

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERIA
DE HUELVA



enfermería

AÑO XVII

nº 56 Diciembre 2014

En el Colegio



LECCIONES DE PROTECCIÓN ANTE **EL ÉBOLA**

SALUD: LA OPE PARA EL OTOÑO DE 2015

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, n° 33, pral. izq.

21003 Huelva

Tel. 959 54 09 04

Correo electrónico:

Colegegiodehuelva@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 SAS Y OPE

6 CHARE DE LEPE/ESPECIALIDADES

8/13 EDEMA AGUDO

14/15 TALLER ÉBOLA

16/17 CALENDARIO 2015

18 CUIDADOS DE ENFERMERÍA/COMPLEJO HOSPITALARIO DE HUELVA

19/23 INFUSIÓN CON CATÉTER

24 MONITOR/061

25 PRUEBA VIH

26/29 VACUNA DE LA TOS FERINA Y EMBARAZO

30 NUEVO MINISTRO SANIDAD/POBREZA SANITARIA

31 FELICITACIÓN NAVIDAD

32 CARTEL CERTAMEN



ADIÓS A 2014, UN AÑO PLAGADO DE RECORTES Y PRECARIEDAD SANITARIA

Con el presente número, "**Documentos de Enfermería**" la cabecera por definición de la profesión en Huelva, cierra otro año más, y van diecisiete..., las ediciones correspondientes a 2014 cumpliendo, a su vez, el compromiso del Colegio Oficial en Huelva de mantener, a través del tiempo, una suerte de cordón umbilical tendido entre la corporación colegial y el colectivo de enfermeras y enfermeros repartidos por nuestra geografía provincial.

Es evidente que alcanzado el mes de diciembre del presente año se impone realizar un breve balance de lo que, sanitaria y profesionalmente hablando, ha sido el calendario que, muy pronto, vamos a dejar atrás. Y el diagnóstico no puede ser más palmario por pesimista. A lo largo de estos doce meses, la sanidad pública andaluza no ha vivido otra cosa que una situación sostenida en el tiempo de duro ajuste, recortes de toda índole, parálisis en dotaciones e infraestructuras y retroceso en cuanto a los (legítimos) intereses de la enfermería como uno de los principales soportes del Sistema sanitario.

No es necesario, a estas alturas, entrar en detalles sobre las precariedades que han presidido el devenir del SAS en estos úricos tiempos. La crisis, que ya dura demasiado tiempo, se ha crucificado a lo largo del 2014 y de ello dan fiel testimonio, por poner unos simples y explícitos ejemplos, las contrataciones precarias, las plantillas a la mínima expresión, los recortes y pérdidas salariales como en las pagas extraordinarias... todo ello traducido en altos niveles de paro, de frustración entre los más jóvenes, de emigración forzosa, todo como reflejo de un panorama que no invita al optimismo por mucho que la potente maquinaria de la Junta haya pretendido -vano intento- dibujar de una forma mucho más "amable" la marcha de los acontecimientos.

Menos mal que, al parecer, estamos ante un posible cambio de dirección. Sea porque nos encontremos en puertas de vivir un año electoral o por las razones que fuere, el caso es que se nos ha anunciado la acumulación de varias Ofertas de Empleo Público (OPE) para que en el próximo otoño se conviertan en realidad y podamos saludar la adjudicación de nuevas plazas de enfermería que, cuando menos, sirvan para desbloquear el panorama de tanto tiempo definitivamente estéril. Lo mismo podríamos decir de la política de inversión económica en salud y en la provincia de Huelva. El ejemplo del Chare para Lepe y la Costa occidental, con muchos años de incumplimiento sobre unas estructuras casi culminadas, ahorra más palabras que no sean la constatación de una penosa realidad. Si la proximidad de las urnas logran poner en marcha este importante dispositivo sanitario, bienvenido sea pero la incalificable parálisis para su apertura es algo que está ahí, como testimonio fehaciente de una feroz política de recortes.

Queremos dejar para el final de este comentario editorial la constatación de otro signo para la confianza. Se ha vivido en el Colegio mediante un Taller eminentemente didáctico-práctico sobre una enfermedad que mantiene en vilo a la población de todo el mundo: el ébola. Un virus que lejos de ser un problema exclusivo de salud pública, ahora mismo constituye una piedra de toque para distinguir a las organizaciones y colectivos que han decidido ponerse manos a la obra en la perentoria tarea de educar, informar, instruir y encauzar sobre cuáles han de ser la pautas de conducta del personal sanitaria, frente a tan delicado y frágil cometido.

El Colegio de enfermería de Huelva, consciente de su cometido y responsabilidad, no ha dudado en poner en pie esta herramienta que ya ha dado los primeros y más positivos resultados de los que se han beneficiado un grupo de profesionales de enfermería a los que, muy probablemente, sigan muchos otros vista que la apuesta del Colegio por estar acorde con las exigencias y los riesgos de los tiempos o admitan otra cosa para abrir horizontes de conocimiento para el mejor abordaje del paciente víctima del letal virus del ébola.

Con la esperanza de un nuevo año 2015 necesaria y suficientemente mejor que el actual, los más sinceros deseos de felicidad y prosperidad para los destinatarios de esta publicación, la enfermería onubense.



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 Profesionales 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 SAS UNE TRES OPE Y CONVOCA MAS DE 600 PLAZAS DE ENFERMERÍA

Huelva.- Redacción

La consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Andalucía ha decidido sacar a concurso en el próximo año 2015 una Oferta Pública de Empleo (OPE) que tiene la particularidad de reunir en una misma convocatoria las anunciadas, y no celebradas, OPE de los años 2013 y 2014 a las que, ahora, se va a unir la del 2015. Así lo ratificó el Servicio Andaluz de Salud (SAS) tras lograr su aprobación por vía de urgencia en la Mesa técnica de la administración sanitaria. La decisión expresada por la consejera de Salud, María José Sánchez, es que el examen estaría previsto realizarse en el próximo otoño de 2015. En la última oferta de empleo figuran 234 plazas de enfermería y 7 de matronas.

El SAS ha confirmado que la OPE de 2015 constará de 1.003 plazas de turno libre y 610 de promoción interna en el conjunto de todas las categorías profesionales presentes en el sistema. A enfermería le corresponden 324 plazas en concepto de turno libre además de 7 para especialistas matronas. Queda por concretar las plazas que se convoquen por el segmento de promoción interna, pendiente de concretar al cierre de esta edición, por parte de la mesa sectorial que configuran la propia administración y las organizaciones sindicales.

Enfermería

Cuando vea la luz oficial esta OPE, las plazas señaladas se deberán sumar a las de las convocatorias de 2014 -(en concreto 121 de enfermería y 3 de matronas)- así como las correspondientes



a la oferta pública del pasado 2013 -(que, recordemos ascendía a 256 para enfermeras y 12 de matronas)-. El resultado, cuando menos, configura una próxima OPE en la que saldrían a concurso un total de 611 plazas de titulados universitarios en enfermería y 22 puestos para las matronas.

Por lo mismo, la titular de la consejería de Igualdad y Salud, María José Sánchez Rubio, aludía a que se trata de la OPE más amplia del país al ser una OPE "agregada cuyo número de plazas está sujeto a las estrictas tasas de reposición impuestas por el Gobierno y que establecieron un

- ▶ **Se anuncia para el próximo otoño, la fecha inicialmente prevista del examen**

máximo del 10% para las convocatorias de 2013 y 2014 y de un 50% para la de 2015. Concretamente, las OPEs de los años 2013 y 2014 suman un total del, 407 plazas entre todos los niveles profesionales, a las que habrá que sumar más de 1.600 plazas de la OPE de 2015. Por lo tanto, estas tres convocatorias de OPE equivaldrá a que saldrán a concurso más de 3.000 plazas para las 55 categorías profesionales y especialidades presentes en el SAS.

Decreto

Al mismo tiempo, Salud dio a conocer su intención de que el nuevo Decreto resultante para la OPE de 2015 se vea publicado, de modo oficial, "en las primeras semanas de 2015" con el objetivo de que las tres ofertas de empleo en la sanidad pública regional salgan a concurso de forma conjunta y, por lo mismo, ello permitirá "rentabilizar el máximo esfuerzo de la administración en la realización del proceso selectivo y el esfuerzo de los profesionales aspirantes", según palabras de la consejera Sánchez Rubio.

Concurso de Traslado

En este mismo contexto de la "macro-OPE" próxima a ser realidad, después de varios años sin convocatorias, la administración regional afirmó que ya se encuentra en fase de trabajo el "próximo concurso de traslado para el personal fijo del SAS lo que, se ha apostillado, servirá para "mejorar las circunstancias de unos 4.000 profesionales ante la resolución de la citada Oferta pública de empleo" en la sanidad de Andaluz.

LA JUNTA ANUNCIA LAS OBRAS PARA CULMINAR EL CHARE DE LEPE

Huelva.- Redacción

EL Centro Hospitalario de Alta Resolución (Chare) de Lepe, una de las asignaturas más lamentables de la sanidad pública onubense, podría estar en su última y definitiva fase de resolución después de escribirse una desafortunada historia de largos años de demora para su conclusión y entrada en servicio. Ahora, la última novedad gira en torno al anuncio de la Junta de Andalucía de licitar las obras para la terminación de la instalación sanitaria. Un Chare que, recordemos, dará cobertura a cerca de 100.000 personas y que debió estar funcionando desde el año 2011.

El Chare de Lepe es, de largo, uno de los incumplimientos más sonoros de la administración regional en materia sanitaria para la provincia de Huelva. Fue en el ya lejano 2008 cuando las autoridades de la Consejería de Salud colocaban entre promesas grandilocuentes la "primera piedra" de un recurso llamado a dar la más óptima de las subsistencia no solamente a Lepe sino, además, a numerosas poblaciones de la costa occidental onubense, hasta la frontera con Portugal. Sin embargo, fueron pasando los años y la instalación quedó a medio terminar consumándose una palpable frustración ciudadana por no disponer de un Chare que, además de ahorrar kilómetros en desplazamientos de los pacientes hasta la capital de la provincia, supondría un salto cualitativo en la calidad de la asistencia en virtud de las prestaciones que comportaría su entrada en vigor.

Pero ahora, justo cuando estamos a punto de entrar en año electoral, la realidad del Chare de Lepe va a entrar en su ¿última? etapa a tenor de lo publi-

cado en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA) de fecha 10/noviembre/2014. En él se contempla el anuncio de la "licitación de las obras de terminación del Hospital de Alta Resolución de Especialidades para la Costa Occidental de Huelva por un presupuesto que asciende a 4.860.616,70 euros".

Fondos europeos

A raíz de hacerse público, de modo oficial, este anuncio, las empresas que optasen a concurrir al proyecto, tuvieron un plazo de 26 días hábiles desde su publicación para ir presentando la documentación pertinente. La Junta hizo una nueva previsión en torno a este más que polémico asunto apuntando a que las obras podrían arrancar "a comienzos de 2015". Es decir, en cosa de semanas. Los casi 5 millones de euros que se destinaron a lograr la apertura del Chare de Lepe proceden en un 80% de fondos de la Unión Europea (UE). Eso sí, la instalación paralizada desde hace años, se encuentra al 80% de su ejecución.

Ni que decir tiene que este largamente esperado nuevo hito para la sanidad pública de Huelva ha vuelto a alimentar las esperanzas de verlo hecho realidad en los casi 100.000 onubenses que van a poder contar con un centro sanitario de avanzada tecnología y, en consecuencia, prestaciones. Son los habitantes no solo de Lepe sino de Ayamonte, Isla Cristina, Cartaya, Sanlúcar de Guadiana, Villablanca y San Silvestre de Guzmán. Pero sin olvidar a los colectivos de profesionales sanitarios que-con enfermería al frente- hagan posible su funcionamiento-

LISTA DE ADMITIDOS PARA ACCEDER A LAS ESPECIALIDADES

Huelva.- Redacción

El Ministerio de Sanidad hizo público la lista, en primera instancia con carácter provisional, de los aspirantes admitidos y no admitidos, en la prueba de acceso selectiva para la formación en las diferentes especialidades de enfermería (Eir). El listado al completo lo han configurado un total de 16.338 enfermeras y enfermeros españoles que pugnaron por conseguir una de las 959 plazas ofertadas por la administración.

El Ministerio de Sanidad y Consumo dio a conocer, de modo oficial y con fecha del pasado 17/noviembre/2014, el listado provisional de aquellos aspirantes que han sido admitidos, como los no admitidos, a realizar la formación especializada del grado correspondiente al periodo 2014-2015 en las distintas titulaciones sanitarias, enfermería entre ellas, y por el sistema enfermería interna residente (Eir). Como se ha venido informando, el total de plazas posibles ascendió a 959 para el conjunto de la profesión española y las seis especialidades vigentes. De esa cifra, 67 fueron destinadas a personas afectadas de discapacidad.

Al respecto, la distribución de la presente convocatoria para enfermería fue la siguiente:

Enfermería Obstétrico ginecológica (matrona)	374 plazas
Enfermería en Salud mental	181
Enfermería Pediátrica	107
Enfermería Familiar y Comunitaria	267
Enfermería del Trabajo	19
Enfermería Geriátrica	11

En la página web del Ministerio de Sanidad, los interesados pueden comprobar el desenlace de las pruebas selectivas en forma de listado de la profesión de enfermería en el ámbito de las especialidades en el que, por otra parte, el número de plazas ofertadas no se corresponde con las auténticas necesidades de la población española.

ATENCIÓN INTEGRAL AL DIABÉTICO: UN 35% MENOS DE COMPLICACIONES

Huelva.- Redacción

La atención integral, o multidisciplinar, al paciente diabético ha permitido reducir en un porcentaje tan significativo como el 35% las complicaciones inherentes a esta patología. Así se ha puesto de relieve con ocasión de celebrarse el último Día Mundial de tan grave dolencia según consta en el último balance del Plan Integral para la Diabetes y del Proceso asistencial integrado de Diabetes Mellitus de la consejería de Salud de Andalucía. También se concreta que la mortalidad ha descendido en 5 puntos.

Los indicadores referidos a la incidencia de la diabetes en nuestra región son sumamente esperanzadores, Andalucía, conforme al anuncio de Salud, ha registrado un descenso progresivo de aquellas complicaciones que van asociadas a la evolución de la salud del paciente diabético. Lo ha ratificado el último resumen del Plan Integral contemplado para esta dolencia y el proceso asistencial integrado de Diabetes mellitus, la disminución de los problemas ha llegado a situarse en un 35% en cuanto es el porcentaje el que se reducen los ingresos de los enfermos diabéticos que sufren un ictus o un infarto agudo de miocardio como las primeras complicaciones crónicas.

Mortalidad

Otro índice relevante es el referido a que la mortalidad ha bajado hasta en 5 puntos, registrándose tasas inferiores a la media española, tanto en hombres como en mujeres, lo cual supone haberse invertido la tendencia que se venía comprobando desde la década de los años 90, cuando Andalucía arrojaba indicadores superiores a la media española. Igual ha sucedido con los años de vida potencialmente perdidos por esta enfermedad. En las mujeres ha bajado esta cifra en 10 puntos mientras entre los hombres ha llegado a 15 puntos.

Es la consecuencia, como subrayó la titular de Salud María José Sánchez Rubio, a "las acciones preventivas, diagnósticas, tera-



péuticas y de cuidados -(de enfermería)- impulsadas en Andalucía" que han hecho posible mejorar tanto la supervivencia como la calidad de vida de miles de personas afectadas por diabetes. Otro indicador significativo de cómo se aborda la atención al paciente diabético se encuentra en que nuestra comunidad está por debajo de la media española en el número de amputaciones.

