

# Documentos

ILUSTRE  
COLEGIO  
OFICIAL DE  
ENFERMERIA  
DE HUELVA



# enfermería

AÑO XVIII

nº 58 junio 2015



**ENFERMERÍA:  
RÉCORD DE  
INSCRIPCIONES  
(15.385) EN LA  
OPE 2015**

**Alarma ante el primer caso de difteria  
en un niño sin vacunar**

Edita:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería  
de Huelva

## Consejo de Administración:

Junta de Gobierno del Ilustre Colegio Oficial de  
Enfermería de Huelva

## Consejo de Redacción

### Presidente:

Gonzalo García Domínguez

### Director Técnico:

Vicente Villa García-Noblejas

### Jefa de Redacción:

Patricia Mauri Fábrega

### Redacción:

Josefa Lorenzo Martín

Enrique Aguiar Mojarro

Eduardo Rico González

Martín Vázquez Bermúdez

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

Tomás Lozano León

Antonio Olid Torres

Carmen D. Beltrán Camacho

Mercedes González Hernández

M<sup>a</sup> Carmen Pilo López

### Asesora de redacción:

Eva M<sup>a</sup> Lorenzo Martín

### Fotografía:

Archivo del Ilustre Colegio de Enfermería de  
Huelva

### Redacción:

Sede Colegial

Imprime: Tecnographic, S.L.

Depósito Legal: H-1996-43

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

Tirada: 2.600 ejemplares

Distribución gratuita

Domicilio de la sede colegial

C/ Berdigón, nº 33, pral. izq.

21003 Huelva

Tel. 959 54 09 04

Correo electrónico:

colegiodehuelva@consejogeneralenfermeria.org

Línea Móvil 639/11 17 10

Página Web:

www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es

Fax: 959 25 62 70

Horario de Oficina:

De lunes a jueves

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

Los viernes solo horario de mañana

Horario de la Asesoría Jurídica:

Horario de mañana de lunes a viernes, tras cita

telefónica

Entrevista con el presidente:

Concertar cita

## HORARIO DE VERANO

De 09 a 14,00 horas del  
15 de junio al 15 de  
septiembre

# Sumario

## 3 EDITORIAL

## 5 DÍA INTERNACIONAL DE LA PROFESIÓN 2015

## 6 CONGRESO SALUD MENTAL

## 7/11 PROYECTO PARA LA CREACIÓN DE UNA CONSULTA DE OSTOMÍAS/AQUILINO ALONSO, NUEVO CONSEJERO DE SALUD

## 12 PRIMER CASO DE DIFTERIA EN 30 AÑOS

## 13 TRASPLANTES HUELVA/JUAN J. EGEA

## 14 CONTRATOS AL 75%/NUEVOS RESIDENTES PARA LAS ESPECIALIDADES EN HUELVA

## 15 CONCURSO-OPOSICIÓN

## 16 DEFENSA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

## 17 ENFERMERÍA, LA CLAVE EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON OSTOMÍA

## 18 BAJA UN 9,24% EL NÚMERO DE DONANTES DE SANGRE

## 19/23 MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA FASE PREANALÍTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

## 24 EL MOLINO DE VEGA, RECONOCIDO "CENTRO CONTRA EL DOLOR"/53 NUEVOS RESIDENTES PARA LAS ESPECIALIDADES EN HUELVA

## 25 II ENCUENTRO DE ENFERMERÍA EN MEDICINA INTERNA

## 26/29 IMPACTO DE LA OSTOMÍA INTESTINAL EN LA SEXUALIDAD DE PERSONAS AFECTADAS DE CÁNCER DE COLON

## 30 NORMAS DE PUBLICACIÓN

## 31 MUERE MARJORY GORDON, ENFERMERA "DE LEYENDA"/REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN EL VÁZQUEZ DÍAZ



## ANTE UN TIEMPO PREÑADO DE TRASCENDENCIAS: OPE, PRESCRIPCIÓN...

**Justo** ahora, cuando el calendario de 2015 atraviesa el ecuador, aparece una nueva edición de "DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA" para, entre otros objetivos, tratar de esbozar, siquiera brevemente, una línea con la vista puesta en lo que resta de un año que, tras acumular muchos déficits, debería acabar con una larga serie de carencias y discriminaciones como viene soportando la sanidad andaluza en general y la enfermería en particular.

Cuando procedemos al cierre de este número 58, Andalucía, políticamente hablando, sigue sumergida en una especie de interinidad, con una Junta en estado de "funciones", sin un ejecutivo constituido desde las pasadas elecciones del mes de marzo, lo que se traduce, si de sanidad hablamos, en que las cosas siguen bloqueadas, cuando no con visos de sufrir una suerte de parálisis y todo ello en las mismas puertas de un verano 2015 donde los pronósticos más fiables vaticinan que van a proseguir los recortes en personal como en dotaciones e infraestructuras sanitarias por aquello del calor... que en lugares como en nuestra provincia de Huelva lo que debería indicar es justo lo contrario: que la densidad de población a atender volverá a crecer de forma, mas que notable ante lo que deberá hacer frente un colectivo -enfermería, por supuesto- con idénticos o menores mimbres en base a una dotación de plantillas veraniegas, que van a reeditar las penosas circunstancias vividas en ocasiones estivales precedentes.

Sin embargo, el periodo que nos llevará hasta el otoño está, también, marcado por una cita no de las coyunturales sino de las que sirven para imprimir auténtica vitola de trascendencia para la comunidad como para los legítimos intereses profesionales. Hablamos, claro está, de la largamente esperada y por fin anunciada convocatoria de la Oferta Pública de Empleo (OPE) que, en realidad, es una de las asignaturas pendientes y más lacerantes que soporta la enfermería porque en la cita -¿invernal?- se han fundido las de varios años anteriores, como señal inequívoca de que la precariedad y la inestabilidad laboral son, desafortunadamente, unas constantes en el SAS que sufren y padecen los ciudadanos y, por descontado, los miles y miles de profesionales directamente afectados.

Y el resultado, como damos cuenta en páginas centrales, es que la OPE de la sanidad pública de Andalucía ya ha batido el récord de demanda en cuanto a que el número global de inscritos puede haber superado los, ¡ojo al dato!, 81.000 personas entre todas las categorías en liza. Entre las que enfermería se lleva la palma de ser el colectivo con mayor número de inscripciones hasta completar un número tan enorme como son esos 15.000 aspirantes que, procedentes de toda la geografía nacional, aguardan los exámenes con la esperanza de lograr la tan ansiada estabilidad en el empleo.

Pero, menos mal, que si algo distingue a la profesión es su indeclinable tesón, la indesmayable fortaleza que hace gala desde hace muchas décadas como confirma el que, ante semejante panorama laboral, la asistencia y el deseo de mejora pensando en el paciente sigue- y seguirá- siendo el común denominador, porque nada entiende de recortes en materia de recursos humanos lo que se nutre de algo tan preciado como es la vocación y el afán de servir a quien lo necesita.

Del mismo modo, otras cuestiones no menos trascendentes aparecen en un horizonte no tan lejano como, por ejemplo, el discurrir de una normativa sencillamente definitiva como la prescripción enfermera. En la actualidad, y desde hace menos de un mes, el texto que regulará esa competencia está en manos del Consejo de Estado tras serle remitido por el Ministerio de Sanidad que preside Alfonso Alonso. Ahora, queda aguardar el resultado del estudio, análisis y valoración por parte del Consejo de Estado, algo que podría tener un plazo cercano al trimestre antes de ser devuelto al propio Ministerio de Sanidad. El asunto lleva ya años y más años acumulados de tensión, retraso e incertidumbres como para que se aguarde expectante la luz final que se obre en un Consejo de Ministros. Así pues, y con semejantes pruebas pendientes de salir a la superficie, para reparar tantas carencias, nos estamos adentrando por el verano de 2015 que, aunque no lo parezca, va a ser cualquier cosa menos indiferente para el colectivo, para la sanidad andaluza y para la enfermería española.



DE LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL CON LA COMPAÑIA ZURICH  
**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL**

## EL COLEGIO TE PROTEGE

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

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 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 (Tel.: 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.

# 3,5

## MILLONES DE EUROS

**3.500.000 € por colegiado y por siniestro, y con un límite por anualidad de veintiun millones de euros**

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

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

### LA NUEVA PÓLIZA AMPLÍA LAS PRINCIPALES COBERTURAS:

Responsabilidad civil de los colegiados en el desarrollo propio de su actividad profesional o especialidad sanitaria, tal como se regula en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, incluyendo la actividad docente, terapias alternativas y "piercing" ■ Cobertura por inhabilitación profesional como consecuencia de sentencia judicial firme o por expediente disciplinario, con abono, por parte de la Aseguradora de una cantidad máxima de 1.500 €/mes, por un plazo máximo de 18 meses. ■ Posibilidad de contrademanda o reclamación a contrario frente a denuncias infundadas, temerarias o con mala fe.

# “ENFERMERAS: EFICACES EN CUIDADOS, EFICIENTES EN COSTOS”



- ▶ La presidenta del CIE, Judith Shamian, afirma que enfermería "tiene la responsabilidad de contribuir a la planificación y gestión de los servicios"

Huelva.- Redacción

La enfermería repartida por los cinco continentes ha conmemorado, un año más, el Día Internacional para aumentar la concienciación del colectivo y, a la vez, potenciar su labor ante la sociedad. En este año, el Consejo Internacional de Enfermería, (CIE) organismo que aglutina y representa a las enfermeras de todo el mundo, presentó el Día Internacional bajo el lema "Enfermeras: una fuerza para el cambio: eficaces en cuidados, eficientes en costos".

Una fecha tan singular para la profesión, sea cual sea el escenario de su actuación, la constituye el Día Internacional que se conmemoró el pasado 12 de mayo. La presidenta del CIE, Judith Shamian, dirigió una intervención a los millones de profesionales sin distinción por de índole de raza, credo o demarcación, en el que comenzó apuntando que "el coste de la asistencia sanitaria está aumentando en todo el mundo" lo que equivale a "una pesada carga financiera sobre los sistemas de salud y las poblaciones a nivel global".

## Preocupación

La responsable del CIE admitía que "las enfermeras están preocupadas y comprenden el panorama de la estación de salud, la relación costo-eficiencia y la gestión de los recursos así como el costo de la atención sanitaria y el

acceso a los cuidados", algo que, desafortunadamente, no resulta viable en según que latitudes de la Tierra. De ahí que, desde el CIE se afirmara que "las decisiones que cada enfermera toma varias veces al día en su práctica cotidiana pueden marcar una diferencia vital en la eficiencia y eficacia de todo el sistema".

Tras sostener que "las enfermeras son cruciales para lograr el mejor equilibrio entre calidad, acceso y costo", el CIE no dudó en calificar de "fundamental que las enfermeras y los encargados de formular las políticas se centren en el papel de la enfermería, los sistemas sanitarios eficaces, en los cuidados y en los costos como prioridad clave y factor determinante con el fin de lograr la equidad para ofrecer una cobertura sanitaria universal y, en última instancia, mejorar los resultados de salud en todo el mundo".

## Proactivas

De ahí que el lema escogido para el Día Internacional -"Enfermeras, una fuerza para el cambio..."- no es otra cosa que el compromiso del CIE, y de todas las corporaciones nacionales -entre ellas el Consejo General de Enfermería de España-, de actuar para fortalecer y mejorar los sistemas de salud. El CIE admite que "las enfermeras llegamos, a veces, a personas a las que nunca ven otros profesionales en comunidades sean urbanas o remotas". Por lo que insistía en que "no es posible lograr la

salud global sin las enfermeras y sin nuestra contribución y participación proactiva en todos los lugares del sistema sanitario".

En su declaración oficial, el CIE sostuvo que "la enfermería tiene la responsabilidad de contribuir a la planificación, y a la coordinación y gestión de los servicios sanitarios". De igual modo, el máximo organismo internacional mostró su "firme convencimiento de que los servicios de enfermería han de ser gestionados directamente por las enfermeras". Y afirmaba que "en una situación en la que haya gestoras que no sean enfermeras pero cuyo personal incluye a enfermeras, el CIE cree que las enfermeras dirigentes en esas situaciones han de tener autoridad para orientar en cuestiones relativas a la enfermería profesional. En todas estas situaciones, enfermería es la responsable del alcance y las normas de la práctica profesional".

## Remuneración

Razón suficiente para que el CIE confíe en que "las enfermeras gestoras reciban por la gestión, la elaboración de las políticas y la dirección oportunidades, preparación y remuneración iguales que el resto del personal de salud al que se prepara para puestos de responsabilidad".

Y, a modo de conclusión, la presidenta Shamian razonaba que "las enfermeras, al ser los profesionales sanitarios más cercanos a las personas en todos los ámbitos de la sociedad, pueden tener una repercusión enorme en la reducción de los costos de la salud y en la mejora de la calidad los cuidados".

# LA SALUD MENTAL QUIERE DEJAR DE SER LA "DISCAPACIDAD INVISIBLE"

Huelva.- Redacción

**La** III edición del "Congreso Nacional de Salud Mental" de la Asociación de Familiares y personas con enfermedad mental (Feafes-Huelva) tuvo lugar el pasado mes de abril con escenario en el campus universitario onubense. El lema escogido giró en torno a "La salud mental va contigo: abriendo mentes, cerrando estigmas". Durante dos jornadas se potenció el debate de ideas desde una perspectiva multidisciplinar, tanto en lo sanitario como desde la presencia del mundo jurídico, educativo, social y de los propios familiares de los pacientes.

En la Facultad de Enfermería onubense se propagaron unos foros para intercambio y reflexión de teoría y prácticas referidas a la atención del paciente mental. El III Congreso estuvo presidido por el objetivo de propiciar una mejora de los servicios de Salud mental y su inmediata repercusión en la calidad de vida del paciente. Se abordaron parcelas tales como la importancia de mostrar la realidad de enfermos de una manera fiel, que no distorsionada y/o cargada de tintes sensacionalistas en los que puedan llegar a destacar aquellos aspectos negativos y estereotipados de la propia dolencia.

- ▶ **El III Congreso Nacional de Salud Mental de Feafes-Huelva, un éxito de participación y mensaje a favor del paciente**



## Ante una Urgencia

También fue objeto de análisis el cómo se debe actuar ante la inmediatez de una urgencia en este ámbito de la salud mental acudiendo en ayuda de cualquiera de los recursos asistenciales existentes; judicial, salud mental y 061, las experiencias del trabajo en comunidades terapéuticas, dispositivos específicos de salud mental y los hospitales de Día. Todos estos recursos tuvieron una clara repercusión en el discurrir del Congreso quedando plasmada la labor terapéutica en pro de la recuperación de estas personas afectadas. Igualmente, se analizaron los resultados obtenidos por el II Plan Andaluz de Salud Mental mientras se avanzó en las nuevas líneas contenidas en el III Plan del mismo ámbito administrativo-regional.

Pero en esta tercera edición del Congreso de Feafes-Huelva también hubo espacio para la realización de Talleres que, de modo simultáneo, se compaginaron con la presentación de posters y comunicaciones específicas siempre referidas a la Salud mental. En este contexto, el Colegio Oficial de Enfermería de Huelva, como sus homónimos de Psicología y Trabajo Social, patrocinaron y premiaron las mejores aportaciones dentro de sus respectivos campos de actuación.

Este III Congreso Nacional contó con la colaboración de la Delegación Territorial de la consejería de Igualdad y Salud

- ▶ **El Colegio Oficial de Enfermería premia una de las mejores aportaciones**

de la Junta de Andalucía, a través de los distritos de Atención Primaria Condado-Campiña-Huelva-Costa y la U.G.C. de Salud Mental de Huelva. El balance final obtenido en esta, por ahora, última convocatoria, no ha podido ser mas satisfactorio tanto por el numero de comunicaciones presentadas (nada menos que 350) como por la alta participación en el conjunto del programa de conferencias e intervenciones multidisciplinarias.

