

# Documentos

ILUSTRE  
COLEGIO  
OFICIAL DE  
ENFERMERÍA  
DE HUELVA



# enfermería

AÑO XIX

nº 62 junio 2016



**El Colegio  
reclama  
Tolerancia  
cero  
para las  
agresiones  
al personal**

**➤➤ En España faltan 130.000 enfermeras  
para alcanzar la media europea**

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 colegial en verano:

del 15 de junio hasta el 15 de septiembre

De 9 a 14 h.

Horario de la Asesoría Jurídica:

Horario de mañana de lunes a viernes, tras cita

telefónica

Entrevista con el presidente:

Concertar cita

# Sumario

## 3 EDITORIAL

## 5 APROBADA LA OPE AL SAS DE 2016

## 6-11 ABORDAJE TERAPÉUTICO CON PROBIÓTICOS EN MASTITIS SUBAGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

## 12/13 IV CONGRESO NACIONAL DE SALUD MENTAL

## 15 EL PARLAMENTO PIDE CREAR UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

## 16-17 VIOLENCIA CONTRA SANITARIOS

## 18 HOSPITAL OPTIMISTA

## 19 LA JUNTA PROMETE VOLVER A LAS 35 HORAS (EN 2017) Y ABONARÁ LA EXTRA HASTA 2018

## 20-23 CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PORTADOR DE BOTÓN DE GASTROSTOMÍA O SONDA DE GEP

## 24 COMIENZAN SU FORMACIÓN LOS FUTUROS ESPECIALISTAS EN HUELVA

## 25 GUÍAS PARA MEJORAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

## 26 ZARA PAGARÁ LOS EQUIPOS DE RADIOTERAPIA DE LOS HOSPITALES DEL SAS

## 27 3.318 ONUBENSES EN TRATAMIENTO POR DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES

## 28 LA ENFERMERÍA MUNDIAL TIENE UNA CITA EN BARCELONA 2017

## 29 ESPAÑA NECESITA 130.000 ENFERMERAS MAS PARA ALCANZAR LA MEDIA EUROPEA

## 30 HOSPITAL DE RIOTINTO SESIONES DE YOGA A SUS TRABAJADORES

## 31 LA OMS ADVIERTE: EL RIESGO DE ZIKA EN ESPAÑA ES ELEVADO

## 32 CERTAMEN CIUDAD DE HUELVA



## LA VIOLENCIA Y LOS RECORTES: DEBEN ACABAR YA

**Que** la sanidad pública de Huelva sea, en los últimos tiempos, noticia destacada por las denuncias permanentes de sus profesionales a causa de los déficits que la sitúan entre los peores índices de Andalucía, era algo desafortunadamente conocido para cualquier persona mínimamente conectada al pulso sanitario. Sin embargo, faltaba por saber que, además y por si fuera poco, íbamos a ser el escenario donde mas agresiones al personal se están perpetrando, de Andalucía y resto de España, como una realidad ante la que este Colegio Oficial, cumpliendo con su deber y obligación, no puede sino alzar la voz para decir "Basta" del modo mas firme y rotundo que sea posible.

Las agresiones se han venido sucediendo tanto en los centros de primaria como en los hospitales. Tantas que la estadística oficial confirma nada menos que 8 episodios de violencia (ojo: podrían haberse producido algunos mas no denunciados) en lo que llevamos de año cuando, no se olvide, estamos a las puertas del periodo vacacional con mayor presencia de ciudadanos, que acudan a las instalaciones sanitarias. Por eso hay que preguntarse las causas, los motivos, las enormes dudas que afectan a muchos profesionales de enfermería, medicina, auxiliares... incluso la violencia ha existido contra los ¡vigilantes de seguridad!

Como se refleja en páginas interiores, este Colegio es el receptor de semejante estado de inquietud. El área jurídica colegial ha redoblado su actividad para ofrecer asesoramiento, consejos, pautas de actuación a quien ha decidido acudir a esta corporación, algo que bien saben en primera persona los protagonistas involuntarios de este clima indeseable. Nos consta que la delegación de Salud es consciente de que se debe atajar cualquier posibilidad de que se repitan los incidentes y, por lo mismo, aplaudimos la reunión de trabajo que la administración mantuvo con la Comandancia de la Guardia Civil de Huelva para reforzar las líneas de colaboración y avanzar en el camino de garantizar la seguridad de los trabajadores.

El solo hecho de que la Guardia Civil haya acudido a participar en este asunto es la prueba, irrefutable, de que ni estamos exagerando ni de que sea un asunto de índole menor porque la enfermera (o) como cualquier profesional debe acudir a su lugar de trabajo absolutamente libre de presión, liberada de temores, dispuesta a ofrecer sus capacidades al paciente, pero nunca con la duda de tener que protegerse ante los salvajes. Dicho lo cual, el Colegio Oficial de Enfermería quiere que se refuercen cuantas medidas de seguridad existan y que en la sociedad onubense se escuche nuestra voz para exigir una "tolerancia cero" ante un panorama tan frustrante como el que venimos padeciendo sea en centros de Huelva capital como en las poblaciones de Moguer, Isla Cristina, Lepe...

Pero la actualidad también se escribe con otra gran preocupación. En la reciente celebración del Día Internacional de la Enfermería, el Consejo General, por medio de su presidente, no ha dudado en pedir de los gestores sanitarios medidas que restituyan los miles de puestos de enfermería perdidos con la crisis. Máximo González Jurado lo ha evaluado anotando una cifra tan reveladora como apabullante: Si España quiere acercarse a la ratio europea, se necesitan 130.000 enfermeras y enfermeros mas para equilibrar un sector clave de la salud como el nuestro que no debe seguir siendo el motivo del ahorro y de los recortes. Se apliquen desde Madrid o Sevilla. Porque está en juego, ni mas ni menos, la mejor calidad de la atención al paciente por parte del colectivo profesional que vive mas de cerca su realidad. No sea que sigamos perpetuando el lenguaje oficial de alabanzas al cometido de la enfermería pero permanezca una precariedad en la que estamos instalados.

Con la perspectiva de un verano que no sabemos como se planificará en cuanto a cobertura y recursos, con la esperanza de que la enfermería recupere sus derechos perdidos a cargo de la Junta, además de una OPE para el próximo año, DOCUMENTOS... sigue dando cuenta de los logros y avances de los colegiados, de sus esfuerzos de divulgación y mejora en lo que es esencia de una profesión que siempre emerge entre climas -violencia y precariedad- tan adversos como nos rodean.



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.

# APROBADA LA OPE AL SAS DE 2016

- ▶ La convocatoria contempla **1.181** plazas para enfermería entre los turnos libre y promoción interna. Los exámenes, posiblemente en la primavera de 2017.



Huelva.- Redacción

**La** Junta de Andalucía dio luz verde oficial a la Oferta Pública de Empleo (OPE) para el actual año 2016. Por la misma se confirmaron un total de 3.361 plazas de personal sanitario y no sanitario. Esta cifra se ajusta al 100% de la tasa de reposición de vacantes una vez finalizadas las restricciones surgidas de la grave crisis de ámbito nacional. De esa cifra, una gran mayoría (2.502) se incorporan con plaza propia del Servicio Andaluz de salud (SAS) a través del turno libre mientras el resto lo harán por vía de la promoción interna. Enfermería vuelve a ser el colectivo con mayor número de posibilidades: 1.181. Ahora, resta por ver como se va concretando el desarrollo que aguarda de esta convocatoria.

La Junta de gobierno de la Junta de Andalucía, reunida con fecha del pasado 15 de marzo/2016 aprobó la OPE para plazas en el SAS. con un total de 3.361 puestos entre personal sanitario como no sanitario. De esa cifra global la mayor parte (2.502) se podrán incorporar a la sanidad pública de la región mediante el turno libre frente al resto (889) que lo harán por la vía de la promoción interna, A la vez, el 7% de esos puestos (176 del primer tipo y 63 del

segundo) se reservan a personas afectadas con alguna discapacidad.

## CATEGORÍAS

Las plazas en cuestión corresponden a una veintena de categorías con este reparto: Enfermería (1.138 de turno libre y 343 de promoción interna), Matronas (38 y 11), Médicos de Familia (346 y 106), Médicos de familia en servicios de Cuidados críticos y Urgencias (106 y 32), Médicos pediatras (94 y 28) Medicina del Trabajo (5 y 2) Odontología (10 y 3), Farmacéuticos de A.P. (18 y 1), Medicina Nuclear (4 y 1), Radiodiagnóstico (67 y 20), Radioterapia (6 y 2), Técnico en farmacia (15 y 5), Técnico en función administrativa (32 y 32), Técnico medio en función administrativa (15 y 15), Técnico superior en alojamiento (9 y 3), Técnico especialista en mantenimiento de edificios e instalaciones (49 y 49), Auxiliar administrativo (234 y 119), Técnico de mantenimiento en acabados de construcción (5 y 2), Técnico de mantenimiento de madera y mueble (7 y 2), Celador-conductor (101 y 51), Limpiadora (28 y 8), y personal de lavandería y planchado (52 y 16), Técnico especialista en anatomía patológica (14 y 4), Laboratorio (94 y 29), Dietética (3 y 1) y Documentación sanitaria (12 y 4).

Esta OPE, acordada pocos días des-

pués de publicarse el último número de DOCUMENTOS... se corresponde con el planteamiento acordado, en diciembre de 2015, con las organizaciones sindicales con representación en el SAS donde se establecieron las convocatorias bienales tanto de 2016 como para 2017. Las que se deriven del decreto aprobado por la Junta mantendrán los temarios vigentes en el último concurso-oposición celebrado, como se recuerda, meses atrás. Aquellos profesionales del SAS que se presenten mediante el turno de la promoción interna, quedarán exentos de las pruebas del temario común, porque de cuyos contenidos ya se sometieron a examen en su día.

La administración, igualmente, tendrá en cuenta el ejercicio laboral diario y las formación continua que les posibilite, según dio cuenta Salud, "mantener actualizados sus conocimientos". Ahora, todo queda pendiente de como se van desarrollando las fase de esta OPE 2016. De momento, parece adelantarse que serán las matronas andaluzas quienes encabezan el tiempo de realización del examen previsiblemente para antes de finalizar el presente año. Para la enfermería, los cálculos más fiables se estiman en que la convocatoria se fije para el próximo otoño mientras los exámenes podrían tener lugar en la primavera de 2017 (marzo o abril).

# ABORDAJE TERAPÉUTICO CON PROBIÓTICOS EN MASTITIS SUBAGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

## Autoras:

- ▶ ARENAS ORTA, TANIA (1)
  - ▶ CASTRO GUERRERO, CARMEN (2)
  - ▶ PULIDO ARCAS, AMPARO (3)
- Matrona, Hospital Costa de la Luz (Huelva).  
Matrona, Hospital Costa de la Luz (Huelva), Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva).  
Matrona, Hospital Costa de la Luz (Huelva)

## ▶ RESUMEN

### Introducción:

Recientemente se ha observado la existencia de una microbiota específica de la glándula mamaria, en ella se han encontrado bacterias y lactobacillus. Como todas las microbiotas humanas, la mamaria puede alterarse y sufrir un proceso de disbiosis pudiendo conducir a una mastitis infecciosa. Los probióticos son microorganismos vivos que ejercen efectos beneficiosos sobre un hospedador.

### Metodología:

Se presenta el caso de una chica en su primer mes de puerperio con sintomatología de mastitis subaguda, se trata con probióticos y AINES, tras el análisis de un cultivo de la leche materna se decide iniciar antibioterapia. Presenta una recidiva posterior en la que se inicia tratamiento con probióticos y AINES concluyendo el caso satisfactoriamente.

### Conclusiones:

Se ha demostrado que ciertos lactobacilos aislados de leche humana representan una alternativa más eficaz que los antibióticos para el tratamiento de las mastitis, careciendo de sus efectos secundarios. Algunas cepas de *Lactobacillus fermentum*, *Lactobacillus Salivarius* y *Lactobacillus gasseri* son las mejores candidatas para el tratamiento de las mastitis subagudas ya que son eficaces en más del 90% de los casos. La matrona es el profesional clave para prevenir, detectar y tratar las mastitis subagudas y subclínicas.

▶ **PALABRAS CLAVE:** Descriptores: mastitis, lactancia, Lactobacillus, probióticos.

## INTRODUCCION

### La microbiota mamaria

Nuestro cuerpo es el hogar de una cantidad casi inconcebible de microorganismos que en conjunto conforman nuestra microbiota (antiguamente llamada flora). En los últimos años se ha observado la existencia de una microbiota específica de la glándula mamaria, íntimamente ligada al ciclo embarazo-lactancia y plenamente adaptada a las necesidades del lactante durante sus primeros meses de vida. Los beneficios que la leche reporta son fruto de la acción individual o sinérgica de células inmunocompetentes y de muchas moléculas bioactivas presentes en el calostro y en la leche. Se incluyen inmunoglobulinas, ácidos grasos, poliaminas, oligosacáridos, péptidos antimicrobianos, lisozima, lactoferrina y otras proteínas glicosiladas<sup>1</sup>. Además, de ser una buena fuente de estafilocos,

estreptococos, bacterias lácticas, propionibacterias y bifidobacterias, incluyendo a bacterias como la *Escherichia coli*<sup>2, 3</sup> (Tabla 1). Cada una de las bacterias existentes en la leche tiene una función específica, de forma general podemos decir que tales bacterias son esenciales para la absorción de nutrientes, la formación de una barrera frente a patógenos o el desarrollo del sistema inmunitario<sup>4</sup>.

Como todas las microbiotas humanas, la mamaria puede alterarse por diversos factores difíciles de controlar<sup>5</sup> (Tabla 2). Ante estos, si los mecanismos de control de sus poblaciones fallan, las bacterias que están normalmente presentes en la leche pueden alcanzar concentraciones muy elevadas en un tiempo muy breve. Dando lugar a una disbiosis (alteración de la diversidad bacteriana) de la glándula mamaria que puede conducir a una mastitis infecciosa<sup>6</sup>.

