

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERÍA
DE HUELVA



enfermería

AÑO XVIII

nº 59 septiembre 2015



**SALUD ASEGURA QUE, EN 2016, SE
ACABARÁN LOS CONTRATOS AL 75%**



**El Colegio de
Huelva potencia
la formación
postgrado**

Edita:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería
de Huelva

Consejo de Administración:

Junta de Gobierno del Ilustre Colegio Oficial de
Enfermería de Huelva

Consejo de Redacción

Presidente:

Gonzalo García Domínguez

Director Técnico:

Vicente Villa García-Noblejas

Jefa de Redacción:

Patricia Mauri Fábrega

Redacción:

Josefa Lorenzo Martín

Enrique Aguiar Mojarro

Eduardo Rico González

Martín Vázquez Bermúdez

M^a Carmen Vázquez Fernández

Tomás Lozano León

Antonio Olid Torres

Carmen D. Beltrán Camacho

Mercedes González Hernández

M^a Carmen Pilo López

Asesora de redacción:

Eva M^a Lorenzo Martín

Fotografía:

Archivo del Ilustre Colegio de Enfermería de
Huelva

Redacción: Sede Colegial

Imprime: Technographic, S.L.

Depósito Legal: H-1996-43

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

Tirada: 2.600 ejemplares

Distribución gratuita



Domicilio de la sede colegial

C/ Berdigón, n° 33, pral. izq.

21003 Huelva

Telf. 959 54 09 04

Correo electrónico:

Colegiodehuelva@consejogeneralenfermeria.org

Línea Móvil 639/11 17 10

Página Web:

www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es

Fax: 959 25 62 70

Horario de Oficina:

De lunes a jueves

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

Los viernes solo horario de mañana

Horario de la Asesoría Jurídica:

Horario de mañana de lunes a viernes, tras cita

telefónica

Entrevista con el presidente:

Concertar cita

Sumario

3 EDITORIAL

4/5 FORMACIÓN CONTINUA DEL COLEGIO DE HUELVA

6 SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

7 PRUEBA DE ACCESO A ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

8 ENFERMERÍA DE HUELVA Y EL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO

8/13 TRABAJO: MATERNIDAD CON VIH

14 PIDEN SE PARALICE LA FUSIÓN HOSPITALARIA

15 HUELVA, SIN HOSPITAL DE DÍA SALUD MENTAL

16 A.M.A.

17 ¿FIN A LOS CONTRATOS AL 75%?

18 SANIDAD Y LOS MEDICAMENTOS SIN RECETA

19/22 RÉGIMEN TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON ANTICOAGULACIÓN ORAL/DIÁLOGO ENTRE SALUD Y CAE

23/27 CUIDADORAS CONSAGRADAS EN LA EDAD MEDIA

28 CENTRO SALUD CUMBRES MAYORES

29/31 ¡QUE NO OS SEPAREN!

32 CERTAMEN INVESTIGACIÓN CIUDAD DE HUELVA



QUE EL "TIEMPO NUEVO" SIRVA PARA REPARAR LAS CARENCIAS

Aquel recurso tan manido que nuestros responsables políticos han dado en llamar "un tiempo nuevo" es, precisamente, el umbral por el que ahora mismo transitamos. Acabamos de concluir un verano atosigante, no solo por el calor sino por los inacabables recortes de toda naturaleza operados en el SAS, cuando la Junta estrena nueva legislatura, hay nuevo consejero al frente de la sanidad regional y todos los bienpensantes nos vemos en la obligación de apostar para que, en efectivo, se inicie "un tiempo nuevo", como el recorrido diferente que haga borrar las carencias que, desde hace varios años, se están cronificando en la sanidad andaluza.

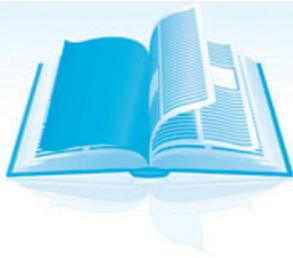
Sucede que este Colegio Oficial de Huelva, como voz legalmente autorizada para reflejar el sentimiento y parecer de la gran mayoría del colectivo, viene desde tiempo atrás reclamando el fin de la crisis, de los recortes de plantillas, de las dotaciones en infraestructuras, de la dolorosa emigración de los jóvenes titulados, de los salarios inadecuados... de tantas y tantas carencias a las que resulta muy peliagudo habituarse a la vista de que en otros ámbitos de nuestra sociedad ya no se comparte semejante estado de dificultad y, en el mejor de los casos, se empieza a constatar la existencia de síntomas de mejora y regreso a la normalidad perdida hace demasiado tiempo.

En nuestra Huelva sanitaria se acumulan las carencias y cuando la administración apuesta por una medida de calado -la mas que polémica fusión hospitalaria- resulta que sobre ella sigue planeando la discordia, el rechazo y malestar social ante una medida que parece llamada a ahorrar costes económicos, del mismo tenor a como ha sucedido en el conjunto de Andalucía con esas 3.000 camas hospitalarias que han permanecido en "reserva", según el lenguaje oficial, durante el cercano trimestre estival.

Pero el Colegio no quiere apartarse un ápice de su responsabilidad y, además de ser una entidad receptora de las quejas y reflexiones de sus colegiados, no ha dudado en comenzar el último tramo del año reforzando su faceta docente. Desde la Junta de Gobierno y su área formativa se acaba de proponer una mas que atractiva batería de Cursos y Talleres prácticos que no son otra cosa sino la expresión de que nuestra vocación por la Formación continua y el reciclaje del profesional no va a aminorarse por muchas que sean las dificultades que nos afecten como colectivo. De este modo, los lectores de esta edición número 59 de "DOCUMENTOS..." ya tienen en sus manos la posibilidad de elegir y optar por ese o aquel nivel formativo de post-grado que evidencia la permanente y hermosa obligación de esta institución a la hora de acompañar el permanente interés y el afán de seguir avanzando como agente sanitario.

Pocos días antes de cerrar este número, el CAE ha mantenido una reunión de trabajo con el nuevo consejero de Salud a quien se le hizo llegar en presencia del presidente de Huelva, cuál es el sentimiento de la profesión ante el momento presente y, sobre todo, del futuro que vamos a vivir. Aquilino Alonso conoce de primera mano nuestra problemática y, a la vez, ha reconocido el entusiasmo de una enfermería andaluza decidida a seguir ofreciendo sus mejores herramientas al servicio de la población. Por eso quedamos a la espera de que, así que pasen unos pocos meses, se haga real y efectiva las realidades que todos anhelamos se hagan presentes, a la cabeza la promesa del propio consejero para que -¡de una vez por todas!- se deje en el mas recóndito de los olvidos los contratos-basura al 75% en el mejor de los casos, que no son otra cosa que la expresión mas palpable de que vivimos en una sanidad pública recortada en todas sus facetas, minorizada en sus posibilidades y, lo peor de todo, cicatera en cuanto a la calidad potencial que, siempre, debe recibir el enfermo.

Dejemos para la reflexión individual del lector la importancia de otros asuntos aquí contenidos como, por ejemplo la cercana realización de la prueba, por la vía excepcional, para obtener la especialidad de enfermería Pediátrica en quienes tienen mas que demostrada su capacitación fruto del ejercicio laboral a través de los años o la importancia de los trabajos científicos que siguen llegando al Colegio Oficial para ver la luz de su edición como reflejo de cuanto acabamos de decir: la permanente vocación de seguir progresando por parte de una enfermería merecedora, mas que sobradamente, que aquello del "tiempo nuevo", deje de ser un latiguillo o reclamo fruto solo del marketing y sin trasfondo real para convertirse, ahora que la crisis ya comienza a retirarse, en una realidad reparadora de tantas situaciones injustas, para profesionales y pacientes. Si la salud es, se ha dicho mil y una vez, "la joya de la corona", que se empiece a lustrar y poner en su exacta situación.



PROGRAMA DE FORMACIÓN POSTGRADO DEL

Inscripciones desde el 13 de Octubre

Cursos

► EL PACIENTE TRAUMATIZADO GRAVE PARA ENFERMERÍA

Fecha prevista: 9 y 10 Diciembre 2015

Horario: de 16'00 a 21'00 horas

Nº plazas: 30 / Nº horas teórico-prácticas: 80

Acreditación : ECS

Ponente: D. Marco Antonio Díaz Cordero Enfermero.

Curso semi-presencial.

► ELECTROCARDIGRAFÍA BÁSICA Y SINDROME CORONARIO AGUDO

Fecha prevista: 3-6 Noviembre 2015

Horario: de 16'00 a 22'00 horas

Nº plazas: 40 / Nº horas teórico-prácticas: 40

Acreditación : ECS

Ponente: D. Eduardo Hinojosa

Curso patrocinado por el Consejo General.

Curso presencial.

► ATENCIÓN A LAS INTOXICACIONES, REACCIONES ALÉRGICAS Y SHOK ANAFILÁCTICO EN URGENCIAS

Fecha prevista: 9-13 Noviembre 2015

Horario: de 16'00 a 22'00 horas

Nº plazas: 40 / Nº horas: 40

Acreditación: ECS

Curso patrocinado por el Consejo General.

Curso presencial

► ÚLCERAS POR PRESIÓN, HERIDAS CRÓNICAS Y QUEMADURAS

Fecha prevista: 16-20 Noviembre 2015

Horario: de 16'00 a 22'00 horas

Nº plazas: 40 / Nº horas: 40



Acreditación : ECS

Curso patrocinado por el Consejo General.

Curso presencial

► ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE ENFERMEDAD RENAL

Fecha prevista: 23 y 27 Noviembre 2015

Horario: de 16'00 a 21'00 horas

Nº plazas: 40 / Nº horas teórico-prácticas: 40

Acreditación : ECS

Curso patrocinado por el Consejo General.

Curso presencial

► PARTO DE EMERGENCIA Y REANIMACIÓN NEONATAL EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO

Fecha prevista: 14 y 18 Diciembre 2015

Horario: de 16'00 a 21'00 horas

Nº plazas: 40 / Nº horas teórico-prácticas: 40

Acreditación :ECS

Curso patrocinado por el Consejo General.

Curso presencial

► PRESCRIPCIÓN COLABORATIVA EN EL PACIENTE ANTICUAGULADO ORAL PARA ENFERMERÍA

Nº horas teórico-prácticas: 100

Acreditación : ECS

Curso online.



COLEGIO DE ENFERMERÍA DE HUELVA



Ponentes: D Antonio Romero Márquez Enfermero.
Taller patrocinado por C.A.E

► TALLER DE AURICULOTERAPIA PARA ENFERMERÍA

Fecha prevista: 30 y 1 Noviembre-Diciembre 2015

Horario: de 16'00 a 21.00 horas

Nº plazas: 20 / **Nº horas:** 10

Acreditación : ECS

Ponentes: D Antonio Romero Márquez. Enfermero.
Taller patrocinado por C.A.E

Talleres

► TALLER DE CIRUGÍA MENOR PARA ENFERMERÍA

Fecha prevista: 19 y 20 Octubre 2015

Horario: de 16'00 a 21.00 horas

Nº plazas: 20 **Nº horas:** 10

Ponentes: D Antonio Romero Márquez. Enfermero.
Taller patrocinado por C.A.E

► TALLER DE INSTRUMENTACION, QUIRÚRGICA Y METODOLOGÍA EN QUIRÓFANO PARA ENFERMERÍA

Fecha prevista: 26 y 27 Octubre 2015

Horario: 16'00 a 21.00 horas

Nº plazas: 20

Nº horas: 10

Acreditación : ECS

Ponentes: D Antonio Romero Márquez. Enfermero.
Taller patrocinado por C.A.E

► TALLER DE ÉBOLA Y OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Fecha prevista: 21 y 22 Octubre 2015

Horario: 16'00 a 21.00 horas

Nº plazas: 20 / **Nº horas:** 10

Acreditación : ECS

LOS LISTADOS PARA LA OEP DEL SAS, EL 20/OCTUBRE

Huelva.- Redacción

La Oferta de Empleo Público (OEP) para cubrir plazas de todas las categorías en la sanidad andaluza sigue acercándose en el tiempo. La tan esperada convocatoria acaba de conocer un nuevo anticipo. El Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha puesto en conocimiento de la Mesa sectorial, en reunión celebrada el pasado 28/septiembre, distintos pormenores referidos tanto a la citada OEP como al previsto Concurso de Traslado, acontecimientos que aguardan cientos y miles de profesionales.

Así, el SAS ha comunicado que la fecha inicialmente prevista para publicar los listados definitivos de la OEP será el 20 de octubre/2015 en donde, además, se concretará tanto la fecha como el lugar de celebración del exámen. A ello cabe sumar que los exámenes darían comienzo el 14 de noviembre prolongándose hasta el fin de semana del 13 de diciembre/15, sin que se contemple el puente de diciembre (del 5 al 8) donde no se celebrarán exámenes. Si por alguna circunstancia se tuvieran que retrasar las fechas de la oposición, ésta pasaría al fin de semana del 23/24 de enero de 2016. En relación al Concurso de Traslado, fuentes del SAS confían en dar publicidad a los listados provisionales de aspirantes antes de que finalice el presente año o, en su defecto, a comienzos de enero.

Conforme dimos cuenta en nuestra anterior edición, la OEP ha contabilizado nada menos que 151.379 personas inscritas en el conjunto de las 61 categorías y niveles presentes en el SAS siendo la enfermería la profesión que lidera el número de aspirantes con 33.918 plazas para las 3.282 plazas fijas que salen a concurso.



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 1^{er} 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.

CONVOCADA LA PRUEBA DE ACCESO EXCEPCIONAL A LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

- ▶ Se ha previsto un máximo de dos convocatorias a celebrarse en Madrid los próximos meses de octubre y noviembre. El número de inscritos asciende a 14.621

Huelva.- Redacción

La El Gobierno de la nación ha procedido a dar un nuevo impulso a una especialidad de la profesión. En concreto, a la de Enfermería Pediátrica mediante la publicación en el Boletín Oficial del Estado (BOE) de la convocatoria de acceso, por la vía excepcional, al título de Enfermera(o) especialista en este ámbito de actuación. Quien logre superar este examen, además de haber acreditado la preceptiva experiencia profesional en el mismo campo, estará en posesión del título de especialista en Pediatría con las mismas condiciones, circunstancias y ventajas como si hubiera seguido los 2 años de duración de la especialidad a través del sistema conocido como Enfermería interna residente (Eir).

El BOE número 223, del pasado 17 septiembre/2015, publicó una Resolución del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte a través de la cual la Dirección General de Política Universitaria confirmaba la convocatoria de "la prueba objetiva correspondiente al acceso al título de Enfermera(o) especialista en Enfermería Pediátrica". En el citado BOE se considera el objetivo de la prueba objetiva como la forma de "evaluar la competencia de sus aspirantes en sus ámbitos de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para el adecuado ejercicio de la especialidad de Enfermería Pediátrica". Si se trata de hacer algo de historia al respecto, digamos resumidamente, que este último hito supone

otro paso más hasta la culminación de lo establecido en el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería. Posteriormente, en julio de 2009, el BOE daba cuenta de las bases para la convocatoria de la prueba objetiva. Mas adelante, (en septiembre de 2010) tendría lugar la primera oferta de las plazas de formación en esta misma especialidad.

Dos convocatorias

Una vez conocida la lista de los aspirantes admitidos (y en consecuencia, excluidos) para la prueba objetiva, se establece que van a disponer para la realización de dicha prueba de un máximo de dos convocatorias siendo las fechas de celebración las siguientes:

Sábado 24 de octubre de 2015
Domingo 25 de octubre de 2015
Domingo 22 de noviembre de 2015

Las pruebas se van a celebrar en la Universidad Complutense de Madrid y, en concreto, en la Facultad de Medicina, Facultad de Farmacia, Facultad Ciencias de la Información y Facultad de Odontología a partir de las 09,3 horas. La citada prueba objetiva está anunciada con una duración ininterrumpida de 3 horas.

