

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERÍA
DE HUELVA



enfermería

AÑO XIX

nº 63 septiembre 2016



Congreso Internacional de Enfermería Barcelona 2017



Huelva y el 1^{er} premio de Enfermería en Cuidados Oncológicos

Edita:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería
de Huelva

Consejo de Administración:

Junta de Gobierno del Ilustre Colegio Oficial de
Enfermería de Huelva

Consejo de Redacción

Presidente:

Gonzalo García Domínguez

Director Técnico:

Vicente Villa García-Noblejas

Jefa de Redacción:

Patricia Mauri Fábrega

Redacción:

Josefa Lorenzo Martín

Enrique Aguiar Mojarro

Eduardo Rico González

Martín Vázquez Bermúdez

M^a Carmen Vázquez Fernández

Tomás Lozano León

Antonio Olid Torres

Carmen D. Beltrán Camacho

Mercedes González Hernández

M^a Carmen Pilo López

Asesora de redacción:

Eva M^a Lorenzo Martín

Fotografía:

Archivo del Ilustre Colegio de Enfermería de
Huelva

Redacción: Sede Colegial

Imprime: Technographic, S.L.

Depósito Legal: H-1996-43

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

Tirada: 2.600 ejemplares

Distribución gratuita



Domicilio de la sede colegial

C/ Berdigón, nº 33, pral. izq.

21003 Huelva

Tel. 959 54 09 04

Correo electrónico:

colegiodehuelva@consejogeneralenfermeria.org

Página Web:

www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es

Fax: 959 25 62 70

Horario de oficina

De 09.00h a 14.00h. y de 16.00h a 20.00h.,

excepto las tardes de los viernes que
permanecerá cerrado

Horario de la Asesoría Jurídica:

Horario de mañana de lunes a viernes, tras cita
telefónica.

Entrevista con el presidente:

Concertar cita.

Sumario

3 EDITORIAL

4 PÓLIZA

5 CONDENAN AL AGRESOR DE UNA ENFERMERA

6-11 TRABAJO CIENTÍFICO: HIGIENE DE MANOS

12-13 CONGRESO INT. BARCELONA 2017

14 EL TC AVALA LA REFORMA DE LA MINISTRA

15 VACUNA NEUMOCOCO

16-17 HUELVA PREMIO CIUDADOS ONCOLÓGICOS

18 AMA

19-23 TRABAJO CIENTÍFICO: VACUNACIÓN INFANTIL

24 INFORME CUIDADOS

25 OPOSICIÓN AL SAS

26 LA JUNTA ACEPTA LA DONACIÓN DE INDITEX

27 CÓDIGO ICTUS

28-29 POLÉMICA EN LAS LISTAS DE ESPERA DEL SAS

30-33 TRABAJO CIENTÍFICO. APORTACIÓN ENFERMERA EN TCA A TRAVÉS DE UN PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

34 JABUGO Y BOLLULLOS

35 PLAZAS ESPECIALIDADES

36 CERTAMEN



SOBRE CONGRESO, LISTAS DE ESPERA y ZARA

En esta "reentrè" luego del periodo veraniego, y cuando nos disponemos a encarar el último tramo del año, varios son los frentes que, sanitariamente hablando, mas y mejor sirven para resumir la realidad por la que transita el campo de la salud y, mas en concreto, los intereses de la enfermería. Son, justamente, los enunciados que figuran en la cabecera de este comentario editorial de "DOCUMENTOS..." correspondiente al otoño de 2016.

Nadie puede negar que la celebración en España (Barcelona) del Congreso Internacional de la Enfermería constituye un acontecimiento de primer orden, aquellos que se dan rara o espaciadamente en la vida de un colectivo. Hace casi un cuarto de siglo la convocatoria mundial estuvo focalizada en Madrid y, ahora, en cosa de meses, miles de enfermeras (os) llegadas desde todos los lugares del mundo, tan cercanos como remotos, van a reunirse para hablar y debatir sobre lo que es propio de la profesión: cuidados, bienestar social, funciones, competencias, responsabilidades...

Es lógico que el Colegio de Huelva, como integrante del Consejo General y, por lo mismo, del CIE, haga llegar al conjunto de la profesión en la provincia la información y el estímulo para propiciar la participación y la asistencia en forma de presentación de comunicaciones, posters e iniciativas. En la web colegial, como en el presente número, hay cumplida información al respecto, para que no quede sin aclarar una sola duda que el colegiado tenga al respecto. La enfermería española tiene que desempeñar un rol preponderante en la cita de Barcelona y estamos seguros que lo hará con todos los acentos hispanos, el onubense incluido.

Otro capítulo que ha merecido el interés social lo constituyen las listas de espera quirúrgicas del SAS. Son muchas, demasiadas, las miles de personas que en Andalucía aguardan una llamada para acceder a un quirófano donde se les ataje y resuelva cualquier y delicado problema de salud. Sucede, además, que en Huelva saltó la controversia con acusaciones de presuntos "maquillajes", que se fueron traduciendo en denuncias ante los Tribunales así como el traslado del problema al Parlamento regional. Este Colegio, sin querer dar o quitar razones que corresponde a la Justicia, si tiene claro que la única y eficaz forma de resolver esta grave carencia sanitaria estriba en que el SAS debería proceder a variar su política habitual y contratase mas personal médicos y enfermeras o a potenciar los conciertos que ayuden a resolver tan delicada asignatura pendiente. Ningún paciente debería aguardar a ser intervenido mas que el tiempo sencillamente in-dis-pen-sa-ble. Porque de seguir así, estaríamos hablando de la perpetuación de un gravísimo problema de salud (por supuesto que pública).

Por último, debemos destacar lo sucedido con la sorprendente donación del Grupo Inditex (Zara) para que el SAS adquiera, sin costarle un euro unos 25 equipos de alta tecnología para tratamientos oncológicos. La cifra en cuestión (ahí es nada: 40 millones de euros) es simbólica y monetariamente tan relevante como para aguardar a que, en adelante algunos dirigente de la sanidad pública se cuiden de minusvalorar las aportaciones privadas, producto de una ideologización trasnochada, cuando se hacen en favor exclusivo del paciente. El hecho de que miles de mujeres y hombres andaluces vayan a ser tratados en sus procesos de cáncer con sofisticadas técnicas y aparatajes de última generación merced a la generosidad de la Fundación Amancio Ortega, es motivo para que, además de alegrarnos como sanitarios y ciudadanos, algunos hagan una reflexión acerca del papel social de la iniciativa privada cuando se ejerce en aras del bien común.



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

EL COLEGIO TE PROTEGE

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

NORMAS DE PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE POSIBLES RECLAMACIONES

PRIMERO: El colegiado deberá comunicar inmediatamente a su Colegio provincial la reclamación de que haya sido objeto, bien judicial (demanda, querrela o denuncia) o extrajudicial. La comunicación fuera de plazo de dicha reclamación podrá suponer que la póliza no cubra siniestro

SEGUNDO: El colegiado cumplimentará en su Colegio provincial el formulario de comunicación de Siniestro de Responsabilidad Civil Profesional o Penal establecido a tal efecto, para que éste sea remitido al Consejo General. Será necesario cumplimentar todos los datos solicitados.

TERCERO: Si el colegiado no pudiese contactar con el Colegio, comunicará directamente el hecho a la Asesoría Jurídica del Consejo General (Tel.: 913 34 55 20), donde un letrado le informará sobre los pasos a seguir y la cobertura del seguro. De no hacerlo así, el Consejo no asumirá ninguna responsabilidad, y el perjudicado será sola y exclusivamente el colegiado.

CUARTO: El colegiado no deberá declarar nunca sin abogado, ni firmar ningún documento.

QUINTO: De acuerdo con lo establecido en la póliza, para la efectividad de la cobertura prevista será imprescindible acreditar que el profesional afectado se encuentra colegiado y al corriente en el pago de las cuotas.

3,5

MILLONES DE EUROS

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

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

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

LA NUEVA PÓLIZA AMPLÍA LAS PRINCIPALES COBERTURAS:

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

SANCIONAN CON 5.500 EUROS AL AGRESOR DE UNA ENFERMERA DEL HJRJ

Huelva.- Redacción

Un Juez de Huelva ha impuesto una multa de 5.550 euros al hombre que, en el pasado mes de noviembre 2015 llevó a cabo una agresión a una enfermera del Servicio de Urgencias del Hospital Juan Ramón Jiménez de nuestra ciudad. El atacante, en "estado de embriaguez" y de forma "sorpresiva", se lanzó sobre la profesional de enfermería causándole lesiones, en concreto un esguince cervical, que necesitó de dos meses de cuidados tanto físicos como psicológicos. El Magistrado entendió que se trató de un delito de atentado a funcionaria pública previsto en el Código Penal.



La Justicia ha condenado al individuo que, en la noche del 19 de noviembre del pasado 2015, llevó a cabo un lamentable caso de violencia del que fue víctima una enfermera adscrita a las Urgencias del Hospital JRJ. Por lo mismo, el titular del Juzgado de Instrucción número 1 de nuestra capital condenó al acusado a una multa económica de 5.500 euros por el lamentable - uno mas- episodio de violencia física contra el personal de enfermería. El Juzgado subraya que el agresor, en "estado de embriaguez y de forma sorpresiva" se abalanzó sobre la enfermera del servicio de Urgencias a la que "cogió del cuello y la zarandeó con violencia".

FUNCIONARIA

Lo mas significativo de este Fallo es que el Juez entiende que los hechos someramente descritos son constitutivos de "un atentado a funcionaria pública sanitaria" así como a "un delito leve de lesiones", figuras ambas recogidas en el vigente Código Penal. Las secuelas que sufrió la victima fue un esguince cervical que precisó de 60 días de cuidados para su curación así como otras secuelas derivadas de un cuadro ansioso-depresivo. En

► El Juez lo califica como delito de atentado a funcionaria pública previsto en el Código Penal.

el acuerdo de conformidad se contempla que el acusado deberá indemnizar a la víctima de la lesión con el pago de una cantidad -(4.200 euros)- por los días que necesitó para el restablecimiento de sus dolencias, además de otros 1.300 euros por las secuelas producidas.

El Juzgado, igualmente, ha impuesto al acusado por un delito de atentado a la enfermera, considerada funcionaria pública, la pena de seis meses de prisión mientras que por el delito leve de lesión le condenó a la pena de dos meses de multa. Sin embargo, al haber existido el llamado acuerdo de conformidad, la pena de prisión se dio por suspendida eso sí, supeditada al abono de la parte restante de la multa impuesta por el Juez.

HIGIENE DE MANOS:

Falta de formación o de concienciación

Autora:

▶ ANA GÓMEZ RODRÍGUEZ

Enfermera supervisora de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Infanta Elena (Complejo Hospitalario de Huelva).

▶ RESUMEN

La adquisición de infecciones contraídas en el entorno sanitario, y en particular la infección cruzada de un paciente a otro, es prevenible en muchos casos con una práctica tan sencilla como es la higiene de manos, considerada como la principal medida para reducirlas.

Se trata de una acción muy simple que es capaz de reducir el 90%-95% de los gérmenes de las manos y la propagación de los microorganismos resistentes a los antimicrobianos, lo que mejora la seguridad del paciente en todos los ámbitos.

Es conocido que el cumplimiento de las recomendaciones sobre higiene de manos (HM) es bajo entre los distintos profesionales sanitarios y muchos son los factores observados o manifestados.

Los profesionales sanitarios reciben formación sobre HM durante sus estudios pero se puede pensar que sobrestiman sus conocimientos y habilidades suponiendo que se mantendrán a lo largo del tiempo y se convertirán en una práctica efectiva. No es simplemente una cuestión de conocimientos, hay una serie de habilidades cognitivas, factores de motivación, actitudes y conciencia que desempeñan un papel importante en este contexto

▶ ABSTRACT

The acquisition of healthcare-associated infections can be avoided in most cases with a simple hand washing habit, especially cross-infections which are transmitted between patients. This is considered to be the main measure to reduce them.

Hand washing is a quite simple action which can remove up to 90-95% of hand germs and prevent the spreading of microorganisms with antimicrobial resistance. This improves patient's safety in all levels.

It is known that the level of fulfillment of hand hygiene recommendations among health professionals is really low, and there are many factors associated to this problem.

Healthcare professionals are trained about hand hygiene during their studies, but they may overestimate their skills and knowledge and think that these will remain over time, becoming a true habit. However, it is not simply a matter of knowledge but there is also a need of cognitive skills, motivation, attitude and awareness, which are essential factors in this field.

▶ **KEY WORDS:** Hand washing, students, nursing, hand disinfection.

OBJETIVO:

Localizar y recuperar información relevante relacionada con la higiene de manos y más concretamente con la formación sobre el tema, el cumplimiento de las recomendaciones y la concienciación de los profesionales durante su práctica clínica. En conclusión, facilitar la información apropiada para hacer reflexionar a los profesionales sanitarios, concienciarlos e intentar reconducir conductas.

METODOLOGÍA:

Para la localización de los documentos bibliográficos se utilizaron varias fuentes documentales. Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos relacionadas con Ciencias de la Salud en español, portugués e inglés: CUIDEN, LILACS, CINAHL, MEDLINE, CINAHL, PubMed, EMBASE.

Se revisaron bases de datos creadas según el modelo de revisión bibliográfica: Cochrane Library.

Además se incluyó información sacada de guías de expertos, programas nacionales y mundiales:

- "Guía para la higiene de manos en el medio sanitario", publicada por los CDC (Centers for Diseases Control and Prevention).
- Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en atención sanitaria.
- Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España. Sociedad española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.

- Programas promovidos por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Comunidades Autónomas. Programas que potencian la cultura de seguridad en los centros sanitarios como "Bacteriemia Zero", "Neumonía Zero",

CONTENIDO:

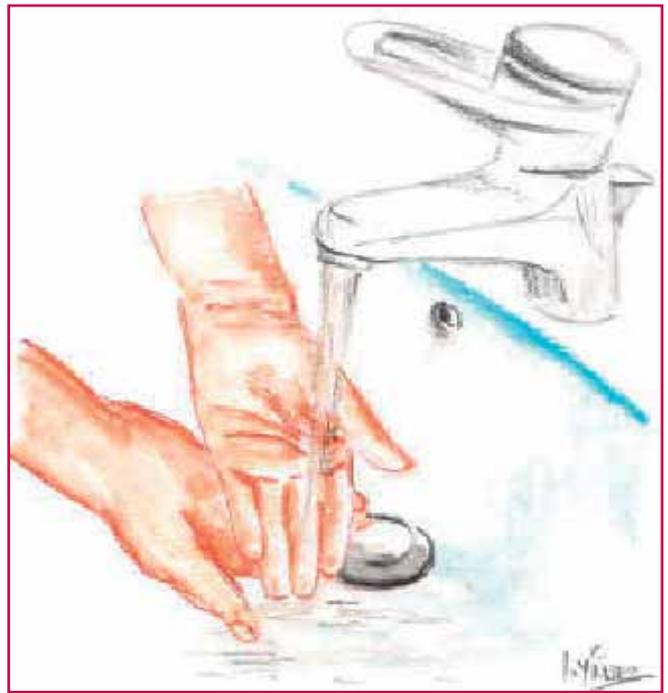
A mediados del siglo XIX Ignaz F. Semmelweis observó que, en el hospital donde trabajaba, la mortalidad por sepsis puerperal era mayor en la Sala 1 que en la Sala 2. Semmelweis había observado que los médicos y estudiantes que atendían en la Sala 1, donde existía la más alta mortalidad, atendían a las parturientas después de realizar las autopsias y los estudios de anatomía forense sin lavarse las manos y mucho menos, sin cambiarse sus vestiduras. La conclusión era muy obvia, los médicos y estudiantes de la Sala 1 transportaban en sus manos los exudados cadavéricos que transmitían a las parturientas en sus tactos vaginales. De inmediato, Semmelweis dispuso que los médicos y estudiantes, antes de atender a las parturientas debían de lavarse, de manera obligatoria, sus manos con una solución clorada (cloruro cálcico), demostrándose al poco tiempo el gran impacto de esta simple medida en la reducción de la mortalidad materna a menos de un 2% (1).

