

# Documentos

ILUSTRE  
COLEGIO  
OFICIAL DE  
ENFERMERÍA  
DE HUELVA



# enfermería

AÑO XIX

nº 61 marzo 2016



## Unidad y respaldo en el Día del Patrón



La Mesa enfermera en Huelva y el RD

Edita:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería  
de Huelva

## Consejo de Administración:

Junta de Gobierno del Ilustre Colegio Oficial de  
Enfermería de Huelva

## Consejo de Redacción

### Presidente:

Gonzalo García Domínguez

### Director Técnico:

Vicente Villa García-Noblejas

### Jefa de Redacción:

Patricia Mauri Fábrega

### Redacción:

Josefa Lorenzo Martín

Enrique Aguiar Mojarro

Eduardo Rico González

Martín Vázquez Bermúdez

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

Tomás Lozano León

Antonio Olid Torres

Carmen D. Beltrán Camacho

Mercedes González Hernández

M<sup>a</sup> Carmen Pilo López

### Asesora de redacción:

Eva M<sup>a</sup> Lorenzo Martín

### Fotografía:

Archivo del Ilustre Colegio de Enfermería de  
Huelva

### Redacción: Sede Colegial

Imprime: Tecnographic, S.L.

Depósito Legal: H-1996-43

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

Tirada: 2.600 ejemplares

Distribución gratuita



Domicilio de la sede colegial

C/ Berdigón, n° 33, pral. izq.

21003 Huelva

Telf. 959 54 09 04

Correo electrónico:

colegiodehuelva@consejogeneralenfermeria.org

Página Web:

www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es

Fax: 959 25 62 70

Horario de Oficina:

De lunes a jueves

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

Los viernes solo horario de mañana

Horario de la Asesoría Jurídica:

Horario de mañana de lunes a viernes, tras cita

telefónica

Entrevista con el presidente:

Concertar cita

# Sumario

## 3 EDITORIAL

## 4 PÓLIZA

## 5 CONVENIO CON EL AYUNTAMIENTO DE HUELVA

## 6 PREMIO ANECORM

## 7 PREMIO CUIDADOS PALIATIVOS

## 8/13 RESULTADOS ENFERMEROS: "LA EDUCACIÓN TERAPÉUTICA PARA LA MEJORA DE LA GESTIÓN DE LOS AUTOCUIDADOS EN PROCESOS DE CRONICIDAD, EPOC E ICC"

## 14 PRESENTADA LA ESTRATEGIA DE CUIDADOS EN ANDALUCÍA

## 15 ESPAÑA SUPERA LOS 100.000 TRASPLANTES

## 16 LA UCI DE RIOTINTO CUMPLE 10 AÑOS

## 17 MESA ENFERMERA DE HUELVA

## 18 AMA

## 19 DÍA DEL PATRÓN

## 20 PREMIO ACCÉSIT

## 21 MEDALLAS DEL DÍA DEL PATRÓN

## 22/23 JUBILADOS

## 24 PREMIOS DEL DÍA DEL PATRÓN

## 25 LA FIESTA DEL DÍA DEL PATRÓN

## 26 /31 EL IMPACTO DE LA UBICACIÓN DE LA OSTOMÍA EN EL BIENESTAR Y SALUD PERCIBIDA DE LAS PERSONAS OSTOMIZADAS

## 32 EL CHARE DE LEPE PENDIENTE DE APERTURA

## 33 CONSULTA ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

## 34 FUSIÓN HOSPITALARIA EN HUELVA

## 35/39 ANÁLISIS ENFERMERO SOBRE LA INTRODUCCIÓN DE GLUTEN EN BEBÉS

## 40 CARTEL CERTAMEN



Unidad y respaldo en el Día del Patrón

La Mesa enfermera en Huelva y el RD



## DESPROTECCIÓN LEGAL Y LECCIONES DEL DÍA DEL PATRÓN

**L**a enfermería sigue envuelta en una suerte de turbulencia jurídico-profesional a consecuencia de la promulgación del Real Decreto (RD) sobre la conocida prescripción enfermera. La batalla desplegada por la Mesa de Enfermería ante el mundo de la justicia y de la política, no ha cesado un instante desde que el pasado 23 de diciembre, el RD vio la luz en las páginas del BOE lo que ha supuesto al colectivo adentrarse en una vía de desprotección como no se recuerda en el discurrir de los últimos años.

Siendo cierto que al cierre de este primer número de "DOCUMENTOS..." en 2016, poco se ha avanzado en el terreno legal que signifique rectificación en la única dirección posible; en cambio si se ha logrado el significativo respaldo a la Mesa por parte de numerosas formaciones políticas y consejerías sanitarias de la nación. De lo cual se deduce que habrá que aguardar a ver si se despeja el crucigrama político en España ahora mismo con un Gobierno en funciones y sin un ejecutivo que ayude -ojalá- a desenredar la cuestión. Pero, en medio de este conflicto, hay que convenir en que, pese a lo publicado en el BOE y a la postura del Tribunal Supremo, el trabajo desarrollado por la Mesa de la Enfermería merece, y sin que sea necesario mas tiempo de verificación, el reconocimiento de la enfermería española, a la que sirve de un modo admirable la entente formada por Consejo General y Satse, en defensa de sus intereses, presente y futuro.

Dicho lo anterior, también es justo reconocer que la vida ha seguido deparando luces y logros para la enfermería nacional y, mas en concreto, onubense. De ese esfuerzo, individual o en grupo, esta publicación da amplia muestra en forma de los distintos premios y recompensas que hablan a las claras de que, pese a la vigencia del RD, no ha supuesto un freno al trabajo diario y a la entrega generalizada del colectivo. Ahí están para evidenciarlo los galardones obtenidos por las enfermeras y enfermeros de Huelva en el discurrir de los últimos meses y desde nuestra última aparición.

Tan admirable panel de avances ha quedado simbolizado en el Día de San Juan de Dios que, como cada año, convoca el Colegio Oficial de Enfermería. Una vez mas, ha quedado patente tanto el respaldo demostrado a la corporación colegial como el entusiasmo y la unión demostrada por las mujeres y los hombres de la profesión a la hora de conmemorar como merece al Patrón. La esperada cita anual ha reflejado que, pese a la crisis de cobertura jurídica que sufre la profesión, o quizá por ello mismo, el Colegio ha tenido a su lado el respaldo y cohesión de la enfermería provincial, algo sustantivo que debe servir para continuar unidos en la batalla legal que debe conducirnos a la rehabilitación que ha puesto al descubierto el RD.

Ahora bien, debemos dejar constancia de las numerosas sombras que salpican la actualidad que rodea al profesional. Y el muestrario, por desgracia, habla del importante reves dictado por los Tribunales de Justicia contra la metodología empleada para fusionar los dos principales hospitales de Huelva a lo que ha seguido la denuncia de importantes recortes y carencias en el Infanta Elena. Asunto éste que, sin ocupar grandes titulares, representa un permanente motivo de inquietud colectiva. Es mas, acabamos de saber que el TSJA ha ordenado paralizar de forma cautelar los movimientos de Servicios y Unidades que lleva a cabo la dirección del Complejo, mientras no se resuelva el fondo de la impugnación contra la orden de creación del Complejo.

Es por ello que el SAS debería trabajar por y para que la controvertida fusión no suponga, conforme proclaman sus autores, la mas mínima merma de recursos humanos que deban traducirse en la óptima calidad asistencial, hacia los pacientes. Lo cual choca frontalmente con las denuncias de los profesionales. Finalmente, una duda sin respuesta: ¿Qué decir del interminable esperpento que se sigue viviendo en torno al Chare de Lepe? Mas de 100.000 personas siguen a la espera de disponer de una instalación que resuelva sus problemas de salud de una forma cercana, rápida y eficaz, ¿Hasta cuándo perdurará esta increíble demora en una provincia como la nuestra tan deficitaria de dotaciones sanitarias?



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<sup>er</sup> 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.

# CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE EL AYUNTAMIENTO DE HUELVA Y EL COLEGIO DE ENFERMERÍA



Huelva.- Redacción

**E**l Ayuntamiento de Huelva y el Colegio Oficial de Enfermería de la provincia han suscrito un Convenio de colaboración en materia de salud referido al ámbito de la capital onubense, El alcalde de la ciudad, Gabriel Cruz Santana y el presidente de la corporación colegial, Gonzalo García Domínguez, rubricaron este acuerdo que se fundamenta en el compromiso de ambas partes para la "realización de acciones de prevención, protección y promoción de la salud en el marco de la Salud pública". El pacto alcanzado tiene dos años de vigencia.

El Colegio Oficial de Enfermería y el Consistorio de la ciudad de Huelva acaban de suscribir un Convenio de colaboración por el que, mutuamente, se comprometen a que, desde la coordinación entre ambas instituciones, se promuevan actuaciones referidas a la "prevención, protección y promoción de la salud". De esta forma, el Área de Salud de la concejalía de Vivienda, Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible del Ayuntamiento y el Colegio de Enfermería han decidido llevar a cabo, y harán efectivos, "los objetivos de salud en el ámbito comunitario mediante la cooperación intersectorial como estrategia de trabajo mas eficaz y de mayor conexión con la ciudadanía que sea capaz de implicar a todos los sectores locales relacionados con los problemas de la salud".

- ▶ El Alcalde, Gabriel Cruz y el presidente Gonzalo García suscriben un acuerdo cuyo objetivo es trabajar para mejorar la salud de los ciudadanos

## Comunicación

Mediante este Convenio, se va a establecer un "canal formal de comunicación entre las dos partes implicadas "para la colaboración, coordinación y apoyo de forma continuada para la mejora de las acciones en el marco de la salud" en la ciudad de Huelva. También se contempla la colaboración en "diferentes acciones formativas y de investigación que se realicen o encarguen por ambas partes".

Desde el área de Salud de la concejalía del Ayuntamiento se ha fijado, entre otros, el compromiso de conformar grupos de trabajo (entre el Consistorio y Colegio) para mejorar la coordinación y eficacia de las acciones promovidas en el ámbito de la salud así como a "responsabilizarse del seguimiento de estas actuaciones", que se contemplan en el citado Convenio. El Colegio Oficial de Enfermería, por su parte, se compromete a "impulsar la cooperación mediante apoyo técnico e institucional en el desarrollo de las competencias de salud en la ciudad de Huelva" para lo cual se promoverán y coordinarán la creación de grupos de trabajo para mejorar las acciones relacionadas con la salud de los onubenses. Es de destacar que el presente Convenio no va a suponer "gasto

alguno" para las arcas municipales y el consenso alcanzado entró en vigor el mismo día de la fecha (3 de febrero 2016) y tiene una duración de dos años, susceptible de ser prorrogado mediante acuerdo expreso de las partes, a la finalización de cada ejercicio anual.

## Enfermería, agente social

Tras la firma, tanto el primer edil de Huelva como el presidente del Colegio Oficial de Enfermería mostraron su beneplácito por el acuerdo alcanzado que, como apunta Gonzalo García en nombre del colectivo "supone trasladar al ámbito de los hechos prácticos la obligación de nuestra institución de colaborar en cuantas acciones redunden en beneficio de la sociedad. El Colegio, como entidad de Derecho Público, no puede sino saludar de forma positiva el que, junto al Ayuntamiento de la capital provincial, establezcamos unos vínculos de colaboración para ejercitar labores que supongan un beneficio a la sociedad. La enfermería es un agente social de primer orden en el campo sanitario y sus aportaciones, en el marco de este acuerdo, estoy seguro que resultaran altamente positivas para el interés general".

# ANÁLISIS ANTE LA ADQUISICIÓN DE RECURSOS MATERIALES

Huelva.- Redacción

**Un** trabajo de la enfermería onubense ha merecido la distinción del premio a la mejor comunicación en formato poster en el IX Congreso nacional de enfermería coordinadora de recursos materiales, celebrado meses atrás en Pamplona y organizado por la Asociación nacional de enfermería coordinadora de recursos materiales (Anecorm). El premio recayó en la propuesta onubense que fue presentada con el título "Análisis bioético de las decisiones en recursos materiales".

El equipo de profesionales de enfermería, ubicado en el Complejo Hospitalario de Huelva, presentó la comunicación cuyos autores son Joaquín Macías Álvez, Jesús Robledo Cárdenas y Antonio Suardiraz Figueero, diplomados de enfermería adscritos a la Unidad técnica de recursos materiales de la Plataforma logística de la provincia de Huelva. Esta Unidad desempeña una labor de asesoramiento técnico a las Unidades de compras y de contratación administrativa con el objetivo, según se refleja, de "valorar la idoneidad de los distintos productos sanitarios antes de su adquisición y, de un modo especial, en el caso de aquellos productos sanitarios de nueva incorporación o novedades tecnológicas que, posteriormente, deberán ser aplicados en la actividad asistencial en los diferentes centros sanitarios públicos de la provincia de Huelva".

## Seguridad clínica

El cometido que realizan los profesionales de la Unidad abarca una amplia gama de productos como son el material fungible de uso cotidiano (tales como gasas, jeringas, cateters, sondas...) así como implantes quirúrgicos, instrumental o pequeño aparataje sanitario que, entre otros, configuran una cifra que se acerca a los 10.000 referen-

cias de los distintos productos. Estos profesionales de enfermería entienden que cualquier decisión que se tome en materia de compra de recursos materiales "puede y debe ser analizada bajo el prisma de los principios bioéticos", esto es que busquen el mayor beneficio para el paciente con la mayor seguridad clínica, incorporando la autonomía en la toma de decisiones y todo, sin olvi-

## ► Una comunicación de la enfermería onubense, distinguida en el IX Congreso nacional de Anecorm

dar un principio básico como es "la sostenibilidad del sistema sanitario" de titularidad pública.

El Jurado del IX Congreso Nacional de la Anecorm destacó que en la comunicación-poster presentada contempla la novedad de la "incorporación de la perspectiva de la humanización y la bioética de la salud al análisis en la toma de decisiones en la adquisición de los recursos materiales" que, normalmente, se centran en el área económica. Este departamento desempeña una doble interlocución entre las áreas clínicas y económicas para lo que intentan llevar a la práctica un uso racional y práctico para la mejora de la calidad de vida del enfermo lo que representa un mayor caudal en beneficios de salud.

En la comunicación-poster sobre el "Análisis bioético de las decisiones en recursos materiales" se aporta, igualmente, la novedad de un "esquema visual que ayuda al profesional sanitario a analizar su decisión de una manera rápida y sintética desde la idoneidad bioética", lo cual supone una visión alternativa que, a la vez, complementa a la más tradicional sobre los análisis de costes, estancias hospitalarias, así como otros datos numéricos a tener en cuenta".



## Anecorm

**La** Anecorm, convocante del IX Congreso nacional, reunió a 290 asistentes, 50 expositores de la industria sanitaria y 40 profesionales, entre ponentes y moderadores. Anecorm, con diez años de existencia y que preside la enfermera Ana Maroto (del hospital Central de Asturias), tiene como vocal por Andalucía a uno de los firmantes de la comunicación distinguida, Joaquín Macías Álvez. Anecorm se define como una asociación sin ánimo de lucro que pretende, com objetivo principal "desarrollar y difundir la aportación diferencial de la enfermería en relación a los recursos materiales". Igualmente, busca promover que el sector sanitario, público y privado, "conozca que el desarrollo de esta especialización se traduzca en la mejora de la actividad asistencial, tanto para los profesionales como para los usuarios".

# PREMIAN UN ESTUDIO SOBRE LAS DESIGUALDADES EN EL TRAMO FINAL DE LA VIDA

Huelva.- Redacción

**Un** estudio de enfermería dedicado a analizar las desigualdades que están presentes en el proceso de la muerte ha recibido el premio a la mejor comunicación, en formato poster, dentro del III Congreso regional de la Asociación de Enfermeras Hospitalarias de Andalucía. El ensayo distinguido forma parte de una apuesta de investigación mas amplia que coordina la enfermera, y a su vez primera firmante de la comunicación, Ángela Ortega, perteneciente al Complejo Hospitalario de Huelva. Entre sus conclusiones, destaca la necesidad de mejorar la formación de los profesionales hospitalarios de otras unidades y la trascendencia de articular herramientas (circuitos) que favorezcan la muerte digna en las urgencias.