Tabla 1: Principales géneros y especies bacterianas aisladas de leche humana

Staphylococcus	Streptococcus	Lactobacillus	Otras BAL <sup>a</sup>	Bifidobacterium	Otras Gram +	Bacterias Gram -
S. capitis S. epidermidis S. hominis S. xylosus S. haemolyticus S. lugdunensis	St. australis St. bovis St. gallolyticus St. mitis St. oris St. parasanguis St. lactarius St. salivarius St. infantis St. peroris St. vestibularis	L. acidophilus L. animalis L. brevis L. crispatus L. fermentum L. gasseri L. gastricus L. paraplantarum L. palntarum L. reuteri L. rhamnosus L. salivarius L. vaginalis	E. durans E. faecalis E. faecium E. hirae E. mundtii L. lactis Lc. citreum Lc. fallax Lc. mesenteroides P. pentosaceus Weissella cibaria Weissella confusa	B. adolescentis B. bifidum B. breve B. catenolatum B. infantis B. longum	Act.o dontolyticus Bacillus pomilus Cor. aurimucosum Cor. coyleae Cor. pseudogenitalium Gemella haemolysins Kocuria Kristinae Kocuria rhizophila Micrococcus luteus Paenibacillus spp. Peptostreptococcus spp. Pr. Acnes Pr. Granulosum Rothia mucilaginoso	Acinetobacter johnsonii Bacteroides spp. Burkholderia multivorans Citrobacter freundii Escherichia coli K.millei K. oxytoca K. pneumoniae Ps. aeruginos Ps.pseudoalcaligenes Ps. synxanthia Ralstonia spp. S. proteamaculans Sphingomonas spp.

<sup>a</sup>Abreviaturas: BAL: bacterias lácticas; Act.: Actinomyces; Cor.: Corynebacterium; E.: Enterococcus; K.: Klebsiella; L.: Lactococcus; Lc.: Leuconostoc; P.: Pediococcus, Pr.: Propionibacterium; Ps.: Pseudomonas; S.: Serratia.

Referencia bibliográfica 6, 7

Tabla 2. Factores predisponentes y protectores para la aparición de mastitis

Factores predisponentes	Factores protectores
Factores que dependen del propio hospedador	Factores que dependen del propio hospedador
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estrés, tabaquismo, alimentación</li> <li>Disminución de la activación de los receptores de tipo Toll en las células presentadoras de antígenos</li> <li>Alteraciones en la producción extracelulares de proteínas que intervienen en las reacciones de estrés celular</li> <li>Inadecuada liberación o función de las lectinas de unión de manosas</li> <li>Concentraciones elevadas de citoquinas proinflamatorias en las secreciones mamarias</li> <li>Concentraciones bajas de citoquinas antiinflamatorias en las secreciones mamarias</li> <li>Postura y técnica de amamantamiento, anquiloglosia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oligosacáridos libres en leche materna</li> <li>Polimorfismos genéticos</li> <li>Altas concentraciones de inmunoglobulinas A, cd14, lactoferrina y lisozima</li> <li>Presencia de péptidos antimicrobianos eucariotas en la leche</li> </ul>
Factores que dependen de las bacterias implicadas	Factores que dependen de las bacterias implicadas
<ul style="list-style-type: none"> <li>Virulencia</li> <li>Formación de biofilms</li> <li>Resistencia a antibióticos</li> <li>Inmunoevasión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existencia de bacterias productoras de péptidos antimicrobianos (bacteriocinas)</li> </ul>
Factores médicos	Factores médicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>Antibióticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alternativas a los antibióticos durante embarazo, parto y lactancia como polifenoles, probióticos.</li> </ul>

### Mastitis infecciosas durante la lactancia

Las mastitis consisten en la inflamación de uno o varios lóbulos de la glándula mamaria acompañada o no de infección. La etiología infecciosa, principalmente *Staphylococcus* y *Streptococcus*<sup>6</sup> es tan elevada que algunos autores definen directamente "mastitis" como un proceso infeccioso de la glándula mamaria que se acompaña de diversos síntomas locales y sistémicos. De hecho, cada vez resulta más evidente que las mastitis se deben a disbiosis<sup>7</sup>.

La mastitis es más frecuente en la segunda y tercera semanas posparto. La incidencia de esta enfermedad oscila, dependiendo de los estudios, entre el 3 y el 33% de las madres lactan-

tes<sup>5</sup>. La diferencia en las cifras se debe, básicamente, a que en los primeros casos únicamente se consideran las mastitis agudas mientras que en el segundo se incluyen también las subagudas.

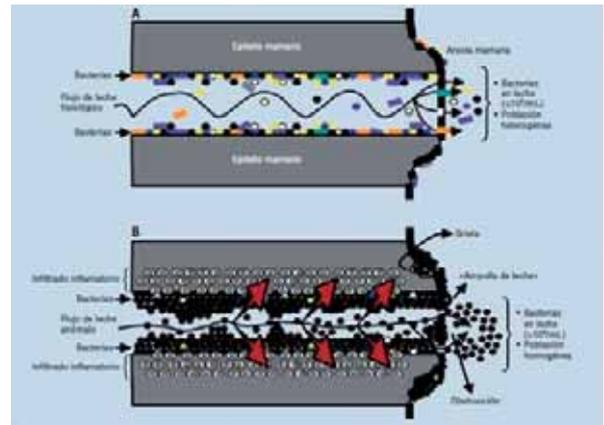
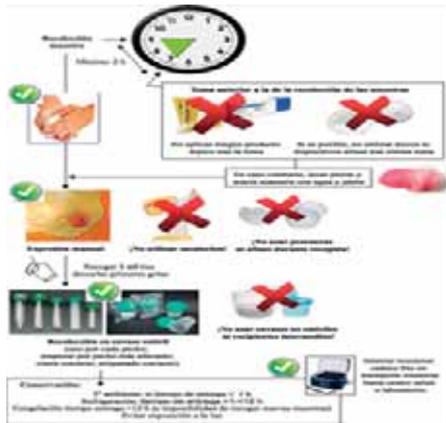
En general, se pueden distinguir diversos tipos de mastitis infecciosas durante la lactancia, que difieren en su etiología, patogenia, sintomatología y tratamiento como se muestra en la tabla 3.

La mejor manera de diagnosticar una mastitis infecciosa es realizando un análisis microbiológico de la leche de ambos pechos<sup>7</sup> (Figura 1).

Tabla 3: Tipos de mastitis, agentes etiológicos, sintomatología y tratamiento propuesto

Tipo	Principales agentes etiológicos	Sintomatología	Tratamiento
Agudas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Staphylococcus aureus</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enrojecimiento</li> <li>• Aumento del tamaño del pecho</li> <li>• Zonas de induración</li> <li>• Disminución de la secreción de la leche</li> <li>• Síntomas similares a la gripe (fiebre, dolores musculares, articulares, escalofríos...)</li> <li>• Abscesos</li> <li>• Presencia o ausencia de grietas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibiótico:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amoxicilina/ác. Clavulánico (1000/62,5mg; cada 8-12 h; 7-10 días)</li> <li>- Cefalosporinas</li> </ul> </li> <li>• Probióticos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>L. salivarius</i>, <i>L. fermentum</i> (1x10<sup>9</sup> ufc, 3 veces día; 14-21 días)</li> </ul> </li> <li>• Antiinflamatorios:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si fiebre: alternar paracetamol e ibuprofeno (600 mg-1g; 2-4 veces/día; 7 días)</li> <li>- No fiebre: ibuprofeno (600mg-1g, 2-4 veces/día; 7 días)</li> </ul> </li> </ul>
Subagudas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Staphylococcus epidermidis</i></li> <li>• <i>Streptococcus mitis</i></li> <li>• <i>Streptococcus salivarius</i></li> <li>• <i>Rothia</i> spp.</li> <li>• <i>Corynebacterium</i> spp.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor en el pecho (pinchazos, calambres, sensación de quemazón)</li> <li>• Zonas de induración en el interior del pecho</li> <li>• Disminución en la secreción de la leche, gotea</li> <li>• Niños: tomas largas y/o frecuentes. Amamantamiento agresivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibiótico:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sólo en caso de ser ineficaz el tratamiento con probióticos</li> <li>- Ciprofloxacino (700mg; cada 12 h; 7-10 días)</li> </ul> </li> <li>• Probióticos: tratamiento de elección junto a antiinflamatorios               <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>L. salivarius</i>, <i>L. fermentum</i> (1 x 10<sup>9</sup> ufc, 3 veces día; 14-21 días)</li> </ul> </li> <li>• Antiinflamatorios:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- ibuprofeno (600mg-1g, 2-4 veces/día; 7 días)</li> </ul> </li> </ul>
Subclínicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Staphylococcus epidermidis</i></li> <li>• <i>Streptococcus mitis</i></li> <li>• <i>Streptococcus salivarius</i></li> <li>• <i>Rothia</i> spp.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de dolor</li> <li>• Resto similar a las subagudas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Probióticos: igual que para las mastitis agudas/subagudas</li> <li>• Antiinflamatorios:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- ibuprofeno (600mg-1g, 1-2 veces/día; 7 días)</li> </ul> </li> </ul>

Referencia bibliográfica 7



### Mastitis subagudas

En muchas ocasiones el síntoma dominante es un dolor intenso, típicamente en forma de “pinchazos”, referido como “cristales”, “agujas” con calambres ocasionales y sensación de quemazón. Al no acompañarse de enrojecimiento local ni de síntomas generales como la fiebre, confunde frecuentemente el diagnóstico y provoca que se trate de un problema tan infravalorado como infradiagnosticado.

En este caso, el problema se debe a un sobrecrecimiento de ciertas especies de estafilococos (*S. epidermidis*), estreptococos (*St. mitis* o *salivarius*) y algunas especies del género *Corynebacterium*<sup>7</sup>. Todas ellas a diferencia del *S. aureus*, son habituales en la glándula mamaria durante la lactancia pero a concentraciones muy moderadas (<10<sup>3</sup> ufc/ml), jugando papeles muy beneficiosos para el niño sin suponer ningún problema para la madre<sup>8</sup>.

A esas concentraciones, estas bacterias se disponen formando una fina capa concéntrica en el interior de los conductos (biofilms), permitiendo un flujo completamente normal de leche (figura 2). La presión de la leche al salir hace que algunas de estas bacterias se pongan en suspensión en este fluido. De esta manera, la microbiota intestinal del lactante refleja la existente en la leche materna<sup>8</sup>.

Hay ciertos factores<sup>5</sup> (Tabla 2) que hacen que las bacterias crezcan a concentraciones por encima de las fisiológicas y conduzcan a una mastitis subaguda. A diferencia de *S. aureus*, las especies implicadas en estos casos no sintetizan toxinas por lo que no pueden provocar ni un cuadro local agudo ni síntomas sistémicos. Parece ser que existe una cepa de *S. aureus* con la mitad de los genes responsables de la producción de toxinas y otros factores de virulencia<sup>9</sup>,

En este caso, el dolor se debe a que el sobrecrecimiento de las bacterias forma excesivos biofilms (Figura 2). Conduciendo por una parte, a la inflamación del epitelio mamaria (al soportar una densidad bacteriana mayor de lo normal) y, por otra, a que la leche tenga que pasar por un conducto cada vez más

estrecho, ejerciendo mayor presión. Estos dos aspectos son los que originan dolor intenso en forma de “pinchazos” y calambres<sup>7</sup>.

Puede llegar un momento en el que el número de capas bacterianas obturen por completo los conductos galactóforos produciéndose una ingurgitación que empeora los síntomas locales. Frecuente, este hecho proporciona a la madre la falsa sensación de que la producción de leche ha disminuido; sin embargo, lo que se afecta es la secreción. La disminución del caudal de leche tiene dos efectos sobre el niño: (a) que las tomas sean más largas y/o más frecuentes, y (b) que el niño se muestre enfadado, succionando agresivamente y tirando del pezón.

En ocasiones, cuando estas obstrucciones ocurren en los propios orificios del pezón, se forman las llamadas “ampollas o perlas de leche” integradas por una matriz de calcio recubierta de bacterias.

### METODOLOGÍA

#### Anamnesis

Se presenta el caso de una mujer de 32 años de edad, se encuentra en su primer mes de puerperio. El curso de su embarazo fue totalmente normal tanto ecográficamente como analíticamente. El cultivo rectovaginal para *Streptococcus agalactiae* resultó negativo. No requirió administración de antibióticos durante el embarazo.

El trabajo de parto se inicia de manera espontánea a las 39 semanas y 5 días y finalizó con unos fórceps, ocasionando desgarro de grado IV en la madre y parálisis braquial en el recién nacido. De igual manera no requirió antibioterapia durante este proceso.

Ha estado ingresada 21 días tras el parto, con la administración de antibióticos intravenosos tipo penicilinas y B-lactámicos con la complicación de una flebitis en la flexura de la muñeca izquierda por catéter periférico.

## Valoración general

La paciente acude a la consulta de la matrona con la siguiente sintomatología de 4 días de evolución:

- Pecho izquierdo ingurgitado y el derecho con zonas de induración.
- Dolor intenso, más acusado en el pezón de la mama izquierda. Tipo pinchazos, sensación de quemazón, agujas.
- Pezones enrojecidos que alivia con aceite de oliva.
- Ampolla de leche en el pezón izquierdo.
- Bebé más irritado al pecho, haciendo una succión más agresiva.
- El bebé presenta candidiasis oral (Muguet) en tratamiento con antifúngicos.

La paciente presenta un cuadro grave de ansiedad y estrés postraumático.

Este cuadro había llevado a la madre a pensar en el destete.

## Diagnóstico

La paciente presenta un cuadro de mastitis subaguda con recidiva posterior.

## Intervención

Se decide comenzar con tratamiento probióticos a base de *Lactobacillus fermentum* a razón de 3 veces al día en combinación con AINES a dosis de 3 veces al día. A partir del 4º día 1 comprimido cada 12 horas y a partir del 7º día 1 cada 24 horas. A la semana se decide solicitar el análisis de un cultivo de leche materna al servicio de microbiología de Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva ya que la paciente refiere la persistencia del dolor, habiendo desaparecido el resto de síntomas. Los resultados del cultivo son los siguientes: aparecen diversas colonias de escasa cuantificación de *Staphylococcus epidermidis* y *Streptococcus mitis* (>1000 ufc/mL), *Staphylococcus aureus* (<500 ufc/mL) y *Cándida Albicans* (<100 ufc/MI).

