanto a la periodicidad del cambio de catéter son las siguientes: la flebitis es baja en las primeras 24 h, aumenta hasta las 48 h y se mantiene constante hasta el sexto día; con respecto a la periodicidad de cura, se sugiere que la cura del punto de punción cada 24 h se traduce en una mayor incidencia de flebitis. No hay conclusiones en cuanto al tipo de apósito. (14)

Sebastián T, et al, publicó en 2010 un estudio que pretendía conocer la prevalencia de efectos adversos (EA) relacionados con Dispositivos Intravenosos Periféricos (DIP), en adultos ingresados en un hospital y analizar la influencia de factores clave.

Se rediseñó el registro clínico incluyendo factores relacionados con efectos adversos tras revisión bibliográfica. Se realizó un estudio en el segundo semestre de 2008 desde la información de la historia clínica electrónica, seleccionando las variables: tamaño del catéter, lateralidad, lugar de colocación y alargadera con respecto a la aparición de los siguientes efectos adversos: flebitis, extravasación y obstrucción. Estos datos se analizaron con variables sociodemográficas del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) realizando análisis bivariados.

Los resultados obtenidos en los 4402 pacientes (55,8% hombres y 44,2% mujeres) la edad media fue de 59,3 años y la estancia media de 7,14 días. Las localización y calibre más frecuente fue antebrazo y número 20G (71,3%), el 20% tenían alargadera.

Se han encontrado $<0,001$ de los efectos adversos con la variable sexo, calibre, colocación y tipo de paciente: médico o quirúrgico. No fue significativo ($p = 0,686$) la relación entre efectos adversos, lateralidad y alargadera.

Pudiendo concluir que la aparición de efectos adversos se incrementa con la edad y estancia. El efecto adverso con mayor frecuencia es la extravasación, la flexura del codo es la localización con menos efectos adversos. (15)

Otro estudio, realizado por Ferrete-Morales, el cual trata de evaluar el impacto de un protocolo de manejo de catéteres sobre la incidencia de flebitis causadas por catéteres venosos de acceso periférico (FCVAP) y analizar los factores relacionados con su desarrollo en pacientes hospitalizados. Es un estudio prospectivo de cohorte en el que se incluyeron pacientes hospitalizados entre septiembre de 2002 y diciembre de 2007, un total de 3.978 episodios de canalizaciones venosas. Se implantó progresivamente un protocolo de manejo de catéteres, se determinó la incidencia de flebitis causada por catéteres venosos de acceso periférico y se analizaron las variables asociadas a su desarrollo. Las conclusiones que se observaron son que la aplicación de un protocolo de actuación disminuye la incidencia de flebitis causada por catéteres venosos en pacientes hospitalizados. El antecedente de flebitis en las vías centrales de acceso periférico y la amiodarona o cefotaxima por vías de acceso periférico aumentan el riesgo de flebitis. La colocación de vías periféricas en turnos de mañana se asoció a menor incidencia de flebitis que en el turno de noche. (16)

CONCLUSIONES

A pesar de los beneficios de las terapias endovenosas, no están exentas de complicaciones y es fundamental establecer protocolos de actuación para mejorar el conocimiento de la técnica y evitar las complicaciones de una mala práctica.

La higiene de manos es la primera medida relacionada con la inserción y mantenimiento de los catéteres, existen numerosas guías y protocolos para una correcta higiene de manos.

Se requiere una higiene apropiada de las manos antes y después de palpar los lugares de inserción de catéteres, así como de reemplazar, acceder, reparar o proteger un catéter intravascular. El uso de guantes no exime el de la higiene de manos.

Antes la colocación de un catéter de acceso periférico debemos proceder a la asepsia de la piel para eliminar los microorganismos patógenos que colonizan la piel, reducir el número de microorganismos habituales en la piel e inhibir su crecimiento y crear una superficie de trabajo estéril que actúe como barrera entre el lugar de la inserción y los posibles focos de contaminación. Los antisépticos para la piel más utilizados son: gluconato de clorhexidina a las concentraciones entre 0,5% y 2%, alcohol 70% o povidona iodada al 10%. (Tabla 2)

La elección del lugar de colocación quedó a cargo del personal de enfermería teniendo en cuenta que debemos evitar colocar el catéter en el brazo dominante y evitar en lo posible los sitios de flexión (flexión de la muñeca o del codo) con el fin de reducir el riesgo de extravasación ya que son sitios de alta movilidad, no punzar sitios de la piel donde haya lesiones, preferir venas de mayor tamaño y catéteres de menor calibre para evitar flebitis.

