

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERÍA
DE HUELVA



enfermería

AÑO XX

nº 67 septiembre 2017

Colegios andaluces

RECLAMAN A SALUD MAS ENFERMERAS EN EL SAS



**El Parlamento
Andaluz debate sobre
la enfermería escolar**



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

M^a de los Angeles Medino Godoy

Asesora de redacción:

Eva M^a Lorenzo Martín

Fotografía:

Archivo del Ilustre Colegio de Enfermería de Huelva

Redacción: Sede Colegial

Imprime: Tecnographic, S.L.

Depósito Legal: H-1996-43

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

Tirada: 2.600 ejemplares

Distribución gratuita



Domicilio de la sede colegial

C/ Berdigón, nº 33, pral. izq.

21003 Huelva

Tel. 959 54 09 04

Correo electrónico:

colegiodehuelva@consejogeneralenfermeria.org

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 PROGRAMA DE FORMACIÓN
- 5 EL SAS CERRÓ CASI 2.600 CAMAS HOSPITALARIAS
- 6 390.000 PERSONAS INTEGRAN LA BOLSA DE EMPLEO TEMPORAL DEL SAS
- 7-9 HUELVA HA ESTRENADO UN NUEVO HOSPITAL: "VIRGEN DE LA BELLA" DE LEPE
- 10 ESCUELA DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA
- 11-15 TRABAJO CIENTÍFICO: EL DOLOR EN EL PARTO, ¿CÓMO SE AFRONTA?
- 16-17 EL PARLAMENTO ANDALUZ APRUEBA LA PROPUESTA PARA IMPLANTAR LA ENFERMERA EN LOS CENTROS ESCOLARES
- 21-27 TRABAJO CIENTÍFICO: MÉTODOS DE ANTICOAGULACIÓN DURANTE TÉCNICAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL (TCRR). HEPARINA VS. TÉCNICA CON CITRATO- CALCIO
- 28 EUROPA, CON ALEMANIA AL FRENTE, OFERTA 4.700 PUESTOS DE ENFERMERÍA
- 29 PLAZAS EIR 2018: POCO QUE CELEBRAR
- 30-31 PLAN PARA REDUCIR LISTAS DE ESPERA HUELVA, A LA CABEZA EN ANDALUCÍA EN ACCIDENTES LABORALES
- 32 APROBADA LA OPE AL SAS DE 2017
- 34 MEDALLA AL CENTRO DE SALUD DE VALVERDE / LA CONSEJERA, A FAVOR DEL CHARE DE BOLLULLOS
- 35 LAS BATAS NO SON BARRERA SUFICIENTE PARA EVITAR LA CONTAMINACIÓN POR BACTERIAS



NUEVO TIEMPO; MISMO ESCENARIO

Ya está aquí el nuevo curso. El ejercicio 2017-2018 ha comenzado apenas hace unas fechas dejando atrás otro verano que, con el aderezo de un intenso calor, llegó y se fue cargado de mil y un problemas que siempre pueden parecer nuevos pero que, en realidad, no lo son por cuanto están ahí, diríase que cronificados, al parecer prácticamente irresolubles pase el tiempo que pase y sean los responsables sanitarios los que se posicionen ante ellos. El verano del 2017 fue a modo de un calco de los estios anteriores y eso que, por lo que Huelva y su provincia se refieere, la ciudadanía no solo no ha estado callada sino todo lo contrario, pidiendo, reclamando en la calle, de forma tan pacífica como edificante, las “Soluciones ya” para tanta asignatura como hay pendiente.

Cierto es, para ser justos, que nos encontramos ante un nuevo ciclo propiciado por la designación de una nueva cúpula sanitaria pública en Andalucía. Dos mujeres con probada experiencia y trayectoria profesional, la consejera Marina Álvarez y la Directora-gerente del SAS Francisca Antón, se encuentran al frente de la gestión del sistema público en la comunidad y, en base precisamente a ello, se impone otorgar el beneficio de aguardar para que, una vez asumidas sus nuevas responsabilidades y con la pausa veraniega propiciadora de una honda reflexión, sea ahora, con la llegada del otoño, cuando el tándem Álvarez-Antón comience a deparar nuevas perspectivas, distintos horizontes, renovados ánimos respecto a a los que demostraron los ineficaces políticos que les precedieron.