Se solicita una interconsulta con su médico de referencia para la prescripción de antibioterapia. Habiéndole prescrito Amoxicilina-Ac.Clavulánico a razón de 1 comprimido cada 8 horas durante siete días.

La matrona le recomienda:

- Suspender probióticos y reiniciarlos 3 días antes de terminar con el tratamiento antibiótico (para empezar a reponer la microbiota mamaria), 1 comprimido cada 8 horas.
- Desde el 4º día y hasta el 7º incluido 1 comprimido cada 12 horas.
- Desde el 8º al 21º día 1 comprimido al día.
- AINES 1 cada 8 horas (o a demanda)
- Aplicación de frío local después de las tomas.
- Aceite de oliva en pezones y airearlos.

A los dos días de iniciado el antibiótico comienza a ceder paulatinamente el dolor.

## Resultados

Ante la leve mejoría que experimenta la paciente no termina el tratamiento con probióticos hasta los 21 días (tan solo completa 15 días). Con lo que la microbiota no ha podido equilibrarse de manera adecuada y siguen en sobrecrecimiento las bacterias, por lo que aparece un nuevo cuadro de mastitis subaguda a las 3 semanas del primer episodio.

## Evaluación/Seguimiento

La paciente vuelve a acudir a la consulta de la matrona a las 3 semanas de la primera consulta presentando la misma sintomatología, a diferencia de que el recién nacido no presenta Muguet ni sospecha de candidiasis oral. Se decide:

- Iniciar tratamiento con probióticos (*L. fermentum*) a razón de 1 comprimido cada 8 horas durante 3 días.
- Desde el 4º día hasta el 21º día 1 cápsula cada 12 horas.
- AINES 1 cada 8 horas o a demanda.
- Emplear posición de balón de rugby durante el amamantamiento para drenar el cuadrante inferior izquierdo de la mama izquierda que es el que presenta más ingurgitado
- Resto igual.
- Se citó a la paciente en consulta a los 3 días para conocer evolución. No se considera el análisis de un nuevo cultivo de leche materna por comenzar a ceder el dolor a los 3 días de iniciado el tratamiento. Se vuelve a recitar a los 7 días, en esta ocasión el dolor casi ha cedido por completo. A los 21 días nos vemos de nuevo con la señora; a finalizado la pauta probiótica de forma correcta. A los dos meses volvemos a entrevistarla, no habiendo sucedido ningún otro episodio de mastitis, dándose por finalizado el seguimiento de la paciente.

## CONCLUSIÓN/DISCUSSION

Es bien conocido que el uso de antibióticos puede favorecer la aparición de mastitis agudas pero, sobre todo las de subagudas<sup>10</sup>. Determinación poco considerada por el colectivo prescriptor de dichos medicamentos, ya que en España la exposición a antibióticos alrededor del parto es bastante frecuente<sup>10</sup>. Desde tratar una cistitis a emplearlos como protocolo en las cesáreas para evitar infecciones postquirúrgicas, sin olvidarnos de su administración intraparto en el caso de señoras EGB positivos.

Todas estas prácticas de ligera prescripción conlleva ciertos efectos secundarios para la madre y para el recién nacido. En el caso de la madre produce disbiosis en sus microbiotas intestinal, vaginal y mamaria, siendo un factor de riesgo para el desarrollo de mastitis durante la lactancia<sup>2,10</sup>.

Los probióticos son microorganismos vivos que ejercen efectos beneficiosos sobre un hospedador y tienen diversas aplicaciones reales o potenciales en el binomio madre-hijo<sup>8</sup>.

Recientemente dos ensayos clínicos han demostrado que ciertos lactobacilos aislados de leche humana representan una al-

ternativa más eficaz que los antibióticos para el tratamiento de las mastitis<sup>2,10,11</sup>, careciendo de los efectos secundarios de aquellos (candidiasis, trastornos digestivos...). En general, algunas cepas de *Lactobacillus fermentum*, *Lactobacillus Salivarius* y *Lactobacillus gasseri* parecen ser una buena opción para el tratamiento y prevención de las mastitis agudas y las mejores candidatas para el tratamiento de las mastitis subagudas<sup>11,12,13</sup>, ya que son eficaces en más del 90% de los casos (Tabla 3). Suponen la primera elección en esta patología por: (a) disminuir la sensación e intensidad del dolor, (b) ayuda a restablecer el equilibrio de la flora mamaria y (c) reduce la tasa de recurrencias<sup>11,12,13</sup>. Además de ser un tratamiento inocuo y natural. Por ello, sería importante reconsiderar dichas prácticas y actualizar los protocolos pertinentes para con la gestante, parturienta y puérpera.

La matrona es el profesional clave para prevenir, detectar (precozmente o no) y tratar las mastitis subagudas y subclínicas<sup>13</sup>, ya que estas últimas son los más frecuentes y los que causan más destetes no deseados<sup>5,7</sup> y en consecuencia, merecen una atención especial. Además, si no se tratan adecuadamente, todas las mastitis pueden devenir en cuadros recurrentes y, en el caso de las mastitis subagudas, pueden convertirse en mas-

titis crónicas. Además, el tratamiento incompleto de una mastitis aguda puede conducir a una mastitis subaguda<sup>5</sup>.

Este hecho requiere de personal actualizado y formado en este tipo de dolencias y su tratamiento con probióticos por tres aspectos importantes: (1) el dolor de origen desconocido supone una de las primeras causas de abandono precoz de la lactancia materna, (2) un tratamiento incompleto o inadecuado puede desembocar en recidivas, como en el caso de esta paciente y (3) para dejar de tratar las mastitis subagudas como candidiasis mamaria, ya que la glándula mamaria no es precisamente un ecosistema adecuado para su crecimiento<sup>14</sup>.

Las revisiones bibliográficas de los casos de mastitis atribuidos a *Cándida* demuestran la falta de evidencias para llegar a tal diagnóstico<sup>14</sup>. *Cándida Albicans* es el agente causal de la candidiasis oral (Muguet) en niños y de la candidiasis vaginal en mujeres.

Los probióticos deberían formar parte del botiquín de primeros auxilios de una matrona para la prevención<sup>13</sup> y tratamiento de las mastitis subagudas contribuyendo así a disminuir las tasas de abandono precoz de la lactancia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Newburg DS. Innate immunity and human milk. *J Nutr* 2005; 135:1308-12.
2. Fernández L, Arroyo R, Espinosa I, Marín M, Jiménez E, Rodríguez JM. Probiotics for human lactational mastitis. *Benef Microbes*. 2014 Jun 1; 5(2):169-83.
3. Martin R, Heilig HG, Zoetandal EG, Jiménez E, Fernández L et al. Cultivation-independent assessment of the bacterial diversity of breast milk among healthy women. *Res Microbiol* 2007a; 158:31-7.
4. Fernández L, Langa S, Martín V, Maldonado A, Jiménez E, Martín R et al. The human milk microbiota: origin and potential roles in health and diseases. *Pharmacol Res*. 2013 Mar; 69(1):1-10.
5. Spencer J. Management of mastitis in breastfeeding women. *Am Fam Physician*. 2008 Sep 15; 78(6):727-31.
6. Delgado S, Arroyo R, Martín R, Rodríguez JM. PCR-DGGE assessment of the bacterial diversity of breast milk in women with lactational infectious mastitis. *BMC Infect Dis*. 2008 Apr 18; 8:51.
7. Fernández L, Arroyo R, Cárdenas N, Carrera M, De Andrés J, Delgado S et al. Mastitis el lado oscuro de la lactancia. Microbiota mamaria: de la fisiología a la mastitis. Madrid: Angelini Farmacéutica, SL; 2014.
8. Bergmann H, Rodríguez JM, Salminen S, Szajewska H. Probiotics in human milk and probiotic supplementation in infant nutrition: a workshop report. *Br J Nutr*. 2014 Oct 14; 112(7):1119-28.
9. Delgado S, Arroyo R, Jiménez E, Marín ML, del Campo R, Fernández L et al. Staphylococcus epidermidis strains isolated from breast milk of women suffering infectious mastitis: potential virulence traits and resistance to antibiotics. *BMC Microbiol*. 2009 May 7; 9:82.
10. Arroyo R, Martín V, Maldonado A, Jiménez E, Fernández L, Rodríguez JM. Treatment of infectious mastitis during lactation: antibiotics versus oral administration of Lactobacilli isolated from breast milk. *Clin Infect Dis*. 2010 Jun 15; 50(12):1551-8.
11. Jiménez E, Fernández L, Maldonado A, Martín R, Olivares M, Xaus J, et al. Oral administration of Lactobacillus strains isolated from breast milk as an alternative for the treatment of infectious mastitis during lactation. *Appl Environ Microbiol*. 2008 Aug; 74(15):4650-5.
12. Maldonado-Lobón JA, Díaz-López MA, Carputo R, Duarte P, Díaz-Ropero MP, Valero AD et al. Lactobacillus fermentum CECT 5716 Reduces Staphylococcus Load in the Breastmilk of Lactating Mothers Suffering Breast Pain: A Randomized Controlled Trial. *Breastfeed Med*. 2015 Nov; 10(9):425-32.
13. Fernández L, Cárdenas N, Arroyo R, Manzano S, Jiménez E, Martín V et al. Prevention of Infectious Mastitis by Oral Administration of Lactobacillus salivarius PS2 during late pregnancy. *Clin Infect Dis*. 2016 Mar 1; 62(5):568-73.
14. Hale TW, Bateman TI, Finkelman MA, Barends PD. The absence of *Candida albicans* in milk samples of women with clinical symptoms of ductal candidiasis. *Breastfeed Med* 2009; 4:57-61.

# IV CONGRESO NACIONAL DE SALUD MENTAL, FEAFES-HUELVA



El secretario del Colegio, Martín Vázquez, junto a la galardonada M<sup>a</sup> del Prado Ávalo

Huelva.- Redacción

**L**a Asociación de familiares y personas con enfermedad mental, Feafes-Huelva, celebró la cuarta edición del Congreso Nacional de Salud Mental que, bajo el lema "Ponte en mi lugar. Conecta conmigo" convocó a una numerosa asistencia en la Universidad de Huelva con el objetivo de intercambiar información, formación y sensibilización para los colectivos directamente implicados: personal de enfermería, social, jurídico, educadores y familiares y pacientes mentales. Entre otras entidades el Colegio Oficial de Enfermería de Huelva hizo entrega de un reconocimiento específico que sirvió para distinguir la aportación a cargo de María del Prado Ávalo Rey, por una comunicación presentada bajo el título "Adicción a las TIC. Un estudio sobre población adolescente".

El IV Congreso nacional de Salud Mental convocado por Feafes-Huelva contó con el respaldo de más de 500 inscripciones procedentes de la mayoría de regiones de España. El acto inaugural, celebrado en la Facultad de Enfermería, contó con el respaldo y presencia de distintas autoridades entre ellas el De-

legado de Salud, Rafael López, junto a la presidentas de Feafes-Andalucía, Concha Cuevas y Feafes Huelva, Josefa Ruiz; junto a representantes del Ayuntamiento y Diputación. Desde la mesa inaugural se destacó que este Congreso se ha ganado por derecho propio un lugar preferente "para el intercambio y reflexión multidisciplinar" de aquellas experiencias más importantes que inte-

este ámbito sanitario y las unidades de atención en salud infanto-juvenil. También se desarrollaron talleres y una Mesa redonda alrededor del lema que presidió el Congreso: "Ponte en mi lugar, conecta conmigo". En ella se pudieron escuchar, entre otras, las opiniones de personas víctimas de la enfermedad mental quienes relataron algunos aspectos de su vida en el día a

## ► Bajo el lema "Ponte en mi lugar. Conecta conmigo", el Colegio de Enfermería premia una comunicación de María del Prado Ávalo

resan por igual tanto a los profesionales como a los familiares del paciente de salud mental. El objetivo que se persiguió en este foro fue doble. De un lado, la mejora de los servicios de salud mental y, de otro, la calidad de vida de estos enfermos.

A lo largo de los dos días de duración del Congreso, se fueron abordando parcelas tales como la promoción de la salud mental, el empleo y la salud mental, la actualización jurídica en

día con aportaciones "no distorsionadas y sensacionalistas" evitando de esta forma "mostrar estigmas y estereotipos" que deben ser superados desde el conocimiento y el rigor, por parte de los profesionales, actuantes.

### PREMIO DEL COLEGIO

Por lo mismo, las aportaciones de los distintos colectivos implicados en la atención del paciente de salud mental ocuparon un atractivo más del

foro por cuanto se presentaron comunicaciones tipo poster en nombre de las titulaciones de enfermería, psicología, y trabajo social. Los respectivos Colegios Oficiales apoyaron esta innovación con sendos premios. Por parte del organismo colegial de enfermería de Huelva la persona distinguida fue María del Prado Ávalo Rey por su comunicación titulada "Adicción a las TIC. Un estudio sobre población adolescente". El secretario del Colegio Martín Vázquez hizo la entrega en nombre de nuestra corporación provincial.

La decidida vocación de ser socio de FEAFES, tanto a nivel andaluz como onubense quedó reflejada con el anuncio de que, a partir de ahora, sus responsables ya están trabajando en la organización de la próxima edición del Congreso la cual está prevista se celebre para la primavera (abril o mayo) del próximo año 2017. Y siempre con la misma finalidad, contribuir, con el esfuerzo de profesionales y familiares, a la mejora de la calidad de vida de las personas enfermas de salud mental.

## NUEVAS TERAPIAS Y MEJORAS

Una de las intervenciones más interesantes del Congreso fue la del Dr. profesor Emilio Moreno, del departamento de Psicología clínica, experimental y social quien habló de las nuevas "estrategias y herramientas para operar en las conductas más complejas". El experto sostuvo que es una ventana para llegar a intervenir en numerosos frentes: problemas de pareja, trastornos emocionales, ansiedad, fobias, miedos, trastornos en la alimentación e incluso síndromes más profundos como la esquizofrenia.

Por parte del profesor de enfermería Juan Gómez fue destacada su intervención en el taller sobre "la mejora continua profesional en salud mental, incorporando la evidencia científica a la hora de tomar decisiones en la práctica clínica".