El examen será escrito y constará de dos apartados, a desarrollarse de forma ininterrumpida. La primera parte de la prueba consistirá en un cuestionario de 100 preguntas de tipo test, más 10 de reserva, de respuestas múltiples de las que solo una de ellas será válida. Esta

parte del examen tendrá una duración de dos horas. Se valorará con 1 punto cada respuesta correcta, mientras se restará 0,35 puntos por cada respuesta que resulte incorrecta. Se dejarán sin puntuar las preguntas que no hayan sido respondidas.

Situaciones clínicas

La segunda parte de la prueba girará en torno al análisis de cinco casos clínicos referidos a la especialidad, que abarquen distintas situaciones clínicas que incluyan aspectos fundamentales del ejercicio profesional. Cada caso irá acompañado de 5 preguntas para cada una de las cuáles se propondrán varias respuestas alternativas de las que solo una será la correcta. La duración de esta segunda parte de la prueba será de 1 hora. Cada respuesta correcta recibirá 4 puntos, mientras se restará 1 punto por cada respuesta incorrecta y se dejarán sin puntuar las preguntas que no hayan sido respondidas. En el mismo BOE han quedado publicadas las personas no admitidas siendo el número final de 14.621 enfermeras(os) inscritos procedentes de todas las regiones de España.

Sin embargo, y junto a la realización de esta prueba objetiva para la enfermería pediátrica, a nadie se le escapa que el proceso que están siguiendo los poderes públicos en este campo de la especialización de la enfermería no puede sino calificarse de muy lenta, excesivamente dilatada en el tiempo. De tal suerte que, cuando han pasado ya más de 10 años desde que se aprobaron las diferentes especialidades, bien puede decirse que solamente una de ellas -la de Matrona- goza de la mejor salud y perspectivas posibles dado que la titulación está vinculada al puesto de trabajo pues ya gozaba de esa condición con anterioridad al RD de 2005.

ENFERMERÍA DE HUELVA, PRESENTE EN UN TRABAJO SOBRE LOS CUIDADORES INFORMALES DEL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO

Huelva.- Redacción

La enfermería onubense ha colaborado en la elaboración de un trabajo científico que ha visto la luz en la revista estadounidense "American Journal of Hospital and Palliative Medicine", una reputada publicación científica en el campo de los Cuidados paliativos. El artículo en cuestión aborda el papel de los llamados "cuidadores informales" de enfermos víctimas de tumores hematológicos en el transcurso del más que delicado y último tramo final de la enfermedad, justo cuando deberían aplicarse los mejores cuidados paliativos.

El estudio ha corrido a cargo por un equipo de profesionales del Complejo Hospitalario de Huelva (léase la polémica unificación de los centros Juan Ramón Jiménez e Infanta Elena) integrado por María Elena Uceda Torres, (Médico de Soporte de Cuidados Paliativos), Juan Nicolás Rodríguez Rodríguez (Hematólogo), Francisco Alvarado Gómez (Bibliotecario del centro y de la biblioteca virtual del SAS), así como por parte del profesor de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva, José Luis Sánchez Ramos, y sin olvidar la colaboración de la doctora Pam McGrath perteneciente a la Universidad Griffith de Queensland, quien está considerada como una auténtica figura y referente en el campo de los Cuidados paliativos con una importante trayectoria docente y de materia divulgativa en esta parcela sanitaria.

Bibliografía

El artículo en cuestión versa sobre la presentación de los resultados de una rigurosa revisión de la bibliografía publicada a nivel mundial en relación al papel que desempeñan los "cuidadores informales de enfermos paliativos con tumores hematológicos", tales como leucemias, linfomas y mielomas principalmente. Para lo cual, los autores anteriormente enumerados han partido



de la consideración de que los cuidadores informales de pacientes oncológicos son considerados como "personas ajenas al equipo profesional que atiende al enfermo".

Estos cuidadores informales, no obstante, son valorados como una parte singular en el cuidado en salud de estos pacientes en su "aspecto físico, social, práctico y emocional".

El cometido de estos cuidadores informales se analiza como esencial durante determinados periodos de la evolución de la grave enfermedad, sobre todo la etapa terminal.

El artículo en cuestión surgido desde la sanidad de Huelva apunta a que la investigación en este campo se encuentra "muy disgregada" porque si bien son muy numerosas las publicaciones dedicadas a los cuidadores del enfermo oncológico, en cambio son muy pocas las referidas al cuidador específico del paciente oncohematológico.

Quizá, como se apunta, porque estos enfermos son objeto de cuidados en lo que se denomina como "una atmósfera muy tecnificada".

Ética

En el trabajo se concluyen varias consideraciones entre las cuáles los autores

entienden que la mayoría de temas que "generan inquietud" a los cuidadores de estos pacientes no son muy distintos a los que se contemplan en el resto de enfermos oncológicos haciendo especial mención a aquellas "situaciones que les generan problemas éticos".

Dicho de otra forma: aquellas cuestiones que suponen tomar decisiones por el enfermo, conciliar sus creencias religiosas, las reservas en el uso de opioides durante el proceso de atención y un largo etcétera de particularidades que se presentan en esta fase de la grave dolencia.

Finalmente, el trabajo en cuestión deja bien patente que, a nivel mundial, todavía "queda mucho trabajo para hacer mejorar el papel y el soporte" que reciben estos cuidadores de pacientes oncohematológicos.

El Colegio Oficial de Enfermería de Huelva, por su parte, quiso dejar constancia de su "reconocimiento al equipo de autores del ensayo por cuanto supone un paso más adelante en la tarea de propiciar los mejores y más rigurosos cuidados paliativos al paciente, labor en la que enfermería tiene un cometido esencial y que en este trabajo ha quedado del todo reflejado".

MATERNIDAD CON VIH

Autora:

- ▶ ELENA GARCÍA GARCÍA CATEGORÍA: MATRONA
Hospital Macarena (Sevilla)

RESUMEN

Uno de los mecanismos de transmisión del VIH es materno-infantil o vertical. Gracias a los tratamientos se ha disminuido la carga viral y su transmisión, aunque no queda exento de otras posibles complicaciones.

La preocupación y el temor por la enfermedad, la transmisión a la descendencia y/o la pareja y el rechazo social, conlleva problemas psicológicos y a la no vivencia de un embarazo feliz.

Basándonos en ello, los objetivos que se persiguen con esta revisión son: actualizar los conocimientos en prevención de la transmisión vertical del VIH y valorar los posibles problemas psicológicos que pudieran repercutir en la calidad de vida y salud.

Es fundamental en los cuidados proporcionarles recursos y su participación, para percibir la maternidad parecida a la normalidad.

- ▶ **PALABRAS CLAVE:** Infecciones por VIH, transmisión vertical infecciosa.

ABSTRACT

One of the mechanisms of transmission of HIV is vertical or mother and child. Thanks to treatments has been reduced the viral load and its transmission, although it is not exempt from possible complications.

The concern and fear for the disease, transmission to the offspring or partner, social rejection, entails problems psychological and not living a happy pregnancy.

Based on this, the objectives pursued with this review are update knowledge in prevention of vertical transmission of HIV and assess possible psychological problems which could have an impact on the quality of life and health.

It is essential care to provide them with resources and participation, to perceive similar to normal motherhood.

- ▶ **KEY WORDS:** HIV infections, Infectious transmission vertical.

Introducción

Uno de los mecanismos de transmisión del VIH es materno-infantil o vertical. Aunque se ha avanzado mucho en la prevención y promoción de la salud de las personas infectadas, supone un desafío alcanzar el objetivo fijado por la comunidad internacional sobre eliminación de infecciones oportunistas en el VIH infantil y reducción del 50% de la mortalidad materna para el año 2015¹. Esto se debe a la infrautilización de los servicios de prevención en lugares con bajos recursos, ya que supone un estigma acudir a ellos².

En el ámbito de la salud se define *estigma* como: "proceso social o relativo a experiencia personal caracterizado por exclusión, rechazo, sentimiento de culpa o de devaluación,



resultante de un juicio social³”, afecta a la calidad de vida, el acceso a los cuidados de salud y su entorno personal².

Diferentes estudios indican una alta prevalencia de depresión, estrés generalizado y otros síntomas psicológicos durante el embarazo y el postparto de mujeres VIH+, que podrían minimizarse con una adecuada intervención psicológica⁴.

Es difícil determinar si los bebés nacidos de mujeres seropositivas han contraído el virus, puesto que los anticuerpos maternos transmitidos no desaparecen hasta aproximadamente los 12 meses de edad. La alta sensibilidad y especificidad del análisis de la PCR para ADN y ARN viral, permite diagnosticarlo sobre 4-6 semanas tras el nacimiento. La espera de los resultados supone una vivencia muy estresante para la madre, que requiere una preparación mental para afrontar el posible resultado. Si es positivo se sienten responsables, culpables y desesperanzadas por el futuro de su bebé⁵. Por tanto, en cuanto a reproducción supone un doble riesgo poblacional: transmisión sexual y vertical. Basándonos en ello, los objetivos que se persiguen con esta revisión son actualizar los conocimientos en prevención de la transmisión vertical (TV) del VIH y valorar los posibles problemas psicológicos que pudieran repercutir en la calidad de vida y salud.

Metodología

Búsqueda bibliográfica en Pubmed, Cochrane y Cuiden, seleccionando 20 artículos en español e inglés, revisiones sistemáticas y guías clínicas desde los años 2001-15. El criterio de inclusión fue la temática relacionada con la gestación y el parto VIH, en un enfoque global biopsicosocial y sus cuidados encaminados a prevenir la TV.

Los descriptores utilizados corresponden a la terminología en salud (DeCS) de la Biblioteca Virtual de Salud (BIREME): Infecciones por VIH, transmisión vertical infecciosa.

Recomendaciones preconcepcionales

La cronicidad de la enfermedad unida a la mejoría en la calidad de vida, gracias al exhaustivo control y a los tratamientos antirretrovirales, aviva el deseo de tener descendencia. Sería conveniente un análisis serológico en toda mujer que acude a una consulta preconcepcional, para descartar la infección.

Debemos recomendar además:

- Anticoncepción hasta el resultado serológico. En mujeres infectadas, hasta que se reduzca la carga viral y buen estado inmunológico.
- Informar del riesgo de TV, estrategias de prevención, potenciales efectos adversos de la medicación sobre la madre y el feto y riesgos de complicaciones obstétricas.
- Opciones reproductivas que evitan la transmisión a su pareja.
- Hábitos saludables: evitar tóxicos, actualización de vacunas según resultados inmunológicos.
- Concienciarlas de la importancia del control clínico y adherencia al tratamiento antirretroviral.

- A veces es necesario un estudio de fertilidad. Varios estudios epidemiológicos sugieren una fertilidad disminuida⁶ relacionado con: un menor recuento de linfocitos T CD4⁷, disfunción ovárica⁸, mayor prevalencia de infecciones del tracto genital superior y de obstrucción tubárica^{9,10}.

El tratamiento antirretroviral parece causar toxicidad ovocitaria^{11,12} y seminal^{13,14}, se recomienda la realización de un seminograma.

La concepción natural no debe considerarse como primera opción reproductiva en parejas serodiscordantes, pues no garantiza la no transmisión a pesar de mantener baja carga viral por el tratamiento. Si a pesar de ello, optan por la misma deben¹⁵:

- Cumplir la terapia combinada y carga viral indetectable más de 6 meses.
- Cultivos uretrales en el hombre y endocervicales en la mujer para descartar infecciones de transmisión sexual asociadas.
- Realizar estudio previo de fertilidad.
- Restringir las relaciones sexuales no protegidas a los periodos potencialmente más fértiles, que se puede establecer mediante un test de ovulación. No prolongar las relaciones no protegidas durante más de 12 meses.
- El gel vaginal tenofovir, no garantiza totalmente su eficacia o riesgo de aparición de resistencias en caso de seroconversión¹⁵.

Cuidados en la gestación

Ser diagnosticado de VIH supone un gran impacto emocional, por ello, es de suma importancia la valoración del estado psicossocial de la gestante y de su entorno, para remitirla al psicólogo y/o trabajador social. Se suman el temor de transmitir el virus a su descendencia y su futuro y la comunicación a su pareja.

Actualmente está protocolizado en el “Programa de Atención al embarazo, parto y puerperio”, la realización de una serología en el primer trimestre. Sin embargo, es recomendable también su realización en el tercero, puesto que la falta de asociación con alguno de los factores de riesgo de lugar a que no sea detectada. Si durante el parto se desconoce su estado, debe realizarse un test rápido, o, un test viral para evitar un falso negativo de los tests de anticuerpos en el período ventana, y así poder instaurar las medidas oportunas, entre ellas, una posible cesárea que evitaría un 50% de TV¹⁵. En caso de que no sea posible realizar un test de confirmación, se tratará como positiva y posteriormente tras informar a la paciente de ello, se completará con estudios.

En el momento actual, en nuestro medio, la mayoría de los niños infectados son hijos de madres no diagnosticadas o con un diagnóstico tardío.

La instauración de la terapia antirretroviral (TAR), varía en función del estado inmunoviológico. En caso de no precisar

tratamiento, éste se iniciará en el segundo trimestre para evitar posible teratogenicidad durante el período embrionario y TV¹⁵.

Con excepción del efavirenz, no se ha demostrado que el uso de TAR se asocie a malformaciones. En caso de intolerancia, vómitos, efectos muy frecuentes, se recomienda suspender la medicación excepto las pautas con no nucleósidos que precisan de su suspensión escalonada. Si esos episodios sucedían con anterioridad, evitar que la ingesta de TAR coincida.

Algunos estudios relacionan la TAR con aparición de preeclampsia, atribuible al déficit inmunitario por la enfermedad previo al tratamiento¹⁶. Ante síntomas propios de ésta, colestasis u otras disfunciones hepáticas, se ha de descartar que se trate de efectos adversos asociados a la medicación.

Es conveniente un estilo de vida saludable: dieta, ejercicio, reducción o eliminación de tóxicos (alteran los tejidos placentarios y aumentan el riesgo de TV), suplementos de ácido fólico, yodo y hierro, relaciones sexuales con métodos de barrera. La anemia materna aumenta el resultado adverso perinatal y TV, por lo que debe corregirse.

Algunas investigaciones demuestran una mayor tasa de prematuridad, retraso del crecimiento y muertes fetales en gestantes VIH+. Esta última se asocia con el estadio de la enfermedad e inversamente con el recuento de CD4 y el tiempo de progresión de la infección¹⁴.

Ante la discordancia existente entre las investigaciones realizadas hasta el momento, que aclaren las causas de muerte fetal y el desarrollo de preeclampsia, sólo queda realizar una exhaustiva vigilancia del embarazo y del bienestar fetal, ecológicamente, con Doppler y monitorización fetal.

En estas gestantes pueden asociarse otros problemas de salud: alcoholismo, drogadicción, tabaquismo, escaso incremento ponderal, malnutrición por escasez de recursos, infecciones oportunistas, incluso se ha relacionado con displasia cervical y cáncer de cuello uterino, con lo que requiere el seguimiento de un equipo multidisciplinar.