Una consejera, Marina Álvarez, que ya conoce de primera mano lo que la enfermería andaluza está en condiciones de ofrecer y, -¿ por que no decirlo?- demandar del sistema público regional. El encuentro entre el Consejo Andaluz de Enfermería y las dos cabezas visibles de la administración sanitaria ha servido para que los representantes de los ocho Colegios provinciales (Huelva entre ellos) hayan dejado sobre la mesa de la consejera la necesidad de que, de una vez por todas, haya la suficiente voluntad política para se potencie la enfermería en aras al bien general, del sistema y, por lo mismo, de los ciudadanos. El Consejo Andaluz de la profesión no ha podido ser mas claro y elocuente cuando

ha pedido de las autoridades que se desbloquee- por arriba- la política de contrataciones, el desarrollo práctico de las especialidades y la presencia de la enfermería en los órganos donde se toman unas decisiones que luego afectan e incumben a todo un colectivo, en permanente contacto con el paciente.

Mientras tanto, en Huelva, asunto muy curioso, este verano ha nacido como por sorpresa un nuevo hospital bautizado con el nombre de Virgen de la Bella en honor a la patrona de Lepe y perteneciente al Grupo Pascual. Tan necesitada como está la sociedad onubense en materia de recursos y herramientas sanitarias con las que sortear las carencias de todos conocidas, es mas que lógico que se haya recibido con satisfacción la “aparición” de un centro generalista que llevaba mas de una década pendiente de abrir sus puertas. El solo hecho de contar con esta flamante estructura hospitalaria es motivo de alivio para la congestionada comarca en la que se ubica. Y también aventura algo tan inédito como que en la misma ciudad-área de influencia de Lepe se espera, desde hace años, la apertura del debatido Chare del SAS por lo que, en un futuro mas o menos cercano, habrá dos hospitales con buenos profesionales al frente, dotados de una avanzada tecnología y dispuestos a dar atención a los ciudadanos que se decantes por la sanidad local en cualquiera de sus dos vertientes, sea publico o privada.

Finalicemos dejando constancia de un hecho igualmente singular como es el promovido, hace pocas fechas, por la sanidad privada española. En una decisión que ha removido no pocas consideraciones y posicionamiento, la privada ha dicho lisa y llanamente que está en condiciones de “reducir a cero” antes de que acabe el año las drámaticas listas de espera quirúrgicas que son el lastre permanente y sin solución efectiva que atenaza cualquier índice de una buena actuación sanitaria. Es seguro que este asunto, por sus evitentes connotaciones, va a ser objeto de inmediatos cuestionamiento de raíz estrictamente ideológico cuando no debería primar sino el hecho de que nada menos que 614.000 españoles (60.000 de ellos andaluces) puedan alcanzar la Navidad con el “premio” de haber accedido al quirófano y superado su problema de Salud, con mayúscula.

PROGRAMA DE FORMACIÓN POSTGRADO SEGUNDO SEMESTRE 2016

PROGRAMA DE FORMACION POSTGRADO CURSO ATENCION DE ENFERMERIA EN EL AREA QUIRURGICA

- ▶ **Fecha prevista:** 20-24 noviembre 2017
- ▶ **Horario:** de 16'00 a 22'00 horas
- ▶ **Nº plazas:** 40
- ▶ **Nº horas teórico-prácticas:** 40
- ▶ **Acreditación :** ECS
- ▶ **Curso presencial**