## ► Destacan la labor de las Unidades de Cuidados Paliativos y la necesidad de propiciar mas conocimientos en personal de otras unidades

La comunicación onubense finalmente premiada trata de profundizar cuál es la visión y la perspectiva de los cuidadores en el contexto del proceso final de la vida. En ella se apunta a la existencia de los elementos facilitadores pero, a la vez, cuáles son las dificultades encontradas dentro del sistema sanitario para percibir una muerte en paz de los enfermos. Como decimos, la comunicación forma parte de un mas amplio dispositivo de trabajo a cargo de un equipo de siete profesionales sanitarios de

los cuáles, la mayoría, son de enfermería junto a un trabajador social. Como investigadora principal figura Ángela Ortega y el grupo lo integran Olivia Ibáñez, María Inés Carmona, María Dolores Ruiz, José Cabrera, Rogelio García y Fernando Relinque.

### Cuidador informal

Ángela Ortega, la primera firmante, coordinadora el ensayo, pertenece al grupo de bioética dentro de la Asociación andaluza de enfermería comunitaria (Asanec) y que tiene como objetivo analizar el proceso de la muerte en nuestra región desde una perspectiva del cuidador informal que permanece junto al paciente. Este proyecto cuenta con el apoyo, en forma de subvención, tanto de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía como de la citada Asanec.

En el trabajo-poster se analiza cuál es la visión de estos cuidadores informales en el contexto del último tramo vital subrayándose qué elementos inciden de forma "facilitadora" así como cuáles son las "dificultades" que están presentes en el sistema sanitario para percibir la llamada muerte en paz del paciente.

En el análisis realizado por el equipo se concluye que existen desigualdades respecto a la atención que se dispensa en las Unidades de Cuidados Paliativos,

las cuáles se valoran de un modo positivo, y el resto de unidades hospitalarias. Por parte de los cuidadores se destaca el buen trato recibido como elemento clave para un fallecimiento en paz, el cuál se relaciona, esencialmente, con el óbito del enfermo en las mencionadas Unidades de Cuidados Paliativos. Como sea que estas unidades se ocupan, de forma mayoritaria, de pacientes víctimas de procesos oncológicos,



cos, se puede deducir que en aquellas provincias en las que es así, se muere mejor tras sufrir una patología oncológica.

### Conocimientos

El trabajo, igualmente, incluye otra importante conclusión que gira en torno a la necesidad de mejorar los conocimientos de otros profesionales pertenecientes a otras unidades hospitalarias, así como recomienda la necesidad de articular lo que denomina como "circuitos" que pudieran favorecer la llamada muerte digna en los servicios de urgencias y en el proceso de derivación a los soportes de los Cuidados Paliativos. La población de este estudio ha incluido a cuidadores de personas que ya fallecieron en distintos lugares de Andalucía, en concreto las provincias de Huelva, Sevilla, Málaga, Granada y Almería. El grupo de bioética de Asanec se decidió a promover esta investigación para comprender como sucede la muerte en la región siempre de la mano de los testigos de primer orden como son los cuidadores que acompañaron al enfermo en los últimos momentos de su vida.

# RESULTADOS ENFERMEROS: “LA EDUCACIÓN TERAPÉUTICA PARA LA MEJORA DE LA GESTIÓN DE LOS AUTOCUIDADOS EN PROCESOS DE CRONICIDAD, EPOC E ICC”

## Autores:

- ▶ JUAN CARLOS GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (DUE)
- ▶ ALICIA ROSADO SUÁREZ (DUE)  
UGC Medicina Interna y Reumatología del CHUC

## INTRODUCCIÓN

La sostenibilidad del Sistema de Salud y por ende del estado de bienestar está en peligro. El aumento en la esperanza de vida, los cambios de hábitos y la aparición temprana de procesos crónicos en la salud de la población así lo constatan.

Los roles convencionales en el ámbito de la Salud ya no dan respuesta a las necesidades socio económicas sanitarias actuales, las conductas pasivas de recepción (suplencia) por parte de los usuarios son obsoletas y dan paso a las actividades de ayuda en las que los profesionales sanitarios dan soporte a los usuarios para que de forma activa tomen protagonismo desde la corresponsabilidad en el manejo de sus cuidados (autocuidados). Ese EMPODERAMIENTO basado en el conocimiento, aprendizaje y autonomía debe sustentar el presente de la Sanidad para asegurarnos un futuro.

Por ello la actividad asistencial en la Atención Especializada debe plantear como objetivo angular la implantación de la Educación Terapéutica como herramienta para mejorar los conocimientos y ayudar a los cambios conductuales que afiancen el autocuidado de las personas afectadas con procesos de cronicidad, permitiéndoles gestionar eficazmente todos los aspectos relacionados con su Salud. (1)

## MÉTODO

Con este estudio retrospectivo de 450 episodios de ingresos con diagnóstico principal o secundario en el alta médica de ICC descompensada y/o EPOC reagudizado registrado en DAE (estación médica y módulo de cuidados) durante el periodo comprendido del 1 de Enero del 2012 al 31 de Mayo del 2015, en el Complejo Hospitalario Universitario de Huelva (Hospital Infanta Elena), intentaremos dar respuesta a las siguientes preguntas:

1. El conocimiento deficiente (por falta de exposición o interpretación errónea) sobre los procesos y el régimen terapéutico mejora con las intervenciones enfermeras (NIC) relacionadas con la Educación Sanitaria (2)
2. El conocimiento adecuado ayuda al Empoderamiento del usuario (corresponsabilidad de los autocuidados)
3. La Autonomía en el manejo de los procesos mejora las conductas saludables
4. Se disminuyen los reingresos por complicaciones prevenibles

Para ello hemos filtrado los episodios teniendo en cuenta 6 variables que han determinado la muestra final con un perfil de usuario muy definido:

1. Sin deterioro cognitivo y/ o sensorial
2. Autónomo e Independiente
3. Que sabe leer y escribir
4. Que realiza el manejo de 3 o más fármacos
5. Con una edad comprendida entre los 40 y 65 años
6. Que han presentado al menos 2 reingresos relacionados con los procesos mencionados

Este perfil define a una persona con las capacidades necesarias para adquirir los conocimientos y llevar a cabo las actividades (conductas de salud) que le permitan desde la autonomía manejar su proceso de enfermedad, siendo corresponsable del autocuidado. Y permitiendo un adecuado control de la cronicidad de procesos prevalente en la asistencia sanitaria del ámbito hospitalario y de primaria. (1)

La muestra inicial resultante es la de 75 usuarios, los cuales han estado ubicados en diferentes unidades de hospitalización (médica y quirúrgica).

(1) Plan Integral de Cuidados de Andalucía (PICUIDA) 2015-2020\*. Nuevos Retos en el Cuidado de la Ciudadanía.

(2) Acuerdo de Gestión 2015 de la UGC de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.



Los motivos de ingreso registrado en anamnesis médica (de urgencias y hospitalización) son:

1. Malestar de esfuerzo
2. Palpitaciones
3. Dolor torácico
4. Fatiga o cansancio
5. Disnea mixta
6. Fibrilación Auricular
7. Insuficiencia respiratoria
8. Infecciones respiratorias
9. Insuficiencia Cardíaca
10. Epoc

Y otros procesos que se acompañan son: HTA, DLP, Hipercolesterolemia, hiperreactividad bronquial y diabetes.

Revisado los registros enfermeros en DAE (Valoración, Plan de Cuidados, Observación e Informe de Enfermería al Alta con o sin continuidad asistencial), ha sido necesario realizar un nuevo filtrado en función del:

### 1. Registro en las Valoraciones de (3):

- a. Necesidad de Respiración:
  - i. Fumador
  - ii. Deseo de dejarlo
- b. Nec. de Alimentación/Hidratación:
  - i. Sigue algún tipo de dieta
  - ii. En observaciones Índice de Masa Corporal
- c. Nec. de Movilización:
  - i. Actividad Física Habitual
- d. Nec. de Seguridad:
  - i. Vacunación
  - ii. Alcohol, Tabaco y otras sustancias
  - iii. No sigue el plan Terapéutico, no cumple tratamiento o no conciencia de enfermedad
  - iv. Antecedentes personales y Tratamiento habitual
- e. Nec. de Creencias y Valores:
  - i. Describe su estado de salud
  - ii. Actitud ante la enfermedad
  - iii. Se adapta a los posibles cambios en su vida
- f. Nec. de Aprendizaje:
  - i. Tiene falta de información sobre su salud
  - ii. Desea recibir dicha información

### 2. Plan de Cuidados que contemple al menos (3):

- a. El diagnóstico de Conocimientos Deficientes o Gestión Ineficaz de la Propia Salud
- b. NOC: conocimiento: proceso de la enfermedad (1803), del régimen terapéutico (1813), conducta sanitaria (1805) y de cumplimiento (1601)

- c. NIC: Educación Sanitaria ( ), Asesoramiento (5240), Enseñanza Proceso de Enfermedad (5602), Enseñanza Régimen Terapéutico ( ), Modificación de la conducta (4360) y Planificación del Alta (7370)

### 3. Registro del Informe de Continuidad de Cuidados (3), con recomendaciones para la promoción de la Salud

Para poder recabar los datos necesarios que proporcionen la información y dar respuesta a nuestras preguntas sobre los resultados en salud enfermeros, se han eliminado de la muestra 120 episodios, por los siguientes motivos:

1. Solo se ha realizado la Valoración Inicial rápida, la cual no registra ni constata manifestaciones del usuario sobre hábitos de salud, manejo de los procesos y del régimen terapéutico.
2. El PC no identifica Diagnósticos Nanda sobre conocimientos, gestión de la salud o incumplimientos. Y en otras ocasiones solo registra requerimientos en el ámbito de la colaboración o de la suplencia. Los NOC elegidos no permiten la medición de los resultados en salud requeridos en este estudio. (mejora de los conocimientos y conducta de cumplimiento)

La muestra final es la de 55 usuarios:

1. con una estancia hospitalaria entre 2 y 8 días.
2. y que ha ocasionado 330 episodios.

## RESULTADOS

Datos relevantes de las Valoraciones:

### 1. Necesidad de Respiración:

- i. Fumador:
  1. TODOS fuman
    - a. Entre 10 y 20 cigarros al día . . . . . 22 usuarios
    - b. Más de 20 cigarros . . . . . 33 usuarios
  - ii. Deseo de dejarlo . . . . . 0 usuarios
  - iii. Uso incorrecto de medicación respiratoria:
    1. Inhaladores. . . . . 15 usuarios

### 2. Nec. de Alimentación/Hidratación:

- i. Sigue algún tipo de dieta
  1. Diabética . . . . . 11 usuarios
  2. Hiposódica . . . . . 44 usuarios
  3. Adelgazamiento/hipocalórica . . . . . 5 usuarios
  4. Depresora del colesterol . . . . . 31 usuarios
- ii. En observaciones Índice de Masa Corporal
  1. Normal (18,5 – 24,99). . . . . 6 usuarios

(3) Manual de uso de la Estación de Cuidados (Módulo de cuidados) de Diraya Atención Especializada (DAE).

2. Sobrepeso ( $\geq 25,00$ )	25 usuarios
3. Preobeso (25,00 – 29,99)	14 usuarios
4. Obesidad ( $\geq 30,00$ )	10 usuarios
a. Leve (30,00 – 34,99)	8 usuarios
b. Media (35,00 – 39,99)	2 usuarios
<b>3. Nec. de Movilización:</b>	
i. Actividad Física Habitual	
1. Sedentario	11 usuarios
2. Pasea diariamente	37 usuarios
3. Practica deporte	7 usuarios
<b>4. Nec. de Seguridad:</b>	
i. Vacunación Antigripal	
1. Correcta	21 usuarios
2. Incorrecta	34 usuarios
ii. Alcohol, Tabaco y otras sustancias.	
1. Alcohol	
a. Diario	43 usuarios
b. Fin de semana	10 usuarios
c. Intoxicación	2 usuarios
2. Otras sustancias	
a. Cocaína	3 usuarios
b. Marihuana	14 usuarios
iii. No sigue el plan Terapéutico	
1. Farmacológico	39 usuarios
2. Plan de cuidados	
a. Ejercicios	11 usuarios
b. Dieta	55 usuarios
1. Motivo	
a. Desconocimiento	25 usuarios
b. Error	9 usuarios
c. Falta de Motivación	21 usuarios
iv. No cumple tratamiento	
v. No conciencia de enfermedad	
vi. Antecedentes personales	
1. HTA	47 usuarios
2. Diabetes	14 usuarios
a. T1	10 usuarios
b. T2	4 usuarios
3. Dislipemia	27 usuarios
4. Hipercolesterolemia	20 usuarios
5. Asma	9 usuarios
6. SAOS	3 usuarios
vii. Tratamiento habitual	
1. Tres fármacos	24 usuarios
2. > Tres fármacos	31 usuarios

## 5. Nec. de Creencias y Valores:

i. Describe su estado de salud	
1. Bueno	41 usuarios
2. Normal	14 usuarios
ii. Actitud ante la enfermedad	
1. Aceptación	20 usuarios
2. Rechazo	6 usuarios
3. Negación	2 usuarios
4. Indiferencia	27 usuarios
iii. Se adapta a los posibles cambios en su vida	
1. Sí	47 usuarios
2. No	8 usuarios

## 6. Nec. de Aprendizaje:

i. Tiene falta de información sobre su salud	
1. Medicación	55 usuarios
2. Autocuidados	55 usuarios
3. Enfermedad	55 usuarios
4. Medidas higiénico dietéticas	55 usuarios
5. Signos de riesgo	44 usuarios
6. Manejo de material	11 usuarios
ii. Desea recibir dicha información	
1. Sí	47 usuarios
2. No	8 usuarios

Las Valoraciones Iniciales se han realizado en un periodo de 24 a 72 horas, lo cual incorpora una variable que determina lo registrado en la misma. La clínica mejora sustancialmente en las primeras 24 horas con la aplicación farmacológica, y con ello la PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD que es la piedra angular para dar carácter de obligatoriedad/necesidad a la realización de cambios (corrección) conductuales sobre hábitos no saludables o tóxicos. El usuario simplifica toda acción con su reacción, es decir la medicación mejora los síntomas, por lo que se convierte en el comodín para poder minimizar los efectos de las transgresiones conductuales: dieta, actividad, requerimiento de líquidos, vacunación antigripal, consumo de tóxicos (tabaco y alcohol), y por ello la necesidad del cambio conductual se convierte en una mera recomendación. Las ESCUSAS (para no cambiar) superan los MOTIVOS (para iniciar el cambio).

Se comprueba en las valoraciones que al mismo paciente con diferentes episodios se registran las mismas conductas no saludables; tabaco, alcohol, no vacunación antigripal, sobrepeso/obesidad, uso incorrecto de inhaladores, incumplimiento del tratamiento y de cuidados: dieta y actividad. Además no se dispone de ninguna información sobre actuaciones realizadas en Atención Primaria sobre talleres para la Promoción de la Salud.(1)

(1) Plan Integral de Cuidados de Andalucía (PICUIDA) 2015-2020". Nuevos Retos en el Cuidado de la Ciudadanía.

- a. Formación de personas con EPOC, contenidos educativos, estrategia de cuidados 2015.
- b. Formación de personas con Insuficiencia Cardíaca, contenidos educativos, estrategia de cuidados 2015.