Debemos utilizar guantes tanto como para la canalización del acceso venoso periférico como para la manipulación o retirada de éste.

Una vez colocado el catéter se colocará una gasa estéril o apósitos transparentes semipermeable, estos apósitos deben de ser cambiados cuando estén sucios, mojados o despegados.

La utilización de alargaderas está muy recomendada para evitar manipulaciones sobre el catéter, disminuyendo el riesgo de flebitis mecánica. Retirar las llaves de 3 pasos innecesarias ya que su uso está asociado a un aumento del riesgo de infección relacionada con catéteres. Se debe cerrar y tapar las luces y puntos de inyección cuando estos no se estén utilizando, con tapones para vías.

En cuanto al mantenimiento efectivo del catéter se debe comprobar la permeabilidad de éste, mediante aspiración y posterior lavado con suero fisiológico al 0,9%, lavar el catéter entre medicaciones y al terminar una infusión, antes del sellado del catéter y retirar cualquier catéter que no sea necesario para evitar complicaciones.

El personal de enfermería tiene como obligación la valoración del punto de inserción del catéter periférico, debido a que una correcta detención de posibles complicaciones favorece al paciente de una buena calidad asistencial en este tratamiento. También es importante que enfermería comente al paciente ante cualquier síntoma de dolor, eritema y edema, o si el apósito está sucio, mojado o despegado.

El objetivo principal de una correcta intervención enfermera para la canalización de un acceso venoso periférico es princi-

palmente evitar complicaciones y mejorar la calidad de la asistencia sanitaria en el paciente hospitalizado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Udina MJ, et al. Mantenimiento de los catéteres venosos más de 4 días. En busca de más evidencia. *Enferm. clínica* 2003; 13(4):208-16.
2. Carballo M. Elección de un catéter de acceso periférico. *Rol Enferm.* 2004; 27(6):23-30.
3. Arrazola M, Lerma D, Ramírez A. Complicaciones más frecuentes de la administración intravenosa de fármacos: flebitis y extravasación. *Enferm. Clínica.* 2002; 12(2): 80-5.
4. Chumillas A, Sánchez N, Sánchez MD. Plan de cuidados para la prevención de flebitis por inserción del catéter periférico. *Revista enfermería.* 2002; 15.
5. Potter, PA y Perry, AG. *Fundamentos de enfermería*, 5ª ed. Barcelona: Harcourt: 2001.
6. Catañeda M. Diagnóstico diferencial entre tromboflebitis y flebotrombosis. *Ginecol. Obstet. Mex.* 2008; 76(8):493-6
7. Potter, PA y Perry, AG. *Fundamentos de enfermería*, 5ª ed. Barcelona: Harcourt: 2001.
8. Garitano Tellería B, et al. Revisión sistemática: efectividad de los cuidados en el mantenimiento de catéteres de inserción periférica. *Enferm. clínica.* 2002; 12(4):164-72.
9. Garitano Tellería B, et al. Revisión sistemática: efectividad de los cuidados en el mantenimiento de catéteres de inserción periférica. *Enferm. clínica.* 2002; 12(4):164-72.
10. Carballo M. Elección de un catéter de acceso periférico. *Rol de enferm.* 2004; 27(6):423-30.
11. Magerote NP, Lima MHM, Silva JB, Correia MDL, Secoli SR. Associação entre flebite e retirada de catéteres intravenosos periféricos. *Texto Contexto Enferm. Florianópolis.* 2011 Jul-Set; 20(3): 486-92.
12. Aranaz JM^a. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud.
13. Pardo PL, Lozier HG, Martín JJ, Fernández M. Complicaciones de accesos venosos periféricos. *Rev. de postgrado de la vía Cátedra de Medicina.* 2006; 163:4-6.
14. Garitano B, Barberena C, Alonso M, Gistau C. Revisión sistemática: efectividad de los cuidados en el mantenimiento de catéteres de inserción periférica. *Enferm. Clínica.* 2002; 12(4):164-72.
15. Sebastián T, Núñez F, González JM, Lema I, Martín G, Serrano P. Prevalencia de efectos adversos relacionados con dispositivos intravasculares periféricos. *Evidentia.* 2010; 7(29). Disponible en: www.index-f.com/evidentia/n29/ev7155.php
16. Ferrete C, et al. Incidencia de flebitis secundaria por catéter venoso de acceso periférico e impacto de un protocolo de manejo. *Enferm. Clínica.* 2010; 20(1): 3-9.