## Colegio: avances

El Colegio Oficial de Enfermería de la provincia de Huelva, a su vez, ha querido dejar constancia y mostrar, su "respaldo y elogio a los organizadores e intervinientes en una labor que, sabemos, es compleja pero de todos cual es la atención al paciente de salud mental para que, también entre todos los sectores intervinientes, el paciente deje atrás las secuelas y handicaps que durante tanto tiempo le acompañaron y que, afortunadamente cada vez son mas historia".

# PROYECTO PARA LA CREACIÓN DE UNA CONSULTA DE OSTOMÍAS

Autora:

- ▶ M. DOLORES RECUERO CUADRADO  
Máster en Ciencias de la Enfermería  
Especialista en Cuidados de Enfermería en Ostomías

“Ningún hombre es una isla. Para hacer frente al buen combate, necesitamos ayuda.”

Paulo Coelho

“Saber que no somos los únicos es el primer paso para sentirse acompañado”

Anónimo

“Ayúdame a hacerlo por mí mismo”

María Montessori

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN
2. SITUACIÓN ACTUAL Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA
3. OBJETIVOS
4. PLANIFICACIÓN DE LA CONSULTA DE OSTOMÍAS Y SU AMPLIACIÓN
  - 4.1. Recursos
  - 4.2. Organización
5. MATERIAL Y MÉTODOS
6. ACTIVIDADES Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN
7. DISCUSIÓN
8. CONCLUSIONES
9. BIBLIOGRAFÍA

## 1. INTRODUCCIÓN

Ante la necesidad de realizar una ostomía en una intervención quirúrgica para resolver un problema de salud, el rechazo de la persona suele ser total o absoluto.

La persona ante la posibilidad de ser ostomizado va a necesitar una adaptación, tanto a nivel físico como psicológico y socio-familiar. Antes de la intervención quirúrgica suele presentar un alto nivel de ansiedad, por lo que la información y los cuidados de enfermería se hacen imprescindibles en la pre y post cirugía, denominándose cuidados preoperatorios y postoperatorios.

Los Especialistas en cuidados de personas con ostomías o Estomaterapeutas, a través de las consultas, prestan una atención individualizada, especializada, integral y continuada durante toda la vida del paciente, garantizan su continuidad asistencial y le dan el soporte sanitario y de calidad que estos precisan.

En España a partir de 1985, con la existencia de los primeros Estomaterapeutas, se comienza a descubrir la necesidad de crear y poner en marcha las Consultas de Enfermería para cuidados de pacientes con ostomías, siendo una realidad hoy en numerosos hospitales.

En las Consultas de Ostomías, los Estomaterapeutas ejercen una labor imprescindible para mejorar la calidad de vida de la persona ostomizada, pues favorecen la continuidad del proceso asistencial, dotan de habilidades y conocimientos más extensos al ostomizado y a su cuidador principal, proporcionan educación sanitaria dirigida a la prevención de complicaciones tardías y, finalmente, tratan de conseguir que la persona portadora de una ostomía reencuentre su equilibrio biológico, psicológico y social.

Los Estomaterapeutas intervienen en tres momentos esenciales en la vida del ostomizado:

1. *PREOPERATORIO*
2. *INGRESO/HOSPITALIZACIÓN*
3. *SEGUIMIENTO TRAS EL ALTA*

*PREOPERATORIO.* El paciente ante una intervención quirúrgica se va a encontrar en un medio ambiente desconocido que le genera estrés. Esto va a repercutir sobre su salud, por ello es importante que la atención del Estomaterapeuta al paciente comience previo a su ingreso, en la consulta de ostomía.

Debe contribuir a calmar su ansiedad, miedo e inseguridad, intentando que entienda mejor su problema, con lo que la recuperación tras la cirugía será mejor y la adaptación del paciente a su nueva situación será menos traumática.

Es necesario que tenga por lo menos una entrevista con él antes de la intervención y que conozca la información recibida del cirujano por el paciente. Tras la entrevista con el paciente el Estomaterapeuta le debe explicar lo que se le va a realizar y las implicaciones que va a tener en su vida, con un lenguaje comprensible para él y sus familiares, y hacerles partícipes de los problemas y de sus soluciones. Debe elegir la ubicación del estoma que tiene una gran importancia en el proceso ya que una mala elección conlleva el aumento de complicaciones y el rechazo por parte del paciente, originando problemas personales muy importantes.

*INGRESO/HOSPITALIZACIÓN.* En el postoperatorio inmediato, el Estomaterapeuta deberá controlar la evolución de la ostomía realizando los cuidados pertinentes y enseñando al paciente para que se familiarice con ellos. En este periodo es importante vigilar constantemente la ostomía y estar alerta ante la posible aparición de complicaciones (necrosis, retracción, desprendimiento del reborde muco cutáneo, etc.).

Luego iniciará la enseñanza en el autocuidado de la ostomía, así como la elección y manipulación del dispositivo colector adecuado. También educará sobre los hábitos alimentarios, tipo de vestidos y tipo de vida laboral y social. Si reciben los cuidados adecuados y se rehabilitan, los pacientes pueden volver pronto a la vida activa que llevaban anteriormente.

*SEGUIMIENTO TRAS EL ALTA.* Una vez el paciente es dado de alta hospitalaria, debe proseguir con su seguimiento y control por el Estomaterapeuta, al menos en un primer periodo para que no se sienta abandonado.

Cuando el paciente maneje su estoma y haya aprendido a convivir con él, las visitas serán cada vez más espaciadas, hasta dejar de realizarlas cuando se haya reincorporado a su vida normal. El objetivo de este seguimiento, apoyo y ayuda por parte del Estomaterapeuta es que el paciente sea capaz de volver a recuperar totalmente su autonomía, de modo que sea capaz de realizar los cuidados de su ostomía y prevenir los posibles problemas cutáneos que pudieran aparecer.

## 2. SITUACIÓN ACTUAL Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La persona que experimenta la práctica de una ostomía como única alternativa para sortear, temporal o definitivamente, la enfermedad o la muerte, se enfrenta en un breve espacio de tiempo a un diagnóstico severo, la inevitable intervención quirúrgica y la convivencia con una situación que desconoce de antemano y concibe como algo especialmente traumático con el consiguiente cambio en su imagen corporal y cambio en su relaciones íntimas y sociales. (1)

A partir de considerar que la Atención y Educación para la Salud es función de la Enfermería, la observación del desconocimiento que existía por estos pacientes y su problemática llevó a darse cuenta de la necesidad de que los “pacientes ostomizados” precisaban de una atención especializada e integral para conseguir mejoría en las tres áreas: física, psicológica y social. Comenzaron a observarse las diferentes complicaciones tardías que aparecían después del alta, cuando los enfermos regresaban a la planta para comentar las complicaciones de los estomas y de la piel periestomal, problemas de adaptación de los dispositivos y alteraciones emocionales, por lo cual se puso de manifiesto la necesidad de realizar seguimiento a estos pacientes a través de una Consulta externa de Estomaterapia. (2)

Por ello se ha establecido una Consulta de Ostomías atendida por una Enfermera Especialista en Cuidados de personas con una Ostomía y por otra Enfermera con amplia experiencia en cuidados de estas personas, que funciona un día a la semana donde se ofrecen cuidados en la etapa preoperatoria y postoperatoria de la persona a la que le van a realizar una Ostomía, y que está situada en la Clínica del Carmen en Avenida de Italia número 22 en Huelva.

## 3. OBJETIVOS

El **Objetivo General** es promover la educación integral del paciente y su familia antes y después de la intervención quirúrgica que implica la realización de una ostomía de forma programada o urgente, a través de un programa de cuidados de enfermería para favorecer la continuidad del proceso asistencial (3)(4)(6). Para ello debemos de dotar de habilidades y conocimientos más extensos a la persona ostomizada y/o cuidador principal (3), para ayudarles a volver a una vida familiar, profesional y social normal lo antes posible. (4)

Los **Objetivos Específicos** pasan por colaborar con la

persona en los cuidados de su ostomía hasta lograr su autocuidado, educación sanitaria para detectar y prevenir complicaciones inmediatas y tardías, contribuir a su disminución, evitando así reingresos hospitalarios, promover su rehabilitación e integración y prestar apoyo psicológico. (5)

Las Consultas de Ostomías aportan una serie de ventajas y beneficios a los ostomizados y a sus familias.

#### **Objetivos económicos:**

- Reducir los costes.
- Minimizar la variabilidad en la práctica clínica.

#### **Objetivos asistenciales:**

- Ofrecer una atención individualizada y personalizada al paciente.
- Dar continuidad a los cuidados del ostomizado a lo largo de todo su proceso asistencial.
- Prevenir y tratar complicaciones asociadas al estoma.
- Educar al paciente y cuidador.
- Prestar apoyo emocional y ayudar a aceptar la nueva imagen corporal.
- Adiestrar en el uso de dispositivos terapéuticos específicos.
- Mejorar la calidad de vida de la persona ostomizada a través de una atención de enfermería especializada en ostomía.

#### **Objetivos sociales:**

- Fomentar la reinserción del ostomizado a su entorno social y laboral.
- Ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente.
- Impulsar la autonomía de la persona ostomizada.

#### **Objetivos científico-técnicos:**

- Realizar estudios de Investigación.

Los **Objetivos específicos** de nuestra consulta serían:

- Ofrecer una atención integral, individualizada y personalizada al paciente.
- Prevenir y tratar complicaciones asociadas a la ostomía.
- Educar al paciente y cuidador.
- Prestar apoyo emocional y ayudar a aceptar la nueva imagen corporal.
- Adiestrar en el uso de dispositivos terapéuticos específicos usando un material de máxima calidad.
- Mejorar la calidad de vida de la persona ostomizada a través de una atención de enfermería especializada en ostomía.
- Impulsar su autonomía.

## **4. PLANIFICACIÓN DE LA CONSULTA DE OSTOMÍAS**

### **4.1. Recursos.**

*Recursos humanos:* Enfermera Especialista en Cuidados de personas ostomizadas o Estomaterapeuta y Enfermera con amplia experiencia en cuidados de personas ostomizadas.

*Recursos materiales:* La consulta consta de una sala de entrevistas y de exploraciones y una sala de espera confortable cerca de ella. Esta habitación está equipada con lavabo, camilla, taburete de escalones, etc. Se dispone de un espejo de cuerpo entero que le permite mirarse al paciente y aprender la colocación del dispositivo. Un cuarto de baño que dispone de un inodoro y un lavabo con espejo para poder enseñar a los pacientes colostomizados la técnica de la irrigación de la colostomía.

Disponemos de toda una gama de dispositivos y accesorios adecuados que existen en el mercado para el cuidado de la ostomía y sus complicaciones. También disponemos de un carro de curas con todo el material necesario para realizarlas.

El material de oficina, será el que el centro nos facilita para simplificar la labor de control y citas.

### **4.2. Organización.**

La persona que es candidata a ser portadora de una ostomía debe ir a la Consulta de Ostomías tras ser informada por el cirujano de la intervención quirúrgica. Esta sería la primera visita en la que recibiría cuidados preoperatorios entre los que estaría incluido el marcaje de la ubicación de la ostomía. Tras el alta hospitalaria serían las siguientes visitas, para seguir con la educación postoperatoria hasta que la Estomaterapeuta lo crea conveniente.

La consulta funciona un día a la semana durante tres horas en horario de tarde.

La organización es por tanto la siguiente:

- Un día a la semana, exactamente los lunes, en horario de tarde de 17h a 20h.

## **5. MATERIAL Y MÉTODOS**

Se trata de una consulta directa, en la que la Estomaterapeuta se entrevista cara a cara con el paciente y familia en la que observa, escucha, conversa y establece una relación de ayuda tanto físico, psicosocial como espiritual.

Destacamos en la metodología, la primera visita a la consulta, donde a través de la cual se recoge y registran los datos por medio de técnicas de observación y comunicación. Pasaremos más tarde a realizar un examen físico con el fin de identificar nuevos datos valorables, para detectar problemas y causas, analizarlos llegando a un Diagnóstico de Enfermería para establecer planes de cuidados. La temporalización de esta primera visita es de aproximadamente unos treinta minutos. En los encuentros posteriores se realizan los cuidados postoperatorios donde están ubicados los cuidados propios de la ostomía, vigilancia de las posibles complicaciones y la ayuda psicológica. La temporalización es similar. (6)

## METODOLOGÍA DE TRABAJO: PROCESO ENFERMERO, UTILIZANDO TAXONOMÍAS NNN

- Valoración del paciente.
- Selección de diagnósticos de enfermería.
- Elaboración del plan de cuidados.
- Selección de criterios de resultados, siguiendo la clasificación NOC, correspondiente a cada diagnóstico.
- Selección de las intervenciones, siguiendo la clasificación NIC, correspondiente a cada diagnóstico.
- Ejecución del plan de cuidados.
- Evaluación.(6)

## 6. ACTIVIDADES Y LÍNEA DE ACTUACIÓN

Destacan algunas actividades específicas de la Enfermera Estomaterapeuta:

- Preparación preoperatoria psicológica.
- Información sobre la preparación del intestino del enfermo según protocolo establecido para la cirugía colo-rectal.
- Realización del marcaje de la ostomía en concordancia con la morfología y hábitos del paciente.
- Información sobre la técnica de la irrigación para los pacientes con colostomía sigmoidea.
- Colaboración en el cuidado de la ostomía con orientación hacia el autocuidado.
- Información de los diferentes dispositivos y como obtenerlos.
- Asesoramiento acerca de las dietas, introducción de cada uno de los alimentos por separado para probar su tolerancia. (6)
- Entrega de una guía de cuidados y recomendaciones de la ostomía.

## 7. DISCUSIÓN

Es función de la Enfermera Estomaterapeuta ayudar y acompañar al paciente ostomizado a convivir saludablemente con su ostomía. Lo hace de forma directa en la consulta dotando al paciente ostomizado de los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para que participe activamente en el proceso salud enfermedad, que le capacita para realizar los autocuidados conducentes a la normalización personal, familiar e inserción socio laboral, por si mismo o con la ayuda de su familia.

El empleo de registros, facilitarán la aplicación de los planes de los cuidados.

La valoración de los cuidados de enfermería y educación sanitaria mediante criterios e indicadores de control de calidad de vida, pueden ser una herramienta válida para la evaluación y útil en la investigación, que se traduciría en mejoras de los aspectos técnicos terapéuticos.

La creación de una Consulta de Enfermería de ostomías es necesaria para atender a los pacientes futuros ostomizados y a

los que ya lo son, porque necesitan un lugar donde acudir antes de intervenir y después, para solucionar todos los problemas relacionados con el proceso asistencial y la ostomía hasta que vuelvan a ser autónomos e independientes y puedan regresar a su vida sociolaboral y familiar anterior. Necesitan una atención especializada e individualizada que es la que se da en la consulta.

La ausencia de una Consulta de Ostomías en el centro hospitalario y extrahospitalario está privando a los pacientes ostomizados de ciertos cuidados especializados a los que tiene derecho, según la **Carta de Derechos del Paciente Ostomizado**:

El objetivo de la Asociación Internacional de Ostomizados es que todo ostomizado tenga derecho a una calidad de vida satisfactoria después de la cirugía y que ésta carta de derechos se lleve a cabo en todos los países del mundo.

- Recibir orientación antes de la cirugía para asegurar que entiendan claramente los beneficios de la cirugía y los factores esenciales de vivir con una ostomía.
- Tener una ostomía bien hecha en el lugar indicado considerando la comodidad del paciente.
- Recibir ayuda profesional sobre el cuidado y manejo de su ostomía antes y después de la cirugía tanto en el hospital como en su comunidad.
- Recibir información completa e imparcial sobre todos los equipos y productos disponibles en su país.
- Tener la oportunidad de escoger de la variedad de equipo disponible sin prejuicio ni obligación.
- Tener a disposición información sobre la Asociación Nacional de Ostomizados y sobre los servicios y apoyo moral que proveen.
- Recibir ayuda e información para beneficio de la familia, su cuidador y los amigos para que puedan entender las condiciones y ajustes necesarios para lograr una vida satisfactoria con una ostomía.
- Tener la certeza que información personal referente a la cirugía será manejada con discreción y confidencialidad. (7)

La Consulta de Ostomías es la forma completa, segura y natural de ofrecer a cada paciente los cuidados de la ostomía y el soporte psicológico que necesita a corto y medio plazo.