De ello hablan parcelas tan importantes como las relativas al mejor control de la enfermedad, la educación diabetológica que recibe el paciente y la detección, en fase precoz, del pie diabético a través de los análisis periódicos de los pies tanto en el nivel de la atención primaria como en el hospitalario. A lo largo y ancho del año 2013, en nuestra región recibieron esta prestación un total de 265.044 pacientes, según los datos facilitados por la propia administración. En esta misma línea, se han creado los denominados "primeros grupos multidisciplinarios de atención al pie diabético con alto riesgo de amputación", lo cual ha deparado una atención más ágil y eficaz.

De Día

Es preciso destacar la labor desarrollada desde los Hospitales de Día de Diabetes por cuanto han aportado una atención

integral y, a la vez, próxima. Mediante estos dispositivos se acerca la atención especializada al enfermo sin que haya por medio la necesidad de ingreso hospitalario lo que se traduce en unas menores esperas, un mejor seguimiento de la dolencia y en coordinación con el personal de la atención primaria. Al respecto, Salud ha asegurado que la puesta en funcionamiento de estos dispositivos de Día ha logrado reducir nada menos que en un 50% los ingresos por causa de esta patología en el conjunto de

Población identificada

En el Proceso asistencial integrado de Andalucía frente a la Diabetes se encuentran incluidos un total de 564.327 pacientes, según los datos aportados desde la consejería de Salud. De ellos, un 48,81% son mujeres frente al 54,21% de hombres. Esta cifra significa una aproximación bastante real a la prevalencia de la diabetes conocida. Igualmente, se ha conocido que el 7% de la población de Andalucía está "identificada y en seguimiento" dentro del citado Proceso asistencial integrado de la enfermedad diabética.

“INTERVENCIÓN ENFERMERA DE EMERGENCIA EN EL EDEMA AGUDO DE PULMÓN: UTILIZACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA”

Autores

- ▶ Sánchez Ponce, Laura
- ▶ Sotillo Hidalgo, Ricardo
EPES Sevilla

▶ RESUMEN

La evolución del registro enfermero en emergencias sanitarias y las propias decisiones que toman los profesionales de enfermería en sus intervenciones, han hecho posible una atención sanitaria integral a los pacientes en situaciones críticas. Una de las intervenciones de enfermería que ha mejorado la eficacia en el tratamiento del edema agudo de pulmón, es la ventilación mecánica no invasiva mediante presión positiva continua en la vía aérea. En este trabajo hemos buscado las relaciones entre la intervención enfermera “Información preparatoria sensorial” y la eficacia en la ventilación mecánica no invasiva. Para ello contamos con una muestra de 174 historias clínicas de pacientes atendidos por edema agudo de pulmón en el servicio provincial del 061 de Sevilla durante el año 2013. Los pacientes presentaban a la llegada del equipo unos parámetros objetivos de morbilidad junto con otros parámetros subjetivos del proceso. En un porcentaje mayoritario, los pacientes a los que se les aplica la intervención enfermera, tolera el dispositivo de ventilación mecánica no invasiva. Con respecto a la relación existente entre la eficacia del tratamiento y la aplicación de la intervención enfermera, se obtuvo un resultado estadísticamente significativo duplicando el porcentaje de pacientes con resultado negativo. Concluimos por tanto, que la intervención enfermera “Información preparatoria sensorial” se mostró como un predictor de eficacia en su aplicación previa a la ventilación mecánica no invasiva en pacientes con edema agudo de pulmón.

▶ PALABRAS CLAVES:

Edema agudo de pulmón, presión positiva continua en la vía aérea, ventilación mecánica no invasiva, Información preparatoria sensorial, intervención enfermera.

▶ ABSTRACT

The evolution of the nurse register in sanitary emergencies and the own decisions made by nursing professionals in their interventions, has allowed patients in critical situations to get a holistic health assistance. One of the nursing interventions which have improved the efficiency in the treatment of acute pulmonary edema is the non-invasive mechanical ventilation by means of continuous positive airway pressure. In this research we have examined the relations between the nursing intervention ‘sensorial preparatory information’ and the efficiency of the non-invasive mechanical ventilation. To this effect we analysed 174 medical records of patients with acute pulmonary edema who were attended by the emergency service 061 in Seville during the year 2013. Patients showed at the emergency staff arrival, objective parameters of morbidity, along with other subjective parameters of the process. In those cases in which the patient is taken under nurse care, the non-invasive mechanical ventilation is tolerated better. As far as the relation between the efficiency of the treatment and the nursing intervention is concerned, we get a statistically significant result. Therefore, we conclude that the nursing intervention ‘sensorial preparatory information’ shows to be an efficient predictor in its previous application to the non-invasive mechanical ventilation in patients with acute pulmonary edema.

▶ KEY WORDS

Acute pulmonary edema, continuous positive airway pressure, non-invasive mechanical ventilation, sensorial preparatory information, nursing intervention.

1. INTRODUCCIÓN

La evolución en los últimos 25 años en cuanto a los dispositivos de urgencias, ha sufrido una gran transformación tanto a nivel tecnológico como a nivel de eficacia¹. Claro ejemplo de ello son el soporte vital avanzado en el politraumatizado, la atención rápida a la cardiopatía isquémica o los dispositivos de soporte prolongado del paciente

crítico (ventilación mecánica, monitorización hemodinámica, etc.). No siendo tratado de la misma manera el cuidado integral de la persona en situación crítica, ya que la misma es la que mayor vulnerabilidad presenta en la casuística de la atención especializada, reduciéndose de forma desproporcionada la atención enfermera al paciente crítico centrándose en un adecuado manejo de ciertas situaciones fisiopatológicas y de una tecnología derivada.

El modelo sanitario público en la actualidad en España, es un servicio dirigido al ciudadano en el cual se debe buscar los criterios de calidad asistencial, así como la eficiencia de la misma ya que nos encontramos hoy día con una sociedad cada vez mejor informada y más exigente con los servicios sanitarios. Adecuándose a los principios básicos de cualquier organización pública moderna como son el principio de servicio al administrado, el principio de eficacia administrativa, el principio de calidad del servicio, el incremento y el marco de desarrollo profesional así como una gestión eficaz¹.

Además de lo anteriormente referenciado, la enfermería debe responder a las necesidades de las personas para la gestión de su propia salud y de sus autocuidados, así como los cuidados tradicionales, competencias que han sido históricamente tratados por la enfermería.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que “el ejercicio de la enfermería es un valioso recurso para la salud”¹ entendiéndose este como un valor independiente al resto de grupos profesionales y útil para aquellas personas que lo requieran.

Esta misma organización establece un concepto más ideal con respecto a la definición de la Salud, que data del año 1948, y sigue siendo todavía válida hoy en día, dado que va más allá de un logro social o del concepto único de enfermedad y que según la cual: “La salud es un estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de daño y enfermedad”².

Desgranando dicha definición habría que resaltar algunos aspectos del mismo, como puede ser la orientación positiva que la OMS confiere a la salud, al considerarla como la ausencia de todo síntoma de la enfermedad y la concepción de la salud de una manera integral y multidisciplinar, al incorporar no solo aspectos relacionados con la salud física sino que también trata de manera simultánea otros aspectos como son los psíquicos y los sociales. En este contexto los cuidados de enfermería se ven apoyados en dicho concepto.

La enfermería cada vez va tomando decisiones más responsables basadas en conclusiones de investigación (evidencia), apoyado en una formación continua y permanente que ayuda a la independencia y el desarrollo profesional¹.

Posteriormente debemos conseguir un cambio conceptual en lo que se refiere a la forma de entender el cuidado, realizando un cambio en nuestra disciplina con el fin de beneficiar al ciudadano. En este sentido debemos implementar dicho concepto en todos los ámbitos de la enfermería, para ofrecer cuidados enfermeros de calidad científica, técnica y humana.

Como indica Bocanegra A, et al¹, la enfermería proporciona unos cuidados de calidad al paciente, con respecto a un modelo establecido y un método científico, para así establecer las necesidades que tiene dicho paciente conforme a sus manifestaciones de dependencia e independencia; y alcanzar los objetivos esperados para que minimicen o favorezcan la desaparición de esos problemas, ejecutando para este fin, unas intervenciones y una evaluación del proceso para determinar en qué medida se han modificado los indicadores de resultados esperados.

Para una mejor comprensión de este texto, se debe tener en cuenta el concepto de intervención de enfermería, el cual es “Todo trata-

miento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado en el paciente”³.

Teniendo en cuenta lo anteriormente citado es necesario conocer los progresos establecidos en la actualidad con respecto a las áreas más relevantes en cuanto a cuidados al paciente en el ámbito de la atención urgente/emergente, en las que destacan¹:

- Detección de pacientes vulnerables y su derivación.
- Valoración del dolor del paciente mediante escalas adaptadas a cada tipo de paciente.
- Y por último, significando que el estudio de este trabajo se centra en este apartado, es la tolerancia a la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) mediante la mascarilla de presión positiva continua en vías aéreas (CPAP), una intervención de enfermería clave, para que el paciente se adapte a este dispositivo y beneficiar el procedimiento terapéutico indicado, buscando el mayor beneficio al paciente.

En relación al cuidado de enfermería en el paciente con tratamiento de CPAP es necesario para el éxito del mismo, establecer la situación de intolerancia al dispositivo en el historial del paciente, explicando las distintas dificultades que se han encontrado ya que es una evidencia básica esta situación. En la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES), la intervención Enfermera 3302 manejo de la VMNI, es una evidencia básica en el cuidado de estos pacientes¹.

Por ello, no es menos importante realizar desde el principio del tratamiento una monitorización eficaz, la cual muestre la evolución que ha tenido el paciente con respecto a la disnea y su respuesta al cuadro de enfermedad.

2. MÉTODO

2.1. Diseño metodológico

Este estudio corresponde a un diseño descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes con edema agudo de pulmón (EAP), desde el 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2013, atendidos por los equipos de emergencia del 061 de Sevilla.

2.2. Características de la muestra

En total existen 174 historias clínicas de las cuales se rechazaron 10 de ellas por contener algún criterio de exclusión, por lo que la muestra de nuestro estudio son 164 casos.

Se ha analizado la eficacia del tratamiento en pacientes que se les aplicó la CPAP dando una información preparatoria sensorial previa.

En segundo lugar, se ha llevado a cabo un seguimiento de los pacientes a través de la historia única de salud del Servicio Andaluz de Salud (DIRAYA) observando su estancia hospitalaria, así como las distintas altas, bien sea que el paciente haya sido trasladado a la planta del hospital, a su propio domicilio o por defunción.

2.2.1. Criterios de inclusión:

Se incluyeron todos pacientes que sufrieron un EAP en el año 2013 y fueron atendidos por los equipos de emergencia del servicio provincial del 061 de Sevilla. Para ello se seleccionaron aquellos casos cuyos

códigos de la CIE9 son 428.1 (fallo cardiaco lado izquierdo. Edema agudo pulmón) y 518.4 (edema agudo pulmón).

2.2.2. Criterios de exclusión:

Se excluyeron 10 historias clínicas por los siguientes motivos:

- No se consideró aquella demanda procedente de otro centro hospitalario, por no tener valoración previa a la colocación de la CPAP.
- Transporte por otra ambulancia.

Por consiguiente, nuestra muestra contará con un total de 164 historias clínicas.

2.3. Variables a estudio

Las variables de estudio son las siguientes:

- Edad: en el momento de la asistencia. Variable cuantitativa continua
- Sexo: variable cualitativa dicotómica.
 - Valores: hombres (1) / mujeres (2).
- Antecedentes: patología o patologías que tienen los pacientes en el momento de la asistencia sanitaria. Codificadas como una variable cualitativa dicotómica que toman valores: SI (1) y NO (0).
 - Hipertensión arterial (HTA).
 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
 - Diabetes.
 - Insuficiencia respiratoria crónica.
 - IAM.

Además se ha considerado la posibilidad de otros antecedentes, recogidos en un campo diferente en formato de texto abierto.

- Parámetros clínicos a la llegada del equipo de emergencias al lugar de la asistencia. Variable cuantitativa con dos decimales.
 - Frecuencia respiratoria (Fr).
 - Frecuencia cardiaca (Fc).
 - Tensión arterial sistólica (TAS).
 - Tensión arterial diastólica (TAD).
 - Saturación de oxígeno (Sat O₂).
- Parámetros clínicos tras la colocación de la CPAP. Variable cuantitativa con dos decimales.
 - Fr. tras la CPAP (Fr_CPAP).
 - Fc. tras la CPAP (Fc_CPAP).
 - TAS. tras la CPAP (TAS_CPAP).
 - TAD. tras la CPAP (TAD_CPAP).
 - Sat O₂ tras la CPAP (Sat O₂_CPAP) en porcentajes.
- Tiempo de soporte ventilatorio: minutos que transcurren desde la llamada telefónica en el Centro de Coordinación de EPES, hasta la colocación de soporte ventilatorio. Variable cuantitativa continua.
- Aplicación de la NIC (Información preparatoria sensorial): realización de la intervención enfermera. Variable cualitativa dicotómica.
 - Valores: SI (1) / NO (0).
- Utilización de la CPAP: aplicación de la CPAP. Variable cualitativa dicotómica.
 - Valores: SI (1) / NO (0).

- Tolerancia a la CPAP: es la adaptación a la CPAP. Se observa a través de las historias clínicas cuando se da el comentario “tolerancia CPAP”. El valor “no procede” se ha aplicado a los pacientes que no se les colocó la CPAP. Variable cualitativa politómica.
 - Valores: SI (1)/ NO (0) / No procede (2).

- Eficacia del tratamiento: los parámetros para valorar la eficacia del tratamiento son:
 - Fr.
 - Sat O₂.

Y también cuando aparece el comentario “evolución favorable” por el facultativo médico. Variable cualitativa dicotómica.

- Valores: SI (1) / NO (0).
- Estancia hospitalaria: tiempo que transcurre una persona desde la entrada en el hospital por el equipo de emergencias, hasta que es dado de alta (domiciliaria, planta de hospital, defunción). Variable cuantitativa discreta.
- Mortalidad: fallecimiento de los pacientes atendidos por el equipo de emergencias durante el servicio o en el hospital. Esta variable se ha obtenido de la historia única de salud del Servicio Andaluz de Salud (DIRAYA). Variable cualitativa dicotómica.
 - Valores: SI (1) / NO (0).
- Traslado hospitalario: evacuación de los pacientes a un centro hospitalario. Variable cualitativa dicotómica.
 - Valores: SI (1) / NO (0).

2.4. Procedimiento

Se han cuantificado todas las historias clínicas de EAP y analizando aquellas con indicación de CPAP, destacando las que se les aplicó la intervención enfermera, NIC: “Información preparatoria sensorial”.

2.4.1. Método de recogida de datos

Se han seleccionado los pacientes con EAP registrados en el Sistema de Información de EPES con códigos CIE 428.1 y 518.4. La información se ha recogido de las historias clínicas de EPES y para la cumplimentación de la mortalidad de los pacientes incluidos en el estudio, se ha consultado la historia única de salud del Servicio Andaluz de Salud (DIRAYA).

2.4.2. Método de registro de datos

Se ha diseñado una base de datos para la recogida de información necesaria para llevar a cabo el estudio, en formato Access para Microsoft Office® versión 2010.

Una vez cumplimentada toda la información, se llevó a cabo un proceso de depuración en una hoja de cálculo Excel para Microsoft Office® versión 2010. Tras este proceso, se volcó en el software estadístico SPSS versión 22.0. para su análisis.