CONTROLES EN LA GESTANTE VIH

1. Información de repercusiones obstétricas e infectológicas. Respetar IVE.
2. Anamnesis incluido hábitos tóxicos, estado vacunal y relaciones sexuales.
3. Exploración general y obstétrica: peso, talla, TA, citología.
4. Cribado de ETS, incluido vaginosis bacteriana. Valorar repetición en semana 28
5. Utilización previa de TAR.
6. Analíticas generales en la gestación: grupo y Rh, hemograma, bioquímica, serologías: HBsAg, lúes, toxoplasma y rubéola. Urocultivo.
7. Analíticas específicas: VHC, carga viral VIH, recuento de linfocitos CD4.
8. Ecografías, Doppler y Test de cribado de anomalías cromosómicas.

Cuidados en el parto

La mayor incidencia de TV se produce en el parto y está relacionado con: microtransfusiones sanguíneas por las contracciones, carga viral plasmática (CVP), estadio de la enfermedad, TAR recibido, secreciones vaginales tras la rotura de membranas y su absorción digestiva fetal, así como la vía de finalización del parto. Por todo ello esta vía debe ser consensuada con la madre y un equipo multidisciplinar tras la determinación de la CVP en la semana 36.

En el grupo de pacientes que habiendo recibido TAR durante el embarazo, la carga viral permanece en valores detectables (entre 50 y 1.000 copias cerca del momento del parto) aunque es inferior a 1.000 c/ml, no está claro el beneficio de la cesárea electiva respecto a la transmisión del virus, por tanto, es nece-

sario individualizar los casos explicando los riesgos asociados a la cirugía frente a los potenciales beneficios, llegando a una decisión consensuada entre obstetra y madre¹⁵.

Respecto a la rotura prematura de membranas (RPM) definida como la producida antes del inicio del trabajo de parto, se ha observado un incremento en la transmisión del virus cuando es superior a 4-6h, especialmente si se acompaña de un trabajo de parto superior a 5h. Sin embargo, en la actualidad, este riesgo se ve reducido gracias al TAR y a la obtención de CVP maternas indetectables 1000 copias/ml¹⁵. El tratamiento dependerá de la edad gestacional (EG), de la CV materna, del TAR recibido y la posible evidencia de infección aguda (corioamnionitis).

En caso de parto prematuro (22-37 sg), se incrementa el riesgo de TV dependiendo de la TAR recibida y carga viral materna ele-

vada, unido a problemas de prematuridad. En tal caso, se recomienda administrar Zidovudina iv a las mismas dosis que intraparto junto al tocolítico, aunque en la amenaza de parto prematuro (APP) las modificaciones cervicales sean mínimas, hasta un máximo de 24-48 h por la posible toxicidad de dosis

altas de ZDV. Además, las pacientes bajo TAR habrán de continuarlo, y las que no lo recibieran, deben iniciarlo. En caso de fracaso del tratamiento tocolítico se terminará el parto por vía vaginal o cesárea dependiendo de la carga viral y de las condiciones obstétricas.

RECOMENDACIONES EN PARTO VAGINAL VIH
1. Se permite oxitocina para acelerar el parto pero no amniorraxis.
2. Evitar procedimientos invasivos: electrodos, ph de calota fetal.
3. Instrumentación del parto o episiotomía en circunstancias muy concretas.
4. ZDV mayor eficacia preventiva en TV. Administrar iv 2 mg/kg de peso durante 1 h seguido de ZDV a dosis de 1 mg/kg de peso/hora hasta finalizar el parto (en caso de cesárea se debe iniciar, idealmente, entre 2 y 3 h antes).
5. No suspender el TAR oral durante el parto, excepto con estavudina que es incompatible con ZDV.
6. En hemorragia postparto usar prostaglandinas, oxitocina o misoprostol. Evitar ergóticos por excesiva vasoconstricción con algunos antirretrovirales inhibidores de proteasa.

Cuidados en el puerperio

El puerperio es el proceso fisiológico consecutivo al parto hasta la aparición de la primera menstruación, por lo general unos 40 días. En el "Proceso de Atención al embarazo y parto", están protocolizados una serie de cuidados a las puérperas: valoración de contractilidad e involución uterina, hemorragia, constantes vitales, infecciones, mamas, lactancia, estado neonatal, recomendaciones anticonceptivas, etc. En seropositivas además debe añadirse:

1. Análisis, por mayor riesgo de anemia, alteraciones hepáticas por la TAR y serología.
2. Profilaxis antitrombótica si prescripción, por aumento de riesgo de trombosis hasta varios meses postparto¹⁷.
3. Inhibición de lactancia materna.
4. Control ginecológico anual y citología, por riesgo aumentado de cáncer cervical¹⁵.
5. Método anticonceptivo dual (barrera y hormonal).
6. Continuidad en la evaluación psicosocial.

La depresión perinatal apareciendo hasta el primer año postparto, tiene una alta prevalencia (5-25%), aunque infradiagnosticada, careciendo asimismo de estudios fiables sobre su impacto real^{18,19}. En algún estudio se ha utilizado el test de Edimburgo como forma de cribado²⁰. Se deben tener en cuenta los posibles falsos positivos detectados con dicho test en el postparto precoz, debido al fenómeno conocido como "baby blues" o "disforia perinatal", consistente en sintomatología pseudodepresiva o tristeza, solucionándose espontáneamente en 1-3 semanas. Por tanto, hay que tener en cuenta los antecedentes y los factores de riesgo antes de catalogar un caso como depresión puerperal y derivarlo.

Patologías en hijos de madres VIH

El diagnóstico de la infección VIH en los niños >18 meses se realiza mediante serología como en el adulto, mientras que los <18 meses se utilizarán test virológicos: la PCR DNA VIH cuya sensibilidad aumenta con la edad (40% durante la 1ª semana de vida, al 96% con especificidad del 99% a partir del mes) y/o la PCR RNA VIH que detecta RNA viral libre en plasma, siendo esta técnica la que se usa en la mayoría de los centros. La sensibilidad también aumenta con la edad (25-40% durante la 1ª semana de vida, aumentando a partir de la 3ª semana de vida y alcanzando > 90-100% a partir de los 2-3 meses). Permite la identificación de subtipos virales distintos del B.

Se considera que existe infección en un niño < 18 meses si presenta al menos 2 PCR de RNA y/o DNA de VIH positivas en determinaciones de sangre diferentes. Los hijos de madres de origen asiático o africano con subtipos no-B de VIH, particularmente los casos del grupo O, pueden presentar falsos negativos con los tests convencionales por lo que debería utilizarse un test de PCR-RNA más específico.

Se recomienda la determinación de RNA y/o DNA viral en las primeras 48 horas de vida (no utilizar sangre de cordón), repitiéndola entre los 15-21 días, a las 4 ó 6 semanas y ≥4 meses¹⁵.

Existen distintas patologías que se dan más frecuentemente en estos recién nacidos¹⁵:

- Coinfecciones maternas transmitidas.
- Prematuridad.
- CIR (crecimiento intrauterino retardado), o, bajo peso para edad gestacional.

Más frecuente en gestantes de edad avanzada, con complicaciones obstétricas, toxicomanías y en algunas infecciones congénitas.

- Malformaciones por alguna TAR (sólo con efavirenz).
- Síndrome de abstinencia de drogas o alcohol.
- Alteraciones hematológicas son muy comunes en niños expuestos a TAR, sobre todo anemia y neutropenia, pero también trombopenia y linfopenia. La ZDV es la principal causante de anemia macrocítica sin repercusión clínica que coincide con la finalización de la profilaxis de ZDV (4-6 semanas de vida) normalizándose a partir de entonces. Se describen anemias más graves en prematuros o con bajo peso por ZDV iv o con terapias combinadas, aunque raramente requieren la interrupción del tratamiento.
- Elevación de transaminasas, hepatitis o rash cutáneo.

Conclusión

El seguimiento de una gestación VIH desde su planificación hasta después del parto se considera de riesgo, debiendo seguir controles específicos y multidisciplinares. Se han encontrado limitados estudios que analizan el rol de la matrona en dicha situación de cuidados, pero ninguno sobre las perspectivas de las mujeres sobre los mismos²¹.

Es fundamental en los cuidados de enfermeras o matronas, proporcionar a la mujer y/o pareja la información, apoyo y recursos necesarios, para que se involucren en la promoción de su salud física, psicológica e interacción social, así como en el desarrollo de estrategias preventivas de TV y horizontal. Se trata también de conseguir la percepción de la maternidad lo más parecida a la normalidad, no como un problema o estigma social. Esto se consigue aumentando la dignidad de la persona, disminuyendo su ansiedad o tristeza con la participación y elección en ciertos aspectos consensuados, incluso durante el parto.

Gracias a los exhaustivos controles durante la gestación ha disminuido considerablemente la carga viral en el parto y consecuentemente su transmisión, debemos incidir asimismo en reducir la carga psicológica que conlleva.

Bibliografía

1. UNAIDS. Global plan towards the elimination of new HIV infections among children by, and keeping their mothers alive. Geneva: UNAIDS; 2015. p. 2011.
2. Turan JM and Nyblade L. HIV-related Stigma as a Barrier to Achievement of Global PMTCT and Maternal Health Goals: A Review of the Evidence. *AIDS Behav.* 2013;17:2528–2539.
3. Weiss MG and Ramakrishna J. Stigma interventions and research for international health. *Lancet.* 2006;367(9509):536–8.
4. Suad Kapetanovic S, Dass-Brailsford P et al. Mental Health of HIV-Seropositive Women During Pregnancy and Postpartum Period: A Comprehensive Literature Review. *AIDS Behav.* 2014;18:1152–1173.
5. Lazarus R, Struthers H and Violari A. Hopes, fears, knowledge and misunderstandings: responses of HIV-positive mothers to

- early knowledge of the status of their baby. *AIDS Care.* March 2009;21(3):329-334.
6. Kushnir VA and Lewis W. Human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome and infertility: emerging problems in the era of highly active antiretrovirals. *Fertil Steril.* 2011;96:546-53.
7. Loko MA, Toure S, Dakoury-Dogbo N, Gabillard D, Leroy V, Anglaret X. Decreasing incidence of pregnancy by decreasing CD4 cell count in HIV- infected women in Cote d'Ivoire: a 7-year cohort study. *AIDS.* 2005;19:443-5.
8. Clark RA, Mulligan K, Stamenovic E, Chang B, Watts H, Andersen J, et al. Frequency of anovulation and early menopause among women enrolled in selected adult AIDS clinical trials group studies. *J Infect Dis.* 2001;184:1325-7.
9. Coll O, Lopez M, Vidal R, Figueras F, Suy A, Hernandez S et al. Fertility assessment in non-infertile HIV-infected women and their partners. *Reprod Biomed Online.* 2007;14:488-94.
10. Frodsham LC, Boag F, Barton S, Gilling-Smith C. Human immunodeficiency virus infection and fertility care in the United Kingdom: demand and supply. *Fertil Steril.* 2006;85:285-9.
11. Coll O, Suy A, Figueras F, Vernaeve V, Martínez E, Mataró D et al. Decreased pregnancy rate after in-vitro fertilization in HIV-infected women receiving HAART. *AIDS.* 2006;20:121-3.
12. López S, Coll O, Durban M, Hernández S, Vidal R, Suy A et al. Mitochondrial DNA depletion in oocytes of HIV-infected antiretroviral-treated infertile women. *Antivir Ther.* 2008;13:833-8.
13. Dulioust E, Du AL, Costagiola D, Guibert J, Kunstmann JM, Heard I et al. Semen alterations in HIV-1 infected men. *Hum Reprod.* 2002;17:2112-8.
14. Kehl S, Weigel M, Müller D, Gentili M, Hornemann A, Sütterlin M. HIV- infection and modern antiretroviral therapy impair sperm quality. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;284:229-33.
15. Polo Rodríguez R et al. (coord.). Domingo Perol P et al. (edit). Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH con relación a la reproducción, el embarazo y la prevención de la transmisión vertical. Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). 2013. Disponible en: <http://msssi.gob.es>
16. Santulli P, Gayet V, Fauque P, Chopin N, Dulioust E, Wolf JP et al. HIV- positive patients undertaking ART have longer infertility histories than age- matched control subjects. *Fertil Steril.* 2011;95:507-12.
17. Jansen JM, Lijfering WM, Sprenger HG, van der Meer J, van Pampus MG. Venous thromboembolism in HIV-positive women during puerperium: a case series. *Blood Coagul Fibrinolysis.* 2008;19: 95-7.
18. Wolff C, Alvarado R, Wolff M. Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Rev Chil Infect.* 2010;27(1):65-74.
19. Shannon M, Lee KA. HIV-infected mothers' perceptions of uncertainty, stress, depression and social support during HIV viral testing of their infants. *Arch Womens Ment Health.* 2008;11:259-67.
20. Chibanda D, Mangezi W, Tshimanga M, Woelk G, Rusakaniko S, Stranix- Chibanda L et al. Postnatal depression by HIV status among women in Zimbabwe. *J Womens Health (Larchmt).* 2010;19:2071-7.
21. Kelly C, Alderdice F, Lohan M, Spence D. Every pregnant woman needs a midwife'—The experiences of HIV affected women in maternity care. *Midwifery.* 2013;29:132–138.

PIDEN QUE SE "PARALICE" LA FUSIÓN HOSPITALARIA EN HUELVA

Huelva.- Redacción

- El Partido Popular, que llevará al Parlamento regional el proyecto de Salud, pide su "paralización inmediata y definitiva" para no dejar a Huelva "con un hospital menos"

La decisión de la Junta de Andalucía de fusionar los hospitales públicos onubenses Juan Ramón Jiménez e Infanta Elena en el denominado Complejo universitario sigue deparando polémica no solo a nivel institucional sino que preocupa al ciudadano común que asiste a un sostenido pulso entre la administración regional y la principal fuerza de la oposición, Partido Popular (PP). Sobre todo al conocerse que el PP de Huelva va a pedir, en el Parlamento regional, la paralización "inmediata" y con carácter "definitivo" de la controvertida fusión hospitalaria con la que, argumentan los populares, "pretenden dejarnos con un hospital menos en Huelva", en palabras del presidente del PP-Huelva, Manuel Andrés González, quien ha asegurado que la postura de la Consejería de Salud se lleva a cabo "con el rechazo frontal de los profesionales sanitarios".

La fusión de los dos principales centros hospitalarios públicos en la provincia de Huelva no parece encontrar un final consensuado. El conflicto se mantiene prácticamente desde el anuncio de la Consejería de Salud de reunir en un solo "Complejo" las potencialidades en materia sanitaria del Juan Ramón Jiménez e Infanta Elena. Así, mientras Salud asegura que no habrá disminución alguna en las dotaciones de las plantillas que configuren el Complejo, la oposición, encarnada por el PP de Huelva, se ha manifestado abiertamente en contra y ha decidido trasladar este problema sanitario onubense al Parlamento de Andalucía pidiendo que se detenga la fusión "que es mala para todos".

J.R.J: saturado

Manuel Andrés González, Presidente del PP en la provincia, ha mantenido un

encuentro con sanitarios en el que fue tajante al afirmar la postura en contra de su formación para que se fusionen los dos principales ejes sanitarios públicos onubenses. "Tras el parón producido por las últimas elecciones, PSOE y la Junta han reactivado la tarea de la fusión hospitalaria con la que pretendemos dejarnos con un hospital menos en Huelva. De los seis que íbamos a tener, contando con los tres Chares prometidos y de los que poco se sabe, nos vamos a quedar con dos y un Infanta Elena convertido en un ambulatorio". Lo cual supondría, en palabras de Manuel Andrés, "que casi 500.000 onubenses tendrán que ser atendidos en un mismo hospital, el Juan Ramón Jiménez, que ya está saturado".