Datos relevantes del Plan de Cuidados:

### 1. Diagnósticos Nanda

- a. Conocimientos Deficientes . . . . . 34 usuarios
  - i. R/C falta de exposición M/P verbalización . . 11 usuarios
  - ii. R/C mala interpretación de la información M/P verbalización . . . . . 23 usuarios
- b. Gestión ineficaz de la propia salud . . . . . 21 usuarios
  - i. R/C déficit de conocimientos M/P fracaso al incluir el tratamiento en la vida diaria . . . . . 3 usuarios
  - ii. R/C conflicto de decisiones M/P fracaso al incluir el tratamiento en la vida diaria . . . . . 18 usuarios

### 2. Resultados (NOC): Indicadores

- a. Conocimiento: proceso de enfermedad (1803) . . . . . 55 usuarios
  - i. Descripción de los signos y síntomas de las complicaciones (180310)
  - ii. Descripción de las precauciones para prevenir las complicaciones (180311)
- b. Conocimiento: régimen terapéutico (1813). . . . . 45 usuarios
  - i. Descripción de la dieta prescrita (181302)
  - ii. Descripción de la actividad prescrita (181307)
  - iii. Descripción de la medicación prescrita (181306)
  - iv. Descripción de cómo funciona el dispositivo (181317)
- c. Conocimiento: conducta sanitaria (1805). . . . . 17 usuarios
  - i. Descripción de prácticas nutricionales saludables (180501)
  - ii. Descripción de los beneficios de la actividad y del ejercicio (180502)
  - iii. Descripción de los efectos sobre la salud del consumo de tabaco (180506)
  - iv. Descripción de los efectos sobre la salud del consumo de alcohol (180507)
- d. Conocimiento: medicación (1808) . . . . . 25 usuarios
  - i. Declaración del nombre correcto de la medicación (180802)
  - ii. Descripción de las acciones de la medicación (180804)

- iii. Descripción de los efectos indeseables de la medicación (180805)
- e. Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609) . . . . . 21 usuarios
  - i. Cumple las precauciones recomendadas (160901)
  - ii. Cumple el régimen terapéutico recomendado (160902)
  - iii. Cumple el régimen de medicación (160905)
- f. Conducta de cumplimiento (1601) . . . . . 21 usuarios
  - i. Modifica la pauta orientada por el profesional sanitario (160106)

### 3. Intervenciones Enfermeras (NIC)

- a. Educación Sanitaria (5510) . . . . . 55 usuarios
- b. Facilitar el aprendizaje (5520). . . . . 55 usuarios
- c. Apoyo en toma de decisiones (5250). . . . . 55 usuarios
- d. Asesoramiento (5240) . . . . . 55 usuarios
- e. Enseñanza: proceso de enfermedad (5602) . . . . . 55 usuarios
- f. Enseñanza: medicamentos prescritos (5616) . . . . . 55 usuarios
- g. Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito (5612). . . . . 25 usuarios
- h. Enseñanza: dieta prescrita (5614) . . . . . 25 usuarios
- i. Modificación de la conducta (4360) . . . . . 21 usuarios
- j. Ayuda para dejar de fumar (4490) . . . . . 10 usuarios

### 2. Informe de Continuidad de cuidados y/o informe de Enfermería al alta

- a. En todos ellos aparecen recomendaciones para la promoción de la salud:
  - i. Dieta
  - ii. Actividad
  - iii. Control de signos y síntomas del proceso
  - iv. Manejo de la medicación
  - v. Vacunación antigripal
  - vi. Abstenerse del consumo del tabaco, alcohol y otras sustancias tóxicas
  - vii. Control del peso corporal
- b. No se dejan acuerdos concretos sobre modificaciones conductuales que el usuario debe conseguir.
- c. En todos ellos los indicadores del NOC relacionado con los Diagnósticos Nanda "NO RESUELTOS" de Conocimientos Deficientes o Gestión Ineficaz del Régimen Terapéutico, están valorados con un 3
- d. El índice de resolución de ambos Diagnósticos Nanda entre los 330 episodios ocasionados por los 55 usuarios es del 78,57%.

(4) Insuficiencia Cardíaca [Recurso electrónico]: proceso asistencial integrado / autoría, Vázquez García, Rafael (coordinador) ... [et al.]. -- 2ª ed.-- [Sevilla] : Consejería de Salud y Bienestar Social, 2012 (5) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: proceso asistencial integrado / [autores-as, León Jiménez, Antonio (coordinador) ...et al.]. -- 3ª ed. -- [Sevilla] : Consejería de Salud, 2015.

Se registra sistemáticamente (en la mayoría de los reingresos) el diagnóstico (Nanda) de Conocimientos deficientes, mejorando siempre el indicador desde un 2 a un mínimo de 3 o 4. Una vez planificada las actividades de las Intervenciones (NIC) relacionadas con la Educación Sanitaria sustentadas en dar conocimiento sobre todo en el manejo de la medicación y la detección de complicaciones (proceso), y mermadas aquellas para el manejo de la nutrición, ayuda para dejar de fumar y del ejercicio.

No obstante hay una deficiencia en el uso de indicadores de conductas de cumplimiento, de conocimiento de la conducta sanitaria o del fomento de la salud.

También detectamos la no existencia de unos criterios claros y concisos que permitan medir (1, 2, 3, 4, 5) a diferentes profesionales el indicador (NOC) de forma consensuada, dado que el paciente ingresa en unidades médicas o quirúrgicas. La información que se suministra a los usuarios para mejorar el conocimiento está dispersa y con variabilidad tanto en su uso como su comunicación (documentación). (4) (5)

La existencia de Planes de Cuidados estandarizado del ICC y del EPOC, en los que se contemplan predeterminados los diagnósticos Nanda, los NOC y las NIC. Junto a la dificultad que conlleva el manejo de CAMBIOS CONDUCTUALES, sobre los que se hace del todo necesario un abordaje multidisciplinar, plantea al profesional que se enfrenta a este perfil de usuario un verdadero problema de AFRONTAMIENTO para poder iniciar una eficaz asistencia.

La primera de las dificultades no la encontramos en la necesidad de tener que dirigir una entrevista (valoración) para detectar hábitos en salud, y este terreno es percibido por la mayoría de usuario como una forma de reconocimiento de que NO ESTÁ HACIENDO LAS COSAS BIEN, por lo que la habilidad del profesional para detectarlas es fundamental, y una vez referidas por el usuario tratarlas en el ámbito de la positividad, es decir lo mucho que podría mejorar el proceso y por ende las consecuencias negativas que se derivan de las mismas (para cada paciente es diferente: absentismo, cambios de rol y de identidad personal, etc.).

Y la segunda pero no menos importante es que la estancia media hospitalaria es de 5 días por lo que se hace complejo conseguir los cambios conductuales necesarios. La causa principal que dificulta realizar dichos cambios es la FALTA DE MOTIVACIÓN. El profesional ha de entender que el mero hecho de conseguir del usuario la expresión del DESEO de plantearse el cambio (voluntariamente), es todo un éxito que luego hemos de gestionar para que se puedan concretar en acciones reales (conductas de fomento de la salud), es decir

conseguir ACUERDOS y COMPROMISOS que mejoren la ADHERENCIA AL RÉGIMEN TERAPÉUTICO. Estos acuerdos deben registrarse en el módulo de cuidados (observaciones) e iniciarlos durante la hospitalización, dejando constancia de su seguimiento (éxitos y/o fracasos) para su medición y posterior constatación en los informes de alta de Enfermería con continuidad asistencial. (1)

Asimismo estos registros permitirán al profesional en los posibles reingresos comprobar el nivel de los compromisos conseguidos (cambios conductuales) y dirigir la nueva valoración sobre las conductas impulsivas que las hayan dificultado o impedido, (transgresiones de dieta, actividad, promoción de la salud; vacunación, tabaco, alcohol, etc.).

Todo lo anterior nos hace reflexionar en la necesidad de un cambio organizativo para la ubicación de este perfil de usuario, que sería beneficioso tanto para el paciente como para el profesional que debe asistirlo de forma integral y no solo de forma colaborativa. Así mismo debemos abordar el entrenamiento de los profesionales para dirigir las valoraciones en post de detectar la necesidad conductuales. Sin olvidarnos que la estandarización de los planes de cuidados siendo una herramienta de ayuda fundamental, nos plantea una generalidad y no una individualización, por ello se hace prioritaria la realización de una estandarización más amplia que contemple los diferentes niveles del proceso (etiquetas diagnósticas, NOC y NIC) por los que pasa este perfil de usuario:

1. A nivel de cognitivo:
  - a. conocimientos deficientes,
  - b. afrontamiento comprometido
  - c. gestión ineficaz de la salud
2. A nivel conductual:
  - a. Manejo inefectivo
  - b. Incumplimiento

## DISCUSIONES

Por todo ello y una vez realizado un análisis retrospectivo de los 330 episodios podemos dar respuestas a las 4 preguntas (hipótesis) iniciales del abordaje del presente estudio:

1. El conocimiento deficiente (por falta de exposición o interpretación errónea) sobre los procesos y el régimen terapéutico mejora con las intervenciones enfermeras (NIC) relacionadas con la Educación Sanitaria:
  - a. Los 55 usuarios mejoraron los indicadores hasta un valor mínimo de 3, aunque solo en un 78,57 % se dieron por resuelto los Diagnósticos Nanda

---

(1) Plan Integral de Cuidados de Andalucía (PICUIDA) 2015-2020". Nuevos Retos en el Cuidado de la Ciudadanía.

- b. No obstante es necesario consensuar los criterios para la valoración de los indicadores, al detectarse variabilidad entre los profesionales durante su medición
2. El conocimiento adecuado ayuda al Empoderamiento del usuario (corresponsabilidad de los autocuidados)
    - a. Solo 2 usuarios que presenta una actitud de NEGACIÓN de proceso de Enfermedad, no se implican en su autocuidado, y manifiestan una conducta de demanda ausente de sentimiento de responsabilidad
    - b. Al alta hospitalaria el resto de usuarios refiere el deseo de mejorar su salud y saben cómo hacerlo
    - c. La información (contenido y formato) que se va a administrar a los usuarios tiene que ser clara y concisa. Asimismo es imprescindible consensuarla entre los profesionales
  3. La Autonomía en el manejo de los procesos mejora las conducta saludables
    - a. Se constata que la mejora del conocimiento ayuda a manejar el proceso pero no conlleva un aprendizaje, es decir su aplicación en forma de conducta. Los usuarios no han mejorado ninguna de sus conductas inadecuadas, registrándose en todas las valoraciones los mismos hábitos insaludables: consumo de tabaco, transgresiones dietéticas, exceso de peso, etc.
    - b. La percepción de su estado de salud infiere en potenciar las excusas para no realizar los cambios conductuales que logran un adecuado control de los procesos
  4. Se disminuyen los reingresos por complicaciones prevenibles
    - a. Los reingresos de los 55 usuarios han oscilado entre los 2-7, y dado que las estancias hospitalarias se mueven en un intervalo de 2 a 8 días, no podemos afirmar que hayamos podido reducir los reingresos de dichos pacientes, más aún cuando se ha constatado que no han realizado cambios conductuales que ayudarían a mejorar el control de estos 2 procesos de cronicidad

No obstante creemos que la actividad asistencial en la Atención Especializada debe plantear como objetivo angular la implantación de la Educación Terapéutica como herramienta para mejorar los conocimientos y ayudar a los cambios conductuales que afiancen el autocuidado de las personas afectadas con procesos de cronicidad, permitiéndoles gestionar eficazmente todos los aspectos relacionados con su Salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Acuerdo de Gestión 2015 de la UGC de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.
2. Manual de uso de la Estación de Cuidados (Módulo de cuidados) de Diraya Atención Especializada (DAE).
3. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: proceso asistencial integrado / [autores-as, León Jiménez, Antonio (coordinador) ... et al.]. -- 3ª ed. -- [Sevilla] : Consejería de Salud, 2015.
4. Insuficiencia Cardíaca [Recurso electrónico]: proceso asistencial integrado / autoría, Vázquez García, Rafael (coordinador) ... [et al.]. -- 2ª ed.-- [Sevilla] : Consejería de Salud y Bienestar Social, 2012.
5. Plan Integral de Cuidados de Andalucía (PICUIDA) 2015-2020". Nuevos Retos en el Cuidado de la Ciudadanía.
  - a. Formación de personas con EPOC, contenidos educativos, estrategia de cuidados 2015.
  - b. Formación de personas con Insuficiencia Cardíaca, contenidos educativos, estrategia de cuidados 2015.

# Presentada la "ESTRATEGIA DE CUIDADOS EN ANDALUCÍA"



Huelva.- Redacción

**E**l hospital Juan Ramón Jiménez celebró el acto de presentación de la denominada "Estrategia de cuidados de Andalucía" dentro de la ronda que el SAS lleva a cabo por la región. Se trata de una iniciativa que busca "mejorar los resultados de salud" en la población a través del "cuidado excelente que ofrecen los profesionales de enfermería", así como dar respuesta a las nuevas necesidades de cuidados en torno a la cronicidad. El acto contó con la presencia de la directora de la estrategia, la enfermera almeriense Nieves Lafuente acompañada por la directora de enfermería del Complejo, Catalina Barrientos, la directora de los Distritos Huelva, Costa y Canda-Campaña, Alicia Cominero además del gerente del hospital García Vargas-Machuca.



La jornada de presentación, dedicada tanto a los profesionales como a las asociaciones de pacientes, giró en torno a lo que la responsables del Plan del SAS, Nieves Lafuente, definió como una iniciativa dirigida a tres ámbitos: "mejorar la respuesta a las necesidades de la sociedad, potenciar el desarrollo profesional y garantizar la sostenibilidad del sistema público andaluz", y sin olvidar el uso de las nuevas tecnológicas como forma de comunicación entre los profesionales y los ciudadanos.

## CRONICIDAD

La "Estrategia..." busca responder a las necesidades de los cuidados inherentes al avance de la cronicidad. Y se aportaron datos de utilidad como que en Andalucía, una de cada dos personas adultas sufren una dolencia crónica (9 de cada diez cuando se trata de mayores de 75 años), o que más de 100.000 personas están aquejadas de pluripatologías. La mayoría de los cuidados (88%) se producen en el ámbito familiar, a cargo sobre todo de las mujeres, lo que se agudiza cuando del medio rural alejado se trata. Es por ello, como se subrayó, que resulta "imprescindible la colaboración entre la estrategia y el plan de atención a los enfermos crónicos". Como se sabe, en nuestra región esta atención a crónicos la comparten la atención primaria y la especializada.

Lafuente señaló que la Estrategia de cuidados busca una serie de objetivos tales como dar mejora asistencial con incremento de la calidad y la continuidad de los cuidados. También, fomentar la participación de la sociedad "y la responsabilidad compartida", la accesibilidad, personalización y continuidad de los cuidados, el desarrollo de nuevas competencias, la participación en la prevención a la cronicidad y garantizar unos cuidados seguros. De igual modo, quedaron reflejadas las aportaciones de la población en los cuidados, además de analizar cuáles son los recursos y servicios disponibles en el SAS para este ámbito de actuación.

La directora del Plan destacó el trabajo desempeñado por el conjunto de responsables y profesionales directamente implicados: enfermeras, matronas, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocasionales, trabajadores sociales... Finalmente, Nieves Lafuente remarcó que "la Estrategia de cuidados en Andalucía quiere ayudar a prevenir o retrasar en la medida de lo posible la cronicidad, la fragilidad, y, por tanto, la dependencia". Para ello se ofrecerán conocimientos a la sociedad para que "tomen sus propias decisiones" en la gestión del problema de salud que padecen. En suma, "prestar unos cuidados accesibles, personalizados, continuados, seguros y humanizados" a los enfermos y a sus familiares.



# ESPAÑA SUPERA LOS 100.000 TRASPLANTES DE ÓRGANOS

Huelva.- Redacción

**L**sanidad española acaba de alcanzar, y rebasar, los 100.000 trasplantes de órganos. Un injerto renal realizado en Valencia marcó la cifra que habla de que miles y miles de personas encontraron una nueva oportunidad vital merced al trabajo de los profesionales y la solidaridad de la población. En esa cifra final destaca Andalucía que, durante 2015, batió su record de donaciones y trasplantes con un incremento del 3% respecto al ejercicio precedente.

Según la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), los 10.000 trasplantes se hicieron realidad el pasado 15 de febrero en el quirófano del Hospital Dr. Peset valenciano. De esa "cifra mágica" el 3,7%(3.689) han sido infantiles. En cuanto a su distribución por órganos, la mayoría (62.967) fueron renales, seguidos por los 23.881 hepáticos, 7.616 cardíacos, 3.824 pulmonares, 1.703 de páncreas y 125 intestinales. A ellos hay que sumar los mas de 400.000 trasplantes de tejidos y de células.

España, con datos de la ONT, tiene una tasa de 39,7 donantes por millón de habitantes lo que equivale a ser la nación donde los enfermos tienen mas posibilidades de beneficiarse del Sistema Nacional de Trasplantes, constituido por una red distribuida por la geografía española que integran 186 hospitales autorizados para las donaciones y 43 para la realización de las intervenciones (10 de ellos con programa de trasplante infantil). El tiempo medio de espera a nivel nacional para recibir el injerto varía en función del órgano: en el cardíaco es de 3 meses, el hepático entre 4/5 meses, el pulmonar entre 5/6 meses, el de páncreas entre 9/10 meses, siendo el renal el que comporta mas tiempo de espera, entre 15/18 meses.

## Andalucía: 761

En Andalucía, durante el pasado año se realizaron 761 trasplantes de los cuáles la mayoría (453), son 60 de donante vivo. A continuación, 208 de hígado, 41 de corazón, 35 de pulmón y 21 de páncreas. A la vista de estas cifras, el consejero Aquilino Alonso destacó "el esfuerzo y la importancia del trabajo coordinado e impecable que ha hecho el sistema público y sus profesionales", plasmado a nivel nacional en una media de 2 trasplantes diarios. A esas cotas hay que sumar los distintos implantes de tejidos en los hospitales andaluces: corneas, válvulas cardíaca, tejido óseo, segmentos vasculares y de progenitores hematopoyéticos. Unos 2.300 andaluces recibieron estos implantes.