CURSO DE TECNICAS DE INMOVILIZACION, YESOS Y VENDAJES FUNCIONALES

- ▶ **Fecha prevista:** 27 de noviembre al 1 de diciembre 2017
- ▶ **Horario:** de 16'00 a 22'00 horas
- ▶ **Nº plazas:** 40
- ▶ **Nº horas teórico-prácticas:** 40
- ▶ **Acreditación:** ECS
- ▶ **Curso presencial.**

CURSO DE ELECTROCARDIOGRAFIA BASICA Y SINDROME CORONARIO AGUDO

- ▶ **Fecha prevista:** 11-15 diciembre 2017
- ▶ **Horario:** de 16'00 a 22,00 horas
- ▶ **Nº plazas:** 40
- ▶ **Nº horas teórico-prácticas:** 40
- ▶ **Acreditación:** ECS
- ▶ **Curso presencial**

TALLER DE DOLOR, USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO PARA ENFERMERIA

- ▶ **Fecha prevista:** 16 y 17 de octubre de 2017
- ▶ **Horario:** de 16'00 a 21.00 horas
- ▶ **Nº plazas:** 20
- ▶ **Nº horas:** 10
- ▶ **Acreditación:** Acreditado.
- ▶ **Ponentes:** D Antonio Romero Márquez Enfermero.
- ▶ Taller patrocinado por C.A.E

TALLER DE INSTRUMENTACION QUIRURGICA Y METODOLOGIA EN QUIROFANO PARA ENFERMERIA

- ▶ **Fecha prevista:** 23 y 24 de octubre 2017
- ▶ **Horario:** de 16'00 a 21.00 horas
- ▶ **Nº plazas:** 20
- ▶ **Nº horas:** 10
- ▶ **Acreditación:** Acreditado. .
- ▶ **Ponentes:** D Antonio Romero Márquez Enfermero.
- ▶ Taller patrocinado por C.A.E

TALLER DE AURICULOTERAPIA PARA ENFERMERIA

- ▶ **Fecha prevista:** 30 y 31 de octubre 2017
- ▶ **Horario:** de 16'00 a 21.00 horas
- ▶ **Nº plazas:** 20
- ▶ **Nº horas:** 10
- ▶ **Acreditación:** Acreditado.
- ▶ **Ponentes:** D Antonio Romero Márquez Enfermero.
- ▶ Taller patrocinado por C.A.E

CARACTERÍSTICAS GENERALES Y PLAZO DE MATRÍCULA.

Las inscripciones en las actividades formativas contempladas en la presente programación se podrán formalizar a partir del día 9 de Octubre de 2017, en las oficinas del Colegio.

A fin hacer partícipes de esta oferta formativa al máximo de compañeros, cada colegiado podrá inscribirse en dos de las actividades previstas y quedar en reserva para el resto. Es necesario para realizar la inscripción a los cursos facilitar una dirección de correo electrónico.

Para poder realizar las inscripciones a los Cursos será necesario dejar en depósito 10.00 €, los cuales se devolverán una vez realizado el curso, habiendo asistido a las clases del mismo en su totalidad y en caso de anular la inscripción previo aviso mínimo 3 días antes del comienzo del curso; si la anulación de la inscripción se produjera con menos de tres días de antelación al comienzo del curso o no se avisara de la misma, no se devolverá dicho depósito.

Para más información contactar con la Secretaria del Colegio.

EL SAS CERRÓ CASI 2.600 CAMAS HOSPITALARIAS

Huelva. -Redacción

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) volvió a ejecutar un cierre de camas hospitalarias durante el verano recién concluido. Pese a todas las previsiones en sentido contrario además del debate parlamentario en que se pedía la normalidad asistencial mediante la aplicación de los recursos sanitarios públicos que fueran necesarios, la realidad se impuso y Salud dejó “aparcadas” casi 2.600 camas -el 20% del total de la red- según el análisis efectuado por el sindicato CSIF. Las consecuencias a esta política “claramente economicista” ha sido, principalmente, aumento de las listas de espera quirúrgicas ya de por sí bastante abultadas y el malestar de muchos pacientes a lo largo y ancho de la geografía regional.