En 1961, el Servicio Médico Público de los Estados Unidos de América, produjo una película de entrenamiento que mostraba el uso de técnicas de higiene de manos (HM) recomendadas para los trabajadores sanitarios. En esa época, las recomendaciones exigían que el personal se lavase las manos con agua y jabón antes y después del contacto con cada paciente durante 1-2 minutos. Se creía que el aclarado de manos con un agente antiséptico era menos eficaz que la HM, por lo que se recomendaba solamente en emergencias o en áreas donde los lavabos eran inaccesibles.

Las Infecciones Nosocomiales, también llamadas infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS), se definen como aquella infección que afecta a un paciente durante el proceso de asistencia en un hospital u otro centro sanitario, que no estaba presente ni incubándose en el momento del ingreso. Incluye también las infecciones que se contraen en el hospital pero se manifiestan después del alta, a las 48 a 72 horas y que, a la vez, son provocadas por microorganismos multiresistentes adquiridos durante la hospitalización. La mayoría de las IRAS son clínicamente diagnosticadas mientras los pacientes se hallan todavía hospitalizados, sin embargo, el inicio de la enfermedad puede ocurrir después de que el paciente haya sido dado de alta.

Las IRAS conllevan un aumento de la morbilidad y mortalidad hospitalaria, añadido a un consecuente aumento de los costos, determinados fundamentalmente por la prolongación de la estancia hospitalaria y del uso de antibióticos de amplio espectro mucho más costosos.

Se estima que más de 1,4 millones de personas en el mundo contraen infecciones durante su estancia en el hospital (2). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre el 5% y el 10%



de los pacientes que ingresan en hospitales del mundo desarrollado contraerá una o más infecciones, este porcentaje se incrementa hasta un 25% en países en vías de desarrollo siendo prevenibles el 40% o más de ellas (3). Si hablamos de pacientes ingresados en Cuidados Críticos entre el 15 y el 40% resultarán afectados (4).

Según el Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE), la prevalencia de pacientes infectados por una IRAS en el año 2008 era de un 8,18%, lo que supone que cada año afecta a algo más de 300.000 personas en toda España. Se estima que se producen unas 6.000 muertes al año asociadas a la IRAS, además de un aumento considerable del coste por paciente. En 2011 la prevalencia es de un 7,11%, la frecuencia de infecciones hospitalarias ha descendido a 6,3 pacientes infectados de cada cien, la cifra más baja de los 20 años que lleva realizándose este estudio (5).

Esta disminución se ha producido tras la implantación generalizada de programas que potencian la cultura de seguridad en los centros sanitarios como "Bacteriemia Zero", "Neumonía Zero", y las campañas de HM, que han sido financiados y promovidos por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Comunidades Autónomas.

Estas infecciones tienen entre sus principales causas la propia asistencia sanitaria llevada a cabo por un número importante de trabajadores de salud, además, reflejan el comportamiento humano condicionado por numerosos factores, entre los que se incluye la educación.

La adquisición de la infección y, en particular, la infección cruzada de un paciente a otro, es prevenible en muchos casos con prácticas sencillas como es la HM, considerada como la principal medida para reducir las IRAS. Se trata de una acción muy simple, que ocupa entre 20-30 segundos si se utiliza una solu-

ción hidroalcohólica o 40-60 segundos si utilizamos agua y jabón, esta medida es capaz de reducir el 90% -95% de los gérmenes de las manos y la propagación de los microorganismos resistentes a los antimicrobianos, lo que mejora la seguridad del paciente en todos los ámbitos (6).

Sin embargo, ante una cuestión tan importante y con tanta trascendencia, el cumplimiento de las recomendaciones de HM en los hospitales normalmente no supera el 40% (7,8,9). En los Hospitales Universitarios de Ginebra, el cumplimiento fue mayor entre matronas y enfermeras e inferior entre los médicos y profesionales que trabajan en el turno de mañana y en días hábiles. El cumplimiento más bajo se observó en la Unidad de cuidados intensivos (UCI), donde están hospitalizados los pacientes con mayor riesgo de infección. Estar demasiado ocupado, irritación de la piel, usar guantes y no pensar en ello eran las razones principales del incumplimiento referidas por los profesionales sanitarios (10).

Sería necesario realizar intervenciones para aumentar el cumplimiento de HM siendo esencial la formación y la educación de sanitarios y aumentar la motivación para lograr el cambio de comportamientos aprendidos (11).

Según el estudio realizado en un hospital de Sao Paulo (Brasil) con alumnos de enfermería de 2º, 3º y 4º curso la adhesión fue menor del 50% en la mitad de los pasos recomendados. Los alumnos del 2º y 3º año obtuvieron un mejor desempeño en la mayoría de los pasos en la ejecución de la técnica, con una diferencia estadísticamente significativa en relación a los de 4º año. El promedio de los alumnos que ejecutaron todos los pasos de la técnica correctamente fue muy baja, 8,8% (12)

Entre los estudiantes de Ciencias de la Salud, una intervención precoz jugaría un papel muy importante para modificar el comportamiento futuro a medio y largo plazo. La conducta en relación con la HM del personal sanitario en formación se transmite fundamentalmente por imitación, influido por la escasa repercusión que la higiene de manos tiene durante la formación de pregrado. La formación universitaria de médicos/as, enfermeras/os y demás sanitarios debería abordar, tanto a nivel conceptual como práctico, y siempre de forma transversal, las indicaciones y métodos para la HM (13).

Niveles insuficientes de conocimientos en HM están asociados al bajo cumplimiento por parte de los estudiantes durante su formación en el ámbito clínico. No es simplemente una cuestión de conocimientos, hay una serie de habilidades cognitivas, factores de motivación, actitudes y conciencia que desempeñan un papel importante en este contexto y que habría que tener en cuenta en los planes de estudios. El estudio realizado entre estudiantes de enfermería eslovacos reveló niveles insuficientes en los conocimientos y deficiencias significativas en la calidad de la información relacionada con la HM en los programas educativos básicos de enfermería, así como en algunos países de Europa Oriental y Central. El papel de las instituciones educativas en la prevención de las infecciones

nosocomiales es significativo, si se mejora la educación sobre el tema (14).

Varios son los estudios donde se exploran las diferencias en los conocimientos, actitudes y prácticas de la HM entre los alumnos de enfermería. Uno de ellos se realizó entre los estudiantes de segundo y tercer año de una facultad de Escocia, con el objetivo de informar de los resultados para el desarrollo de futuros materiales educativos a nivel universitario y poder mejorar los conocimientos y habilidades. El estudio concluyó que los conocimientos, actitudes y prácticas no eran de mala calidad en general, pero había algunas cuestiones importantes que debían abordarse (15).

EL cuestionario validado para medir conductas, conocimientos y actitudes sobre HM entre el personal sanitario en formación de la Universidad de Granada concluye que, aún cuando dichos resultados no son extrapolables al resto de la realidad universitaria española por falta de estudios, se hace necesaria una reflexión importante sobre los procesos de aprendizaje de esta habilidad en el actual sistema educativo. Los resultados indican también una elevada susceptibilidad del estudiante de Ciencias de la Salud para el aprendizaje vicario. Éste debería aprovecharse en sentido positivo, evitando la adquisición de conductas erróneas y fomentando la instauración de prácticas seguras (16).

La reforma universitaria impulsada por las nuevas directrices europeas de enseñanza superior está organizando la formación en función de las competencias finales del alumno. Estas competencias determinan aquello que deben aprender los estudiantes y aquello que debe ser evaluado, además de constituir el eje de todo el proceso de enseñanza-aprendizaje. Los planes de estudios contemplan que los alumnos, en un marco de competencias basada en los conocimientos, habilidades y actitudes, reciban formación sobre HM. El método de entrenamiento por excelencia es el que ofrece la competencia del comportamiento, haciendo la suposición tácita de que el cumplimiento se mantendrá a lo largo del tiempo. Sin embargo se ha demostrado que los estudiantes sobrestiman sus conocimientos y habilidades, y manifiestan un nivel improbable de cumplimiento de las recomendaciones sobre HM (17).

En el estudio realizado entre los estudiantes de enfermería de la Universidad de Jordania se encontró que aunque las actitudes eran positivas y el cumplimiento moderado tenían conocimientos insuficientes sobre las precauciones a seguir para el control de las infecciones, no sólo hacia los pacientes, sino también hacia sí mismos (18). Las conclusiones sacadas del cuestionario que se paso a los estudiantes de enfermería turcos concluyeron que, aunque el programa de educación de enfermería incluía aplicaciones sobre HM en el contexto de las medidas de control de la infección, los estudiantes no ponían en práctica lo que habían aprendido, ni prestaban la debida atención al tema (19).

Queda suficientemente demostrado que el cumplimiento de la higiene de manos en el personal de salud es en general bajo, que cualquier aumento en el cumplimiento es difícil de sostener y

que diversos son los factores que influyen. No obstante, es importante destacar que los estudiantes perciben a los trabajadores sanitarios con los que hacen prácticas como el factor que influye en el cumplimiento de la higiene de manos al percibir que deben "encajar" en la dinámica de trabajo del área clínica (20).

El valor que los alumnos de enfermería dan a la HM disminuye a lo largo de los años de formación, probablemente como resultado de sus experiencias clínicas, por ello la importancia de tratar el tema durante toda la carrera y áreas de prácticas por medio de los tutores del alumno. Reconocido el problema de incumplimiento por parte del personal sanitario, los educadores de la facultad de enfermería de Nueva York propusieron el uso de los estudiantes de enfermería en las iniciativas de cumplimiento. La participación de estos consistía en observar la práctica, recordar al personal que debía lavarse las manos, además también serían responsables de proporcionar información de las mejores prácticas (21).

Junto con habilidades cognitivas, factores de motivación, actitudes y conciencia, los conocimientos son una de las cuestiones que influyen en el cumplimiento de HM entre los alumnos (14). Hay que tener en cuenta que el programa de prácticas clínicas, junto con las sesiones prácticas de laboratorio, se clasifican como métodos altamente efectivos cuando hablamos de educación sobre higiene de las manos y que los estudiantes de enfermería comprenden la importancia de la formación sobre HM y del cumplimiento de las recomendaciones cuando se atiende a los pacientes (22).

Muchas son las medidas que se están poniendo en marcha para atajar este problema, desde elaboración de guías a nivel mundial, pasando por estrategias nacionales, autonómicas o institucionales.

Una de las guías más relevantes, "Guía para la higiene de manos en el medio sanitario", fue publicada por los CDC (Centers for Diseases Control and Prevention). Se trata de una amplia y documentada revisión sobre la HM y su relación con las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, que incluye, en su primera parte, la revisión y datos científicos, en la segunda parte recomendaciones y en la tercera parte indicadores de resultado (23).

La OMS a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente lanzó en 2005 el Primer Reto Mundial en pro de la Seguridad del Paciente: Clean Care is Safer Care (Una atención limpia es una atención más segura), con el objetivo principal de promover la higiene de manos y de reducir las IRAS (3).

En 2006, España se adhirió oficialmente a este reto de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente y el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, marcaba entre sus prioridades estratégicas, el desarrollo de políticas dirigidas a la Seguridad del Paciente. Uno de los objetivos de esta estrategia, era la implantación de prácticas seguras en áreas específicas como la prevención de las IRAS. Durante estos años, el Ministerio de Sa-

nidad, Política Social e Igualdad ha financiado acciones en este sentido, promoviendo una mayor adherencia de los profesionales sanitarios a la práctica de la higiene de manos, fomentando la disponibilidad y utilización de preparados de base alcohólica en los puntos de atención a los pacientes y realizando acciones formativas e informativas.

En el 2009, el programa de la OMS para la seguridad del paciente lanza una ampliación del programa "SAVE LIVES: Clean Your Hands" (Salva vidas: lávate las manos), una iniciativa destinada a promover la higiene de manos como centro de interés continuo en la atención sanitaria a escala mundial, regional, nacional y local. En particular, hace hincapié en que el uso del modelo de "Los 5 momentos para la higiene de las manos" (ilustración 1) es fundamental para proteger al paciente, al profesional sanitario y al entorno sanitario de la proliferación de patógenos y, por consiguiente, reducir las IRAS (24,25)002E

La Comisión Asesora para la Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales del Servicio Andaluz de Salud publica las recomendaciones basándose en la guía de los Center for Disease Control and Prevention (CDC) (26).

Muchos son los intentos por modificar el comportamiento de los sanitarios en relación a la HM y aumentar su adherencia a las distintas recomendaciones. Cursos y talleres a nivel de instituciones, grupos de trabajo por parte de la Consejería de Salud, creación de un Observatorio para la Seguridad del Paciente por parte de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía con la posibilidad de adquirir el distintivo de manos limpias para las instituciones sanitarias, son algunas de las estrategias puestas en marcha.

La formación universitaria de sanitarios debería abordar, tanto a nivel conceptual como práctico, y siempre de forma transversal, las indicaciones y métodos para la HM y debe estar presente en todos los cursos. (13).

Los estudiantes de enfermería comprenden la importancia de la formación sobre HM y del cumplimiento de las recomendaciones cuando se atiende a los pacientes, como se deduce de estudios recientes (22). El aprendizaje que reciben se centra en la importancia de lavarse las manos y no tanto en qué momentos hay que hacerlo. Los conocimientos sobre los 5 momentos recomendados por la OMS son insuficientes. Es imprescindible que las charlas formativas estén apoyadas por talleres prácticos para que el aprendizaje sea más efectivo y pueda trasladarse a la práctica asistencial.

CONCLUSIONES:

Todo profesional sanitario o cualquier persona que participe directa o indirectamente en la atención a un paciente, debe mantener la higiene de sus manos, saber cómo hacerlo correctamente y en qué momentos de la asistencia. No obstante el cumplimiento es muy bajo.

La HM de forma aislada supone un esfuerzo mínimo, pero en una jornada laboral en la que se dan muchas oportunidades para llevarla a cabo el esfuerzo aumenta, de ahí que el principal factor para el incumplimiento sea la falta de tiempo.

Aunque los planes de estudios contemplan formación sobre HM, los estudiantes sobrestiman sus conocimientos y habilidades, no ponen en práctica lo aprendido, ni prestan la debida atención al tema, perciben a los trabajadores como el ejemplo a seguir.

No es simplemente una cuestión de conocimientos, hay una serie de habilidades cognitivas, factores de motivación, actitudes y conciencia que desempeñan un papel importante en este contexto y que habría que tener en cuenta en los planes de estudios para que se mantengan a lo largo del tiempo y se conviertan en una práctica efectiva y en la generación del cambio.