Tras señalar que los recortes sanitarios "nunca han sido tan profundos como en este caso", si la fusión se lleva a su término como aboga la Junta, se producirían, entre otras muchas circunstancias, "la derivación de servicios como Ginecología, Pediatría y Obstetricia desde el Infanta Elena hasta el J.R. Jiménez". Unos recortes que, en opinión del responsable popular onubense, abocarían a situaciones en servicios tan sensibles como pediatría "especialmente sangrante si tenemos en cuenta que en Huelva no hay UCI ni Cirugía pediátrica ni, por descontado, un Hospital Materno-Infantil". Además, recalcó que la Junta lleva adelante este proyecto de fusión hospitalaria "dando la espalda a la opinión de aquellos que mejor conocen las cuestiones sanitarias en esta provincia, el personal sanitario de ambos hospitales y engañando a los ciudadanos al vender una sanidad de segunda como si fuera de primera".

La Consejería de Salud, por su parte, ha defendido el proyecto ahora a cargo del nuevo titular Aquilino Alonso, quien ha señalado que el "proceso de convergencia, se está desarrollando de la mano y con el consenso de los profesionales" al

tiempo que vaticinó que el Complejo Hospitalario Universitario de Huelva servirá para mejorar la prestación sanitaria que recibirán los ciudadanos de su área de influencia "con criterios de calidad y eficiencia".

Aquilino Alonso, en relación a la postura de los profesionales sanitarios onubenses aludió a que los responsables de las Unidades de Gestión Clínica han firmado un manifiesto apoyando este controvertido proceso. De igual manera, Alonso sostuvo que la integración "no supondrá ninguna merma de recursos ni de actividad, ya que se mantendrán sus características existentes en la actualidad, tales como plantillas, camas, quirófanos, consultas y procedimientos diagnósticos".

Los planes de Salud hablan de que cuando esté concluido el proceso de la fusión hospitalaria, el Complejo Universitario de Huelva contará, entre otras características, con 900 camas y una plantilla conformada por "más de 1.600 profesionales de enfermería, 675 facultativos especialistas de área, y 1.300 profesionales no sanitarios. La inversión que comportará la adecuación a la nueva estructura asciende, según estimación oficial, a 10 millones de euros.

Colegio: transparencia

A la vista de la divergencia enorme en torno a este importante capítulo sanitario, el Colegio Oficial de Enfermería de Huelva ha pedido, por medio de su presidente Gonzalo García, la "mayor transparencia e información posibles en todas y cada una de las fases y etapas que van a ir configurando este proyecto para fusionar los principales centros de atención especializada de nuestra provincia". Porque se trata, en definitiva, de "una experiencia sin precedentes conocidos por lo que el Colegio Oficial de Enfermería demanda que la calidad asistencial que se ofrezca a la sociedad se vea incrementada así como que no suponga la pérdida de un solo puesto de trabajo de ningún colectivo y especialmente de Enfermería, clave para alcanzar el más óptimo desarrollo que se pretende llevar a cabo en la sanidad pública onubense".

HUELVA, ÚNICA PROVINCIA ANDALUZA SIN HOSPITAL DE DÍA DE SALUD MENTAL

Huelva.- Redacción

La Asociación de Salud Mental Feafes-Huelva ha vuelto a reivindicar la puesta en funcionamiento de un Hospital de Día para estos enfermos, como auténtica necesidad para los afectados y, además, sus familiares mas directos. La provincia de Huelva es la única de toda Andalucía que no cuenta con una instalación de estas características dedicada a prestar asistencia a aquellos pacientes de salud mental que, tras superar una primera etapa de ingreso en agudos hospitalarios, pasa al domicilio particular y depender de sus allegados.

La situación de la Salud Mental en nuestra provincia ha vuelto a ser noticia por cuanto la Asociación de afectados FEAFES-Huelva ha reclamado la definitiva puesta en funcionamiento, después de años de reclamación, de un Hospital de Día de Salud Mental. Sin embargo, lo mas paradójico del caso es que la infraestructura ya existe pues desde hace años, y en un local de la Calle San Cristóbal (antiguos juzgados) permanecen dos plantas sin operar por la única razón de que el SAS no contrata al número de profesionales necesarios (entre 5 y 10 de diferentes niveles, médico-psiquiatra, enfermera, trabajadora social...) lo que haría de una vez por todas posible la entrada en vigencia de esta imperiosa prestación.

- ▶ **La instalación permanece inactiva desde hace años porque el SAS no contrata al personal. Feafes-Huelva reclama su puesta en funcionamiento para ayudar a evitar la cronicidad del enfermo**

Cronicidad

Desde FEAFES-Huelva se ha insistido en que un Hospital de Día para la atención de la Salud Mental de los onubenses constituye una herramienta de probada eficacia, especialmente para aquellos enfermos mas jóvenes que, tras su etapa de ingreso en la Unidad de Agudos del hospital, se encuentran con la realidad de pasar a vivir en su propio domicilio. Los responsables de la Asociación han explicado, por activa y por pasiva, que Huelva es la única provincia de Andalucía que carece de un Hospital de Día de Salud Mental con el agravante de que sí, existe la instalación pero que, desde hace varios años, no entra en funcionamiento al no contratarse al personal que preste la asis-

tencia debida. Un hospital de Día de pacientes en Salud Mental serviría de gran ayuda tanto para evitar la cronicidad del paciente como de alivio a la sobrecarga de los familiares mas directamente concernidos en la atención de esta patología, siempre la "cenicienta", del campo sanitario, Recientemente, y en el transcurso de un acto celebrado por FEAFES-Huelva para reconocer a personas y entidades onubenses que trabajan por la integración de sus pacientes, el Delegado provincial de Salud, Rafael López, aseguró que el Hospital de Día de Salud Mental se pondría en marcha "cuanto antes" aunque no aportara una fecha aproximada para ver hecha realidad esta larga e importante reivindicación de la salud mental en la provincia onubense.

LA ORDEN SAN JUAN DE DIOS, PREMIO PRINCESA DE ASTURIAS 2015

Huelva.- Redacción

La Orden Hospitalaria San Juan de Dios ha sido distinguida con el Premio Princesa de Asturias 2015 en reconocimiento a una dilatada trayectoria de varios siglos y que, durante el último año, adquirió una gran visibilidad con ocasión de la grave epidemia de ébola que asoló amplias zonas del África occidental y donde dos de sus misioneros, el médico Manuel García Viejo y el enfermero Miguel Pajares, perdieron la vida al resultar contagiados por el virus.

La Orden Hospitalaria que lleva el nombre de su fundador y Patrón de enfermería ha recibido un significativo galardón en forma del Premio Princesa de Asturias 2015 en el apartado de la Concordia. El jurado de la Fundación del Principado reflejó que la concesión de este importante respaldo "viene motivada por la labor humanitaria, social, sanitaria y asistencial que la Orden hospitalaria ha realizado y mantiene en su lucha contra el ébola en los países africanos afectados por el azote del virus".

El Hermano Miguel Varona, Superior provincial de la Orden, ha destacado su esperanza de que "no nos hayan dado el Premio Princesa de Asturias solo por la lucha contra el ébola sino por toda la labor de nuestra Orden en los países en vías de desarrollo". El Colegio Oficial de enfermería de Huelva ha hecho llegar a la Orden San Juan de Dios su "mas efusiva enhorabuena por tan alta distinción que reconoce años y años de entrega, servicio y atención sanitaria siempre con especial dedicación a los mas desfavorecidos".



DESCUBRA NUESTRAS
**COBERTURAS
EXCLUSIVAS**
PENSADAS
PARA USTED
Y SU COCHE

60%*
Bonificación
en coches nuevos

PARA CUALQUIER MODALIDAD



A.M.A. HUELVA

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

A.M.A. HUELVA (Colegio Médico)

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

www.amaseguros.com
902 30 30 10

Síguenos en     

(*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados entre el 30 de abril y el 31 de diciembre de 2015. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

ALONSO DICE QUE EN 2016 FINALIZARÁN LOS CONTRATOS AL 75%

HUELVA - REDACCIÓN

Los contratos al 75% de la jornada laboral, que constituyen una de las carencias más sustanciales del sistema público sanitario andaluz, están llamados a su finalización. Así, al menos, se desprende del anuncio hecho por el consejero de Salud de la Junta, Aquilino Alonso, en el transcurso de una comparecencia en el Parlamento regional. El titular del departamento también aludió a la Bolsa única de empleo del Servicio Andaluz de Salud (SAS) asegurando que es un mecanismo que "permite cubrir con total inmediatez cualquier necesidad temporal de personal cualificado".

¿Ha llegado, por fin, la hora de que desaparezcan los contratos al 75% de la jornada laboral con los que se ha usado y abusado de la profesionalidad del personal sanitario y, sobre todo, de la calidad asistencial que se presta al paciente? La respuesta a una duda tan vertebral como esa en el conjunto del SAS la avanzó el consejero de Salud, Aquilino Alonso al asegurar que en el año próximo, sin llegar a concretar en qué mes, "no se realizarán" este tipo de contrataciones laborales que se han ensañado con miles de trabajadores sanitarios andaluces.

Derechos profesionales

Aquilino Alonso compareció ante la Comisión de Salud del Parlamento regional, para hacer un repaso tras el paréntesis veraniego donde, precisamente, Salud y el SAS han repetido la misma política de recortes tanto en recursos humanos como en dotaciones, llámense cierre de camas, quirófanos inoperativos, centro de Atención Primaria a medio gas y un largo etcétera de precariedades. Pues bien, en el antiguo Hospital de Las Cinco Llagas, el primer responsable sanitario de la comunidad avanzó que en el 2016 no se llevarán a cabo contrataciones al 75% de la jornada laboral para "seguir avanzando en la recuperación de los derechos de los

profesionales" que trabajan en el sistema público andaluz.

Tras reiterar que toda esta política de recortes en el SAS fue como consecuencia de que "la crisis y el Gobierno central nos habían obligado a modificar", el consejero defendió que la política de personal del SAS "representa un gran esfuerzo y se encamina a mejorar las condiciones laborales y la conciliación familiar y laboral de todos los trabajadores de la organización sanitaria". Por ello, Alonso afirmó que "existe una voluntad decidida por tratar de mantener la calidad de la asistencia sanitaria y el empleo de los profesionales, a pesar de todos los obstáculos y limitaciones que desde el Gobierno central se han impuesto".

El consejero no se olvidó de alabar las cualidades de los profesionales al servicio de la sanidad pública andaluza al señalar que uno de "los pilares básicos" sobre los que se sustenta el SAS es "el alto nivel, cualificación y compromiso de los profesionales". Sin ningún atisbo de autocrítica, Aquilino Alonso -que fue viceconsejero de Salud en la última legislatura con Sánchez Rubio de titular- recordó en sede parlamentaria que en el pasado 2014 se actualizó el denominado Plan de Ordenación de Recursos Humanos del SAS, o lo que es igual el que marca o establece las previsiones de necesidades del sistema así como el horizonte al que se dirigen las medidas que se van adoptando respecto a los diferentes colectivos de profesionales sanitarios en Andalucía.

Tras aludir a la próxima realización de la oferta de empleo público al SAS, se refirió al Concurso de Traslado, del que, precisó, va a resolverse antes de la incorporación de las personas que logren superar las pruebas de la OPE, y del que se han ofertado 4.604 plazas para facilitar la movilidad entre centros del personal actual lo que, en su opinión, va a incidir "favorablemente" en la siempre latente cuestión de la conciliación entre la vida laboral y la personal.

Bolsa de empleo

En canto al capítulo de la Bolsa única de empleo, Aquilino Alonso la definió como un instrumento o mecanismo que, además de contar con el respaldo de las organizaciones sindicales, permite cubrir con total inmediatez cualquier necesidad de carácter temporal de personal cualificado en los centros del SAS y asegurando la igualdad de oportunidades entre los candidatos aspirantes de los distintos niveles profesionales. En la actualidad, la Bolsa única de empleo del SAS cuenta con más de 350.000 inscritos entre todas las categorías existentes en la sanidad pública.

Cargos intermedios

El consejero de Salud, a preguntas de otros grupos parlamentarios, tuvo que referirse a la normativa relacionada con la selección de los cargos intermedios que se contempla en el anteproyecto de la llamada Ley de garantías y sostenibilidad del Sistema sanitario público de Andalucía, Alonso dijo que el articulado busca distintos objetivos entre ellos que no exista discriminación para el acceso a puestos de responsabilidad de aquellos profesionales que hayan adquirido la condición de personal estatutario sobre plaza vacante. Tras señalar que el articulado pretende acomodarse a las normativas europeas, el espíritu de la propuesta andaluza es garantizar que el proceso de un cargo intermedio, de carácter temporal o definitivo, se encuentre "debidamente regido por los principios constitucionales de igualdad, mérito y capacidad". El consejero concluyó que una organización como el SAS "no puede permitirse no cubrir adecuadamente sus necesidades de cargos intermedios, que facilitan el funcionamiento diario en cada centro y unidad de los servicios que ofrecemos" a la sociedad.

SANIDAD CREA UNA WEB PARA LA COMPRA DE MEDICAMENTOS SIN RECETA

Huelva.- Redacción

El Ministerio de Sanidad, Igualdad y Consumo ha tomado cartas en un espinoso asunto cual es la mas que preocupante proliferación de las ventas, a través de internet, de toda suerte de medicamentos y productos sanitarios. El aumento que, día a día, se registra en torno a ese modo de comercialización, con los riesgos inherentes a las garantías de calidad, seguridad y eficacia que deben presidir cualquier tipo de fármacos, ha hecho que Sanidad, por medio de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (Aemps) haya abordado la cuestión mediante la puesta en marcha de una página web que permite la venta de medicamentos no sujetos a la prescripción médica en la red con garantías y a nivel europeo.

Legalidad

El Ministerio de Sanidad ha dado oficialidad a un nuevo sistema mediante el cual los ciudadanos que adquieran medicamentos y producto sanitarios puedan realizar estas compras utilizando la web www.distafarma.aemps.es. De tal suerte que el usuario lo estará realizando desde una farmacia legalmente autorizada y los productos farmacológicos tendrán todas las garantías de calidad, seguridad y eficacia.

La Aemps, como organismo adscrito al Ministerio de Sanidad, lleva tiempo trabajando en este proyecto que ya es una realidad para el beneficio de la sociedad, Fue en 2011 cuando una directiva de la Unión Europea (UE) reguló los requisitos de venta de medicinas en el marco de una actuación frente a medicamentos falsificados. Se estableció un logotipo que autorizó, en 2014, la UE y que incluye la bandera de la nación donde están ubicadas las oficinas autorizadas, En las páginas webs de las farmacias, pulsando sobre el citado logotipo se accede al listado de centros que tienen autorización oficial para llevar a cabo este tipo de ventas de medicamentos sin receta. De esta forma, el usuario puede acceder a la pagina www.distafarma.aemps.es con los enlaces a los listados de las 17 comunidades y regiones españolas.

Por lo mismo, la Aemps, en colaboración con las regiones españolas, ha potenciado una aplicación informática (distafarma) mediante la cual las farmacias que opten por



realizar esta actividad de venta a distancia podrán comunicarlo por vía telemática. Todo este proceso ha venido a frenar la preocupación, creciente, de los sitios webs ilegales que proliferan en la red y que constituyen, asegura Sanidad, "la principal vía de acceso de los ciudadanos a medicamentos sin garantías de calidad, seguridad y eficacia".

Sin receta

De este modo, en las webs de las farmacias habilitadas solo será posible la adquisición de los medicamentos no sujetos a prescripción médica, también conocidos como medicamentos sin receta, conforme estableció, en el año 2006, la Ley 29/2006, de 26 de julio, sobre garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Por todo ello, el ciudadano que, merced al nuevo sistema, quiera realizar estas compras podrá asegurarse de que lo está haciendo en una oficina de farmacia legalmente autorizada y que recibirá medicinas y productos con todas las garantías. Además, para aumentar la concienciación de la sociedad, sobre los riesgos que comporta adquirir medicamentos y productos sanitarios en sitios webs ilegales, la Comisión Europea ha elaborado una campaña informativa, a la que se ha sumado el Ministerio de Sanidad de España, y que se podrá en marcha por parte de la Aemps y las autonomías.