La consejería de Salud anunciaba, al inicio del periodo estival, que el denominado Plan de Asistencia en el Verano para 2017 estaba destinado a “cumplir su objetivo”, después de anunciar la contratación de unos 13.000 profesionales algo así como el 80% de las contrataciones previstas. De ese contingente de personal, 4.900 se relacionaban con la cobertura de bajas y otras incidencias. Pese a todo, la consejera Álvarez tuvo que admitir que existían “dificultades” para contratar determinados perfiles profesionales por lo que, añadió, se estaba procediendo a efectuar “miles de llamadas” sobre el listado adicional de la Bolsa de empleo público mediante convocatorias específicas en áreas sanitarias concretas y para mejorar el empleo temporal. Marina Álvarez mostraba su confianza asegurando que el de verano es “un Plan flexible que se va modificando y adaptando a las necesidades e incidencias que van surgiendo con las herramientas disponibles”.

Problemas

Pero las críticas al Plan de asistencia en Verano, cuando Andalucía ve aumentar su población en cientos de miles de personas, no tardaron en aparecer de forma bien visible tanto a cargo de los profesionales que hablaban de servicios y condiciones de trabajo no pactadas como por los ciudadanos que sin lugar a duda, denunciaban carencia de recursos y largas esperas injustificadas a la hora de recibir la atención que demandaban. De esta forma, los medios de información fueron un reflejo de situaciones difíciles de asumir fuera en las Urgencias del hospital Virgen del Mar en Cádiz, de la Plataforma de médicos de familia en Málaga gritando “Basta ya” pidiendo diálogo a la Junta por lo que calificaban como la “degradación y el desmantelamiento de la AP en la provincia”. Igual sucedía

en Sevilla con las urgencias de los principales centros hospitalarios o con una AP reducida a la mínima expresión en la capital hispalense. Mientras, en Huelva se conocían incidencias como, por ejemplo, las de El Portil, donde una administrativa atendía a los usuarios diciendo que no había personal médico ni enfermera y derivando a Punta Umbría o a la capital a los pacientes.

► **Huelva, con 160 camas, “aparcadas”, engrosó la lista liderada por Granada (574 camas)**

Ante la lluvia de críticas, la consejera María Álvarez tuvo que admitir la realidad en el transcurso de una comparecencia parlamentaria aunque la limitó a casos puntuales: “Somos conscientes de que se producen unos problemas puntuales que intentamos resolver de forma inmediata con las herramientas disponibles. Pero realmente estas incidencias puntuales y todo el esfuerzo que realizan los profesionales, tanto en su actividad asistencial como en su gestión de la misma no pueden ni deben ocultar todo el beneficio y la labor que a diario se realiza en nuestros centros sanitarios”. Álvarez resumía la situación de los muchos problemas suscitados en el verano diciendo que “se puede confirmar que se está respondiendo a las necesidades de la población con un alto nivel de calidad”. Eso sí, nadie discutió que, aproximadamente, el 20% de las camas hospitalarias públicas en la comunidad quedaron “aparcadas” conforme el recuadro adjunto a cargo de CISF para concretarse en Huelva de este modo: 160 camas cerradas distribuidas entre el Juan Ramón Jiménez (78 camas), Infanta Elena (60) y Comarcal Riotinto (22).

Camas aparcadas	
Granada	574
Sevilla	538
Córdoba	393
Cádiz	289
Málaga	229
Jaén	223
Almería	206
Huelva	160

390.000 PERSONAS INTEGRAN LA BOLSA DE EMPLEO TEMPORAL DEL SAS

La Bolsa de empleo temporal del Servicio Andaluz de Salud (SAS) la integran casi 400.000 personal. Concretamente son 390.616 los trabajadores de prácticamente todas las categorías y niveles los que, actualmente, figuran inscritos en la Bolsa de empleo temporal de la sanidad andaluza. Mediante este sistema de selección de personal se han realizado, en lo que va de año 2017, un total de 54.070 contrataciones de las cuales una parte importante (18.466) fueron de personal enfermería en áreas específicas además de los 12.079 de auxiliares de enfermería. Estos datos fueron facilitados por la consejera de Salud de la Junta de Andalucía, a través de un comunicado en el que sostuvo que la actual fórmula de la Bolsa garantiza la máxima “eficacia, objetividad, agilidad y transparencia en el proceso de selección” de los aspirantes.