ANEXOS

Material y documentos sobre la higiene de manos

<http://www.who.int/gpsc/5may/tools/es/index.html>

Los 5 momentos de la OMS

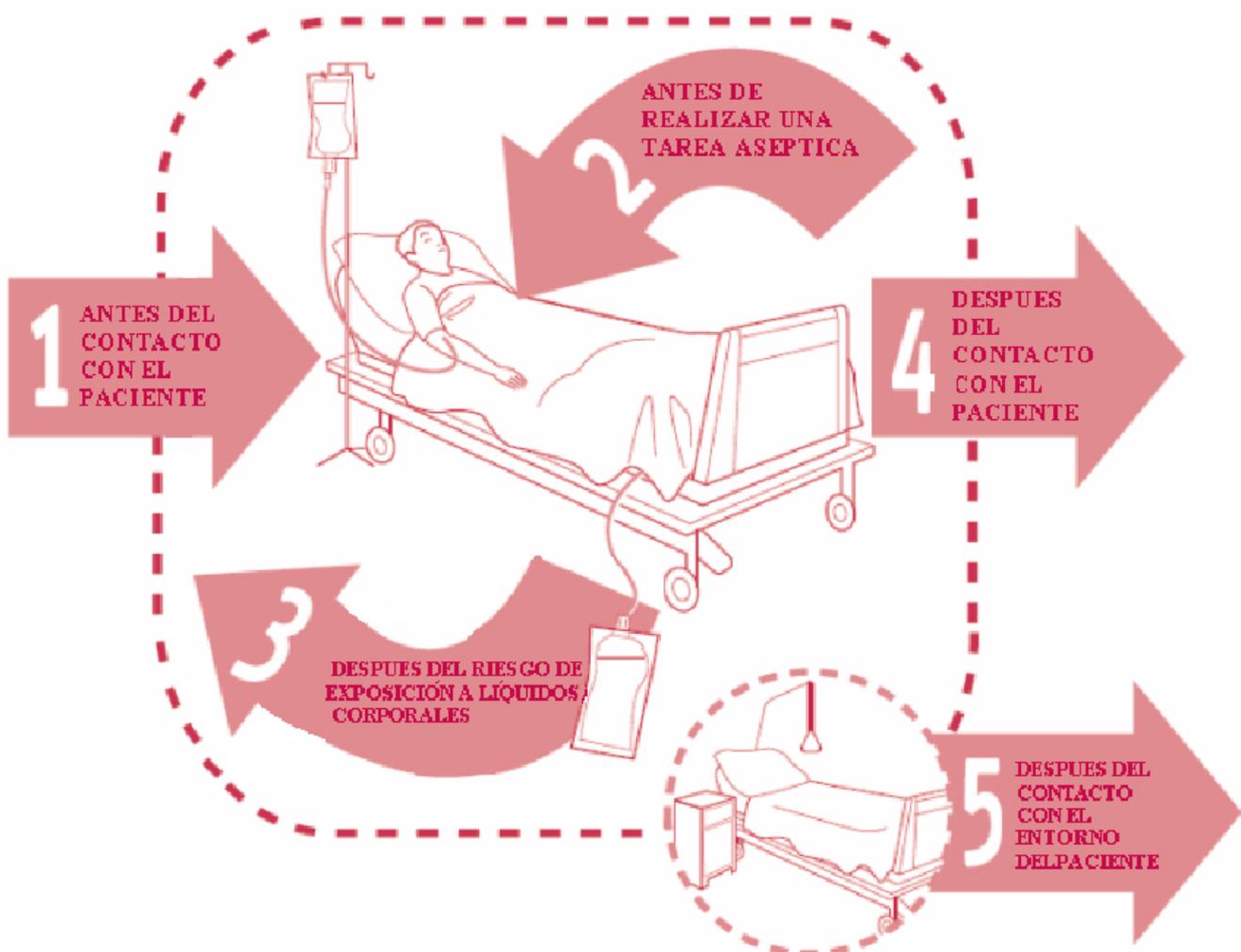


Ilustración 1. Los 5 momentos para la HM según la OMS. 2009

BIBLIOGRAFÍA

1. Noakes, T. D., Borresen, J., Hew. Butler, T., Lambert, M. I., & Jordaan, E. (2008). Semmelweis and the aetiology of puerperal sepsis 160 years on: an historical review. *Epidemiology and Infection*, 136 (01), 1-9.
2. Tikhomirov, E. (1987). WHO programme for the control of hospital infections. *Chemioterapia: international journal of the Mediterranean Society of Chemotherapy*, 6(3), 148.
3. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria. (Borrador avanzado): Resumen 2005
4. Vincent, J. L. (2003). Nosocomial infections in adult intensive-care units. *The Lancet*, 361(9374), 2068-2077.
5. EPINE. (2011). Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España. Sociedad española de medicina Preventiva, Salud pública e Higiene.
6. Kampf, G., & Kramer, A. (2004). Epidemiologic background of hand hygiene and evaluation of the most important agents for scrubs and rubs. *Clinical microbiology reviews*, 17(4), 863-893
7. Pittet, D., Hugonnet, S., Harbarth, S., Mourouga, P., Sauvan, V., Touveneau, S., & Perneger, T. V. (2000). Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Lancet*, 356(9238), 1307-1312.
8. Anaya-Flores, V. E., Ortiz-López, S., Hernández-Zárate, V. E., García-Hernández, A., Jiménez-Bravo, M. L., & Ángeles-Garay, U. (2007). Prevalencia de lavado de manos y factores asociados al incumplimiento. Estudio de sombra. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 15, 41-146.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim073e.pdf>
9. Sánchez-Payá, J., Galicia-García, D., Gracia-Rodríguez, R. M., García-González, C., Fuster-Pérez, M., López-Fresneña, N., ... & González-Torga, A. (2007). Grado de cumplimiento y determinantes de las recomendaciones sobre la higiene de manos. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 25(6), 369-375.
10. Pittet, D., & Perneger, T. (1999). Compliance with handwashing. *Annals of internal medicine*, 131(4), 310-310.
11. Cole, M. (2006). Using a motivational paradigm to improve handwashing compliance. *Nurse Education in Practice*, 6(3), 156-162.
12. Felix CC, Miyadahira AM. (2009). Avaliação da técnica de lavagem das mãos executada por alunos do Curso de Graduação em Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 43(1), 139. 45.
Disponibile en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19437865?dopt=Abstract>
13. Snow, M., White Jr, G. L., Alder, S. C., & Stanford, J. B. (2006). Mentor's hand hygiene practices influence student's hand hygiene rates. *American journal of infection control*, 34(1), 18-24.
Disponibile en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16443088>
14. Kelčíková, S., Skodova, Z., & Straka, S. (2012). Effectiveness of hand hygiene education in a basic nursing school curricula. *Public Health Nursing*, 29(2), 152-159.
15. Kennedy, M., & Burnett, E. (2011). Hand hygiene knowledge and attitudes: comparisons between student nurses. *Journal of Infection Prevention*, 12(6), 246-250.
16. González-Cabrera, J., Fernández-Prada, M., Martínez-Bellón, M. D., Fernández-Crehuet, M., Guillén-Solvas, J., & Bueno-Cavanillas, A. (2010). Construcción y validación de un cuestionario para medir conductas, conocimientos y actitudes sobre la higiene de las manos en personal sanitario en formación. *Revista española de salud pública*, 84(6), 827-841.
17. Cole, M. (2009). Exploring the hand hygiene competence of student nurses: a case of flawed self assessment. *Nurse education today*, 29(4), 380-388.
18. Darawad, M. W., & Al-Hussami, M. (2012). Jordanian nursing students' knowledge of, attitudes towards, and compliance with infection control precautions. *Nurse Education Today*.
19. Çelik, S., & Koça İ, S. (2008). Hygienic hand washing among nursing students in Turkey. *Applied Nursing Research*, 21(4), 207-211.
20. Barrett R, Randle J. Hand hygiene practices: nursing students' perceptions. 2008 Jul;17(14):1851-7.
21. Magaldi, M. C., & Molloy, J. (2010). Using student nurses as hand-washing ambassadors: a model to promote advocacy and enhance infection control practice. *Nurse Educator*, 35(5), 183-185
22. Nasirudeen, A. M. A., Koh, J. W., Lee Chin Lau, A., Li, W., Lim, L. S., & Yi Xuan Ow, C. (2012). Hand hygiene knowledge and practices of nursing students in Singapore. *American Journal of Infection Control*
23. Force, H. H. T. (2002). Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Center for Disease Control and Prevention MMWR 2002; 51(No. RR16): 1-45.
Disponibile en <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/RR/RR5116.pdf>
24. Strategy, M. H. H. I. (2009). A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. Publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)
25. Hand hygiene technical reference manual: to be used by health-care workers, trainers and observers of hand hygiene practices. Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2009
26. Center for Disease Control and Prevention. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. MMWR 2002; 51(No. RR16): 1-45.

ENFERMERÍA, CONVOCADA AL CONGRESO INTERNACIONAL BARCELONA 2017

Huelva.- Redacción

La Enfermería española, como la del resto del mundo, tiene una cita importante convocada por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). El Congreso Internacional del CIE, a celebrarse en Barcelona del 27 de mayo al 1 de junio de 2017 es un acontecimiento de primer orden profesional. Para ello, el Consejo General de Enfermería ha logrado rebajar el importe de la cuota de asistencia en un 40% si la inscripción se realiza antes del 17 de febrero de 2017. El presidente del Consejo, Máximo González ha confirmado la trascendencia de este evento: "La Enfermería española tiene que estar mas presente que nunca en esta cita" como demostración "del alto nivel del colectivo en los cuidados y atención al paciente.

- ▶ **Bajo el lema "Las enfermeras a la vanguardia: mejorando los cuidados", reunirá mas de 15.000 asistentes de todo el mundo.**

El Colegio Oficial de Enfermería de Huelva quiere invitar a la participación y asistencia al evento mas relevante que en los últimos tiempo va a reunir, en una primera estimación, a mas de 15.000 enfermeras llegadas desde los cinco continentes para, como ha subrayado la presidenta de la Enfermería mundial, "Examinar la importancia de integrar la práctica, la ciencia, el conocimiento y la equidad para prestar cuidados de Enfermería".

Este Congreso barcelonés servirá, entre otras muchas facetas, para que las "enfermeras construyan relaciones, y difundan los conocimientos y el liderazgo de Enfermería entre especialidades, culturas y países".

PROGRAMA

El programa científico que se ofrecerá a debate abarca tres pilares fundamentales: Práctica profesional, Regulación y Bienestar socioeconómico. Sobre ellos se ha confeccionado un atractivo calendario de conferencias, mesas redondas, aulas... a cargo de cualificadas expertas con el objetivo de promover la contribución de la Enfermería a las políticas de salud informadas y sostenibles, apoyando la contribución del colectivo a la atención de la salud basada en la evidencia, fomentando los planteamientos para la resolución de problemas en las necesidades mas prioritarias; sin olvidar el intercambio de experiencias y pericias dentro de la comunidad internacional de la Enfermería y fuera de ella.

Para fomentar la participación, el Consejo General ha alentado la presentación de resúmenes y ponencias en esta cita histórica, conforme se viene publicando, desde hace meses, en la página web de este Colegio de Huelva. De todos es sabido que el plazo para la presentación de los resúmenes, que no comporta gasto económico alguno, concluye el próximo 10 de octubre, algo que puede hacerse a través de la web del Congreso (www.icnbarcelona2017.com). González Jurado entiende que ha llegado el momento de "mostrar el altísimo nivel de la Enfermería española", cuya contribución hará que "el Congreso a celebrarse en la Ciudad Condal sea recordado como uno de los



mas importantes de la historia de la profesión".

TEMÁTICAS

Es una oportunidad, digamos, única, para que la Enfermería española pueda alcanzar un relieve internacional mediante la presentación de sus comunicaciones o posters. En tres idiomas (español, inglés y francés), y con apenas 250 palabras, incluyendo el título, el resumen y los autores son requisitos suficientes para destacar los principales puntos que se quiere comunicar. Las temáticas para llevar a cabo estos resúmenes son muy variadas. Abarcan desde los sistemas de salud, la economía, los cuidados directos y la seguridad del paciente, la equidad, ética y derechos humanos, la promoción de la salud, las tecnologías de la información, la formación, el liderazgo y la gestión, los recursos humanos, las catástrofes, las pandemias, la historia de la Enfermería... El hecho de estar colegiado y pertenecer al CIE, organismo supranacional de la profesión, es la evidencia de que la totalidad de las enfer-



- ▶ **Hasta el 10 de octubre, se pueden presentar comunicaciones y posters a través de la página web www.icnbarcelona2017.com**

meras (os) españolas que lo deseen puedan adelantar sus proyectos ante la profesión a nivel mundial.

Por todo lo anteriormente expuesto, el presidente del Colegio Oficial de Huelva, Gonzalo García Domínguez, quiere hacer llegar a la profesión onubense a través de las páginas de DOCUMENTOS... la certeza de que "estamos a menos de un año para asistir y vivir un evento sencillamente histórico. En efecto: han pasado ya 24 años, la edad de muchas compañeras y compañeros, desde que España protagonizó en Madrid un Congreso similar y que significó la plena madurez de la pro-

fesión como agente insustituible en los sistemas de salud de cualquier parte del mundo".

Por eso, como agrega Gonzalo García, "desde nuestro Colegio provincial animamos a recabar cuanta información precise la enfermería onubense en el sentido de empezar ya a compartir, tanto en la presentación de resúmenes como en la propia asistencia congresual, un Congreso Internacional que debe representar una nueva y definitiva puesta en escena reivindicativa de las potencias y habilidades de la Enfermería española. La importante rebaja para la cuota de ins-

- ▶ **La Organización colegial ha logrado una reducción del 40% para la inscripción, si se realiza antes del 17 de febrero.**

cripción lograda por el Consejo General, pasando de 525 a 300 euros, entendemos que supone un estímulo más que suficiente para que, cuando faltan todavía muchos meses, la cita de Barcelona 2017 empiece a ser un objetivo programático y común para la Enfermería de Huelva".



ÉLITES Y BASES

El CIE ya tiene anunciada una pequeña pero significativa parte del Programa preliminar a desarrollarse en Barcelona 2017; para lo cual, ha adelantado la presencia de tres enfermeras líderes mundiales en investigación: Linda Aiken, Mary Wakefield, y Leslie Mancuso. Estas tres reconocidas figuras de la profesión protagonizarán las conferencias plenarios. Pero que nadie piense que estamos ante una cumbre solamente de élites. En absoluto, el formato ideado por los responsables de este Congreso del CIE en sede española estimulará el protagonismo de la Enfermería de base, de la que hace posible el trabajo cotidiano en cualquier punto del planeta. Así se hará realidad mediante la presentación de los trabajos y posters que, como decíamos, pueden ser remitidos a la organización desde cualquier lugar de España con fecha límite del 10 de octubre.

EL TC AVALA LA REFORMA SANITARIA DE LA MINISTRA MATO



Huelva.- Redacción

El Tribunal Constitucional (TC) ha resuelto una de las cuestiones que, en el terreno de la política-sanitaria, mas polémica han generado en los últimos tiempos. El TC ha avalado en su práctica totalidad la reforma del Sistema Nacional de Salud (SNS) contenida en el RD-Ley de 2012 del Gobierno Rajoy y que se estaba referido, entre otros capítulos, a la retirada de la tarjeta sanitaria a los inmigrantes ilegales (sin papeles) y al llamado turismo-sanitario. En la sentencia el Alto tribunal establece que "la universalidad (...) no puede confundirse con un derecho a la gratuidad de las prestaciones y los servicios sanitarios".

El TC ha fallado sobre el recurso planteado en su día por el Parlamento regional de Navarra sobre la Ley promovida por la entonces ministra de Sanidad Ana Mato. El pleno del TC ha avalado, por ocho votos contra tres, la legalidad de esa reforma sanitaria que afectó a los "sin papeles" y a extranjeros que acudían a nuestra nación a someterse a intervenciones quirúrgicas, mas comunmente llamado "turismo sanitario". En su Resolución, los magistrados han recordado que el derecho a la sanidad no es universal por cuanto la percepción de asistencia "se configura y concreta de acuerdo con lo que dispone la ley", que "debe regular las distintas condiciones y términos en las que se accede a las prestaciones sanitarias" dado que la ley "determinará en

cada caso como ha de ser la asistencia sanitaria pública".

UNIVERSAL, NO GRATUITA

Este importante cambio desde que se creó el SNS gira en torno a los conceptos de asegurado y beneficiario del SNS. Los magistrados entienden que "la universalización legislativamente proclamada ha sido mas bien un objetivo" y su consecución ha dependido de muchas circunstancias "entre las que ocupan un lugar destacado las económicas". Al respecto, la sentencia concreta que "con todo, la universalidad no puede (...) confundirse con un derecho a la gratuidad en las prestaciones y servicios sanitarios".