El mejor broche para el Congreso de Feafes-Huelva



DESCUBRA NUESTRAS  
**COBERTURAS  
EXCLUSIVAS**

PENSADAS  
PARA USTED  
Y SU HOGAR

Hasta un

**25%<sup>\*</sup>**  
dto.

en su **Seguro de Hogar**

LA LLAVE DE LA SEGURIDAD DE SU CASA

- ✓ MANITAS DEL HOGAR
- ✓ MANITAS DE ASISTENCIA
- ✓ MANITAS TECNOLÓGICO
- ✓ ASISTENCIA INFORMÁTICA



LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

**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

# EL PARLAMENTO PIDE CREAR UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

Huelva.- Redacción

**L**a iniciativa de la sociedad civil andaluza va a hacer posible que en la sanidad pública se creen Unidades de Cuidados paliativos pediátricos. Las miles de firmas recogidas por un grupo de padres afectados volcados en lograr que los menores mueran en sus domicilios atendidos por equipos de médicos y enfermeras especializados han encontrado respaldo en el Parlamento regional al objeto de que el SAS ponga en marcha este servicio que permita a los niños una muerte digna en sus casas, con los suyos, permitiendo, además, un importante ahorro de sufrimiento y, por qué no, de recursos económicos que suponen la hospitalización.

El Parlamento de Andalucía dio luz verde, por unanimidad de todos los grupos políticos, a una Proposición no de ley presentada por el PP en la que pedía a la Junta se cree "a la mayor brevedad" una Red andaluza de cuidados paliativos pediátricos en los hospitales de la región como en los hogares de los pacientes que garantice la obligada igualdad para toda la población. Los cinco grupos parlamentarios dieron su aprobación y, en consecuencia, la citada Red ira incorporando Unidades funcionales referentes en los Cuidados pediátricos.

La culpa, por así decir, la tuvo la iniciativa de un grupo de padres encabezado por José Balbino González, profesor en un Instituto de Bonares, que impactado



► **La iniciativa de familias afectadas reúne mas de 87.000 firmas para evitar que los menores fallezcan en los hospitales**

por la muerte del amigo de su hijo entendió que debía actuar para lo cual no dudó en ponerse a recoger firmas que acabaron dando los mejores resultados. En total, Balbino González llevó hasta el Parlamento de la comunidad un total de 87.665 firmas recogidas entre familiares, sanitarios, peñas, clubes y personas anónimas que entendieron la importancia de la petición. Al docente de Bonares le ocupó todo su tiempo libre sacar adelante una empresa que lograra algo que no existe en Andalucía, (si en otras regiones) aunque la idea estaba escrita en una pro-

puesta de hace años que, desafortunadamente, se quedó en el limbo de las frustraciones.

## MÉDICOS Y ENFERMERAS

La atención domiciliar que ofrecerán estas Unidades de Cuidados paliativos pediátricos correrán a cargo de médicos y enfermeras formados en este ámbito acudiendo al domicilio del enfermo y aportando consejos a los padres. Los equipos estarían alerta los 365 días al año y las 24 horas del día asegurando la continuidad asistencial a los menores ante un trance semejante. La idea de la Plataforma ciudadana también contempla que se desarrolle un modelo integral a los niños en sus domicilios. Por eso, esperanzado, González Redondo resumía su ánimo confiando que "esta vez la Junta si actúe".

En una primera etapa, hospitales de Sevilla y Málaga serán los pioneros en poner en pie estas Unidades que, además, darán cobertura en las provincias occidentales y orientales andaluzas y eviten lo que ahora es una penosa realidad: la inexistencia de estas unidades supone que el 80% de los niños fallecen en el hospital. Por el contrario, en las regiones donde ya funciona se invierte la proporción y solo el 20% de los menores muere en el hospital. La Plataforma de familias afectadas liderada por José Balbino González hizo bien en señalar que con esta atención domiciliar se ahorra un importante caudal de sufrimiento en los padres y un ahorro económico en la sanidad pública al evitarse la hospitalización.

# EL COLEGIO RECLAMA "TOLERANCIA CERO"

► Eva Lorenzo, abogada:

**"Algunos no entienden que de los recortes no tiene culpa el profesional"**

Huelva.- Redacción

**E**l área jurídica del Colegio Oficial de Enfermería de Huelva quizá sea el lugar donde más se ha detectado el aumento de la violencia del usuario durante los últimos meses en la geografía provincial. Así lo confirma su responsable, la abogada Eva Lorenzo quien se muestra claramente partidaria de ahondar en lo que llama "cultura de la tolerancia cero" para los agresores. Denuncia que "hoy día sale gratis insultar a una enfermera" acaso porque, indica, "con la reforma del Código Penal estas situaciones no están protegidas".

Camino de cumplir dos décadas al frente del departamento jurídico del Colegio, Eva Lorenzo empieza admitiendo que "con diferencia, este año se distingue por la existencia de una agresividad de algunos ciudadanos al personal sanitaria francamente desconocida. Sea en términos verbales o en violencia física, lo que está sucediendo en Huelva no es de recibo". Para esta letrada, muchas serían las causas que han dado lugar a una deprimente realidad:

"Siendo éste un problema con muchas aristas, yo diría que la reforma del Código Penal despenalizó los insultos y pudo ser el punto de partida. Pero de ahí se ha pasado a la agresión física. Mi labor consiste en que la enfermera o enfermero víctima de cualquier ataque no dude un instante en informarnos de lo sucedido y que de común acuerdo, pongamos en marcha su derecho y amparo a una legítima defensa. Como abogada lucho para que estos sucesos sean considerados como atentados a la autoridad como un objetivo preferente que ayudaría a mejorar este contexto".

Eva Lorenzo confiesa haber detectado, en la privacidad de su despacho, "un clima de inquietud en la profesión. Sobre todo, la que trabaja en la atención primaria. Los centros no disponen de vigilancia privada y el personal se encuentra en la problemática de defenderse con sus propios medios. Esto, que antes era algo esporádico, ha pasado a ser una realidad demasiado frecuente con todo lo que conlleva. Y sí, en numerosas veces he escuchado "voy a trabajar con miedo" lo cual es sencillamente espantoso y ante lo que la sociedad no debe quedar impasible sino todo lo contrario".

## PROFESIÓN VOCACIONAL

Ahora mismo, la asesoría jurídica "tiene abiertos varios frentes para que, ante los Tribunales, se depuren las responsabilidades que en justicia correspondan con determinadas actitudes impresentables de usuarios de la sanidad. Yo me niego a ver este panorama como algo normalizado porque debemos, todos, trabajar por inculcar una cultura donde impere la tolerancia cero con el agresor. No valen medias tintas ni justificaciones. La enfermería es una profesión volcada al máximo con el paciente y en ningún caso se puede compadecer la agresión, verbal o física".

Eva Lorenzo entiende que "vivimos unas épocas de recortes y algunos creen que la existencia de demoras, colapso en consultas, etcétera es culpa del profesional; la gente olvida que esos recortes también están afectando a la enfermería porque el personal es un "recortado" más. Lamentablemente, algo tan sencillo no lo entienden muchos ciudadanos y la con-



Eva Lorenzo, abogada del Colegio de Enfermería

secuencia es de todos conocida. Porque no es asumible, ni normal que en cosa de pocos meses hayamos tenido atentados en Huelva capital, Moguer, Cartaya, Isla Cristina, ...". Y cuando se le pregunta si todos los casos son objeto de denuncia, Lorenzo responde con sinceridad: "No, porque eso es una decisión que debemos respetar en quien decide tomar esa postura desde su libertad personal".

Por lo mismo, la abogada del Colegio insiste en que "ante cualquier problema de esta naturaleza la enfermera o enfermero no debe dudar en personarse en nuestra sede. Aquí van a encontrar apoyo jurídico, asesoramiento, respaldo y cobertura. Y no solo cuando se haya producido una agresión física. El personal no está para recibir actos violentos. Todos sabemos como han cambiado las cosas cuando, años atrás, el profesional era admirado y respetado. Aceptando que ese clima se ha deteriorado, nuestra obligación es denunciar cualquier incidencia porque la enfermería no debe sufrir un caso más. El Colegio y esta asesoría jurídica está a disposición de toda la profesión en Huelva".

# "CERCA DE CERO" CON LAS AGRESIONES

## ► Gonzalo García: "Las agresiones a los profesionales son tan cobardes como intolerables"

**E**l Colegio Oficial de Enfermería de la provincia de Huelva quiere dejar denuncia expresa ante lo que considera un "lamentable clima de violencia en todo este año y con escenario en los centros sanitarios onubenses" que se han manifestado con una reiteración lamentable de atentados al personal de todas las categorías, incluidas la de enfermería, que, como asegura el presidente Gonzalo García, "no contribuye en manera alguna a asegurar la mejor atención al paciente y si a poner en riesgo algo tan esencial como es la actuación profesional por extender una capa de inseguridad y temor entre el colectivo sencillamente insoportable e intolerable". En lo que llevamos de 2016, la provincia de Huelva contabiliza ocho casos de violencia contra trabajadores de todos los niveles: médicos, enfermeras, celadores e, incluso, guardias de vigilancia.

Las agresiones, sean físicas o verbales, que durante los últimos meses se han extendido por centros sanitarios de la provincia -desde las Urgencias del Juan Ramón Jiménez y centro de Salud Adoratrices- de la capital a los sucedidos en Lepe, Moguer, Isla Cristina o Cartaya, han significado la lógica alarma y preocupación entre las enfermeras y enfermeros de la provincia que, sin dudarlo, ratifica Gonzalo García, "han acudido en un importante número al Colegio para recabar el pertinente asesoramiento jurídico con el que actuar ante estos desgraciados episodios".

### INTOLERABLE

Es por ello que el Colegio, a través de su Junta de Gobierno, no ha dudado en manifestar "nuestra mas firme repulsa y protesta ante la reiteración de los casos de violencia, da igual que sea física o verbal, contra el personal sanitario en general

y, obviamente, con los que han sido objeto las compañeras y compañeros de la profesión". Por lo mismo, el responsable de la corporación colegial afirma que "no se puede tolerar una sola incidencia mas de estas características, impropias de una sociedad que se dice moderna y civilizada pero que, lamentablemente, en ocasiones se comporta de un modo muy alejado de las coordenadas de convivencia, respeto y educación mínimamente exigibles en el siglo XXI".

Desde el Colegio Oficial, se confirma un estado de "enorme inquietud" en el conjunto de la enfermería onubense porque, como agrega el presidente, "cuando se consuma un acto de violencia, sea física o verbal, la agresión no supone solamente un serio problema para la víctima que lo sufre sino que, además, produce una sensación de impotencia y temor que trasciende de forma inapelable al resto del colectivo. Es por ello que desde el área jurídica colegial estamos dando las respuestas oportunas que, en el campo de la defensa legal del afectado, proceda y de común acuerdo con la enfermera o enfermero agredidos para asegurar, primero, la protección de nuestros colegiados y, a la vez, la exigencia de las responsabilidades a que hubiera lugar mediante las pertinentes reclamaciones ante los Tribunales que, insisto, tenga a bien promover el colegiado con el asesoramiento del área jurídica del Colegio".

### CONDENA

Por lo mismo, el presidente de la enfermería onubense no ha vacilado en expresar "la mas firme de las condenas por todo lo que está sucediendo en la sanidad provincial y que ha convertido al profesional en un claro objetivo de personas indeseables que acaban consumando unas actitudes y comportamientos sencillamente incívicos y condenables".



Gonzalo García,  
presidente del Colegio de Enfermería

Además, Gonzalo García insta a la Consejería de Salud y el SAS que "en previsión de nuevas amenazas, potencie y refuerce en grado máximo cuantas medidas de protección están contempladas en el Protocolo de prevención de ataques a su plantilla porque la situación así lo demanda. Nos consta el apoyo de la Guardia Civil ante esta situación porque la Huelva sanitaria no puede seguir siendo noticia, ni un día mas, por esta sucesión de agresiones y violencia que se repiten tanto en el nivel de la atención primaria como en la especializada".

García Domínguez concluía afirmando: "No se trata de propiciar ningún tipo de alarmismos sino de dejar patente nuestro rotundo rechazo a todo lo que está sucediendo. El hecho, irrefutable, de que en los primeros meses del año se hayan contabilizados, al menos oficialmente, ocho episodios de violencia en hospitales y centros de salud no puede dejarnos indiferentes ante lo que constituye un serio problema donde la sociedad en su conjunto y la administración sanitaria en particular deben trabajar para buscar su erradicación. La enfermería, en ningún caso, ha de acudir a desarrollar su cometido con miedo o recelos ante una posible situación de violencia. Porque si tal ocurre, vamos a perder todos, el paciente y la propia sociedad. Porque el personal de enfermería, en definitiva, solo quiere cuidar y atender lo mejor que sabe a quien lo necesita".



# LA PEDIATRÍA DEL COMPLEJO, "HOSPITAL OPTIMISTA"

► Se destaca el "giro radical" dado por la enfermería de la Unidad a la atención a los menores

Huelva.- Redacción

**La** Unidad de Pediatría del Complejo hospitalario universitario de nuestra ciudad, ha recibido el reconocimiento con el primer premio del denominado "Hospital Optimista" por la puesta en marcha de un Plan de humanización en el proceso de la atención perinatal y pediátrica. Es la consecuencia de la labor de la enfermería para promover un "giro radical" a la atención que se dispensa a los menores de todas las edades, algo que contribuye a disminuir la ansiedad y el temor propio de todo proceso de hospitalización.

Los Premios nacionales del "Hospital Optimista" aparecieron solo hace un año con el objetivo de reconocer y estimular aquellas iniciativas que sirvan para generar un entorno lo más optimista para el paciente y su familia, lo que contribuye a mejorar la salud de los ingresados. Este galardón, uno de cuyos promotores es la Fundación Atresmedia a través de su programa de Asistencia hospitalaria es que, pese su escasa trayectoria temporal ya tienen la vitola de ser una referencia de la siempre deseable humanización del entorno hospitalario. En la presente, y segunda edición, los organizadores admitieron haber recibido un total de 157 candida-

turas aspirantes procedentes de 90 centros sanitarios de la práctica totalidad de las regiones españolas.