Huelva.-Redacción

Casi 400.0000 personas aguardan su ocasión para acceder a trabajar en el SAS. La Bolsa de empleo temporal de la sanidad pública en la región la integran 390.616 personas pertenecientes al centenar de categorías presentes en el organismo encargado de gestionar la sanidad en la comunidad que ahora lidera Francisca Antón. Salud afirmaba que mediante este sistema de selección, en lo que va de año se han realizado 54.070 contrataciones y, de ellas, 18.466 han sido de enfermería en áreas específicas, además de 12.079 de auxiliares de enfermería, 7.654 celadores o 3.505 de auxiliares administrativos, entre otros niveles. Salud hizo hincapié en que con “estos datos se pone de manifiesto las cifras elevadas que se dan en la gestión de la bolsa de empleo temporal en la que los candidatos pueden aportar sus méritos de forma continua”.

Por lo mismo, las comisiones de valoración para las distintas categorías de empleo han debido revisar “un total de 291.130 expedientes bien porque se hayan incorporados como nuevos o porque hayan actualizado algún mérito”. En cada expediente suele haber -como afirma la consejería- una media de cinco méritos nuevos al año, razón por la que tienen que evaluarse, cada año, casi 1,5 millón de documentos por parte de las distintas comisiones de valoración. El mayor número de aspirantes a trabajar en el SAS que han sido evaluados corresponde al personal de enfermería con 43.326 solicitudes contabilizadas oficialmente; a continuación, siguen los celadores (36.516) antes que las auxiliares de enfermería (32.626) y las auxiliares administrativas (19.023).

Objetividad

Salud sostiene que la fórmula de la Bolsa única “garantiza la máxima eficacia, objetividad, agilidad y transparencia en el proceso de selección” por cuanto “este sistema utiliza un baremo homogéneo y de procedimiento único”. Recientemente, el pasado mes de junio, la Mesa sectorial de sanidad dio su aprobación, y por una-

nimidad, a un texto refundido del denominado Pacto sobre el sistema de selección de personal temporal en los centros del SAS”. En ese nuevo texto se contemplan las mejoras planteadas entre las centrales sindicales y el SAS para adecuar el Pacto en vigor a la situación actual. Entre las novedades mas destacadas se encuentran, entre otras, la posibilidad de la inclusión de la documentación por vía telemática, la incorporación de la enfermera especialista o la prórroga para poder acreditar los méritos a aquellas mujeres que hayan estado de baja maternal durante la etapa formativa de residencia.

La Bolsa, en la actualidad, también mejora el procedimiento de cobertura en aquellas categorías declaradas de “difícil cobertura” para realizar una búsqueda en los listados de corta, y larga duración así como en los listados adicionales. Igualmente, las personas que pertenezcan a empresas públicas también podrán estar inscritas en la Bolsa de empleo del SAS. Respecto a los interinos sustitutos de larga duración, y que lleven mas de cuatro años trabajando en un mismo centro, se amplía la posibilidad de que reciban ofertas de larga duración al igual que sucede con los interinos vacantes.

HUELVA HA ESTRENADO UN NUEVO HOSPITAL: “VIRGEN DE LA BELLA” DE LEPE



Entrada al flamante hospital de Lepe.