2.5. Consideraciones éticas

En todo el proceso se ha tenido en cuenta la confidencialidad y protección de los datos del usuario. Este estudio ha obtenido el permiso de acceso a los sistemas de información de EPES.

Para garantizar la confidencialidad de la información todos los datos recogidos en este proyecto han sido registrados de forma anónima, siguiendo estrictamente las normas de Helsinki y las leyes de protección de datos (ley 14/1999) y de protección de los derechos de los pacientes (ley 15/2002).

2.6. Análisis de datos

Para el análisis de los datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS® versión 22.0.

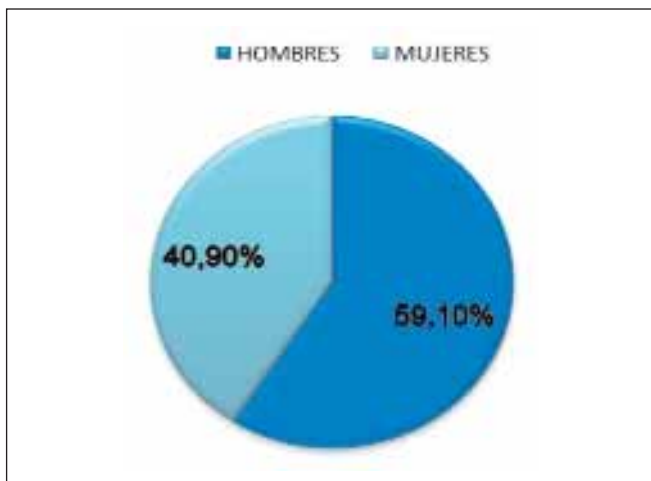
Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables del estudio, obteniendo las medidas cuantitativas, de tendencia central (media, mediana), de dispersión (desviación estándar) y de posición (percentiles, rango intercuartílico), y las cualitativas, como frecuencias absolutas y relativas (en porcentajes). Se ha comprobado la existencia de normalidad en las variables objeto del estudio a través del test de Kolgomorov-Smirnov, para aplicar la técnica estadística adecuada (paramétricas / no paramétricas). Para la estadística inferencial, se ha utilizado el test t-student para datos apareados en el caso de muestras de medias o U de Mann-Whitney en caso de pruebas no paramétricas y la prueba de 2 o test exacto de Fisher comparación de variables cualitativas. Se trabajó a un nivel de significación $p < 0,05$.

3. RESULTADOS

El estudio se realiza desde el mes de enero hasta diciembre del año 2013 donde se han producido 174 casos prehospitalarios de EAP, aunque del total se desecha 10 por contener algún criterio de exclusión.

El porcentaje de varones en este estudio de 59,10% del total de pacientes y de un 40,90% en el caso de las mujeres.

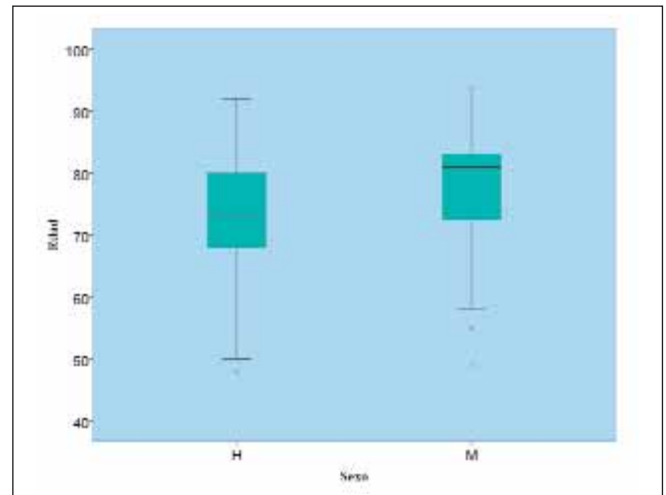
Gráfica 1: Distribución de la muestra según género



La edad total de los pacientes atendidos estuvo comprendida entre 48 años y un máximo de 94 años. Siendo la edad media de la muestra de 74,77 años \pm 9,640 y su mediana corresponde a 76 años [69,00; 82,00].

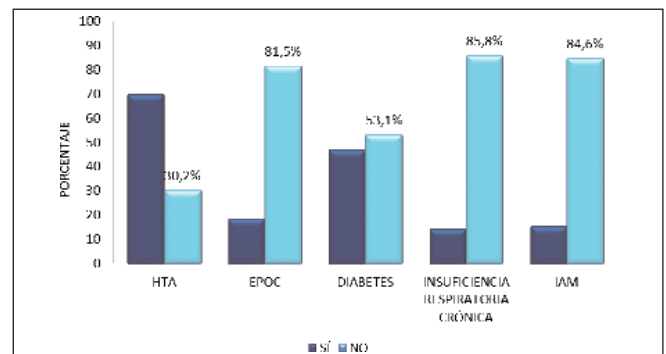
En relación al género, las mujeres tienen una mayor edad que los hombres, con una media de 77,88 (\pm 8,9) y 72,63 (\pm 9,6), respectivamente, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,001$).

Gráfico 2: Relación de la muestra según edad y género



Del total de pacientes, se ha obtenido como resultado que 162 (98,8%) tienen antecedentes personales, siendo estos HTA (69,8%), EPOC (18,5%), diabetes (46,9%), insuficiencia respiratoria crónica (14,2%), IAM (15,4%), los más frecuentes.

Gráfico 3: Distribución porcentual de los antecedentes de los pacientes atendidos



En menor frecuencia, los pacientes analizados presentan dislipemia (12%), insuficiencia cardíaca (8,6%), entre otros.

Con respecto al tiempo que transcurre en estos pacientes ($n=155$; 94,51%) desde la llamada telefónica al Centro de Coordinación de EPES hasta la aplicación del soporte ventilatorio, teniendo en cuenta que existen 9 casos en los que no se recoge esta información por falta de datos, tiene una mediana de 42,33 minutos (32,33; 58,18).

Del total de pacientes estudiados, existen un 72% de ellos que se les aplicó el uso de CPAP; significando que un 28% no se les colocó debido al empeoramiento del paciente tras la valoración del equipo de emergencia o por la no necesidad del estado del paciente.

Gráfico 4: Porcentaje de utilización de la CPAP

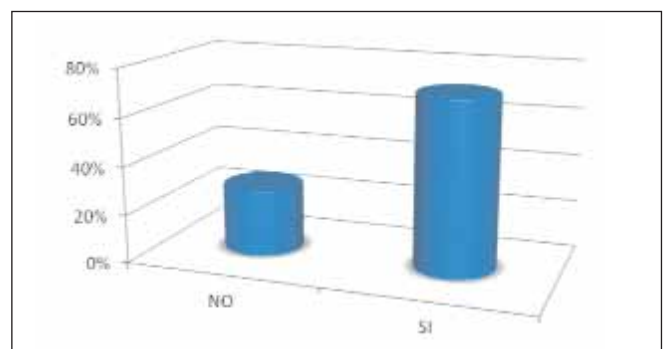
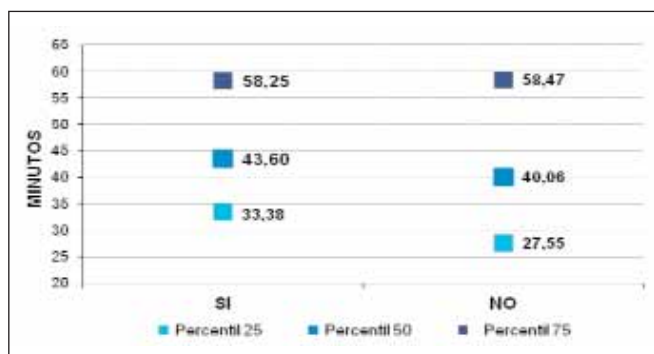


Gráfico 5: Distribución de tiempo del soporte ventilatorio



En aquellos pacientes que se le colocó la CPAP (n=113), el tiempo que transcurrió tiene una mediana de 43,60 minutos (33,38; 58,25), mientras los pacientes a los cuales les fue aplicado otro tipo de soporte ventilatorio, tiene una mediana de 40,06 minutos (27,55; 58,47).

Comparando los parámetros clínicos tras la colocación de la CPAP con respecto a los obtenidos a la llegada del equipo de emergencias, se observa que la diferencia es estadísticamente significativa como se muestra en las tablas 1 y 2.

Tabla 1: Parámetros a la llegada al lugar por el equipo de emergencias sanitarias

PARÁMETROS A LA LLEGADA DEL EQUIPO DE EMERGENCIAS SANITARIA				
	n	Media	Desviación típica	Mediana
Fc	164	110,46	22,608	110
Fr	164	24,66	6,399	25
TAS	162	163,11	37,762	165
TAD	162	96,32	23,297	93
Sat O ₂	164	76,37	14,37	80

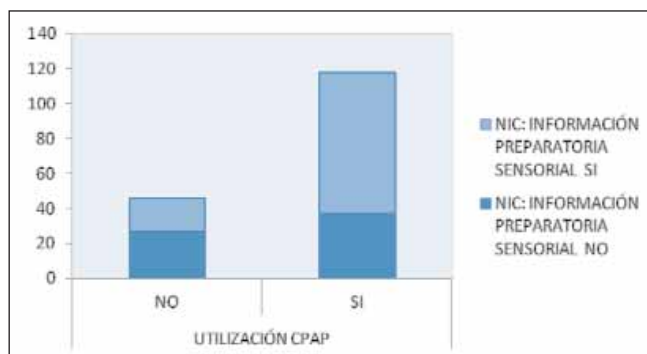
Tabla 2: Parámetros obtenidos tras la colocación de la CPAP

PARÁMETROS TRAS LA APLICACIÓN DE LA CPAP				
	n	Media	Desviación típica	Mediana
Fc_CPAP	164	106,62	23,14	108,00
Fr_CPAP	164	22,30	7,64	22,00
TAS_CPAP	162	152,66	32,23	153,00
TAD_CPAP	162	89,11	21,69	85,00
Sat O ₂ _CPAP	164	95,39	5,29	97,00

En referencia a las tablas anteriores, los resultados tanto en la Fc, Fr, TAS y TAD, tras la aplicación de la CPAP, provocó una disminución en la media. Asimismo se observó una subida en la Sat O₂, siendo favorable en ambos casos para el paciente.

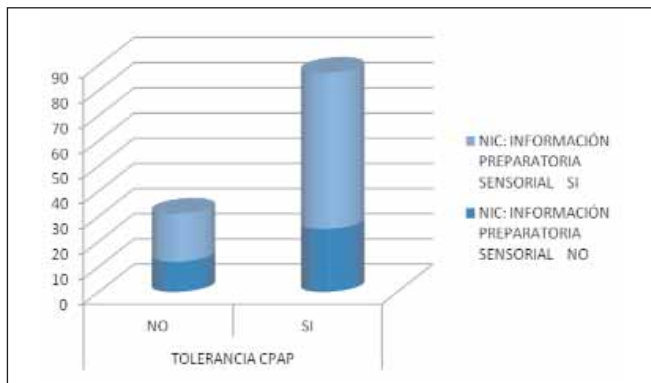
Por otro lado en el gráfico 6 se observa, que del total de pacientes atendidos (n=164), el resultado obtenido es la colocación de la CPAP a 118 (71,95%) de ellos y de éstos (n=118) se les aplicó la intervención enfermera a 81 (68,64%) y no se les informa a 37 (31,35%) pacientes. Por el contrario, no fue colocada la CPAP a 46 (28,04%), teniendo una información preparatoria sensorial en 19 (41,30%) de los casos y no se les informa a 27 (58,69%) de éstos.

Gráfico 6: Utilización de la CPAP en relación con la NIC: Información preparatoria sensorial



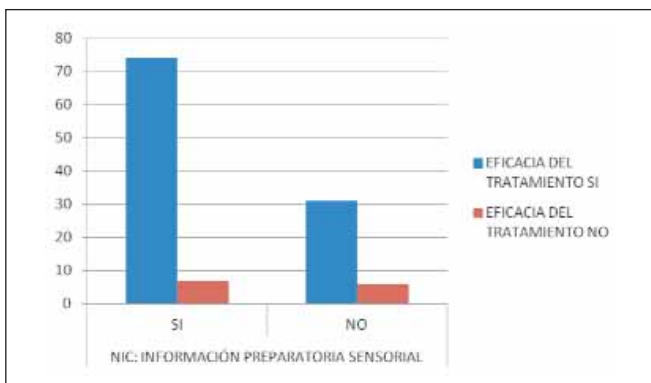
Referido en el gráfico 7, de los pacientes que se les colocó la CPAP (n=118), observamos que aquellos que se les realizó la intervención enfermera (n=81; 68,64%), existió una tolerancia de la CPAP en 62 pacientes (76,54%) y no toleraron la misma, 19 (23,45%) de ellos. Aquellos pacientes que no se le aplicó la intervención enfermera (n=37; 31,35%), toleraron 25 (67,56%) y no toleraron 12 (32,43%).

Gráfico 7: Utilización de NIC: Información preparatoria sensorial, con respecto a la tolerancia de la CPAP en pacientes que se les aplica la CPAP



Con respecto a la relación existente entre la NIC: "Información preparatoria sensorial" y la eficacia del tratamiento, se observa, que siendo n=118 aquellos pacientes que se aplica la CPAP, se les dio una información preparatoria sensorial a 81(68,64%) de ellos, siendo eficaz el tratamiento en 74 (91,35%) pacientes y negativo en 7 (8,64%). Por otro lado, los pacientes que no se les dio la información preparatoria sensorial fueron un total de 37 (31,35%), siendo eficaz el tratamiento en 31 (83,7%) de ellos y siendo ineficaz en 6 (16,21%).

Gráfico 8: Relación existente entre la NIC: Información preparatoria sensorial, con respecto a la eficacia del tratamiento en pacientes que se les aplica la CPAP



Con respecto a la mortalidad, se obtiene un resultado de 9 pacientes (5 hombres y 4 mujeres), siendo la edad media de 78,22 años \pm 10,952 y su mediana corresponde a 83 años [71,00; 85,00]. Su estancia hospitalaria tuvo una media de 1,11 días, hasta que se establece el alta hospitalaria por defunción. Los antecedentes más frecuentes son: HTA (100%), EPOC (22,2%), Diabetes (33,3%), entre otros.

Del total de estos pacientes, se les aplicó la CPAP a 6 de ellos, de los cuales 3 se les informó correctamente y toleraron bien la CPAP, teniendo el tratamiento un carácter eficaz en dichos pacientes.

4. DISCUSIÓN

La hipótesis de nuestra investigación quiere demostrar la correcta utilización y eficacia de la intervención enfermera, en concreto, la información preparatoria sensorial, que se realiza previa a la aplicación de la VMNI en pacientes que tienen EAP.

Los resultados obtenidos con respecto a la eficacia de esta intervención enfermera, nos muestra que de 81 pacientes a los que se les aplica la NIC, 74 obtienen una eficacia en el tratamiento de la CPAP, frente a los 31 que no se les aplica. Podemos observar que la proporción de pacientes en los que no resulta eficaz el tratamiento, se duplica en aquellos que no se les aplica la NIC. (74/7 frente a 31/6).

Uno de los motivos de complejidad de este estudio, está relacionado con al menos dos dimensiones: la concomitancia de patología en este proceso (HTA asociada, diabetes, EPOC, etc.) y por otro lado, la circunstancia que se desarrolla en la asistencia prehospitalaria al ser una patología tiempo dependiente (acompañamiento al familiar, compresión del proceso, etc.). A esto le añadimos, que el tiempo transcurrido desde que entra la llamada en el Centro de Coordinación de EPES hasta que se coloca la VMNI, es de mediana 43,60 minutos, y durante este tiempo se está realizando otras intervenciones en la asistencia.