## UNIDADES ABIERTAS

El Plan de Humanización que se lleva a cabo en la Unidad de Pediatría del Complejo Hospitalario de Huelva abarca a todos los niños, sea cual sea su edad. De forma que los más pequeños, ingresados en las Unidades de Cuidados críticos y de Neonatología donde la atención está altamente especializada y con horarios de visitas de los padres habitualmente muy restringidos han pasado a ser calificadas, según reconocía el propio Complejo, como "unidades abiertas" para los progenitores durante las 24 horas del día, lo que supone aliviar su inquietud por la salud de sus hijos y favoreciendo "los vínculos emocionales familiares" que protegen al bebé.

De esta forma, los padres pueden participar de forma activa en la observación de los cuidados que se les prestan y hasta participar en tareas tales como bañar al niño, dar las tomas de leche, o realizar el método de "madre canguro" que, como se sabe, consiste en mantener al bebé en contacto piel con piel con su madre o padre y, eso sí, siempre aconsejados y acompañados por las enfermeras de la Unidad. Otra faceta importante ha sido la constitución

del Grupo de Mejora de atención al niño hospitalizado enmarcado en el Plan de participación ciudadana de la citada Unidad, conformado por los profesionales adscritos a la Pediatría así como por algunas ONGs cuyo objetivo consiste en "dinamizar la estancia de la hospitalización de los niños coordinando distintas actividades lúdico-educativas que llevan a cabo los voluntarios de las ONGs para tratar de combatir el dolor y el miedo que sufren los niños mediante la diversión apropiada a sus particulares circunstancias.

## ANIMAR Y EDUCAR

Una vez recibido el premio, la decisión del Complejo y de sus profesionales directamente concernidos fue la de donarlo a la Asociación Nacional Ciencia-terapia, la cual inició su trayectoria en la Unidad de Pediatría del Complejo hospitalario universitario onubense. En la actualidad, se está extendiendo a otros centros con la misma intención de hacer llevadera la estancia de los menores en el hospitales mediante el desarrollo de talleres de ciencia divertida a cargo de animadores y educadores del mundo de la divulgación científica, lo que pretende dos objetivos; uno: la recuperación de los pequeños pacientes y, en segundo lugar, el fomento del descubrimiento y las futuras vocaciones científicas.

# LA JUNTA PROMETE VOLVER A LAS 35 HORAS (EN 2017) Y ABONARÁ LA EXTRA HASTA 2018



Huelva.- Redacción

**La** Junta se ha comprometido a recuperar los derechos de los empleados públicos de Andalucía, en concreto la jornada laboral de 35 horas semanales, a partir del 1 de enero de 2017. Y abonará el 75% pendiente de la paga extra de 2012 mediante tres plazos que se harán efectivos pero no de forma inmediata, en concreto el próximo mes de septiembre, en febrero de 2017 y en febrero de 2018. El acuerdo, sin embargo, no ha convencido a los sindicatos sanitarios de médicos y enfermería. Satse ha calificado de "inaceptable" la demora en los plazos. El Gobierno central liquidará a la misma deuda con sus funcionarios este mes.

► **El acuerdo, sin embargo, no convence al mundo sindical sanitario**

En el palacio de San Telmo, los sindicatos UGT, CC.OO y CSIF, alcanzaron un acuerdo con la administración regional en presencia de la consejera de Hacienda, M<sup>a</sup> Jesús Montero y de la presidenta Susana Díaz. En este asunto, la Junta se ha comprometido a volver a la jornada de 35 horas semanales en el conjunto de la administración andaluza, dentro de medio año, concretamente el 1 de enero de 2017. En la provincia de Huelva son algo más de 17.000 perso-

nas las que trabajan al servicio del sector público.

## DISCREPANCIAS

Tras el acuerdo, ha habido un evidente malestar sobre la restitución del recorte en la extra de 2012. Por cuanto dilata esa restitución que se hará en tres plazos: septiembre 2016, febrero 2017 y febrero 2018. La Junta no ha podido equipararse al Gobierno central que saldara la misma deuda este mes. Junto a esas medidas, el acuerdo también contempla la recuperación de días adicionales de vacaciones -2 en 2016 y 2 a partir de 2017- así como la recuperación de ayudas sociales en 2019. En cuanto a la carrera profesional no se ha incluido en estos acuerdos como tampoco no ha lugar, por ejemplo, para 18.000 profesionales de la educación concertada ni para los 20.000 trabajadores eventuales del SAS cuyos derechos no están consolidados.

Sin embargo, lo que para las tres centrales citadas supone un logro, para Satse el acuerdo es calificado como puramente "electoralista e irreal" pues "ignora recortes aplicados exclusivamente al personal sanitario". Es cierto que el personal del SAS sufrió otros recortes exclusivamente autonómicos como la devolución del complemento específico de las pagas adicionales de julio y diciembre en los años 2013 y 2014. Por lo mismo, Satse ha solicitado que sea la Mesa sectorial de Sanidad el lugar de negociación para tratar todo este contexto en el ámbito de la sanidad pública regional: "En ningún caso se puede avalar

que unos derechos económicos y salariales que se suprimieron de un día para otro, ahora pretendan restituirlos en un periodo de más de tres años".

## ARBITRARIA

De similar parecer se ha manifestado el Sindicato Médico quien tras aludir a que el acuerdo se ha fraguado en pleno "periodo preelectoral" la Sra. Díaz "se apresura a prometer lo que los años anteriores ha negado sistemáticamente". Y es que, para el Sindicato Médico Andaluz "no existe calendario admisible que no sea la devolución inmediata de las retribuciones y derechos perdidos" al tiempo que recordaba a la administración regional que "la aplicación de las 37,5 horas semanales en sanidad ha sido absolutamente arbitraria y lesiva para los profesionales", algo que se podría solucionar "con un mínimo de voluntad política".

La Junta de Andalucía, por su parte, no dudó en saludar positivamente el acuerdo con los trabajadores públicos de la comunidad por cuanto, en palabras de Susana Díaz "abre un horizonte muy positivo de recuperación en la calidad de los servicios públicos y de la creación de empleo". La Junta también destacó que el acuerdo contempla "la revisión del catálogo de enfermedades que son causa del abono del 100% del complemento y de incapacidad temporal y de la totalidad de retribuciones en los días de ausencia que provoquen".

# CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PORTADOR DE BOTÓN DE GASTROSTOMÍA O SONDA DE GEP

Autoras:

- ▶ MELODY VÁZQUEZ SUÁREZ Y M<sup>a</sup> DOLORES TOSCANO HERMOSO  
Enfermeras

## ▶ RESUMEN

La mejora en la calidad de vida del paciente y el mayor interés por el bienestar psicológico en cuanto a su proceso de enfermedad llevan al avance constante de los medios para alcanzarlo.

Nuestro objetivo es conocer desde nuestras competencias los cuidados que debemos dar al paciente en estas técnicas y en este caso en concreto en la gastrostomía percutánea, para ello hemos realizado una búsqueda sistemática en bases de datos y revistas científicas.

Esta técnica de alimentación será una buena alternativa para aquel paciente que precise una vía de alimentación distinta a la oral por un largo periodo de tiempo, presentará un bajo riesgo de complicación y favorecerá una mejor adaptación del paciente a los cambios producidos por su proceso de salud-enfermedad.

▶ **PALABRAS CLAVE:** Nutrición enteral, estoma peritoneal, gastrostomía, sonda GEP.

## ▶ ABSTRACT

The improvement in the quality of life of patients and greater interest in the psychological well-being in their disease process leading to the steady advance of the means to achieve it.

Our goal is to learn from our competencies care that we give the patient in these techniques and in this particular case in the percutaneous gastrostomy, for this we performed a systematic search of databases and scientific journals.

This feeding technique is a good alternative for those patients needing a route other than the oral for a long period of time feeding, have a low risk of complications and promote better patient adaptation to changes produced by the process of health -disease.

▶ **KEY WORDS:** Enteral nutrition, peritoneal stomata, gastrostomy, PEG tube.

## INTRODUCCIÓN

La alimentación y nutrición por parte del organismo animal los provee de las necesidades alimenticias fundamentales para conseguir energía y desarrollarse. Cuando el ser humano no es capaz de alimentarse por vía oral, se ofrecerán otras formas de alimentación para asegurar su supervivencia.

Existen dos formas alternativas: la nutrición parenteral, que aporta los nutrientes básicos por vía intravenosa, usadas cuando el tracto digestivo se encuentra disfuncional; y la nutrición enteral, llevando los nutrientes directamente al tracto digestivo, usándola cuando este mantiene una buena función.

La administración de fórmulas nutricionales enterales es una práctica muy extendida en el personal de enfermería. La buena

técnica en su realización y el uso de unos cuidados adecuados nos dotan de profesionalidad y favorecen a la salud física y psicológica del paciente.

La GEP es actualmente reconocida como la técnica de elección para conseguir una nutrición adecuada en pacientes con problemas de deglución pero que mantienen intacto el sistema digestivo y que presentan relativamente una prolongada esperanza de vida<sup>1</sup>. Está técnica fue introducida en la práctica clínica en 1980 por los cirujanos pediátricos americanos Ponsky y Gauderer<sup>2</sup>. Usándose desde entonces cada vez con una mayor frecuencia dada sus numerosas ventajas.

Nuestros objetivos son dar a conocer brevemente la gastrostomía percutánea, analizar la utilidad y los cuidados básicos de su realización y determinar las posibles complicaciones y su resolución.

## METODOLOGÍA

Revisión sistemática de la literatura científica en bases de datos: Cochrane, Pubmed, Scielo, CUIDEN, DIALNET según las palabras claves y de revistas científicas incluyendo las revistas digitales tanto en español como en inglés pertenecientes a diferentes colectivos y en manuales y protocolos de centros especializados.

## RESULTADOS

### • Definición, indicaciones y ventajas:

La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) consiste en la colocación mediante endoscopia de una sonda o tubo en el estómago a través de la pared abdominal. Esta técnica permite colocar una sonda o botón de gastrostomía sin necesidad de abrir el abdomen. Normalmente a los 3 meses de colocación de la sonda de gastrostomía, ésta se sustituye por un botón gástrico (más pequeño y manejable), otras veces no llega a sustituirse o se coloca directamente el botón.

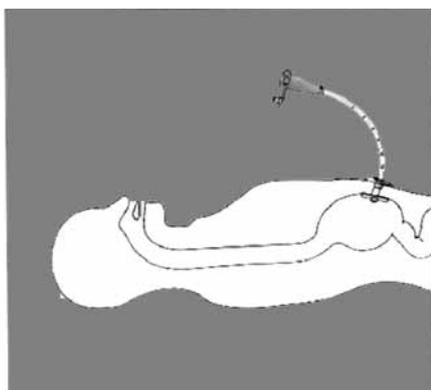


Figura 1. Sonda de gastrostomía endoscópica percutánea implantada (tomado de Manual de Nutrición Enteral a Domicilio editado por Novartis) (con permiso).



Figura 2. Botón de gastrostomía en un niño de 3 años.

Se utiliza fundamentalmente para administrar alimentación a pacientes con disfagia debida a un trastorno mecánico o neurológico que por diversos motivos no lo pueden hacer por vía oral y que van a necesitar alimentación por sonda durante un tiempo prolongado (>4-6 semanas). Estos trastornos pueden ser ocasionados por una dificultad al paso de los alimentos como en las estenosis, neoplasias de orofaringe, laringe o esófago, traumatismo facial o por alteraciones en la deglución como en neoplasias o traumatismos del sistema nervioso central, en enfermedades neurológicas, traumatismo craneoencefálico, en secuelas de accidente cerebrovascular, o en pacientes con demencia senil avanzada.

La sonda de gastrostomía o botón de gastrostomía presenta una serie de ventajas en relación a la sonda nasogástrica. En primer lugar, al dejar la faringe libre, habrá menos complicaciones locales por el roce de una sonda. Por otro lado, al estar en el vientre del paciente y tapada por la ropa, afecta menos desde el punto de vista psicológico que una SNG, además de estar asociada con menor frecuencia con incomodidad del paciente, riesgo de desarrollar úlceras por decúbito en el sitio donde se asienta la SNG, lesiones del ala nasal, sinusitis crónica, reflujo gastroesofágico o neumonía por aspiración, pudiendo influir en una mejora de su calidad de vida.

### • Complicaciones:

Las complicaciones asociadas a la colocación de una sonda de gastrostomía son en general leves y fácilmente tratables, siendo la mortalidad inferior al 1%<sup>3</sup> tras una buena vigilancia y prevención de las mismas.

#### 1. Menores, con una incidencia entre el 13-17%<sup>1</sup>.

- Infección del estoma (celulitis, absceso de pared).
- Granulomas periestomales.
- Íleo paralítico.
- Fiebre.
- Dolor abdominal.
- Obstrucción o ruptura de la sonda.
- Desplazamiento del extremo distal.
- Fuga del contenido gástrico al exterior o al conducto esofágico (RGE).
- Deterioro del material de la sonda.
- Hematoma en la pared abdominal o gástrica.
- Neumoperitoneo.
- Dermatitis.

#### 2. Mayores, con una incidencia menor del 3%<sup>1</sup>.

- Hemorragia digestiva.
- Úlcera gástrica o periestomal.
- Broncoaspiración.
- Fasciitis necrotizante.
- Peritonitis.
- Fístulas gastrocolicas cutáneas.
- Metástasis en gastrostoma.

- Cuidados de enfermería:

1. En la alimentación enteral y administración de medicamentos.



Durante la comida: Elevar la cabecera a 30-45° durante la alimentación y una hora después, medir residuo gástrico aspirando antes (si es superior a 100 ml, retrasar la toma 1 hora), en caso de alimentación en bolo administrar lentamente (100 ml en 5 minutos), no administrar volúmenes totales superiores a 400 ml por toma, inyectar 50 ml de agua tras la administración de alimento o medicamentos, no mezclar alimentos con medicamentos, administrar cada fármaco por separado, usar preferentemente presentaciones líquidas o de fácil disolución, comprobar si los fármacos indicados pueden ser triturados, una vez abiertas las fórmulas deben conservarse en refrigerador pero un máximo 24 horas.

Tras la comida: vigilancia de signos y síntomas; pérdida de peso más de 5 kilos en una semana, aparición de estreñimiento durante más de 2 días o diarrea con más de 6 deposiciones líquidas al día, estómago inflamado, hinchado, dilatado o sensible, aparición de náuseas o vómitos con duración de más de 24 horas.