ANEXOS

PUNTUACIÓN	SIGNOS CLÍNICOS
0	Sin signos clínicos
1+	Eritema con o sin dolor Puede haber o no edema No hay formación de líneas No hay cordón palpable
2+	Eritema con o sin dolor Puede haber o no edema Formación de líneas No hay cordón palpable
3+	Eritema con o sin dolor Puede haber o no edema Formación de líneas

Tabla1. Escala de flebitis. [Intravenous Nurses Society. Standards of practice. *J. Intraven. Nur.* 1998; 21(15):535]



Imagen 1. Tipos de acumulo de fibrina en catéteres venosos periféricos.

Antiséptico	Espectro de acción	Inicio de actividad	Efecto residual	Acción ante materia orgánica: sangre	Seguridad	Toxicidad	Contraindicaciones
Alcohol 70°	Gram + Gram – Virus: VIH, Citomegalovirus	2 min.	Nulo	Inactivo	Inflamable	Irritante	Heridas abiertas
Clorhexidina	Gram + Gram – (pseudomonas) Esporas Hongos Virus	15-35 sg.	6 H.	Activo	Si > 4% Daño tisular	No tóxico	No se han descrito
Povidona yodada	Gram + Gram – Hongos Virus	3 min.	3 H.	Inactivo	Retrasa el crecimiento del tejido de granulación.	Irritación cutánea. Absorción sistemática.	Embarazo. Neonatos. Lactantes. Alteraciones del tiroide.

Tabla 2. Tipos de antisépticos y sus características.

Decididos los temarios para las pruebas selectivas de la OPE del SAS

Huelva.- Redacción

La Junta de Andalucía dio a conocer, el pasado mes de agosto, una Resolución a través del Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA) por la que la consejería de Igualdad y Salud daba luz verde a los diferentes temarios sobre los que se conformarán las pruebas selectivas sobre la Oferta de Empleo Público (OPE) convocada por el Servicio Andaluz de Salud (SAS). La citada Resolución implica un total de 28 categorías y especialidades profesionales, entre ellas la de enfermería. La principal novedad de esta OPE estriba en que el personal del SAS que acceda por el turno de promoción interna quedará exento de las pruebas correspondientes al temario común.

Como consecuencia al acuerdo habido en la Mesa sectorial de negociación sanitaria celebrada el pasado 4 de julio, la administración regional ha procedido a articular el esperado primer y gran paso cara a la materialización de la OPE correspondiente a 2014. Ha sido en el BOJA número 161 (del 20 de agosto 2014), donde se ha visto la luz verde a la publicación de los nuevos temarios y materias por las que se deberán regir las pruebas selectivas para ocupar puestos de trabajo estable en determinadas categorías y niveles de la sanidad pública andaluza (SAS).

REVISIÓN

La consejería de Salud dio cuenta que el contenido de los nuevos programas de las materias a estudio "es fruto de una revisión exhaustiva del anterior concurso-oposición" con el objetivo de adaptarlos "a la constante evolución científica y tecnológica de las profesio-

nes sanitarias, la adaptación a las nuevas tecnologías y a la actualización y modificaciones normativas". Para su elaboración, el SAS asegura haber contado con "profesionales cualificados" en las diferentes especialidades y profesiones sanitarias así como "las de gestión y servicio", además de representantes de las sociedades científicas de reconocido prestigio.