La labor del Estomaterapeuta y/o enfermera con experiencia en cuidados de personas ostomizadas mejora la calidad de vida del paciente ostomizado y aporta la relación de ayuda que demanda tanto el paciente como su familia, ya que en muchos casos recae en la familia la mayor carga. (6)

## 8. CONCLUSIONES

Los cuidados individualizados con el acompañamiento de un Profesional en Ostomías que colabore con eficacia y efectividad en la preparación preoperatoria, postoperatoria, alta y seguimiento en consulta, hacen posible una disminución de los

costes sanitarios (coste efectiva), acortan estancias, disminuyen el número de complicaciones de los estomas y evitan los reingresos, al mismo tiempo que contribuyen a mejorar la calidad de vida de este grupo de pacientes. (6)(8)

La existencia de una Consulta de Ostomías y la presencia de Enfermeras expertas, incide positivamente en el cuidado integral al paciente ostomizado, contribuye a la disminución de complicaciones y evita reingresos hospitalarios, por lo tanto permite garantizar el cuidado integral al paciente ostomizado. (1)

Al ser enseñados en la Consulta por personal de Enfermería experto, los ostomizados son más independientes para realizar sus autocuidados y aceptan mejor ser portadores de una ostomía.

Por tanto podemos decir como conclusión final que es necesaria la creación de una Consulta de Ostomías para mejorar la calidad del cuidado integral de la persona ostomizada y su familia, los cuidados pre y postoperatorios, prevenir y tratar complicaciones relacionadas con la ostomía, para que la futura persona ostomizada pueda volver a integrarse a su vida familiar, laboral y social lo antes posible, aumente su calidad de vida y sea coste efectiva. La Consulta, como se mencionó anteriormente, está situada en la Clínica del Carmen con domicilio en la Avenida de Italia número 22, bajo, de Huelva.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Francisco Javier Barbero Juárez. Salud Innova.com, Consulta de Estomaterapia para la Atención Integral del Paciente Ostomizado [sede Web]. Disponible en: <http://www.saludinnova.com/>

2. Juana Campo y M<sup>a</sup> Rosario Caparrós. Pasado, presente y futuro de la unidad de estomaterapia del hospital clínico san Carlos. Psicooncología [revista en internet] 2006 [diciembre de 2012]; 3(1): [pp. 189-194]. Disponible en: [revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/.../15970](http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/.../15970)
3. FOT, Ostomías. Disponible en: <http://www.fundacionolgorres.org/ostomias/>
4. Lourdes Iborra y Elena García Velloso. Manejo ostomías, consulta especializada de enfermería en pacientes ostomizados del hospital Torrecárdenas (Almería) [monografía en internet] Almería: Unidad de Coloproctología del hospital Torrecárdenas; 2012 [acceso Diciembre 2012]. Disponible en: [coloprocto.wordpress.com/manejo-colostomias/](http://coloprocto.wordpress.com/manejo-colostomias/)
5. La consulta ofrece atención integral al paciente ostomizado. El Hospital Sant Joan incluye la estomaterapia en su cartera de servicios. Redacción médica Comunidad Valenciana. Jueves 11 Noviembre de 2010 [acceso Diciembre 2012]. Disponible en: [www.redaccionmedica.com/spip.php?article6682](http://www.redaccionmedica.com/spip.php?article6682).
6. Corella Calatayud, J.M. Mas Vila, T. Importancia y justificación de la consulta de estomaterapia. Artículos científicos [revista en internet] [Diciembre 2012]. Disponible en: [www.enfervalencia.org/ei/antiores/.../articulos12.htm](http://www.enfervalencia.org/ei/antiores/.../articulos12.htm)
7. Asociación de ostomizados de Guipúzcoa [sede web]. Guipúzcoa; 2006 [acceso Diciembre 2012]. Carta de derechos pacientes ostomizados [séptima pantalla]. Disponible en: <http://www.aosgui.com/default.aspx?Cod=32&i=1>
8. Coca Pereira C, Fernández de Larrinoa Arcal I, Serrano Gómez R. Complicaciones tempranas en pacientes portadores de ostomía con y sin atención de Enfermería especializada en ostomías. Metas Enferm 2014; 17(1): 23-31.

# AQUILINO ALONSO, NUEVO CONSEJERO DE SALUD

Huelva.- Redacción

**La** consejería de Salud de Andalucía tiene nuevo titular. Desde el pasado 18 de junio, día de la toma de posesión, el médico asturiano Aquilino Alonso es el responsable de dirigir los destinos del departamento sanitario público en la región, en sustitución de María José Sánchez Rubio de quien ha sido viceconsejero desde el año 2013. En Aquilino Alonso recae, ahora, la tarea de recuperar la maltrecha sanidad pública donde, en el transcurso de los últimos años, se han consumado importantes recortes en materia de personal e infraestructuras.



Aquilino Alonso (Santa Cruz de Mieres, Asturias, 1960) es el flamante consejero de Salud de la Junta. La decisión de la presidenta Susana Díaz de separar la antigua consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales en dos departamentos (lo que demuestra el error de la anterior confluencia) vuelve a conceder al área sanitaria el rango de consejería con el suficiente volumen y trascendencia como para funcionar en solitario. Mientras M<sup>a</sup> José Sánchez Rubio se queda con Políticas Sociales, Salud pasa a ser cometido de Aquilino Alonso.

¿Quién es el nuevo responsable, cuál es su perfil? Se sabe que Alonso se tituló como Licenciado en Medicina en la Universidad de Oviedo habiendo desempeñado cargos directivos en el Principado: director de Atención primaria, director de Servicios sanitarios y viceconsejero. Hizo un postgrado en Cuba, y llegó a Andalucía para dirigir los distritos sanitario de Loja y Granada donde paso mas de una década y coincidió con Sánchez Rubio. Retornó a su tierra en 2012 como número 2 de la sanidad pública asturiana hasta recibir la oferta de María José Sánchez y regresar a Andalucía como viceconsejero de Salud en 2013.

A partir de ahora, Aquilino Alonso deberá poner en práctica sus dotes de diálogo y acuerdo para recuperar la estabilidad en el SAS donde ha faltado, precisamente eso, diálogo y consenso en materia de recursos humanos y dotaciones. El SAS ha suprimido miles de puestos de trabajo en el discurrir de los últimos años y queda por ver si con el nuevo consejero Alonso cambia, o no, el horizonte que, desde la etapa de M<sup>a</sup> Jesús Montero, tanto esperan los profesionales (enfermería a la cabeza) como y sobre todo la población.

# PRIMER CASO DE DIFTERIA EN 30 AÑOS

- ▶ Un niño de Gerona, en estado crítico por no haber sido vacunado.
- ▶ Las autoridades sanitarias critican a quienes abogan por la "no vacunación": Ponen en riesgo la salud de sus hijos pero también la de toda la comunidad"

Huelva.- Redacción

**Una** enfermedad grave que puede llegar a ser mortal ha reaparecido en España después de 30 años de "ausencia". La difteria se declaró en un menor de 6 años de edad, residente en Olot (Gerona) porque sus padres no le inmunizaron al ser contrarios a las vacunas. La difteria puede causar la muerte en un alto porcentaje de casos y, si sobrevive, deja graves secuelas neurológicas y cardíacas. El Ministerio de Sanidad tuvo que acelerar la búsqueda del fármaco antitoxina localizado en Rusia y traído de urgencia hasta el hospital gerundense donde el niño permanecía en grave estado.

La alerta sanitaria por la difteria se activó a primeros de junio en España. Un caso detectado en Olot en un menor puso sobre el tapete la realidad de una grave enfermedad infecciosa que permanecía erradicada de nuestra nación desde hacía tres décadas y cuyo último caso registrado sucedió en 1987.

La razón fue la negativa de los padres del paciente a ser vacunado, siguiendo una cierta "moda", tan minoritaria como irresponsable, de oposición a la inmunización.

La difteria, -originada por la bacteria "corynebacterium diphtheriae"- aflora con unos síntomas similares a las amígdalas. Pero, rápidamente, ataca a órganos tan vitales como el corazón y el sistema nervioso central a través del torrente sanguíneo. La misma bacteria que causa la infección fabrica una toxina que se reparte por todo el organismo. El único modo de combatirla es con antibióticos y una antitoxina elaborada a partir de suero equino. La difteria se transmite como un simple catarro por medio de las vías respiratorias, principalmente por tos y estornudos. El contagio se produce de persona a persona.

## Sanitaria

En la UCI del hospital Valle de Hebrón (Barcelona) seguía ingresado el menor al cierre de esta edición mientras la comunidad científico-sanitaria, como el conjunto de la sociedad, se preguntaba el por qué a este primer caso de difteria en 30 años. Al parecer, los padres se habían opuesto a la vacunación del niño pese a que la madre es fisioterapeuta partidaria de la homeopatía, y por lo mismo, con conocimientos suficientes para conocer el alcance de su decisión.

Como bien se sabe, la vacunación es un hecho de carácter voluntario y a la memoria de este brote de difteria viene lo sucedido en Granada en el año 2010 cuando un brote de sarampión se encontró con la negativa de varios padres contrarios a la vacunación ante lo que la consejería de Salud andaluza puso el caso en manos de la Justicia y fue el Juez quien decidió, obligatoriamente, a vacunar de modo forzoso y sin atender las teorías en contra.

Por suerte, en el caso del niño de Olot, las rápidas gestiones del Ministerio de Sanidad localizaron en Rusia unas dosis de antitoxina que, cuando menos, permitieron que el niño pudiera seguir luchando por su vida en el materno-infantil barcelonés. En paralelo, las autoridades sanitarias catalanas tuvieron que desplegar un seguimiento clínico a cerca de 200 personas que hubieran estado en contacto con el chico las últimas semanas, no solo del centro escolar donde acudía, sino de los entornos familiares incluido el personal sanitario de la clínica donde la madre desempeña su tareas de fisioterapeuta. Al tercer día de confirmarse la difteria, los padres del niño confesaron sentirse "engañados" por los grupos antivacunación, por lo que procedieron a vacunar al otro hijo del matrimonio.

## Irresponsables

El Ministro de Sanidad, Alfonso Alonso no dudó en calificar de "irresponsable" la decisión que, cualquier ciudadano, puede tomar en contra de la inmunización. Alonso alertó a que empieza a existir un discurso muy peligroso. Desde Barcelona, la Jefa Servicio de Epidemiología de la consejería de Salud de la Generalidad, Anna Martínez, no dejaba lugar a dudas al confesar: "Yo soy partidaria" de inmunizar a los niños. Y el presidente del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, Jaume Padrós, criticó a aquellos padres que deciden no vacunar a sus hijos porque, como resumió, "no solo no protegen a sus hijos sino que ponen en peligro de salud a toda la comunidad".

# 25 PACIENTES SALVARON LA VIDA EN HUELVA, DURANTE 2014, POR LAS DONACIONES

Huelva.- Redacción

**Un** total de 25 enfermos recibieron distintas donaciones de órganos a lo largo del reciente 2014. Ello sirvió para salvar la vida a esas 25 personas sin las que la enorme generosidad de los donantes no hubieran tenido una segunda oportunidad vital. Así se contempla en el balance de las donaciones en la provincia de Huelva recientemente presentado y en el que quedó constancia expresa del merecido homenaje a las familias de quienes, en medio de un contexto hartamente delicado, hicieron posible este auténtico renacer a la vida.

Huelva, cada día mas, comienza a tener voz propia en el mundo de los trasplantes pues la mejor evidencia es que ya se han contabilizado trasplantes de donante vivo, tendencia que se mantiene y alberga abrir el horizonte de esperanza para quienes, víctimas de una grave dolencia, aguardan lista de espera pendientes de una llamada auténticamente salvadora. La mayoría de estas intervenciones se realizaron en el hospital Virgen del Rocío sevillano.

## Concienciación social

En el balance correspondiente a 2014 de las donaciones en la provincia de Huelva, presentado por el delegado de gobierno de la Junta, José Fiscal en el Hospital Infanta Elena, estuvieron presentes los Coordinadores de trasplantes de los centros hospitalarios onubenses, profesionales sanitarios directamente vinculados a este sector junto a representantes de diferentes Asociaciones de enfermos quienes agradecieron la labor de los colectivos sanitarios, Fuerzas de Seguridad, Medios de comunicación... todos en pos de alcanzar el mismo objetivo: facilitar el trasplante a quien lo necesite y en las mejores circunstancias

Las donaciones de trasplantes en Huelva durante el pasado ejercicio, tuvieron lugar en los centros hospitalarios Juan Ramón Jiménez (8), Infanta Elena (2) y Comarcal de Riotinto (1). Pero lo mejor de todo es que estas cifras ya muestran una mejora durante los primeros meses transcurridos de 2015. Los coordinadores de trasplantes onubenses volvieron a reclamar la

solidaridad de la población para que donen, puesto que existe un alto numero de personas en situación de "lista de espera". Además, recordaron que para donar "no hay que esperar a morir", lo que supone la donación en vida tan actual y trascendente.

## Perfil

Y al hilo de esta realidad se destacó el esfuerzo que tanto en el Complejo Hospitalario de Huelva como en el resto de las instituciones sanitarias onubenses se está haciendo acerca de "potenciar el trasplante renal de donante vivo", o lo que es igual, una donación dirigida a una persona concreta que, generalmente, es del entorno familiar. En cuanto al perfil del donante fallecido de órganos, éste presenta cada vez una mayor edad y sigue modificándose de modo progresivo. Así, la edad media en la región andaluza ha pasado de 35 años en 1991 a 61 años en el actual 2015. Por lo que a Huelva se refiere, la edad media de la persona donante de órganos es algo menor, situándose en lo que llevamos de año 2015 alrededor de 58 años.

## JUAN J. EGEA, NUEVO COORDINADOR DE TRASPLANTES DE SEVILLA Y HUELVA

Huelva.- Redacción



**La** consejería de Igualdad y Salud dio oficialidad al relevo en el mando de los trasplantes en las provincias únicas de Sevilla y Huelva. El médico intensivista Juan José Egea Guerrero es, desde primeros de junio, el nuevo responsable en sustitución de Teresa Aldabó quien permaneció durante diez años en este cometido.

Juan José Egea, nacido en Granada, es facultativo especialista en Cuidados Críticos y Urgencias y premio extraordinario en el doctorado por la Universidad de Sevilla. Pertenece al Hospital Virgen del Rocío y también desempeña una intensa labor docente a nivel nacional e internacional. Con Egea al frente, el sector de los trasplantes en Huelva y Sevilla ha iniciado una nueva etapa donde la presencia de la enfermería desempeña un importante cometido en la búsqueda y solución de las posibles donaciones que culminen en los trasplantes dentro de los diferentes hospitales de ambas capitales.

# CONTRATOS AL 75% DE LA JORNADA: SUMA Y SIGUE

Huelva.- Redacción

La central sindical CSIF-Andalucía denunció, a finales de mayo, que el Servicio Andaluz de Salud (SAS) mantendrá hasta lo que resta de año los contratos al personal al 75% de la jornada laboral lo que, de hecho, suponía el incumplimiento de los compromisos adquiridos no solo por la propia administración sanitaria regional sino por la propia consejera de Salud María José Sánchez Rubio y la presidenta, ambas en funciones, Susana Díaz.

Reunida la conocida como "Mesa técnica" a fecha 26 de mayo/2015, al término de la mismas CSIF-Andalucía expuso que el "SAS va a renovar los contratos de los 1.650 eventuales no estructurales que acababan sus contratos el 31 de mayo al 75% de la jornada laboral. La nota oficial de esta formación subrayaba que esta decisión se adoptó "sin negociación previa, ni comunicación sino mediante la imposición y el anuncio de hechos consumados" en la propia Mesa.

Al mismo tiempo, el SAS dio a conocer que todos las contrataciones de cara al

verano y correspondientes al plan de vacaciones del personal igualmente se efectuarían al 75% de la jornada laboral lo que, en opinión de la mayoría de organizaciones profesionales, entre ellas la citada CSIF-Andalucía, supondría "un colapso aun mayor al que sufren los centros sanitarios y los hospitales andaluces" dado el sempiterno déficit que, en materia de recursos humanos, padece la sanidad pública en la región.