Manejo del régimen terapéutico en pacientes con tratamiento de anticoagulación oral en seguimiento hospitalario

Autoras:

- ▶ TANAGRA CARCELA SALVADOR
Diplomada en enfermería. Centro de trabajo: Servicio Andaluz de Salud.
- ▶ ÁNGELES GUTIÉRREZ MACÍAS
Diplomada en enfermería. Servicio Andaluz de salud.

RESUMEN

Objetivo: conocer el grado de cumplimiento terapéutico o manejo del régimen terapéutico de los pacientes en seguimiento hospitalario con tratamiento de anticoagulación oral, concretamente, en el Hospital de Riotinto y Hospital Juan Ramón Jiménez.

Método: Se realizó estudio descriptivo transversal mediante el empleo del cuestionario de Morisky Green a un total 278 pacientes con tratamiento de anticoagulación oral en seguimiento hospitalario durante el año 2015, en concreto, 139 paciente del Hospital de Riotinto y 139 pacientes del Hospital Juan Ramón Jiménez. Para el plan de análisis de los datos se realizaron distribuciones de frecuencia, porcentajes y representación gráfica de las variables a estudiar. Como medida de intensidad se utilizaron la proporción y como estadígrafo de posición el promedio. Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS 21.0.

Resultados: En el Hospital Juan Ramón Jiménez, fueron cumplidores del tratamiento un total del 82,03% y, en el Hospital de Riotinto, un total 56,14% cumplieron el tratamiento. Las principales causas del incumplimiento terapéutico fue el olvido de la medicación y no tomarla a la hora indicada.

Discusión y conclusiones: La magnitud del problema de la no adherencia al tratamiento del sintrom, nos lleva a reflexionar sobre nuestra responsabilidad profesional y sobre el abordaje que realizamos con nuestra intervención para mejorar los resultados expuestos.

▶ **PALABRAS CLAVES:** Adherencia, cumplimiento terapéutico, sintrom, Test Morisky-green.

ABSTRACT

Objective: To determine the degree of adherence or management of therapeutic regimen of patients in hospital follow with oral treatment specifically anticoagulation Riotinto Hospital and Juan Ramon Jimenez Hospital.

Method: It was performed descriptive study by using the Morisky Green a total of 278 patients with oral anticoagulation treatment in hospital followed for 2015, specifically, 139 Hospital patient Rio Tinto and 139 patients in the Hospital Juan Ramon Jimenez. Plan for data analysis frequency distributions, percentages and graphical representation of the variables studied were performed. As a measure of intensity ratio statistic is used as the average position. For data analysis SPSS 21.0 software was used.

Results: In the Juan Ramon Jimenez Hospital were compliant treatment a total of 82.03% and in the Hospital of Rio Tinto, a total 56.14% complied with treatment. The main causes of non-adherence was forgetfulness and not take medication on time. **Discussion and Conclusions:** The magnitude of the problem of non-adherence of Sintrom, leads us to reflect on our professional responsibility and the approach we do with our intervention to improve outcomes exposed.

▶ **KEYWORDS:** Adherence, compliance, Sintrom, Test Morisky-green.

INTRODUCCIÓN

La OMS¹ define adherencia terapéutica como “buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, vacunarse, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en los comporta-

mientos que abordan la higiene personal, el autocuidado del asma o la diabetes, el tabaquismo, la anticoncepción, los comportamientos sexuales de riesgo, el régimen alimentario adecuado y la actividad física escasa son todos ejemplos de comportamientos terapéuticos”

La adherencia deficiente a los tratamientos y/o recomendaciones sanitarias es un problema mundial, ya que en los países desarrollados existe una media del 50% de incumplimiento a los tratamientos de enfermedades crónicas, sin embargo, las cifras varían ampliamente según la enfermedad o el tratamiento estudiado².

Según Rodríguez et al.² " Se puede afirmar que no existe enfermedad , tipo de paciente o grupo demográfico que no se vea afectado, si bien los datos ofrecidos por los diferentes autores son muy dispares debido a la definición sobre lo que consideran incumplimiento y a los métodos de evaluación empleados". Al mismo tiempo, insisten en que "los profesionales debemos considerar el incumplimiento como una de las primeras causas del fracaso terapéutico antes de realizar nuevas pruebas, o intensificar la prescripción de fármacos que incrementen los riesgos para el paciente y los costes económicos para los servicios sanitarios".

Lemstra , en el año 2012, obtuvo como resultado de un meta-análisis de los costes de la no-adherencia, que mejorar el cumplimiento de los tratamientos salvaría más vidas que aumentar esfuerzos en terapias innovadoras³.

En el ámbito nacional , el estudio APEAS⁴ también puso de manifiesto la importancia de los medicamentos, considerando que el 48,2% de los efectos adversos estaban relacionados con la medicación, siendo la falta de adherencia a ésta, el tercer factor causal.

Las indicaciones del tratamiento anticoagulante oral (TAO) se han ampliado en los últimos años, tanto en el número de patologías, como en pacientes de avanzada edad. En los países desarrollados, con incrementos anuales sobre el 10% de pacientes incluidos en esta terapéutica, la prevalencia de los enfermos anticoagulados se aproxima al 1% de la población⁵. Según "El instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos Español", están considerados medicamentos de alto riesgo, lo que significa que si no se utilizan correctamente presentan gran probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. Se trata de medicamentos que exigen un control frecuente, ajustes de la dosis, presencia de interacciones con alimentos y otros medicamentos". Así mismo, los tres medicamentos que provocan mayor número de ingresos por urgencias son insulina, anticoagulantes orales dicumarínicos y digoxina⁶.

El control del tratamiento anticoagulante oral lleva unos años siendo asumido por enfermeras, quedando esta responsabilidad documentada por los organismos de salud competente mediante los procesos de prescripción colaborativa⁷.

En los últimos años, se han realizado algunos estudios relacionados que reflejan que la no adherencia al tratamiento con anticoagulación oral ocurre en un grado sustancial², así mismo, otros estudios reflejan que identificar los factores que pueden asociarse a la mala adherencia al tratamiento puede mejorar la seguridad, y en definitiva, los resultados del mismo^{8,9}.

Creemos que los tratamientos farmacológicos indicados no están siendo asumidos de forma correcta, desconociéndose la magnitud del problema, así como, las verdaderas causas que

impiden a las personas adoptar las indicaciones médicas. Considerando la importancia que tiene una adecuada adherencia al tratamiento , y siendo los anticoagulantes orales fármacos de especial relevancia ,sobre todo, debido a las complicaciones derivadas del manejo inadecuado; queremos centrar nuestro objetivo principal: en conocer el grado de cumplimiento terapéutico o manejo del régimen terapéutico de los pacientes en seguimiento hospitalario con tratamiento de anticoagulación oral, concretamente, en el Hospital de Riotinto y Hospital Juan Ramon Jiménez, con el fin de adoptar medidas de intervención que impidan la descompensación, el riesgo vital consecuente y la optimización de los recursos en todos los niveles de atención.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo transversal en pacientes con tratamiento de anticoagulación oral en seguimiento hospitalario, en concreto, en el Hospital de Riotinto y Hospital Juan Ramón Jiménez.

El sistema de muestreo utilizado fue probabilístico por conglomerados. Se seleccionaron un total 278 pacientes, de los cuales, 139 pertenecieron al Hospital de Riotinto y 139 al Hospital Juan Ramón Jiménez. Para su selección se utilizaron los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión: todos los pacientes mayores de 18 años de edad que estén en seguimiento hospitalario con anticoagulantes orales.
- Criterio de exclusión: Personas que no comprendan el castellano (por posibles problemas de traducción), menores de edad, personas que no tengan autonomía para responder al cuestionario.

Con respecto a las variables del estudio:

- Número de pacientes que cumplen o no el tratamiento: se calculará la cantidad de pacientes mediante el test validado de Morisky-Green (**Anexo 1**).

ANEXO 1

A continuación se le presenta una serie de preguntas en relación con algunos aspectos relacionados con el cumplimiento del tratamiento con anticoagulantes orales. En ellas no se trata de que acierte o no, sino de que, sencillamente qué es lo que piensa, cree, considera o le parece en cada una de las preguntas que se le formulan.

Por tanto, se ruega si es posible que no deje ninguna respuesta en blanco. Se trata de un cuestionario totalmente anónimo. Tan sólo se le solicita que nos indique su sexo y la edad, que tiene en estos momentos, por razones estadísticas.

Responda "SI" o "NO" en todos los casos, señalando con un "X" donde considere:

Muchas gracias por su colaboración.

Sexo:

Hombre

Mujer

Edad: _____

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

SI

NO

2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

SI

NO

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

SI

NO

4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

SI

NO

- Para las variables edad y sexo: serán de carácter autoexplicativo y se calculará mediante porcentajes estadísticos.

La recogida de datos se realizó mediante el cuestionario Morisky-Green heteroadministrado en las zonas habilitadas de la consulta de hematología de ambos hospitales.

Para el plan de análisis de los datos se realizaron distribuciones de frecuencia, porcentajes y representación gráfica de las variables a estudiar. Como medida de intensidad se utilizaron la proporción y como estadígrafo de posición el promedio.

Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS 21.0. Dicho análisis se hizo simultáneamente a su recogida.

RESULTADOS

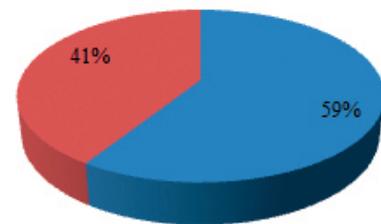
El estudio incluyó un total de 278 pacientes de los cuales, por un lado, 139 pacientes pertenecieron al Hospital Juan Ramón Jiménez con una media de edad de 57,5 años (variando entre 20 y 90 años), 82 mujeres (59%) y 57 hombres (41%) y, por otro lado, 139 pacientes pertenecieron al Hospital de Riotinto con una media de edad de 65,5 años (variando entre 29 y 90 años). Como se muestra en la figura 1 y 2.

Para calcular la adherencia terapéutica al tratamiento del Sintrom, se formularon una serie de preguntas pertenecientes al test validado de Morisky-Green, cuyos resultados se representan en la Tabla 1.

Los resultados de la adherencia terapéutica según el Test de Morisky-Green fueron: en el Hospital Juan Ramón Jiménez, cumplidores del tratamiento un total del 82,03% frente a un 17,97% de no cumplidores y, en el Hospital de Riotinto, cumplidores del tratamiento un 56,14% frente a un 43,86% de no cumplidores. Como se muestra en la figura 3 y 4.

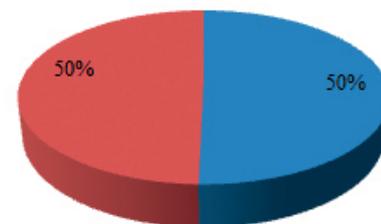
MUESTRA HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ

■ MUJERES ■ HOMBRES



MUESTRA HOSPITAL DE RIOTINTO

■ MUJERES ■ HOMBRES



DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El estudio demostró la existencia de cumplimiento terapéutico en ambos Hospitales, sin embargo, con una diferencia del cumplimiento mayor en el Hospital Juan Ramón Jiménez (82%) que en el Hospital de Riotinto (56%). Las principales causas del incumplimiento terapéutico fue el olvido de la medicación y no tomarla a la hora indicada.

La escasa existencia de estudios con respecto al tema tratado, hace difícil comparar los datos obtenidos con otras referencias, sin embargo, se encontró un estudio del año 2008, con resultados similares, donde en una muestra de 139 pacientes se identificó que un 74% tuvieron una buena adherencia al tratamiento con warfarina, donde las mujeres presentaban mejor adherencia que los hombres¹⁰.

Consideramos como limitaciones del estudio que los datos solo podrán ser transferidos a contextos que compartan similitudes sociodemográficas y socioculturales con el lugar donde se ha generado la información. Sería importante resaltar como posible sesgo de los datos, la influencia del entorno hospitalario y la presencia de profesionales sanitarios responsables del seguimiento de su tratamiento, en las respuestas de los usuarios encuestados. A pesar de ello, creemos que el estudio puede contribuir de manera cualitativa para conseguir la mejora en la adherencia terapéutica de estos pacientes y además, servir como referente en posibles estudios futuros.

La magnitud del problema de la no adherencia al tratamiento del síndrome, nos lleva a reflexionar sobre nuestra responsabilidad profesional y sobre el abordaje que realizamos con nuestra intervención para mejorar los resultados expuestos.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción .internet. 2004 [acceso 20 mayo 2015]. Disponible en : [http:// www.amro.who.int/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm](http://www.amro.who.int/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm)
2. Rodríguez García M, del Castillo Arévalo F. Enfermeras de atención primaria opinan, analizan y proponen mejoras en el manejo de la adherencia farmacológica. *Enferm Glob.*2012;11:207-18.
3. Lemstra M, Blackburn D, Crawley A, Fung R. Proportion and risk indicators of nonadherence to statin therapy: A meta-analysis. *Can J Cardiol.*2012;28:574-80.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio APEAS-Estudio sobre seguridad de los pacientes en atención primaria de salud .Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [acceso 20 mayo 2015]. Disponible en :[http://www.msssi.gob.es/organización/sns/plan CalidadSNS/docs/estudio.apeas.pdf](http://www.msssi.gob.es/organización/sns/plan%20CalidadSNS/docs/estudio.apeas.pdf)
5. J.Luis NN, J.Maria CP, MaAngeles F. Tratamiento anticoagulacion oral. *Dialnet.*2008; 6:525-542.
6. Budnitz DS, Shehab N, Kegler SR, Richards CL. Medication use leading to emergency department visits for adverse drug events in older adults. *Ann Intern Med.* 2007;147:755-65.
7. Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Bienestar Social. Protocolo para el seguimiento del tratamiento farmacológico individualizado en pacientes con anticoagulación oral. Documento en Internet.[consultado el 20 Mayo 2015]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerías/documentos/p_2_p_2_planes integrales/anticoagulacion_oral.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerías/documentos/p_2_p_2_planes_integrales/anticoagulacion_oral.pdf).
8. Waterman AD, Milligan PE, Bayer L, Banet GA, Gatchel SK, Gage BF. Effect of warfarin nonadherence on control of the international normalized ratio. *Am J Health Syst Pharm* 2004; 61:1258-64.
9. Platt AB, Localio AR, Brensinger CM, Cruess DG, Christie JD, Gross R et al. Risk factors for nonadherence to warfarin: results from the IN-RANCE study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2008; 17:853-60
10. Romero Ruiz A. Adherencia terapéutica de los pacientes en tratamiento anticoagulante oral. *Enferm Clín.*2013; 23 (6):298-299.

CONSEJERÍA DE SALUD Y CAE: DIÁLOGO PARA AVANZAR

Huelva.- Redacción

El Consejo Andaluz de Enfermería (CAE) fue recibido oficialmente por el Consejero de Salud de la Junta de Andalucía, en una de las primeras tomas de contacto tras el nombramiento del médico asturiano al frente del departamento sanitario en la región, ahora desligado del área de Asuntos Sociales como sucedió en la anterior legislatura. La reunión ha servido para establecer "las líneas de colaboración" que sirvan, según indicó la administración para "seguir reforzando el papel de este colectivo profesional" en el conjunto de la sanidad pública de la comunidad.



Los presidentes de los ocho Colegios provinciales de Enfermería andaluces -presididos por Florentino Pérez Raya- (entre ellos Gonzalo García Domínguez al frente del de Huelva) acudieron a la convocatoria de la apertura de diálogo con el nuevo consejero de Salud, Aquilino Alonso Miranda, cuando se ha iniciado un nuevo ejercicio correspondiendo con el comienzo de la legislatura.