## ► Andalucía aumentó un 3% de esta actividad durante 2015

Este gratificante balance de trasplantes en Andalucía fue posible en una tasa de donación situada en 38,5 donantes por millón de habitantes, lo que supera en un punto a la lograda en 2014. Para ese objetivo fue necesario la labor decisiva de los coordinadores, en numerosos casos enfermeras, encargadas de fomentar la concienciación de la sociedad. Al cierre de 2015, en nuestra región el 81% de las familias dijeron si a la donación de órganos de un familiar fallecido, cifra que debe seguir mejorando ante los continuos avances clínicos. Pero en el logro de un trasplante, además de médicos y enfermería, también intervienen colectivos como asociaciones de enfermos, medios de comunicación, jueces, forenses, personal no sanitario, policía, guardia civil, personal de aeropuertos... Todos implicados en un objetivo común: España suma mas de 100.000 trasplantes,

# La UCI del HOSPITAL RIOTINTO cumple 10 años

Huelva.- Redacción

**La** Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Comarcal de Riotinto ha celebrado el décimo aniversario desde su entrada en funcionamiento. En esta década, y según datos oficiales, ha atendido a 3.724 enfermos, en un área que abarca 400 metros cuadrados de superficie. En ella trabaja un equipo formado por 24 profesionales de los que la mitad (12) son enfermeras. Las patologías más prevalentes que ha debido afrontar este servicio fueron las de origen cardíaco.

La Consejería de Salud ha reconocido, a la hora de anunciar la primera década de existencia, que la UCI del Hospital de Riotinto "supuso un hito" en la historia de este centro comarcal onubense por cuanto se lograba dar asistencia a personas en situación de riesgo vital sin el handicap de tener que ser derivadas hasta los hospitales de la capital, lo que supuso agilizar la respuesta, disminuir las posibles secuelas ante una situación de gravedad y mejorar la recuperación.

## ENFERMERÍA

Estuvo, pues, más que razonado que la UCI del centro riotintino conmemorase el pasado 19 de febrero un aniversario como representa alcanzar diez años volcado en la tarea de sal-



var vidas. De ello dan fe los más de 3.700 pacientes atendidos merced al esfuerzo de una plantilla no muy numerosa pero eficiente. Son en total 24 profesionales de este modo repartidos por colectivos: Enfermería (12), médicos intensivistas (5) y auxiliares de enfermería (7). La UCI está dotada con 5 camas de ingreso, monitorización y control y seguimiento del paciente, sala para la implantación de marcapasos, así como grúas de movilización y dependencias para farmacia, despachos y almacén.

Es destacable que en 2007 se incorporaron los procedimientos para la implantación quirúrgica de marcapasos. Y, a lo largo de estos años, se han implantado 417 marcapasos. De igual modo, otro avance de la UCI llegó en 2009 cuando recibió la acreditación, por parte de la Coordinación Regional de Trasplantes, para llevar a cabo la extracción y donación de órganos. Esa autorización ha permitido que la Unidad haya asistido a 10 donaciones de órganos y tejidos llevados a cabo en el centro Comarcal de Riotinto.

## EL C.A. SAN BARTOLOMÉ, PREMIO A SU LUCHA CONTRA EL CÁNCER

**En** pocas ocasiones se producen noticias como esta: El Club Atletismo San Bartolomé ha sido distinguido con un premio a nivel andaluz por su lucha contra el cáncer. Lo ha otorgado la Sociedad Andaluza de Cancerología (SAC) que preside el Dr. Javier Jaén, dentro del marco del Plan integral de oncología regional. El Jurado del certamen concedió este reconocimiento en la modalidad de "Ciudadanía" por el proyecto "12 etapas, 12 causas".

El citado evento fue una iniciativa del C.A. San Bartolomé que llevó a cabo a través del Camino de Santiago y con el que desarrollaron numerosas actividades con el loable objetivo de concienciar a la población de la necesidad de prevenir el cáncer. Cada día lo destinaron a un tipo de cáncer distinto y no se limitaron a ofrecer información a la población sobre los modos de prevenir la aparición de la dolencia oncológica, sino que llevaron a cabo "experimentos para persuadir a los ciudadanos sobre las consecuencias de ciertos hábitos nocivos".

El Alcalde de San Bartolomé, Manuel Domínguez, destacó la "encomiable labor" que desarrolla el Club en la promoción no solo del atletismo sino, también, de la salud y la solidaridad. Por su parte, el presidente del Club, José Márquez no ocultaba su "satisfacción con el galardón" de la SAC porque, dijo, uno de los objetivos de la entidad es concienciar a la sociedad sobre la prevención del cáncer con proyectos como el que ha merecido este reconocimiento.





# MESA ENFERMERA EN HUELVA



## Información sobre la trascendencia del RD

Huelva.- Redacción

**La** Mesa enfermera en la provincia de Huelva, formada por el Colegio Oficial y Satse, ha llevado a cabo una serie de reuniones de carácter informativo para que la profesión onubense, pudiera conocer de la mejor fuente la situación actual que se ha derivado por la publicación en el BOE del Real Decreto (RD 954/2015) sobre la Prescripción enfermera.

A lo largo y ancho del pasado mes de febrero han tenido lugar estos encuentros de neto carácter informativo en los siguientes centros sanitarios: Complejo hospitalario Juan Ramón Jiménez, hospital Infanta Elena, Residencia de ancianos y sede provincial del Satse.

En cualquier caso, el balance que la Mesa enfermera ha hecho después de

esta gira por los principales centros de atención sanitaria en Huelva, ha sido del todo positivo por cuanto, como aseguran, ha respondido "al interés y preocupación" existentes tanto los en cientos de profesionales asistentes como al conjunto del colectivo onubense.

Las reuniones giraron en torno a un único punto del orden del día que, obviamente, consistió en exponer y detallar cual es la situación de las enfermeras(os) en su quehacer cotidiano tras la publicación oficial del controvertido RD. Por parte de los responsables jurídicos y directivos de ambas entidades que integran la Mesa, se dio cumplida información tanto del significado del RD como de las consecuencias legales que puede acarrear su traslación al ámbito de la práctica cotidiana.

### Inquietud

Al este respecto, el presidente del Colegio Oficial de enfermería en Huelva, Gonzalo García, ha subrayado el "estado de enorme inquietud que reina en el conjunto de la profesión enfermera en nuestra provincia" al tiempo que expresó su esperanza en que las "intensas y continuas gestiones de la Mesa puedan resolver el grave problema planteado por el RD, y que, ojala cuanto antes, se pueda recuperar la situación normalizada que ha venido a alterar el polémico e injusto RD".

El colegiado onubense puede encontrar, a través de la página web del Colegio provincial, todos los pormenores del largo proceso ya recorrido, desde el momento de la publicación del RD en el BOE y sus consecuencias. para el ejercicio profesional.



A.M.A. COMPAÑÍA  
LÍDER EN SEGUROS DE  
COCHE POR CALIDAD  
PERCIBIDA, FIDELIDAD Y  
PRESCRIPCIÓN

Fuente: Informe anual ISSCE  
(dic 2014)

Hasta un

**60%\*** bonificación

**en su seguro de Automóvil**

- ✓ AMPLIA RED DE TALLERES PREFERENTES
- ✓ REPARACIÓN Y SUSTITUCIÓN DE LUNAS A DOMICILIO  
CON DESCUENTOS DE UN 50% POR NO SINIESTRALIDAD
- ✓ PÓLIZAS DE REMOLQUE
- ✓ LIBRE ELECCIÓN DE TALLER
- ✓ ASISTENCIA EN VIAJE 24 HORAS DESDE KILÓMETRO CERO
- ✓ PERITACIONES EN 24 HORAS
- ✓ RECURSOS DE MULTAS
- ✓ DECLARACIÓN DE SINIESTROS POR TELÉFONO E INTERNET



**www.amaseguros.com**  
**902 30 30 10**

**A.M.A. HUELVA**

Palos de la Frontera, 17 Tel. 959 28 17 71 [huelva@amaseguros.com](mailto:huelva@amaseguros.com)

**A.M.A. HUELVA [Colegio Médico]**

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

Síguenos en

[\*] Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados hasta el 31 de diciembre de 2016. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

# EL COLEGIO REEDITA OTRO ESPLÉNDIDO DÍA DE S. J. DE DIOS



Huelva.- Redacción

**E**l Colegio Oficial de Enfermería de Huelva ha vuelto a protagonizar, junto a una numerosa representación profesional, otra fecha para el recuerdo. El Día de San Juan de Dios de 2016 ha significado una nueva prueba de unidad y respaldo a la entidad colegial como muestra de clara sintonía colectiva, justo cuando la profesión vive con inquietud la existencia del RD sobre la prescripción. El desenlace del XXII Certamen de Investigación Ciudad de Huelva, la entrega de la Medalla al Mérito profesional y el reconocimiento a la última "promoción" de jubilados de la provincia constituyeron las notas destacadas de un Día que marca el punto álgido en el calendario de la enfermería onubense.

Otro año más, y el Colegio de Enfermería de nuestra provincia volvió a convocar a la profesión para vivir, como marca una tradición de muchos años, el Día del Patrón. El resultado fue que la cita de San Juan de Dios en 2016 ha representado una prueba más de la cohesión existente entre la enfermería y su Colegio representativo. Ante más de 500 asistentes, la Junta de Gobierno de la corporación colegial mostraba su satisfacción, en palabras de su responsa-

ble Gonzalo García, "por el hecho de volver a reunirnos para evocar una señal de identidad tan perdurable tal es la de San Juan de Dios". Significa un paréntesis junto a la realidad que vive la profesión con sus problemas y vicisitudes cotidianas que, en este caso, quedan aparcadas para dar paso a una convivencia en la que el Colegio tanto empeño pone para demostrar que unidos la enfermería puede y debe superar los problemas por complejos que sean".

## ACADÉMICO Y FESTIVO

De esta forma, el acto comenzó teniendo un puro marco académico con la entrega del Accésit del XXII Certamen de Investigación de Enfermería Ciudad de Huelva, al que siguió la entrega de diplomas a la "flamante promoción de jubilados" que, tras una vida de vocación y servicio, tanto hicieron a favor de la sociedad. O la concesión de la Medalla al Mérito Profesional en la persona de Francisco Javier Rivas Quintero, así como los apartados de las mejores fotografías y la presentación del Cartel anunciador de la vigesimotercera edición del Certamen de Investigación Ciudad de Huelva.

▶ **Ante más de 500 asistentes, la entidad colegial hizo entrega de sus recompensas anuales**

Pero, tras esos momentos, también hubo lugar para el ocio y la diversión hasta completar la noche por excelencia que la enfermería de Huelva aguarda y disfruta en cada inicio del mes de marzo. Es por ello que el presidente Gonzalo García ha querido, a través de esta páginas, "transmitir el agradecimiento a la enorme respuesta de las enfermeras y enfermeros onubenses que compensan, sobradamente, los trabajos de organización y preparación que en solitario llevamos a cabo pensando en conmemorar como merece nuestro Día del Patrón, San Juan de Dios. Han sido muchos los meses de preparación, de trabajo para todos nosotros, para los distintos Jurados encargados de fallar las recompensas y lo mejor de todo fue comprobar y visualizar que Colegio y la enfermería caminamos en plena unidad como garantía de hacer frente a un futuro que a todos nos obliga y compete".

# UN TRABAJO SOBRE EL ESTRÉS DEL ALUMNO DE ENFERMERÍA, ACCÉSIT DEL XXII CERTAMEN CIUDAD DE HUELVA

Huelva.- Redacción

**Un** trabajo sobre los factores que originan el estrés en el alumno que se incorpora a la Universidad, referido en este caso a estudios de enfermería, ha merecido la distinción de accésit contemplado en las bases del "XX Certamen de Investigación en Enfermería Ciudad de Huelva". El Jurado encargado de calificar los ensayo remitidos a la entidad colegial ha decidido declarar desierto el primer premio de la presente convocatoria. El equipo merecedor del accésit lo encabeza Rosa María Pérez Contreras, enfermera con residencia en Rociana del Condado.

El desenlace del XXII Certamen de Investigación en Enfermería Ciudad de Huelva ha deparado una doble sorpresa. De una parte, la decisión del Jurado responsable de declarar desierto el primer premio mientras la segunda novedad ha girado en torno a la temática que aborda el trabajo designado, finalmente, con la concesión del accésit que, como se sabe, esta dotado 500 € con euros y la artística Carabela de Plata que lleva años simbolizando la historia de esta veterana prueba de investigación de la enfermería onubense.

La investigación galardonada responde a este título: "Factores generadores de estrés en la incorporación a la Universidad: A propósito del caso de los estudiantes de enfermería en Andalucía Occidental". El equipo firmante lo integran estos tres colegiados en Huelva: Rosa M<sup>a</sup> Pérez Contreras, Juan Diego González Sanz y Ana Berraquero González. Nombres que ya han pasado a engrosar el panel de profesionales reconocidos por el Certamen que,

anualmente, organiza y convoca el Colegio Oficial de Enfermería de nuestra provincia.

## Cambios, roles

La síntesis del trabajo reconocido con el Accésit aborda la realidad que, para muchos alumnos de enfermería, representa la educación superior supone, en muchas ocasiones, abandonar por primera vez el hogar familiar, alejándose de sus amigos de siempre, nuevos profesores, conocer diferentes compañeros, desempeñar, nuevos roles... Para los autores, estos cambios también tienen relación e intervienen con la situación vivida de crisis económica donde los "ajustes y recortes de financiación en las políticas educativas y sanitarias" han sido evidentes "afectando -dicen- el nivel educativo y de salud de toda la población".

## ► El Jurado declara desierto el primer premio de la veterana prueba de investigación

El accésit afirma que el alumnado de enfermería "se enfrenta a retos importantes para su salud mental, ya que sus programas de estudio, con componentes no solo académicos sino también clínicos, tienen el potencial de actuar como factores de estrés, afectando a su estilo de vida y, en consecuencia, a su propia salud". Es por lo que el trabajo refleja las opiniones de otros expertos en el sentido de que, según diversos estudios, "los universitarios a menudo



▲ Daniel Contreras, enfermero y familiar de Rosa M<sup>a</sup> Pérez recibió el Accésit del XXII Certamen

se involucran en comportamientos de riesgo, como la inactividad física, dietas insalubres, el tabaquismo y otras prácticas negativas para la salud que, a largo plazo, pueden terminar repercutiendo en su calidad de vida".

La realización del trabajo ahora reconocido en el XXII Certamen Ciudad de Huelva se centró, por fin, en conocer cual es el nivel de estrés percibido por los alumnos de primer curso de enfermería en las universidades de Andalucía occidental: Huelva, Cádiz, Sevilla y Córdoba con la finalidad de proponer "mejoras relacionadas con los sistemas de afrontamiento del estrés, y/o tutorización del alumno de nuevo ingreso". Para lo cual los autores han analizado una serie de factores tales como, entre otros, el perfil, demográfico y económico, el académico, el lugar de procedencia, el sistema de orientación y acogida recibido, saber sus antecedentes de salud (si sufre algún tipo de patología), así como analizar su nivel de satisfacción

como estudiante, identificación de los factores de estrés mas prevalentes en relación a sus perfiles ya citados en cuanto al origen, académico, economía...

El ensayo hace referencia a diversos estudios sobre el contenido final haciendo hincapié en como "numerosos estudios destacan que la sobrecarga académica es uno de los principales factores de estrés en los estudiantes de enfermería". Reflexiones apuntan a lo referente a preocupaciones de las/los estudiantes, las mas relevantes suelen ser el estrés académico, la carga de trabajo, los exámenes y el miedo al fracaso". El alumnado debe asistir no solo a clases teóricas sino a prácticas clínicas "teniendo -como apuntan- una carga de tareas y horarios superior al resto de alumnos universitarios".

El equipo encabezado por Rosa Mª Pérez ha realizado análisis sobre numerosos estudios relacionados con esta problemática del estrés y las fórmulas para tratar de reducirlo. En este sentido se alude a los programas basados en la actividad física sin olvidar "el uso del humor y la introducción de mentores como herramientas para rebajar la ansiedad del estudiante de enfermería. De ahí que deduzcan que la "vida de estrés que experimenta el alumnado durante sus años de formación puede tener un impacto importante en su estabilidad emocional al finalizar la carrera". Razón por la que entiende es "conveniente educar a los estudiantes de primer año para hacer frente a situaciones complicadas, ayudándoles a regular sus respuesta emocionales y preparándolos para afrontar retos profesionales".