La decisión de abundar en los contrataciones al 75% ha supuesto, para la mayoría de colectivos, una clara decepción toda vez que tanto la consejera de Igualdad y Salud M<sup>a</sup> José Sánchez Rubio como la propia presidenta de la Junta, Susana Díaz, sostuvieron durante el pasado mes de marzo, en vísperas de las elecciones autonómicas -o lo que es igual, en un clima o clave electoral- que se iban a mejorar las condiciones laborales de todos los profesionales eventuales del SAS sin distinción.

## Compromiso

Por lo mismo, el SAS renovó al 75% a un total de 1.638 eventuales no estruc-

turales con contratos que tendrán de vigencia desde el 1 de junio hasta el próximo 31 de octubre. Al respecto al consejera Sánchez Rubio, con ocasión de celebrarse en Sevilla un Simposio de Gestión Ambiental de Hospitales, y al ser preguntada por este capítulo, quiso destacar que "el compromiso se ha cumplido porque han sido, finalmente, 8.800 los que hemos reconvertido desde el 1 de marzo al cien por cien más 800 que incorporamos después".

Es cierto que existe otro grupo de trabajadores eventuales -los estructurales- al que la consejería de Salud ha ido postergando al mantener las condiciones de precariedad que, conforme al nuevo compromiso, no se mejorarán hasta finales del presente año.

## Traslado

Por otra parte, dejar constancia de que el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA) del 13/5/2015 publicaba una resolución del concurso de traslado para la provisión de plazas básicas vacantes para Enfermera(o) de Empresa, Matrona, Fisioterapeuta y Terapeuta ocupacional dependientes del SAS. El plazo establecido para la presentación de solicitudes fue de 30 días naturales desde el 18 de mayo hasta el 16 de junio, ambos inclusive.

## NUEVOS RESIDENTES PARA LAS ESPECIALIDADES EN HUELVA

Los titulados sanitarios de diferentes ámbitos que aspiran a lograr una plaza como futuros especialistas a través del Programa Eir han iniciado su andadura mediante un acto oficial de recepción celebrado en el salón de actos del Hospital Juan Ramón Jiménez. De esta forma, un total de 53 titulados en Medicina, Enfermería, Psicología y Farmacia han sido distribuidos entre las 28 especialidades que se ofertan en el conjunto de la sanidad provincial onubense.

Responsables de hospitales junto a los jefes de estudio y tutores de los alumnos participaron en este arranque 2015 del proyecto EIR de ámbito nacional. Se trata de un programa para post-graduados basado en la participación activa como una línea básica de aprendizaje con el objetivo final de que el residente vaya alcanzando, progresivamente, los objetivos necesarios para el posterior ejercicio de la especialidad elegida.

## Entre 2 y 5 años

Los futuros especialistas -enfermería entre ellos- se han distribuido por los hospitales Juan Ramón Jiménez, Infanta Elena y el Comarcal de Riotinto. Predominan los aspirantes a Médico de Familia (21 plazas) y, con estas incorporaciones, ascienden a 219 los residentes que, en la actualidad se encuentran desarrollando las respectivas etapas formativas en la sanidad provincial de Huelva. Los periodos de formación duran entre 2 y 5 años, en función del título, en los que la actividad formativa se va materializando, siempre bajo la supervisión de un tutor principal que irá acompañando al alumnado-residente a lo largo de su periodo de aprendizaje sin olvidar al conjunto de los profesionales sanitarios de cada área.



# ENFERMERÍA, A LA CABEZA EN NÚMERO DE SOLICITUDES PARA LA OPE 2015

Huelva.- Redacción

La consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Andalucía dio a conocer cuál está siendo el grado de respuesta de los diferentes colectivos de titulados y trabajadores sanitarios ante la Oferta de Empleo Público (OPE) convocada de modo oficial por el Servicio Andaluz de Salud (SAS). Y los números hablan por sí solos de modo harto elocuente: en los últimos días del pasado mes de mayo 2015, la administración regional daba cuenta de que tenía contabilizadas más de 80.800 solicitudes para ofertar a alguna de las 3.281 plazas fijas en las 61 categorías profesionales diferentes que entrarán en concurso. El título que se hace con el liderazgo en cuanto al nivel de respuesta no es otro que la enfermería, con más de 15.000 inscripciones remitidas hasta el departamento sanitario andaluz.

La OPE convocada por el SAS y que, con toda probabilidad tendrá lugar antes de que acabe el presente 2015, ya está batiendo records de atención.

Ha sido la propia consejera en funciones de Salud, María José Sánchez Rubio quien ha subrayado que esta OPE "es la más amplia del país". En efecto: se han recibido más de 80.000 solicitudes de las cuáles una buena parte (26.238) fueron realizadas por vía telemática frente a las 54.576 presentadas ante los distintos registros oficiales. Estos datos todavía se consideraban provisionales pues podrían faltar las inscripciones registradas en los registros oficiales de otras regiones y Ayuntamientos.

## Enfermería, en lo alto

Por categorías, el SAS confirmó que la titulación que más solicitudes ha sumado corresponde a enfermería con 15.385.

Más cerca, la de auxiliar de enfermería con otro gran volumen de aspirantes (12.774), seguido por la de auxiliar ad-

ministrativo (10.378) celador (10.349), administrativo (5.166).

A una cierta distancia se encuentran las opciones de pinche (3.722) celador-conductor (3.294) y médico de Familia (2.701). No está de más recordar que la presente convocatoria de empleo es una "OPE agregada". Es decir: se corresponde con las convocatorias de los años 2013 y 2014 (cuando la tasa de reposición se fijó en el 10%) mientras que la de 2015 asciende al 50% de reposición.

Del total de personal que aspira a consolidar el puesto de trabajo, 2.082 se incorporarán por primera vez con plaza propia a la sanidad pública andaluza mediante el turno libre mientras que los 1.200 restantes podrán ver mejorada su situación laboral por la vía de la promoción interna. Del mismo modo, el 7% de la totalidad de las plazas ofertadas (150 de primer tipo y 87 del segundo) se encuentran reservadas a las personas afectadas con alguna discapacidad, de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente.

► **Salud confirma haber recibido alrededor de 81.000 inscripciones entre todas las categorías profesionales**

## Categorías a concurso

El SAS, en fin, realizará de modo conjunto las tres OPE aprobadas -(años 2013, 2014 y 2015)- para estas categorías profesionales. A saber: Facultativo especialista de área (330 en turno libre y 118 de promoción interna), Médico de Familia (86 y 61), Medicina de Familia en servicio de Cuidados críticos (30 y 6), Pediatría (24 y 11), Farmacéutico en atención primaria (5 y 3), Enfermería (506 y 325), Auxiliar de Enfermería (481



y 265), Fisioterapia (19 y 13), Matrona (17 y 27), Técnico en función administrativa (16 y 20), Técnico medio en función administrativa (9 y 14), Ingeniero técnico (3 y 2), Trabajador Social (10 y 8), Administrativo (101 y 86), Auxiliar administrativo (93 y 60), Celador (122 y 62) Celador conductor (36 y 18), cocinero (14 y 5), pinche (65 y 13), lavandera/planchadora (27 y 4), telefonista (7 y 5), limpieza (6 y 4), Técnico superior en alojamiento (6 y 4), Técnico especialista en laboratorio (26 y 26) en radiodiagnóstico (25 y 22), en radioterapia (6 y 6) en farmacia hospitalaria (6 y 6) y en anatomía patológica (6 y 6).

## Temarios

En la página web SAS pueden localizarse, dentro del apartado de "profesionales", todo el conjunto de novedades referidas a esta OPE así como un apartado importante acerca de los temarios hechos públicos hasta el momento en las respectivas categorías y niveles profesionales. El mismo SAS apuntó que el contenido de los nuevos programas es "fruto de la revisión de las anterior concurso-oposición, adaptadas a la evolución científica y tecnológica de las profesiones sanitarias así como a las modificaciones y actualizaciones normativas".

# DEFENSA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Huelva. - Redacción

**La** consejera de Igualdad, Salud y Políticas sociales, en funciones, de la Junta de Andalucía, María José Sánchez Rubio hizo una notable defensa del primer nivel asistencial del sistema público en la región al destacar que, a lo largo del pasado año 2014, se realizaron más de 75 millones de consultas a cargo de los diferentes niveles y colectivos de profesionales. De esa cifra global, la titular de Salud subrayó que a enfermería le corresponden más de 27 millones de consultas computadas tanto en el ámbito del centro de salud como en la asistencia domiciliaria.

La consejera de Igualdad y Salud en funciones, M<sup>a</sup> José Sánchez Rubio, presidió la inauguración de un foro sanitario -en concreto el X Congreso de Médicos de Atención Primaria (AP) celebrado recientemente en Islantilla- en el que cantó las bondades de la AP. Sánchez fue explícita al comentar durante su intervención oficial: "Creemos que los centros de AP y sus profesionales son un pilar fundamental para mantener la asistencia sanitaria pública universal, equitativa y solidaria. Nuestra red de Primaria está consolidada gracias a la excelente labor que realizan sus profesionales y a los equipamientos tecnológicos con los que cuentan los centros que permiten una elevada capacidad en el diagnóstico y tratamientos de los problemas de salud".

## Consultas

En el conjunto de las consultas, la responsable del departamento sanitario de la administración regional concretó la actividad generada con estas cifras: la enfermería sumó un total de 27,1 millones de consultas a lo largo del último

ejercicio, mientras los médicos de familia alcanzaron 40,9 millones de consultas a las que hay que añadir los 7,2 millones correspondientes a los médicos-pediatras. La suma global permite configurar el balance o universo general desempeñado por los dos colectivos más influyentes en el primer escalón asistencial.

## Crónicos

Tras referirse a la importante labor que significa la atención que se presta a los pacientes crónicos, centrados mayormente en las personas de mayor edad o en situación de dependencia, los cuáles acuden con preferencia a su centro de AP más próximo al domicilio, la consejera en funciones destacó el hecho de que estos ciudadanos "conocen" del modo más cercano a los sanitarios que les atienden. Sánchez Rubio concretó aún más esta realidad cuando sostuvo que "en los centros de Salud se resuelven más del 90% de los problemas sanitarios de la ciudadanía sin necesidad de ser derivados a los hospitales, mientras que 9 de cada 10 personas están satisfechas con la atención que reciben al igual que 9 de cada 10 personas recomendaría al profesional sanitario que les atiende así como a su centro de Salud".

- ▶ Enfermería llevó a cabo durante el pasado año, 27,1 millones de consultas

## Investigar en AP

En otro momento de su intervención, la consejera en funciones aludió a la perspectiva que, dijo, se ha abierto en el primer nivel asistencial en relación con la investigación: "Hemos apostado por la investigación en la AP. Y en los últimos ocho años -concretó- se han destinado 3 millones de euros en incentivos a la I-D-I para desarrollar 86 proyectos de investigación así como 33 ayudas de intensificación a la actividad investigadora de las Unidades de Gestión Clínica".

- ▶ La consejera de Salud, M<sup>a</sup> José Sánchez, asegura en Huelva que los centros de primaria resuelven más del 90% de los problemas sanitarios.

En este mismo contexto, el departamento de Salud de la Junta aseguró que está realizando la primera convocatoria de investigación dirigida a personal de la AP a través de la Fundación Progreso y Salud. Con ello se pretende "favorecer la investigación y dar apoyo a los investigadores pertenecientes a este nivel asistencial". Con esta convocatoria, la consejería lo que busca es "aumentar la investigación clínica y los proyectos de innovación que repercutan en una mejora directa sobre los tratamientos de los pacientes", como remarcó Sánchez Rubio.

## Sin recortes

**La** consejera de Igualdad y Salud puso el énfasis durante el foro con escenario en Islantilla en que, actualmente, la región cuenta con una red de AP formada por "1.518 centros de salud repartidos por las ocho provincias en los que trabajan más de 23.700 profesionales". Y frente a las críticas que supuso haberse reducido, en los últimos ejercicios anuales, el número de centros, Sánchez Rubio insistió que "no ha cerrado ni un solo punto de atención y, además, se han construido, desde 2008 hasta la actualidad, 145 nuevos centros que han beneficiado a 850.700 personas".

# ENFERMERÍA, LA CLAVE EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON OSTOMÍA

Huelva.- Redacción

**EL** Hospital Infanta Elena ha sido el escenario del comienzo a una actuación llena de beneficios. Con protagonismo de la enfermería, ha iniciado su camino una Escuela de Pacientes dedicada a los enfermos de ostomías. La formación, información, consejos, asesoramiento y pautas a seguir son las principales tareas de esta apuesta destinada a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Personal de enfermería de la Unidad de Cirugía general del Complejo hospitalario universitario de Huelva y pacientes de esta dolencia se han adentrado en una faceta docente que supone una experiencia destinada a optimizar tanto los recursos como, y sobre todo, la calidad de vida del enfermo víctima de la ostomía. La necesaria interrelación entre el profesional y el ciudadano afectado para que inicie un camino que le depare las mejores pautas de cara a la vida diaria se constituye como el motivo principal de esta herramienta de la Escuela de Pacientes de Andalucía.

## El Hospital Infanta Elena pone en marcha una Escuela de Pacientes de gran utilidad para el afectado

### Guía

El paciente ostomizado, es decir aquella persona que a causa de un proceso de cáncer u otro tipo de enfermedad (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, entre otras) tiene abocado el intestino a la pared abdominal, necesita de esta Escuela para lograr afrontar en las mejores circunstancias una buena calidad de vida así como la mejor relación con su entorno más cercano a pesar de la realidad que supone la ostomía.

En esta Escuela del Paciente, la metodología se basa en la "educación entre iguales" de tal manera que sean los propios enfermos los que, con la formación derivada de estos talleres y por lo mismo conocedores de primera mano del problema, puedan servir a modo de guía-particular a los nuevos afectados por la intervención quirúrgica a la hora de acceder, del modo más positivo posible, a cuanto información, conocimientos y habilidades les vayan a ser de enorme utilidad para manejar mejor la nueva situación sin olvidar la prevención de que aparezcan nuevas complicaciones derivadas de su nueva etapa vital.



Estos enfermos presentan una serie de particularidades tanto a nivel físico como psicológico y para su relación con el entorno familiar y social. Ello se traduce en que se genera alto nivel de ansiedad que, de hecho, repercute en su recuperación y en la calidad de vida cotidiana. El paciente, en ocasiones, se llega a plantear incluso salir a la calle para lo cual es de enorme utilidad el que otros enfermos, formados con anterioridad, y que han pasado por similares etapas puedan hablarles con determinación, cercanía, sin tecnicismos como fruto de haber pasado, y superado, idénticas situaciones. Con ayuda de soportes escritos y audiovisuales se les presta una gran ayuda a la hora de seguir unos cuidados necesarios para la realidad de la ostomía.

### Consulta específica

Desde la unidad de Cirugía General hospitalaria se lleva a cabo por parte de la enfermería y justo desde el momento del ingreso en planta del paciente, un procedimiento de trabajo, que se prolonga durante toda la etapa de la hospitalización y que culminará con la Consulta específica de enfermería en la que se ofrece, de forma pormenorizada, toda la información lo más clara y útil que es posible para que el afectado pueda ir encauzando y desarrollando un nivel de dependencia cada vez menor sin necesidad de que ningún familiar o profesional pueda estar supeditado para el devenir de la vida diaria y adquiera, poco a poco, una normalización ante el nuevo estilo de vida que ha de acompañarle.

En estos talleres, con una duración entre 2/3 horas, el paciente recibe pautas de comportamiento tan diversas como se refieren al cuidado de su herida quirúrgica, el mantenimiento del dispositivo externo así como otras circunstancias relacionadas con la movilidad, la alimentación y la prevención de posibles infecciones posteriores. En suma, todo un logro de la enfermería en beneficio del paciente ostomizado.