De esta forma, se fueron configurando los distintos grupos de estos expertos que trabajaron en la "actualización de los temarios" definitivos. Salud aseguró que estos temarios fueron objeto de análisis por parte de las urbanizaciones sindicales que componen la Mesa sectorial de la sanidad. El temario común, conforme se indica, comprende "un número mayor de temas" respecto a la anterior OPE del año 2007 en todas sus categorías profesionales.

- ▶ **El BOJA número 161 contiene todos los extremos del esperado concurso-oposición.**

A lo largo y ancho de la extensa resolución, haya que llegar al apartado anexo número XV dedicado a la enfermería, en el que, como Temario común, se enuncian, en primer lugar, 9 temas, a los que siguen un total de 78 de carácter específico en los que, globalmente considerados, se condensa todo el universo profesional de la titulación de enfermería. Sirva como mero ejemplo señalar que mientras el primero de los temas comunes está referido a la Constitución Española, Derechos y Deberes fundamentales y "El Derecho a la protección de la salud", en el temario específico número 78

que cierra el temario se encuadra todo lo referido al estudio del "Duelo; características y tipo de duelo, Manejo del duelo, Duelo anticipado en pacientes terminales y familiares, Atención después de la muerte". Reseñar que en los Anexos XVI y XVII están dedicados, respectivamente, a las titulaciones de Fisioterapia y Matrona.



PROMOCIÓN INTERNA

Como señalábamos al inicio, la principal novedad de esta OPE de 2014 gira en torno a que el personal del SAS que acceda por el turno de promoción interna va a quedar exento de realizar las pruebas correspondientes al temario común puesto que, ya en su día, fue examinado de esas mismas materias a lo que se une, anunciaba Salud, "que su desempeño diario y formación continuada le permiten mantener sus conocimientos actualizados". El total de puestos de trabajo ofertados, tanto en esta OPE como en la anterior de 2013, asciende a 1.407 plazas entre todas las categorías, lo que, en opinión generalizada, resulta claramente insuficiente para cubrir las necesidades reales de las actuales plantillas, que se han visto mermadas, tanto por los recortes ejecutados desde el SAS como por la no cobertura del personal -especialmente enfermería- que ha pasado a la jubilación laboral.

Cómo afrontar el final de la vida

Huelva.- Redacción

Un equipo de enfermeras de Huelva han obtenido un reconocimiento profesional en el transcurso de unas Jornadas de investigación, de ámbito internacional, merced a un trabajo referido a cómo se afronta el final de la vida sea entre los hombres como entre las mujeres. Las cinco diplomadas en enfermería onubenses configuran un equipo que viene realizando distintas investigaciones durante los últimos años y en relación al mismo contexto, la fase final de la vida. El Colegio Oficial de Enfermería de nuestra provincia no ha dudado en sumarse al reconocimiento y felicitación por este logro.

Sevilla fue el escenario de la celebración de las Jornadas internacionales de investigación I+D+I a las que concurrieron, entre otros, el equipo formado por estas cinco profesionales enfermeras de Huelva: Begoña García, (Hospital Juan Ramón Jiménez) como coordinadora, junto a Sonia García (Centro de Salud Los Rosales), Rosa Pérez (Hospital J. R. Jiménez), Miriam Araujo y Miriam Díaz, de otros centros sanitarios de la provincia. Este equipo de enfermeras no es, ni mucho menos, debutante o inexperto en el capítulo de cómo se debe afrontar la última etapa de la vida de los pacientes.

El trabajo premiado en las Jornadas ha seguido indagando acerca de algo tan sensible como es el conocimiento y percepción del enfermo que se sabe en la fase terminal de la existencia, ayudándole a resolver e identificar las posibles dudas y demandas que se confirman en tan difícil trance.

CONOCIMIENTO

La atención, integral, tanto al enfermo como a la familia que le rodea en esta fase de la vida, por parte de los profesionales sanitarios, demanda un profundo "conocimiento de la enfermedad terminal" así como del "impacto emocional, social y espiritual" que ésta origina en el conjunto de personas-actores que intervienen en este complejo momento. La percepción del actor principal tiene una gran importancia a la hora de planificar cuáles serán los cuidados a impartir en estas horas finales de la vida.