El segundo rechazo del TC está referido a la exclusión del SNS de aquellos extranjeros empadronados pero sin residencia en España que acuden a la sanidad pública. A este respecto, el TC detalla que "el derecho a la asistencia es "de configuración legal" lo cual implica que corresponde al legislador su regulación y que además "puede ser modulado en sus aplicaciones a los extranjeros". La doctrina constitucional establece que "el derecho de los extranjeros a beneficiarse de la asistencia sanitaria será determinado y podrá ser limitado por las normas correspondientes. El legislador puede exigir a los extranjeros la autorización de su estancia o residencia en España como presupuesto para el ejercicio de algunos derechos constitucionales" es decir, la atención sanitaria de fondos públicos.

Eso si, la sentencia señala que la nueva regulación "no excluye el acceso a las prestaciones sanitarias" para quienes no estén en las situaciones descritas por la ley, sino que tiene en cuenta "la situación legal para exigir la correspondiente prestación".

PRESERVACIÓN

El TC subraya que, dentro del margen del que dispone el legislador, la nueva regulación objeto de recurso "no responde a una opción arbitraria sino a la preservación de bienes o intereses constitucionalmente protegidos, como el mantenimiento del Sistema nacional público". Todo ello, añade, teniendo en cuenta "las posibilidades del Sistema en un momento de intensas complicaciones económicas" observándose en la "distinción entre extranjeros con autorización de residencia y los que carecen de ella, la debida proporcionalidad y dando cumplimiento a las obligaciones internacionales en la materia".

Con su aval al recorte sanitario de Ana Mato, el TC ha desestimado el grueso del recurso del Parlamento navarro contra el RD que reguló una medida que dejó sin tarjeta sanitaria a mas de 153.000 inmigrantes que estaban en España de forma irregular. A juicio del Pleno del TC, en el momento en que se llevó a cabo esta regulación el déficit de las cuentas públicas sanitarias era insostenible por lo que se justifica la situación de "extraordinaria y urgente necesidad" que motivó la publicación del citado RD de la ministra Mato.

SALUD DARÁ LA VACUNA CONTRA EL NEUMOCOCO ANTES DE 2017

Huelva.- Redacción

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) va a proceder a suministrar una nueva vacuna largamente demandada tanto por el personal sanitario como por el conjunto social. Se trata de la vacuna contra el neumococo, causante, como se sabe, de problemas tan importantes para la salud, especialmente de los niños, como la neumonía o la meningitis de carácter grave. Hasta el momento, el importe de esta vacuna está corriendo a cargo de los ciudadanos pero todo parece indicar que antes de que acabe el año se podrá incorporar al calendario de vacunación en la región.

Ha sido la propia administración sanitaria andaluza la que ha adelantado una esperanzadora noticia en el sentido de que "antes de que finalice el presente año" podrá ser ofrecida dentro del catálogo de prestaciones públicas. Esta vacuna se ofrecerá en tres dosis, a los 2, 4 y 12 meses. Si se cumplen todas las previsiones, se habrá hecho realidad una recomendación suscrita en el seno del Consejo Interterritorial de Salud en donde se citan todas las autoridades sanitarias tanto regionales como del Ministerio de Sanidad.

GASTO PARTICULAR

Fue el consejero de Salud andaluz, Aquilino Alonso, quien durante el reciente verano adelantó que "la in-

troducción de la nueva vacuna en el calendario pasa por una suerte de procedimientos en el que se incluyen la información y la aprobación por parte de la Comisión asesora sobre Vacunaciones", un organismo formado por expertos encargados de analizar el marco epidemiológico, estableciendo la estrategia de vacunación para la población de nuestra comunidad.

Como se sabe, y hasta la esperada entrada en vigor de esta apuesta, la vacuna contra el neumococo está siendo sufragada económicamente por los padres de los niños plenamente convencidos de la necesidad de este acto vacunal porque, al no estar incluida en el calendario anual, ha supuesto el desembolso de su coste, en concreto 76,30 euros por dosis. Como sea que para una idónea inmunización son necesarias la administración de 3 dosis, el coste global se sitúa en 229 euros que, como decimos, lo afrontan de su bolsillo los padres de menores andaluces.

Para que deje de representar un desembolso privado, la administración sanitaria tiene en perspectiva convocar y adjudicar en concurso público la compra de las dosis que sean necesarias para lograr la cobertura general de la población afectada. Todo parece indicar que la tramitación burocrática-administrativa llegue a buen puerto antes de que acabe el presente año.

LAS FARMACIAS DEJAN ATRÁS LA CRISIS

Huelva.- Redacción

Las farmacias españolas parecen estar entonando el adiós a la crisis. Así lo confirman distintos parámetros referidos al 2015. Los más significativos han sido: la subida de la facturación en un 2,7% más que en 2014 y que en el último ejercicio se hayan abierto más de 100 oficinas en toda la geografía nacional. En España funcionan un total de 23.927 farmacias.



La facturación global de las farmacias españolas ascendió, en el año 2015, a 18.470 millones de euros, lo que supone un crecimiento del 2,7% respecto al año anterior. Con este balance, el sector de las farmacias podría estar diciendo adiós a una crisis que se ha mantenido durante los últimos cinco años. Este balance positivo proviene, principalmente, de la venta de medicamentos sin receta médica y de la parafarmacia.

RECORTES

Los inevitables recortes habidos en todos los ámbitos de la vida nacional, a consecuencia de la crisis globalizada, tuvieron una pronta relación con el mundo sanitario y, entre otros ámbitos afectados, en las farmacias. Fue en el 2010 cuando el Gobierno de la nación, presidido por José Luis Rodríguez Zapatero, puso en marcha las primeras medidas para controlar el déficit que, prioritariamente, llegó a los medicamentos con receta. Tiempo después, el ejecutivo liderado por Mariano Rajoy no varió esta política de ajuste económico. La consecuencia fue que la facturación media de las oficinas de farmacia españolas descendió un 13% durante los últimos años. Visto lo cual, el sector farmacéutico entendió como indispensable reorientar su negocio hacia tener una menor dependencia del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Pero, como apuntan distintos estudios entre ellos el Consejo General de la profesión, los tiempos difíciles parecen estar de retirada en el sector de las boticas nacionales, aunque la problemática que les afecta sea tan compleja como suponga estar radicada, por ejemplo, en el centro de cualquier gran ciudad o la oficina que presta sus servicios a poblaciones o núcleos rurales más apartados.

HUELVA PONE EN MARCHA EL 1^{er} PREMIO D

Huelva.- Redacción

El Colegio Oficial de Enfermería de Huelva, junto a varias entidades onubenses, acaba de promover el denominado "1^{er} Premio de Investigación Enfermería en Cuidados Oncológicos Fundación Ángel Muriel". Se trata de una apuesta para reconocer los mejores trabajos en el campo de la atención enfermera al paciente oncológico. Con una dotación económica de 2.000 euros, es un galardón de ámbito nacional, cuyo jurado encargado de calificar está presidido por el presidente del Colegio de Enfermería. Los trabajos aspirantes a este flamante galardón deben ser remitidos a la Fundación Ángel Muriel con un plazo límite de presentación fijado en las 14,00 horas del próximo 31 de octubre 2016.

En Huelva ha nacido un nuevo horizonte para la investigación profesional. El Colegio Oficial de Enfermería, la Fundación Ángel Muriel, la Obra Social La Caixa y la facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva (UHU) han decidido aunar potencialidades para poner en pie el bautizado oficialmente como "1^{er} Premio de Investigación en Enfermería en Cuidados Oncológicos Ángel Muriel". En sus argumentos fundacionales, se sostiene que este Premio, al que pueden aspirar los colegiados de Enfermería de toda España, busca "premiar el esfuerzo y la trayectoria investigadora en el área de los Cuidados Oncológicos" que "conlleven alguna innovación en el campo de la investigación sobre los cuidados en el cáncer".

ORIGINALIDAD

El Jurado será designado por la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Enfermería y en las bases de este flamante galardón se concreta, entre otras consideraciones, que los aspirantes deberán "constituir una aportación original e innovadora valo-



Firma del acuerdo para la creación del 1^{er} premio de Enfermería en Cuidados Oncológicos.

randose de manera especial su repercusión en el campo del conocimiento de los Cuidados Oncológicos".

Los trabajos candidatos a esta primera convocatoria deberán remitirse a la Fundación Ángel Muriel (Calle Palacio, 8, 1^a planta, 21001 - Huelva) en un plazo que finaliza a las 14,00 horas del 31 de octubre/2016. La entrega del I Premio en Cuidados Oncológicos tendrá lugar en el mes de diciembre en la facultad de Enfermería de la UHU.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

En el acto de la rúbrica definitiva del Premio estuvieron presentes las cuartos entidades promotoras: María Luisa Muriel Torres (vocal del patronato de la Fundación Ángel Muriel), Rocío de la Cinta Pizarro (directora de negocios de CaixaBank), Rafaela Camacho Bejarano (Facultad de Enfermería de la UHU) y Patricia Mauri Fábrega, vocal de la Junta de Gobierno del Colegio de Enfermería onubense. Todas coincidieron en elogiar

- La Fundación Ángel Muriel, el Colegio Oficial de Enfermería, La Caixa y la Facultad de Enfermería, promotores de un galardón que, dotado con 2.000 euros, busca reconocer las mejores aportaciones en los cuidados al paciente de cáncer.

E ENFERMERÍA EN CUIDADOS ONCOLÓGICOS



la apuesta de la Fundación Ángel Muriel por su esfuerzo, según palabras de la representante colegial Patricia Mauri, "en situar la investigación sobre los cuidados de Enfermería al paciente oncológico en un ámbito de relevancia y de futuro".

El Colegio, en nombre de su presidente, Gonzalo García, y Junta directiva, no tardó en expresar su felicitación ante la creación de este Premio porque, aseguró García Domínguez, "desde el primer momento en que se nos informó del proyecto de la Fundación Muriel, hemos valorado la contribución que va a suponer a la mejora en la atención y cuidados de Enfermería a los pacientes víctimas de algún tipo de cáncer, algo que sin duda contribuirá a optimizar la actuación profesional y, sobre todo, la mejora de los cuidados que prestamos".

APOYO

La Fundación Ángel Muriel, como principal impulsora de esta loable iniciativa, es una entidad sin ánimo de lucro, con sede en Huelva y fundada en abril de 2015, que recuerda la memoria del empresario del sector pesquero onubense Ángel Muriel, fallecido a causa del cáncer. Entre sus objetivos figuran dar apoyo a las personas diagnosticadas de cáncer así como a sus familiares, a la vez que estimular las acciones que permitan avanzar y actuar de forma positiva en el tratamiento y curación del paciente oncológico.

ALGÚN TIPO DE CÁNCER

Ángel Muriel Moreno, empresario onubense, falleció el 1 de abril de 2014 cuando contaba 53 años de edad en plena madurez humana y profesional y a causa de una letal enfermedad oncológica diagnosticada apenas unos meses atrás; era el presidente de la Asociación nacional de armadores de buques congeladores de pesca de marisco. Se había distinguido en una feliz iniciativa empresarial creadora de puestos de trabajo así como en su otra importante actividad en el ámbito de los acuerdos de convenios pesqueros entre España y terceros países como Mauritania, Marruecos, Guinea Bissau... Desde las organizaciones empresariales onubenses se lamentó tan "dolorosa e irreparable pérdida".

Pero el dolor y el vacío que alcanzó a la familia no fue impedimento para que, a corto tiempo de su desaparición física, naciera la Fundación Ángel Muriel para perpetuar su memoria, cuyo objetivo inicial consistió en definirse como una entidad sin ánimo de lucro que, con sede en Huelva, surgió decidida a prestar apoyo "a las personas a las que se ha diagnosticado algún tipo de cáncer", así como a sus familiares para lo cual lanzó su compromiso para "desarrollar acciones que permitan avanzar y actuar de forma permanente contra el cáncer".

BASES DEL PREMIO

En la página web del Colegio Oficial de Enfermería, como de la Fundación Muriel, se encuentran para conocimiento general las Bases por las que se rige esta primera edición del Premio de Investigación de Enfermería en Cuidados Oncológicos. En ellas consta que el concurso nace con la finalidad de "promover la investigación en cuidados oncológicos" así como el conjunto de apartados y requisitos que han de observar los candidatos.

Las Bases contemplan que el Jurado calificador estará presidido por el presidente del Colegio Oficial de Enfermería o en la persona que tenga a bien delegar. Actuará como secretario del Jurado el secretario, o vicesecretario del Colegio con voz pero sin voto. Ante cualquier imprevisto que aparezca no contemplado en las Bases, la decisión final corresponde al presidente del Premio previa consulta con el Jurado calificador y el presidente de la Fundación Ángel Muriel.

Igualmente, las Bases incluyen que el Premio podrá ser declarado desierto si el Jurado considera "que los trabajos presentados no alcanzan la puntuación suficiente para ser merecedor" de la distinción. Las decisiones del Jurado, inapelables, se adoptarán por mayoría simple y cualquier deliberación del jurado deberá ser "secreta". El acto de entrega se celebrará en el mes de diciembre y en la facultad de Enfermería de Huelva siendo "condición obligatoria" la presencia personal del premiado/a al acto, previa citación. En caso de ausencia inexcusable del autor o autores, podrán delegar en una tercera persona. En caso de no asistencia o de ausencia sin justificación, en el mismo momento de la lectura del acta, el Premio podrá quedar desierto.



EL SEGURO DE AUTO
DE A.M.A ENTRE LOS
3 MEJORES DE ESPAÑA
Y SEGUNDO MEJOR
POR PRECIO

Fuente: Índice Stiga 2015 de
Experiencia de Cliente ISCX

Hasta un

60%*
bonificación

en su seguro de **Automóvil**

- ✓ NUEVOS SERVICIOS DE ITV Y GESTORÍA
- ✓ AMPLIA RED DE TALLERES PREFERENTES
- ✓ REPARACIÓN Y SUSTITUCIÓN DE LUNAS A DOMICILIO
CON DESCUENTOS DE UN 50% POR NO SINIESTRALIDAD
- ✓ PÓLIZAS DE REMOLQUE
- ✓ LIBRE ELECCIÓN DE TALLER
- ✓ ASISTENCIA EN VIAJE 24 HORAS DESDE KILÓMETRO CERO
- ✓ PERITACIONES EN 24-48 HORAS
- ✓ RECURSOS DE MULTAS
- ✓ DECLARACIÓN DE SINIESTROS POR TELÉFONO E INTERNET



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

A.M.A. HUELVA (Colegio Médico)

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

Síguenos en     

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

Cobertura vacunal Infantil en Huelva hasta los dos años de edad

Autores:

- ▶ M^a del Pilar Tierra Burguillos
- ▶ Zahira Villa Campos
- ▶ Carmen Marín Sánchez
- ▶ Miguel Pedregal González
- ▶ José Arenas Fernández

▶ RESUMEN

Actualmente en los centros de salud españoles se lleva a cabo el programa de vacunación infantil. Este programa consiste en la administración de vacunas con el fin de inmunizar a todos los niños desde la infancia hasta la adolescencia.

Con este estudio se pretende conocer la cobertura de las vacunas infantiles hasta los dos años de edad en Huelva.

Se realizó un estudio observacional descriptivo (n=268) en los centros de salud. La muestra estaba formada por madres de niños de edades comprendidas entre los 12 y 24 meses.

Los resultados obtenidos ofrecieron los siguientes datos: el 100% son vacunados de las sistemáticas, el 64,43% de la vacuna antineumocócica, el 22,87% de la vacuna frente al rotavirus y el 21,44% de la vacuna frente a la varicela.

El 100% de las madres vacunan a sus hijos de las vacunas gratuitas pero no ocurre lo mismo con las que han sido las vacunas recomendadas: antineumocócica, contra el rotavirus y contra la varicela. La decisión dependía de la situación económica familiar y la opinión del pediatra. Ahora que el calendario ha cambiado a favor de dos de estas vacunas, la antineumocócica y la vacuna frente a la varicela, seguramente ocurra lo mismo con la proporción de niños vacunados.