# BAJA UN 9,24% EL NÚMERO DE DONANTES DE SANGRE

## ► Los onubenses realizan 18.000 donaciones al año

Huelva.- Redacción

**Las** autoridades sanitarias responsables de la donación sanguínea acaban de denunciar que, a nivel nacional, el número de personas consideradas como "donantes activos" ha disminuido en un apreciable porcentaje (9,21%) respecto al año anterior. En consecuencia, han instado a que la sociedad se conciencie y colabore en favor de estos gestos de solidaridad tan imprescindibles para el quehacer hospitalario. España presenta un déficit anual de plasma de unos 300.000 litros que necesita importar. Al mismo tiempo, se constató que los onubenses realizan unas 18.000 donaciones al año al cumplirse 25 años de la fundación del Centro de Transfusión sanguínea de la provincia.

Preocupa la última revelación contenida en el Informe anual de la Fundación Española de Donantes de Sangre (Fedsang). En ella se expone que el número de donantes activos de sangre en España ha caído cerca del 10% (en concreto, el 9,24%) en relación al ejercicio anterior. España presenta un déficit al año de unos 300.000 litros de plasma que deben ser importados, sobre todo desde los Estados Unidos, porque esa cantidad es el 50% de lo que se consume anualmente (600.000 litros) en el conjunto de la sanidad pública nacional. Si las donaciones pasasen de las 36 actuales a 40 por cada 1.000 habitantes y año, el problema desaparecería según las palabras del presidente de Fedsang, Martín Manceñido.

### 6.200 transfusiones al día

Las donaciones de sangre han caído cerca de un 7% entre los años 2010 y 2014 en España. A diario, se realizan un total de 6.200 transfusiones indispensables sobre todo en áreas como la oncología (24%) y las intervenciones quirúrgicas en general (23%). Pero no en todas las regiones se necesitan igual cantidad de sangre y derivados. Por encima de la

media nacional en cuanto a donaciones, con más de 40 por cada 1.000 personas, se sitúan estas cinco regiones: Extremadura, Castilla y León, País Vasco, Galicia y Cantabria.

Sin embargo, una mayoría de comunidades se sitúan por debajo de la media, esto es donde se registran 35 donaciones por cada 1.000 personas. Es el caso de Canarias, Andalucía, La Rioja, Cataluña, Aragón, Castilla La Mancha y Murcia. Entre 35 y 40 aparecen estas otras regiones: Comunidad Valenciana, Islas Baleares, Navarra, Asturias y Madrid.

La Federación nacional también se ha referido a los "nuevos donantes" que se van incorporando a la hermosa tarea de entregar algo que no se puede "fabricar" ni conseguir de ninguna otra manera que a través de la donación. Los nuevos donantes también han bajado un 18,3% y se atribuye a una tarea de "depuración de datos". En la actualidad, España cuenta con 2 millones de donantes activos repartidos por toda la geografía nacional entendiendo por tal concepto "activos" aquellos que han donado el oro rojo al menos una vez durante los tres últimos años.

Ante esta preocupante realidad, la Fedsang ha puesto en marcha una campaña titulada "Diferentes por fuera, iguales por dentro". Con esta iniciativa trata de fomentar las donaciones sanguíneas al significar, "un deber cívico" que es, a su vez, voluntario y no está remunerado. La campaña se ha dirigido, especialmente, a la población más joven de nuestro país algo que solo sucede en 80 de las 200 naciones del mundo donde la implicación de este sector social no necesita de reclamos. Y el presidente de la Federación nacional la ha justificado diciendo que "necesitamos continuidad y fidelización mediante una divulgación constante".

Pero, ¿cuáles son las zonas por las que una parte tan significativa de la población española se ha ido retirando de las donaciones sanguíneas? La respuesta de los expertos no puede ser más precisa:

"Existe una clara falta de información al respecto, pero también cierta dejadez, poco reconocimiento social, temor a las agujas que se utilizan o la mera visión de la sangre".

En otro orden de cosas, la Fedsang ha logrado que el Parlamento Europeo haya admitido a trámite una solicitud de este organismo español sobre el llamado "plasma ético" con el objetivo de conseguir las donaciones altruistas necesarias, recordando que cada dosis que se importa cuesta 200 dólares, así como la presentación ante la Cámara europea contra "las restricciones de donación de personas homosexuales y de ciudadanos que vivieron en el Reino Unido entre los años 1980 y 1996 cuando sucedió el problema de las "vacas locas". Fedsang dijo que no cuenta con ningún apoyo institucional y "que no recibe ni un euro" de las administraciones.

### Huelva, tercera

De forma paralela, Huelva ha conocido que, en el conjunto de la provincia, se realizan un total de 18.000 donaciones al año. Este dato se conoció en el transcurso de la macrocolecta celebrada en la Casa Colón y que sirvió para conmemorar el 25 aniversario del Centro de Transfusión sanguínea de Huelva. Con esas 18.000 donaciones, la provincia onubense se sitúa tercera en Andalucía por índice de donación, pues contabiliza una media de 37 actos altruistas por cada 1.000 habitantes.

Las campañas de donación vienen a dar respuesta a las necesidades permanentes de los componentes sanguíneos de los centros hospitalarios, especialmente durante los meses de verano que es cuando, además de aumentar la población, se observa una disminución del número de personas que acuden en socorro del conjunto de la sociedad. La donación, como bien se sabe, no comporta ningún tipo de riesgo para la salud y pueden donar las personas de 18 a 65 años, que pesen más de 50 kilogramos, no sufran de anemia ni realicen prácticas de riesgo.

# Mejora de la calidad y seguridad del paciente en la fase preanalítica en Atención Primaria

Autor

- ▶ JUAN GÓMEZ SALGADO  
DSAP Huelva-Costa-Condado-Campiña  
Facultad de Enfermería Universidad de Huelva

## RESUMEN

### ▶ OBJETIVO

La presencia de errores en la fase preanalítica es un problema ampliamente estudiado durante los últimos años, aunque estas investigaciones no han logrado, proponer acciones totalmente efectivas para lograr su control en todos los ámbitos. El uso de una combinación de metodologías puede favorecer un adecuado conocimiento de las fuentes de error en la fase preanalítica para establecer estrategias que nos permitan detectar las fuentes de los errores en la fase preanalítica y proponer medidas para su prevención.

### ▶ MÉTODO

Se realizó un estudio multicéntrico mixto que comprende la utilización de los paradigmas cualitativo y cuantitativo en varias etapas.

### ▶ RESULTADOS

Tras la triangulación de métodos integrando los discursos emergentes de los 4 Grupos Focales mediante redes conceptuales y análisis cuantitativo, se ha constatado como las dimensiones valoradas como críticas por los participantes se centraron básicamente, en el ámbito negativo, en la existencia de déficits formativos y de infraestructuras, problemas derivados de una deficiente o no optimizada organización y el incremento en la presión asistencial. De las valoradas como positivas, destacan la importancia de la profesionalidad e implicación en los procesos de los trabajadores involucrados y el intercambio de información, junto con la presencia de entornos informáticos web como elementos de mejora. Del estudio de Buenas Prácticas, los datos descriptivos de los profesionales han mostrado en general buenos indicadores en la práctica de extracción de muestras en cada uno de los aspectos estudiados con el cuestionario, marcando algunos aspectos que podrían ser mejorados. En el estudio de los errores preanalíticos encontrados en los laboratorios, el error más frecuente en el Laboratorio del Hospital Juan Ramón Jiménez fue Falta Muestra (FM) con una cifra total de 10.059 (1.73%). El segundo en importancia fue Volumen incorrecto de Muestra (IVM), con 3236 errores (0.55%). Las diferencias fueron estadísticamente significativas en la mayoría de los errores. En el estudio exploratorio sobre el Proceso y su calidad en la fase preanalítica, se centró el análisis en las enfermeras de la provincia de Huelva, que puntuaron mayoritariamente los ítems como muy buenos (7-8 puntos sobre 10) o excelentes (9-10 puntos sobre 10) en lo concerniente a grado de implementación del proceso y las características de la calidad. Con respecto a la Investigación y desarrollo de una propuesta de patente para la disminución de los errores preanalíticos, el dispositivo diseñado optimiza el proceso de toma de muestras sanguíneas.

### ▶ CONCLUSIONES

La integración de métodos, técnicas y herramientas parecen ser el camino para seguir aumentando el conocimiento en este ámbito, mejorando con ello la prevención de los errores en la fase preanalítica. La incorporación de la visión de pacientes y familiares, de perfiles profesionales del ámbito de la gestión y la potenciación de los instrumentos de medida cuantitativos a través de cuestionarios o inventarios que aumenten su robustez y que midan tanto aspectos concretos como evaluaciones globales del proceso dotarán de mayor consistencia a nuestras líneas de trabajo futuras en pro de una investigación y transferencia que repercuta en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

### ▶ PALABRAS CLAVES

Errores preanalíticos, seguridad del paciente, muestras sanguíneas, prevención de errores, triangulación metodológica.

## 1. INTRODUCCIÓN

La presencia de errores en la fase preanalítica es un problema ampliamente estudiado durante los últimos años, aunque estas investigaciones no han logrado, hasta la fecha, proponer acciones totalmente efectivas para lograr su control en todos los ámbitos.

Se ha podido estimar que más de una cuarta parte de todos los errores pre-analíticos traerán consigo un estudio innecesario o una inadecuada atención a los pacientes, lo que resulta en un compromiso en la seguridad del paciente, la gestión económica del sistema sanitario y a la disminución de la satisfacción del paciente.

Para el estudio del proceso analítico, habitualmente, se divide en tres fases: preanalítica (desde la formulación del petitorio hasta la entrega de las muestras en el laboratorio), analítica (realización de las pruebas solicitadas) y postanalítica (emisión y entrega de los resultados). La detección de errores en este proceso es un tema ampliamente estudiado. Diversos autores han determinado incluso qué porcentaje de los mismos se distribuye en sus diferentes apartados. Así, se observan distribuciones del 68'2% en la preanalítica, 13'3% en la analítica y 18'5% en la postanalítica (1) o 84'52%, 4'35% y 11'13% con la misma secuencia (2).

Tal y como se puede comprobar, la presencia mayoritaria de errores durante la fase preanalítica hace que sintamos una especial preocupación, ya que, en el caso que nos ocupa como profesionales de la enfermería, el correcto desempeño de nuestro trabajo, tanto en el laboratorio como fuera de él, repercute de forma importante en la atención a los pacientes (3).

Evidentemente, los errores en el proceso analítico son un accidente no deseable. Los más graves son aquellos que pueden influir en las decisiones diagnósticas o terapéuticas. No es nuestro cometido incidir en este aspecto, pero queremos remarcar la importancia que tiene nuestra colaboración tanto en la aparición como en la detección de estos problemas.

Diferentes autores consultados señalan una serie de errores que han sido reordenados para ofrecer una organización más

operativa de los mismos (81,85,92,94,95). En general, pueden ser divididos en tres grupos como se puede observar en la Figura 1.

Detallando un poco más los mismos, se puede considerar la siguiente clasificación:

- Errores relacionados con la toma de muestras:

- Mala calidad (hemólisis, coágulo, turbidez).
- Cantidad insuficiente.
- Tubo inadecuado.
- Obtención inapropiada (de vía intravenosa).

- Errores relacionados con la petición:

- Pérdida de petición.
- Mala identificación.
- Petición mal formulada.

- Errores relacionados con la preparación del paciente:

- No cumplimiento del periodo de ayuno.
- No seguimiento de la secuencia de tiempo (farmacología, test de prednisona...).
- No cumplimiento de fechas para la extracción (Tratamiento Anticoagulante Oral, determinaciones hormonales, etc.).

En cuanto al porcentaje de errores totales, Plebani y Carraro valoraron un total de 40.490 peticiones, detectando un 0'47% de errores, e indicando que pueden existir imperfecciones en los métodos de detección, lo que sugiere que posiblemente la cantidad descrita sea ligeramente superior (en torno al 1%) (1). Este mismo autor, en una revisión de estos datos llevada a cabo diez años después, comenta que estos errores afectan a entre un 0'01 y un 0'5% de las muestras (4,5).

Wiwanitkit detecta sólo un 0'14% en un total de 935.896 muestras durante el periodo de evaluación de la adaptación de las normas ISO en su laboratorio, sin hallar diferencias entre los errores detectados en muestras procedentes de pacientes ingresados o ambulatorios (2). Justicia encuentra un 0'76%

	Primera causa	Segunda causa	Tercera causa
Toma de muestras	Mala calidad de la muestra		
Petición analítica	Pérdida	Mala cumplimentación	Mala identificación
Preparación del paciente	No periodo de ayuno	No cumplimiento de fechas	No seguimiento de secuencia temporal

▲ Figura 1 - Clasificación de los errores más comunes en la fase preanalítica presentados por frecuencia de aparición. Elaboración propia.

de errores en 24.270 muestras analizadas en un periodo de seis meses, con la peculiaridad de que solo analizan los pacientes atendidos en la sala de extracciones, con lo que no se controlan las muestras procedentes de hospitalización ni de distritos de atención primaria. Como contrapartida, elabora un protocolo para conseguir disminuir el número de muestras rechazadas (6).

Además, la adopción de nuevas tecnologías (conexiones online entre el laboratorio y los controles de hospitalización, por ejemplo) sin haber realizado el conveniente cambio en las infraestructuras básicas puede provocar una disminución de la calidad en vez de una mejora, ayudando inadvertidamente a la aparición de errores (4).

Parece claro que a partir de lo comentado, las posibles estrategias a llevar a cabo deben converger en dos puntos:

1. Información y formación. Poseer el adecuado nivel de información y formación acerca de las posibles interferencias en la fase preanalítica debe disminuir el riesgo de cometer errores.
2. Coordinación: Al estar implicado un gran número de profesionales de muy distinto ámbito, una adecuada coordinación entre niveles asistenciales ha de ayudar de manera efectiva a reducir estos errores.

Los resultados y conclusiones del presente estudio pretenden contribuir a la mejora de estos problemas a través de una estrategia combinada compuesta de estudios que integran tanto investigación cualitativa como cuantitativa.

Los profesionales implicados en la fase preanalítica, tanto de laboratorio como en Atención Primaria, son capaces de identificar el origen de la mayoría de los errores y encontrar las soluciones y mejores estrategias encaminadas a su reducción y prevención. El uso de una combinación de metodología cuantitativa y cualitativa, para obtener esta información, puede favorecer un adecuado conocimiento de las fuentes de error en la fase preanalítica. Si se consiguen detectar los errores, y se establecen estrategias para reducirlos, se presume que mejoraría la seguridad clínica y la gestión del gasto sanitario.

El objetivo principal fue establecer estrategias que nos permitan detectar las fuentes de los errores en la fase preanalítica y proponer medidas para su prevención.

Como objetivos específicos nos marcamos:

Conocer la perspectiva de los profesionales de Atención Primaria involucrados en el periodo preanalítico sobre las debilidades, amenazas, fortalezas, oportunidades y propuestas de mejora del sistema.

Conocer la perspectiva de los profesionales de Laboratorio involucrados en el periodo preanalítico sobre las debilidades, amenazas, fortalezas, oportunidades y propuestas de mejora del sistema.

Valorar las propuestas de los profesionales sobre las soluciones para reducir los errores.

Adaptar transculturalmente y pilotar el cuestionario "Questionnaire regarding blood-sampling practices at primary health care centres" y analizar las respuestas obtenidas tras su implementación.

Determinar los perfiles de los profesionales en la práctica clínica habitual en la toma de muestras de sangre en los centros de Atención Primaria.

Identificar las buenas prácticas en la toma de muestras sanguíneas en los Centros de Atención Primaria.

Estudiar los errores preanalíticos detectados en los laboratorios del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva y el de Virgen de la Victoria de Málaga.

Evaluar posibles diferencias en frecuencia y tipología de los errores en relación a distintas variables, como la procedencia urbana o rural de los profesionales.

Analizar el grado de implementación del Proceso Laboratorios Clínicos y su calidad en la fase preanalítica.

Elaborar una propuesta de patente para facilitar la reducción de los errores preanalíticos.