Cuidados

Aquilino Alonso quiso poner el énfasis en "los avances en cuidados y atención enfermera" a la sociedad por medio del denominado Plan Integral de Cuidados de Andalucía (Pica) cuyo objetivo primordial no es otro que la apuesta por la excelencia en una visión integrada de la persona, de la trayectoria vital del paciente y su proceso de enfermar para tratar de dar una respuesta a todos los aspectos del cuidado. El CAE, por su parte, trasladó al responsable sanitario andaluz la radiografía de problemas que afectan al colectivo, a la cabeza de todos el desempleo y la baja cobertura de personal, agudizado de forma notable en el reciente periodo veraniego. La búsqueda de soluciones a tan densa problemática como afecta a la profesión fue el fondo que resumió este encuentro.

El consejero, por su parte, ha invitado al CAE para que tome parte en la elaboración de la Ley de Sostenibilidad del sistema sanitario en la región al objeto de que las más de 25.000 enfermeras y enfermeros andaluces puedan aportar sus ideas e iniciativas desde el conocimiento y cercanía del paciente. Los representantes de los ocho Colegios Oficiales de la región conocieron lo que el consejero Alonso definió como el "importante papel" de los profesionales de enfermería en el conjunto del SAS así como "la excelente respuesta que dan a las necesidades de cuidados" de la población andaluza.

CUIDADORAS CONSAGRADAS DURANTE LA EDAD MEDIA.

HERMANAS AGUSTINAS HOSPITALARIAS DEL HÔTEL-DIEU DE PARÍS

"(...) las hermanas, en la medida de lo posible, tienen como misión de caridad, el cuidado a los enfermos, que constituye su deber esencial"

Jehan Henry

Autora:

- ▶ TERESA MORALES, CRISTINA
Universidad de Huelva. Facultad de Enfermería

RESUMEN

- ▶ **Objetivo:** el objetivo general que se pretendía era descubrir quienes fueron las personas encargadas de administrar los cuidados en el Hôtel-Dieu de París. Identificando la vía de acceso al estatus de cuidadora; explorando las características del personal responsable de la administración de los cuidados y su jerarquía; y, por último, determinando la forma de adquisición de las competencias para cuidar.
- ▶ **Método:** Tras la búsqueda y exploración de fuentes documentales en los archivos de la Asistencia Pública Hospitalaria de París y en los archivos de la Biblioteca Nacional Francesa procedimos a la traducción y lectura de los hallazgos. El análisis de estas fuentes documentales permitió poner un granito de arena en la reconstrucción de la historia de estas mujeres dedicadas a cuidar.
- ▶ **Resultados:** Originariamente fue un grupo de mujeres, probablemente viudas y solteras, el encargado de prestar cuidados en el Hôtel-Dieu de París. Poco más tarde se constituyen en congregación religiosa, llamada Hijas de San Cristóbal. Ya en el s. XIII se adhieren a la Regla de San Agustín, y se crea una doble orden *Fraters et Sorores Ordinis Sancti Augustini*. Para entrar en la orden debían asumir la clausura, aceptar la Regla y el Estatuto del centro. Las hermanas estaban organizadas en tres categorías por su estatus dentro de la orden: filles blanches, filles en l'an de probation, y soeurs professes.
- ▶ **Conclusiones:** el personal encargado de cuidar en las diferentes épocas fueron mujeres religiosas, algo acorde al resto de centros en ese momento de la historia. La vía de acceso nos habla del binomio religiosidad-cuidados o vocación-cuidados. Las competencias para cuidar se adquirían por el mismo camino que las de cualquier otra labor del periodo medieval, pero se perpetuó retrasando durante siglos la entrada de esta ciencia al grupo de las enseñanzas universitarias.
- ▶ **PLABRAS CLAVE:** Hospitales medievales, cuidadoras en la Edad Media, cuidados en la Edad Media, cuidadoras consagradas, Hotel-Dieu de París.

INTRODUCCIÓN

Todas las ciencias y disciplinas actuales tienen su fundamento en hechos y procesos ya pasados. En concreto los cuidados existen desde el comienzo de la humanidad pues en cualquier grupo social han sido necesarios para la continuidad y supervivencia de sus individuos. En definitiva los cuidados acaecen

y vienen evolucionando desde el origen de la especie humana y son, hoy día, el núcleo de la Ciencia Enfermera.

Conocer los cuidados que en diferentes momentos históricos se han prestado y el grupo responsable de ofrecerlos, nos ayuda a conformar nuestros orígenes. Investigar en Historia de la Enfermería permite, por tanto, ampliar nuestro cuerpo de

STATUTA DOMUS-DEI Parisiensis.

I. **S**tephanus Parisiensis Ecclesie Decanus, totumque ejusdem Ecclesie Capitulum omnibus praesens scriptum inspecturis salutem in Domino. Noverint omnes tam praesentes quam futuri, quod nos de communi consensu Capituli nostri statuimus, ut duo ad minus de Canonis nostris sint Provisores nostrae Domus-Dei Parisiensis, quod ab antiquo statutum est in Capitulo nostro.

II. Ut unus de Fratibus Domus-Dei Presbyter instituat Magister à Capitulo nostro, si idoneus reperiat inter eos; sin autem, aliunde assumatur; & habeat curam Domus-Dei, quamdiu Capitulo nostro videbitur expedire; & tenebitur iste Magister in sua institutione fidelitatem & obedientiam nostro facere Capitulo.

III. Si vir aliquis vel aliqua mulier voluerit abrenunciare saeculo, & servare pauperibus; imprimis petat Provisorum assensum: & exposita ei regula Ordinis, si eam servare voluerit, tunc primùm à Provisoribus Capitulo presentabitur; & si Capitulo placuerit, recipietur ad serviendum pauperibus, remota omni simonia & turpi pacto.

IV. Triginta ad minus Fratres laici, & non plures; quatuor Presbyteri, & non plures; & quatuor Clerici, & non plures, qui possint promoveri; & viginti quinque Sorores, & non plures recipiantur: tales tamen, qui vel quae videantur idonei ad serviendum pauperibus, vel exercenda negotia Domus-Dei.

V. Tres de Presbyteris in Capella Domus-Dei servient successivè per septimanas; ita tamen, quod si aliquis illorum propter utilitatem domus, vel aliam causam rationabilem in septimana sua absens fuerit de licentia Magistri, & unus de remanentibus vices ejus supplebit.

VI. Fratres laici & Sorores servient in Domo-Dei, & in granchiis; sicut eis à Provisoribus & Magistro injungetur.

VII. Nullus cum uxore sua recipiatur.

VIII. Fratres sint tonsurati, ut Templarii; Sorores, ut Moniales.

IX. Quicumque vel quaecumque recipietur, promittat in Capitulo nostro servare castitatem; sine proprio vivere; obedientiam servare tam Capitulo, quam Provisoribus, & Magistro, & principaliter Capitulo; & vitam communem tenere secundum statuta domus.

X. Vestitus Sacerdotum & aliorum Fratrum talis erit. Tria paria camisiarum cum totidem femoralibus singuli habebunt pretii ulna duodecim denariorum ad plus; quisque habeat pelliceam agninam, tunicam clausam nigri, vel subrufi coloris, ulnae quinque solidorum ad plus, supertunicale clausum foratum, de agno, pannum ejusdem pretii & coloris, calligas albas, & solares cum corrigiis nigri de agno foratis sine porfilio, si habere voluerint.

XI. Qui autem equitabit, poterit habere estivales equitando.

XII. Sacerdotes & Clerici ad frequentandam Ecclesiam poterunt habere cappas de ysambromo apertas, & talares, & superliceas, & pelliceas agninas, & botas ad eundem in Ecclesiam.

XIII. Sorores habebunt singulae tres camisas, tamen pretii praetaxati, & tres succamas talares ejusdem pretii ad ministrandum pauperibus, vitas tres ejusdem pretii, unum pelliceum agninum novum, & unum vetus, si opus fuerit, tunicam unam de sagio nigro vel subrufo pretii ulnae quinque solidorum ad plus, supertunicale agninum ejusdem

- La influencia de la religión sobre los cuidados.

- Poner de manifiesto la visión social de la mujer identificable en los cuidados.

- Características propias del Hôtel-Dieu, relacionadas con los cuidados y compararlas con las de otras instituciones hospitalarias de la misma época.

- Evolución de los cuidados en esta institución así como las estructuras administrativas y físicas del centro.

Decidimos embarcarnos en este proyecto con la finalidad de hacer nuestro humilde aporte al crecimiento científico y disciplinar de nuestra profesión.

El Hôtel-Dieu de París tiene sus orígenes en una pequeña institución hospitalaria, de carácter episcopal, que fue fundada en torno al año 650-651(1). Los autores de este acto fundacional fueron, según las pruebas documentales encontradas, Saint Landry, obispo de la citada ciudad, y Erquinoaldo, mayordomo del Palacio de Neustria(2). En un primer momento el centro fue denominado Hospital de San Cristóbal ya que era anexo a una capilla dedicada al mismo santo. Poco después de su inicio, entraron a prestar cuidados en esta institución un grupo de mujeres, probablemente viudas y solteras(3), que más tarde se convirtieron en una congregación religiosa, denominada Hijas de San Cristóbal(4). Sobre este grupo de mujeres y su evolución como cuidadoras versa el presente artículo.

MÉTODO

- Al iniciar nuestra investigación nos planteamos como objetivo general descubrir quienes fueron las personas encargadas de administrar los cuidados en el Hôtel-Dieu de París. De forma más concreta pretendíamos:
 - Identificar la vía de acceso al estatus de cuidadora.
 - Explorar las características del personal responsable de la administración de los cuidados y su jerarquía.
 - Determinar la forma de adquisición de las competencias para cuidar.

Para alcanzar nuestros objetivos diseñamos un estudio de tipo histórico, que se realizó en tres etapas. Comenzamos por la búsqueda de fuentes documentales en los archivos de la Asistencia Pública Hospitalaria de París y en los archivos de la

FIGURA 1 - STATUTA DOMUS DEI PARIENSIS
Estatutos originales para el Hôtel-Dieu de París de 1217

conocimientos, entendernos mejor como grupo profesional, y dar el justo valor a la disciplina. Por lo que afirmamos que la investigación histórica en enfermería es un campo de estudio cuyo desarrollo resulta fundamental para nuestro crecimiento como ciencia. Por eso, cuando en un primer contacto con la historia del Hôtel-Dieu de París nos dimos cuenta de que, debido a su longevidad y evolución, desentrañar las características del centro nos podía permitir acercarnos a desvelar:

Biblioteca Nacional Francesa (BNF). En ellos nos interesamos por todos los documentos relativos al Hôtel-Dieu, usando para ello las fuentes incluidas en los fondos documentales del mismo centro, de la catedral de Notre-Dame y de sentencias de la Corte y del Parlamento francés. Entre las fuentes documentales halladas en esta búsqueda destacan, por su interés para nuestra investigación:

1. *Historia ecclesiae parisiensis*. Obra de principios del s. XVIII que, en tres volúmenes, recoge transcripciones literales en latín de los estatutos y reglamentos de diversos centros religiosos de París, en concreto los del Hôtel-Dieu(1).
2. *Essai Historique sur l'Hôtel-Dieu de Paris* de Rondennau De La Motte (1788), considerado el primer libro dedicado a transmitir la historia de esta institución hospitalaria(2).
3. *Livre de la vie active del Hôtel-Dieu de Parisse* trata de un códice manuscrito del s. XV elaborado por el clérigo normando Jehan Henry. Entre los múltiples cargos que ostentó podemos destacar: canónigo del capítulo de Notre-Dame y Provisor del Hôtel-Dieu de París. Según él mismo establece en el manuscrito, lo realiza con la intención de que sirva como guía espiritual y de trabajo diario para las hermanas de esta institución. Este códice no es accesible al público, por motivos que pueden comprenderse. Nosotros hemos accedido a partes de dicha obra a través del estudio que de él hizo el conservador de los archivos de la Asistencia Pública Hospitalaria de París, Marcel Candille(5).
4. El artículo de Teófilo López Aparicio, "Las religiosas agustinas del Hôtel-Dieu de París"(6), en el que se desarrolla la vida de esta institución desde sus orígenes hasta el s. XX, fundamentándose en los archivos de la propia institución religiosa, a la que él también pertenecía.

También hemos accedido a diversos documentos originales, en latín o francés medieval, ya que han sido incluidos como apéndices en los libros de Ernest Coyecque(7), Alexis Chevalier(8) y Dorothy Louise Mackay(4).

Después de esta búsqueda de fuentes documentales, procedimos a su traducción, lectura y análisis desde la perspectiva que nos atañe, es decir, intentando extraer la información pertinente para desvelar los aspectos más relevantes de las personas encargadas de administrar los cuidados.

Para completar la búsqueda con información actual relativa al centro, usamos las siguientes bases de datos: GALLICA (Biblioteca Nacional Francesa), BIUSANTE (Base de datos de la Biblioteca Interuniversitaria de la Salud francesa), PERSEE, REFDON, PASCAL, TESEO, SUDOC, CUIDEN, CUIDATGE, COCHRAN, BIREME, CINAHL, BVSSPA y MEDLINE, además de los catálogos de la Universidad de Huelva, la Universidad de Extremadura y el repositorio Arias Montano. En las búsquedas se utilizaron, como primeros descriptores, las siguientes palabras: Hotel-Dieu de París, Hermanas Agustinas del Hotel-Dieu, Hospitales Medievales, Cuidados en la Edad Media, Cuidadoras Religiosas.

RESULTADOS

En torno al año 650-651 se fundó en París el Hospital de San Cristóbal, en los aldaños de una capilla con advocación al mismo santo, propiedad del entonces Mayordomo del Palacio de Neustria, Erquinoaldo(9). Este centro se gestó al auspicio del obispo de la ciudad de París, más tarde conocido como Saint Landry, apareciendo esta información en dos documentos encontrados por Gerardo Dubois denominados "Sententiā Breulli" y "Breviario Parisiensilib IV cap. V"(1).

En esta institución hospitalaria comenzaron a prestar cuidados un grupo de mujeres, probablemente viudas y solteras(3), que según consta en un documento de cesión, poco más tarde se constituyen en congregación religiosa.

"(...) fue en el año 690 que un hombre muy rico de nombre Vandemir, de acuerdo con su esposa Ercamberte, hizo grandes donativos a las iglesias y monasterios de la ciudad y diócesis de París; a la Catedral, a las abadías de San Vicente y San Denis y a las Hijas de San Cristóbal, cuya abadesa era Landetrude." (4)

Todo parece indicar que, a semejanza de lo que ocurría en otras catedrales de la época, tanto el monasterio femenino, como la capilla estarían cerca de la catedral para que así las hermanas atendieran al mantenimiento de los ornamentos y ropas de las mismas(3)(10). Según afirma Teófilo Aparicio:

"El sucesor de San Landry, el obispo Chrodobert, las persuadió a que se trasladaran al hospital vecino y se dedicaran en él al servicio de los pobres y de los enfermos. De aquí les vendría más tarde el nombre de hospitalarias" (6).

Al ser una congregación seglar debían obedecer al obispo ya que dependían directamente de él. Por este motivo nos resulta fácil suponer que, teniendo esta propuesta el origen en dicho cargo, no fueron muchas las resistencias a acatarla. Todo parece indicar que fue así como estas hermanas pasaron de las labores de blanqueo y bordado de las sagradas ropas de la catedral, a convertirse en las Hijas Hospitalarias de San Cristóbal, comenzando así a prestar cuidados en el centro.