Por lo mismo, las Jornadas de Sevilla resaltaron el contenido esencial del trabajo a cargo de las cinco enfermeras onubenses en el que se plasman "las necesidades reales planteadas por los pacientes en su proceso de la enfermedad" así como las diferencias existentes en cuanto "al género y el nivel cultural" de las personas objetivo del estudio.

En el ensayo ha quedado reflejado que al hombre le preocupa primordialmente "la planificación familiar y económica", así como la pérdida de su autonomía personal y la dependencia que va a tener de los cuidados que reciba. Las enfermeras han hecho mención a la "necesidad" de que el personal sanitario mas cercano les aporte "seguridad" mientras, a la vez, apuntan a que podría

afrontar su situación "sin necesidad de estar acompañado".

EMOCIÓN

Respecto a las mujeres que viven una etapa final de sus vida, las autoras del estudio aseguran que les preocupa mas lo que definen como "planificación emocional de la familia" a consecuencia de la nueva situación, sin olvidar la inquietud producida por "los cambios en su imagen corporal". La mujer se muestra partidaria de mantener una relación mas estrecha con el profesional sanitario para que le reporte confianza y favorezca la comunicación, que le ayude a "liberar sus sentimientos". La mujer necesita sentirse acompañada y contar con el apoyo del entorno familiar.

- Un equipo formado por cinco enfermeras de Huelva obtiene un premio en la Jornada de Investigación.

A la hora de desarrollar este trabajo, las enfermeras onubenses utilizaron una "metodología cualitativa basada en el método biográfico". O lo que es igual: mediante entrevistas en profundidad con los pacientes, analizaron e interpretaron sus discursos por medio de métodos científicos. El trabajo también ha reflejado que la "expresión de los sentimientos favorece la liberación de la ansiedad ante la muerte", lo cual se ve influenciado por el género señalando que "el gran problema de la enfermedad terminal es la conspiración de silencio en las familias. Es igualmente destacable la influencia de la fe en el afrontamiento así como la vivencia de experiencias previas en el entorno mas cercano._

7.000 profesionales del SAS han acreditado la calidad de su trabajo



Huelva.- Redacción

Mas de 7.000 profesionales sanitarios del sistema público en la región (SAS) han logrado la acreditación de su calidad en el trabajo. Así lo ha confirmado la consejera de Igualdad y Salud, María José Sánchez Rubio, en el transcurso de una comparecencia en el Parlamento de la comunidad. De esa cifra de personas acreditadas por la propia administración regional, el 37% ha optado a una subida de nivel que, como se sabe, contempla tres apartados: avanzado, experto y excelente. La consejera, en su exposición, no desglosó el número de titulados y colectivos implicados en este capítulo.

Un total de 7.100 mujeres y hombres, profesionales de la sanidad pública de Andalucía (SAS), han conseguido su acreditación de la calidad de su actuación cotidiana. Fue la consejera de Igualdad y Salud, María José Sánchez Rubio, quien en una comparecencia en la Comisión parlamentaria de la Cámara regional, confirmó este dato. Desde el año 2006, existe el denominado el Programa de certificación de Competencias profesionales al que pueden acudir el conjunto de la plantilla del SAS.

NIVELES

De esas 7.100 personas acreditadas a cargo de la Agencia de Calidad Sanitaria de la Junta de Andalucía, un 37% de ellas ha optado a una subida de nivel dentro de los tres que se configuran en el citado programa de certificación de la calidad: avanzado, experto y excelente. Además, la responsable de la consejería de Igualdad y Salud afirmó que, en la actualidad, unos 20.000 profesionales mas, de las distintas categorías, se encuentran inmersas en alguno de los procesos de la citada acreditación. Extremo este que sirvió para que María José Sánchez Rubio manifestara que ello supone la demostración y "consolidación de un programa que persigue la mejora continua en la asistencia" que se presta en la red pública sanitaria a través del SAS.

El Programa para la Certificación de las competencias profesionales de la plantilla del SAS tiene, como subrayó la

tribuir a la mejora de las prestaciones sanitarias que se ofrecen al paciente.