## 2. MÉTODO

Se realizó un estudio multicéntrico y multidisciplinar mixto que comprende la utilización de los paradigmas cualitativo y cuantitativo en varias etapas, de la manera que se especifica a continuación:

### 1. Dentro del enfoque cualitativo:

- a. Estudio de enfoque fenomenológico en los laboratorios clínicos de los Hospitales de Huelva y Málaga.
- b. Desarrollo de nuevo estudio fenomenológico en Atención Primaria.
- c. Triangulación de métodos integrando los discursos emergentes de los 4 Grupos Focales mediante redes conceptuales y análisis cuantitativo.

### 2. Dentro del enfoque cuantitativo:

- a. Estudio sobre las Buenas Prácticas en la toma de muestras con cuestionario traducido y adaptado culturalmente.
- b. Estudio descriptivo transversal de los errores preanalíticos encontrados en los laboratorios del Hospital Juan Ramón Jiménez y Virgen de la Victoria durante el año 2012 y 2013.
- c. Estudio exploratorio sobre el grado de Implantación del Proceso de Soporte Laboratorio Clínico y su calidad en la fase preanalítica.

3. De enfoque mixto: Investigación y desarrollo de una propuesta de patente para la disminución de los errores preanalíticos.

### 3. RESULTADOS

Tras la triangulación de métodos integrando los discursos emergentes de los 4 Grupos Focales mediante redes conceptuales y análisis cuantitativo, se constató como las dimensiones valoradas como críticas por los participantes se centraron básicamente, en el ámbito negativo, en la existencia de déficits formativos y de infraestructuras, problemas derivados de una deficiente o no optimizada organización y el incremento en la presión asistencial. De las valoradas como positivas, destacan la importancia de la profesionalidad e implicación en los procesos de los trabajadores involucrados y el intercambio de información, junto la presencia de entornos informáticos web como elementos de mejora. Destaca en este punto que el análisis DAFO realizado por los profesionales de atención primaria y laboratorio coincide incluso cuando este se analiza con herramientas de análisis de cuantitativas.

Del estudio de Buenas Prácticas en la Toma de Muestras, se obtuvo que el proceso de traducción, adaptación y pilotaje de dicho cuestionario desde su versión original a la versión española usada en este estudio, no ha mostrado dificultades importantes, siendo comprensible en su totalidad por los profesionales y ofreciendo datos similares a la versión original. Los datos descriptivos de los profesionales han mostrado en general buenos indicadores en la práctica de extracción de muestras en cada uno de los aspectos estudiados con el cuestionario, marcando no obstante algunos aspectos que podrían ser mejorados. El uso de variables como docencia y acreditación del centro de trabajo, y la edad, antigüedad, frecuencia en la toma de muestras y formación en este ámbito, marcan cómo cada una de ellas influyen en diferentes factores en el proceso de toma de muestras.

En el estudio descriptivo transversal de los errores preanalíticos encontrados en los laboratorios del Hospital Juan Ramón Jiménez y Virgen de la Victoria, durante el año 2012 y 2013, el error más frecuente en el Laboratorio del Hospital Juan Ramón Jiménez fue Falta Muestra (FM) con una cifra total de 10.059 (1'73%). El segundo en importancia fue Volumen incorrecto de Muestra (IVM), con 3.236 errores (0'55%). En el Hospital Universitario Virgen de la Victoria el más frecuente fue Muestra Hemolizada (MH), con 22.092 errores detectados (2'47%), seguido por FM, con 6.609 (0'74%). Las diferencias fueron estadísticamente significativas en la mayoría de los errores, salvo en el tipo de error "Otros" y en la práctica totalidad de los errores hallados en muestras procesadas en el laboratorio de hematología.

En el estudio exploratorio sobre el grado de Implantación del Proceso Laboratorio Clínico y su calidad en la fase preanalítica, de los ocho items más respondidos en el cuestionario, se tomó el bloque de obtención e identificación de muestras ya que es el que más participantes tiene, con 223 sujetos. Se

centró el análisis en las enfermeras de la provincia de Huelva, que puntuaron mayoritariamente los items como muy buenos (7-8 puntos sobre 10) o excelentes (9-10 puntos sobre 10) en lo concerniente a grado de implementación del proceso y las características de la calidad del trabajo desempeñado en su fase preanalítica. Sin embargo, y coincidiendo con lo detectado en los estudios cualitativos previos, se evidenciaron como fuentes de dificultad para la garantía de la calidad y la seguridad del proceso, la falta de recursos materiales idóneos, limitaciones estructurales y la presión asistencial.

Con respecto a la Investigación y desarrollo de una propuesta de patente para la disminución de los errores preanalíticos, el dispositivo diseñado optimiza el proceso de toma de muestras sanguíneas y el posterior transporte hasta el laboratorio de análisis, reduciendo molestias en el paciente, manipulaciones por parte del profesional, incluyendo riesgo de pinchazo accidental, tiempo, y posibles errores en la fase preanalítica con el consiguiente ahorro económico, mejora en la seguridad y aumento de la satisfacción de usuarios y profesionales.

### 4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se ha podido constatar como las diferentes perspectivas de los profesionales involucrados en el periodo preanalítico sobre la sistemática de trabajo tanto en el ámbito de Atención Primaria como de los Laboratorios Clínicos coinciden. Las dimensiones valoradas como críticas por los participantes se centraron, en el ámbito negativo, en la existencia de déficits formativos y de infraestructuras, problemas derivados de una deficiente o no optimizada organización y el incremento en la presión asistencial. En el positivo destacan la importancia de la profesionalidad e implicación en los procesos de los trabajadores involucrados y el intercambio de información, junto la presencia de entornos informáticos web como elementos de mejora.

La adaptación y pilotaje del cuestionario y el posterior análisis de las respuestas han permitido su validación parcial con criterios de calidad marcados en el pilotaje del cuestionario que será ampliado con un estudio posterior más profundo, con un mayor número de participantes a nivel nacional. Coincidiendo con lo detectado en los estudios cualitativos, se evidenciaron como fuentes de dificultad para la garantía de la calidad y la seguridad del proceso, la falta de recursos materiales idóneos, limitaciones estructurales y la presión asistencial.

A través del estudio de errores se ha podido constatar como existe variabilidad en los errores preanalíticos en dos centros muy similares. Puede tener varias explicaciones pero la más relevante podría ser la realización de una intervención previa, aunque algo lejana en el tiempo, en los centros que remiten muestras a uno de los laboratorios (LHUVV), lo que también explicaría el mantenimiento de las cifras de error FM, mucho más bajas que en el otro laboratorio, y el mantenimiento del error MH como el más abundante, aunque se constata que la cantidad de errores ha sufrido un importante descenso desde

el último informe publicado. Estas diferencias entre centros tienen además significación estadística.

Con respecto a la evaluación de las posibles diferencias en frecuencia y tipología de los errores en relación a la procedencia (urbana o rural) de los profesionales, los estudios llevados a cabo no han podido demostrar diferencias entre los errores según el origen urbano o rural de las muestras. Ello nos lleva a no necesitar, de momento, diseñar estrategias diferentes, fuera de las que ofrezca la lógica del desarrollo de las tareas habituales (como la distancia entre centros).

Con respecto al cuestionario sobre el Proceso Laboratorios Clínicos, el análisis ha demostrado consistencia interna y parece por tanto que puede ser una buena estrategia metodológica para diseñar un cuestionario definitivo. Esto supone que los objetivos del proceso y las características de calidad pueden funcionar adecuadamente como variables y dimensiones de los cuestionarios que pretendan la evaluación de procesos análogos al estudiado. De los ocho ítems más respondidos, se tomó el bloque de obtención e identificación de muestras al ser el que más participantes obtuvo. Se centró el análisis en las enfermeras de la provincia de Huelva, que puntuaron mayoritariamente los ítems como muy buenos (7-8 puntos sobre 10) o excelentes (9-10 puntos sobre 10) en lo concerniente a grado de implementación del proceso y las características de la calidad del trabajo.

A partir de los hallazgos procedentes de estudios previos y de una posterior fase de estudio de campo y revisión documental, ha sido posible plantear una propuesta de patente que contribuya a paliar el impacto del problema. El dispositivo diseñado optimiza el proceso de toma de muestras sanguíneas y el posterior transporte hasta el laboratorio de análisis, reduciendo molestias en el paciente, manipulaciones por parte del profesional, incluyendo riesgo de pinchazo accidental, tiempo, y posibles errores en la fase preanalítica con el consiguiente ahorro económico, mejora en la seguridad y aumento de la satisfacción de usuarios y profesionales.

De todo lo anterior podemos concluir que la integración de métodos, técnicas y herramientas parecen ser el camino para seguir aumentando el conocimiento en este ámbito, mejorando con ello la prevención de los errores en la fase preanalítica. La incorporación de la visión de pacientes y familiares, de perfiles profesionales del ámbito de la gestión y la potenciación de los instrumentos de medida cuantitativos a través de cuestionarios o inventarios que aumenten su robustez y que midan tanto aspectos concretos como evaluaciones globales del proceso dotarán de mayor consistencia a nuestras líneas de trabajo futuras en pro de una investigación y transferencia que repercuta en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

1. Plebani M, Carraro P. Mistakes in a stat laboratory: types and frequency. *Clinical Chemistry*. 1997; 43(8): p. 1.348-1.351.
2. Wiwanitkit V. Types and frequency of preanalytical mistakes in the first Thai ISO 9002: 1994 certified clinical laboratory, a 6-month monitoring. *BMC Clinical Pathology*. 2001; 1(53).
3. Cortés Borra A, Bersebé Tudela MT. Calidad de las peticiones y muestras remitidas a un laboratorio. *Metas de enfermería*. 1999; 20: p. 41-44.
4. Carraro P, Plebani M. Errors in a stat laboratory: types and frequencies 10 years later. *Clinical Chemistry*. 2007; 53: p. 1.338-1.342.
5. Romero Ruiz A. Fuentes de error en la toma de muestras sanguíneas. Recomendaciones para la fase preanalítica. *Metas de enfermería*. 2007 Julio/Agosto; 10(6): p. 55-60.
6. Justicia del Río A. Errores en la toma de muestras sanguíneas para análisis. *Metas de enfermería*. 2003 Septiembre; 6(58): p. 27-31.

# EL MOLINO DE LA VEGA, RECONOCIDO "CENTRO CONTRA EL DOLOR"

Huelva.- Redacción

**La** Unidad de Gestión Clínica (UGC) Molino de Vega, en la capital de la provincia, ha sido distinguida con el reconocimiento de "Centro contra el Dolor" concedido por la Agencia de Calidad Sanitaria de la consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Este galardón se corresponde con el "compromiso y puesta en marcha" de buenas prácticas que contribuyan a mejorar la asistencia a las personas afectadas por el problema del dolor.

La UGC Molina de Vega onubense, adscrita al Distrito sanitario de Atención Primaria Huelva-Costa, ha logrado el reconocimiento de ser "Centro contra el Dolor" que otorga la Agencia de Calidad Sanitaria dependiente de la administración andaluza, lo cual supone un respaldo a la iniciativa y compromiso de poner en marcha aquellas buenas prácticas que buscan mejorar la calidad asistencial de las personas que, a su cargo, se ven afectadas, entre otros, con el problema, del dolor.

La concesión de este certificado, enmarcado en el Plan andaluz de atención a las personas con dolor, permite a los centros directamente implicados en esta tarea contar con "una

serie de criterios y estándares" a partir de los cuáles pueden dirigirse a combatir el dolor y reforzar la calidad en la asistencia prestada a la patología que se trate.

## Enfermeras

En el caso concreto del Centro Molino de Vega, según dio cuenta la consejería, se llevó a cabo durante los años 2012 y 2013 un trabajo de investigación directamente relacionado con el "abordaje de las personas con dolor". A partir de ese trabajo se configuró y puso en marcha "un plan de actuación a nivel local en colaboración con las enfermeras responsables del proceso de cuidados paliativos" dándolo a conocer al resto de profesionales. Además, las medidas se vieron complementadas con la celebración de sesiones formativas acreditadas.

El dolor se puede definir como "una experiencia sensorial y emocional compleja" que asociada a "daño tisular presente o potencial", el cual se hace patente en cualquier momento de la vida del ser humano, Afecta sobremanera a la calidad vital y puede derivar en consecuencias de índole psicoemocional, social y económicas. La batalla emprendida por el Molina de Vega contempló la existencia de varios tipos de dolores: el crónico, el asociado a intervenciones quirúrgicas o el repentino.

## DEPORTISTAS ONUBENSES DICEN "NO" AL TABAQUISMO

Huelva.- Redacción

**Un** grupo de destacados deportistas onubenses no dudaron en expresar su rechazo al tabaco mediante la aceptación al programa de actividades del Complejo hospitalario de Huelva en el que se alertaba a la población, y muy especialmente a los más jóvenes, a evitar el inicio de la práctica del tabaquismo o pórtico que, invariablemente, conduce al hábito de fumar con todo el conjunto de las graves secuelas y consecuencias que acarrea a través de toda la vida.

Con ocasión de celebrarse el Día Mundial sin Tabaco, el complejo hospitalario onubense (en este caso, el Juan Ramón Jiménez) reunió a una serie de atletas y técnicos pertenecientes y en representación de las plantillas del Decano Recreativo, Sporting Club Huelva, Club Baloncesto Conquero y Club Deportivo baloncesto Enrique Benítez. Todos, en conjunto, coincidieron en mostrar, con su presencia, el "absoluto rechazo" del mundo del deporte onubense al consumo del tabaco. El subdirector del complejo hospitalario, y especialista en Medicina Preventiva, Manuel García de la Vega, se refirió a la importancia de "evitar el inicio del consumo" mediante los distintos programas de salud puestos en marcha especialmente pensados para los menores de 11 a 17 años de edad.

En el acto también se mostró la recompensa a quienes, con esfuerzo indudable, son capaces de abandonar el tabaquismo en pos de la mejor salud. Mediante diplomas acreditativos, se reconoció la superación de los onubenses que, durante el pasado año, lograron dejar de fumar. En la Unidad de Deshabitación Tabáquica del hospital de Huelva desfilaron, el pasado calendario, más de 600 personas buscando el objetivo final de erradicar estas prácticas. En esa Unidad se aborda la deshabitación de pacientes que sufren recaídas o son víctimas de problemas respiratorios graves sin olvidar la aparición de numerosas enfermedades asociadas al tabaquismo.

# II ENCUENTRO DE ENFERMERÍA EN MEDICINA INTERNA

Huelva. - Redacción

**La** localidad costera de Punta Umbría acogió un doble foro profesional sanitario -médico y enfermería- a modo de cierre del calendario de actividades formativas. En pleno mes de junio, el XXXI Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna y el II Encuentro de Enfermería en Medicina Interna reunió, globalmente, a cerca de 300 participantes de la región junto a expertos nacionales en este campo para analizar los asuntos más destacados que les incumben abordándose, entre otras, la realidad que presentan aquellas enfermedades verdaderamente prevalentes para la población.

El II Encuentro de Enfermería de Medicina Interna, organizado por el Complejo Hospitalario de Huelva, sirvió para debatir las novedades clínicas propias de los internistas y la enfermería específica. La conferencia inaugural corrió a cargo de José Ramón Repullo, Jefe del departamento de Planificación y Economía de la Salud de la Escuela Nacional de la Salud, Instituto Carlos III, quien trató sobre el papel de los clínicos en la "sostenibilidad del sistema nacional sanitario".

## Prevalencia

Los asistentes actualizaron conocimientos acerca del manejo de los pacientes afectados con algunas de las enfermedades más prevalentes en la sociedad. Es el caso, por citar las más evidentes, de la insuficiencia coronaria (la causa más frecuente de ingreso hospitalario después de los partos), de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que afecta al 10% de la población mayor de 40 años y asociada al tabaquismo, o la diabetes tipo 2 cuya inci-



*Organizadores de ambos eventos: medicina y enfermería*

dencia es igualmente elevada (entre el 15-20%) de población mayor de 60 años de edad.