De los primeros siglos de existencia del Hôtel-Dieu, como Hospital de San Cristóbal, no ha quedado gran rastro sobre el trabajo de las religiosas en su labor asistencial. Debemos avanzar hasta el s. XIII para encontrar el primer testimonio documental de vital importancia para nuestro objetivo. Se trata de la *Satatura Domus Dei Parisiensis* de 1217(1) (Figura 1), consistente en el primer reglamento del centro. Fue elaborado por: Saint Etienne, que ostentaba el cargo de Deán de París en el momento de su elaboración; los canónigos del Capítulo Catedralicio, entre ellos los que ejercían como Provisores del centro; y, el Magister o Prior del mismo.

Este Estatuto se compone de 72 artículos en los que se tratan temas diversos de la vida diaria de la congregación. Como hecho destacado dentro del reglamento debemos decir que en él, las religiosas se adhieren a la Regla de San Agustín, y que se crea la doble orden, masculina y femenina, por lo que pasaron a denominarse Fraters et Sorores Ordinis Sancti Augustini(4). Otros aspectos interesantes del documento son: imposición de disciplina, obligaciones religiosas, régimen de separación entre hermanos y hermanas, vestimenta de ambos, normas durante las comidas, exigencias para entrar a la orden, administración del hospital, ingreso de los enfermos, etc. Siendo nuestro tema a estudio las hermanas cuidadoras, vamos a describir aquellos artículos que nos ofrecen información sobre ellas.

Este reglamento recoge en su Artículo III que las mujeres o niñas que deseaban formar parte de la congregación debían asumir la clausura. Lo que encontramos manifestado de la siguiente forma:

" (...) renunciar al mundo para servir a los pobres, previo consentimiento de los Provisores, después de que ellos le expliquen la regla de la orden, si se siente preparado para observarla, hará la promesa y si al Capítulo le place, será admitido al servicio de los pobres, sin poder intervenir en ningún pacto ilegal"

En el Artículo IV se establece que la congregación contaría con un máximo de treinta hermanos y veinticinco hermanas. Siendo la tarea principal de estas últimas servir a los pobres y ocuparse de los asuntos del Hôtel-Dieu. Según contempla el Artículo XXIV el número de hermanas que se dedicaban a este menester eran como mínimo tres durante el día y una por la noche, ayudada de dos sirvientes. De lo que podemos deducir que, al menos desde el s. XIII, estaban organizadas en turnos diurnos y nocturnos.

Sobre la estructura jerárquica, el estatuto establece diferentes cargos dentro la institución. Someramente podemos destacar:

- ▶ Provisores: dos canónigos del Capítulo Catedralicio encargados del control del centro, ejerciéndolo mediante un proceso similar al de una auditoría que ocurría dos veces al año.
- ▶ Magister: era elegido por ser el más capaz entre los hermanos y su labor era la dirección real y diaria del hospital. De él dependía todo el personal masculino de la casa, religioso y laico.
- ▶ Fratribus Receptorem: entre las funciones que se le atribuyen se encuentra recibir los donativos, registrarlos y custodiarlos, dándole habida cuenta al magister de los mismos, es decir, sería una figura similar al tesorero de la orden.
- ▶ Magistrae: según establece el Artículo XXX del Estatuto, Provisores y Magister tenían entre sus competencias la

elección de una de entre las hermanas, *" (...) la más capaz y digna (...) "* para ordenar e imponer la disciplina entre las hermanas y las sirvientas. Destacamos que su mayor tarea era la de *" (...) servir a los pobres enfermos (...) "*. De ella dependía todo el personal femenino de la casa, religioso y laico.

Las hermanas estaban organizadas en tres categorías por su estatus dentro de la orden: filles blanches o hijas blancas, denominadas así por el color de su hábito; filles en l'an de probation, hermanas en el año de prueba; y, por último, soeurs professes, hermanas con los votos ya profesados.

Las filles blanches solían entrar a la congregación entre los doce y los veinte años. Podían permanecer en este estatus entre doce y veinticinco años(7), ya que pasar al siguiente implicaba que existiera una vacante, causada por el deceso de una de las hermanas. Cuando esto sucedía, convocaban una reunión en la sala capitular de todos los ya profesos y se elegía por votación a la que creían más adecuada. La decisión era comunicada al Capítulo y si los canónigos no ponían objeción, la nueva hermana recibía, en una gran ceremonia, el velo negro de novicia y profesaba los votos de novicia(4).

Las filles en l'an de probation eran consideradas novicias aún, sin embargo, durante esos años era asignada a una hermana, ya profesada, para que a través de sus conocimientos, adquiridos por la práctica, y de su experiencia la guiara en su año de prueba, esa hermana era denominada "mère spirituelle"(5). Tras ese año, eran evaluadas sus capacidades hospitalarias y religiosas, si era considerada adecuada, podía pasar al siguiente nivel. Según nos dice Teófilo Aparicio, recibían a lo largo de todo este período como fille blanche y fille en l'an de probation

" (...) una doble y completa formación (...), tanto religiosa como hospitalaria. Cuando la formación parecía suficiente y la vocación bien afirmada, seguía la profesión que era un pacto que hacían con el Señor y con el Hôtel-Dieu" (6).

Tras este año de formación práctica y de la aprobación recibida por la mère spirituelle, la novicia era considerada ya una hermana de pleno derecho. Esto significaba que podía acoger a nuevas novicias a su cargo, ser la responsable de una de las salas del hospital, tenía voto en el capítulo de las hermanas y en el general del hospital, y tomaba la capucha a la que le obligaba el Artículo XV del Estatuto *" (...) llevaran capuchas negras de lino o lana, al modo de las mujeres de provincias" (1)*, por lo que algunos autores se refieren a ellas como "filles à chaperon"(3). Desde este momento hasta su muerte, o a hasta que su edad se lo impidiese se dedicaban por completo a las tareas asignadas en el hospital.

El centro estuvo funcionando con este reglamento hasta 1482, por ello la información contenida en el *Livre de la vie active de*

l'Hôtel-Dieu de Paris(5), fechado entre 1470 y 1480, nos permite completar el cuadro de la estructura del mismo. Según este código, existían tres cargos más entre las hermanas, que eran:

- "Soeur Portier" o hermana portera, "(...) *será la que acompañe a los enfermos, con toda discreción, discriminando con la primera impresión el tipo y gravedad de la enfermedad, para su distribución y ubicación en las salas de dicho hotel*". Como vemos era la encargada de recibir a los enfermos a su llegada, inscribirlos en el registro de entrada y asignarlos a una u otra sala en función de las características de la dolencia que les hubiera llevado allí, "(...) *no debía establecer la naturaleza del mal que afligía al solicitante, sino constatar la gravedad de su estado. Consideramos que la experiencia de una hermana, antigua en la casa, podría bastar*".
- "SoeurCheftaine", "Chevetaine", o hermana jefa, "*para su gobierno, cada sala contará con una chevetaine o cheftaine*", es decir, que eran las jefas de cada sala. Se encargaban de la coordinación entre ésta y la botica, la cocina y la pequeña lavandería, para que los enfermos recibieran las medicinas y alimentos prescritos y que la sala no se quedara desabastecida de ropa. También asignaban a cada hermana y filleblanche, que trabajaban en su sala, los enfermos que iban a estar a su cargo.
- Hermana Partera, los partos eran atendidos por una partera, externa al hospital y su ayudante, que siempre eran acompañadas por la misma religiosa, llamada hermana partera.

CONCLUSIONES

En base a los artículos del Estatuto comentados nos gustaría destacar una serie de aspectos, en primer lugar, comentar que la clausura en el Art. III aparece como la renuncia del mundo para servir a los pobres, impuesta por el acuerdo alcanzado en el Concilio de París de 1212. En segundo lugar, señalamos cómo la Magistrae era seleccionada por los Provisores y el Magister, sin tener en cuenta la opinión de las otras religiosas a diferencia de lo que ocurría con este último. Desde el s. X los abades y priores son elegidos por sus monjes pero, a tenor de este dato, parece que las abadesas o prioras no, al menos las del Hôtel-Dieu de París. Aquí vemos una clara manifestación de cómo se potencia desde lo más alto de la jerarquía eclesiástica esa actitud sumisa que tanto ha caracterizado a la enfermería: como mujer sometida al hombre; como monja sometida al clérigo; y como cuidadora, posteriormente enfermera, sometida al médico. En tercer lugar, queríamos hacer patente la similitud entre los términos utilizados para designar estos cargos y los usados en los gremios, aunque tanto magister como magistrae dejaron de usarse tiempo después al ser sustituidos por prior y priora.

Por lo que hemos podido constatar, las hermanas se preparaban para la labor de cuidar a través del aprendizaje persona a persona, no se fundamentaba en conocimientos teóricos y su aplicabilidad, sino que se basaba en la experiencia de otra reli-

giosa. Si bien este modelo de aprendizaje ha demostrado sus fallas y deficiencias a lo largo de la historia, debemos tener en cuenta que estamos hablando de la Edad Media y se puede afirmar que se trataba de la práctica habitual, todos los oficios eran aprendidos del mismo modo. Igualmente debemos destacar que no coincidimos con la apreciación vertida por Aparicio en la que refiere que obtenían así una doble y completa formación en lo religioso y en lo hospitalario. Lo consideramos suficiente para la época, si bien no para épocas posteriores en las que se perpetuaron las vías de formación descritas. En el plano religioso no hacemos valoraciones, pero en el hospitalario tenemos nuestras reservas motivadas por la inexistencia de apoyo teórico. Esta falta de contenido teórico, en el aprendizaje de la labor de cuidar, es algo de lo que la enfermería ha adolecido durante muchos siglos después, ya que no era exclusivo del Hôtel-Dieu de París, era generalizado en toda Europa. Probablemente el sentido caritativo que impregnaba los cuidados fue el que impidió que la sociedad considerara a los cuidadores como profesionales independientes y a los cuidados como una ocupación laboral propia. Esto, a su vez, impidió la transmisión sistemática y organizada de los conocimientos de los cuidados, imposibilitando la creación de un cuerpo específico de conocimientos, que hubiera facilitado su enseñanza reglada en el contexto universitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dubois G. Historia ecclesiae parisiensis, Vol II. París: Societatem Bibliopolarum Parisiensium; 1970.
2. Motte Rdl. Essai historique sur l'Hôtel-Dieu de Paris. París: Chez Libraire; 1787.
3. Nutting MA, Docks LL. A history of nursing. The evolution of nursing systems from of the earliest time to the foundation of the first English and American training school of nursing. Vol. 1 Nueva York: G. P. Putnam's Sons; 1907.
4. Mackay, DL. Les hopitaux et la charité a Paris. París: Champoin; 1923.
5. Candille M. Etude de Livre de la vie active de l'Hôtel-Dieu de Paris de Jehan Henry XV siecle. París: SPEI; 1964.
6. Aparicio López T. Las religiosas agustinas del Hôtel-Dieu de París. Archivo Agustiniiano. 1979; 63(181).
7. Coyecque, E. L'Hôtel-Dieu de Paris au Moyen Age. Vol. 1. París: Daupeley-Gouverneur; 1891.
8. Chevalier, A. L'Hôtel-Dieu de Paris et les soeurs agustines. París: Libraire de la Societe de l'Histoire de Paris; 1901.
9. Felibien M. Histoire de la ville de Paris, Vol 1. París: Desprez et Desessart; 1725.
10. Lebeuf J. Histoire de la ville et de tout la diocesis de Paris. Vol 1. París: Prault; 1754.

ANUNCIAN LA "FASE FINAL" PARA EL CENTRO DE SALUD DE CUMBRES MAYORES

Huelva.- Redacción

La Consejería de Salud acaba de adjudicar lo que se anuncia como "la fase final" de las obras para el nuevo centro de Salud de Cumbres Mayores que dará cobertura sanitaria a unas 2.000 personas. El presupuesto contemplado asciende a 358.891,32 euros cantidad que en una gran parte procede de Fondos FEDER de la Unión Europea.

Los vecinos de Cumbres Mayores, adscritos al área sanitaria de gestión Norte de Huelva han recibido con la lógica satisfacción el anuncio de la administración regional por el que se adjudica la "fase final" de las obras del nuevo centro de Atención Primaria en el municipio serrano el cual presenta un importe global de 358.891,32 euros a favor de una UTE formada por las firmas Codelsur y PSH Energía. Como se conoce, la construcción de la instalación sanitaria quedó paralizada, tiempo atrás, por diversos problemas del anterior contratista.

Cuando esté, por fin, concluido el proyecto, los habitantes de Cumbres Mayores, como el personal sanitario del Centro, podrán disponer de unas dependencias que duplicarán la dotación actual pasando a disponer de 1.611 metros cuadrados con un espacio dedicado a la asistencia de las urgencias, cuatro consultas para medicina de familia y enfermería y dos dedicadas a extracciones, vacunas y tratamientos. Además, habrá ubicación para odontología y fisioterapia servicios que, en la actualidad, se localizan en dependencias municipales separadas del centro de atención primaria.

El importe del nuevo centro de salud de Cumbres Mayores, que como hemos apuntado se acerca a los 360.000 euros, será sufragado en un alto porcentaje (80%) por fondos FEDER de la

Unión Europea debiendo aportar la Junta de Andalucía únicamente el 20% restante para ver cristalizada una dotación sanitaria muy demandada por los vecinos de Cumbres Mayores.

EL CENTRO DE ISLA CHICA, EN EL PRESUPUESTO DE 2016

El largo contencioso relativo a la reforma del Centro de salud de Isla Chica, que padece carencias absolutamente impropias de una instalación sanitaria del año 2015, puede que vaya a entrar en vía de resolución. Todo ello a raíz de producirse el cambio de color y timón político en el Ayuntamiento de la ciudad, con la llegada a la alcaldía de Gabriel



Cruz (PSOE) en lugar de Pedro Rodríguez (PP). La última novedad en torno a este asunto es el apoyo mostrado por la presidenta de la Junta de Andalucía, Susana Díaz, al anunciar que en el presupuesto de la administración regional para 2016 habrá una partida económica destinada a solucionar, por una vez, esta grave carencia sanitaria en la capital.

Fue el pasado 17 de septiembre cuando la presidenta de la Junta, tras reincorporarse a sus funciones luego de disfrutar de la baja por maternidad, visitó el Ayuntamiento de Huelva siendo recibida por el alcalde, Gabriel Díaz con quien mantuvo una reunión de trabajo. Tras la misma, llegó el anuncio de parte de Susana Díaz que va a suponer desbloquear, para bien de los usuarios, un asunto que en la sociedad onubense ha movido a mucha controversia político-sanitaria como representa el Centro de Salud de Isla Chica. La presidenta de la Junta afirmó que en los presupuestos de la comunidad para el próximo año 2016 estará incluida la partida económica que sirva para abordar el futuro del centro de Atención Primaria que reclaman, desde hace tanto tiempo, los ciudadanos habitantes de esa barriada y los propios profesionales.

¡Que no os separen!

El método canguro y la lactancia materna

Autores:

- ▶ PEREA MARTÍN, MARIANO. Enfermero. Coordinador del servicio botiquín de Matsa para Huelva Asistencial S.A. Huelva.
- ▶ MARTÍN LISCANO, ROSSANA. Enfermera. Servicio botiquín Minas de Sotiel. Huelva Asistencial. Huelva.
- ▶ ROSA SÁNCHEZ, MANOLO. Enfermero neonatal. Juan Ramón Jiménez. Huelva.

El artículo con título **¡Que no os separen! El método canguro y la lactancia materna**, se ha realizado para realizar una revisión sobre dichos temas y que los profesionales de enfermería conozcan más información sobre la lactancia materna y sobre el método canguro, este último, desconocido por muchos profesionales. Según las revisiones bibliográficas el método canguro es muy beneficioso tanto para el bebé como para la madre, por ello hemos profundizado en dicho tema.