2. Del estoma peritoneal.

El cuidado de la piel es fundamental para prevenir la infección, las heridas y los granulomas. Esto se logra manteniendo esta área limpia y seca. La piel del estoma se debe limpiar una vez al día y, si aparecen secreciones, se pueden realizar más limpiezas. La cura debe realizarse lavando con agua y jabón de manera suave alrededor del tubo y por debajo del disco externo de silicona y secando la piel con otra gasa posteriormente (es normal que la piel alrededor del estoma esté ligeramente rosada en una extensión de 5 mm y con secreciones secas). Gire el tubo 360° cada día, debiendo girar este libremente. Asegúrese de que el disco externo no está muy apretado; no debe haber marcas de presión en la piel. Si aparecen secreciones secas y no se pueden retirar con agua y jabón, puede utilizarse agua oxigenada diluida al 25 % (mezcle tres partes de solución salina o agua corriente con una parte de agua oxigenada). Los primeros 15 días aplicar un antiséptico y una gasa estéril alrededor del disco, no se recomienda más allá de este tiempo, ya que favorece la tracción de la sonda y mantiene la humedad incrementando el riesgo de infección.

En cuanto a la fijación del esparadrapo a la piel y la propia sonda pueden producir lesiones que deben evitarse utilizando esparadrapos hipoalergénico, cambiando la zona de apoyo y dirección de la sonda en el abdomen y manteniendo una buena higiene e hidratación de la piel.

3. Funcionalidad del catéter y reemplazo.

La sonda o botón de gastrostomía debe cambiarse siempre que esté deteriorada, su vida media es de 6 meses pero en general con un uso y limpieza adecuados pueden mantener un buen estado de conservación durante 12 ó 18 meses. Este cambio podrá realizarse manualmente si la fístula gastrocutánea está madura y la parte intragástrica de la sonda no se ha endurecido demasiado por haberse prolongado su vida. En otro caso habrá de recurrirse al apoyo endoscópico para dicho recambio.

Si se ha conseguido el aprendizaje de la ingesta y la enfermedad lo permite, se intenta la retirada de la sonda de GEP.

4. Prevención de complicaciones frecuentes.

- Granuloma.

Aparecen en la unión mucocutánea del borde del estoma y la piel adyacente y tienen una apariencia similar a la coliflor. Los bultos son generalmente de color rojo y sangran fácilmente al tacto. En estos casos se utiliza el nitrato de plata, ya que es muy eficaz para reducir el tamaño del granuloma y, eventualmente, para eliminarlo por completo. Sin embargo, el nitrato de plata debe de ser utilizado con precaución (sólo dos o tres veces a la semana)<sup>4</sup>.

- Vómitos y diarrea.

Compruebe que la sonda o el botón de gastrostomía están en su sitio, el ritmo y el volumen del alimento, así como la temperatura y el modo de preparación de la fórmula.

Si todo es correcto pero persisten los vómitos, pare la alimentación durante 1 hora y reiniciela a un tercio de la velocidad prevista. Si los vómitos no reaparecen, aumente progresivamente cada 30 minutos-1 hora hasta alcanzar la velocidad prevista. Si persisten, intente pasar pequeños volúmenes de agua (5-10 ml cada 10 minutos) y consultar al médico. Descartar que se deba a infección, consultar entonces al médico y mantener una buena hidratación.

- Distensión abdominal<sup>5</sup>.

Compruebe que el ritmo y volumen de infusión son los adecuados.

Si está asociado a otros síntomas, como vómitos o diarrea, puede ser el inicio de una gastroenteritis.

Abra el tapón de la sonda, mantenga la sonda hacia arriba y deje salir el aire.

Si la distensión continua, descienda un poco la sonda para permitir que salga un poco del contenido gástrico.

Si no se resuelve, consulte con el equipo médico.

- Obstrucción de la sonda o botón.

Crear una rutina de administración y cuidados.

Las sondas se deben lavar antes y después de la infusión del alimento o entre cada medicación aunque la sonda no se utilice, lavar una o dos veces al día.

No administrar bebidas carbonatadas junto con la nutrición, ya que se forman grumos.

Medidas para solucionarlo: aspirar suavemente con una jeringa de 10 ml vacía.

Si persiste, instilar agua tibia (3-5 ml en caso de un botón o hasta 10 ml con las sondas más largas) a través de la sonda, alternando con suaves aspiraciones, pince la sonda durante 30 minutos y aspire de nuevo.

- Dolor con la movilización de la sonda o en la administración de alimentos.

Interrumpa de inmediato la alimentación y consulte con el médico. Esta complicación puede ser debida a que el tope interno de la sonda se haya desplazado al conducto de la fístula o este haya quedado recubierto por completo por la mucosa del estómago. Se precisa un recambio de la sonda.

## CONCLUSIÓN

Esta técnica de alimentación será una buena alternativa para aquel paciente que precise una vía de alimentación distinta a la oral por un largo periodo de tiempo, presentará un riesgo de complicación muy reducido tanto a largo como a corto plazo y favorecerá una mejor adaptación del paciente a los cambios producidos por su proceso de salud-enfermedad.

Saber atender de manera eficaz a las complicaciones y realizar unos buenos cuidados nutricionales y del estoma peritoneal son no solo imprescindibles para el paciente portador de botón de gastrostomía o sonda GEP y su buen funcionamiento, sino una obligación como profesional de enfermería.

Nuestra labor abarca mucho más que el conocimiento del cuidado en sí, además tenemos que facilitar al paciente y su familia la información que necesitan para afrontar dicho proceso fuera del medio sanitario favoreciendo así su principio de autonomía.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Robles carrera K.R. Gastrostomía endoscópica percutánea. Sociedad ecuatoriana de gastroenterología. Disponible en: <http://docplayer.es/5298057-Gastrostomia-endoscopica-percutanea.html>
2. Gauderer MWL, Ponsky JL, Izant J. Gastrostomy without laparotomy, a percutaneous technique. *J Pediatr Surg*1980; 15: 872-5. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112011000200023](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000200023)
3. Igual D., Sánchez A., Robledo P. Gastrostomía endoscópica percutánea: su utilidad en Atención Primaria. *Medifam Madrid* 2003, 13 (1). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s113157682003000100002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s113157682003000100002&script=sci_arttext)
4. López Madrid A. Cuidados de la ostomía y piel periestomal en el paciente colostomizado. [Monografía en internet] Jaen: Universidad de Ciencias de la Salud, 2014. Disponible en: <http://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/1303>
5. Gómez López L, Pedrón Giner C, Martínez Costa C. Guía para la administración y los cuidados de la nutrición enteral a través de sonda o botón de gastrostomía. 1ª ed. Barcelona: Editorial Glosa; 2013.
6. De Amuriza Chicharro N, Romero Jiménez R Mª, Valero Zanuy Mª A. Evaluación de las prácticas de administración de fármacos por sonda nasointestinal y enterostomía en pacientes hospitalizados. *Nutr. Hosp.* 2012; mayo-jun;27(3). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112012000300021&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112012000300021&script=sci_arttext)
7. Ruiz Morán E, Robles Amar J, Rodríguez Moreno MªJ. Actuación de enfermería en la gastrostomía endoscópica percutánea. Instituto Digestivo Médico Quirúrgico. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. Disponible en: [http://www.aegastro.es/sites/default/files/recursos\\_enfermeria/07\\_PE\\_Gastrostomia\\_endoscopica\\_percutanea.pdf](http://www.aegastro.es/sites/default/files/recursos_enfermeria/07_PE_Gastrostomia_endoscopica_percutanea.pdf)
8. Duran Parada KL. Gastrostomía en la nutrición enteral domiciliaria. *Gastrohnp*.2012; 14(2): 77-82. Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/5925>
9. Grupo de estandarización de la SENPE. Documento de consenso SENPE/SEGHNP/ANECIPN/SECP sobre vías de acceso en nutrición enteral pediátrica. *Nutr Hosp.* 2011;26(1):1-15. Disponible en: [http://www.senpe.com/GRUPOS/estandarizacion/GEP\\_SENPE\\_NutrHosp11\\_ES.pdf](http://www.senpe.com/GRUPOS/estandarizacion/GEP_SENPE_NutrHosp11_ES.pdf)
10. Moreira VF y López San Román A. Gastrostomía endoscópica percutánea. *Rev. esp. enferm. Dig.* 2010;Oct; 102(10). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082010001000010&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082010001000010&script=sci_arttext)
11. Rodríguez Barbero MP. Cuidados del paciente con gastrostomía endoscópica percutánea. *Metas de enfermería*.2009; 12(8): 50-53.
12. Guillén-López S, Vela-Amieva M, Juárez-Cruz M V. La gastrostomía afecta positivamente al estado nutricional y disminuye los días de hospitalización en pacientes con errores innatos del metabolismo. *Nutr Hosp.* 2015;32(1):208-214.
13. Garrido Miranda J.M, Pardo Galiano A, Expósito Montes P. Actuaciones de enfermería en el manejo de la nutrición enteral. *Compilador. Cuidados nutricionales y nutrición enteral y parenteral. Formación continuada Logoss;* 2010. P. 505-523.
14. Rodríguez Ortega P, Calañas Continente A, Molina Puertas MJ. Gastrostomía Endoscópica Percutánea: 7 años de experiencia en nutrición enteral a largo plazo. *Seguimiento clínico. Nutr. Hosp.* 2011; 26 (2 ). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112011000200023](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000200023)



## COMIENZAN SU FORMACIÓN LOS FUTUROS ESPECIALISTAS EN HUELVA

Huelva.- Redacción

**Titulados** de las distintas ramas de Ciencias de la Salud acaban de iniciar su periodo de formación como futuros especialistas en los centros sanitarios de Huelva. Procedentes del campo de la Medicina, Enfermería, Farmacia y Psicología ya han tomado contacto con otra realidad distinta a la de las aulas al incorporarse a las 28 especialidades que se ofertan tanto en los hospitales como en la atención primaria onubense. El acto de bienvenida, a cargo de las direcciones, jefes de estudio y tutores, tuvo lugar en el salón de actos del J.R. Jiménez en un encuentro que ya forma parte de un autentico ritual. porque coincide con la despedida

de 54 residentes, entre ellos enfermería, que han finalizado su formación especializada.

A partir de ahora, comienza la etapa de formación que oscila entre dos y cinco años según la especialidades elegida, para el conjunto de esta promoción compuesta por 54 nuevos residentes que se han ido incorporando a los hospitales J.R. Jiménez, Infanta Elena y Comarcal de Riotinto. así como en los distritos de Atención primaria Huelva-Costa y Condado-Campiña. Los futuros Médicos de Familia vuelven a ser el grupo, con diferencia, mas numeroso sobre las otras tres titulaciones de enfermería, farmacia y psicología.

## 33 ENFERMOS RECIBIERON UN ÓRGANO, EN HUELVA, DURANTE 2015

**La** sanidad onubense ha hecho balance del quehacer desarrollado en materia de donaciones y trasplantes a lo largo de 2015. Y el resultado no ha podido ser mas alentador por cuanto 33 enfermos, cuya salud corría serio peligro, han podido recibir un órgano que les permite superar las dificultades vitales: Así se puso de manifiesto en un acto celebrado en el J.R. Jiménez con presencia de las distintas Asociaciones de pacientes quienes rindieron homenaje tanto a los familiares de los donantes como a los profesionales que hicieron posible la donación y el trasplante.

Las cifras durante 2015 en Huelva reflejan un incremento de 22% de donaciones respecto al 2014. Fueron 11 las donaciones de personas fallecidas, y 3 de donantes vivos de riñón que hicieron realidad el sueño que aguardaban con tanta impaciencia: 14 pacientes renales, 9 de hígado, 2 de corazón y 5 de pulmón, además, hay que sumar otras donaciones como las 21 corneas de las que 12 fueron trasplantadas directamente por la Unidad de Oftalmología del Complejo, sin olvidar varias decenas de injertos de tejidos (oseo, vascular y valvular) que representaron otras tantos beneficios para la

calidad de vida de las personas receptoras.

Los Coordinadores de Trasplantes de los hospitales de Huelva agradecieron la labor llevada a cabo por todos los colectivos implicados en el nada sencillo proceso de la donación: personal sanitario y no sanitario, jueces, asociaciones de enfermos, medios informativos, forenses, policías, Guardia Civil, personal de los aeropuertos... y, sobre todo, a los familiares de los fallecidos sin cuya generosidad no se hubieran podido materializar estas autenticas hazañas llamadas trasplantes.

# GUÍAS PARA MEJORAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

EL COMPLEJO DA RECOMENDACIONES PARA UNIFICAR CRITERIOS Y MEJORAR EN EL MANEJO DE LAS HERIDAS, ACCESOS VENOSOS Y ÚLCERAS POR PRESIÓN

Huelva.- Redacción

**La** Enfermería de Huelva cuenta, desde hace unas semanas, con tres nuevas guías con recomendaciones para las buenas prácticas en los cuidados a ofrecer al paciente. En concreto, los frentes que abarcan son los referidos al manejo de las heridas, de los accesos venosos y de las úlceras por presión. Al mismo tiempo, el objetivo que busca esta innovación es mejorar el trabajo cotidiano de las enfermeras, unificando y homogeneizando criterios para que el paciente reciba los mismos cuidados con independencia del centro hospitalario en que esté ingresado.

El Complejo Hospitalario universitario de Huelva anunció la culminación de un proyecto para la implantación de tres nuevas Guías que sirvan para optimizar los cuidados de enfermería. Los títulos que encabezan cada bloque responden a estos lemas:

- Guía de recomendaciones en el manejo de las heridas.
- Guía de recomendaciones en el manejo de accesos venosos.
- Guía de recomendaciones en Úlceras por presión.

Desde el Complejo se sostuvo que con estas herramientas se trata de "asegurar una práctica de cuidados enfermería de calidad y con las mejores garantías de seguridad clínica" que redunden en beneficios para las personas a las que se cuidan. Para lo cual, las Guías ofrecen al profesional una "visión integral y sistematizada" lo cual hace posible la planificación de una metodología concreta frente a un problema concreto de salud o necesidad de cuidados, posibilitando, de este modo, alcanzar uno resultados de salud beneficiosos para la población onubense y de una forma ajustada a sus necesidades propia de una atención personalizada.