La medición de las variables de estudio supone sin duda una limitación a este trabajo y que está relacionada con ambas dimensiones. En primer lugar, las medidas de la Fc, Fr, TAS, TAD, Sat O₂, que se toman al inicio de la asistencia y se monitorizan durante la misma, no existiendo una homogeneidad en los tiempos de monitorización, lo que podría suponer un sesgo de medición que hemos tratado de reducirlo utilizando las medidas de tendencia central y de dispersión en cada uno de ellos.

En este estudio hemos trabajado con datos obtenidos en la historia clínica de movilidad y de registro enfermero de papel. Ambos registros son similares y recogen la misma actividad, aunque la introducción de la historia clínica de movilidad facilita al profesional de enfermería, en primer lugar una mayor información de la situación basal del paciente y en segundo lugar, una guía para la aplicación de cuidados enfermeros en los diferentes procesos patológicos. En futuros estudios en este ámbito, la homogenización de parámetros, una mayor información clínica del paciente, y otros factores vinculados a las nuevas tecnologías, nos van a permitir conocer más de cerca los datos objetivos de estos procesos y al mismo tiempo avanzar hacia una mejora en la asistencia sanitaria.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Bocanegra Pérez A, Rojas Jiménez AM, Ríos Ángeles A, Martín Reyes B, Sánchez Almagro CP, Coca Boronat E, et al. Cuidados de enfermería en la atención extrahospitalaria. Málaga: Empresa Pública de Emergencias Sanitarias; 2014.
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Nueva York: Official Records of the World Health Organization; 1946 [actualizado 7 Abril 1948; citado 11 Marzo 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.
3. Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5 ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

EL COLEGIO DE HUELVA REALIZA UN TALLER SOBRE COMO ACTUAR Y PROTEGERSE DEL ÉBOLA

Huelva.- Redacción

El Colegio Oficial de enfermería de Huelva acaba de realizar, con pleno éxito, una formación que, por los índices de satisfacción recibidos a cargo de los profesionales asistentes, podría inaugurar próximas ediciones tenida en cuenta su enorme actualidad, vigencia, y utilidad en su contenido. Se trata del "Taller sobre el virus del Ébola, Protocolos, Equipos de protección individual y modos de actuación del personal" que, con una duración de 5 horas repartidas por varios días, ha merecido un respaldo unánime.

- El éxito alcanzado podría suponer futuras convocatorias vista la inquietud y demanda de los colegiados onubenses

Si existe, en la hora actual, un problema sanitario tan abrumador, por su complejidad y falta de solución definitiva, este no



es otro que el originado por el ébola. España ha vivido, recientemente, semanas y meses de enorme carga informativa y social a raíz de producirse el contagio de dos misioneros-sanitarios en África, fatalmente fallecidos, además del caso de la auxiliar de enfermería madrileña contagiada por primera vez en España y Europa con tal letal enfermedad. El colectivo de enfermería, por su trato cercano y directo con el paciente, ha venido demandando, desde el primer momento, la mayor y más completa infor-

mación y pautas de conocimiento para estar en condiciones de afrontar el cuidado de estos pacientes con los mayores cotas y niveles de información, seguridad, protección y eficacia.

Una vez celebrada en el Consejo General un importante foro alrededor de este mismo capítulo y consciente de ese mismo estado de inquietud generalizada traducida en peticiones en demanda por parte de los profesionales y, muy especialmente, de los adscritos a dispositivos y unidades de enfermedades infecciosas, el Colegio Oficial de enfermería de la provincia de Huelva no dudo en poner manos a la obra y, en corto espacio de tiempo, desde su área docente, programó el I Taller sobre el ébola, protocolos, equipos de protección individual y modos de actuación para el profesional". Y el resultado a esta experiencia lo resumía de este modo el presidente del Colegio, Gonzalo García Domínguez.

Protección

"Para todos nosotros, ha sido un auténtico hallazgo haber promovido, en plenas crisis de la dolencia tanto en África como en los cinco continentes, un foro de conocimiento específico acerca del ébola y las





pautas de comportamiento que aseguren la protección del profesional. Debo significar, ante todo que la respuestas de los asistentes al Taller ha sido tan reconfortante como seguro que estábamos en la oportunidad de su realización. El éxito logrado nos va a plantear que, de cara al futuro, no descartamos promover nuevas ediciones acerca de esta misma temática. Esencialmente por cuanto se ha abordado desde una optica eminentemente práctica cual es la realidad de una dolencia de tanta complejidad como supone el abordaje y atención al paciente víctima del ébola especialmente para la enfermería y llevado a cabo desde

un punto de vista riguroso y plenamente actual".

El responsable colegial razonaba, igualmente, la trascendencia y significado de estas enseñanzas: "Vivimos en una provincia con una presencia y movimientos importante de ciudadanos procedentes de distintas naciones de África y, por lo mismo, creímos cumplir con nuestra obligación de ofertar al personal colegiado de enfermería cuáles son las pautas de comportamiento mas serias y contrastadas que se tienen conocimiento en torno al tratamiento de una patología de la que, por desgracia, aún se desconoce la solución clínica final que, ojalá, llegue muy pronto en forma de vacuna. Es por ello que el Colegio de enfermería de Huelva agradece tanto al compañero experto que impartió las enseñanzas como a los asistentes el alto nivel de implicación en este novedoso Taller que, insisto, ha respondido a las expectativas por su carácter pionero y de lecciones practicas, lo que es justo lo que demanda la profesión".

Objetivos

De forma resumida, digamos que el Taller -que tuvo una duración de 5 horas repartidas en varias jornadas- tuvo como objetivos, entre otros, los de informar a los alumnos de la situación epidemiológica actual del ébola, la forma de aplicar el protocolo internacional del tratamiento de esta enfermedad virina, dar a conocer cuáles son los medios de transmisión, agentes, y delimitar la situación actual de la enfermedad en África y, también, en el resto del mundo, así como conocer y valorar las manifestaciones clínicas de la grave dolencia, sin olvidar el conocimiento para prevenir y controlar la infección de zonas hospitalarias y extrahospitalarias, aprender a realizar un correcto aislamiento del paciente, sea en ámbito hospitalario como extrahospitalario y, finalmente, una asignatura tan esencial como es el aprendizaje, manejo y uso del Equipo de protección individual. Las enseñanzas han corrido a cargo de Marco Antonio Díaz Cordero, enfermero del servicio de emergencias 061 en Huelva y experto en logística sanitaria en misiones humanitarias y enfermería tropical.

Miles de muertos y damnificados

Las secuelas del ébola en Africa occidental siguen arrojando un balance sencillamente aterrador. Porque mientras el mundo desarrollado sabe como actuar ante la aparición de cualquier caso -y en España hay buena prueba de ello en el caso de la auxiliar de enfermería Teresa Romero- en el continente negro las cifras, al menos oficiales, no deben ser, ni mucho menos, pasadas por alto.

Así, la Organización Mundial de la salud (OMS) daba como información que son casi 6.000 las personas fallecidas por el ébola. A lo que debe añadirse otro índice más que preocupante: Más de 4.000 niños de corta edad han quedado huérfanos al haber perdido a sus madres víctimas del ébola pero que pese a estar sanos, estos menores se encuentran con un cierto rechazo por causa de ser hijos de personas infectadas que acabaron perdiendo la vida.

EQUIPO DE PROTECCIÓN: VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Si hubiera que destacar una parcela especial en el discurrir del Taller, ésta sería la relativa a desgranar todos y cada uno de los pormenos acerca del "Proceso del vestido" que el personal sanitario -médicos, enfermería, auxiliares- debe, inexcusablemente, seguir y cumplimentar a rajatabla si desea evitar el más minino riesgo del contagio con el ébola

De ahí que, el docente, Marco A. Díaz, hiciera un minucioso recorrido por todo lo concerniente al vestido, elementos y colocación de de los equipos de protección individual cuando el profesional deba acercarse a un paciente catalogado "con sospechas de infección grave por nuevos agentes biológicos trasmisibles". De esta forma los asistentes al Taller comenzaron a adentrarse en el conocimiento general desde los pormenos más sencillos o elementales del equipo: mono, capuz, gafas, mascarillas ffp3, guantes de nitrilo largos, cubre-piernas, botas de PVC, solución hidroalcohólica, gorro de quirófano, pijama pantalla facial, cintas, balsa estanca para equipo de comunicaciones, asiento...

Sin ropa propia

Especial relevancia tiene la presencia del supervisor(a), el cual comenzará con la lectura de las instrucciones mientras el profesional comience a colocarse el equipo. Este supervisor desempeñará funciones asistenciales durante todo el proceso. A los asistentes al taller se les indicó que no se deberá usar ropa debajo del mono y si se hiciera, que sea de tipo desechable. Una vez comenzado el proceso de vestido del equipo, no se podrá beber ni acudir al servicio, y el personal deberá quitarse toda suerte de joyas, pendientes, relojes y cualquier otro elemento de igual indole.

Tras lo cual, comenzará el proceso de vestido que abarca una larga serie de consideraciones que abarcan aspectos básicos (-limpieza a fondo de las manos-) como particularidades referidas a la colocación de la mascarilla, de la capucha del mono, colocación de guantes interiores, cierre de las solapas adhesivas que cubren las cremalleras de la indumentaria... colocación de las gafas protectoras y ajuste adecuado del elástico posterior, colocación del segundo par de los guantes, encinta de las botas a la altura de los tobillos... La persona encargada de la supervisión se encargará, como una de las últimas medidas, de "peinar las arrugas del mono" para que no queden bolsas que puedan servir de depósito de líquidos.

Incidencias

El conjunto de las posibles incidencias habidas en el nada sencillo proceso de vestir el equipo de protección individual deberán quedar reflejadas en un apartado de "incidencias" para su constancia y comprobación posterior, si fuera menester.

Pero no acabará ahí el marco concreto del vestido. Una vez acabado de atender al paciente de ébola, el personal sanitario deberá cumplimentar nuevas pautas dedicadas al "desvestido" que, en este caso, afectan y competen tanto al sanitario que ha estado con el paciente como al supervisor que, obviamente, está cerca del anterior.

Enfermería

ENERO

	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
1				1	2	3	4
2	5	6	7	8	9	10	11
3	12	13	14	15	16	17	18
4	19	20	21	22	23	24	25
5	26	27	28	29	30	31	

FEBRERO

	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
							1
6	2	3	4	5	6	7	8
7	9	10	11	12	13	14	15
8	16	17	18	19	20	21	22
9	23	24	25	26	27	28	

MAYO

	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
18					1	2	3
19	4	5	6	7	8	9	10
20	11	12	13	14	15	16	17
21	18	19	20	21	22	23	24
22	25	26	27	28	29	30	31

JUNIO

	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
22	1	2	3	4	5	6	7
23	8	9	10	11	12	13	14
24	15	16	17	18	19	20	21
25	22	23	24	25	26	27	28
26	29	30					

SEPTIEMBRE

	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
36		1	2	3	4	5	6
37	7	8	9	10	11	12	13
38	14	15	16	17	18	19	20
39	21	22	23	24	25	26	27
40	28	29	30				

OCTUBRE

	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
40				1	2	3	4
41	5	6	7	8	9	10	11
42	12	13	14	15	16	17	18
43	19	20	21	22	23	24	25
44	26	27	28	29	30	31	



MARZO

	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
9							1
10	2	3	4	5	6	7	8
11	9	10	11	12	13	14	15
12	16	17	18	19	20	21	22
13	23	24	25	26	27	28	29
14	30	31					

ABRIL

	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
14			1	2	3	4	5
15	6	7	8	9	10	11	12
16	13	14	15	16	17	18	19
17	20	21	22	23	24	25	26
18	27	28	29	30			

JULIO

	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
27			1	2	3	4	5
28	6	7	8	9	10	11	12
29	13	14	15	16	17	18	19
30	20	21	22	23	24	25	26
31	27	28	29	30	31		

AGOSTO

	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
31						1	2
32	3	4	5	6	7	8	9
33	10	11	12	13	14	15	16
34	17	18	19	20	21	22	23
35	24	25	26	27	28	29	31
36	31						

NOVIEMBRE

	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
44							1
45	2	3	4	5	6	7	8
46	9	10	11	12	13	14	15
47	16	17	18	19	20	21	22
48	23	24	25	26	27	28	29
49	30						

DICIEMBRE

	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
49		1	2	3	4	5	6
50	7	8	9	10	11	12	13
51	14	15	16	17	18	19	20
52	21	22	23	24	25	26	27
1	28	29	30	31			

CUIDADOS DE ENFERMERÍA: “RESULTADOS MEDIBLES Y OBJETIVOS”

Huelva.- Redacción

Un centenar de enfermeras y enfermeros de Huelva han asistido a la IV Jornada provincial de enfermería en la que se abordaron cuales son los efectos de los cuidados en el objetivo esencial: la salud de los pacientes. Este foro buscaba avanzar en el debate de las "actuaciones sanitarias más efectivas". La organización corrió a cargo de las unidades de formación y directivos de enfermería de los hospitales Juan Ramón Jiménez e Infanta Elena así como del área sanitaria Norte y los distritos Huelva-Costa y Condado-Campiña.

Esta IV Jornada de enfermería de Huelva, convocada junto a la XVI del Hospital Infanta Elena contó con la presencia de la delegada de la consejería de Igualdad y Salud, Lourdes Martín quien, en su intervención de apertura, apuntó que la Jornada constituía una "oportunidad ante los nuevos retos que se ofrecen al colectivo (de enfermería) en un futuro inmediato y que están directamente relacionados con el nivel de salud que son capaces de proporcionar a la población". Lourdes Martín puso el énfasis en el valor del papel de la enfermería en un marco de asistencia integral al ser humano

Plan integral

La directora del Plan integral de Cuidados

► Las IV Jornadas provinciales de enfermería de Huelva abordan los efectos en la salud de los cuidados

(Picuda) de la consejería de Igualdad y Salud, Nieves Lafuente, fue la encargada de exponer las líneas de actuación que configuran dicho Plan, el cual, dijo, apuesta por un modelo de excelencia en los cuidados que, día a día, se ofrecen a los pacientes andaluces tanto en el nivel primario como en el de hospitalización. El Plan, apuntó Lafuente, se ha comprometido en reforzar el esfuerzo para establecer "resultados de salud medibles y objetivos" para, de esta forma, tratar de disminuir las "desigualdades en salud que sufren determinados colectivos y favoreciendo la sostenibilidad del sistema sanitario público".

En una de las ponencias de la IV Jornada provincial se habló del cuadro de mandos de enfermería así como de las "herramientas de detección de los resultados de salud". En este sentido, los intervinientes han insistido en

avanzar en la actualización de los conocimientos del colectivo en parcelas tales como la implantación y desarrollo de las nuevas estrategias de los cuidados potenciando el trabajo en red, implicación de los propios pacientes en sus cuidados (autocuidados) acompañados de la adopción de determinados hábitos de vida más saludables que supongan una mejora en la calidad de vida de los mismos.

Comunidad

Otra cuestión objeto del análisis, y que comparten la enfermería de atención primaria y la especializada, fue la relativa a la puesta en común de iniciativas puestas en marcha durante el último año. Así, se enunciaron la incorporación del código Qr en la organización de una unidad, el abordaje de la incontinencia urinaria por parte de la enfermería y las experiencias en salud de la comunidad operativas en ciertas localidades de la provincia de Huelva con la colaboración de asociaciones e instituciones locales. Por lo demás, en la referencia de la consejería de Igualdad y Salud no se hacía referencia alguna a capítulos tan fundamentales como, por ejemplo, el dimensionamiento de los recursos de enfermería y su obligada adecuación a las necesidades reales de la población, objetivo de la atención profesional.