RESUMEN

El método canguro se comenzó a utilizar en Bogotá en el año 1979, por los Dres. Rey y Martínez (1), que preocupados por la falta de incubadoras y la alta incidencia de infecciones en el hospitales comenzaron un programa de cuidados que en síntesis planteaba el contacto de la piel del bebé con la de la madre (entre los pechos de la madre) la alimentación con leche materna y el alta precoz continuando con estos cuidados en el domicilio.

Después de esta experiencia y de haber demostrado varios beneficios para los niños, familias y los hospitales, el método fue adoptado en numerosas unidades de neonatología sobre todo en países desarrollados.

El método canguro y el contacto piel con piel son la misma cosa aplicada a bebés con necesidades diferentes.

En este artículo analizaremos los beneficios del método canguro, que entre ellos podemos citar, favorece la lactancia materna, se estabilizan más rápido por estar piel con piel, mantiene la temperatura del bebé, pueden mamar mejor y más a menudo. Todos estos factores son todavía más decisivos cuando se trata de bebés prematuros. Por supuesto que dicho método tiene muchos beneficios para la madre, que lo comentaremos en el artículo.

▶ **PALABRAS CLAVES:** Método canguro, lactancia materna, prematuro.

ABSTRAC

The Kangaroo method began to be used in Bogotá in the year 1979 by the Dres. King and Martínez (1), than concerned about the lack of hatcheries and the high incidence of infections in the hospital began a program of care posed in synthesis the baby's skin contact with the mother's (between the breasts of mother) feeding with breast milk and discharged precocious to continuing care in the home. After this experience and have shown several benefits to children, families and hospitals, the method was adopted in many units of Neonatology especially in developed countries. The Kangaroo method and skin to skin contact are the same thing applied to babies with different needs. A healthy baby and one sick need to be United with the skin of her mother and thus feed on it. The premature baby needs in addition to medical care. Care of the Kangaroo method is for all babies, preterm or terms, healthy or sick. It is the best way to receive the baby. This article will discuss the benefits of the method Kangaroo, among them we can quote, promotes breastfeeding, stabilize more quickly by being skin to skin, keeps the baby's temperature, they can suck better and more often... All these factors are still more decisive when it comes to premature babies. Of course that this method has many benefits for the mother, that we will discuss it in the article.

▶ **KEYWORDS:** method Kangaroo, breastfeeding, premature.

INTRODUCCIÓN

Uno de los acontecimientos esenciales para la supervivencia de la especie mamífera es el amamantamiento.

El recién nacido humano a término tiene la necesidad de estar en su habit natural, es decir con su madre y en el lugar adecuado para mamar; Como maman el recién nacido respira mejor, se calienta mejor y ésta protegido. La lactancia materna permite que todas las necesidades del niño sean satisfechas de manera óptima.

El principal objetivo de la perinatología es evitar la prematuridad. Todos los órganos del niño prematuro deben madurar en un ambiente que no es el más adecuado. Las investigación sobre la nutrición perinatal confirman que la lactancia materna es la más adecuada y específica para alimentar a los hijos.

La lactancia materna proporciona a los niños prematuros una nutrición adecuada y necesaria, y favorece la relación madre/hijo. Así, no se pueden separar la lactancia materna de los cuidados método canguro, ya que este favorece un desarrollo neurológico y psicomotor de los prematuros, ciclos de

suelo y vigilancia y calidad del sueño, menor riesgos de infecciones, mayor ganancia de peso, su termorregulación.

Hasta hace unos años se consideraba que los cuidados en neonatología tenían que ser mediante las incubadoras, ya que la consideraban como el hábitat del prematuro y al biberón como su medio de alimentación. Hoy en día se reconoce el papel fundamental de la madre como hábitat que el bebé necesita y sus cuidados para darle el apoyo que le permita ayudar a su hijo a cubrir sus necesidades.

Según la Dra. Hals en la teoría sinactiva del desarrollo del bebé, busca la integración de los subsistemas neurológicos y su interacción con el ambiente.

Por último, el método canguro consiste en mantener al recién nacido de bajo peso apenas vestido recostado sobre el tórax de su madre en posición vertical decúbito prono en contacto con su piel.

En el Programa Madre Canguro (2) (Clínica del niño de Bogotá) refieren que para que un niño pueda ser puesto en posición canguro:

- No puede presentar ninguna patología
- Debe de estar subiendo de peso en la incubadora y sin alimentación por sonda.
- Debe poseer una buena coordinación succión-deglución.

Por otra parte los padres deben aceptar el método con todas sus implicaciones

- Mantener al bebé las 24 horas en la posición canguro.
- No usar collares o adornos que puedan lastimar al bebé.
- No debe ser bañado.
- Nunca poner en posición horizontal, la manipulación debe de ser mínima.

OBJETIVOS

El principal objetivo que queremos transmitir al resto del personal sanitario es afianzar y mejorar el conocimiento sobre el método canguro y la lactancia materna, así como, mejorar la idea que tenemos sobre los beneficios del método canguro.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura científica existente en bases de datos: PUBMED, SCIELO, CUIDEN Y DIALNET, según las palabras claves y una revisión científica incluyendo las digitales pertenecientes a diferentes colectivos.

REVISION/DISCUSSION. "Método canguro y la lactancia materna". El Método Madre Canguro.

Como ya hemos comentado anteriormente, dicho método comenzó en Bogotá en el año 1979.

Desde el 2013 la OMS dispone de una guía para implementar los cuidados centrado en el desarrollo, ésta es fruto del estudio de múltiples grupos de trabajo e investigación, uno de los cuales es la Fundación Canguro, con la Dra. N. Charpak al frente.

Dicha fundación se encuentra en Bogotá y en ella se guarda la filosofía original ideada por el Dr. Rey y que actualmente se dedica a evaluar científicamente la intervención y formar profesionales en este método.

Actualmente existen al menos dos formas diferentes de aplicar el método/cuidado canguro. El cuidado intermitente y el continuo.

En la mayoría de las unidades neonatales españolas se realiza el cuidado de forma intermitente. El niño/a sale con la madre o con el padre durante un tiempo concreto, en el cual no es fijado a los padres y se coloca sobre la piel entre los pechos y se cubre con la propia ropa de los padres. La cabeza del niño debe de estar colocada hacia un lado y en posición levemente extendida para que las vías respiratorias queden libre y se permita el contacto visual entre padres y el niño. El tiempo mínimo estimado para que dicho método nos ofrezca ventajas, es de unos 90-120 minutos.

Por otro lado, el método canguro continuo es que el niño permanezca ingresado en el área de neonatología en contacto con la piel las 24 horas del día, preferiblemente con su madre, ya que lo alimenta, pero ayudada por el padre y por otros familiares. Este tipo de cuidados se realizan más en países como Colombia, Suecia y Sudáfrica.

Hoy en día nos encontramos con numerosos estudios acerca de dichos cuidados que evidencian de numerosas ventajas (6) para el prematuro:

- Mejora la termorregulación.
- Reduce la estancia hospitalaria.
- Acelera la adaptación metabólica.
- Los padres se sienten protagonista de los cuidados.
- Reduce los episodios de apnea
- Aumento de la confianza de las madres.
- Permite y favorece la lactancia materna.
- Mayor ganancia de peso.
- Menor riesgo de infecciones (incluidas las nosocomiales).

En la revisión Cocharane (4) sobre el cuidado del método canguro en la morbilidad (5) y mortalidad describe menor riesgo de infecciones nosocomiales, enfermedad grave y de infecciones de vías respiratorias bajas a los 6 meses de edad, mayores porcentajes de lactancia materna exclusivas y de ganancia ponderal al alta.

En un estudio realizado en España en el Hospital 12 de octubre de Madrid, sobre las percepciones de los padres de prematuros ingresados en unidades de neonatología, recogieron unas series de beneficios para los padres que realizan el cuidado mediante el método canguro, entre los que destacan:

- El contacto físico facilita el reconocimiento del niño como hijo propio.
- Aumenta el sentimiento de competencia en el cuidado.
- Disminuye la ansiedad y la angustia. Lactancia materna.

La leche materna es la mejor fuente de nutrición para un bebé pretérmino, por su composición nutricional específica, con componentes de mayor biodisponibilidad y por su capacidad de protectora.

La interrupción prematura del embarazo detiene la nutrición feto placentaria así como la deglución de ciertas cantidades diarias de líquido amniótico que ayudan a madurar su sistema digestivo.

La leche de las madres con niños prematuros es diferente a la de los niños recién nacidos a término, se adapta específicamente a las necesidades del prematuro y posee un mayor efecto protector.

Las ventajas que supone la leche materna en los recién nacidos, sobre todos a los prematuros o de bajo peso (7):

- Nutrientes en cantidades fisiológicas.
- Mejor digestibilidad y absorción de principios inmediatos.
- Protección frente a infecciones nosocomiales.
- Maduración más rápida del tracto gastrointestinal.
- Mejora el desarrollo cognitivo.

A pesar de ello el aporte de calorías es insuficiente por lo que tenemos que enriquecer con suplementos, se lo añadiremos a la leche de la propia madre.

Las ventajas para las madres son más difíciles de cuantificar pero son muy importantes, entre ellas:

- La oxitocina que es segregada durante la lactancia disminuye la respuesta al estrés.
- La lactancia ejerce un importante papel para el desarrollo del vínculo.
- Tras el final prematuro de la gestación, el poder amamantar a su bebé puede ayudar a completar el ciclo biológico y aumentar así la autoestima de la madre.
- Aporta el consuelo que supone poder ayudar a su bebé prematuro de una forma que sólo ella puede hacer.

La lactancia materna para los niños y sus madres se puede considerar que es una verdadera terapia.

Hay que asesorar a las madres para que la provisión de su leche sea una parte importante del cuidado de su hijo sin causarle estrés añadido. Podríamos decir que hay factores que nos ayudaran a que estos bebés y sus madres consigan una lactancia satisfactoria:

- Subida de la leche.
- Producción adecuada >500ml/día.
- Succión eficiente.

Es adecuado un asesoramiento de cada bebé para valorar su buena disposición para comenzar y para que los primeros pasos nos lleven hacia un amamantamiento satisfactorio.

Para conseguir una buena subida de leche lo ideal es comenzar a sacar la leche en las seis horas después del parto y seguir con extracciones-estimulaciones cada 3-4 horas.

En relación, gracias al método canguero, nos va a facilitar también que se produzca una subida de leche adecuada.

La frecuencia en la extracción de la leche en las dos primeras semanas determinará el posterior éxito en el mantenimiento de una producción a largo plazo. Para el bebé prematuro, alimentarse es un acto aprendido que supone una coordinación de varias estructuras anatómicas complejas, de reflejos y de factores sociales. Los bebés aprenden el proceso de succión deglución cuando están dentro del útero gracias al líquido amniótico. Dicho aprendizaje se inicia en las 16 semanas con la aparición del reflejo llamado deglución y se completa a las 20 semanas con la aparición del reflejo de succión. La coordinación de ambos reflejos ocurre a las 32 semanas.

Para que los bebés puedan alimentarse por vía oral tienen que coordinar la secuencia de succión-deglución-respiración que aparece sobre las 32-34 semanas de edad gestacional. Hasta que el bebé no alcanza dicha coordinación, la alimentación se suele administrar por sonda gástrica para evitar apneas y atragantamiento..

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dolores Merino Navarro, Cinta Palomar Gallardo, Angustias González Rodríguez. Metas de enfermería, ISSN 1138-7262, Vol. 6, N. 60, 2003, págs. 12-15.
2. María Liliانا Cerón, Luz Ángela Argote Oviedo. Cultura del Cuidado Enfermería, ISSN-e 1794-5232, N. Extra 1, 2011 (Ejemplar dedicado a: XX Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería, Pereira, Junio 2 y 3 de 2011), pág. 48.
3. Sonia Araque Salazar, Nelly Esperanza Ariza Riaño, Mery Luz Valderrama Sanabria. Revista CUIDARTE, ISSN 2216-0973, ISSN-e 2346-3414, Vol. 4, N. 1, 2013, págs. 467-474.
4. Infección nosocomial y método madre canguero: revisión de evidencias. Isabel María Fernández Medina. ENE Revista de enfermería, ISSN-e 1988-348X, N. 7, 3, 2013, pág. 4
5. Agudelo A, Díaz JL, Belizán JM. Método madre canguero para reducir la morbilidad en neonatos con bajo peso al nacer. [En línea] Disponible en: [Http://apps.who.int/rhl/reviews/CD002771sp.pdf](http://apps.who.int/rhl/reviews/CD002771sp.pdf) [Consultado 10 Julio de 2015].
6. Charpak, N.; Figueroa Z.: Técnica madre canguero. Guías de manejo. Fundación canguero, Bogotá, 2013.
7. Aguayo Maldonado, J.; Gómez Papi, A.; Pallás Alonso, C.R.: "Prematuros y método de la madre canguero". En: Manual de lactancia materna. De la Teoría a la práctica. Artículo 39^o. Panamericana, Madrid, 2008, pág.220-254



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 éste ningún dato identificativo. En el interior del sobre, junto al trabajo, se acompañará otro sobre cerrado en cuyo interior se detallará nombre del autor, DNI, N° de Colegiado, dirección completa, teléfono así como seudónimo y título del trabajo presentado).

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

5. CRITERIOS TÉCNICOS:

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

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

Entre los aspectos a evaluar por el jurado están incluidos:

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

6. PARTICIPANTES:

Podrán concurrir todos los profesionales de Enfermería, que se encuentren colegiados en Andalucía y al día en sus obligaciones colegiales. Quedan excluidos los miembros que componen el jurado. El hecho de participar en este certamen implica la aceptación previa de las presentes bases.

7. JURADO:

Estará compuesto por un mínimo de cinco miembros, todos 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:

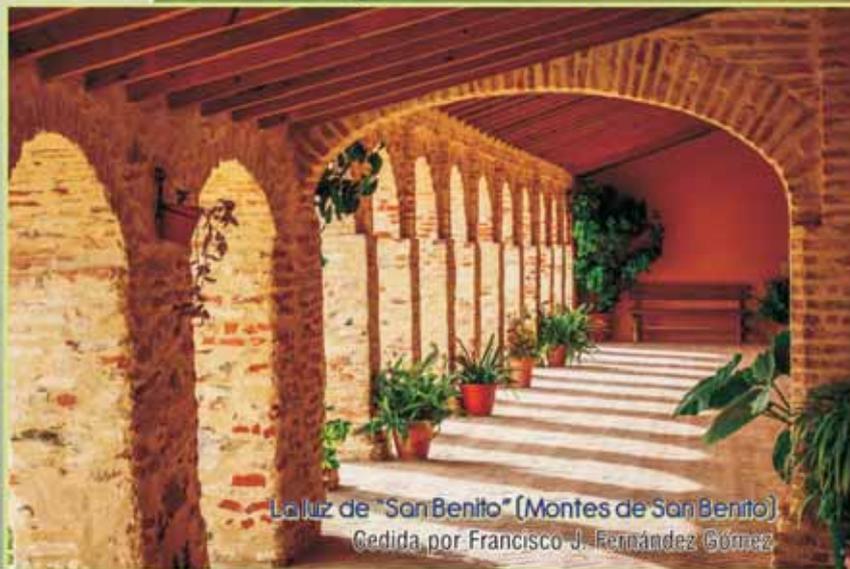
Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva

C/ Berdigón, nº 33, 1º izq. 21003 Huelva

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

e-mail: secretariahuelva@colegioenfermeria.com

www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es



La luz de "San Benito" (Montes de San Benito)

Cedida por Francisco J. Fernández Gómez