La enfermería adscrita a unidades de Medicina Interna dedicó una mesa a los cuidados de los pacientes víctimas de dolencias crónicas y con pluripatología, algo que se definió como "la gran

## Talleres

Este II Encuentro de Enfermería también contó con la realización de varios Talleres, de contenido práctico, los cuáles estuvieron dedicados a la educación del paciente respiratorio en el manejo de la aerosolterapia así

- ▶ **Se reúne en Huelva este sector profesional que analiza, entre otras cuestiones, los cuidados al paciente crónico**

epidemia del siglo XXI", destacándose los resultados en los programas de atención a la cronicidad y la pluripatología. Los reunidos también analizaron el desarrollo competencial y humano para alcanzar la deseada atención integral a los enfermos que se ven abocados a afrontar el último tramo de la vida, con atención más específica a los cuidados paliativos en pacientes no oncológicos.

como a las terapias respiratorias más avanzadas. El éxito, en suma, resumió el balance de esta segunda edición del Encuentro de Enfermería en Medicina Interna, tras la edición inaugural celebrada en Almería, de un importante sector de la profesión como representada la vinculada a los servicios de Medicina Interna de nuestros centros hospitalarios.

# IMPACTO DE LA OSTOMÍA INTESTINAL EN LA SEXUALIDAD DE PERSONAS AFECTADAS DE CÁNCER DE COLON

- ▶ Díaz Perriñez, Cristina
- ▶ Facultad de Enfermería, Universidad de Huelva

## RESUMEN

Las necesidades y sentimientos relacionados con la sexualidad en el enfermo de cáncer no han sido una preocupación habitual en la práctica cotidiana, sin embargo, es una preocupación presente en los pacientes y un desafío para los profesionales de la salud. El objetivo de este trabajo es describir el impacto de la ostomía permanente en la calidad de la actividad sexual de personas afectadas de cáncer de colon. La metodología utilizada ha sido mediante un estudio de casos, de enfoque cualitativo, realizado mediante entrevistas individuales semiestructuradas a personas portadoras de ostomía intestinal derivadas de cáncer de colon, de la Asociación Gaditana de Ostomía sita en Jerez de la Frontera (Cádiz). Los resultados muestran que existe déficit de atención para las personas afectadas de cáncer de colon portadoras de ostomía respecto al abordaje integral y valoración de su calidad de vida, y por ende, de la sexualidad. Los profesionales de enfermería se centran en los aspectos físicos y biológicos, dejando al margen los factores sociales y psicológicos de la persona.

## PALABRAS CLAVES

Ostomía (ostomy), sexualidad (sexuality), cáncer de colon (colonic neoplasms), evaluación en salud (health evaluation), calidad de vida (quality of life).

## INTRODUCCIÓN

El cáncer es uno de los problemas crónicos más importantes al que nos sometemos hoy día en los países occidentales. El Informe Mundial sobre el Cáncer elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que las cifras de cáncer podrían aumentar en un 50% hasta alcanzar los 15 millones de nuevos casos en el año 2015<sup>(1)</sup>.

El cáncer de colon es un problema de salud de primer orden por su elevada incidencia y morbilidad, ya que es la segunda causa de muerte por cáncer en nuestra comunidad. Por ello, es uno de los principales problemas de salud pública que genera elevados costes, tanto sanitarios como de índole social, y requiere de un sistema integrado de atención que considere de manera global todas las fases del proceso<sup>(2,3)</sup>.

El tema de la sexualidad en pacientes con cáncer ha sido tradicionalmente poco tratado en la literatura especializada, a pesar de que constituye una preocupación real y vigente en muchos enfermos a consecuencia directa de la enfermedad, de los tratamientos o del impacto emocional que ambos generan, que pueden exacerbar crisis o problemas de pareja preexistentes.

Las necesidades y sentimientos relacionados con la sexualidad en el enfermo de cáncer no han sido una preocupación habitual en la práctica cotidiana, es un tema poco frecuente en los libros y reportes dedicados al diagnóstico y tratamiento del cáncer. Es aún más inusual encontrarlo en los trabajos dedicados al manejo de los enfermos con cáncer avanzado. Sin embargo, es una preocupación presente en los pacientes o un desafío para los profesionales que atienden a estos enfermos, al tratarse de un tema íntimo, de delicado manejo, pero real y vigente, que requiere de determinadas habilidades de exploración y tratamiento.

La salud, tal como se entiende hoy día, va más allá de la simple percepción de ausencia de enfermedad y supone un estado de completo bienestar físico, mental y social<sup>(4)</sup>. Esta visión moderna de la salud determina que el hecho de padecer una enfermedad crónica provoque una afectación multidimensional de la vida, con cambios en las esferas personal, familiar y social.

La sexualidad para el hombre y la mujer es más que un requerimiento biológico. Supone una expresión de sentimientos y de afecto que aporta estima, seguridad y aceptación y que se relaciona íntimamente con la calidad de vida<sup>(5)</sup>.

La aparición de la enfermedad es un acontecimiento que puede generar temores, angustias y expectativas que empiezan a deteriorar la personalidad, con la reducción consecuyente de las necesidades, motivos e ilusiones de la persona que la sufre.

Aunque son frecuentes las alteraciones sexuales asociadas a las enfermedades crónicas, es habitual que los pacientes no lo planteen abiertamente como problema<sup>(6)</sup>. Hay una serie de factores que dificultan el abordaje de la problemática sexual por parte de los profesionales que no se dedican de forma específica al tratamiento de dichas disfunciones. Diversos autores apuntan que, en primer lugar, el sexo continúa siendo un tema tabú, cargado de prejuicios y desinformación, por lo que tanto los pacientes como los profesionales no lo tratan con naturalidad<sup>(7)</sup>. Además, hay una falta de formación en sexología, con escasos cursos que formen al personal sanitario no especialista en el abordaje inicial de estos pacientes.

Diversas enfermedades crónicas tratadas con terapia medicamentosa o con cirugía alteran la calidad de vida de los individuos que la padecen, produciéndose un impacto en el funcionamiento sexual que afecta a todas las fases del mismo. El ánimo depresivo, la actividad inflamatoria y las enfermedades concomitantes son los factores más importantes implicados en dicha disfunción<sup>(8)</sup>.

En el cáncer de colon, una de las propuestas de tratamiento más usada es la ostomía intestinal, consistente en una apertura en la pared abdominal para dar salida a una víscera al exterior. Una de las principales preocupaciones de la mayoría de los pacientes, antes y después de la intervención quirúrgica, es saber cómo va a cambiar su estilo de vida por la presencia del estoma.

Cada situación debe valorarse de forma individual, pero hay una serie de alteraciones emocionales comunes, como un bajo nivel de autoestima debido al cambio en la imagen corporal y a la pérdida de autocontrol de su funcionalidad<sup>(9)</sup>. El hecho de tener que aprender nuevas conductas de autocuidado lleva consigo sentimientos negativos, como miedo al rechazo social, rabia por la dependencia que en ocasiones se crea para el cuidado y la higiene del estoma, inseguridad por los cambios que se producen en la sexualidad y las nuevas adaptaciones que ha de hacer en la vivencia de su erótica<sup>(10,11,12)</sup>.

Aunque el objetivo principal de los profesionales de la salud está dirigido, fundamentalmente, a la mejora de los síntomas sistémicos y digestivos de la enfermedad, éstos no son los únicos factores implicados en el restablecimiento de la calidad de vida.

Los problemas de la sexualidad se encuentran dentro de las preocupaciones de estas personas, sin embargo, dicho aspecto no ha sido suficientemente estudiado y, generalmente, no se tiene en cuenta por parte del personal responsable de dicha patología.

Es preciso prestar una atención integral a las personas con alteraciones de salud, para ello, se debe abordar la sexualidad de una forma directa y remitir a los especialistas oportunos en caso de detectar una disfunción.

## OBJETIVOS

El principal objetivo de este trabajo es describir el impacto de la ostomía intestinal permanente en la calidad de la actividad sexual de personas afectadas de cáncer de colon.

## METODOLOGÍA

### Diseño

Se ha realizado un estudio de caso, con un enfoque cualitativo. La elección del diseño viene determinada por el propio objetivo del trabajo ya que nos permite conocer el fenómeno de estudio desde las vivencias de los sujetos que lo experimentan.

### Población y ámbito de estudio

La población de estudio ha sido personas portadoras de ostomía digestiva a causa de cáncer de colon, intercedidas quirúrgicamente mediante intervenciones programadas y urgentes en hospitales públicos y privados de diversas provincias andaluzas que acuden a la asociación gaditana de ostomizados.

### Técnicas e instrumentos para recogida de datos

La recogida de datos se ha realizado mediante entrevistas individuales semiestructuradas. Se realizó un guión de entrevista con preguntas abiertas, realizados en base a los problemas y objetivos marcados y se utilizó como hilo conductor, sin especificar ningún tiempo de duración predefinido. Para garantizar el registro de toda la información, se procedió a grabar las conversaciones en voz previo consentimiento de los participantes.

### Procesamiento y análisis de los datos

Fueron realizada un total de diez entrevistas con personas portadoras de ostomía intestinal definitiva a consecuencia de cáncer de colon. Se propuso a cada uno de los participantes que eligiera un seudónimo con el fin de preservar su identidad.

Una vez realizadas las entrevistas, se realizó la transcripción literal de cada una de ellas, procediéndose con posterioridad al pertinente análisis de contenido e interpretación de los datos.

El análisis se ha realizado mediante el proceso de categorización y codificación, actividad que involucra la recuperación, organización y selección de los segmentos más significativos de los datos, basados en conceptos, para etiquetarlos o codificarlos con un nombre en función de los objetivos. Podría definirse como asociar un gran número de datos significativos en unidades analizables.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La problemática de la persona portadora de ostomía intestinal parte en gran medida de la aceptación e información que cada paciente recibe del equipo sanitario, como es el caso de la preparación para el retorno a su domicilio y a la sociedad. Si la persona carece de información y de educación para realizar los autocuidados adecuados para afrontar una nueva forma de vida, adopta actitudes de enfermo o dependiente.

Según los datos proporcionados por los informantes portadores de ostomía, podemos exponer que la información recibida por profesionales sanitarios es escasa en todos los ámbitos que contextualiza a estas personas. La falta de información es el eje principal de los miedos y dudas de los pacientes, ya que una educación en el momento acertado conlleva un mejor afrontamiento de la situación, y como consecuencia, una pronta resolución<sup>(13,14)</sup>.

El pequeño porcentaje de profesionales de enfermería que informa de los cuidados sobre el estoma se centra en el manejo de la bolsa principalmente. En ningún momento se tiene en cuenta aspectos relacionados con la calidad de vida.

La calidad de vida de cada persona viene condicionada por diferentes factores, entre ellos, la salud y la educación. Las personas que ingresan con una patología que requiere la realización de una ostomía, en la mayoría de las ocasiones, en poco tiempo han recibido un diagnóstico poco tranquilizador, han sufrido una serie de exploraciones y tratamientos agresivos, y aún sin haber tenido tiempo de asumir todo el proceso llegan al hospital para ser intervenidos y se enfrentan al estoma y sus consecuencias. Es por ello que se debe realizar una buena valoración por parte de los profesionales de enfermería para dar la máxima calidad de cuidados en el pre, post-operatorio y alta para que puedan recuperarse tanto física como emocional y socialmente lo más pronto posible<sup>(15,16,17)</sup>.

Así mismo ocurre con las repercusiones que pueden aparecer tras la intervención sobre la sexualidad y hábitos íntimos. Uno de los aspectos importantes de la calidad de vida de los pacientes es la sexualidad. Este tema es amplio y engloba varios aspectos.

La sexualidad es un tema íntimo con muchos problemas experimentados por los participantes. Las dificultades sexuales surgidas tras la intervención tienen motivos físicos, psicológicos y de falta de información. Los colaboradores demostraron que la vida sexual sufrió restricciones y con muchas alteraciones.

Según las manifestaciones de los informantes, la sexualidad es uno de los aspectos que se ven muy alterado, sobre todo en aquellos más jóvenes, los que presentan mayores perjuicios sexuales, percibiendo un deterioro en su calidad de vida<sup>(18)</sup>. La presencia del estoma afecta a la experiencia de la sexualidad como un conjunto, incluyendo el rendimiento sexual.

Es importante tener en cuenta que la sexualidad es un rasgo inherente al ser humano, presente desde la vida intrauterina hasta el final de su existencia. Se constituye una forma de ex-

presión que refleja el contexto sociocultural en el que la persona está incluida y se desarrolla. Por ello, junto al daño quirúrgico que presenta la ostomía, la experiencia de la sexualidad puede llegar a ser un tabú aún más grande repercutiendo aun más negativamente en los cambios provocados consecuentes del estoma.

El comportamiento humano alrededor del placer sexual ha sido tabú para todas las culturas y el hecho de establecer normas de conducta apropiadas y universales en lo que se refiere a la vida sexual es tarea difícil. Aun así es tarea de los profesionales de enfermería. Enfermería tanto en Atención Especializada como en Atención Primaria deben tomar conciencia de la competencia e importancia que tienen en el asesoramiento respecto a la sexualidad y alteraciones sexuales tras la aparición de la ostomía en hombres y en mujeres, ya que la mayoría de las dificultades presentadas son relacionadas con la falta de información al respecto<sup>(6, 12,19)</sup>.

Los participantes afirman que conviven a diario con dificultades y miedos que merman de manera evidente su calidad de vida, ya que no sólo el aspecto físico se ve modificado, sino que también se producen grandes cambios a nivel psicosocial y un importante deterioro de la autoestima. Experimentan una serie de cambios radicales en su vida diaria, lo que conllevan un proceso complejo de adaptación y una serie de barreras que deben superar tanto el paciente como el cuidador principal.

Los cambios que aparecen a consecuencia de la intervención repercute en todas las dimensiones de la persona<sup>(19,20,21)</sup>, considerándose las más afectados el social seguido por el ámbito psicológico<sup>(22)</sup>.

## CONCLUSIONES

Durante la realización de la investigación se ha ido abordando planteamientos que nos han aproximado a la realidad de las personas portadoras de ostomía y su impacto en la sexualidad principalmente.

A pesar de que en la recolección de datos se formularon preguntas que pudieran considerarse comprometidas por corresponder a un área personal e íntima de las personas, el porcentaje de respuesta a las cuestiones en ningún caso fue de negación o rechazo al tema, con lo que podemos comprobar que es un tema de especial interés tanto para los profesionales en su tratamiento como para las personas portadoras de un estoma digestivo especialmente.

En primer lugar, tras el diagnóstico de cáncer de colon y la necesidad de intervenir con ostomía intestinal, los profesionales sanitarios sí informan, mayoritariamente, de la obligación de realizar un estoma digestivo como tratamiento a la enfermedad concomitante. Sin embargo, dicha información se centra en el proceso de qué es y en qué consiste una ostomía, por lo que es insuficiente y deja con incertidumbres y un mar de dudas y miedos a la persona que es sometida a la cirugía. Una información completa y detenida por parte de los profesionales conllevaría a un mejor afrontamiento y adaptación al nuevo contexto de estas personas.

Las modificaciones en el estilo de vida es radical, entre ellas las alteraciones en la actividad sexual es el cambio más brusco que les causa la presencia de la ostomía. Personas que no recuperan su vida sexual, personas que la rechazan por miedo a enfrentarse a ella, personas que pierden la confianza con su pareja, personas que piensan que su vida íntima a terminado independientemente de la edad que tenga y personas que se niegan a la vida son las muchas de las realidades encontradas en este ámbito. La ostomía influye negativamente en la salud sexual de la persona y les crea un universo de sentimientos negativos que les impide seguir adelante, alterando esta situación la calidad de vida de los mismos.

Todos los cambios encontrados son fruto de un mal tratamiento de la situación, desde los profesionales sanitarios hasta la sociedad en sí. No estamos concienciados de la necesidad de apoyo que demandan las personas portadoras de ostomía en el pre y post-intervención. Todos los miedos y dudas que presentan repercuten negativamente en la actividad sexual de la persona dejándola al margen a pesar de ser una necesidad básica para el individuo.