NACE EL “COMPLEJO HOSPITALARIO DE HUELVA”

La consejería de Salud de la Junta ha emitido una Orden (BOJA número 234, 1 diciembre 2014) por la que se procede a actualizar "la estructura de gestión y funcionamiento" de la atención especializada en Huelva. Básicamente, la consejería dispone la Unificación de las áreas hospitalarias o lo que es igual, la unificación de las hasta ahora existentes (Sureste-Suroeste y Centro-Oeste de Huelva) en una nueva área denominada "Área hospitalaria Huelva-Costa y Condado-Campiña". Los hospitales afectados son el Infanta Elena, y el Juan Ramón Jiménez que se unifican en una sola institución hospitalaria que se llamará "Complejo hospitalario universitario de Huelva".

Los profesionales pertenecientes a los citados centros hospitalarios quedan adscritos al "Complejo Hospitalario de Huelva" y la Dirección general de personal del SAS les "comunicará individualmente la nueva identificación de su adscripción". Como consecuencia de ésta reestructuración "los profesionales podrán ser destinados a cualquiera de los Centros y Unidades del nuevo Complejo hospitalario con respeto de sus condiciones esenciales de trabajo y económicas de acuerdo con la normativa vigente y en las condiciones y procedimientos que, en su caso, se negocien en la Mesa de negociación" de la administración sanitaria de la Junta.

Equipo de infusión con catéter de seguridad para hipodermocclisis

Autoras:

▶ Alicia Rosado Suárez

▶ Juan Carlos González Fernández

Unidad de Gestión Clínica Intercentro de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Huelva (Unidad de Cuidados Paliativos Hospital Vázquez Díaz, Unidad Medicina Interna Tercera Planta ala derecha Hospital Infanta Elena).

▶ RESUMEN

Encontramos que la vía subcutánea es la **gran desconocida** entre los profesionales sanitarios en el ámbito hospitalario, viéndose esta subyugada ante la vía intravenosa. El deterioro progresivo y generalizado del estado de salud en determinados pacientes no permite el uso de la vía intravenosa periférica para la administración del régimen terapéutico, siendo necesaria en un gran número de casos la canalización de la vía central con el consiguiente riesgo y alteración del bienestar hacia estos. Precisamente por ser esa "gran desconocida" no suele plantearse su uso, hechos como: el desconocimiento en la técnica de canalización y de los materiales fungibles a utilizar, animan a los profesionales a mantener una reticencia en su manejo de forma generalizada.

Este artículo pretende intentar romper el inmovilismo de lo tradicional y fomentar el deseo de actualizar los conocimientos en este ámbito entre los profesionales de enfermería, hecho este que repercutirá de forma favorable sobre el paciente (en la parcela del bienestar y la autonomía), sobre los profesionales (en el de la seguridad y la satisfacción) y por ende sobre la orientación hacia los resultados (en la efectividad, eficacia, eficiencia)

▶ PALABRAS CLAVES

Subcutánea, bioseguridad, bienestar, actualización y satisfacción

▶ ABSTRACT

We think that the subcutaneous route is the great stranger between the sanitary professionals in the hospitable area, meeting this subdued before the intravenous route. The progressive and widespread deterioration of the bill of health in certain patients does not allow the use of the intravenous peripheral route for the administration of the therapeutic regime, being necessary in a great number of cases the channeling of the central route with the consequent risk and alteration of the well-being towards these. Precisely for being this "great stranger" one is not in the habit of raising his use, facts as: the ignorance in the technology of channeling and of the materials fungibles to using, they encourage to a reticence in his managing of widespread form.

This article tries to try to break the immobility of the traditional thing and to promote the desire to update the knowledge between the professionals of infirmity in this area, this fact that will reverberate of favorable form on the patient (in the area of the well-being and the autonomy), on the professionals (in that of the safety and the satisfaction) and for ende on the orientation towards the results (efficiency, efficiency).

▶ OBJETIVOS

Conocer el manejo de la vía subcutánea por ser esta la vía de elección para determinados procesos.

Dar a conocer el nuevo sistema de catéter subcutáneo de seguridad.

▶ MÉTODOS

Se ha usado un método descriptivo para mostrar el manejo de la vía, así como de las características del catéter, tomando para ello como muestra un paciente piloto con un perfil estándar para la implantación del dispositivo y su seguimiento (**caso práctico**, pag: 15).

▶ RESULTADOS

Una vez finalizado el periodo de estudio (30 días) comprobamos que existe una mejor tolerancia con respecto al tiempo de permanencia con la nueva vía, aumentando de este modo el bienestar del paciente/cuidador, y a su vez se aseguramos la disminución en los costes y en las cargas de trabajo.

Por otro lado se ha disminuido el riesgo de accidentes séricos en los profesionales sanitarios tanto por pinchazos como salpicaduras, al disponer éste de un mecanismo de seguridad.

▶ CONCLUSIONES

Es del todo necesario un cambio cultural entre los profesionales sanitarios para que el uso de la vía subcutánea se introduzca en el día a día como una vía de elección en pacientes paliativos ubicados en unidades no especializadas, evitar el sufrimiento gratuito en aquellas personas que se encuentra al final de sus días debe formar parte de nuestra conciencia tanto a nivel profesional como personal, y esto pasa por el que creemos elemento clave para romper las posibles resistencias al cambio: la formación en este ámbito de todos los profesionales.

1. INTRODUCCIÓN

Podríamos afirmar sin riesgo a equivocarnos que la vía subcutánea es la gran desconocida en el ámbito hospitalario, ya que su uso durante mucho tiempo se ha limitado a la administración de insulinas, heparinas, etc..., con la incorporación de los cuidados paliativos a los pacientes en situación terminal, el uso de esta vía se ha incrementado considerablemente. Pese a ser la vía oral de elección para la administración de fármacos por su sencillez, comodidad, eficacia y seguridad, existen circunstancias en las que no es posible utilizarla (vómitos, disfagia, debilidad extrema...), siendo necesario buscar otras alternativas. Se calcula que aproximadamente un 70% de los pacientes en situación terminal precisan de otra vía para la administración de fármacos, siendo en estos casos la vía subcutánea la elegida con una eficacia del 80%, pues favorece el control de los síntomas a la vez que mejora la calidad de vida del paciente al tener una mayor autonomía.

En 1979 los doctores: Martin Wright y Patrick Russell describen la técnica de infusión continua, ese mismo año se publica el uso para la infusión de opioides y en la década de los 80 se consolida como la alternativa a la vía oral cuando esta no es posible, debido a su comodidad, escasos efectos secundarios, bajo coste y su eficacia. (1)

1) López Imedio, E. La infusión subcutánea continua. Enfermería en Cuidados paliativos. Editorial Médica Panamericana. Madrid 2004.

2. MÉTODO

HIPODERMOCLISIS DEFINICIÓN

Consiste en la administración de medicación y/o sueroterapia en la capa subcutánea de la piel, absorbiéndose el contenido a través del sistema linfático y los vasos sanguíneos. (2)

VENTAJAS

La vía subcutánea presenta numerosas ventajas entre las que podemos destacar:

- Facilita la calidad de vida del paciente al preservar su autonomía, siendo muy bien aceptada por la familia que puede aplicarla con un mínimo de entrenamiento. No es necesario ingreso hospitalario.
- Técnica fácil, poco agresiva y más segura que la vía endovenosa.
- Económica pues necesita poco material para su uso.
- Escasos efectos secundarios y fácil detección de complicaciones.
- Rápida absorción de fármacos (difusión capilar pasiva).
- Menor riesgo de infecciones sistémicas que la vía IV e IM.

2) A) Gomez-Batiste X, Gómez Sancho M, Codorniu N, Lozano A, Navarro MA, Ojeda M. Recomendaciones prácticas para el uso de morfina. Med Pal 1995; 2(3): 117-28.

B) Wright BM. Slow drug infusion using a portable syringe driver. Br. Med J 1979; II: 582.






C) Hanks, G. W.; Conno, F.; Cherny, N.; Hanna, M.; Kalso, E.; Mcquay HJ.; Mercadante, S.; Meynadier, J.; Poulain, P.; Ripamonti, C.; Radbruch, L.; Roca i Casas, I.; Sawe, J.; R. G. Twycross, R.G.; Ventafridda, V. Morfi na y opiáceos alternativos para el tratamiento del

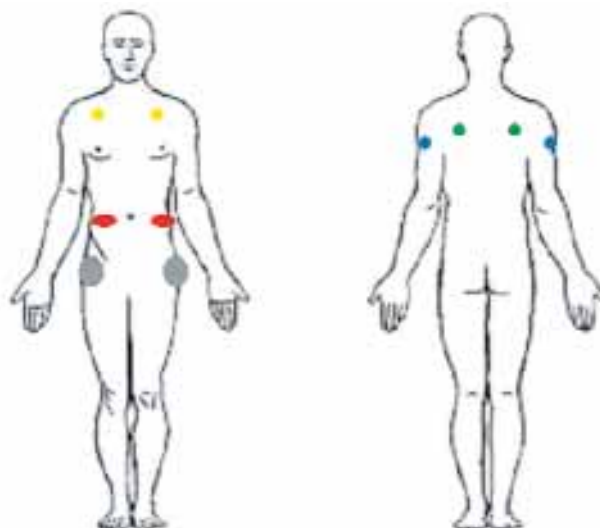
dolor oncológico. Recomendaciones de la EAPC. Med Pal .Vol. 9: N.º 1; 22-29, 2002.

INCONVENIENTES

- Entre los inconvenientes destacan:
- Infección local del punto de punción (cambiar cada 6-7 días).
- Salida accidental de la palometa.
- Reacción local al material y/o fármacos infundidos.
- Escasos volúmenes de infusión (hasta 21 ml/h). (3)

ZONAS DE INSERCIÓN

Omóplato	
Pared torácica subclavicular	
Pared abdominal anterior	
Cara anterior de los brazos	
Cara anterior de los muslos	



(3) A) Sánchez Fernández, Y; Fornos Menéndez, A. Vías de administración de fármacos y cuidados de accesos venosos. En González Barón y cols. Tratado de Medicina Paliativa. 2ª Edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid 2007.

B) Bruera, E; Ripamonti, C. Alternate Routes of Administration of Opioids for the Management of Cancer Pain. En: Patt, R.B. Cancer Pain. Ed. Lippincott Company. Philadelphia, 1993.

FÁRMACOS (utilizados por vía subcutánea)

Actualmente sólo tienen indicación de uso por esta vía aquellos fármacos incluidos en el Catálogo de Especialidades Farmacéuticas y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. No obstante, encontramos un gran número de referencias bibliográficas y expertos que avalan el uso de fármacos que aún sin tener indicación expresa se pueden administrar por esta vía. (4)

Fármacos utilizados:

1. Opioides: Morfina, tramadol, fentanilo, metadona...
2. Benzodiacepinas: Midazolam,....
3. Neurolépticos: haloperidol, levomepromazina....
4. Antieméticos: Ondansetrón...
5. Corticoides: Dexametasona...
6. Anticolinérgicos: Atropina, escopolamina....
7. Antiinflamatorios: Diclofenaco, ketorolaco....
8. Antibióticos: Aminoglucósidos, ampicilina, ceftriaxona, teicoplanina....
9. Otros: Furosemida, ranitidina, calcitonina, octreótido, ketamina, fenobarbital.

(4) (Benítez MA, Castañeda P, Gimeno V, Gómez M, Duque A, Pascual L, et al. Documento de Consenso SECPAL-SEMFYC. Atención al paciente con cáncer en fase terminal en el domicilio. Atención Primaria 2001; 27: 123-6

EQUIPO DE INFUSIÓN CON CATÉTER PERIFÉRICO DE SEGURIDAD

Descripción del catéter:

El catéter está fabricado en un material radiopaco de poliuretano (fig.5) que le proporciona cualidades de tolerancia, permitiendo un mayor tiempo de permanencia (de 15-30 días). Sus paredes son algo más finas de lo habitual garantizando un flujo superior con un mismo diámetro externo.

Cuenta con un dispositivo de seguridad integrado (fig.4) que se activa a través de un punto de inyección limpiando el estilete de sangre y fluidos, de este modo se elimina por completo la posibilidad de contacto con sangre y los pinchazos accidentales. Su diseño incorpora una cubierta telescópica que protege la aguja al tiempo que se retira del catéter, garantizando de este modo la prevención de accidentes séricos entre los profesionales sanitarios (pinchazos).

La doble aleta (fig.3) permite una fijación más segura del catéter, disminuyendo la salida involuntaria del mismo, además la cara que se fija a la piel es rugosa evitando erosiones en esta por adherencia completa.

Su pinza flexible (fig.6) permite alejar las manipulaciones del lugar de punción reduciendo el riesgo séptico; la línea de extensión integrada (fig.2) disminuye los movimientos del catéter por la manipulación, garantizándose de este modo tiempos de permanencia superiores.

Al tener una doble entrada en Y (fig.1) permite acceso para la administración de medicamentos conjuntamente con la sueroterapia. El tapón (fig.7) presenta un diseño de membrana cóncava de silicona que asegura una perfecta conexión a cualquier sistema de infusión y/o jeringa con conexión luer. (5)

(5) A) Hypodermoclysis Review. Report written by Andrew Jackson, IV Nurse Consultant and owner of IVTEAM.com. December 2011, data on file.

B) Remington, R. and Hultman, T. (2007) Hypodermoclysis to treat dehydration: A review of the evidence. JAGS. 55(12), p.2051-2055.

C) Dawkins, L., Britton, D., Johnson, I., Higgins, B. and Dean, T. (2000) A randomized trial of winged Vialon cannulae and metal butterfly needles. International Journal of Palliative Nursing. 6(3), p.110-116.

D) Dickman A, Schneider J, Varga J. The Syringe Driver (2nd ed). Oxford: Oxford University Press; 2005.

E) Maki DG, Ringer M. Risk factors for infusion-related phlebitis with small peripheral venous catheters: a randomized controlled trial; Ann Intern Med 1991; 114; p. 845-854

JUSTIFICACIÓN PARA EL USO DEL CATÉTER

	Presenta cualidades de termosensibilidad al evitar problemas de acomodamiento proporcionando mayor confort para el paciente comparado con las palomillas de aguja metálica.
	El material del catéter permite mayor tiempo de permanencia con menor riesgo de celulitis.
	Reduce costes de materiales (al presentar tapón hidrófobo de control de flujo con filtro y sistema de doble luz) y cargas de trabajo (al aumentar los tiempos de permanencia).
	Mejora la seguridad del paciente y del profesional disminuyendo el riesgo de lesiones por pinchazos. (La cubierta telescópica cubre completamente la aguja a medida que se retira.)
	El Equipo de Infusión reduce el riesgo de infección para el paciente ya que la vía subcutánea no interactúa con los vasos sanguíneos. El profesional sanitario también está protegido de la exposición a sangre u otros fluidos corporales.
	No contiene DEHP, proporciona mas seguridad para el paciente y el medio ambiente.


TÉCNICA DE CANALIZACIÓN

Preparación

- Sujete como muestra la Fig.1 y gire la cubierta blanca de seguridad para desbloquear la aguja.
- Compruebe que el bisel de la aguja está orientado hacia arriba y el catéter no está situado sobre el bisel antes de la inserción.