MANUALES

En la actualidad, el programa maneja un total de 78 manuales de competencias profesionales para las distintas especialidades generales. Estos manuales han sido elaborados y revisados por unos 600 profesionales de las diferentes áreas sometidas al estudio. A este respecto, la Agencia de Calidad Sanitaria de la Junta, dependiente de la propia consejería de Salud, igualmente certifica la calidad de los centros y unidades de formación.

En total, son unos 30 los centros y unidades de formación continua los que ya cuentan con este certificado de acreditación de calidad mientras otros 14 se encuentran en pleno proceso,

- ▶ **La consejería afirma que, actualmente, unas 20.000 personas están inmersas en el proceso que conduce a los tres niveles de reconocimiento.**

consejera de salud, un carácter "pionero" en España y su objetivo no es otro que "estimular al profesional sanitario en la búsqueda de la calidad en su trabajo" para lo cual se analizan las competencias prestando evidencias de sus cometidos en el ámbito asistencial, organizativo, investigador... para con-

además de 43.900 actividades y unos 1.500 programas de formación. La consejería dio cuenta que una treintena de páginas "web" con contenidos sanitarios se encuentran, actualmente, en proceso de análisis y verificación de su calidad mientras que 3 ya disponen del sello de calidad.

La O.M.S. impulsa los tratamientos y posibles vacunas contra el Ébola

Huelva.- Redacción

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) no dudó en declarar la "alerta sanitaria internacional" cuando, a mediados del pasado mes, los efectos del virus Ébola se fueron multiplicando hasta convertirse no solamente en una grave situación socio-sanitaria para varios países de África occidental sino, aun peor, la certera posibilidad de que se trasladase a otros continentes, Europa a la cabeza, por efectos de la inmigración. Ante este panorama, la OMS ha decidido acelerar los distintos ensayos clínicos que se llevan a cabo al objeto de evaluar e identificar las posibles vacunas y terapias que logren poner coto a la terrible enfermedad.

España como puerta de entrada desde el continente Africano y, mas concretamente, Andalucía, con sus conocidas "puertas" de entrada de miles y miles de personas a través de las distintas conexiones con poblaciones de la costa se convirtieron en punto de mira por parte de los expertos mundiales en esta dolencia. Mucho mas cuando, al día 6 de agosto de 2014, las cifras oficiales contabilizaban 1.779 casos de personas contagiadas de Ébola en las zonas africanas (Liberia, Guinea, Sierra Leona, Nigeria...) con el saldo de 961 fallecidos.

Una mortalidad del 54% hizo saltar todos los resortes para que, desde la O.M.S. se hiciera llegar un mensaje de SOS a toda la población y, particularmente, a los sanitarios que podrían entrar en contacto -de modo consciente o inconsciente- con personas afectadas. El Ébola llegaba a matar a mas del 80% de los afectados.

SIN TERAPIAS

Pero lo que agravó aun mas si cabe, el panorama fue la ausencia casi total de terapias que, con anterioridad, la literatura científica mundial hubiese demostrado su eficacia. Para los expertos, la única vía de posible solución a tan angustioso cuadro clínico fue la im-

plantación y administración de los llamados "tratamientos compasivos", esto es los que se basan en métodos de eficacia no demostrada pero que, cuando menos, pudieran aportar algún tipo de esperanza para frenar la infección y salvar vidas humanas.

En este contexto, la opinión pública española e internacional se conmovió con el traslado desde el Hospital Sant Joseph de Monrovia (Liberia) del Hermano Pajares, de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Este enfermero y sacerdote toledano fue evacuado, con una religiosa del mismo centro, en un traslado tan cargado de urgencias como de espectacularidad, por la adopción de rigurosas medidas para evitar el contagio del personal sanitario -médicos y enfermeras- que le trataron en una actuación para ser recordada. El ingreso en el Hospital Carlos III de Madrid supuso un halo de esperanza hasta que, a las pocas fechas de ser hospitalizado con todas las cautelas y prevenciones posible, Miguel Pajares dejaba de existir. Los efectos del Ébola se hacían, otra vez, fatalmente patentes y sin solución no ya para la depauperada sanidad africana sino para la española.