▶ **PALABRAS CLAVE:** Programas de inmunización, vacuna contra la varicela, vacuna Neumocócicas.

INTRODUCCIÓN

La OMS define vacuna como: "... cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos..." (1). La seguridad y protección son las propiedades principales (2).

Según la composición de las mismas, existen distintos tipos de vacunas: vivas atenuadas, inactivadas, de subunidades, con toxoides, combinadas, de ADN y de vectores recombinantes (3).

Existen diferentes vías de administración para las vacunas: oral, nasal, intradérmica, subcutánea e intramuscular, siendo la última la más frecuente.

Las vacunas pueden administrarse en base a indicaciones individualizadas según distintos factores o de forma sistemática como parte de los calendarios de vacunas; de ahí que la AEP las diferencie en tres grupos: sistémicas financiadas, sistémicas no financiadas y vacunas para grupos de riesgo (4). Las vacunas sistémicas no financiadas son referidas por otros organismos como vacunas recomendadas.

En España el primer calendario de vacunación infantil fue implantado en el año 1975. Desde entonces fueron sucediéndose distintos calendarios hasta llegar a los casi 20 calendarios distintos en el año 2013, fecha en la que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó en España un calendario vacunal único, con el objetivo de acabar con las desigualdades entre comunidades autónomas (5). Actualmente este calendario se gestiona mediante un programa de vacunación a través de atención primaria con el fin de inmunizar a todos los niños desde la infancia hasta la adolescencia. En el caso de Andalucía es conocido como PVA (Programa de Vacunaciones de Andalucía) (6). Este nuevo calendario de vacunas único tiene muchos detractores, entre los que se encuentra el Comité Asesor de Vacunas de la AEP, el cual no está en contra de unificar criterios de vacunación entre comunidades autónomas, sino de que se retiren vacunas de algunas comunidades en lugar de añadirse a las que no las tienen (7).

Las vacunas que se ofrecen a los niños menores de dos años en Andalucía son contra: la hepatitis B, la poliomielitis, la difteria, el tétanos, la tos ferina, el haemophilus, el meningococo C, las paperas, el sarampión y la rubeola (6). No se han visto re-

flejadas en el mismo, las vacunas antineumocócicas, frente al rotavirus y frente a la varicela hasta hace poco, que la situación ha cambiado para dos de ellas.

La AEP publica de manera anual un calendario de vacunas recomendadas, el cual va variando según las investigaciones más recientes (4). En el calendario publicado a principios del 2016 (4), se clasifican como vacunas sistemáticas financiadas la vacuna antineumocócica y la vacuna contra la varicela en edad infantil. Por otro lado, la vacuna frente al rotavirus aparece como no financiada (4). Ninguna de estas tres aparecen reflejadas aún en los carteles del calendario del SAS (6), cuya última actualización es del año 2015, lo que puede llevar al desconocimiento de este cambio.

En relación a la vacuna antineumocócica, la comúnmente conocida como Prevenir, se acordó en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en enero del 2015, ser introducida en los calendarios de todo el territorio español. La fecha máxima para dicha labor fue marcada en diciembre de 2016 (8) y la población a la que va dirigida son los niños nacidos en el año 2016 en adelante.

Previo a este comunicado, un gran número de familias han estado costeándose los más de 200 euros que suponían las tres dosis para la cobertura vacunal ante esta bacteria, por ser altamente recomendada por sus pediatras (9). La infección por neumococo es temida por familias y personal sanitario ya que puede cursar con sintomatología diversa que va desde una neumonía hasta una meningitis (9).

En relación a la vacuna frente a la varicela en edad infantil, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a fecha del 29 de julio de 2015 decidió incorporarla a los calendarios vacunales a partir del año 2016. El número de dosis de la misma son dos, la primera entre los 12-15 meses y la segunda y última entre los 3-4 años de edad (10).

Esta vacuna sufrió desde el verano de 2013 una censura en el acceso a la misma ya que a pesar de estar aprobada por la Agencia Europea de Medicamentos sin restricción alguna, fue desabastecida de las farmacias españolas teniéndose que movilizar a otros países aquellas familias interesadas por obtenerla (11). Actualmente la situación se ha normalizado y el ministro de Sanidad lanzó un comunicado en enero de 2016 en el que confirmaba su abastecimiento en el próximo mes de febrero de este mismo año (12).

La vacuna frente al rotavirus, cuya administración es vía oral, es referida por la AEP como una de las sistemáticas no financiadas (4), en el calendario de vacunación del SAS no se encuentra reflejada (6). La infección por rotavirus puede presentar un cuadro diarreico y la transmisión es fecal-oral (13).

OBJETIVO

- Conocer la cobertura de las vacunas infantiles: sistemáticas y recomendadas: hasta los dos años de edad.

METODOLOGÍA

DISEÑO

Estudio observacional descriptivo.

ÁMBITO DE ESTUDIO

Los siete centros de atención primaria del distrito Huelva-Costa que se encuentran situados dentro del núcleo urbano de la ciudad.

PERÍODO DE ESTUDIO

Mayo de 2012 a enero de 2016.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Mujeres pertenecientes a los siete centros de salud de Huelva con hijos de edades comprendidas entre los 12 y 24 meses.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres con hijos de edades comprendidas entre los 12 y 24 meses.
- Que tengan como referencia alguno de los siete centros de salud de Huelva capital.
- Que acepten el consentimiento informado necesario para la realización de la encuesta.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres que no pudieran comunicarse en castellano.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Debido a que no existían estudios anteriores con los que calcular el tamaño de la muestra, se utilizó un valor infinito para determinar el tamaño de la misma.

Para una prevalencia del 50%, una precisión del 6% y una confianza del 95%. El tamaño de la muestra final fue de 268 mujeres. Se segmentó equitativamente la muestra entre los diferentes centros de salud gracias a las tasas de natalidad de los mismos.

VARIABLES

- Centro de salud de referencia: al que acude la madre con su hijo: Adoratrices, El Torrejón, Huelva-Centro, Isla Chica, La Orden, Los Rosales o Molino de la Vega.
- Edad: edad de la madre al dar a luz.
- Tipo de parto: vaginal o cesárea.
- Nivel de estudios: últimos estudios terminados por la madre: sin estudios, EGB/ESO, bachiller/módulo/FP o universitarios.
- Situación laboral: en activo, desempleada u otra.
- Vacunas que tiene administradas el niño y motivos: aquí se

diferencian entre las vacunas sistemáticas y recomendadas, destacando la vacuna antineumocócica, frente al rotavirus y frente a la varicela.

RECOGIDA DE DATOS

Para la recogida de datos se diseñó y validó inicialmente un cuestionario realizado "ad hoc".

Para la validación del cuestionario se realizó una prueba de jueces y un pilotaje. La prueba de jueces se hizo posible tras la participación de dos enfermeras, dos matronas y una psicóloga. El pilotaje se realizó durante siete días en el centro de salud Huelva-Centro, con un total de doce mujeres y tras el cual se obtuvo el modelo final. Este pilotaje fue decisivo para conseguir un cuestionario más cercano y con mayor aceptación por parte de las madres.

Los cuestionarios se han administrado en las salas de espera de los centros de salud, por parte del personal de enfermería que dirige este proyecto.

ANÁLISIS DE DATOS

El programa informático que se utilizó para realizar el análisis estadístico fue el SPSS.

Para realizar el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se halló la media y la desviación típica. Para las cualitativas, el porcentaje.

El test de Levene se ha usado para hallar la homogeneidad de las varianzas.

El test estadístico específico para hallar la normalidad que se ha usado es el Shapiro Wilk.

Para comparar dos medias se ha utilizado el test de la t de Student para muestras independientes, para varianzas homogéneas. Para varianzas no homogéneas, el test de Welch.

Para comparar más de dos muestras se ha usado el ANOVA.

Para comparar variables cualitativas, se utilizó el test de Ji-Cuadrado. En todos los casos se comprobaron las condiciones de aplicación.

ASPECTOS ÉTICOS

Se respetó la Ley de Protección de Datos de 1999 y la Ley de Autonomía del Paciente de 2002. El comité de Ética de la Investigación de la provincia de Huelva certificó la realización del estudio por considerar que cumplía los requisitos éticos y legales requeridos. Previo al inicio de la recogida de datos en los centros de salud, se obtuvo el consentimiento de la directora del distrito Huelva Costa y de los directores de cada uno de los mismos.

A cada una de las participantes se les explicó el fin del estudio

y se les solicitó un consentimiento informado por escrito. Los documentos completados con los datos personales de los participantes no se muestran en este documento, con el fin de respetar el anonimato.

RESULTADOS

La muestra no generó ningún tipo de pérdidas al llevarse a cabo una recogida de datos de manera consecutiva, según el orden de llegada a las salas de espera. Con cada una de las madres que participaron en el estudio se contactó tan sólo en una ocasión.

La muestra de 268 mujeres presentaba una media de edad de 31,29 años (DT 5,16). La de menor edad fue de 17 años y la de mayor de 44. Estaban casadas el 70,89% de los casos y el 86,56% afirmaban vivir con su pareja e hijo/s. La media de hijos fue de 1,71 (DT 0,851). El valor máximo que aquí se encontró fue de 7 hijos. El 68,60% referían poseer estudios medios y el 33,20% una formación universitaria. Prácticamente la mitad de las mujeres referían estar trabajando (47,76%).

Se ha confirmado que todos los niños de las madres encuestadas son vacunados de las vacunas sistemáticas sin excepción alguna. Sin embargo no se encontraron los mismos resultados cuando se trató de las vacunas recomendadas:

- La vacuna conjugada antineumocócica: Prevenar®.
- La vacuna contra el rotavirus: RotaTeq® y Rotarix®.
- La vacuna contra el virus de la varicela: Varilrix® y Varivax®.

La vacuna conjugada antineumocócica es de las tres la que más se administraba, con un 64,43% de los casos. Cerca de una cuarta parte de las madres administran las otras dos, el 22,87% en el caso de la vacuna frente al rotavirus y el 21,44% en el caso de la vacuna frente a la varicela (tabla 1).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la literatura científica se puede observar como prácticamente en España, el 100% de los padres consideran que las vacunas son necesarias y por consiguiente vacunan a sus hijos. No obstante hay una parte de la población que no opina de igual manera (15). Ninguna de las madres que han participado en el estudio han dejado de vacunar a sus hijos de las vacunas sistemáticas, el 100% de los mismos seguían el calendario vigente. La gran mayoría de ellas vacunaron también a sus hijos de la vacuna recomendada antineumocócica pero no ocurría lo mismo con las otras dos: frente al rotavirus y a la varicela. Estos datos coinciden con los de un estudio nacional, donde los motivos económicos o la opinión del profesional de la salud van a influenciar en la toma de esta decisión (16).

Aunque la información sobre vacunas es suficiente, hay casos donde el desconocimiento y el miedo a futuros problemas de salud, son los motivos por los que la vacunación se lleve a cabo y la decisión o no de vacunar la tomarán un gran número de familias en base a la recomendación del pediatra (17). Dichas recomendaciones pueden estar fundadas en la carga económica

y social que pueda suponer la no vacunación y una posible enfermedad (14).

El 100% de las familias vacunan a sus hijos cuando se trata de las vacunas sistemáticas, las cuales son gratuitas. En relación a la administración de las vacunas que en el año 2015 eran recomendadas: antineumocócica, contra el rotavirus y contra la varicela, dependía de la situación económica y de la opinión del personal sanitario que le atendiera, sobre todo su pediatra. Actualmente, tanto la vacuna antineumocócica como las dosis infantiles de la vacuna frente a la varicela, entran dentro de las sistemáticas, por lo que lo más probable es

que no sean muchas las familias que se cuestionen la administración de las mismas. Estos datos se podrán conocer en un futuro próximo.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones del estudio se han encontrado principalmente en la recogida de datos, por realizarse en las salas de espera y no dentro de una consulta. El presente estudio es ampliable, ya que las posibilidades de investigación en este campo son múltiples, pudiéndose superar barreras geográficas y culturales.

TABLA 1

Centros de Salud	Vacunas			
	Anti-neumocócica	Frente al rotavirus	Frente a la varicela	No sabe (varicela)
Isla Chica	66,6%	30%	33%	0%
Los Rosales	58%	11%	25%	22%
La Orden	60%	17%	35%	10%
El Torrejón	54%	18,9%	35%	2,7%
Adoratrices	80%	17,14%	37,14%	0%
Molino de la Vega	48%	15%	17%	4,4%
Huelva-Centro	84,44%	51,11%	60%	4,4%
Total	64,43%	22,87%	21,44%	6,21%

Tabla 1. Cobertura vacunal por centros de salud de las vacunas: antineumocócica, frente al rotavirus y frente a la varicela.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Vacunas [Internet]. [Citado en noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/vaccines/es/>
2. Martínez MPA, de Juanes Pardo JR, de Codes Ilario AG. Conceptos generales. Calendarios de vacunación sistemática del niño y del adulto en España. Impacto de los programas de vacunación. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. [Internet]. Enero 2015 [citado en noviembre 2015]; 33(1): 58-65. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-conceptos-generales-calendarios-vacunacion-sistemica-90376361>.
3. Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas. Tipos de vacunas [Internet]. Julio 2013 [citado en mayo 2014]. Disponible en: <http://espanol.vaccines.gov/m%C3%A1s-informaci%C3%B3n/tipos/11jt/%C3%ADndice.html>
4. Organización Mundial de la Salud. Tiomersal, preguntas y respuestas [sede web]. Octubre 2011 [citado en noviembre 2015]. Disponible en: http://www.who.int/immunization/newsroom/thiomersal_questions_and_answers/es/
5. Asociación Española de Pediatría. Calendario de vacunaciones de la AEP 2016 (versión resumida para las familias) [sede web]. Enero 2016 [citado en febrero 2016]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/familias/calendario-de-vacunaciones-de-la-aep-2016-familias>
6. González de Dios J. Reflexiones de los cambios en el calendario vacunal. *An Pediatr*. [Internet]. 2014 [citado en mayo 2015]; 12(4): 204-209. Disponible en: <http://www.apcontinuada.com/es/reflexiones-los-cambios-el-calendario/articulo/90339625/>
7. Junta de Andalucía. Calendario de vacunaciones 2015 [sede web]. [Citado el 24 de noviembre 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/vacunas/calendario_vacunaciones_2015.pdf
8. Moreno Pérez D, Álvarez García FJ, Aristegui Fernández J, Barrio Corrales F, Cilleruelo Ortega MJ, Corretger JM, et al. Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2014. *An Pediatr*. [Internet]. 2014 [citado el 24 de noviembre 2014]; 80(1): 55. Disponible en: https://familiaysalud.es/sites/default/files/calendario_vac_2014.pdf.
9. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Calendario común de vacunación infantil. Calendario recomendado año 2015 [sitio web]. 2015 [citado el 8 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/CalendarioVacunacion2015.pdf>
10. Márquez N. Diario de Sevilla. Vacunas, stop al neumococo [Internet]. Noviembre 2015 [citado el 28 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.diariodesevilla.es/articulo/sevilla/2145351/vacunas/stop/neumococo.html>
11. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. El ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad y las comunidades autónomas acuerdan vacunar de la varicela en la edad pediátrica temprana [sede web]. [Citado el 29 de julio de 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3735>
12. Moraga Llop FA. Hasta en la vacunación, lamentablemente Spain is different! Vacunas [Internet]. 2014 [citado el 5 de noviembre de 2015]; 15(1): 1-4. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-vacunas-72-articulo-hasta-vacunacion-lamentablemente-ispain-is-90331380>
13. Gaceta Médica.Com. Alonso confirma que la vacuna de la varicela volverá a las farmacias en febrero [Internet]. Enero 2016 [citado el 28 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.gacetamedica.com/noticias-medicina/2016-01-22/en-10-minutos/alonso-confirma-que-la-vacuna-de-la-varicela-volvera-a-las-farmacias-en-febrero/pagina.aspx?idart=960155>
14. Sanz Santaefemia FJ, Roa Francia MA, García Talavera ME, Tejedor Torres JC, Sebastián Planas M. Rotavirus: vieja enfermedad, nuevas vacunas. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2008 [citado el 20 de mayo de 2013]; 10(37): 89-98. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3666/366638700008.pdf>
15. Martínez Díaz S, Romero MM, Fernández Prada M, Piqueras MC, Ruano RM, Sierra MF. Demandas y expectativas de padres y madres que rechazan la vacunación y perspectiva de los profesionales sanitarios sobre la negativa a vacunar. *An Pediatr*. 2014;80(6):370-378.
16. Fernández MV, Marcos PB, Bregón BH, Moreno MM, de Santiago García M & Álvarez LB. Vacunas infantiles no financiadas, ¿cuál es la cobertura en un centro de salud urbano?. *Rev Pediatr* 2012, 14, 21-6.
17. Bernal PJ, Níguez JC, Navarro JA. Actitudes, conocimientos, creencias y grado de satisfacción de los padres, en relación con las vacunaciones de sus hijos en la región de Murcia. *Vacunas* 2001; 2(4):142-148.