Inserción

- Sujete las aletas por los lados de la superficie granulada y reagrupe las, pellizcando con firmeza. (Fig. 2A)
- Con el dedo pulgar e índice pellizque suavemente la piel alrededor del punto de inserción seleccionada para identificar el tejido subcutáneo. (Fig. 2B)
- Inserte la totalidad de la aguja y catéter a través de la piel en un ángulo de 30° - 45°. (Fig. 2B)

 Asegúrese que la punta del catéter está correctamente insertado a nivel subcutáneo (justo debajo de la piel) 2 mm de espesor.

③ **Retirada de la aguja**
Coloque las aletas extendidas sobre la superficie de la piel y tire de la cubierta blanca de seguridad con un movimiento recto y continuo hasta que la cubierta blanca se separa del mecanismo de seguridad. (Fig. 3)

④ **Estabilización**
Asegure el catéter y fije un apósito siguiendo las guías y protocolos del centro sanitario.

⑤ **Eliminación**
Deseche el dispositivo de seguridad inmediatamente en un contenedor de Objetos Corto Punzantes adecuado.

CASO PRÁCTICO

Paciente mujer de 79 años, con dependencia moderada para las ABVD (ingresada en Marzo de 2014 en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Vázquez Díaz de Huelva). La paciente deambula con andador por la habitación, se asea diariamente en la ducha, no presenta Insuficiencia Venosa Periférica de MMII.

Se le pauta: Administración farmacológica de 100mg de Octeótride cada 8 horas.

Se canaliza vía subcutánea con "Equipo de Infusión con catéter periférico de seguridad" el día 19/03/14, en la cara anterior del muslo izquierdo con un calibre de vía número 24G.

Se informa a la paciente y cuidador sobre: signos y síntomas a vigilar (complicaciones), recomendaciones para el mantenimiento del apósito, así como la necesidad de informar sobre cualquier incidencia al respecto, permitiendo de este modo una mayor implicación en los cuidados de esta.

La fijación de la vía se realiza según protocolo del centro con apósito transparente, el cambio de apósito siempre que esté mojado, manchado o con signos de deterioro.

Se realiza consenso entre todos los profesionales de la Unidad para la sustitución del catéter sólo en caso de presencia de dolor, rubor, calor, o dificultad para el mantenimiento del flujo a administrar.

Durante la primera semana se constata:

1. La paciente manifiesta estar contenta ya que no nota nada.
2. No existe presencia de alteraciones dermatológicas en la zona de punción y/o colindantes.
3. Permeabilidad de la vía con adecuado ritmo de flujo.

Durante la segunda semana se constata:

1. La paciente refuerza su actitud participativa al comprobar que su autonomía no merma y que continúa sin signos o síntomas de alarma.
2. La piel se mantiene turgente e hidratada.
3. No incidencias en la vía de administración.

Durante la tercera y cuarta semana se mantienen las incidencias anteriormente mencionadas. El día 24/04/14 se procede a su recambio, canalizándose en la cara anterior del muslo derecho al ser dada de alta domiciliaria con tratamiento de 100mg de Octeótride cada 12 horas.

Se refuerza la educación sanitaria dada (cuidador/ paciente) durante su estancia en la planificación del alta sobre el manejo seguro de la medicación y dispositivos para que sean ellos quien continúen con los mismos, se les proporciona los teléfonos de contacto (Unidad y Equipo de Soporte) para resolver dudas e incidencias.

Transcurridos cinco días nos ponemos en contacto con el paciente y cuidador informándonos de la no existencia de incidencias en el manejo del dispositivo y de la medicación.

IMÁGENES: (Las imágenes fueron obtenidas bajo consentimiento previo de la paciente)



2 A



3



3



3



4



Retirada del catéter

3. RESULTADOS

Los resultados obtenidos están orientados en base a los logros conseguidos desde la implantación del nuevo catéter en la Unidad de Paliativos del Hospital Vázquez Díaz de Huelva, permitiéndonos una visión alentadora al respecto y la puerta abierta para emprender acciones de mejora:

- en la racionalización de los recursos (mayor permanencia).
- en la disminución de los residuos peligrosos.
- en la autonomía/bienestar de los pacientes (mejor tolerancia).
- en la implicación (paciente/cuidador) en los cuidados y la adherencia al régimen terapéutico (ayuda en la toma de decisiones).
- en la disminución en el número de accidentes séricos en el personal de enfermería.

4. DISCUSIÓN

Es una evidencia que en la cultura sanitaria se elige como primera opción en la administración farmacológica la vía intravenosa, aunque no es menos cierto que el perfil del paciente debería ser quien determinara dicha elección. La realidad constata que esta premisa a la hora de tratar pacientes paliativos o en estadio terminal no es tenida en cuenta muy posiblemente por desconocimiento de otras vías alternativas, esto se acentúa cuando la estancia de los mismos tiene lugar en unidades no específicas para ellos.

Este artículo pretende germinar el inicio hacia el cambio cultural con respecto a la vía subcutánea y a su vez dar a conocer el dispositivo de elección actual.

Nos gustaría finalizar con una pequeña reflexión: "Son muchos los que en la actualidad defienden la dignidad de la muerte y la limitación del esfuerzo terapéutico (ensañamiento), no obstante relacionamos de manera equivocada la muerte con el fracaso, olvidando que es una fase natural y por la que todos debemos pasar en la vida, hagamos que esta sea lo más humana posible."

5. BIBLIOGRAFÍA

1. López Imedio, E. La infusión subcutánea continua. Enfermería en Cuidados paliativos. Editorial Médica Panamericana. Madrid 2004.
2. A) Gomez-Batiste X, Gómez Sancho M, Codorniu N, Lozano A, Navarro MA, Ojeda M. Recomendaciones prácticas para el uso de morfina. Med Pal 1995; 2(3): 117-28.
B) Wright BM. Slow drug infusion using a portable syringe driver. Br. Med J 1979; II: 582.
C) Hanks, G. W.; Conno, F.; Cherny, N.; Hanna, M.; Kalso, E.; Mcquay HJ.; Mercadante, S.; Meynadier, J.; Poulain, P.; Ripamonti, C.; Radbruch, L.; Roca i Casas, I.; Sawe J.; R. G. Twycross, R.G.; Ventafridda, V. Morfi na y opiáceos alternativos para el tratamiento del dolor oncológico. Recomendaciones de la EAPC. Med Pal .Vol. 9: N.º 1; 22-29, 2002
Graham, F.; Clark D. The syringe driver and the subcutaneous route in palliative care: the inventor, the history and the implications. Journal of Pain and Symptom Management. Volume 29, Issue 1, Pags: 32-40. 2005
3. A) Sánchez Fernández, Y; Fornos Menéndez, A. Vías de administración de fármacos y cuidados de accesos venosos. En González Barón y cols. Tratado de Medicina Paliativa. 2ª Edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid 2007.
B) Bruera, E; Ripamonti, C. Alternate Routes of Administration of Opioids for the Management of Cancer Pain. En: Patt, R.B. Cancer Pain. Edi. Lippincott Company. Philadelphia, 1993.
4. Benítez MA, Castañeda P, Gimeno V, Gómez M, Duque A, Pascual L, et al. Documento de Consenso SECPAL-SEMFYC. Atención al paciente con cáncer en fase terminal en el domicilio. Atención Primaria 2001; 27: 123-6.
5. A) Hypodermoclysis Review. Report written by Andrew Jackson, IV Nurse Consultant and owner of IVTEAM.com. December 2011, data on file.
B) Remington, R. and Hultman, T. (2007) Hypodermoclysis to treat dehydration: A review of the evidence. JAGS. 55(12), p.2051-2055.
C) Dawkins, L., Britton, D., Johnson, I., Higgins, B. and Dean, T. (2000) A randomized trial of winged Vialon cannulae and metal butterfly needles. International Journal of Palliative Nursing. 6(3), p.110-116.
D) Dickman A, Schneider J, Varga J. The Syringe Driver (2nd ed). Oxford: Oxford University Press; 2005.
E) Maki DG, Ringer M. Risk factors for infusion-related phlebitis with small peripheral venous catheters: a randomized controlled trial; Ann Intern Med 1991; 114; p. 845-854

EL "MONITOR DE LA REPUTACIÓN SANITARIA" RADIOGRAFÍA DEL SISTEMA

Huelva.- Redacción

Está próximo a conocerse el resultado una iniciativa que, a buen seguro, deparará tantas alegrías como enojos. Bautizado como "Monitor de la reputación sanitaria", se trata de una herramienta llamada a ser la "radiografía dinámica de los protagonistas que actúan en el Sistema sanitario". Su responsable, el catedrático de Universidad Justo Villafañe avanzó que este macroestudio está llamado a evaluar, siempre bajo criterios independientes y científicos, cuáles son los mejores hospitales, los mejores servicios clínicos, los mejores profesionales médicos y de enfermería y la industria farmacéutica en general.

El "Monitor de la reputación sanitaria" está llamado a ofrecer los primeros balances y consecuencias. Bajo la batuta del profesor Villafañe, se ha trabajado en el estudio y análisis independiente y científico para conflagrar una radiografía dinámica de los mejores agentes y protagonistas que hacen posible el día a día en nuestro Sistema sanitario. Cuáles son, bajo estas premisas, los mejores hospitales de la nación que nombres y apellidos tienen las más brillantes personalidades del campo médico y de enfermería,

donde están los más óptimos y eficaces servicios y unidades clínicas, que papel desempeñan las más importantes compañías farmacéuticas las más destacadas de las empresas aseguradoras que también participan en el desarrollo del Sistema...

Indicadores

Todas estas preguntas van a ser desveladas a través de un profundo análisis que ha incorporado nada menos que 214 indicadores catalogados como "objetivos de calidad y rendimiento asistencial" además de una evaluación de "méritos reputacionales"... sea en el campo de la sanidad pública como de la privada, porque ambas configuran lo que conocemos como Sistema de salud.

En la presentación de este importante esfuerzo analítico, sus promortos coincidieron en señalar que no han contado, para su trabajo, con ningún patrocinio o subvención que, sin duda alguna, hubiera influido de forma evidente en los resultados. De ahí que se hayan felicitado de esa circunstancia que avalará el auténtico "Top 100". Es preciso significar que este "Monitor de la reputación

sanitaria" en España cuenta con el aval de Merco (Monitor empresarial de reputación corporativa) además de contar con un Consejo asesor definido como pieza decisiva en el que figuran los responsables de los Consejos Generales de Medicina y Enfermería (González Jurado) junto a diversas asociaciones de pacientes y periodistas especializados en cuestiones sanitarias. Son todo ello razones por las que este "Monitor," irá respaldado por los valores de independencia, transparencia y confianza.

Las razones que han movido a la elaboración de este "Monitor..." se justifican como argumentó su director, Villafañe, en que la "sociedad española demandaba una mayor transparencia así como una evaluación de su Sistema sanitario". El catedrático aludía a la sentencia del pensador Peter Drake cuando dijo aquello tan celebre de que "todo lo que se puede medir se puede mejorar". En la próxima edición de "Documentos de Enfermería" trataremos de acercarnos al primer balance de este Monitor de la reputación sanitaria", intento de poner al trasluz la realidad de nuestra sanidad, con sus luces indudables pero, también, con sus sombras no siempre del todo admitidas.

EL 061 CUMPLE 20 AÑOS

Huelva.- Redacción

La Empresa pública de emergencias sanitarias (Epes) más -comúnmente conocida como 061-, ha celebrado un acto dedicado a destacar el XX aniversario de su fundación con la asistencia de la consejera de Igualdad y Salud, M^a José Sánchez Rubio, y responsables y profesionales de la citada Epes con su Director-gerente a la cabeza, Luis Olavarría. La conmemoración sirvió para destacar la implantación de la "Historia clínica digital en movilidad" junto al reconocimiento a las mejores iniciativas. En su conjunto, el 061 tiene repartida por las ocho provincias una dotación de 671 profesionales de los que 212 son personal de enfermería.



20 años ha cumplido el 061 andaluz -Creado por la consejería de Salud en el mes de marzo de 1994-, cuando se constituyó la Epes, estas dos décadas de recorrido fueron saludadas por la consejera Sánchez quien hizo un repaso a una trayectoria en la que se concretaron, conforme a datos oficiales, los más de 41 millones de

llamadas atendidas en los 8 centros coordinadores presentes en la región, así como los más de 12 millones de demandas asistenciales recibidas y el millón de de asistencias directas contabilizadas.

En su conjunto, el 061 que dirige Luis Olavarría, dispone de una plantilla global de trabajadores que cuenta con 671 profesionales así distribuidos: 259 médicos, 212 enfermería y 200 técnicos. Por lo que a la provincia de Huelva se refiere, la Epes la conforman 19 médicos, 13 enfermeras(os) y 13 técnicos, bajo la dirección de Juan Chaves, recientemente designado para este cargo.

EL 30% DE INFECTADOS POR VIH NO ESTÁN DIAGNOSTICADOS

Huelva.- Redacción

La Asociación Comité ciudadano Anti-SIDA de Huelva y la consejería de Salud han puesto en marcha una campaña de información y que tiene como finalidad fomentar la concienciación social traducida en la realización de la prueba rápida de detección del VIH entre la población onubense. Sus promotores buscan detectar a aquellas personas "posiblemente infectadas por el virus pero que desconocen su estado serológico" y, como consecuencia, pueden convertirse en transmisores de la enfermedad a otras personas. Se estima que un 30% de los infectados por el VIH no han sido diagnosticados.

La Asociación Comité ciudadano Anti-SIDA de Huelva y la delegación de la consejería de Salud han puesto, recientemente, en vigor una campaña de información y divulgación que busca dar un paso más al frente en la tarea de prevención ante el problema del VIH. En el hospital Infanta Elena tuvo lugar el arranque de esta iniciativa que pretende promover las pruebas rápidas de detección del VIH para que, de esta forma, se puedan detectar aquellas personas posiblemente infectadas por el virus y que, lamentablemente, desconocen su estado serológico algo que se traduce en que al no recibir tratamiento antirretroviral e ignora sus potenciales vías de contagio llegan a ser transmisores de la dolencia a otras muchas personas,

La delegada territorial de la consejería de salud, Lourdes Martín, junto al directivo del Hospital Juan Ramón Jiménez, Basilio Bernar y responsables de la Asociación Comité Anti-SIDA inauguraron esta apuesta que cuenta con el apoyo de la Unidad de Enfermedades Infecciosas de los centros hospitalarios de Huelva y que, con posterioridad, estaba previsto se fuera trasladando a distintos lugares de la geografía provincial en lo que se explica como "un esfuerzo por acceder al mayor número de población general" además de dar impulso a cuantas actuaciones tengan como destino determinados colectivos de riesgo que precisan un seguimiento más continuado.



Esta iniciativa forma parte de la campaña denominada como "Diagnóstico precoz del VIH" que Salud lleva a cabo desde hace varios años y que, entre otras cosas, ha permitido durante el año 2013, llevar a cabo 275 test de diagnóstico rápido" gracias al acuerdo suscrito entre Salud y varias entidades dedicadas a la cobertura de las poblaciones de riesgo. Las entidades se encargan de promover información al respecto, mediante reparto de material "ad hoc" y a realización de la prueba una vez cumplimentada la etapa de formación.

Sin diagnóstico

La importancia de estos cometidos viene ratificada por los siguientes datos: la detección precoz del VIH no solamente evita el contagio del virus a terceros sino que, además, el iniciar el tratamiento con anticipación contribuye a mejorar la calidad de vida de los enfermos. De esta forma se concluye tanto en el Plan Nacional sobre el SIDA y el Plan Andaluz frente al VIH/SIDA que "alrededor del 30% de las personas infectadas por el VIH no han sido diagnosticadas y, por lo mismo, no pueden beneficiarse de los efectos de un tratamiento eficaz".