## PRÁCTICA DIARIA

Como decimos, las nuevas Guías contienen una batería de recomendaciones para potenciar los cuidados de enfermería están referidas a aquellas actuaciones que las enfermeras(os) realizan su quehacer cotidiano. Esto es, el manejo de las heridas, las úlceras por presión y las vías venosas para la administración de los tratamientos y suero terapia. Además, Salud anunció que "otras Guías" se encuentran, actualmente, en proceso de elaboración. Es por ello que los documentos van a poder ser consultados de forma rápida por el profesional de enfermería y están acompañados de trípticos informativos en los que se contempla de una manera "sintética" la información considerada como más relevante.

Las Guías son consecuencia al trabajo desarrollado por una treintena de enfermeras y enfermeros que, reunidos en tres grupos, han venido elaborando y consensuando las actuaciones contempladas en los diferentes centros sanitarios que se han visto, -con enorme polémica aun no cerrada- en los distintos centros englobados en el llamado Complejo hospitalario universitario de Huelva. Esos profesionales, con experiencia, dedicaron el trabajo a la "revisión de la práctica clínica" así como a la "evidencia científica publicada", estandarizando y protocolizando las distintas actuaciones enfermeras con el objetivo, prioritario, de unificar los criterios fundamentales para la labor asistencial en el día a día junto al paciente.

Así, por ejemplo, en el apartado de las úlceras por presión se constata que son una de las complicaciones más frecuentes que, sin duda alguna, sirven para agravar el estado de salud del enfermo, especialmente de aquellos que son víctimas de problemas de movilidad, unido a una edad avanzada. La



prevalencia de este problema en los hospitales españoles se sitúa entre el 7 y el 8% según consta en el cuarto Estudio Nacional de Prevalencia, últimos índices dados a conocer y que están referidos al año 2013. Son estos argumentos más que suficientes para que la estrategia de seguridad del enfermo en nuestra región contemple la necesidad de impulsar aquellas medidas de prevención en enfermos considerados de riesgo y en sus cuidados de enfermería.

Otra de las intervenciones más usuales son las relativas al manejo de las heridas, con unificación del procedimiento de cura de las heridas quirúrgicas, traumáticas o vasculares en el Complejo hospitalario con el objetivo de favorecer su etapa de curación en todas sus fases, preservándola de la infección y/o tratando las posibles complicaciones que pudieran presentarse. En la Guía dedicada al citado capítulo, la enfermería va a encontrar una estimable ayuda en la toma de decisiones clínicas resolviendo las dudas más frecuentes.

Y, por fin, la canalización de una vía venosa es parte indisoluble del quehacer diario de las enfermeras y, por lo mismo, debe estar siempre presente que ese abordaje y la posterior administración del medicamento u otro tipo de soluciones podrían acarrear una serie de complicaciones las cuales, si bien no derivan en procesos de gravedad, es claro que suponen un añadido de problemas al paciente, siendo esta práctica una de las líneas estratégicas en el Observatorio de seguridad del enfermo en el ámbito del SAS.



# ZARA PAGARÁ LOS EQUIPOS DE RADIOTERAPIA DE LOS HOSPITALES DEL SAS

Huelva.- Redacción

**La** Junta de Andalucía y la Fundación Amancio Ortega han firmado un acuerdo por el cual la Fundación con el nombre del propietario del imperio textil Zara donará 40 millones de euros para que el SAS compre 25 aceleradores lineales de última generación para tratamientos oncológicos de los hospitales públicos en las ocho provincias. Tan importante y sorprendente donación fue rubricada en el Palacio de San Telmo por la presidenta de la Junta Susana Díaz, y la vicepresidenta de la Fundación, Flora Pérez junto al consejero de Salud Aquilino Alonso. El hospital Juan Ramón Jiménez será uno de los centros donde se proceda a la renovación total del acelerador lineal.

Los 40 millones de euros (equivalentes a 6.655 millones de pesetas) es la cantidad que la Fundación Amancio Ortega donará a la Junta para que, en el transcurso de dos años, el SAS renueve los equipos de radioterapia de última generación para combatir el cáncer de los andaluces. Actualmente, en la red de hospitales del SAS funcionan 31 aceleradores lineales y, con la inversión del imperio gallego Zara, se van a adquirir 20 nuevos, 4 de ellos de nueva ubicación, incluyendo además las obras de construcción de la instalación-bunker. 17 de estos aceleradores se utilizarán para sustituir equipos obsoletos. Asimismo, el acuerdo entre Junta y Fun-

dación incluye la adquisición de 2 TAC simulador y un equipo de Radioterapia intraoperatoria junto a la reforma de los sistemas informáticos.

## J.R. JIMÉNEZ

Los plazos fijados en el acuerdo contemplan que, en el primer año, se procederá a la renovación de 7 aceleradores situados en el área Campo de Gibraltar-Jerez Norte (Cádiz), Reina Sofía (Córdoba), Juan Ramón Jiménez (Huelva), Virgen de las Nieves (Granada), Regional de Málaga y Virgen del Rocío-Virgen Macarena (Sevilla). En los años 2017-2018 la renovación se operará en el resto de centros del Regional de Málaga, Torrecárdenas (Al-

jora en los sistemas de gestión, registro y verificación de los tratamientos.

Susana Díaz agradeció a la Fundación Amancio Ortega "su compromiso social con el sistema sanitario andaluz" y reconocimiento a sus profesionales, que, añadió, permiten que Andalucía esté "a la vanguardia" en los tratamientos oncológicos. En nuestra región, al menos un 40% de los pacientes curados de cáncer han recibido radioterapia como parte esencial de su tratamiento, y, en un 16% de los casos, la curación se debió, en exclusiva, a la radioterapia. Los datos clínicos al respecto hablan de que en Andalucía está previsto se registren, anualmente, más de 32.000 nuevos casos de cáncer de los que la

## ► Junta y Fundación Amancio Ortega firman un acuerdo por el que el imperio textil dona 40 millones de euros para tratamientos oncológicos

mería), Complejo de Jaén, y dos en el Virgen de la Victoria (Málaga). De igual manera está previsto la actualización de 4 aceleradores para realizar la Radioterapia volumétrica con imagen guiada en Torrecárdenas, Juan Ramón Jiménez, Puerta del Mar (Cádiz), y Macarena (Sevilla). También se actualizarán los sistemas de planificación y redes departamentales para innovar en las técnicas de dosimetría clínica y me-

mayoría (60%), serán candidatos a recibir radioterapia, es decir más de 19.000 pacientes al año. Con los nuevos equipos que sufragará la Fundación, los hospitales del SAS realizarán más de 225.000 sesiones anuales. La incidencia estimada del cáncer en Andalucía durante 2012 fue de 32.311 casos. Pero según datos de la O.M.S. estas cifras van a aumentar un 57% durante las próximas dos décadas.

# 3.318 ONUBENSES EN TRATAMIENTO POR DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES



Huelva.- Redacción

**La** Junta ha presentado el denominado III Plan Andaluz de Drogas y Adicciones con vigencia hasta el año 2012. Dotado con 37 millones de euros por año, la administración regional quiere enfocar su actuación pensando en los jóvenes y en las personas que viven en riesgo de exclusión social. El delegado de Salud Rafael López, en su comparecencia oficial, asegura que la nueva edición del Plan servirá para reforzar la red de recursos asistenciales a disposición de la población de Huelva. Con un dato concreto: son 3.318 los onubense que, en la actualidad, se encuentran bajo tratamiento por estos motivos.

El III Plan Andaluz de Drogas y Adicciones, es ya una realidad presidido un objetivo prioritarios cual es reforzar la red asistencial pública que, actualmente, configuran los 174 centros repartidos por toda la región. Este nuevo Plan se ha configurado en cuatro áreas: Prevención, Atención socio-sanitaria, Incorporación social y Gestión del conocimiento. En el primer capítulo, el Plan se adentrará en los más jóvenes y adolescentes, grupos sociales que presentan un elevado riesgo de consumo de una droga legal (el alcohol) así como la ingesta de un combinado de drogas legales e ilegales. El Plan presenta una novedad como es la existencia de una web interactiva para fomentar la difusión de campañas y medidas que se vayan emitiendo para combatir el consumo de drogas. El Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones se encargará de recopilar la información científica existente para acercarla al ciudadano.

La delegación de Salud dio a conocer unas cifras que, sin duda, deben mover a la reflexión. En, la provincia de Huel-

va se esta prestado asistencia a un total de 3.318 personas de las que la mayoría (2.826) son hombres frente a las 492 mujeres que también necesitan de este tipo de atención, El nuevo Plan para combatir las drogodependencias quiere adaptarse a la realidad actual y a los cambios que se operan en los perfiles de las personas consumidoras de estas sustancias, sin olvidar las formas de consumo. De igual manera, el proyecto contempla un mayor protagonismo a la vertiente social del mundo de las drogas y adicciones. sea en las labores de prevención como en la etapa de atención o de buscar la incorporación social del individuo.

## ► Presentan el III Plan Andaluz de Drogas, vigente hasta 2021, con 37 millones de euros anuales.

El III Plan Andaluz ha contado con la participación de las consejerías de Igualdad, y Políticas Sociales, Salud, Educación y Justicia e Interior. En su redacción han tomado parte activa alrededor de 400 profesionales multidisciplinares, junto a instituciones, agentes sociales, asociaciones y ayuntamientos de más de 20.000 habitantes. Los opiáceos, el alcohol, la cocaína, el cannabis son las sustancias más consumidas, mientras el tabaquismo se trata en los centros de atención primaria. Otro dato a tener en cuenta se refiere a que, según los últimos informes, un 20% de la población afectada a causa de adicciones se encuentra, a la vez, en riesgo de sufrir la exclusión social.

El perfil medio de la persona atendida por drogodependencia en la provincia se corresponde con un varón de edad media de 35,7 años, consumidor de cocaína en un 28,29% de las admisio-

nes, que inicio el consumo a los 19,8 años de edad con situación laboral de "parado habiendo trabajado antes" con nivel de estudios primarios o inferiores, que vive con su familia y que acude a tratamientos por decisión propia. La cocaína (28,2% de los casos) es la sustancia con la que se inicia la enfermedad seguida por el cannabis (24,6%). A continuación el alcohol (18,8%) siendo el consumo de heroína/ mezcla de cocaína la cuarta causa (15,9%). El tabaco y los juegos patológico de azar son otras adicciones a considerar, aunque también se señala a internet y las compras como otras causas de adicción.

En la provincia de Huelva son 36 los

ayuntamientos que participan en el programa "Ciudades ante las Drogas" y, como afirmó el delegado de Salud, el número de onubenses en tratamiento por esta enfermedad asciende a 3.318 personas con mayoría de hombres (2.826), respecto a mujeres. En cuanto a la Red provincial para la Asistencia a Drogodependientes y las Adicciones se configura con un total de 19 dispositivos con acceso público y gratuito que ofrecen el proceso terapéutico en todas sus etapas, desde la desintoxicación y la deshabituación a los programas de inserción, acogimiento o prevención. La red de Huelva se configura de esta forma: 11 centros de tratamiento ambulatorio, (uno específico para el juego patológico), 1 equipo en las instituciones penitenciarias, 1 centro de acogida, 3 comunidades terapéuticas, 1 vivienda de apoyo al tratamiento y 2 viviendas de apoyo a la reinserción social.

# LA ENFERMERÍA MUNDIAL TIENE UNA CITA EN BARCELONA 2017



Huelva.- Redacción

**L**a enfermería mundial tiene, a medio plazo, una de sus citas más relevantes. Será en España, y en la ciudad de Barcelona, cuando el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) celebre del 27 de mayo al 1 de junio de 2017 su XXVI Congreso Internacional de Enfermería que reunirá a unos 15.000 profesionales llegados de los cinco continentes a un foro considerado como "el evento mundial más grande para las enfermeras". Se convoca bajo el lema "Las enfermeras, a la vanguardia mejorando los cuidados", en presencia de las figuras más relevantes de la profesión. El plazo de presentación de poster, comunicaciones, etc. se abrió el 16 de mayo hasta el próximo 19 de octubre.

Menos de un año falta para que la enfermería del planeta se reúna en Barcelona. El XXVI Congreso Internacional del CIE, supra-organismo que representa a la enfermería mundial, ya tiene ultimadas sus líneas de trabajo con la asistencia de unas 15.000 enfermeras llegadas desde todos los rincones del mundo, así como miles de seguidores de forma virtual. El CIE ha elegido el lema "Las enfermeras a la vanguardia mejorando los cuidados" para examinar "la importancia de integrar la práctica, la ciencia, el conocimiento y la equidad para prestar cuidados de excelencia". El CIE, que tiene su sede en Ginebra (Suiza) reunirá a representantes de más de 130 naciones para avanzar y profundizar en tres grandes líneas:

- ✓ Demostrar y promover la contribución de la enfermería a las políticas de salud informadas y sostenibles,
- ✓ Apoyar la contribución de las enfer-

meras a la atención de la salud basada en la evidencia fomentando planteamientos de resolución de problemas para las necesidades sanitarias,

- ✓ Proporcionar oportunidades para un intercambio en profundidad de experiencia y pericia dentro de la comunidad internacional de enfermería y más allá de la misma.

## SESIONES Y PROPUESTAS

Especial significado va a tener en este acontecimiento el Consejo General de Enfermería de España conforme ha destacado su presidente Máximo González Jurado: "Este es el congreso considerado de la mayor importancia en el mundo de la enfermería y va a suponer un importante espaldarazo para la economía española, para nuestro Sistema sanitario y para la enfermería de España que cuenta con el reconocimiento de todo el mundo. Vamos a trabajar intensamente con el CIE para conseguir el mejor congreso mundial que jamás se haya celebrado, el mejor en número de asistencia, en número de países participantes y en producción científica".