### Vocación y alternativas

En el trabajo se refiere a que, distintos autores, afirman que el alumno decide matricularse en enfermería por tener una "voluntad decidida y un alto grado de responsabilidad". Otros expertos sostienen algo ya sabido como que el principal motivo para estudiar la carrera es la propia vocación, por encima de lo que catalogan como "razones prácticas", es decir "porque no había otra alternativa".

El Colegio le reconoce, junto a su experiencia, empatía y apoyo para los pacientes

## FRANCISCO J. RIVAS, MEDALLA AL MÉRITO PROFESIONAL



Huelva.- Redacción

**La** Medalla al Mérito Profesional que concede el Colegio Oficial de enfermería de Huelva ha recaído en esta ocasión en el colegiado Francisco Javier Rivas Quintero. La preciada condecoración, resuelta tras el oportuno expediente, reconoce, además de una dilatada trayectoria profesional, un elevado grado de empatía para con los pacientes solo al alcance de personas dotadas con una "apreciable sensibilidad". Rivas contestó con una emotivas palabras de agradecimiento.

La Medalla al Mérito profesional de la enfermería onubense ya está en manos de Paco Rivas. Nacido en Huelva (mayo/1968), estudio enfermería en Sevilla y, de inmediato, se colegió en Huelva (1989). El presidente del Colegio admitió, tal y como reconoce el Acta correspondiente, que ejemplos como el de Paco Rivas "constituyen un referente, un modelo a seguir para las generaciones venideras y un espejo en el que mirarnos sus contemporáneos en el ejercicio profesional". En la decisión del Colegio, tomada en sesión celebrada el 23/2/16, se reconoce que en Rivas confluye tanto la experiencia como enfermero asistencial con el valor de ser un "importantísimo punto de apoyo para pacientes y familiares en momentos de dificultad y, según se añade, "haciendo gala de una humildad y constancia características" que, inherentes al homenajeado "son destacadas rápidamente por todo su entorno".

Entre los cálidos aplausos de los asistentes, Paco Rivas Quintero recibió de Gonzalo García, la Medalla que distingue a los mejores de la enfermería onubense. Rivas, que lleva mas de un cuarto de siglo trabajando en el Hospital Vázquez Díaz, respondió con una intervención cargada de sincera emotividad en la que estuvieron latentes tanto los valores que recibió de sus padres como el amor a su profesión en una persona querida por todos y cada uno de los estamentos sanitarios con los que tiene vinculación. El Colegio de Huelva, en suma, incorpora a Francisco Javier Rivas a su cuadro de excelencia con todos los merecimientos.

► Medalla al mérito profesional:  
Francisco Javier Rivas Quintero





## Homenaje del Colegio a los flamantes Jubilados de la profesion

**E**l Colegio Oficial de Enfermería de Huelva quiso tributar un merecido reconocimiento a las enfermeras y enfermeros que, en el transcurso del último año, han alcanzado la edad de la jubilación laboral. Un total de catorce colegiados -ocho mujeres y seis hombres- constituían la singular "promoción" por lo que fueron convocados por el organismo colegial para hacerles llegar el testimonio de "respeto, cariño y admiración" mas que justificado cuando acaban de poner el broche final a una larga trayectoria dedicada al servicio de la sociedad. Es ya tradición que el Día de San Juan de Dios sirva para reunir al grupo de colegiados unidos por el hecho, trascendente, de su jubilación laboral. Aunque por diferentes circunstancias no todos pudieron comparecer a la cita del Patrón, lo importante fue el testimonio de afecto y felicitación que el Colegio al que durante tantos años han pertenecido -y al que a partir de ahora va a continuar vinculados- les tributó ante la nutrida representación de sus propios compañeros.



### Los nuevos jubilados

- ▶ Dña. Victoria Maestre Carrillo
- ▶ Dña. María Cruz Llanes Cerrejón
- ▶ Dña. Francisca Mutanhau Mpofo
- ▶ Dña. Lucrecia Carrillo Lebrón
- ▶ Dña. Manuela Martín Sánchez
- ▶ D. José Sánchez Redondo
- ▶ D. Manuel Márquez Garrido
- ▶ Dña. Eufemia González Hernández
- ▶ D. Francisco M. Moreno Zafra
- ▶ D. Ángel J. Morillo Mondéjar
- ▶ D. José Antonio Reja Silva
- ▶ Dña. Virginia Palacios Olea
- ▶ D. Ernesto Delgado Delgado
- ▶ Dña. María Cinta Gil Almdendo





## REGALOS DE AMA

**La Aseguradora AMA regaló, mediante sorteo, dos obsequios, en concreto un Marco digital y una TV. Los colegiados que resultaron afortunados fueron Ana Torrubia Balagué y Juan Antonio Ballestero Cano.**



▲ El Premio de Fotografía del Colegio lo obtuvo Francisco J. Fernández quien recibió el refrendo de manos de Gonzalo García. Su imagen, "Vías al pasado" es el soporte gráfico del XXIII Certamen Ciudad de Huelva.



El I Premio Fotoenfermería convocado por el Consejo General ha tenido un desenlace con color onubense. En efecto: dentro del apartado "Tema profesional", la instantánea de Antonio J. Alcalde Pérez con el título "En la incubadora" ha merecido el primer premio de una prueba a la que han acudido cientos de profesionales y estudiantes de enfermería de toda España. El presidente del Colegio de Huelva le hizo entrega de la recompensa a una imagen obtenida en la UCI Pediátrica del Juan Ramón Jiménez y de la que el propio autor admite haber querido captar la "fratilidad, la delicadez y la ternura" de un recién nacido enfrentado a su primera y compleja situación vital. Gonzalo García felicitó al compañero onubense que recibió del Consejo una Tablet Plus 10, última generación.





# EL IMPACTO DE LA UBICACIÓN DE LA OSTOMÍA EN EL BIENESTAR Y SALUD PERCIBIDA DE LAS PERSONAS OSTOMIZADAS

**Autora:**

- ▶ MARÍA DOLORES RECUERO CUADRADO  
Diplomada en Enfermería con la especialidad de: Enfermería Médico Quirúrgica, Máster Oficial en Ciencias de la Enfermería, Profesora del Experto en Cuidados Oncológicos y Paliativos de la Universidad de Huelva, Enfermera Especialista en Cuidados de Ostomías, Doctoranda en Ciencias de la Salud, Universidad de Huelva.

## ▶ RESUMEN

**Introducción:** La realización de una ostomía produce cambios en la imagen corporal, produciendo en la persona tristeza o ansiedad. Por ello es muy importante la correcta ubicación de la ostomía cuyo objetivo es disminuir complicaciones postoperatorias derivadas de ello para preservar o recuperar el bienestar y salud de la persona ostomizada aumentando su seguridad y calidad de vida. El marcaje de la ostomía debe realizarlo una enfermera experta en la etapa preoperatoria y debe enseñar al ostomizado y a su familia autocuidados para que pueda volver a ser autónoma e independiente.

**Propósito:** Investigar el impacto que tiene el marcaje de la ostomía en el bienestar y salud percibida de las personas intervenidas quirúrgicamente de forma programada y urgente, de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía y Digestivo del Hospital General de Huelva desde Octubre de 2008 hasta Diciembre de 2009.

**Objetivo general:** Conocer la influencia de la ubicación de la ostomía en el bienestar y salud percibida de la persona ostomizada.

**Metodología:** Estudio observacional, descriptivo transversal. La muestra consta de 40 personas. Se han utilizado investigaciones cuantitativa y cualitativa, dos cuestionarios, uno de ellos es el Stoma-QoL de Calidad de Vida en personas ostomizadas, y dos entrevistas semiestructuradas, el programa Spss 20.0 para realizar análisis estadístico descriptivo y de correlación de variables, y análisis cualitativo de categorías en las entrevistas.

**Resultados principales:** La mayoría de las personas de la muestra tienen más de 50 años, intervenidas de cáncer colorrectal, ostomía marcada por cirujano y calidad de vida aceptable. Necesitan ayuda para autocuidados, dificultad al vestirse por la ubicación de la ostomía.

**Conclusión principal:** Es muy beneficioso para el/a ostomizada el marcaje de la ostomía, optimiza su calidad de vida y da seguridad, disminuyendo los costes asistenciales.

▶ **PALABRAS CLAVE:** Ostomía, marcaje y ubicación, bienestar, salud percibida, calidad de vida.

## INTRODUCCIÓN:

El cáncer colorrectal es la causa más frecuente de realización de ostomías y es la primera causa de muerte por cáncer en países occidentales afectando tanto a hombres como mujeres. Según datos de 2007, cada año se diagnostican más de 25.000 casos nuevos en España (500 por semana) y fallecen unas 14.000 personas (250 cada semana) (3). La frecuencia aumenta a partir de los 50 años, siendo la tasa de operabilidad superior al 90% con resultado de un número elevado de ostomías (4).

La palabra estoma, de origen griego, significa boca o abertura (6), proviene del griego stóma, stómato (7). Ostomía es la apertura de una vía de comunicación entre un órgano y la piel, al segmento exteriorizado se le denomina "estoma" (8).

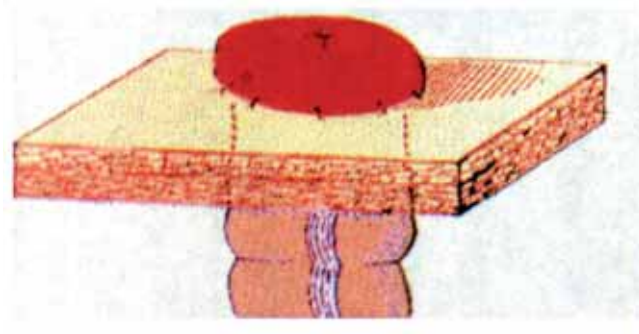


Figura 1. Ostomía

Las ostomías digestivas de eliminación se denominan ileostomía y colostomía. La ileostomía se realiza en la parte derecha del abdomen abocando el íleon a la piel. Las heces expulsadas son líquidas o semilíquidas y muy corrosivas. Pueden producir escoriaciones cutáneas (7) (9)

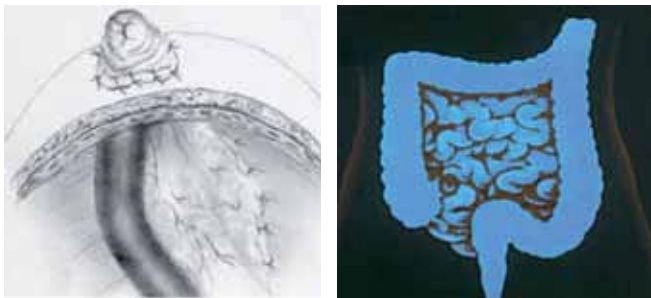


Figura 2 y 3. Ileostomías

La colostomía es la exteriorización del colon a nivel de la fosa ilíaca izquierda a través de la pared abdominal. Las heces expulsadas son menos irritante (6) (7).

Ambas pueden ser temporales o definitivas. Las temporales se realizan para proteger suturas internas o resolver situaciones de urgencia donde existe posibilidad de restaurar el tránsito intestinal, y las definitivas se realizan como consecuencia de una cirugía que conlleva la extirpación parcial o total del colon y la exéresis completa del recto y aparato esfinteriano anal (7) (10).

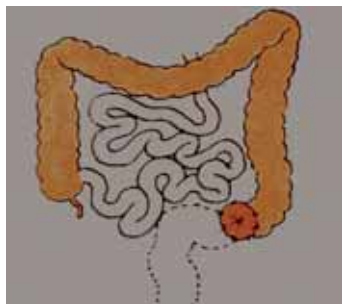


Figura 4. Colostomía

Una ostomía se realiza para resolver un problema de salud, y lo que puede ser una solución puede convertirse en otro añadido, porque produce un cambio en la imagen corporal, ocasionando reacciones de tristeza o ansiedad. Además la persona ostomizada debe incorporar a su vida nuevos autocuidados para los que no está preparada, y en cuya adquisición la enfermera es un pilar esencial porque ayuda a la persona y a su familia a volver a ser autónoma e independiente.

Por otra parte una cuestión clave para el desarrollo de los autocuidados es la correcta ubicación preoperatoria de la ostomía, porque puede facilitarle de forma directa o indirecta su calidad de vida (1) (2).

El día anterior a la realización de una ostomía se debe marcar su correcta ubicación, teniendo en cuenta la anatomía personal. Este procedimiento debe ser realizado por una enfermera experta. Debe localizarse en un lugar visible y de fácil acceso considerando las características de la persona: datos físicos, situación familiar, social y laboral, hábitos personales, así como unos criterios generales: que la persona vea su ostomía,

situándola en una zona plana del abdomen, y la técnica de localización según el tipo de la misma.

ESTOMA	SEGMENTO	ZONA DE ABDOMEN
Ileostomía	Íleon	Cuadrante inferior derecho
Colostomía descendente	Colon	Cuadrante inferior izquierdo

Tabla 1: tipo de ostomías y lugar de ubicación

También deberá tenerse en cuenta el estilo de vida de la persona: tipo de trabajo, aficiones, deportes, ropa que usa; y las condiciones físicas. Se deben evitar zonas con prominencias óseas, ombligo, flexura de la ingle, línea natural de la cintura, pliegues de grasa, cicatrices anteriores y orificios de drenaje, protuberancias, etc. (6) (7).



Figura 5. Zonas que se deben evitar a la hora de marcar la ostomía

Previo al marcaje de la ostomía la enfermera le explicará a la persona el procedimiento, qué es una ostomía y su función, con un lenguaje sencillo asegurando su colaboración. El marcaje se realizará con la persona en decúbito supino, lateral, sentado y en bipedestación para confirmar que el lugar elegido es el idóneo. La ostomía debe quedar libre de presiones (cinturón o de los elásticos de la ropa interior) y la bolsa no debe dificultar actos habituales, como agacharse, atarse el calzado, etc. Debe ser visible y una vez elegido el lugar idóneo se colocará una bolsa sin fijarla, para verificarlo.

A continuación se fijará a la pared abdominal y se recomendará la realización de diversas actividades físicas como sentarse, agacharse, tumbarse, vestirse. Finalmente se marcará el lugar elegido con un rotulador para piel que permanecerá hasta el momento de la intervención.

Es importante reseñar que una ostomía mal ubicada dificulta el autocuidado de la persona, ya sea por la dificultad de visualización, o por problemas para adaptar los dispositivos a la pared abdominal, lo que genera temor a fugas con las consiguientes repercusiones tanto físicas como psicosociales, generando inseguridad, miedo y dificultades para volver a sus actividades previas. La correcta ubicación de la ostomía facilita el aprendizaje y la autonomía, y ayuda a que la persona ostomizada se integre a su entorno sociolaboral y familiar.



Figura 6. Zona para marcar una ileostomía

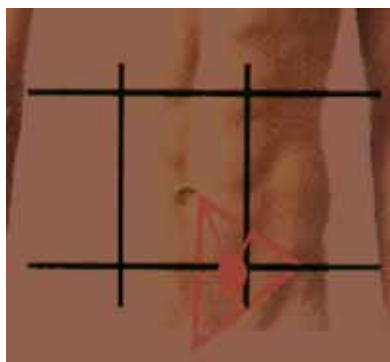


Figura 7. Zona para marcar una colostomía izquierda descendente

En la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía y Digestivo del Hospital General de Huelva, y aproximadamente desde el año 1990 hasta Octubre de 2008, en las intervenciones quirúrgicas programadas realizaba el marcaje preoperatorio de la ubicación de la ostomía una enfermera especialista de la unidad, que se encargó de formar en la técnica al resto de enfermeras. Pero desde Octubre de 2008 hasta Enero de 2010, tras la marcha de dicha enfermera, el marcaje de la ostomía era realizado por el cirujano en la mesa de quirófano, identificándose posteriormente en estas personas serias dificultades de autocuidados.

## METODOLOGÍA:

Estudio observacional descriptivo de carácter transversal y de enfoque mixto cuantitativo y cualitativo, para identificar el impacto de la realización del marcaje de la ostomía en las intervenciones quirúrgicas programadas y urgentes, desde octubre de 2008 hasta Enero de 2010 en el Hospital General de Huelva, en los autocuidados, salud y bienestar.

La población fueron todas las personas con ostomías digestivas intervenidas quirúrgicamente de forma programada y urgente, en la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía y Digestivo en el Hospital General de Huelva "Juan Ramón Jiménez" desde Octubre de 2008 hasta Diciembre de 2009.