La Asociación Comité Anti-SIDA de Huelva -fundada en Isla Cristina en el 1993 y que tres años después trasladó su sede a

- ▶ **Campaña onubense de concienciación bajo el lema "Habla del VIH, hazte el test"**

Huelva- puso de manifiesto que, precisamente, el desconocimiento del estado serológico, junto al estilo de vida de las personas afectadas, son razones que "han propiciado que hasta en un 50% de los casos de VIH se esté diagnosticando la dolencia de forma tardía, es decir cuanto ya han aparecido los síntomas indicativos de que la infección se encuentra en estado muy avanzado por lo que la respuesta al tratamiento es menor".

Toda esta temática acerca del VIH /SIDA se incluyó en la bautizada como "Semana Europea de la Prueba rápida" que tiene como lema "Habla del VIH, hazte el test" y que busca propagarse por el tejido social mediante una presencia activa, como en las redes sociales, sobre la gran utilidad de fomentar las pruebas rápidas que denominamos "Ora Quick", suponen test rápidos de saliva que permiten detectar la existencia, o no, de los organismos que produce el organismo como respuesta a la presencia del virus.

Sospecha

Desde la Asociación Comité Anti-SIDA de Huelva se insistió en la confidencialidad de las pruebas, la comunicación del diagnóstico para el paciente así como ofrecer la ayuda necesaria para, en este mismo acto, ofrecer al interesado aquellos consejos más pertinentes para "ayudarles a afrontar la crisis emocional" a la persona que recibe la noticia de su infección acompañados de otros consejos de contenido práctico válidos para las actividades cotidianas, junto a plantear las actuaciones y estrategias que traten de dar una solución al problema detectado, y, en su momento, derivar el caso a los centros de la sanidad pública: También, los promotores de esta campaña invitaban a todas aquellas personas que "sospechen" que puedan haber sido contagiadas por determinadas conductas de riesgo, soliciten la realización de la prueba de detección del VIH en evitación de posteriores y más graves complicaciones.

"VACUNA DE LA TOS FERINA Y EMBARAZO": revisión de la literatura"

Autoras:

- ▶ Castro G, Carmen (1)
 - ▶ Pulido A, Amparo (2)
 - ▶ Arenas Orta, Tania (3)
- (1) Matrona del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)
(2) Matrona Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva)
(3) Matrona Hospital Infanta Elena (Huelva)

▶ RESUMEN

Tras el reciente resurgimiento del virus de la *Tos Ferina* en nuestro país y dada la trascendencia del tema, se están planteando nuevas estrategias de prevención.

Nuestro **objetivo** es conocer estas estrategias y la evidencia sobre su uso y entre ellas la vacunación durante la gestación, muy importante ya que proporciona inmunidad a la madre y de forma indirecta al neonato que es especialmente susceptible debido a su inmadurez y a que no ha completado la primovacuna y además es más vulnerable a las formas más graves del virus. La **metodología** usada ha sido una revisión bibliográfica en los principales buscadores sanitarios (Pubmed, Uptodate, Cochrane, Medline, Scielo) y en revistas científicas según las palabras clave y acotada a los últimos cinco años. **Conclusiones:** Las estrategias preventivas que se están llevando a cabo (vacunación embarazada, estrategia nido, vacunación personal sanitario...) parecen presentar resultados favorables en cuanto a disminución de casos de Tos Ferina. Es necesaria una campaña de sensibilización de los profesionales y de información a la población general para conseguir una mayor cobertura preventiva.

▶ PALABRAS CLAVES

Embarazo, vacuna atipertussis, tos ferina, prevención de enfermedades transmisibles

▶ ABSTRACT

After the recent resurgence of *Bordetella Pertussis* virus in our country and taking into account the importance of this subject, new prevention strategies are being proposed. Our main aim is to know these strategies and the evidence of its use, focusing in the vaccination during the gestation. This fact is very important since it provides immunity to the mother and indirectly to the neonate who is especially sensitive to this kind of virus due to his state of immunological immaturity and also due to the lack of primary vaccination.

To get this goal, we have used a methodology based on review on the main online search engine (such as Pubmed, Uptodate, Cochrane, Medline or Scielo) and more relevant scientific journals by using of the suitable key words. Our search has been limited to the last five years in order to study a current issue.

The conclusions of this study are the following: the prevention strategies that are being used (pregnant vaccination, vaccination of the medical staff, etc.) seem provide good results regarding to the descent of the cases of Pertussis, although more studies about this subject are still needed.

It is necessary a campaign from the professionals and the general population to get a better prevention culture.

▶ KEY WORDS

Pregnancy, Pertussis vaccine, Bordetella Pertussis, communicable disease

INTRODUCCION:

Las vacunas han tenido un impacto sustancial en la disminución de la morbimortalidad en el mundo y por ello se consideran unos de los mejores logros en la salud en el siglo XX.¹

La tos ferina, es una enfermedad bacteriana muy común en la infancia y antes de la introducción de la vacuna suponía una de las causas más importantes de mortalidad en niños. A escala mundial

ocupa el quinto lugar en mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles en niños menores de 5 años.^{2,3}

Hoy en día disponemos de una vacuna efectiva contra la *Tos Ferina* pero sabemos que algunas vacunas administradas en la infancia, no inducen inmunidad activa para toda la vida, por lo que si los programas no contemplan dosis de recuerdo las personas vacunadas se vuelven de nuevo susceptibles de contraer la enfermedad

Los recién nacidos debido a que su sistema inmunológico está inmaduro son especialmente vulnerables a enfermedades infecciosas como la Tos Ferina y su capacidad para desarrollar una respuesta inmune a menudo es insuficiente^{3,4}.

La vacunación durante el embarazo además tiene el potencial de proteger no solo a madre, sino también protege al recién nacido mediante los anticuerpos maternos que se transfieren a través de la placenta⁶.

Según datos de la red de vigilancia epidemiológica en España se produjo un descenso del número de casos de Tos Ferina entre 1982-1997 superior al 95% y hasta el 2010 la tasa permaneció estable (Tabla 1).

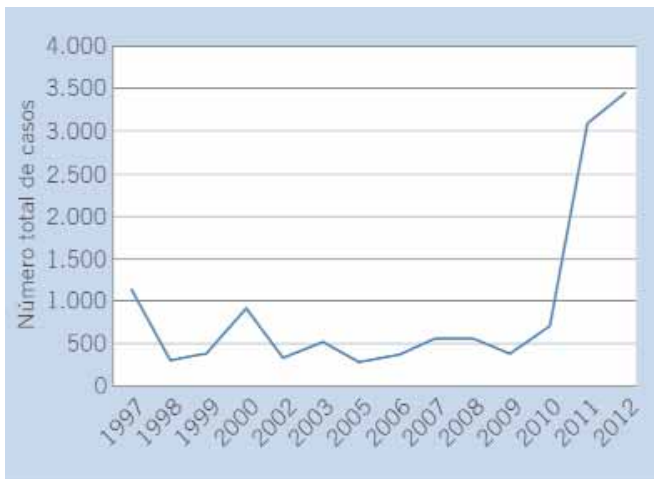


TABLA 1: Nº de casos notificados de tos ferina en España entre 1997 y 2012. Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Muy recientemente la sociedad española de enfermedades infecciosas (SEIMC) ha advertido del resurgimiento en España en los últimos años de la tos ferina a pesar de los programas de vacunación con alta cobertura de cumplimiento en nuestro país. Este incremento tiene una por un lado afecta a lactantes menores de 6 meses y por otro lado a adolescentes y adultos, cuando clásicamente esta enfermedad afectaba a niños en edad preescolar^{7,8}.

En España hay suficiente evidencia para afirmar que la Tos Ferina es una causa relevante de morbilidad e incluso de muertes entre los lactantes más pequeños^{9, 10}. La Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica ha contabilizado 6701 en el periodo de 2011 a abril de 2014, de ellos 40% fueron lactantes menores de un año y los casos se acumularon preferentemente en lactantes menores de 4 meses (80% de los casos)^{11,12}. Esta es la causa de que se estén llevando a cabo diferentes estrategias a nivel mundial, entre ellas la vacunación durante el embarazo. Nuestro objetivo es conocer estas estrategias y la evidencia disponible sobre su uso, entre ellas la vacunación durante la gestación, muy importante ya que como hemos dicho proporciona inmunidad a la madre y de forma indirecta al neonato que es especialmente susceptible y además es el colectivo más vulnerable a las formas más graves del virus.

MÉTODO:

Hemos Realizado una revisión sistemática de la literatura científica relacionada con el tema para la que hemos usado palabras clave

como pregnancy, Pertussis vaccine, Tos ferina, prevention, en las principales bases de datos: Cochrane, Pubmed, Scielo, Medline.

Hemos delimitado la búsqueda a artículos de los últimos cinco años dado que es un tema de actualidad.

También se han utilizado artículos publicados en revistas electrónicas tanto en español como en inglés.

RESULTADOS:

La Tos Ferina es una infección bacteriana aguda producida por patógenos exclusivamente humanos llamados *Bordetella Pertussis* o *Bordetella Parapertussis* que pueden afectar a individuos de todas las edades.

La transmisión se produce a través de contacto directo con personas infectadas y su contagiosidad es muy alta, con una tasa de ataque de hasta el 90% en personas susceptibles. Es una Enfermedad de declaración obligatoria en España desde el año 1982 (numérica entre 1982-1996 e individualizada a partir de 1997)⁸.

En ocasiones el diagnóstico de la Tos ferina es difícil ya que las manifestaciones no siempre son patognómicas y hay una gran heterogeneidad en los síntomas. La inmunización previa también puede modificar el curso de la enfermedad y son frecuentes las infecciones mixtas. En lactantes y niños y más en particular en los no vacunados suelen presentarse tres fases de forma clásica¹³:

- Fase catarral: dura 1-2 semanas y presenta sintomatología inespecífica como rinorrea, estornudo, fiebre baja y tos moderada.
- Fase de estado: Los síntomas empeoran, presentan tos seca irritativa con estridor inspiratorio y vómitos postusigenos, la tos aumenta pudiendo aparecer dificultad respiratoria, dura de 2 a 6 semanas.
- Fase de convalecencia: la tos disminuye aunque puede tardar meses hasta la recuperación y presentar recaídas.

Los adolescentes y adultos suelen presentar un cuadro clínico leve, pero los lactantes de menos de 4 meses son el grupo más vulnerable con altas tasas de complicaciones y de mortalidad.

Entre las complicaciones están la neumonía, la otitis media, insuficiencia respiratoria, encefalopatía, convulsiones, pero la más grave es la Tos Ferina maligna que se caracteriza por una tos paroxística, pausas de apnea y fallo respiratorio progresivo que es resistente al tratamiento antibiótico y que produce la muerte en el 70% de los casos¹³.

El tratamiento precoz es fundamental durante la fase catarral y el tratamiento de elección son los Macrólidos. En lactantes menores de un mes el uso de los Macrólidos es controvertido.

Para la quimioprofilaxis postexposición deben emplearse Macrólidos de forma precoz a los contactos (convivientes asintomáticos). Esta indicación es especialmente importante para menores de los 12 meses y sus convivientes y mujeres en tercer trimestre de la gestación¹⁰.

En los últimos años se han detectado importantes brotes de Tos Ferina en países como Australia, Europa, Estados Unidos o Japón.

En España desde 1998 a 2010 la incidencia anual no superaba los 2 casos por 100.000 habitantes. Sin embargo en el 2011 se llegaron a producir 7.2 casos por cada 100.000 habitantes. Según datos del

centro nacional de epidemiología más del 31% de los casos correspondieron a niños menores de un año, 47% niños entre 1-14 años y el 25.5% a mayores de 14 años^{7,8}. Además se estima que la tasa de enfermedad sea superior a la detectada debido a una infra notificación e infra diagnóstico importante¹⁰.

Entre las causas atribuidas al incremento en la incidencia de esta enfermedad, (dada la efectividad de la vacuna) son la pérdida de inmunidad con el tiempo (afecta a adultos) y en lactantes que han iniciado el calendario vacunal. Por otra parte existen pequeños colectivos no vacunados que contribuyen a la aparición de brotes. El avance en métodos diagnósticos también han contribuido a un aumento del diagnóstico de la enfermedad¹⁴.

ESTRATEGIA VACUNAL ACTUAL EN ESPAÑA:

Los esquemas de vacunación varían ampliamente entre los diferentes países de nuestro entorno, pero todos ellos administran una primera vacunación en los primeros 6 meses de vida y una vacunación de recuerdo en el segundo año de vida.

En España la vacuna de la Tos Ferina se incluyó en el calendario vacunal en 1965, es un preparado acelular y actualmente es la principal estrategia preventiva para el control de esta enfermedad. Las vacunas se presentan clásicamente combinadas con el toxoide tetánico o diftérico aunque también existen combinadas con otros antígenos.

En nuestro calendario vacunal se administran 3 dosis para la primera vacunación (2,4, y 6 meses de vida) y dosis de recuerdo a 15-16 meses y a 4-6 años¹⁴.

En algunos países europeos y en España en comunidades autónomas como Ceuta, Melilla y Madrid se incluye una dosis de refuerzo en la adolescencia (11-14 años) TdPa^{10,15}.

Se desconoce la duración de la protección, pero se sabe que la inmunidad al igual que ocurre después de padecer la enfermedad no es permanente y disminuye con el tiempo¹⁰. Esto justifica que sea necesaria la administración de dosis de recuerdo.

Los cambios epidemiológicos actuales justifican las diferentes estrategias vacunales que se están llevando a cabo con la finalidad de proteger al lactante pequeño y disminuir la incidencia de la enfermedad en la población general¹⁰.

NUEVAS ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN:

Vacunación de adolescentes: Debido al aumento de la incidencia de la enfermedad en este grupo poblacional, el objetivo primario es la inmunidad del adolescente y de forma secundaria disminuir las fuentes de infección en la comunidad y con ello en grupos de alto riesgo (lactantes de menos de 6 meses).

Solo las comunidades autónomas de Madrid (2011), Ceuta (2002) y Melilla (2008) han incluido la sexta vacuna dTpa a los catorce años de edad. Esta estrategia por sí sola no proporciona suficiente inmunidad y no hay evidencia suficiente de que estas medidas tengan impacto positivo sobre las Tos Ferina grave del lactante^{10,11}.

El comité asesor de la AEP incluyó la dosis del adolescente (11-14 años) a partir de 2012. En el calendario de 2013 se recomienda vacuna de baja carga antigénica (Tdpa) a los 4-6 y a los 11-14 (preferiblemente a 11-12 años de edad)^{10,11,15}.

Vacunación del adulto: el objetivo es conseguir la inmunidad de grupo y el principal problema es el difícil acceso a este tipo de población.

En España las recomendaciones del ministerio de sanidad son administrar Td como única dosis a los 65 años de edad. Podría ser una estrategia a seguir incluir la Tos Ferina (dtpa) en este periodo, ya que hay estudios que demuestran la eficacia de esta medida¹¹.

Vacunación del personal sanitario: el personal sanitario puede contagiarse de esa infección y puede así mismo ser fuente de infección para lactantes o población más susceptible. La OMS recomienda vacunación del personal sanitario en contacto con neonatos (maternidades, unidades pediátricas) en zonas de alta transmisión nosocomial.

A pesar de esta recomendación la aceptación de la medida ha sido escasa en nuestro país.

Vacunación del neonato: Los primeros tres meses son el periodo de más susceptibilidad por el riesgo de síndrome de Tos Ferina maligna. La edad mínima para la vacunación de la tos ferina es las 6 semanas para la primera dosis y 10 para la segunda¹⁶.