INFORMACIÓN FIABLE SOBRE LOS CUIDADOS

Huelva.- Redacción

La Consejería de Salud ha anunciado la puesta en marcha de una herramienta informática para facilitar la información más fiable sobre los cuidados a la población. En este nuevo espacio se contienen distintos recursos tales como guías, vídeos, y aplicaciones móviles todo en un lenguaje que se pretende sea lo más accesible posible. La Estrategia de Cuidados por parte de la enfermería ha sido objeto de distintas presentaciones por la geografía andaluza, (Huelva incluida), de la mano de su responsable la enfermera almeriense Nieves Lafuente Robles en su condición de directora del denominado Plan Integral de Cuidados de Andalucía.

La Consejería de Salud de la Junta, a través de la llamada Estrategia de Cuidados de Andalucía, anunció en pleno verano la inauguración de una página web para hacer más fácil y solvente la información sobre los Cuidados a la población. La herramienta (www.picuida.es/ciudadania) ha sido ideada por la Escuela Andaluza de Salud Pública junto al equipo de la Estrategia de Cuidados y profesionales clínicos, además de expertos en gestión, docencia e investigación. Del mismo modo, ha contado con la participación de los ciudadanos en cuanto a la presencia de las Asociaciones de Pacientes que tomaron parte en las distintas Jornadas de presentación de la citada Estrategia de Cuidados de la que esta Revista dio cumplida información (véase DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA nº 61, marzo/16).

FIABILIDAD

A través de esta página web, cualquier persona interesada podrá situarse ante



fuentes de información que la administración regional califica de "fiable y de calidad", conforme indicó la consejería en un comunicado oficial. Ello hará posible encontrar un nuevo frente a modo de contraste y referencia entre la enorme cantidad de páginas webs de contenido sanitario que proliferan a cada momento a través de la red. En la nueva web de Salud se prevé ir sumando contenidos diseñados en la región al tiempo que, también se incorporarán materiales generados por otras organizaciones científicas del mundo sanitario. También se podrán localizar contenidos elaborados por los profesionales sanitarios del sistema público andaluz que puedan ser de interés para el conjunto de nuestra población.

Conscientes de la trascendencia que para la profesión de enfermería tiene todo lo relativo a los Cuidados, por su presente y sobre todo futuro, no es necesario subrayar que, además del claro protagonismo del colectivo, el desarrollo de los Cuidados se ha confirmado como núcleo esencial para "contribuir al avance de un sistema sanitario público realmente sostenible". Por lo mismo, y a través de distintas mejoras de la eficiencia "se propone priorizar en el sistema público la mejor accesibilidad, la concentración (acto) de la oferta, de servicios, la reducción de intervenciones de escaso valor o la reducción de complicaciones o efectos adversos dispensando de forma estandarizada cuidados transversales, seguros y adecuados proporcionado entre distintas plataformas, medios y profesionales de forma colaborativa".

RIGIDEZ

En el caso concreto de estos Cuidados de enfermería, conforme apuntan las tendencias a nivel internacional, una atención sanitaria ágil, eficiente y centrada en la mejora de los resultados clínicos y de salud, pasa por "reorganizar la rígida organización existente" así como fijar los mecanismos de cuidados que satisfagan las necesidades de la población a través de una redefinición de las enfermeras dentro de los sistemas sanitarios". Y ahí es cuando surgen las distintas figuras de las enfermeras como, entre otras, las conocidas como gestoras de casos o las dedicadas a dispensar los Cuidados Paliativos.

Finalmente, en esta página web se localiza una sección destinada a la participación de tal modo que se podrán compartir todo tipo de propuestas e iniciativas. Las personas con interés en participar mediante grupos de trabajo y programas pueden contactar con la Estrategia de Cuidados. Como se sabe, la Estrategia del Plan de Cuidados en la región supone, según afirma Nieves Lafuente Robles, el proyecto de "constituirse en una hoja de ruta, un marco de referencia para guiar a las enfermeras andaluzas en este proceso de cambio," para lo cual el objetivo no es otro que intentar propiciar "cambios motivadores para los profesionales y, sobre todo, alianzas con la ciudadanía a los que pretendemos responder en sus necesidades y cuidados".

EL 47,4% SUPERA LA FASE DE OPOSICIÓN AL SAS

Huelva.- Redacción

La oposición a plazas en la sanidad pública de Andalucía sigue sumando etapas hasta su definitiva resolución. El segundo acto ha consistido en la publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA número 146) de las resoluciones que han servido para certificar las personas que, tras realizarse el examen del pasado mes de enero, han aprobado el mismo y, en consecuencia, pasan a la fase de concurso de la Oferta Pública de Empleo (OPE). Los listados, que se pueden consultar en la web del SAS afirman que la prueba ha sido superada por el 47% de los presentados. Ahora, el horizonte más inmediato es la aportación del autobaremo de los aspirantes entre las fechas 2 y 22 de noviembre.

La OPE a plazas del SAS ha culminado su primera etapa. Las páginas del BOJA del 1/8/16 dio a conocer las personas que han superado los exámenes correspondientes a las 61 categorías ofertadas, siendo enfermería la que presentó mayor número de aspirantes. Los tribunales encargados de calificar, tras celebrar diversas reuniones durante los últimos meses, determinaron que el número global de aspirantes que lograron saldar con éxito la primera fase ascendió a 42.925 profesionales, lo que supone menos de la mitad (47%) de los presentados (90.626 candidatos iniciales).

En la web del SAS (www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud) los interesados han podido encontrar la respuesta al primer hito de la oposición. Ahora, quedan en juego un total de 3.282 plazas para el conjunto de las 61 categorías convocadas. Enfermería, que presentó un total de 33.918 inscripciones aspirantes (de las que 5.963 fueron de Huelva), tiene por delante asignar las 831 plazas que salieron a concurso. El desenlace en cuanto a aprobados fue de 6.784 enfermeras(os) en el turno libre y 202 en promoción interna las cuáles optan a 506 y 325 plazas respectivamente. Por lo que se refiere a las matronas han sido 773 candidatas en el turno libre para 17 plazas en litigio y 52 por promoción interna para 25 plazas. Como se recuerda, esta OPE correspondió a los años 2013, 2014 y 2015.

MÉRITOS

La segunda fase de esta convocatoria, corresponde a la fase de concurso de méritos, las personas que han superado la fase selectiva deberán aportar su autobaremo de méritos. Y lo harán entre los días 2 y 22 del próximo mes de noviembre. El citado baremo puede ser presentado por vía telemática, accediendo al



área de e-atención al profesional de la web del SAS, (siempre que el interesado disponga de certificado digital) o en cualquier punto de registro. Para adjuntar la documentación de la autobaremación a través de la web del SAS, solo es necesario escanearla (sin necesidad de autocompulsar) acompañada de la firma en la instancia que se genera automáticamente al registrarse. Este servicio está disponible las 24 horas al día en las fechas anteriormente citadas.

► El segundo paso, la autobaremación de méritos, entre el 2 y 22 de noviembre

Quienes opten por presentar su documentación en cualquier punto de registro, también es necesario acceder al área de e-atención al profesional con el certificado digital a través del Código seguro de acceso y generar el modelo de instancia. En este escrito deben figurar todos los méritos alegados y requisitos. Una vez impreso, a una sola cara, es necesario adjuntar toda la documentación numerada, firmada y ordenada conforme al autobaremo. Quienes opten por presentarla no en un registro sino en Correos, deberán hacerlo en sobre abierto para que el escrito sea fechado y sellado antes de certificarse. De igual manera, y desde el pasado 2 de agosto, hubo un mes para interponer recurso ante la Dirección General de Profesionales o, directamente, recurso contencioso-administrativo ante el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (TSJA), en el plazo de dos meses.

44 profesionales

Un total de 44 profesionales sanitarios de la provincia de Huelva han obtenido, durante los primeros seis meses del año, la certificación de calidad que concede la Consejería de Salud por medio de su Agencia de Calidad Sanitaria. A nivel andaluz las cifras se elevan a 519 profesionales de distintas categorías. En la actualidad, y según información de la misma Agencia, cerca de 20.000 personas y unas 700 entidades públicas se encuentran en alguno de los procesos de certificación que desarrolla la Agencia para la obtención de ese "sello de calidad" que reconoce la propia administración sanitaria.

La JUNTA "ACEPTA" Los 40 millones de ZARA

Huelva.- Redacción

La Junta de Andalucía anunció que "acepta" la donación de 40 millones de euros procedentes de la Fundación Amancio Ortega (Grupo Zara) y, acto seguido, dio a conocer su decisión de contratar por el SAS oncológicos para los hospitales de la región. Se trata de importantes equipos tales como aceleradores lineales de radioterapia y otros dispositivos de última generación para el tratamiento del cáncer. En Andalucía cada año aparecen 32.000 nuevos casos oncológicos.

La Junta afirmó que "acepta" la cantidad de 40 millones de euros (alrededor de 6.600 millones de pesetas) a cargo de la Fundación Amancio Ortega, dependiente del imperio textil Zara. Como anunciamos en nuestra última edición, merced a esta importante donación privada,

la consejería de Salud y el SAS van a adquirir, por la misma cifra, un equipamiento para tratamientos oncológicos que redundará en beneficio de los pacientes. El periodo habilitado para materializar estas infraestructuras sanitarias abarcará de 2017/2020. Se trata de 25 aceleradores lineales, (17 de los cuáles sustituirán a los más antiguos), así como 2 TAC simuladores, y un equipo de radioterapia intraoperatoria. A su vez, en la donación de Zara se incluyen las obras de instalación en los diferentes hospitales, así como los sistemas informáticos de planificación y comunicación.

Esta importante inyección de recursos privados en la sanidad pública andaluza, en concreto desde de la Fundación coruñesa, supondrá un claro avance en los tratamientos que recibirán los pacientes de cáncer en la región. Se sabe que cada año aparecen 32.000 nuevos casos dentro de



Susana Díaz, presidenta de la Junta

una tendencia creciente debido al aumento de edad de la población. Una mayoría de estos casos (19.000) precisan de tratamientos con radioterapia. Con los últimos datos oficiales en la mano, en los hospitales del SAS se llevaron a cabo 353.488 consultas de oncología, se administraron 173.689 sesiones de quimioterapia y se llevaron a cabo 250.541 sesiones de radioterapia. En cuanto a los programas de detección, el más avanzado es el de cáncer de mama con una tasa de captación del 84% (273.475 mujeres).

FÁTIMA BÁÑEZ, Ministra de Sanidad en funciones

La Ministra de Empleo y Seguridad Social, Fátima Báñez García es, desde hace unas semanas, Ministra de Sanidad en funciones. La diputada popular por Huelva ha ocupado la cartera sanitaria desde que el anterior responsable, Alfonso Alonso decidiera dimitir del cargo para optar a las elecciones vascas próximas a celebrarse.

Huelva tiene, quizá por primera vez, una Ministra de Sanidad, Fátima Báñez (San Juan del Puerto, 1967); comparte en funciones las dos carteras ministeriales de Empleo y Seguridad Social y

ahora, Sanidad. La renuncia de Alonso para acudir a las elecciones al Parlamento Vasco han propiciado que Fátima Báñez haya sido designada por el presidente del Gobierno para ostentar, obviamente que en funciones dado el actual bloqueo del ejecutivo nacional, tan altas responsabilidades. Licenciada en Económicas y Derecho, casada y madre de dos hijos, Báñez acumula una amplia trayectoria como parlamentaria por la provincia de Huelva durante las cuatro últimas legislaturas. Es Ministra de Empleo y Seguridad Social desde el 2011 y su cometido ha merecido notables elogios por su capacidad de trabajo y espíritu dialogante.



Fátima Báñez, responsable de Sanidad en funciones

REFUERZAN EL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL “CÓDIGO ICTUS”

Huelva.- Redacción

El Complejo hospitalario universitario de Huelva ha anunciado el reforzamiento del protocolo para deparar la atención más urgente y eficaz en el denominado “Código ictus”. En este dispositivo participan personal de la UCI, área de Urgencias, de los servicios de emergencias tanto del 061 como de los de atención primaria (DCCU), y sin olvidar las áreas de Laboratorio y de Radiodiagnóstico. Bajo la coordinación de un médico especialista en Neurología, los numerosos intervinientes tratan de ofrecer la asistencia a las personas víctimas de un accidente cerebrovascular (o ictus).

En el hospital Infanta Elena se ha dispuesto la centralización de un circuito de atención prioritaria en el que juega un papel destacado la Unidad de Neurología del Complejo onubense. Por parte de los distintos servicios y unidades citados se trata de propiciar el mejor abordaje en la implantación del tratamiento ante la aparición de un caso definido como Ictus, recién consumado y cuando el enfermo se encuentra en la etapa denominada “ventana terapéutica” es decir durante las cuatro horas y media siguientes a la aparición del problema. Durante este período de tiempo, la aplicación del adecuado tratamiento farmacológico resulta más positivo y facilita recuperar las funciones de parte del área cerebral que haya sido afectada lo que evita la aparición de secuelas tanto físicas como cognitivas.

PROFESIONALES

Como decimos, el Complejo hospitalario de Huelva anunció la priorización y reforzamiento del protocolo de actuación a seguir ante un episodio de Ictus en el que deben intervenir un amplio número de profesionales médicos y de enfermería, tanto del hospital como de

los servicios externos de emergencias. De esta forma, cada vez que por parte del personal hospitalario o de los servicios de emergencias (061, DCCU) se reconoce la presencia de síntomas de un posible accidente cerebrovascular, de inmediato se procede a activar el “Código Ictus” con lo que entran en funcionamiento una serie de medidas y actuaciones de enorme utilidad al agilizar la implantación del tratamiento de choque.

- ▶ **El Complejo hospitalario prioriza las actuaciones a seguir por parte de diferentes servicios y profesionales para minimizar los daños cerebrales.**

Estas acciones abarcan desde la asignación del llamado nivel 1 en Urgencias, que comporta la actuación inmediata, hasta la realización, de forma protocolizada, de una serie de primeras pruebas tanto analíticas como radiológicas en un período de tiempo inferior a una hora. Todo ello, lógicamente, acompañado del ingreso del paciente en la UCI donde se procederá a iniciar determinados tratamientos que precisen de una monitorización y una exploración neurológica determinadas.

El tratamiento más frecuente ante un caso de Ictus gira en torno a la administración de fármacos ya que la terapia con fibrinolisis o trombolisis hace posible una mejoría en la evolución de aquellos enfermos, especialmente los que presentan un infarto cerebral is-

quémico acompañado de un importante déficit neurológico. La fibrinolisis consiste, como bien se sabe, en un tratamiento intravenoso con trombolítico, esto es, un fármaco que disuelve el trombo que ha causado la obstrucción arterial, algo que propicia una mejoría ostensible en la evolución del paciente.