Criterios de inclusión: personas que voluntariamente y previo consentimiento informado quisieron participar en el estudio.

Criterios de exclusión: fallecimiento de dos pacientes, deterioro de la capacidad cognitiva de otro y la no localización de otros tres.

Una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión se contó con una muestra de 40 efectivos.

Criterios éticos: se han seguido rigurosamente las Normas de Buena Práctica Clínica de la Comunidad Europea, los principios del Código de Nuremberg (1946), en los que se basa la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, y la legislación española vigente.

Se ha realizado un consentimiento informado escrito y una hoja de información a la persona sobre los objetivos del estudio y la metodología a seguir garantizando la confidencialidad, intimidad, dignidad y respeto.

## Objetivo General:

Conocer la influencia de la ubicación de la ostomía en el bienestar y en la salud percibida de la persona ostomizada.

## Objetivos Específicos:

Describir las características sociosanitarias de la población estudiada, identificar el bienestar y la salud percibida de dicha población, determinar el impacto de la ubicación y el marcaje preoperatorio de la ostomía en la calidad de vida y salud percibida.

Las variables que se han determinado son por una parte las sociodemográficas, para conocer el perfil de las personas estudiadas en cuanto al sexo, edad, actividad laboral, hábitat, tipo de convivencia, estilo de vida y recursos económicos; clínicas, relacionadas con la causa de la realización de la ostomía, marcaje y complicaciones; y las que informan sobre las dificultades para el autocuidado derivadas de la localización de la ostomía.

Instrumentos: para cuantificar todas estas variables se elaboró un cuestionario que se validó mediante una prueba de jueces y pilotaje.

La variable calidad de vida se midió con otro cuestionario, el Stoma-QOL, específico para pacientes con ostomías y validado a nivel internacional, que contempla las facetas del sueño, la actividad sexual, las relaciones con la familia y con los amigos íntimos, y las relaciones sociales con otras personas distintas de la familia y los amigos íntimos, consta de 20 preguntas de escala Likert con cuatro posibles respuestas cada una.

En la investigación cualitativa se realizaron entrevistas semiestructuradas no estandarizadas a dos personas representativas de la muestra donde se realizó un análisis de categorías y subcategorías. Estas personas fueron una mujer de 18 años, estudiante, que vivía con sus padres y que sufrió una intervención quirúrgica de urgencia a causa de un Megacolon donde se le realizó una ileostomía temporal, y un hombre de 76 años, que vivía con su hermana y familia en el domicilio de ésta que se intervino de un cáncer de recto de manera programada, y se le realizó una colostomía permanente. Éste presentó la complicación de una hernia paraestomal.

El análisis de los datos se realizó mediante el programa informático SPSS 20.0. En primer lugar se calculó el Alpha de Cronbach para la consistencia interna. Después se realizó un

análisis estadístico descriptivo y de correlación de variables así como de regresión lineal y comparación de proporciones y medias. Además se comparó la media del resultado del cuestionario Stoma-QOL con las variables sociodemográficas sexo y edad.

Para investigar la igualdad de medias del resultado del cuestionario Stoma-QOL y la variable sexo se realizó la prueba T-de Student para dos muestras.

Para investigar la igualdad de medias del resultado del cuestionario Stoma-QOL y la variable edad se realizó la prueba no paramétrica Krustal-Wallis.

## RESULTADOS:

Para verificar la fiabilidad del cuestionario que comprende las variables sociodemográficas, clínicas y de autocuidado y ubicación de la ostomía se ha realizado, una prueba de jueces y de pilotaje, y para el cuestionario de Calidad de Vida de ostomizados Stoma-QOL se halló el Alfa de Cronbach cuyo resultado fue de 0,920 que garantiza su alta fiabilidad.

Los 40 efectivos que formaban la muestra colaboraron sin ningún problema tras recibir la información sobre el estudio mediante firma del correspondiente consentimiento informado.

De las personas que componen la muestra la de menor edad tiene 18 años y la mayor 82, son 18 mujeres y 16 hombres, no están en activo, viven en la ciudad en casa propia, la mayoría conviven con su esposo/a y sus ingresos mensuales oscilan entre 600 y 1.500 euros, que es un sueldo de tipo bajo.

La mayoría de las personas de la muestra son mayores de 50 años, intervenidas de cáncer colorrectal, de manera programada y con resultado de ostomía temporal. Al 100% de la muestra le fue marcado por el cirujano el lugar de la ostomía en quirófano. La presencia de complicaciones en la ostomía es sobre el 50%. La Calidad de Vida media es 50,27, moda 54,13, desviación típica 9,667, oscila mínimo 30,30 y máximo 68,95. Existen correlaciones significativas entre algunas variables clínicas y de autocuidados y ubicación de la ostomía como "la ostomía está en el lugar correcto" y "la localización me facilita el autocuidado" con un  $r: 0,707$ . También entre las variables clínicas "he tenido alguna complicación con el estoma" y "tipo de complicación" con un  $r: 0,863$ .

	La localización me facilita el autocuidado	Tipo de complicación
La ostomía está en el lugar correcto	Coefic. Pearson $r: 0,707$	
He tenido alguna complicación		Coefic. Pearson $r: 0,863$

Tabla 2: correlaciones entre variables clínicas y de autocuidados y ubicación de la ostomía

Se ha comprobado que existen correlaciones entre las variables del cuestionario Stoma-QOL y las áreas que comprende.

	Área sueño
Me siento cansado durante el día	Coeficiente Pearson $r: 0,836$

Tabla 3: correlaciones entre variables resultado cuestionario Stoma-Qol y el área del sueño

Me pongo nervioso cuando la bolsa está llena	Siento que he perdido mi atractivo sexual	Me disgusta mi cuerpo	
Coeficiente Pearson $r: 0,762$	Coeficiente Pearson $r: 0,731$	Coeficiente Pearson $r: 0,815$	Área actividad sexual

Tabla 4: correlaciones entre variables resultado cuestionario Stoma-Qol y el área de actividad sexual

Me preocupa ser una carga para las personas que me rodean	Evito el contacto físico con mis amigos	Me preocupa que mi familia se sienta incómoda conmigo debido al estoma	
Coeficiente Pearson $r: 0,815$	Coeficiente Pearson $r: 0,796$	Coeficiente Pearson $r: 0,795$	Área relaciones con familia y amigos íntimos

Tabla 5: correlaciones entre variables resultado cuestionario Stoma-Qol y el área de relaciones con familia y amigos íntimos

Me preocupa el olor que pueda desprender la bolsa	Me preocupan los ruidos del intestino	Me cuesta disimular que llevo una bolsa	Me preocupa que la bolsa haga ruido al moverme o al rozar la ropa	
Coefficiente Pearson r: 0,743	Coefficiente Pearson r: 0,750	Coefficiente Pearson r: 0,742	Coefficiente Pearson r: 0,828	Área relaciones otros distintos de familia y amigos íntimos

Tabla 6: correlaciones entre variables resultado cuestionario Stoma-Qol y el área de relaciones con otros distintos de familia y amigos íntimos

También se ha comprobado que existe relación entre las distintas variables de dicho cuestionario, como por ejemplo entre "me resulta difícil estar con otras personas debido al estoma" y "evito el contacto físico con mis amigos" con un  $r: 0,711$ , o entre "me siento solo/a incluso cuando estoy con otras personas debido al estoma" y "me disgusta mi cuerpo" con un  $r: 0,708$ .

Se relaciona el área del sueño del cuestionario de Calidad de Vida Stoma-QOL con las variables "me siento cansado/a durante el día" y "me resulta difícil pasar la noche fuera de casa", con un  $r > 0,700$ .

Existe una importante relación entre el área de la actividad sexual del cuestionario de Calidad de Vida Stoma-QOL con las variables "me pongo nervioso cuando la bolsa está llena", "siento que he perdido mi atractivo sexual debido al estoma" y "me disgusta mi cuerpo", con un  $r > 0,700$ .

Asimismo se conecta el área de las relaciones con familiares y amigos íntimos con las variables "me preocupa ser una carga para las personas que me rodean", "evito el contacto físico con mis amigos" y "me preocupa que mi familia se sienta incómoda conmigo debido al estoma", con un  $r > 0,700$ . También el área de las relaciones sociales con otra distinta de la familia y amigos íntimos con "me preocupa el olor que pueda desprender la bolsa", "me preocupan los ruidos del intestino" "me preocupa que la bolsa haga ruido al moverme o al rozar la ropa" y "me cuesta disimular que llevo una bolsa" con  $r > 0,700$ .

En las correlaciones entre las variables sociodemográficas y clínicas, las áreas que comprenden el cuestionario Stoma-QOL y el resultado del mismo, se identifica relación entre la variable de autocuidado y ubicación de la ostomía "me puedo poner un cinturón sin que me moleste la bolsa" y la de Calidad de Vida "la bolsa condiciona la ropa que me pueda poner" con  $r: 0,779$ .

Al realizar un análisis de regresión lineal y comparar la media del resultado del cuestionario Stoma-QOL con las variables sociodemográficas sexo y edad, vemos como resultado que existe igualdad de medias.

Estableciendo relación entre las variables de autocuidado y ubicación de la ostomía podemos decir que la mayoría de las personas de la muestra dicen necesitar ayuda para los cuidados de la ostomía aunque nadie se la presta. Se ven la ostomía, el dispositivo y la bolsa no se les despegan con facilidad,

sin embargo no se pueden poner un cinturón, y hay más de 5 cm de distancia desde la cicatriz de la intervención a la ostomía. La mayoría piensan que la localización de la ostomía les facilita su autocuidado porque no está en ningún pliegue abdominal, por lo que creen que está en el lugar correcto.

En cuanto a las entrevistas realizadas se ha podido comprobar que tienen distintos puntos de vista sobre el tema, difieren en función de la edad.

La mujer cree que el lugar de su ostomía es correcto porque así la informaron los cirujanos y porque tiene un buen manejo de la misma pudiendo realizar las actividades de la vida sin dificultad. También piensa que al ser temporal y poder reconstruirse en un futuro próximo, no afecta a su calidad de vida.

El hombre mayor piensa que la ostomía no está en el lugar correcto aunque tiene un buen manejo de ella, adquirió muy pronto destreza en el autocuidado de la misma, puede realizar casi todas las actividades de la vida diaria excepto agacharse y sale poco a la calle para no tener relaciones con extraños.

## DISCUSIÓN:

Con este Trabajo de Investigación se ha querido conocer la influencia que tiene la ubicación de la ostomía en el bienestar, salud percibida, estilos y calidad de vida de las personas de la muestra. En las que la ostomía la marcó el cirujano en la mesa de quirófano sin poder observar adecuadamente la forma normal del abdomen, lo que dificulta la técnica.

La mayoría de las personas de la muestra no tienen correctamente ubicada la ostomía, evidenciado porque no pueden vestir toda clase de ropa, como las que llevan cinturón, aunque piensen que su ubicación no es totalmente inadecuada, porque la visualizan y no se sitúa en ningún pliegue abdominal. Las personas de la muestra tienen un nivel de calidad de vida medio o aceptable, piensan que han perdido su atractivo sexual debido al cambio de imagen corporal, no se sienten cómodos alejados de la familia y los amigos y relacionándose con extraños debido a su ostomía, pero sí se sienten a gusto con su familia y el círculo de amigos íntimos.

Tras el análisis cualitativo de las entrevistas se ha deducido que la satisfacción con la ostomía tiene relación con la temporalidad y la edad.

Sería necesario aumentar los días de la consulta de Ostomía del hospital, ya que hoy día solo funciona tres horas semanales, para que los pacientes que van a ser futuros ostomizados, puedan recibir información y educación preoperatoria sobre su ostomía y autocuidados por parte de la enfermera especialista.

Se ha encontrado un estudio similar al nuestro, en el que analiza el impacto de la ostomía en los ámbitos psicológicos, social, y familiar de los pacientes ostomizados de un hospital chileno, Brito R.J. et al (2004), con resultados de que la ostomía impacta tanto al paciente como a su grupo familiar en diferentes ámbitos, en una forma negativa principalmente y la necesidad de buscar tanto estrategias como mecanismos para ir en apoyo de estos. Otro estudio de Bass E.M., Del Pino A. et al (2005) en el que se estudió si el marcaje de la ostomía y la educación realizada por una enfermera especialista en ostomías afectaban a los resultados, se llegó a la conclusión que la evaluación preoperatoria por la especialista, que marque la ostomía y le proporcione conocimientos para su autocuidado hace reducir las complicaciones de la misma.

El interés que tiene este estudio para la práctica clínica es afianzar la importancia que tiene la intervención enfermera "marcaje del lugar de la ostomía" en la etapa preoperatoria. Por ello sería necesario ampliar el horario de la consulta de

ostomía del hospital como se dijo anteriormente. Si funcionara todos los días coordinada con la consulta de coloproctología y la llevara una enfermera especializada en cuidados de personas ostomizadas o estomaterapeuta, se podrían realizar los cuidados preoperatorios donde incluimos la información sobre el proceso y el marcaje del lugar de la ostomía, y también la enseñanza de los autocuidados postoperatorios. Pero ante la situación actual, con un solo día de consulta, sería conveniente estandarizar esta práctica mediante la realización de un P.O.E. (procedimiento operativo estandarizado) o Protocolo, y dar Formación Continuada a los profesionales de nueva incorporación a la Unidad de Cirugía y Digestivo, a los de las distintas unidades donde pudiera ingresar la persona y al personal del Servicio de Urgencias para aumentar la Calidad Asistencial de las futuras personas ostomizadas, y la previsible disminución de los costes asistenciales.

Se puede concluir que es importante y beneficiosa para el futuro ostomizado la realización de la intervención enfermera del marcaje de la ubicación de la ostomía el día antes de la intervención quirúrgica ya que optimiza su bienestar, salud percibida y calidad de vida. Esto da seguridad e indica Calidad Asistencial. Es necesario aumentar los días de funcionamiento de la consulta de ostomía para poder realizar dicha intervención y la enseñanza de autocuidados postoperatorios.

## BIBLIOGRAFÍA

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

# EL CHARE DE LEPE: Tras el desbloqueo de Fomento, pendiente de apertura



Huelva.- Redacción

**E**l Ayuntamiento de Lepe dio a conocer, el pasado 8 de febrero, el acuerdo alcanzado con el Ministerio de Fomento mediante el cual se desbloqueó el acceso al Centro Hospitalario de Alta Resolución (Chare). De esta forma, Fomento se ha comprometido a la conversión de la vía paralela a la A-49 para convertirse en el acceso al Chare. El acuerdo se alcanzó en el transcurso de una reunión en sede ministerial con la presencia de la Ministra de Fomento, Ana Pastor, el Alcalde de Lepe, Juan Manuel González y altos cargos del departamento ministerial.

Protagonistas de este importante avance en la infraestructura sanitaria de la costa occidental onubense fueron el regidor lepero como titular de Fomento y ex ministra de Sanidad. De esta forma, Fomento confirmó la próxima licitación de las obras de las dos rotondas en ambos sentidos del enlace Lepe-Oeste, una vez realizada la información pública del proyecto que se publicará en el BOE. Éstas servirán como los futuros accesos al Chare de Lepe que la Junta ha levantado acumulando un enorme retraso de años en perjuicio a los más de 100.000 habitantes de la costa occidental onubense que se beneficiarán de esta dotación sanitaria.

El desbloqueo alcanzado va a permitir que el Chare de Lepe, cuyas obras dio la Junta por finalizadas pocas semanas atrás, deje de ser un proyecto plagado de dificultades para convertirse, por fin, en la aspiración que, de forma permanente, han venido demandando los miles de habitantes de la zona de cobertura. Al respecto, el alcalde de Lepe subrayó que con el consenso logrado entre Ayuntamiento y Fomento "se dan los pasos necesarios para la elaboración de un convenio que posibilite ejecutar técnica, jurídica y económicamente el compromiso". El alcalde se comprometió a mediar en la liberación del suelo necesario que habilite la vía de servicio como acceso al Chare, mientras destacó que el consenso logrado "desbloquea la parte más complicada y costosa de las instalaciones necesarias para la apertura del Chare", Juan Manuel González agradeció tanto la decisión de la Ministra de Fomento, Ana Pastor como la implicación de la ministra de Empleo Fátima Báñez.