Todo se precipitó para que la OMS reuniera en la ciudad de Ginebra (Suiza) a los 200 expertos mas cualificados en dolencias infecciosas con el objetivo de poner en marcha un plan contra el reloj que evalúe e identifique las posibles vacunas y terapias para combatir esta epidemia. En concreto, los científicos están trabajando con 8 tratamientos experimentales y con dos vacunas que, por ahora, únicamente se han experimentado en animales. Entre los posibles tra-

tamientos se ha conocido la existencia de fármacos a base de productos sanguíneos, terapias autoinmunes, medicamentos antivirales o anticuerpos. Los primeros mensajes no podían ser mas esperanzadores en medio de tanta muerte por el virus Ébola: Existen distintas tecnologías de gran porvenir para desarrollar una vacuna contra el Ébola, si bien el hándicap es que la industria farmacéutica se debería enfrentar a un sistema de producción "demasiado costoso" en opinión de varios expertos.

► **La falta de terapias contra el virus potencia los esfuerzos para lograr "tratamientos compasivos".**

VOLUNTARIOS

La compañía multinacional GSK podría estar en condiciones de iniciar ensayos con personas voluntarias no contaminadas tanto en Estados Unidos como en el Reino Unido o Gambia. Pero toda la opinión pública conoció la existencia de un tratamiento convertido en una especie de "ley motiv": el ZMapp que fue administrado, en primer lugar, a tres ciudadanos norteamericanos contaminados por el virus de los que dos han logrado sobrevivir en cuestión de ocho días. El mismo tratamiento utilizado con el español Pajares que, fatalmente, no logró los mismos efectos. Lamentablemente, las dosis existentes del ZMapp rápidamente se agotaron, ante la frustración generalizada. Pero la lectura a esa "alarma sanitaria internacional" es que en distintas naciones del mundo se continúa trabajando para que el Ébola pase a ser un problema mas "pero no el mas grave que tiene sobre la mesa la OMS". De esta forma se ha sabido que en Canadá se estaría elaborando un producto del que saldrían al mercado miles de unidades, frente a las experiencias que se viven en Japón donde se anunció la posibilidad de dar fármacos antigripales como un hipotético freno para el Ébola._

UN VIRUS LETAL DEL AÑO 1976

El virus Ébola (nombre de un río de la zona congoleña), causa en el ser humano, según define la O.M.S., una enfermedad homónima y anteriormente conocida como "fiebre hemorrágica del Ebola". Los brotes de esta enfermedad infecciosa pueden llegar a alcanzar el 90%. Su origen está localizado en aldeas remotas de África occidental y central, cerca de la selva tropical. El virus se ha transmitido al ser humano por medio de animales salvajes y entre las personas se extiende por contacto directo. El virus fue detectado, por primera vez, en tiempo no muy remoto. (año 1976). La gran tragedia que mantiene en vilo a la humanidad es que, hoy por hoy, no se cuenta con tratamiento específico, ni vacuna, tanto para las personas como para los animales que lo desencadenan. El reto es real: dar con el remedio._

Salud asegura que "dejará de crecer el número de eventuales al 75%"

Huelva.- Redacción

La posibilidad de que, al fin, pueda comenzar a rectificarse la política de recortes aplicada de forma sostenida por la Junta y el SAS en materia del número de personal eventual nombrado al 75%, ha comenzado a ser una esperanza para miles de profesionales, tras conocerse el anuncio hecho por la consejera de Igualdad y Salud, María José Sánchez Rubio, en el sentido de que va a "dejar de crecer" el volumen de eventuales en función de los estudios, actualmente en curso. La posible cercanía de convocatorias electorales ha hecho su aparición.

La titular de la consejería de Igualdad y Salud, María José Sánchez Rubio, acudió al Parlamento de Andalucía y en el pleno celebrado el pasado 11 de septiembre, dejó caer el anuncio de que, a lo mejor, "dejará de crecer el número de (trabajadores) eventuales al 75%, al tiempo que hizo acompañar su presagio con otro anuncio: el gobierno andaluz "mejorará las condiciones laborales del personal eventual del sistema sanitario en la comunidad. La duda que no aclaró, en el pleno de la Cámara, es saber cuando se podrán ir reestableciendo los contratos al 100%.