En el programa del Congreso Internacional se han trazado tres grandes líneas como resumen de los asuntos más candentes de la actualidad enfermera. Así, las sesiones plenarias debatirán el desarrollo sostenible, los recursos humanos para la salud, la cobertura universal sanitaria, y los niveles de dotación del personal. Todos estos capítulos son especialmente importantes para España por cuanto, como ha confirmado el propio Consejo, España se encuentra a la cola respecto al número

- ▶ El CIE convoca a los profesionales del planeta al XXVI Congreso Internacional con el lema "Las enfermeras a la vanguardia mejorando los cuidados"

de enfermeras por cada 100.000 habitantes. Un auténtico déficit que es un clamor que conocerán las enfermeras de todas las regiones del mundo, llegadas a la Ciudad Condal.

También se anuncian sesiones acerca de la evidencia científica sobre la atención de la salud centrada en el paciente, los avances de la práctica clínica, el cambio climático, las enfermedades tanto infecciosas como no transmisibles, la salud mental, las migraciones, los derechos humanos, la seguridad del paciente, el diseño y desarrollo de las políticas de salud, sin olvidar parcelas tan destacadas como la tecnología, la formación, el liderazgo y la historia que la profesión acumula hasta nuestros días. En cuanto al área de presentación de resúmenes, se han adelantado sesiones concurrentes, simposios y posters en los que se dialogará, además de todos los enunciados anteriores, otros ámbitos como la promoción de la salud, el momento actual de los sistemas sanitarios, la situación específica de la enfermería, las catástrofes y la reglamentación. La información, más actualizada puede localizarse tanto en la web del Consejo General de Enfermería de España como en la del CIE ([www.icncongress.com](http://www.icncongress.com))

# ESPAÑA NECESITA 130.000 ENFERMERAS MAS PARA ALCANZAR LA MEDIA EUROPEA

Huelva.- Redacción

**L**a reciente celebración del Día Internacional de la enfermería ha supuesto una nueva llamada de atención acerca del problema que afecta a los sistemas sanitarios: la escasez de enfermeras en amplias zonas del mundo y que en España ha adquirido, desafortunadamente, carácter de cronicidad. En tan señalado día, el Consejo General ha sido tajante al afirmar que "hacen falta mas de 130.000 enfermeras en nuestra sanidad para llegar a la media europea", como consecuencia de la permanente destrucción de puestos de trabajo lo que tiene serias repercusiones en la salud de la población.

## CARENCIAS

Cada 12 de mayo, la enfermería de todo el mundo recuerda a Florence Nightingale (1820-1910) como figura clave para entender el devenir de la enfermería, digamos, moderna. Pues bien, con ocasión de esta celebración, las autoridades del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) remarcaron la efemérides con el lema "enfermeras, una fuerza para el cambio. Mejorando la capacidad de recuperación de los sistemas de salud". En el documento oficial, el CIE analizaba, de forma pormenorizada, que junto a la necesidad de contar con sistemas sanitarios fuertes, pilar del bienestar social, hay que tener presente la previsión de la O.M.S. referida a que, para el año 2030, en el mundo va a existir una carencia de 10,1 millones de profesionales cualificados. Con las enormes consecuencias que ello comportará.

### ► El Presidente del Consejo General, González Jurado, denuncia la destrucción de puestos de trabajo

Como en la mayoría de los sistemas la partida de personal representa el 70% del gasto recurrente, es una flagrante contradicción aspirar a tener sistemas de salud potentes sin que se invierta en unos colectivos profesionales cualificados capaces de ofrecer asistencia y resultados óptimos, a la sociedad. De ahí que el CIE subrayara que "cada vez hay mas evidencia de que, además del beneficio económico, que supone mantener a las personas sanas, las inversiones en personal pueden tener repercusiones positivas en el desarrollo socioeconómico". Para lo cual, González Jurado lanzaba una visión de futuro al indicar que: "tenemos que transformar la forma tradicional de considerar el personal sanitario como un coste o gasto recurrente para pasar a considerar la inversión en las plantillas como la estrategia para lograr la salud para todos y logrando el crecimiento de las economías nacionales creando puestos de trabajo en el sector público".

► Los ecos del Día Internacional de la profesión evidencian el enorme déficit de profesionales de enfermería en España.

## CURAR Y CUIDAR

Al hilo de estas reflexiones, el Consejo General de la profesión quiso recordar que España no es ajena a esta realidad. El presidente Máximo González Jurado adelantaba que "las enfermeras son cruciales para lograr el mejor equilibrio entre calidad, acceso y costes de la sanidad". Para concretarlo en que "España necesita algo mas de 130.000 enfermeras para llegar a la media europea". Sin embargo, los gestores, lejos de buscar vías de solución han optado "por la destrucción de puestos de trabajo para salir de la crisis económica a costa de nuestra profesión".

Al respecto, Máximo González Jurado se preguntaba "¿cuándo van a comprenderlo, de una vez por todas nuestros gestores?". Porque el número de enfermeras y su papel influye en el devenir del sistema y en la salud del paciente. "Todo en un contexto donde el creciente envejecimiento, la cronicidad y la dependencia nos aboca a un nuevo paradigma sanitario en el "cuidar" y no solo en el "curar".

# SESIONES DE YOGA A SUS TRABAJADORES

Huelva.- Redacción

**E**l Hospital de Riotinto ha sorprendido, por lo inédito de la apuesta, al ofrecer sesiones de yoga a sus profesionales, en el marco de promoción de la salud en el lugar de trabajo. El objetivo consiste en mejorar la calidad de vida a través de este tipo de actividades realizadas en el propio entorno laboral, y en horario de trabajo. Un primer grupo de doce personas han abierto brecha con esta apuesta encaminada a rebajar el estrés.

El Comarcial de Riotinto, del Área sanitaria norte de Huelva, ha comenzado a desarrollar sesiones de yoga para su personal. Si antes se implicó en acciones tales como la deshabituación tabáquica o el ejercicio físico con el lema de "Escaleras es salud", ahora ha sido el yoga la herramienta elegida para que su personal hospitalario pueda rebajar los niveles de estrés, por otra parte tan frecuentes en las instalaciones sanitarias.

Esta promoción de la salud dentro de la jornada laboral y en el mismo centro de trabajo se centra en varias áreas: alimentación equilibrada, fomento del ejercicio físico, deshabituación tabáquica y, ahora, control del estrés. El grupo inicial formado por doce trabajadores del hospital cuenta con un asesoramiento específico encargado de llevar adelante estas prácticas con la finalidad de que el centro sanitario "también juegue un papel clave en el mantenimiento y la mejora de la salud de las personas" que allí desempeñan sus cometidos al servicio de la sociedad.



Yoga para combatir el estrés

Aunque tenga un carácter novedoso, estas experiencias son mas usuales a nivel internacional gozando con el reconocimiento de la comunidad científica y de importantes organismos relacionados con la salud y el trabajo, llámese la O.M.S. y la Red Europea de promoción de la salud en el lugar de Trabajo. Además, el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales otorgó en su día un reconocimiento a este proyecto andaluz con el premio Estrategias Nao del ámbito laboral. Como ejemplo de buenas prácticas y fomento de hábitos laborales sanitarios. La pregunta, a raíz del ejemplo de Riotinto, es obvia ¿tendrán imitadores las sesiones de yoga anti estrés en los centros J.R. Jiménez, Infanta Elena, etc...?

## EXIGEN LA REAPERTURA DE LAS URGENCIAS DE RIOTINTO

**Las** localidades de Nerva y Minas de Riotinto han reclamado a la Junta de Andalucía la reapertura de las Urgencias del centro de salud riotinteño. Así, el ayuntamiento de esta población aprobó en pleno municipal solicitar a la Delegación provincial de Salud recuperar un servicio cerrado "temporalmente" hace 8 años, concretamente en 2008. Y desde Nerva se lamentan de que muchas veces, y los fines de semana, los ciudadanos deben aguardar hasta 2 y 3 horas a que regrese el equipo sanitario por estar atendiendo otros avisos en poblaciones como La Granada de Riotinto, Campofrío, Las Delgadas, El Madroño, la propia Nerva y sus aldeas, algunas distantes hasta 40 kilómetros, lo cual no sucedía antes de que se cerrara, por obras, las Urgencias de Riotinto.

La Alcaldesa de Riotinto, Rosa Caballero, llevó al pleno una moción, finalmente aprobada con los votos del PP y la abstención del PSOE, para que el SAS proceda a la reapertura del servicio de Urgencias en la población que, como se ha dicho, afecta a varios municipios de la comarca.

Caballero manifestó: "Es inadmisibles que un solo equipo de Urgencias, el de Nerva, tenga que atender a varios pueblos de la comarca con el consiguiente perjuicio que esto acarrea a la situación sanitaria que se presenta o al deseo de que sus habitantes "tengan la atención sanitaria que merecen y que la administración socialista se niega a ofrecerles desde 2008", según José Antonio Lozano, portavoz del PP de Nerva.

# LA OMS ADVIERTE: EL RIESGO DE ZIKA EN ESPAÑA ES ELEVADO

Huelva.- Redacción

**La** Organización Mundial de la Salud (OMS) no ha dudado en señalar los riesgos que comporta la propagación del virus Zika, especialmente en verano y con temperaturas altas. Lo ha hecho publicando un informe donde se evalúan los riesgos de transmisión de esta epidemia en Europa. La OMS ha certificado que, a nivel europeo, Francia, Italia, Malta, Croacia, Israel y España ocupan los seis primeros puestos por considerarse altamente vulnerables a la posible presencia del mosquito causante de la propagación del virus Zika.

A la OMS no se le va a reprochar, como ocurriera con el ébola, de pasividad o recelo a la hora de afrontar un problema de salud pública cual es el virus Zika, surgido en 2015 en Brasil y que ya se ha detectado en 58 naciones del mundo. Pero, además, la OMS ha sumado una serie de recomendaciones como, por ejemplo, el uso de preservativos hasta dos meses después de haber regresado de alguna de las zonas con riesgo de infección por el Zika y, de esta forma, reducir una posible transmisión por vía sexual. "La gente que regrese de á con transmisión del Zika deben observar las prácticas de sexo seguro o abstenerse de tener relaciones sexuales al menos durante 8 semanas", lo que supone que la OMS decidió duplicar el periodo recomendado con anterioridad.

## RIESGO

Para los expertos, el riesgo en Europa es que el insecto se instale con el calor del verano que ya está patente entre nosotros. Precisamente, la OMS envió un cuestionario a 51 países europeos. Para que, una vez evaluadas las respuestas de las autoridades nacionales, el área sanitaria de la ONU concluyera que 41 países de la zona tienen un riesgo elevado de propagación del virus del Zika. En el texto oficial se confirma que el principal modo de transmisión de este virus se debe a la picadura del mosquito.

### ► Sanidad confirmaba 121 casos en España (3 en Andalucía) de personas procedentes del extranjero

Un virus, el Zika, que ya preocupa a la salud pública mundial porque, esencialmente, la salud de los niños es prioritaria dado que el virus ha demostrado su capacidad para atacar a las neuronas de la corteza cerebral embrionaria y fetal, con las consecuencias de sufrir el bebé una macrocefalia o lo que es igual, una discapacidad neurológica e intelectual considerada grave.

En esta hora, cuando la humanidad tiene, en cosa de semanas, la celebración de los Juegos Olímpicos de Brasil, con la multiplicación de viajes y contactos, la certeza es que todavía no existe ni una vacuna, ni el tratamiento para que los millones de mujeres gestantes no se vean afectadas, primero en sus fetos y, finalmente, para toda la vida del hijo. Por contra, la incidencia de la enfermedad en el hombre puede resultar mínima pero, a la vez, engañosa al presentar solamente síntomas leves en uno de cada cinco varones infectados.

## DESCONOCIMIENTO

Para remarcar la trascendencia del problema, la presidenta de la OMS, Margaret Chan recibió un escrito firmado por 200 médicos y científicos alertando de las graves consecuencias que el virus podría originar en la cita Olímpica del mes de agosto. La carta, abierta para ser firmada por cualquier profesional sanitario, indica que "la evidencia muestra que la cepa del virus Zika de Brasil tiene consecuencias médicas más severas de las que se pensaba" por lo que pedían a Chan



Dra. Margaret Chan, líder de la OMS

a reunir a grupos independientes de la OMS y del Comité Internacional Olímpico para que, basándose en la evidencia científica y la transparencia, ayude a afrontar la situación. De parecido tenor se expresaba el jugador español, Pau Gasol al anunciar que estaba meditando acudir a los Juegos por cuanto "la situación es de gravedad y el desconocimiento es grande".

En España, la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica admitió 121 casos del virus Zika hasta mediados de mayo. Eran personas que habían visitado países afectados. Cataluña era la región con el mayor número (39) seguida de Madrid (29) Aragón (12), Castilla León (12), C. Valencia (8), Galicia (4), Navarra (3), Andalucía (3)... Solo Extremadura y Cantabria no habían registrado casos al cierre de DOCUMENTOS. El Ministerio de Sanidad confirmaba que todos los casos de Zika en España correspondían a casos importados.



# 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:

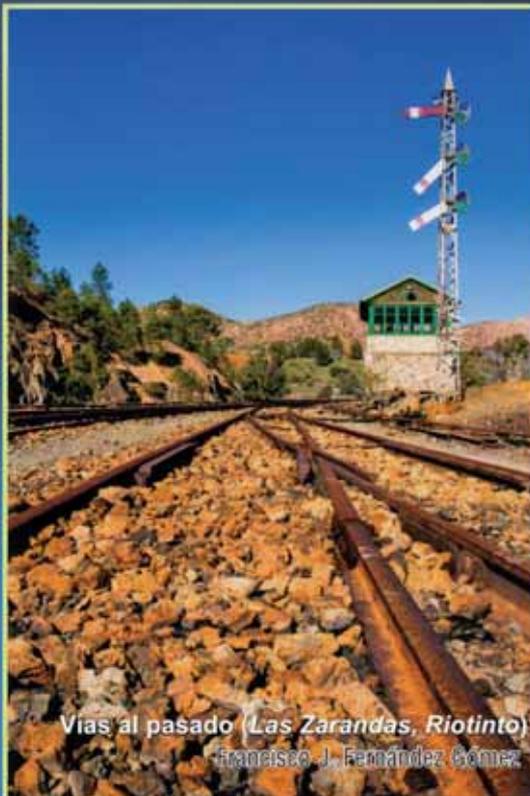
El fallo del jurado lo hará público el secretario del mismo durante la celebración de la Festividad del Patrón de la Enfermería, San Juan de Dios, del año 2017.

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