Prevención, también

Ahora bien, junto al protocolo asistencial ahora reforzado en el Complejo hospitalario, el personal médico y de enfermería también debe tratar de inculcar una mentalidad de prevención frente al peligro que representa todo ataque cerebrovascular. Esto debe ser común tanto para las personas que están en situación de un posible riesgo de sufrir un ictus como para aquellos otros que ya han pasado por este delicado problema de salud; para lo cual, los profesionales deben concienciar al ciudadano de observar un cierto control de aquellos factores considerados de más relevancia en este contexto de la salud. Sea mediante el control de la hipertensión arterial, por cuanto más del 50% de las víctimas del Ictus son hipertensos, o con la observación de cumplir con la medicación establecida, reducir el consumo de sal, cuanto el control del colesterol elevado (algo que afecta al 40% de los casos) y de la diabetes. Para ello, el ciudadano debe saber, y llevar a la práctica, que observar un estilo de vida saludable, con ejercicio físico moderado, alimentación adecuada y sin excesos, junto al abandono del tabaquismo son otras tantas razones para prevenir la aparición del accidente cerebrovascular o ictus.

CRECE LA POLÉMICA CON LAS LISTAS DE ESPERA QUIRÚRGICAS DEL SAS



Huelva.- Redacción

Las listas de espera quirúrgica en la sanidad pública andaluza, y más concretamente onubense, están siendo objeto de una polémica que ni el reciente verano ha logrado amortiguar, manifestada en varios frentes. En efecto: la Fiscalía, en el ámbito judicial, y el Parlamento regional, en el político, van a ocuparse de unas listas de espera que, cuanto menos, están siendo ocultadas a la población por cuanto el SAS, no las publica desde el mes de junio de 2015. En el Parlamento andaluz, Ciudadanos ha registrado una iniciativa pidiendo que "los políticos saquemos las zarpas de la Sanidad" en favor de que sean los profesionales quienes la gestionen.

¿Se maquillan o no se maquillan las listas de espera quirúrgicas?, ¿hay o no motivos fundados para la latente preocupación -social y profesional- ante las demoras para acceder a las intervenciones programadas en los centros hospitalarios de la región? Esta es la cuestión para que, a lo largo de los últimos meses veraniegos se hayan posicionado tres niveles de pronunciamientos: desde el profesional hasta el judicial y el político-parlamentario. El Colegio Oficial de Enfermería de Huelva aboga por una solución rápida y efectiva: que "aumenten los recursos humanos de los quirófanos andaluces para resolver este importante problema sanitario".

RECORTES

Para empezar, existe una realidad objetiva: el SAS lleva un año, (al menos, en el momento de redactar esta información), sin publicar las listas de espera para que los ciudadanos sean operados de sus múltiples dolencias. Las últimas cifras que se editaron en la página web de la agencia dependiente de la Consejería de Salud tuvieron lugar el pasado 12 de agosto de 2015. Entonces, después de varios ejercicios de recortes de personal en la sanidad pública regional, la lista de espera ascendía a 62.435 enfermos lo que, hace más de doce meses, ya representaba un importante aumento (20,6%) respecto a los existentes en el año 2011.

El punto de inflexión en toda esta cuestión fue cuando el sindicato de Enfermería Satse, en Huelva, dio a conocer la existencia de unas, presuntas, órdenes internas de la administración referidas al llamado Complejo universitario hospitalario onubense para, digamos, difuminar los datos de esas largas esperas en las que pacientemente, nunca mejor dicho, aguardan miles de hombres y mujeres andaluces para ver solucionados sus problemas sanitarios. Satse hizo llegar a la Fiscalía esta cuestión y, varias semanas después, el Ministerio Público anunció el inicio de investigaciones al respecto, (tanto en Huelva como también en Málaga) para aclarar el correcto funcionamiento de esta asignatura casi siempre pendiente en la sanidad pública.

► La Fiscalía de Huelva anuncia el inicio de una investigación tras las denuncias de posible "maquillaje".

Pero la cuestión no iba a acotarse al terreno profesional sino que llegó al político merced a la petición, a cargo del primer partido de la oposición PP-A, para que se constituya en el Parlamento de Andalucía un grupo de trabajo que trate de averiguar, entre otras cuestiones, si es verdad o no si existe una estrategia o "una trama en el SAS para maquillar las listas de espera". La portavoz popular en la Cámara regional, Carmen Crespo, aludió a lo expuesto por las organizaciones de profesionales en el sentido de que existe "una estrategia política para enmascarar las listas de espera quirúrgicas". Por su parte, el portavoz del Psoe, Mario Jiménez acusó a los populares de querer denigrar la sanidad pública. El Complejo Hospitalario de Huelva negó rotundamente que exista manipulación de las listas de espera y lo achacó a la "intensa campaña de desprestigio y descalificación del sistema sanitario" que busca, aseguró, "confundir a los ciudadanos".

ZARPAS FUERA

Novedosa, cuando menos, ha resultado la aportación de Ciudadanos en torno a este asunto. Su dirigente en Andalucía, y en la práctica socio del Psoe, se posicionó en el Parlamento andaluz en torno a las listas, registrando una iniciativa parlamentaria en la que propone la creación de una Comisión formada por profesionales sanitarios para analizar y mejorar las listas de espera. El líder de la formación naranja en Andalucía asegura: "Ya es hora de que los políticos saquemos las zarpas de la sanidad y sea la comunidad científica la que nos diga como hay que gestionar las listas de espera".

Marín razonó su iniciativa mediante un ejemplo ad hoc: "Igual que hemos planteado que el Consejo General del Poder Judicial sea nombrado por los propios Jueces, ahora planteamos esta propuesta sensata y razonable en sanidad". Para Ciudadanos esta fórmula sería la más idónea antes que crear una Comisión de trabajo sobre los problemas que afectan a las listas de espera a cargo de los partidos políticos: "Esperamos que el gobierno andaluz recoja nuestra propuesta porque creemos que la política tiene que sacar las zarpas de la sanidad y de la educación". Juan Marín resumió: "a la Sanidad, como a Educación, hay que dotarla de recursos".

DECRETO

En el fondo, la oposición trata de evitar lo que se ha puesto en evidencia, esto es, el presunto método de funcionamiento de las listas de espera quirúrgicas en Andalucía. Las voces más críticas sostienen que, al parecer, se estaría trasladando, presuntamente, a los pacientes de una lista a otra una vez que han sido sometidos a las pruebas preoperatorias, o diagnósticas, aunque no sean intervenidos en el tiempo establecido en el decreto regulador. Hasta hace unos años, las listas de espera quirúrgicas se hacían públicas cada seis meses pero, desde que acabo el año 2011, esa publicación se ha ido haciendo a cuentagotas.

Colegio: aumento de plantillas

Ante semejante panorama, el Colegio Oficial de Enfermería de Huelva ha querido expresar "la inquietud que en la sociedad originan estas controversias". Por lo cual, el organismo colegial ha reclamado "la máxima celeridad posible a cargo de los organismos competentes para clarificar de un modo definitivo la realidad de un asunto tan sensible para la ciudadanía, como son las demoras para entrar en el quirófano". Por lo mismo, el Colegio apuesta para que el SAS "proceda a potenciar y reforzar los equipos y plantillas de profesionales de los quirófanos, médicos y enfermeras, como la única y más eficaz de las medidas, capaz de aliviar este problema sanitario que difícilmente se compadece con las proclamadas bondades del Sistema".

LOS ESPAÑOLES, ENTRE LOS EUROPEOS QUE MENOS FALTAN AL TRABAJO

LOS españoles se sitúan, en cuanto al absentismo laboral, entre los europeos que menos faltan al trabajo. Sea por el nivel de desempleo, la crisis u otras razones, una encuesta realizada refleja que el 79% de nuestros compatriotas acudieron a su puesto laboral todos los días del pasado 2015. En esa consulta se refleja que la principal fuente de motivación es la relación con los compañeros (80%) algo que no coincide con el resto de europeos donde manda el contenido del trabajo (82%). Si el contrato es indefinido o temporal conlleva un diferente nivel de compromiso profesional.

La tasa de absentismo laboral en España es un 7% inferior a la media en Europa. Así lo proclama una encuesta realizada por la consultoría del grupo internacional Ayming llevada a cabo en siete países del viejo continente, y entre más de 3.000 personas con el objetivo de medir cuál es el grado de compromiso de los trabajadores respecto a su empresa, y su posicionamiento según sea un contrato indefinido o temporal el que laboralmente los vincule.

TIPOS DE CONTRATOS

El tópico del absentismo laboral español ha quedado en evidencia según esta encuesta en la que España, en cuanto a la presencia en el lugar de trabajo, se sitúa por delante (79%) de naciones como Francia y Bélgica (ambos con el 71%). A la cabeza de esta fidelidad laboral se encuentra el Reino Unido con el 84% de sus ciudadanos que no faltaron un solo día durante 2015. Le siguen Holanda (83%) y Alemania (81%). En este barómetro ha quedado constancia de que el 83% de los españoles encuestados se preocupan por el futuro de la empresa donde trabajan mientras un porcentaje menor (57%) están, además, decididos a realizar acciones que ayuden a mejorar su futuro.

Las ausencias de los puestos de trabajo en nuestro país presentan una duración similar a la de los europeos: el 56% es de corta duración sin superar la semana, el 31% entre una semana y un mes y solo el 12% supera el mes de absentismo. La consulta igualmente deja constancia que la tasa de los trabajadores "siempre presentes" en sus puestos es superior en el caso de los profesionales con contrato indefinido (82%) frente al 60% de quienes disponen de un contrato temporal. Ello es debido a que el empleado temporal presenta una mayor dificultad de asumir un nivel de compromiso en relación a quien tiene un contrato estable o indefinido.

Las dos principales razones que los trabajadores españoles esgrimen para faltar a la jornada laboral son por la salud (24%) seguida por circunstancias de la familia directa (15%). La situación personal en el lugar de trabajo supone el 13% de las razones para el absentismo, igual que la insatisfacción por la remuneración (13%) mientras el mal ambiente en el ámbito laboral refleja un 5% de causas para la baja.

Aportación enfermera en TCA a través de un Plan de cuidados estandarizado

Autores:

- ▶ Tanagra Carcela Salvador. Diplomada en enfermería.
 - ▶ Ángeles Gutiérrez Macías. Diplomada en enfermería.
- Centro de trabajo: Servicio Andaluz de Salud.

▶ RESUMEN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se caracterizan por alteraciones persistentes graves del comportamiento alimentario, donde la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN) son los más conocidos. Los trabajos epidemiológicos que reflejan la incidencia de los TCA en las últimas décadas indican un aumento inequívoco de los mismos^{4,5}. Estos trastornos no sólo implican a la persona afectada sino también a sus familiares y a los profesionales de la salud, que se ven directa o indirectamente involucrados sin disponer, en ocasiones, de un plan de cuidados estandarizado (PCE) para abordarlos con éxito.

Objetivo: Detectar los principales Diagnósticos Enfermeros (DE) en los pacientes con TCA y establecer a raíz de ellos un plan de cuidados estandarizado.

Metodología: revisión bibliográfica que nos permitió la identificación de los principales diagnósticos. Se consultaron bases de datos como The Cochrane Library, Cuiden, Pubmed, Medline y BMJ Clinical Evidence en el periodo de Mayo a Julio del 2016. Se incluyeron los diagnósticos enfermeros más comunes en este tipo de trastornos utilizando el sistema de valoración por patrones funcionales de M. Gordon. Se llevó a cabo el registro mediante la taxonomía NANDA, NIC, NOC. Resultados: Se muestra un cuadro resumen de un plan de cuidados estandarizado para los pacientes con TCA.

Conclusiones: Pretendemos que sea un instrumento de garantía para la persona y familias afectadas para que ante un mismo problema, a cualquier persona y cuidadores se les de una misma respuesta y define la aportación enfermera al proceso asistencial integrado en los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

▶ **PALABRAS CLAVE:** TCA, anorexia, bulimia, cuidados, enfermería.

▶ ABSTRACT

The eating disorder (TCA) are characterized by severe persistent alterations of eating behavior where Anorexia Nervosa (AN) and Bulimia Nervosa (BN) are the best known. The epidemiological studies that reflect the incidence of eating disorders in recent decades indicate a clear increase in mismos^{4,5}. These disorders involve not only the individual concerned but also their families and health professionals, who are directly or indirectly involved without having sometimes a standardized care plan (PCE) to address them successfully.

Objective: To detect the main nursing diagnoses (DE) in patients with TCA and set them following standardized plan of care.

Methodology: literature review allowed us to identify the main diagnoses. databases such as The Cochrane Library, Cuiden, Pubmed, Medline and BMJ Clinical Evidence were consulted in the period from May to July 2016. The most common nursing diagnoses were included in these disorders using the rating system functional patterns M. Gordon. the record was held by NANDA, NIC, NOC taxonomy.

Results: a summary table of a standardized care plan for patients with TCA is displayed.

Conclusions: We intend to be an instrument of guarantee for the individual and families affected to face the same problem, anyone and caregivers are given the same response and defines the nurse to integrated into behavior disorders Alimentaria care process input.

▶ **KEY WORDS:** Eating disorders, anorexia, bulimia, care, nursing.

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se caracterizan por alteraciones persistentes graves del comportamiento alimentario, donde la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN) son los más conocidos. La AN se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales, mientras que la BN se identifica con episodios recurrentes de voracidad seguidos de conductas compensatorias inapropiadas para evitar el aumento de peso. Ambas patologías tienen en común una alteración en la percepción de la forma y el peso corporal, así como otros problemas psiquiátricos^{1,2}. Se caracterizan por ser trastornos de etiopatogenia multideterminada que, en las últimas décadas, han supuesto un importante reto para la asistencia pública³.

A lo largo de la historia se tiene conocimiento de numerosos casos de personas con algún tipo de trastorno de conducta alimentaria, de los cuáles los ejemplos de religiosas medievales y renacentistas son los más famosos, pero no los únicos. Utilizar el control del comportamiento alimentario como una forma de manifestación religiosa o ideológica ha sido común a numerosas culturas a lo largo de toda la historia.

Los trabajos epidemiológicos que reflejan la incidencia de los TCA en las últimas décadas indican un aumento inequívoco de los mismos^{4,5}, tal y como nos muestra la realidad clínica, donde parece innegable el incremento de este tipo de pacientes.

La justificación del incremento espectacular de la prevalencia de los TCA en la segunda mitad del siglo XX y en el comienzo del siguiente, así como su circunscripción a cierta cultura, la occidental, se ha asociado a ciertos factores predisponentes de carácter sociocultural (Levine & Smolak, 2000) y, en especial, al efecto de ciertos valores sociales como la deificación de la delgadez en la mujer como modelo de belleza, y su imposición como canon a seguir a través de los medios de comunicación, todo ello impulsado por una potente industria de la belleza (cosméticos, productos dietéticos, cirugía, etc).

Actualmente, la prevalencia de la anorexia nerviosa en adolescentes se sitúa entre un 0,3% y un 2,2%^{6,7} y, en el caso de la bulimia, el porcentaje de adolescentes se sitúa entre el 0.1% y el 2%^{8,9}. La mayoría de los estudios coinciden en que la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN) y los TCA no Especificados (TCANE) se manifiestan predominantemente en el sexo femenino durante la adolescencia media y tardía, período caracterizado por grandes cambios biológicos y psicosociales que suelen verse comprometidos al manifestarse un TCA^{10,11}. Se desconoce aún la etiología exacta, dándole una base multifactorial, donde intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. Las manifestaciones clínicas y sus complicaciones

son graves, llevando al paciente a la cronificación con incapacidad a corto y largo plazo, así como a la muerte prematura. El diagnóstico y tratamiento temprano, pueden mejorar considerablemente su pronóstico. Por todo ello, los TCA no sólo implican a la persona afectada sino también a sus familiares y a los profesionales de la salud, que se ven directa o indirectamente involucrados sin disponer, en ocasiones, de un plan de cuidados estandarizado (PCE) para abordar estos trastornos con éxito. De ahí la base de nuestro objetivo que consiste, por un lado, en detectar los principales Diagnósticos Enfermeros (DE) en los pacientes con TCA y, por otro lado, en establecer a raíz de ellos un plan de cuidados estandarizado que favorezca las actuaciones en la continuidad de los cuidados tanto de los pacientes como de los profesionales y familiares que formen parte de ellos, constituyendo un reto que nos permita mejorar la práctica asistencial y ofrecer, por tanto, unos cuidados de calidad.