Uno de los posibles inconvenientes de la vacunación temprana sería la interferencia con los anticuerpos maternos y la inmunotolerancia a las dosis sucesivas de la vacuna. Por tanto no se recomienda la vacunación del neonato antes de las 6 semanas de vida.

Vacunación de la embarazada: Debido a la preocupación del daño potencial al feto las vacunas en general se han desaconsejado durante el embarazo. Las recomendaciones sobre vacunación y embarazo se basan en los beneficios de la vacunación para la madre y el feto y la valoración del riesgo potencial.

Se dispone de evidencia para afirmar que vacunas inactivadas o virales y bacterianas o toxoides son seguros durante la gestación, mientras que las vacunas vivas se consideran de potencial riesgo teórico de transmisión del componente vivo de la vacuna al feto¹⁷.

La inmunidad materna es una alternativa muy prometedora para la mejora de la salud materna y del neonato por el paso de anticuerpos IgG específicos maternos a través de la placenta.

La vacunación como medida preventiva en la embarazada intenta ofrecer una doble vertiente de protección, por un lado proteger al neonato en las primeras semanas de vida hasta adquirir la inmunidad por la primera vacunación y por otro lado protege a la madre de la propia infección (protección directa e indirecta).

Los anticuerpos maternos no influyen en la protección posterior adquirida en el neonato con la vacunación a partir de los 2 meses de edad¹⁰.

Además del potencial beneficio con la vacunación materna, en un lactante menor de 3 meses el posible beneficio va a ser superior al riesgo de Tos Ferina en el lactante mayor¹⁰.

Se estima que la vida media de los anticuerpos recibidos por el neonato es de una 6 semanas, es por ello que esta estrategia de vacunación durante la gestación puede ser más efectiva que la vacunación en el postparto y que la estrategia nido¹⁸.

La estrategia de vacunación a la embarazada la han incorporado diversos organismos como *el American college of Obstetricians and gynecologist* y la *American Academy of Pediatrics*. Se debe administrar a las gestantes una dosis única en cada embarazo entre la semana 20 y 36 (preferiblemente 27-32 semanas).

Se disponen de datos de disminución de casos confirmados de Tos Ferina en Inglaterra desde la introducción de la vacuna en gestantes en octubre de 2012 como respuesta a un brote, en este país se registraron altas tasas de vacunación¹⁹.

Tanto el Comité de Experto de EEUU como la Asociación Española de Pediatría (AEP) recomiendan vacunar a la mujer embarazada si no ha recibido dosis en los últimos 10 años una vez pasados las 27 semanas de gestación^{10,15}.

Estrategia nido: Diferentes estudios muestran que hasta en un 84% la fuente de infección de la Tos ferina es un conviviente domiciliario generalmente un miembro de la familia y de entre ellos la madre es la transmisora más frecuente, a pesar de ello la inmunización sólo de las madres ^{20,21}.

La vacunación de los contactos domiciliarios debe realizarse al menos 2 semanas antes del nacimiento. Se calcula que si esta estrategia se lleva a cabo de forma adecuada puede reducir la tasa en hasta un 70% de los casos en lactantes de menos de 3 meses sin embargo la estrategia cuenta con obstáculos como la accesibilidad a los contactos y la voluntad de estos a vacunarse^{10,22}

La experiencia de esta estrategia en California disminuyó el número de casos declarados de tos ferina de 9154 casos en 2010 y a 2795 casos en 2011. Por ello en países como Francia, Estados Unidos, Alemania, Australia... recomiendan la adopción de estrategias nido en sus programas de control de la Tos Ferina¹⁰.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Es de vital importancia la sensibilización de la población general ante el resurgimiento de la tos ferina en nuestro medio y que los programas de vacunación de todas las comunidades autónomas contemplen las dosis de recuerdo adicionales como estrategia.

Es necesario realizar una campaña de información a toda la población embarazada, la cual podría realizarse desde las consultas de control del embarazo y la educación maternal al igual que se hace con la vacunación antitetánica, ya que la vacunación de forma adecuada no ha demostrado ser perjudicial en la gestación y sus beneficios potenciales superan los posibles riesgos derivados de la vacuna aunque son necesarios más estudios al respecto. La matrona se encuentra en un lugar privilegiado en este aspecto ya que tiene acceso fácil y de forma continuada a la gestante y a su familia.

La vacunación de a embarazada debe recomendarse junto con a estrategia nido, vacunando a los futuros contactos del lactante al menos dos semanas antes de nacimiento¹⁸.

La información al personal sanitario de contacto con pacientes de riesgo es escasa y a pesar del fácil acceso a la vacuna la estrategia no ha tenido una gran aceptación por lo que son necesarias campañas de sensibilización y de formación adecuada del personal en este ámbito de modo que seamos conscientes de la importancia del tema.

Se hace preciso también la concienciación y la colaboración con los centros de atención primaria y urgencias de cara a la mejora del diagnóstico de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA:

- 1). Centers for disease control and prevention(CDC). Impact of vaccines universally recommended for children. United States, 1900-1999. *Morb mort wkly rep.* 1999;48(12): 243-248.
- 2) Zepp F, Heining U, Mertsola J, Bernatowska E. Rationale for Pertussis booster vaccination throughout life in Europe. *Lancet Infect Dis.* 2011; 11:557-70

- 3) Moraga FA, Llop M, Campins-Martí M. Nuevas perspectivas de la Ferina en el siglo XI. ¿Estamos fracasando en su control?. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011;29(8):561-56
- 4) Centers for Disease Control and Prevention. Ten great public health achievements e United States, 1900e1999. *Morb Mortal Wkly Rep* 1999;48:241e3.
- 5) Rasmussen SA, Jamieson DJ, Uyeki TM. Effects of influenza on pregnant women and infants. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 207:S3e8
- 6) Gall SA, Poland GA. A maternal immunization program: developing and schedule and platform for routine immunization during pregnancy. *Vaccine.* 2011;29:9411-3
- 7) Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Situación de la Tos Ferina en España. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica de España. Año 2009.. Disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs7centro/epidemiologia/pdf/informetosferinajunio2009.pdf>
- 8) Centro Nacional de Epidemiología. Estado de las enfermedades de declaración obligatoria. *BES.* 2011; 19:247-60.
- 9) Fernández Cano M, Armadans Gil L; Alvarez Bartolomé M, Rodrigo-Pendas J, Campins-Martí. Hospitalización por Tos Ferina en España. Situación epidemiológica (1997-2011) *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2014. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.20013.11.006>
- 10) Campins M, Moreno Ágil de Miguel A..Tos Ferina en España. Situación epidemiológica y estrategia de prevención y control. Recomendaciones del grupo de trabajo de Tos Ferina. *Enferm Infecc Microbiol clin.* 2013. [Http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2012.12.001](http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2012.12.001)
- 11) Campins-Mari M, Moraga FA. Vacunación frente a la Tos Ferina en el adolescente y el adulto, *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 20018;26 (suplem 1):12-19
- 12) Centro Nacional de Epidemiología. Boletín epidemiológico semanal de la Red. Informe semanal de vigilancia de 26 nov de 2013. Disponible en <http://www.isciii.es/ISCI/ES//contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnoco/fd-vigilancia-alerat/fd-boletines/fd-boletin-epidemiologico-semanal-red/IS-140422-WEB.pdf>
- 13) Mandel GL, Bennet JE, Dolin R. *Enfermedades Infecciosas. Principio y Practicas.* 7ª edición. Madrid. Elsevier; 2011.
- 14) Comisión de Salud pública del Consejo Inter territorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Grupo de trabajo de la Tos Ferina 2012 de la ponencia de programas y registro de vacunaciones. Revisión del programa de vacunación frente a la Tos Ferina en España. 2013.
- 15) Aristegui J. Jornadas de vacunas AEP 2013. Valencia 14-15 febrero 2013.
- 16) Wood N, Siegrist CA. Neonatal Immunization: where do we stand. *Curr Opin Infect Dis.* 2011;24:190-5.
- 17) Sonja A. Rasmussen, Amelia K. Watson , Erin D. Kennedy. Vaccines and pregnancy: Past, present, and future. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* 19 (2014) 161e169.
- 18) Center for Disease Control and Prevention (CDC). Update recommendations for use tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid and acellular Pertussis vaccine (Tdap) in pregnant women and persons who have or anticipate having close contact with an infant age < 12 months, Advisory Committee on Immunization practices(ACIP), 2011. *MMWR*, 2011;52:157-62.
- 19) Amirhalingam G, Andrews N, Campbel H, Ribeiro S, Kara E. Effectiveness of maternal pertussis vaccination in England: an observational study. *Lancet online.* 2014 July 16, disponible en [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60686-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60686-3)
- 20) Uriona S, Martínez X, Campins M, Codina G. Estudio de contactos de casos pediátricos de Tos Ferina en un Hospital de tercer nivel en Barcelona, *Med Clin,* 2012. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.09.017>
- 21) Wendelboe AM, Njankepo E, Bourillon A. Trasmisión of Bordetella Pertussis to young infants. *Pediatric Infect Dis J.* 2007; 26:293-9.
- 22) Domínguez-Simón MJ. El papel de la matrona en la "estrategia de nido" como prevención de la Tos Ferina. *Matronas Prof.* 2014; 15(1):18-19.

Alfonso Alonso Aranegui, ministro de Sanidad

El ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales tiene, desde el pasado 3 de diciembre, un nuevo responsable. Tras la dimisión de Ana Mato, afectada acaso indirectamente en un asunto de corrupción, el Gobierno ha designado a uno de los "hombres fuertes" del Partido Popular, Alfonso Alonso Aranegui, hasta entonces portavoz en el Congreso de los Diputados del Grupo parlamentario Popular. Alonso (nacido en Vitoria en abril de 1967) no tiene ninguna vinculación con el mundo sanitario pero sí un peso específico a nivel de dirigente político.



Abogado de profesión, su biografía contempla ocho años (1999-2007) como alcalde de su Vitoria natal con excelente balance. Liberal de origen, ha sido elegido para dirigir el ministerio de Sanidad recibiendo como herencia, entre otros muchos asuntos, el desenlace al "Plan de Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud" suscrito entre la Administración central y los Consejos generales de enfermería y medicina y que permanece prácticamente bloqueado desde hace muchos meses. Tras su nombramiento, Máximo González Jurado, en nombre de la enfermería española, saludó su designación diciendo que "es lo que necesitamos, alguien con una importante trayectoria política y una experiencia consolidada".

842.000 PERSONAS SUFREN "POBREZA SANITARIA"

Huelva.- Redacción

Cruz Roja Española ha dado a conocer a la opinión pública que más de 840.000 personas a las que atiende en toda la geografía nacional no pueden afrontar los gastos sanitarios que precisan. Es decir, que el 35,1% de los 2,4 millones de españoles que acuden en demanda de cobertura de la mayor ONG son víctimas de lo que se entiende como "pobreza sanitaria". Y el tremendo panorama se completa con otro índice a tener muy presente: más de 36.000 ciudadanos carecen de tarjeta sanitaria o lo que es igual, no tienen derecho ni posibilidad de recibir atención, sea a nivel de primaria o especializada.

Cruz Roja Española dio a conocer el contenido del nuevo Boletín sobre la "Vulnerabilidad social" en nuestra nación en el que destacan estas líneas fundamentales que invitan a la obligada reflexión. El 84% de las personas que atiende atraviesan una clara situación de pobreza. Que el 65% están en paro y, en consecuencia, un 35,1% de los 2,4 millones de españoles que hasta ella acuden padecen "pobreza sanitaria". Es decir, no pueden afrontar los costes económicos tales como la compra de medicinas que ya no cubre la Seguridad Social, o el copago. Y de esa cifra de personas, el 1,5% (más de 36.000 españoles) no tienen tarjeta sanitaria por lo que carecen del derecho a ser atendidos por el Sistema de salud.

Crónicas

"Es evidente que la precarización sostenida en el tiempo representa consecuencias en la vida



de las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad". Con estas palabras resumía el coordinador general de Cruz Roja, Antoni Bruel, el contenido esencial de un documento elaborado a partir de mil encuestas en una muestra representativa de sus beneficiarios. El directivo de la ONG también destacó que si bien empieza a encontrarse una salida a la crisis, las personas que atiende Cruz Roja "no lo notan" por cuanto "hay más pobreza, se está cronificando y los más vulnerables lo siguen siendo".

► Un Informe de Cruz Roja Española pone sobre la mesa la cruda vertiente sanitaria de la crisis

En el estudio se contempla que el número de personas que atiende Cruz Roja se ha ido incrementando nada menos que un 166% desde que, alrededor del año 2008, la crisis se hizo más y más patente hasta alcanzar 2,4 millones de ciudadanos de damnificados, de

los que una gran mayoría (84%) están en riesgo de pobreza y un 38% afrontan un marco vital de privación material severa. Además, se indica que el 64,5% no tienen prestaciones, el 65% permanecen en paro -tres de cada diez desde hace más de un año- y de los que tienen trabajo, el 81,8% son pobres.

Atención

Desde una óptica específicamente sanitaria, el Informe expone datos igualmente preocupantes a consecuencia de la cronicidad de las situaciones de carencias. Ahí está ese 35,1% de personas con serias dificultades para cubrir los gastos relativos a la salud, sea algo tan común como pagarse las medicinas, el copago, acudir al dentista y un largo etcétera de contenidos sanitarios. Pese a ello, el 97% de las personas consultadas por Cruz Roja dijeron utilizar el Sistema Nacional de Salud añadiendo que (en un 70%) la atención que habían recibido por parte del personal fue buena o muy buena. El trabajo igualmente alude a las consecuencias que la pobreza tiene en un nivel anímico o de ansiedad.

Para el coordinador de Cruz Roja, la pretensión de este estudio no es otra que "a través de estas informaciones logremos el propósito de sensibilizar a la sociedad, impulsar la coordinación entre todos los agentes sociales y estimular la búsqueda de respuestas que impidan la cronificación de las situaciones de exclusión social" que tienen uno de sus más lacerantes reflejos en el campo de la sanidad.



"La Anunciación" (El Greco, 1570)

Con nuestros mejores deseos:
¡Feliz Navidad y Año 2015!
Colegio Oficial Enfermería de Huelva



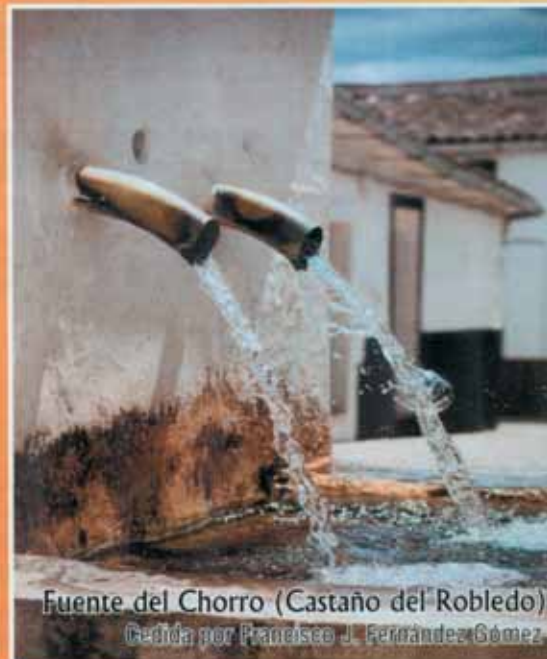
CONVOCA

XXI

Certamen de Investigación en

Enfermería

CIUDAD DE HUELVA



Fuente del Chorro (Castaño del Robledo)
Cedida por Francisco J. Ferrández 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, encuadernadas 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>