## Colaboración entre ayuntamientos

Días más tarde, el alcalde de Lepe mantuvo un encuentro con los alcaldes de poblaciones de la Costa -Ayamonte, Isla Cristina, Cartaya y Villablanca- siguiendo "la búsqueda de soluciones para la apertura del Chare". De esta reu-

nión surgió lo que el alcalde de Lepe calificó como "acuerdo de una propuesta de colaboración entre los distintos ayuntamientos para las obras del suministro de agua y luz al Chare". El regidor lepero dijo que la proposición alcanzada iba a ser trasladada al presidente de la Diputación provincial, Ignacio Caraballo, en busca de apoyo para alcanzar la definitiva solución.

Sin embargo, las cosas han vuelto a torcerse cuando el responsable de la Diputación provincial, Ignacio Caraballo, tras reunirse con el alcalde lepero catalogó de "injusto" que la Diputación asumiera los "incumplimientos del ente local. Esto no funciona así pues sería injusto para los ayuntamientos que cumplen". Además de que la economía de la Diputación, no podría resistir abonar lo que se le pide y asumir competencias que no le corresponden. El Ayuntamiento de Lepe ha propuesto, para las obras de traída de luz y agua, aportar 175.000 euros, otro porcentaje a cargo de los ayuntamientos de la zona y una tercera partida de 300.000 euros a cargo de la Diputación. A lo que su presidente Ignacio Caraballo, sentenció que esto "no sería justo". Es decir, pese al desbloqueo a cargo de Fomento, la apertura del Chare sigue, al cierre de este número, en el aire, tal y como ha venido estando durante la última década.



# CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS ANTES DE LA QUIMIOTERAPIA

Huelva.- Redacción

**E**l Hospital de Día del Complejo Hospitalario universitario de Huelva ha puesto, recientemente, en marcha una iniciativa con claro protagonismo de la enfermería. Se trata de una Consulta de enfermería mediante la cual el paciente víctima de cáncer recibe asesoramiento y consejos como complemento a las indicaciones del oncólogo en forma de preparación antes de someterse a las sesiones de radioterapia. Está verificado que con esta herramienta se logra rebajar, en un alto grado el nivel de ansiedad del paciente a la hora de enfrentarse a un proceso tan duro como desconocido.

Con la voluntad de aminorar el grado de inquietud, y ansiedad, el paciente oncológico recibe, primero, la información que le facilita el médico especialista y, a su vez, la tutela de la consulta de enfermería creada ex profeso para contribuir a mejorar el estado del paciente que está abocado a la prueba de la quimioterapia. Por la Consulta del Hospital de Día del Complejo hospitalario onubense han pasado, según información facilitada por el propio centro, unos 400 pacientes, con excelentes resultados.

## INFORMACIÓN Y ESCUCHA

La Consulta ha nacido con el objetivo de "dar respuesta a la demanda de información y escucha" que el personal sanitario había podido detectar en el enfermo oncológico cuando éste debe acudir a recibir por vez primera, la medicación con quimioterapia y que se traducía en un evidente estado de ansiedad generalizado. En un primer momento, se recogieron las preguntas más frecuentes que los pacientes se planteaban, tales como las pautas a seguir en cuanto a la dieta, el cuidado de la piel, los efectos adversos consecuentes a la toxicidad del tratamiento y, por qué no, la imagen que, a partir de ese momento, iban a ofrecer a su círculo más cercano, de la familia y amigos.



Los resultados habidos en el tiempo de actuación de esta Consulta de enfermería hablan de una clara disminución en el nivel de ansiedad "en el 100 por cien de los pacientes atendidos", medida al principio como al final de la misma, manifestando todos los pacientes una "importante mejora" en aquellas cuestiones referidas al nerviosismo, la preocupación y las lógicas molestias que les ocasionaba afrontar el nuevo tratamiento mediante quimioterapia, como bien se sabe mediante el uso de determinados fármacos para destruir las células cancerosas. La terapia, actúa evitando que dichas células cancerosas crezcan y se dividan en un mayor número de células.

## EFFECTOS SECUNDARIOS

Como quiera que estas células cancerosas, en líneas generales, crecen y se dividen de modo más rápido que las sanas, la quimioterapia las elimina más rápido que a la mayoría de las células sanas. Sabido es que los fármacos de la quimioterapia son fuertes, ello causa daño a muchas células en crecimiento, incluyendo a alguna células sanas. Este factor origina los efectos secundarios del tratamiento con quimioterapia. Desde el Complejo hospitalario de Huelva se ha apuntado que, con esta Consulta de enfermería, se da un paso adelante dentro de la Unidad del paciente oncológico. También se cuenta con la Consulta de Psiconcología para atender las necesidades de los pacientes, o familiares, que son detectadas por el personal médico y enfermería.

## ► El Complejo Hospitalario de Huelva incorpora esta prestación para rebajar el nivel de ansiedad del paciente

Unidad que, recientemente, también ha impulsado la puesta en marcha de una Consulta sobre Consejo Genético oncológico, en colaboración con la Unidad de Análisis clínicos. Con este programa se logra identificar el cáncer de origen hereditario que representa entre el 5 y 10% de los casos para lograr avanzar en la prevención de la enfermedad. Ya son cerca de 60 familias onubenses, en las que se había detectado algún tipo de cáncer, las que se están beneficiando de esta prestación para reducir la incidencia, la morbilidad y la mortalidad de estos tumores con alto riesgo familiar, al "facilitar el diseño de las estrategias individuales de detección temprana de estos tumores".

## Tratamiento integral

**La** Unidad del paciente Oncológico la integran más de 80 profesionales que abarcan diferentes servicios (Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Radiofísica), además de la Unidad de Hospitalización y el Hospital de Día Médico cuya finalidad es el tratamiento integral y los cuidados del enfermo víctima de cáncer. Como resumen, la actividad asistencial de la Unidad se concreta en que, durante el pasado año, se realizó una atención total de 14.805 consultas de Oncología Médica, y 7.348 de Oncología Radioterápica, habiéndose administrado 6.457 tratamientos con quimioterapia en el Hospital de Día. Al mismo tiempo, un total de 1.146 pacientes han recibido tratamientos en Oncología Radioterápica con acelerador lineal y 50 con braquiterapia de alta tasa. Se han atendido 4.900 consultas de enfermería de radioterapia al inicio del tratamiento y durante su seguimiento. En la Unidad de hospitalización se contabilizaron 585 ingresos a lo largo del último ejercicio anual.

# VARAPALO DE LA JUSTICIA A LA FUSIÓN HOSPITALARIA EN HUELVA

Huelva.- Redacción

**La** fusión de los hospitales Juan Ramón Jiménez e Infanta Elena ha seguido despertando controversia. Alguna tan relevante como la emitida por los Tribunales, donde se ha puesto en evidencia el carácter polémico de un proceso de fusión ampliamente rechazado por los profesionales, como a nivel de oposición política. El último hito conocido corrió a cargo del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº 3 de Huelva declarando "no ser conforme a Derecho la actuación material constitutiva de vía de hecho del SAS" por ser realizada por "personal incompetente" y "anulando en consecuencia todos los actos derivados de tal actuación". Se pidió la dimisión del director-gerente y la Junta, tras presentar recurso al fallo, a última hora optó por retirarlo.

La fusión de los principales hospitales onubenses sigue plagada de incidentes, sobre todo al conocerse el Fallo del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº 3 de Huelva. La Justicia volvió a cuestionar la fusión hospitalaria que dio como resultado el llamado Complejo Hospitalario de Huelva. El Juzgado anteriormente citado lo puso de manifiesto en una sentencia consecuencia de la demanda interpuesta en su día por el Sindicato Médico (SM), Sindicato de Enfermería (SATSE) y Sindicato de Auxiliares de Enfermería (SAE).

El Fallo establece con nitidez que la "fusión se ha llevado a cabo por una persona incompetente y en ausencia de una normativa oportuna", en alusión a que el gerente del "Complejo hospitalario carecía de competencias para acometer el traslado". Y se argumenta que "el traslado de personal de un centro a

otro, así como de cuanto concierne a la determinación de las áreas hospitalarias existentes y la estructura y funcionamiento de los hospitales queda patentemente al margen del ámbito de competencia del director-gerente, por corresponder al Consejo de Gobierno de la Junta".

## PLANTILLAS, MOVILIDAD

El Complejo Hospitalario onubense no se creó oficialmente hasta aparecer una Resolución (del 21/noviembre 2014) por lo que la Justicia entiende que no se ajustan a Derecho los actos ejecutados por el director-gerente con carácter previo a esta fecha, por lo que los declara nulos, conforme solicitaban los demandante, es decir SM, SATSE y SAE quienes habían denunciado la "actuación de órgano incompetente", léase el gerente, para acometer la fusión de servicios, especialidades y personal de las áreas hospitalarias como si de un Complejo se tratase "sin haber sido creado éste por el procedimiento reglamentario" para modificar las plantillas e imponer la movilidad del personal.

Y aunque el SAS ha tratado de actuar con el significado de las palabras para defender su decisión hablando de "cambios estructurales", "negación de una fusión", "mejora de servicios" o unificación para un "mejor aprovechamiento de recursos", pese a estas maniobras el Juzgado no deja lugar a dudas y en su sentencia subraya que "la prueba practicada (...) no revela la existencia de modificaciones organizativas mas o menos superficiales, tal cual pretende la Administración demandada, sino un verdadero proceso de fusión entre hospitales, caracterizado por la unificación o concentración

de servicios asistenciales en uno de los centros hospitalarios con correlativa supresión de los existentes en el otro".

Las reacciones al Fallo no se hicieron esperar y, de inmediato, los demandantes exigieron la depuración de responsabilidades y el cese del gerente "por la manifiesta ilegalidad cometida", conforme precisó SATSE.

Otro tanto se dijo a nivel político y la oposición del PP no dudó, por medio de su secretario general David Toscano, en resaltar que "la Justicia ha actuado contra el fondo y la forma de un proceso que ha emprendido sin contar con nadie y aplicando el rodillo al que la Junta está tan acostumbrada (...). La Justicia le ha dicho a la Junta que el proceso es irregular como hemos advertido además del colectivo de profesionales sanitarios de esta provincia".

En consecuencia, dijo Toscano, la Junta "no debe perder ni un minuto en paralizar un proceso que no ha solucionado ninguno de los problemas endémicos de la sanidad onubense y que solo ha supuesto recortes sanitarios en una provincia de por sí ya castigada".

El punto seguido lo puso Salud porque, tras defender la legalidad de su proceder, anunció que iba a plantear ante el Tribunal un Recurso de la sentencia. Pero, una vez presentado al límite del plazo establecido, el área jurídica del SAS ordenó retirar el recurso contra el fallo que anula las primeras actuaciones dictadas para crear el Complejo hospitalario de Huelva.

En consecuencia, la sentencia es firme y la Junta tiene tres meses para cumplirla.

# ANÁLISIS ENFERMERO SOBRE LA INTRODUCCIÓN DEL GLUTEN EN BEBÉS

## Autores:

- ▶ María del Pilar Tierra Burguillo<sup>1</sup>
- ▶ Zahira Villa Campos<sup>2</sup>
- ▶ Laura Pérez Pérez<sup>3</sup>
- ▶ Carmen Marín Sánchez<sup>4</sup>
- ▶ Miguel Pedregal González<sup>5</sup>
- ▶ María del Pino Álvarez Palacios<sup>6</sup>

1. Diplomada en enfermería. Phd. Servicio Andaluz de Salud. Hospital Juan Ramón Jiménez.
2. Diplomada en enfermería. Mutua Huelva.
3. Diplomada en enfermería. Sistema Andaluz de Salud. Hospital Valme, Sevilla.
4. Matrona. Centro de Salud El Molino de la Vega, Huelva.
5. Médico de familia. Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Huelva- Costa.
6. Diplomada en enfermería. Servicio Andaluz de Salud. Centro de Salud Isla Chica, Huelva.

## ▶ RESUMEN:

Desde el Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIA-A), ofrecido desde Atención Primaria (0-14 años), se ofrece por parte del personal sanitario pautas informativas (orales y escritas) en relación a la introducción de la alimentación complementaria y dentro de estas pautas se encuentran las propias de los alimentos con gluten. El gluten forma parte de algunos cereales como puede ser el trigo o la cebada. El objetivo es conocer cómo están organizadas las consultas de PSIA-A en Huelva y la opinión de los profesionales y usuarios en relación a la introducción de los alimentos y sobre todo de aquellos que contienen gluten. Para la recogida de datos se han llevado a cabo un grupo focal de usuarias madres y entrevistas a profesionales de la salud.

**Resultados:** No se ofrece la misma información en todos los centros de salud, no toda la información está actualizada, algunos de los profesionales no están reciclados y los usuarios por lo general no tienen una valoración positiva por lo que la buscan fuera de sus centros de salud.

**Conclusiones:** Es preciso una unificación de información actualizada en relación a la educación sanitaria sobre la introducción de los alimentos con gluten.

▶ **PALABRAS CLAVE:** Enfermería en Salud Comunitaria; Educación en Salud; Alimentación Suplementaria; Gluten.

## INTRODUCCIÓN

En los centros de salud de la comunidad autónoma de Andalucía, dentro de los servicios que se ofertan en edades tempranas, se encuentra el del Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIA-A), conocido como programa del "Niño Sano". Este programa tiene como usuarios a la población de edades comprendidas entre los 0 y 14 años<sup>1</sup> y son muchas las consultas que se engloban dentro del mismo pero es aproximadamente al cuarto mes de edad del bebé cuando se ofrece el asesoramiento sobre la introducción de la alimentación complementaria<sup>2</sup> con la finalidad de promocionar una alimentación saludable.

En esta consulta, la información verbal viene acompañada por una hoja informativa con pautas de introducción de los alimentos, dentro de los cuales se encuentran los cereales. Éstos son divididos en dos grupos, los que tienen gluten y los que no lo tienen. En primer lugar se introducen los cereales sin

gluten y con una diferencia de entre uno y dos meses los que tienen gluten<sup>3</sup>.

El gluten es un conjunto de proteínas formado por las gliadinas y las gluteninas, que se encuentran en la harina de cereales de uso tan habitual como son el trigo, la cebada, el centeno y la avena, cereales de secano. Así como en sus variedades o híbridos: la espelta (conocido como trigo salvaje), el kamut o el triticale (mezcla de trigo y centeno)<sup>4</sup>.

El gluten no se digiere en su totalidad debido a la falta de las enzimas necesarias en el organismo para realizar dicha actividad y esta parte no digerida es la que puede provocar problemas intestinales. Estos problemas pueden ser autoinmunitarios (celiacos), alérgicos y de sensibilidad a esta proteína<sup>5</sup>. Con la finalidad de evitar estos problemas de salud, la edad de introducción de los cereales con gluten que se aconseja en las consultas de Niño Sano en atención primaria, ronda los 7 meses<sup>3</sup>.

Con este estudio se pretende conocer cómo están organizadas las consultas del programa del Niño Sano en Huelva capital en sus distintos centros de salud, qué información se ofrece en relación a los alimentos con gluten y la opinión de las madres y de los profesionales al respecto.

## OBJETIVOS

- Identificar las distintas consultas del programa de Niño Sano que se ofrecen en los centros de salud de Huelva capital, qué profesional las ejecutan y a qué edades van dirigidas.
- Conocer cuando se introduce el gluten.
- Conocer la opinión de los profesionales sobre la información que ofrecen.
- Analizar la opinión de las madres de los niños a los que van dirigidas estas consultas sobre la información que reciben al respecto.

## METODOLOGÍA

Estudio cualitativo descriptivo transversal que se lleva a cabo en el hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva y los centros de salud del distrito Huelva-Costa situados dentro del núcleo urbano de la ciudad. Los centros de salud en los que se ha desarrollado el estudio son los siguientes: Adoratrices, Huelva-Centro, El Torrejón, Isla Chica, La Orden, Los Rosales y Molino de la Vega.

La población a estudiar son tanto las madres de niños con edades comprendidas entre los 10 y 24 meses de edad y pertenecientes a los centros de salud de Huelva capital (grupo focal) como los profesionales de la salud que las atienden en las consultas del Niño Sano (entrevistas). Dentro de estos profesionales tanto del ámbito hospitalario como de atención primaria, han participado 4 matronas, 4 enfermeras y 2 pediatras. La mitad de ellos del ámbito hospitalario y la otra mitad de atención primaria. Para la categoría del tema a tratar en este documento, se han tomado los testimonios de aquellas profesionales del ámbito de la atención primaria con la excepción de las matronas.

Para el análisis de los datos se ha realizado un análisis del contenido, un análisis estructural y una interpretación. De esta manera ha sido desde lo más superficial a lo más profundo para así alcanzar el significado latente del significado manifiesto. Todo esto se ha conseguido mediante la escucha, observación, empatía e introspección. Se procedió a la categorización y codificación de las entrevistas, previa transcripción de las mismas.