Merece la pena detenerse a educar e informar a las personas portadoras de un estoma digestivo con el fin de que el afrontamiento a sus circunstancias sea llevadero y con la mejor calidad de vida posible. Para ello, no podemos olvidar que la sexualidad es una necesidad que requiere mención y educación dentro del abordaje de cualquier enfermedad y especialmente dentro de la presencia de la ostomía con su consiguiente alteración de la imagen corporal. No debemos pensar por los demás ni perjudicar que no les interesa la sexualidad cuando es un acto de cariño que cada persona necesita a su manera.

## BIBLIOGRAFÍA

Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el cáncer. Ginebra: OMS; 2008. Disponible:

<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfsonline/wcr/2008/index.php>

Consejería de Salud. Plan Integral de Oncología en Andalucía 2007-2012. Sevilla: Junta de Andalucía; 2007.

Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado Cáncer Colorrectal. Sevilla: Junta de Andalucía; 2011.

Casellas, F. y López-Vivancos, J. Evaluación de la calidad de vida en las enfermedades digestivas. *Rev. Gastroenterología y Hepatología*. 2004; Vol. 27 (2): 58-68.

Calcagno, G.; Peres, P.; Pizarro, A.; Pereira, A.; Silva, E. y Oliveira, V.L. Ser mujer con ostomía: la percepción de la sexualidad. *Enfermería Global*. 2012; Vol. 11 (27): 22-33.

Bonill, C.; Celdrán, M.; Hueso, C.; Cuevas, M.; Rivas, C.; Sánchez, I. et al. Vivencias y experiencias de las personas portadoras de estomas digestivos. *Biblioteca LasCasas*. 2012; Vol. 8 (2).

Carrera, E.; López, A. y Boxeida, D. Impacto de la enfermedad inflamatoria intestinal sobre la función sexual. *Rev. Gastroenterología y Hepatología*. 2009; Vol. 32 (2): 50-54.

Charúa-Gundic, L.; Benavides, C.J.; Villanueva, J.A.; Jiménez, B.; Abdo, J.M. y Hernández-Labra, E. Calidad de vida del paciente ostomizado. *Cir Cir*. 2011; Vol. 79: 149-155.

Da Silva, A.L. y Shimizu, H.E. El significado en el modo de vivir de la persona con ostomía intestinal definitiva. *Rev. Latinoam Enfermagem*. 2006; Vol. 14 (4): 483-490.

Crespillo, A.Y. y Martín, B. La adaptación al entorno sociofamiliar del paciente ostomizado. Estudio cualitativo de un caso. *Index de enfermería*. 2012; Vol. 21 (1-2): 43-47.

Gwen, B. y Turnbull, R.N. Intimidad, sexualidad y una ostomía. *United Ostomy Association*. 2005. Disponible: [www.ostomy.org/ostomy\\_info/pubs/uoas\\_sexuality\\_es.pdf](http://www.ostomy.org/ostomy_info/pubs/uoas_sexuality_es.pdf).

Juárez, J.L.; Molina, E. y Martínez, C. (2010). Autocuidado e Interacciones sociales: un reto para el paciente colostomizado. *Biblioteca LasCasas*. 2010; Vol. 6 (3).

Alves, A.; Dantas, N.V.; García, L.H. y Villar, V. Autonomía e liberdade no autocuidado do cliente estomizado e educação em saúde: revisão de literatura. *Rev. Estima*. 2010; Vol. 8 (4): 42-49.

García-Reveles, A. y Toshie, R. Educação em saúde ao ostomizado: um estudio bibliométrico. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2007; Vol. 41 (2): 245-250.

Cots-Morral, I. Valoración al paciente candidato a practicarle una ostomía de eliminación. *Necesidades Virginia Henderson*. *Biblioteca LasCasas*. 2012; Vol. 8 (1).

Bonill, C. y Celdrán, M. Efectividad de la enseñanza preoperatoria para el manejo del estoma frente a la educación postoperatoria tradicional en personas sometidas a cirugía colorrectal. *Evidentia*. 2008; Vol. 5 (22).

Bonill, C. Las dos caras de la enfermedad. Experiencia de una persona ostomizada. *Index Enfermería*. 2008; Vol. 17 (1):58-62.

Montón Serrano, A.M. La unidad de Estomaterapia: cuidando y enseñando a cuidar. *Anales de ciencias de la salud*. 2006; Vol. 9 (1): 155-166.

Ribes, A.B. La sexualidad en pacientes con ostomías digestivas y urinarias. *Rev. Enfermería Integral*. 2008; Vol. 95: 42-44.

Rodríguez-Rodríguez, M.J. y Gómez, C. ¿Cómo es el proceso de afrontamiento de las personas recientemente ostomizadas? *Evidentia*. 2012. Vol. 9 (37).

De Lunas, E.; Ramos, J.; Rodríguez, L.; Díaz, L.; García, O y Ruiz, C. Importancia del papel de enfermería en el cuidado integral del paciente ostomizado. *Evidentia*. 2010; Vol. 7 (30).

Krouse, R.; Grant, M.; Rawl, S.; Mohler, J.; Baldwin, C.; Coons, S.J. et al. Coping and acceptance: the greatest challenge for veterans with intestinal stomas. *Journal of Psychosomatic Research*. (2009); Vol. 66: 227-233.

# NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN EN DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA

Documentos de Enfermería publica en sus distintas secciones trabajos sobre las diversas actividades de la profesión: atención hospitalaria, atención primaria, docencia, investigación, epidemiología, gestión y administración, ética, relaciones laborales, la formación, historia de la profesión y recursos humanos en el campo de la enfermería y la salud en general.

Si se tratara de resúmenes de ponencias o comunicaciones a congresos, el autor deberá indicar el nombre del congreso, fecha y lugar de celebración, así como si ha obtenido alguna mención.

Los trabajos podrán ser remitidos por correo postal, correo electrónico (en un único archivo del tipo \*.doc) o entregados personalmente en la sede del Colegio de Enfermería de Huelva.

Los trabajos aceptados quedan a disposición del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva para su posterior utilización.

## Aspectos formales del manuscrito:

Los trabajos se presentarán en folios DIN-A-4, numerados, mecanografiados por una sola cara a doble espacio con letra Times New Román tamaño 12, dejando unos márgenes inferior y superior e izquierdo de 4 cms. y derecho de 2 cms. La extensión máxima del documento no debe superar las 3500 palabras incluyendo todos sus apartados.

Los trabajos de investigación del tipo original o de revisión deberá seguir las siguientes directrices:

### ■ La primera página incluirá la siguiente información:

**Título del trabajo.**

**Nombre y apellido de los autores.** Es importante que los autores decidan su Nombre Bibliográfico Único de cara a la correcta identificación en las distintas bases de datos en base a las recomendaciones internacionales.

**Dirección del centro de trabajo.**

Dirección completa para correspondencia.

### ■ La segunda página incluirá:

Resumen con no más de 200 palabras preferentemente estructurado en objetivo, método, resultado y conclusiones.

Palabras clave o descriptores. En número entre 3 y 6, deben contener los descriptores que más se adecuen al artículo y que estén contenida en los *Descriptores en Ciencias de la Salud* (DeCS) de la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) o en su defecto los *Medical Subject Heading* (Mesh) del Index Medicus.

### ■ En las siguientes páginas se incluye el cuerpo del artículo con los apartados:

▶ Introducción.

▶ Método.

▶ Resultados.

▶ Discusión.

▶ Bibliografía. Se detallarán de manera correlativa a la aparición en el texto. El número de la cita se reflejará en el documento con números entre paréntesis o superíndice. Las referencias bibliográficas se escribirán atendiendo a la última versión disponible de los Requisitos de Uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas (Normas de Vancouver).

Tablas y figuras. Deben incluir leyenda e ir numeradas e identificadas correctamente en el texto.

## Proceso editorial:

Los trabajos irán acompañados de una carta de presentación donde se indica el deseo de publicarlo en Documentos de Enfermería, así como el título del trabajo, lugar y año de realización, nombre completo del autor o autores, número de colegiado, D.N.I., dirección completa y teléfono para posterior comunicación.

La presentación de un trabajo no implica la obligación por parte del Consejo Editorial de su aceptación para su publicación.

Una vez recibido el manuscrito se acusará recibo del mismo en un periodo aproximado de 15 días.

Todos los trabajos recibidos se someten a evaluación en primer lugar por el Comité Editorial y Científico ( por pares) y si procede, por revisores externos.

Una vez revisado recibirá notificación sobre la aceptación o no del documento, indicando en su caso los cambios que deberían realizar los autores para adecuar el manuscrito.

Realizadas las modificaciones oportunas se le comunicará la aceptación definitiva y la fecha aproximada de publicación.

Días antes de la publicación definitiva se le enviará el artículo con la forma en la que será publicado (galerada) para su revisión final.

### ■ Entre los aspectos a evaluar por el jurado están incluidos:

▶ Calidad científico-técnica, resumen en inglés y metodología.

▶ Novedad, originalidad y oportunidad de los trabajos.

▶ Fotografías, dibujos, gráficos....

*Documentos de Enfermería no se hace responsable ni comparte necesariamente las opiniones manifestadas en los artículos, siendo responsabilidad exclusiva de sus autores.*

# Muere Marjory Gordon, enfermera "de Leyenda"

Huelva. Redacción

**S**iendo, como es, la enfermería un colectivo que no conoce a fondo y en extensión a quienes han sido sus figuras de referencia través del tiempo, supone toda una auténtica y hermosa obligación dejar constancia de la desaparición de una mujer que bien puede ser considerada como un eslabón indispensable a la hora de dibujar la profesión en el siglo XXI. Se llamaba Marjory Gordon y dejó de existir el pasado abril/2015 y como legado haber sido una de las impulsoras de la Nanda y su primera presidenta.

En Boston (Estados Unidos) ha muerto Marjory Gordon, líder de la enfermería norteamericana y mundial. Considerada una de las enfermeras pioneras en el campo teórico, fue autora de la teoría sobre la "valoración enfermera". Miembro de la Academia Americana de Enfermeras desde el año 1997, ejerció la docencia en el Boston College tras haber sido alumna en la Escuela de Enfermería del Hospital Monte Sinaí. Obtuvo la licenciatura de enfermería en el Hunter College de la universidad de la Ciudad de Nueva York.

## Evidencia

Gordon fue autora de cuatro libros profesionales entre los que destacan el "Manual de los cuidados de enfermería" que, en la actualidad, ha visto crecer

hasta cumplir nada menos que catorce ediciones. Sus obras han sido traducidas a seis idiomas en cuarenta y ocho naciones de los cinco continentes. Pero, por encima de su producción editorial, Marjory Gordon se ha ganado un sitio de honor en el conjunto de la enfermería

## ► Fue autora del "Manual de los Cuidados de enfermería" e impulsora de la Nanda

mundial por su contribución al desarrollo del "lenguaje enfermero estandarizado" con implicaciones en los ámbitos de la educación, evaluación y competencia además de haber contribuido al establecimiento de un marco del conocimiento de enfermería basado en la evidencia.

## Nanda

Pero a Marjory Gordon igualmente es necesario vincularla con la potenciación y avance de la Nanda (North American Nursing Diagnosis Association), o sociedad científica de las enfermeras norteamericanas cuyo objetivo programático es, como bien se conoce, "estandarizar el lenguaje de la enfermería". La Nanda se fundó en el año 1982 para desarrollar la nomenclatura, criterios y la taxonomía de los diagnósticos de enfermería. Para que ello fuera posi-



ble, fue básico el trabajo desempeñado años atrás (en 1973) cuando se pusieron los cimientos por medio de las enfermeras Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin, unánimemente reconocidas como las auténticas pioneras en la tarea de llevar a

cabo la clasificación de la nomenclatura y los diagnósticos de enfermería a nivel oficial. Con el paso de los años, en el 2002 el organismo se convirtió en "Nanda Internacional".

En todo este proceso, la figura de la Dra. Marjory Gordon fue considerada una parte esencial por su aportación al crear la teoría de la valoración enfermera conocida como "Patrones funcionales de salud de Gordon" (Gordon's functional health patterns) pieza clave en el área del conocimiento enfermero. En base a toda una vida consagrada al estudio y avance de la profesión, la Academia Americana de Enfermería la distinguió, en el año 2009, con el título de "Leyenda viviente". Ahora, cuando Marjory Gordon ya ha dejado de vivir, su obra y trascendencia siguen mereciendo, y con toda la razón, los mismos calificativos.

## REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN EL VÁZQUEZ DÍAZ

**E**l Hospital Vázquez Díaz ha creado un nuevo punto para el Registro de las Voluntades Anticipadas. Se trata de un nuevo lugar en Huelva, junto a los del Juan Ramón Jiménez e Infanta Elena. Esta prestación consiste en facilitar a la población que pueda dejar por escrito qué tipo de tratamiento desea, o no, recibir llegada la última fase de la vida en caso de que la persona se encuentre ante una situación de enfermedad irreversible y no tenga capacidad para decidir sobre qué tratamiento clínico desea le sea aplicado.

En la actualidad, Andalucía ya dispone de una red compuesta por 54 lugares habilitados para ejercer este derecho de Registro de Voluntades Anticipadas. Según la propia consejería de Salud, 1.200 ciudadanos onubenses se han mostrado a favor de esta circunstancia ahora en el Vázquez Díaz.

A nivel regional, Andalucía cuenta con 54 puntos de este Registro de Voluntades Vitales Anticipadas al que han acudido, según datos oficiales de la Junta, menos de 30.000 personas (en concreto, 28.576) desde que se pusiera en marcha este Registro hace más de una década, en el año 2004. Por provincias y por tasa de población, Granada es la que presenta una mayor tasa acumulada con 5,82 inscripciones por 1.000 habitantes.



# Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva

## Convoca

### Certamen de

# XXII

## Investigación en Enfermería

### CIUDAD DE HUELVA

## 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 28 de Enero de 2016, independientemente del modo en que se presente (en persona, o por correo postal o agencia).

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

Estas copias irán firmadas con seudónimo y se presentarán en sobre cerrado en el que se indicará "Certamen de Investigación en Enfermería Ciudad de Huelva", no apareciendo en este 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 profesionales de enfermería, 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 2016.

#### 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.

### INFORMACIÓN:

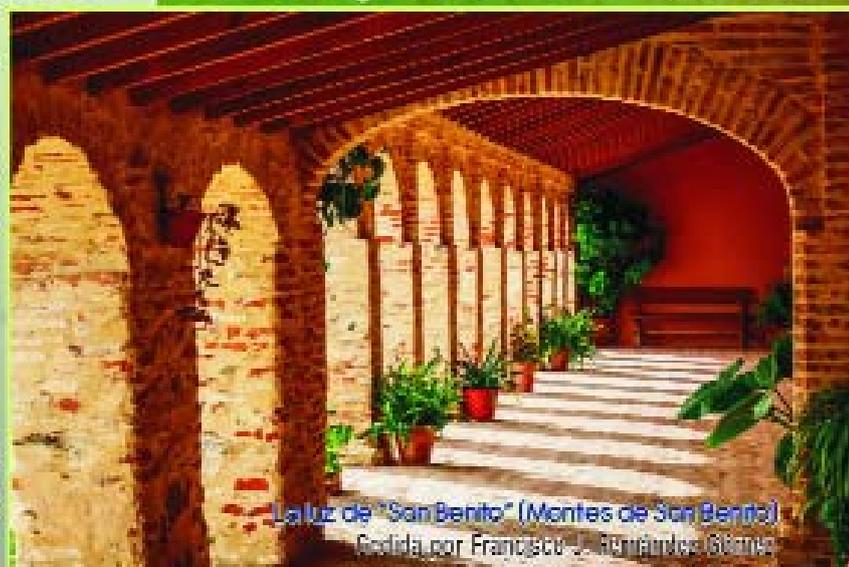
Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva

C/ Bombigón, nº 33, 1ª Itg. 21003 Huelva

Tel.: 959 54 09 04 - Fax: 959 25 62 70

e-mail: [secretariahuelva@colegioenfermeria.com](mailto:secretariahuelva@colegioenfermeria.com)

[www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es](http://www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es)



Luz de "San Benito" (Montes de San Benito)

Fotografía por Francisco J. Benítez-Gómez