MATERIAL Y MÉTODO

La metodología del estudio se basó en la realización de un plan de cuidados estandarizado mediante una revisión bibliográfica que nos permitió la identificación de los principales diagnósticos. Se consultaron bases de datos como The Cochrane Library, Cuiden, Pubmed, Medline y BMJ Clinical Evidence en el período de Mayo a Julio del 2016. Se utilizaron palabras clave de la web de los descriptores de salud (DeCS): TCA, anorexia, bulimia, cuidados, enfermería

Se incluyeron los diagnósticos enfermeros más comunes en este tipo de trastornos utilizando el sistema de valoración por patrones funcionales de M. Gordon. Se llevó a cabo el registro mediante la taxonomía NANDA, NIC, NOC (12,13,14).

RESULTADOS

El plan de cuidados estandarizado que a continuación se desarrolla está dirigido a personas con trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Se han incluido los problemas que con más frecuencia pueden presentar estas personas y sus cuidadores/as durante el curso de la enfermedad. Para su descripción, hemos utilizado las etiquetas de la taxonomía NANDA, factores relacionados y las manifestaciones que con más frecuencia se pueden presentar. Los criterios e indicadores que nos permitan evaluar la evolución estas personas de acuerdo a los resultados esperados, siguiendo la clasificación NOC y las intervenciones y actividades requeridas, de acuerdo con la clasificación NIC. Pretendemos que sea un instrumento de garantía para la persona y familias afectadas para que ante un mismo problema, a cualquier persona y cuidadores se les de una misma respuesta y define la aportación enfermera al proceso asistencial integrado en los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

DIAGNÓSTICO	NOC	NIC	ACTIVIDADES
<p>00118 - Trastorno de la imagen corporal. r/c: - Alteración de la conducta alimentaria. m/p: - Desequilibrio nutricional por defecto. - Trastorno del sueño. - Ansiedad. - IMC disminuido. - Vómitos autoprovocados y purgas.</p>	<p>1200 - Imagen corporal.</p>	<p>5220 - Potenciación de la imagen corporal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a identificar al paciente acciones que mejoren su aspecto. - Ayudar al paciente a desarrollar unas expectativas de imagen corporal más realistas. - Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal. - Ayudar a determinar la influencia de los grupos a los que pertenece en la percepción del paciente de su imagen corporal actual.
<p>00002 - Desequilibrio nutricional por defecto. r/c: - Incapacidad para digerir o absorber los nutrientes debido a factores psicológicos. m/p: - Peso corporal inferior en un 20% o más al peso ideal. - Informe de ingesta inferior a las necesidades diarias recomendadas. - Palidez de las conjuntivas y mucosas. - Falta de interés en los alimentos. - Falta de información o información errónea.</p>	<p>1004 - Estado nutricional. 1612 - Control del peso.</p>	<p>5246 - Asesoramiento nutricional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. - Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que desea cambiar. - Ayudar al paciente a registrar lo que come, normalmente en un período de 24 horas. - Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente. - Pesar diariamente a la persona.
<p>00052 Deterioro de la interacción social r/c: - Alteración de los procesos de pensamiento. - Trastorno del autoconcepto. m/p: - Observación de empleo de conductas de interacción social ineficaces.</p>	<p>1502 - Habilidades de interacción social</p>	<p>5100 - Potenciación de la socialización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente a desarrollar relaciones. - Facilitar o fomentar la participación en grupos de apoyo y/o terapia de grupo

<p>00074 - Afrontamiento familiar comprometido. r/c: - Manejo inefectivo de los cuidados. - La persona de referencia tiene información o comprensión inadecuada o incorrecta. m/p: - La persona de referencia describe o confirma una comprensión o conocimiento inadecuado que interfiere con las conductas efectivas de ayuda y soporte.</p>	<p>2600</p> <p>- Afrontamiento de los problemas de la familia.</p>	<p>7110</p> <p>- Fomento de la implicación familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Animar a los miembros de la familia y a la persona a participar en el plan de cuidados. - Identificar las dificultades de afrontamiento de la persona junto con los miembros de la familia. - Informar a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado de la persona.
--	--	--	---

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

A pesar de que hemos intentado mostrar los diagnósticos más frecuentes según la bibliografía más actual, no podemos dejar de lado otros diagnósticos y problemas de colaboración que puedan estar presentes en este tipo de pacientes. Así como, la individualización de este plan de cuidados según las características que puedan presentar.

En las personas con trastorno de la conducta alimentaria re-

sulta de vital importancia la aplicación de planes de cuidados estandarizados a partir de los diagnósticos de enfermería, lo que repercute de manera beneficiosa tanto en la profesión enfermera como, en el paciente y su familia.

Recalcar el papel que enfermería tiene en este tipo de trastorno, desde la detección y prevención de estos problemas hasta la coordinación de todo el proceso desde principio a fin, ya que somos una figura clave e imprescindible en el abordaje de cualquier trastorno de la conducta alimentaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chakraborty K, Basu D. Management of anorexia and bulimia nervosa: An evidence based review. *Indian J Psychiatry*. 2010 Apr;52 (2): 174-86.
2. Walsh BT. The importance of eating behavior in eating disorders. *Physiol Behav*. 2011. Sep 26; 104(4): 525-9.
3. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
4. Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT. Fiftyyear trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: a population-based study. *Am J Psychiatry*. 1991; 148:917-22.
5. Pagsberg AK, Wang AR. Epidemiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Bornholm County, Denmark, 1970-1989. *Acta Psychiatr Scand*. 1994; 90: 259-65.
6. Swanson SA., Crow SJ., Le GD., Swendsen J., Merikangas KR. Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents: Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68: 714-723.
7. Isomaa AL., Isomaa R., Marttunen M., Kaltiala-Heino R. Obesity and eating disturbances are common in 15-year-old adolescents. A two-step interview study. *Nord J Psychiatry*. 2010; 64 (2): 123-9.
8. Rosen DS, the Committee on Adolescence. Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2010; 126 (6): 1240-53.
9. Merikangas KR., He JP., Brody D., Fisher PW., Bourdon K., Koretz DS. Prevalence and Treatment of Mental Disorders Among US Children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics*. 2010; 125 (1): 75-81.
10. Loria V, Gómez C, Lourenço T, Pérez A, Castillo R. Evaluación de la utilidad de un Programa de Educación Nutricional en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Nutr Hosp*. 2009; 24 (5): 558-67.
11. Míguez M, De la Montaña J, González J, González M. Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en universitarios de Orense. *Nutr Hosp*. 2011; 26 (3):472-9.
12. Herdman, TH. NANDA internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2015-2017. Madrid. Elsevier.
13. Sue Moorhead, PhD, RN, Marion Johnson. Clasificación de resultados de enfermería (NOC): Medición de resultados en salud. 2013. Madrid. Elsevier. 2013. 5ªed.
14. Bulchek, G, Howard, K, Butcher, JM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 2014. Madrid. Elsevier. 6ª ed.

URGENCIAS 24 HORAS EN JABUGO, PRIMEROS DATOS

Huelva.- Redacción

En sus primeros siete meses de funcionamiento, el Servicio de Urgencias de Jabugo ha prestado un total de 3.475 asistencias lo que confirma la necesidad de extender esta prestación. De esa cifra global, enfermería llevó a cabo 487 intervenciones. Son las primeras cifras oficiales de este servicio de 24 horas existente en el municipio para lo que fue necesario realizar obras de mejora en el consultorio con el apoyo del ayuntamiento de la localidad.

Siete meses de existencia del servicio de Urgencias 24 horas de Jabugo han arrojado unos datos que corroboran la razón para su implantación: han sido un total de 3.475 asistencias, de las que 2.988 fueron médicas y el resto (487) a cargo de la enfermería. Para hacer posible esta asistencia se necesitó de unas obras de remodelación que costaron unos 50.000 euros destinados, de una parte, a la ampliación del consultorio para poder albergar estas Urgencias y, de otra, la rehabilitación integral de la antigua instalación sanitaria. Para ello Salud ha contado con la ayuda del ayuntamiento jabugueño que cedió a la administración regional un local de propiedad municipal anexo al ambulatorio donde se llevaron a cabo los trabajos de adecuación para instalar el punto de Urgencias.

El resultado ha deparado un centro que, con un total de 125 metros cuadrados, cubre las áreas asistencial, (con consultas mé-



dicas y de enfermería), además de las zona de espera y atención a los pacientes. Desde las 15,00 horas y hasta las 8,00 horas de la mañana siguiente funciona este servicio de Urgencias de atención primaria configurado por médico, enfermera y una ambulancia. Estas instalaciones forman parte del proyecto de ampliación y reforma del área de gestión sanitaria norte de Huelva. Jabugo tiene una población situada en torno a los 2.400 habitantes y cuenta con los núcleos población de El Repilado, El Quejigo y Los Romeros.

CHARE DE BOLLULLOS PAR DEL CONDADO. PROYECTO PARALIZADO

Huelva.- Redacción

El futuro Centro Hospitalario de Alta Resolución (Chare) de Bollullos Par del Condado continúa envuelto en la polémica cuando no la indefinición. La instalación sanitaria comarcal, que daría asistencia inmediata a unos 100.000 habitantes además de crear varios cientos de puestos de trabajo, fue un compromiso de la Junta de Andalucía en el año 2004, y renovado por la actual presidenta Susana Díaz durante una visita al municipio en 2015.

Transcurrido un año desde que accediera a la alcaldía de Bollullos, Rubén Rodríguez (PSOE), la última novedad ha sido el ultimatum dado por el PP bollullero a la Junta para que construya el Chare. El portavoz popular, Adrián Moreno, dio a conocer un comunicado en el que ratificaba el citado "ultimatum" una vez conocido el resultado de una pregunta en el Parlamento regional dirigida a la Consejería de Salud y recibida en el Ayuntamiento acerca de la "paralización del proyecto" instando a buscar una

nueva localización al ser considerado el actual terreno donde se levantaría el Comarcal como inundable. Adrián Moreno señaló, al respecto, que "todos los informes y autorizaciones técnicas necesarias son favorables", al tiempo que, conforme aseguró el portavoz de la oposición, el alcalde de la ciudad conocía esta información y la ocultó a los restantes grupos políticos "sin justificación alguna".

De tal suerte que el proyecto de Chare en Bollullos Par del Condado se encuentra, en el momento actual, en una especie de limbo político-administrativo del que, a buen seguro, irán apareciendo nuevas noticias por cuanto se trata de una demanda social que lleva doce años pendiente por parte de la Junta, con el añadido de que Susana Díaz lo prometió en el propio Bollullos durante una visita en febrero de 2015 para respaldar al entonces aspirante socialista a la alcaldía, el hoy regidor Rubén Rodríguez.

TODO SIGUE IGUAL EN LA OFERTA PARA PLAZAS DE EIR



► Enfermería contempla 994 puestos en contraste con los casi 15.000 aspirantes de la última convocatoria.

Huelva.- Redacción

El Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales y las Consejerías de Salud de las comunidades autónomas han acordado aprobar la oferta de plazas para la formación sanitaria especializada correspondiente al curso 2016-2017. En total, suman 7.772 plazas lo que supone un leve aumento (del 3,7%) respecto al año anterior. Del global de esta oferta docente, la mayoría se asignan a las especialidades de Medicina (6.328 plazas) seguida de las 994 plazas que corresponden a enfermería. Y una vez más, las críticas han coincidido en apuntar la escasez de oferta para la enfermería insuficiente a todas luces para hacer frente a las demandas de la población.

El Ministerio de Sanidad, a través de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de salud (SNS) y las consejerías del ramo en las autonomías españolas han decidido cual es el volumen de la denominada Oferta de formación sanitaria especializada para el inminente ejercicio 2016-2017. Y aunque la estadística muestre que ha experimentado un crecimiento (3.7%) respecto al año precedente (cuando se dieron luz verde a 7.498 plazas), la realidad es que para las plazas de enfermeras internas residentes (Eir) las cosas se mantiene prácticamente igual pasando de 965 puestos de la última asignación a los 994 actuales. Eso sí, las autoridades sanitarias manifestaron que con esta oferta y los alumnos que ahora mismo se están formando queda garantizada la reposición de vacantes por jubilación para los próximos 15 años.

Por lo mismo, nada nuevo se ha producido en el terreno de la formación sanitaria especializada en España. El cuadro de asignación para formar a los futuros especialistas en los distintos campos del conocimiento ha quedado así establecido:

Medicina (Mir)	6.328 plazas
Enfermería (Eir)	994 plazas
Farmacia (Fir)	239 plazas
Psicología (Pir)	128 plazas
Biología (Bir)	34 plazas
Radiofísica (Rfir)	30 plazas
Química (Qir)	19 plazas

REPOSICIÓN DE VACANTES

En líneas generales, la enfermería ha recibido esta nueva propuesta de especialización con amplias críticas, como sucede en cada oleada anual de asignación. Fundamentalmente porque no está en condiciones de cubrir ni las necesidades que los pacientes demandan ni las aspiraciones existentes en amplios sectores de la profesión. La necesidad de aportar cuidados cada vez más especializados al enfermo en los diferentes servicios sanitarios no se corresponde con el, en la práctica, poco apreciable aumento del número de plazas. En este sentido, conviene recordar que en la última convocatoria celebrada, el número de enfermeras (os) aspirantes se aproximó a las 15.000 personas.

Por parte de la Comisión de Recursos Humanos de Sanidad y de las Comunidades autónomas, se aseguró que con la última oferta aprobada junto a los residentes que, en la actualidad, se encuentran en fase de estudio, se garantiza la reposición de las vacantes por jubilación que se vayan produciendo en los próximos 15 años en la totalidad de las titulaciones.



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:

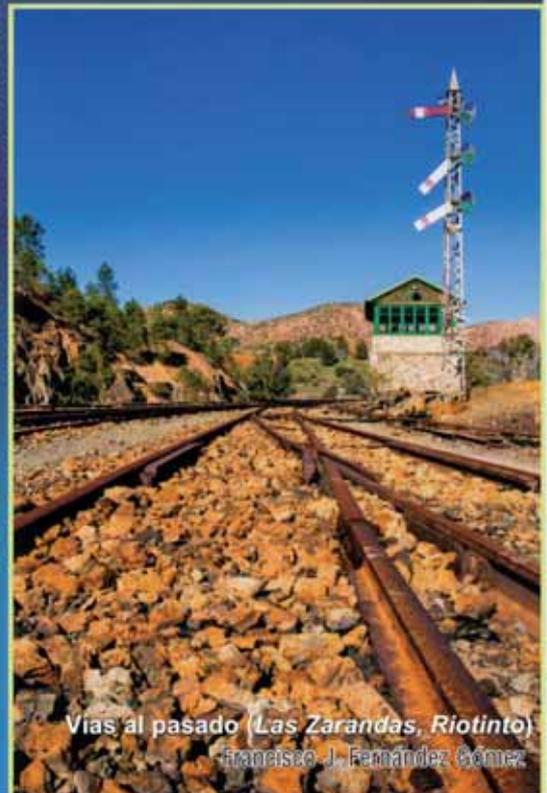
El fallo del jurado lo hará público el secretario del mismo durante la celebración de la Festividad del Patrón de la Enfermería, San Juan de Dios, del año 2017.

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