### Limitaciones del estudio

Las limitaciones que se han encontrado en este estudio van en relación a la voluntad y disponibilidad tanto de las mujeres como de los profesionales participantes. Sobre todo marcado por la dificultad horaria del cuidado propio de hijos pequeños y por los horarios laborales.

## Aspectos éticos

Se respetó la Ley de Protección de Datos de 1999 y la Ley de Autonomía del Paciente de 2002.

Cada uno de los participantes se les explicó el fin de la misma y se le solicitó un consentimiento informado por escrito.

## Resultados

El programa de Niño Sano se imparte en los centros de salud en relación a fechas y a profesionales encargados de los mismos, según intereses individuales de cada uno de ellos. Ver tabla 1.

Centro de salud	Consulta de "Niño Sano" por pediatría	Consultas de "Niño Sano" por enfermería
Adoratrices	1, 2, 6, 12 y 24 meses 3, 5 y 7 años	ninguna
El Torrejón	1, 12 y 24 meses	4 meses
Huelva-Centro	1, 2, 4, 12 y 24 meses 4 años	ninguna
Isla Chica	2, 6 y 18 meses 3 años	4 y 12 meses
La Orden	1, 4, 9-12, 15-18 y 24 meses	4 y 6 años por un auxiliar de enfermería
Los Rosales	1, 4 y 12 meses	6 años
Molino de la Vega	1, 4 y 15 meses 4 años	6, 11 y 24 meses

Tabla 1: Organización de las consultas del niño sano por centros de salud y profesionales.

*"En el costa de la luz se hacen prácticamente cada mes hasta los 6, luego cada dos hasta el año. Y luego al año, a los 15, 18, 24 y luego cada año hasta los 14 años." Ped.2*

Alrededor de los 4 meses se ofrecen a las madres información sobre cómo introducir los alimentos y dentro de los mismos encontramos los cereales, tanto con gluten como sin gluten. En la siguiente tabla se muestra el mes en el que se aconseja introducir los cereales con gluten en los distintos centros de salud. Como se puede observar, en la mayoría de los centros de salud es a los 7 meses.

Centro de salud	Mes de introducción del gluten:
Adoratrices	7 meses
El Torrejón	7 meses
Huelva-Centro	7 meses
Isla Chica	7 meses
La Orden	7-8 meses
Los Rosales	6 meses
Molino de la Vega	7 meses

Tabla 2: meses de introducción de los cereales con gluten según los distintos centros de salud.

Desde el hospital Huelva-Costa, según el testimonio de la pediatra entrevistada, los cereales con gluten se introducen dependiendo si la alimentación es con lactancia materna o artificial:

- "Eso va cambiando, antes se metía a los 7 meses, luego a los 6 y ahora, lo último que dicen los estudios es que las madres que están dando el pecho a los niños, que le hagan la introducción del gluten a los 4 meses en pequeñas cantidades (...) Parece ser que si inician la alimentación complementaria a partir de los 4 meses hacen que el niño no desarrolle o desarrolle mucho menos la enfermedad de la celiaquía. A la mamá que le dé el pecho, a la que no le da el pecho no está probado, a ésta se le dice a los 6 meses. Antes se introducía a los 7, a los 8... Esto ya también es muy antiguo." Ped.2

Dependiendo del profesional de la salud así podemos observar la educación que se ofrece:

- "A los 5 meses le introduces los cereales sin gluten (...) a los 7 meses se cambia a los cereales con gluten. Hasta los 7 meses no dan gluten." E.1

- "Normalmente, si el niño está gordito yo siempre le digo que empiece con la fruta, antes de los cereales, los cereales sin gluten. Que no está gordito, pues que le meta primero los cereales para que duerma un poco." E.1

- "Yo les informo que contra más tarde que le dé el gluten mucho mejor, sobre todo en niños que sean rollizos, porque claro, el niño en el momento en el que le metas gluten se va a poner todavía más gordito." E.2

- "Los cereales primero los metemos sin gluten, se empieza ahora a los 6 meses, antes se empezaba a los 4 (...) Pan no le deben dar hasta que no acepten el gluten, pero todo el mundo le ha dado el chupetón al rosco." E.1

- "A los seis meses es cuando empiezan a introducir el gluten, tampoco me preguntan qué alimentos lo tienen. A lo mejor me preguntan que cuando le pueden dar el pan (...) A lo mejor se lo dan antes sin saber que es con gluten." Ped.1

En las hojas informativas no se especifican qué cereales son los que tienen gluten y cuales no lo tienen. De igual manera tampoco refieren comentarlo los profesionales, por varios motivos: bien por desconocimiento propio del profesional, por entender que no necesitan saberlo o por no plantearse si quiera que un alimento que está al alcance de los niños a diario es el pan y éste va a llevar gluten. Algunos de los testimonios recogidos por los profesionales son los siguientes:

- "Creo que sí, que los sin gluten son arroz y avena..." E.2

- "Los cereales sin gluten son el arroz, el maíz..." Ped.1

- "No creo que sepan cuales son con gluten y sin gluten (...) Nadie me pregunta cuales son los cereales sin gluten." Ped.1

- "... Al darle la galleta le estás metiendo trigo y al darle el pan le estás metiendo trigo." Ped.2

De igual manera, todos los centros de salud informan de los cereales como un alimento que tienen que comprar en formato envasado:

- "Desde aquí se aconseja, no envasado sino que lo hagan con leche materna y le echas la cucharadita de cereales ..." E.2

- "Los cereales ya te vienen preparados, unos con gluten y otros sin gluten, los puedes echar en una papilla." E.2

- "... Luego ellas van a la farmacia y allí te ponen hasta el sexto mes, a los cuatro (...) Los cereales los compran envasados." Ped.1

- "Yo eso de los cereales en casa no lo he hecho nunca... Pero me parece estupendo y se minimiza el gasto de las madres." Ped.2

- "La forma de introducir los cereales es mediante la papilla, eso nace de los profesionales, de los pediatras. ¡Pero si las madres son una incautas! (...) ¡Eso va a misa porque se lo haya dicho su pediatra! Eso nace de los pediatras, el que sea comida envasada, hablando de los cereales." Ped.2

La opinión de los profesionales de la salud con respecto a la información que se ofrece difiere de unos a otros:

- "Los papeles es verdad que están retrógrados pero es que hay pocas novedades (...) Es cierto que lo que tú haces es como tú lo enfocas. Eres más subjetiva." E.1

- "¡Claro! ¡La información está súper actualizada!" E.2

- "O sea, que todas hacemos lo mismo. ¡Le damos el papelote!" Ped.1

- "Yo creo que el papel como base está bien para una persona que no tenga ninguna orientación". Ped.1

- "No es cuestión de dar un papel (...) Le tienes que dar el papel y se lo tienes que leer despacito, primeramente se la das verbalmente y le dices si lo ha entendido (...) Tienes que individualizar a cada uno de los niños." Ped.2

- "Tienes que ser resolutiva y no crearle a la madre más problemas, la madre tiene que salir con sus problemas o con su angustia resuelta." Ped.2

- "La alimentación es un placer, no un sacrificio. Eso también tenemos que transmitirle esa información a las madres, que no se agobien. No podemos crearle más problemas que los que tienen ya encima, tenemos que ir minimizando las cosas." Ped.2

La opinión de las madres que acuden con sus hijos a estas consultas van en la siguiente línea:

- "Hay una necesidad. Hay una demanda. ¿Por qué nos dan el papelote? (...) Es cateto, antiguo, está retrógrado." P.6

- "... mi pediatra me dio el papel. Tú le metes la alimentación complementaria en un orden. ¡Y Cómo te saltes el orden...!" P.4

- "Y ahí no va sólo la formación, tú trasmites tus propios prejuicios (...) Es un componente que va añadiendo..." P.3

- "¡Eso se mejora con formación! Que hay otras técnicas (...) No sólo lo instaurado desde hace 40 años, otras posibilidades. Hay una necesidad. Hay una demanda." P.6

- "Como yo estaba todos los días muy pesada pues se terminaban comiendo lo que ponía en el papel ese. Con este último hijo he usado la intuición." P.1

- "Tendría que haber talleres postparto que tendrían que darlos las especialistas en cuidar, que son las enfermeras y que estuvieran formadas y que estuvieran todo el equipo de acuerdo con ellas." P.4

## DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Las consultas de Niño Sano presentan un programa diferente según el centro de salud, tanto en lo referente a la edad del niño como a los profesionales sanitarios que lo imparten. Lo que difiere de la información que ofrece el Servicio Andaluz de Salud respecto a la unificación de éstos a lo largo del año 20156. Por lo que dependiendo de la zona donde viva el usuario, así recibirá la educación para la salud de una manera u otra.

El asesoramiento sobre los meses de introducción del gluten es similar entre los siete centros de salud. Se ha detectado un centro que difiere en esta pauta, el hospital Huelva- Costa, el cual toma como ejemplo lo que aprueba Asociación Española de Pediatría. Existen estudios en relación a la edad de introducción de los alimentos con gluten para niños en riesgo, cuyos resultados apoyan la hipótesis de que la primera exposición al gluten debe ocurrir entre los 4 y los 6 meses de edad del bebé con el objetivo de disminuir el riesgo de la enfermedad celíaca<sup>7,8</sup>, por otro lado hay un estudio que niega la relación de la edad de introducción del gluten con la aparición de la enfermedad en estos niños<sup>9</sup>.

Las recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sigue la línea de dar los cereales con gluten alrededor de los 6 meses, previa introducción de los cereales sin gluten<sup>10</sup>, aunque también en los chats de consulta que ofrecen, refieren que esta introducción debe realizarse en pequeñas cantidades desde los 4 meses hasta los 7<sup>11</sup>. Por lo general, los estudios más actuales relacionan la introducción de alimentos antes de los 4 meses con un mayor riesgo de aparición de alergias e intolerancias y no pueden demostrar beneficio alguno en retrasarlo más allá de los 7 meses<sup>12</sup>.

Los profesionales de los centros de salud de Huelva, ofrecen informaciones dispares en relación al gluten pero en lo que sí coinciden es en seguir unas pautas en el orden de la introducción de los alimentos, a diferencia de lo que aconseja la Asociación Española de Pediatría<sup>13</sup>, la cual refiere que el orden de los alimentos es indiferente, siempre teniendo presente las precauciones propias de la edad, y que hay que

tener en cuenta sobre todo: la cultura de la familia y el consumir alimentos propios de la zona<sup>13</sup>.

Las madres de los niños que acuden a estas consultas critican la mala calidad y poca variedad de información que reciben desde los centros de salud y ofrecen propuestas de me-

jas como pueden ser una formación más actualizada del personal por el que son atendidas así como una unificación de los criterios. Mientras que no se les ofrezca lo que necesitan es normal que ellas sean las que decidan cuando y cómo darles el pan de cada día.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Programa de Salud Infantil y Adolescente. [Consultado 29 Oct 2015; actualizado 29 Abr 2014] Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/prensa/anexos/ProgramadeSaludInfantilyAdolescente.pdf>
- (2) Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Cartera de servicios de Atención Primaria. Promoción de la alimentación saludable. [Consultado 23 Oct 2015; actualizado 29 Abr 2014]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr\\_cartera\\_I\\_3\\_1\\_1\\_2](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_cartera_I_3_1_1_2).
- (3) Junta de Andalucía. Centro de salud de El Torrejón. Introducción de la alimentación complementaria, papillas. [consultado 23 Oct 2015; actualizado 3 Abr 2011]. Disponible en: [http://www.docvadis.es/cstorrejon/page/mi\\_guia\\_sanitaria/pediatria/introduciendo\\_la\\_alimentacion\\_complementaria.html](http://www.docvadis.es/cstorrejon/page/mi_guia_sanitaria/pediatria/introduciendo_la_alimentacion_complementaria.html)
- (4) Gluten. Wikipedia la enciclopedia libre. [consultado 10 Oct 2015; actualizada 5 Oct. 2015]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Gluten>.
- (5) Centro médico-quirúrgico de enfermedades digestivas. Programa para la detección y tratamiento sensibilidad al gluten. [consultado 1 Oct 2015; actualizada 28 Oct 2015] Disponible en: <http://www.cmed.es/sensibilidad-gluten.php>.
- (6) Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Cartera de servicio de atención primaria. Seguimiento de la salud infantil. [consultado 10 Nov 2015; actualizada 7 Mar 2015] Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr\\_cartera\\_I\\_3\\_1](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_cartera_I_3_1).
- (7) Norris JM, Barriga K, Hoffenberg EJ, Et al. Riesgo de autoinmunidad enfermedad celiaca y el momento de la introducción del gluten en la dieta de los bebés en mayor riesgo de enfermedad" JAMA [serie en internet] 2005 [consultado el 11 Oct 2015]; 293: 2343 a 2351.
- (8) Stordal K, Blanca RA, Eggesbo M. La alimentación temprana y el riesgo de la enfermedad celiaca en una cohorte de nacimiento prospectivo. Pediatrics [serie en internet] 2013 Nov [consultado el 1 Nov 2015]; 132: E1202-E1209.
- (9) Vriezanga S, Auricchio R, Bravi E, Castillejo G, Chmielewska A, Crespo Escobar P & cols. Randomized Feeding Intervention in Infants at High Risk for Celiac Disease. N Engl J Med [serie en internet]. 2014 [consultado el 1 Nov 2015]; 371: 1.304-1.315. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1404172>.
- (10) Martínez Rubio, A. Asociación Española de Pediatría. Alimentación complementaria en el primer año del bebé. [consultado 1 Oct 2015; actualizada Mar. 2014]. Disponible en: <http://enfamilia.aeped.es/vida-sana/alimentacion-complementaria-en-primer-ano-bebe>.
- (11) Asociación Española de Pediatría. Cuándo y cómo introducir el gluten. Dudas sobre la lactancia materna para padres. [consultado 1 Oct 2015; actualizada 22 Ene. 2012]. Disponible en: <http://www.aeped.es/foros/dudas-sobre-lactancia-materna-padres/cuando-y-como-introducir-gluten>.
- (12) C. Ribes Koninckx, J. Dalmau Serra, JM Moreno Villares, JJ Díaz Martín, G. Castillejo de Villasante, I. Polanco Allue & cols. La Introducción del gluten en la dieta del lactante. Recomendaciones de la ONU Grupo de Expertos. Anales de Pediatría, Volumen 83, Número 5, Páginas 355.e1-355.e7.
- (13) Asociación Española de Pediatría. ¿Cuándo dar al bebé otros alimentos además del pecho? [consultado 2 Nov 2015; actualizada 4 Sep 2015]. Disponible en: <http://enfamilia.aeped.es/vida-sana/cuando-dar-al-bebe-otros-alimentos-ademas-pecho>.



# Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva

Convoca

# XXIII Certamen de 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 26 de Enero de 2017, 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:

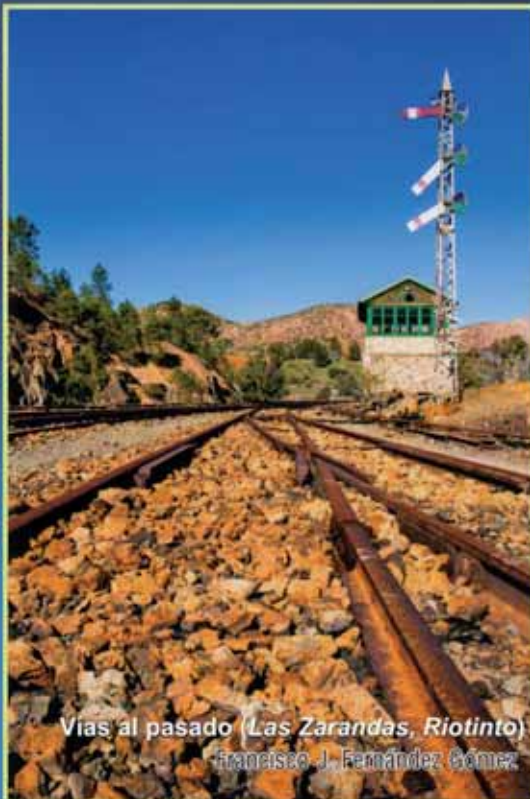
El fallo del jurado lo hará público el secretario del mismo durante la celebración de la Festividad del Patrón de la Enfermería, San Juan de Dios, del año 2017.

### 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.



Vías al pasado (Las Zarandas, Riotinto)  
Francisco J. Fernández Gómez

### 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