DESPIDOS

Sánchez Rubio precisó en el antiguo Hospital de Las Cinco Llagas que "se está estudiando de forma detenida cuál es la mejor forma de hacerlo y cuál será el mejor calendario". Eso sí, la responsable sanitaria andaluza avanzó que este otoño que acabamos de inaugurar "ya dejará de crecer el número de eventuales nombrados al 75%". La consejera de Salud volvió a entrar en un terreno absolutamente polémico al afirmar que, merced a esas medidas de ajuste laboral en la plantilla general del SAS, se "consiguió evitar los 7.000 despidos, que habría supuesto el aumento de la jornada".

Igualmente, la consejera de Salud recordó que la Oferta de Empleo Público (OPE) para plazas en el SAS va a permitir "contribuir a generar estabilidad, no sin antes culpar al Gobierno de España de los duros recortes que, en los últimos tiempos, viene aplicando la Junta.

JORNADA LABORAL

Las manifestaciones en sede parlamentaria regional de la consejera de Salud han venido a producirse tras unas inmediatamente anteriores a cargo de la presidenta de la Junta de Andalucía, Susana Díaz, cuando, en los primeros días de septiembre/2014, sostuvo que durante el año 2015 los eventuales sa-

nitarios andaluces irían recuperando la jornada laboral. Al respecto, es preciso indicar que, en la actualidad, el número de eventuales en la sanidad pública andaluza superan las 7.000 personas.

- ▶ La consejera Sánchez Rubio anuncia en el Parlamento regional una "mejora en las condiciones laborales" de los mas de 7.000 trabajadores afectados.

El anuncio de Susana Díaz fue recibido con todas las cautelas dado que, desde que en el año 2012, la Junta de la que ella formaba parte como consejera de Presidencia, junto a José Antonio Griñán, las pérdidas de derechos en materia laboral (recortes y ajustes de todo tipo, incluidas la parte proporcional en las pagas extraordinarias) se han ido acumulando pese a la constante protesta de los or-



María José Sánchez Rubio, consejera de Igualdad y Salud

ganismos profesionales, caso de este Colegio Oficial de Enfermería de Huelva. Pero ahora, cuando aumentan los rumores de que podríamos estar ante un adelanto electoral, tanto la consejera sanitaria Sánchez como la presidenta Díaz, han dejado claro que las políticas de recortes podrían entrar en una nueva y esperanzadora etapa.



CONVOCA

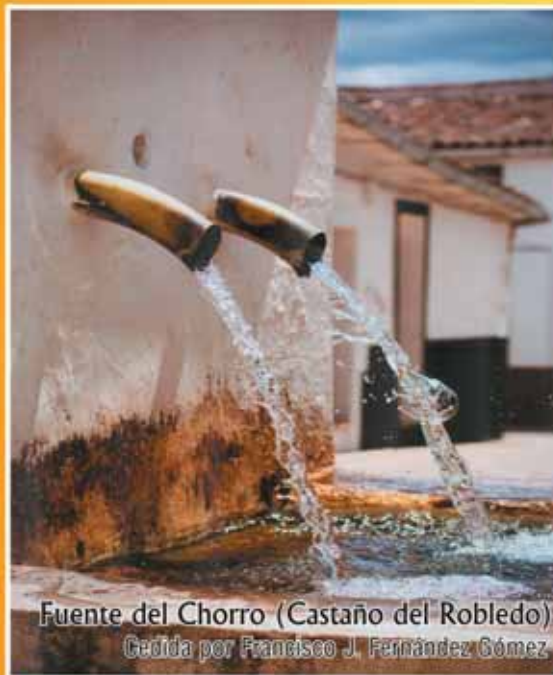
XXXI

Certamen de Investigación

en

Enfermería

CIUDAD DE HUELVA



Fuente del Chorro (Castaño del Robledo)
Cedida por Francisco J. Fernández Gómez

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 30 de Enero de 2015, 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. 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 2015.

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: colegiodehuelva@consejogeneralenfermeria.org

INFORMACIÓN:

<http://www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es>