Huelva.-Redacción

La sanidad de Huelva ha estrenado, en pleno verano de 2017 una nueva prestación. El Hospital Virgen de la Bella, de titularidad privada perteneciente al Grupo sanitario Pascual y ubicado en el término municipal de Lepe, ha abierto sus puertas de una forma, digamos, silenciosa incluso por parte de las autoridades sanitarias de la Junta que no comparecieron en el acto de

► Perteneciente al Grupo sanitario José Manuel Pascual, abrió sus puertas el pasado 9 de agosto con una plantilla de 70 trabajadores

la inauguración. Este centro, concertado con la mayoría de compañías aseguradoras españolas, dispone de 110 habitaciones inidividuales, seis quirófanos, área de urgencias las 24 horas y todo avalado con la tecnología de última generación.

El Grupo José Manuel Pascual S.A., en cabeza de la sanidad privada andaluza, dio la sorpresa al poner en



El Virgen de la Bella dispone de seis quirófanos

funcionamiento su segundo centro en Huelva, El Hospital Virgen de la Bella, inaugurado en pleno verano, tiene una curiosa historia tras de sí. Construido hace quince años (las obras concluyeron en el 2002) y situado en pleno centro urbano de Lepe, la instalación ha visto pasar todos estos años sin actividad sanitaria alguna hasta que la dirección del Grupo Pascual daba la sorpresa al anunciar, primero, el proceso de selección de personal de todas las categorías, incluyendo al colectivo de enfermería, para acto seguido y prácticamente sin solución de continuidad, oficializar la apertura de esta instalación que, vistas las carencias que secularmente padece la sanidad onubense, viene a significar una nueva oferta asistencial limitada, como se sabe, al ámbito de la sanidad privada. El Grupo Pascual mantiene, como se sabe, su primer

centro, el Blanca Paloma, en la capital de la provincia. Los responsables de la sociedad razonaban su decisión de comenzar a recibir pacientes ante “el desarrollo de la comarca, la evolución de la medicina privada y la insuficiencia de centros sanitarios” en la zona.

Aseguradoras

El Virgen de la Bella, en el que se ha realizado una inversión de 20 millones de euros, y funciona como un hospital General, tuvo finalmente un final feliz cuando, el 9 de agosto, recibía, a primeras horas del día, a sus primeros pacientes, que podían ser quienes solicitaban atención a título meramente individual o por pertenecer a las distintas compañías médicas aseguradoras. Al tratarse de un centro hospitalario general cuenta con servicio de urgencias y quirófanos durante las 24 horas

► **Cuenta con 110 habitaciones, seis quirófanos, urgencias las 24 horas en una instalación desarrollada en una sola planta con 8.700 metros cuadrados**

del día. En su cartera de servicios se encuentran las especialidades propias de un General tales como, por ejemplo, las de Traumatología, Medicina interna, Cirugía, Anestesia, Reanimación, Radiología, Unidad de Cuidados intensivos... También dispone de Diagnóstico por imagen, TAC, laboratorio, análisis, rehabilitación o el hospital de Día.



Dependencias para consultas

Para hacer posible el normal desarrollo de estas prestaciones, el hospital lepero inició su andadura con una plantilla configurada por alrededor de 70 profesionales de las distintas categorías y niveles, enfermeras entre ellos. Pero, en este sentido, el director en funciones del centro, Miguel Rabello, apuntó que al tratarse de un hospital a demanda “cuando nos encontremos a pleno rendimiento la plantilla podría situarse en torno a los 180- 200 trabajadores”. De esta forma los mas de 80.000 habitantes tanto de poblaciones la costa occidental como parte del Andévalo, que en época estival alcanzan los 200.000 personas residentes, desde los primeros días de agosto ya reciben una asistencia sanitaria de calidad y especializada. A la entrada del área de Urgencias Virgen de la Bella se localiza una sala para la reanimación cardiopulmonar así como una ambulancia, UCI móvil, para para el traslado de pacientes críticos. Este nuevo centro ha apostado, desde su entrada en funcionamiento, por una atención individual personalizada que asegure la intimidad del enfermo.

El área quirúrgica se configura con cinco quirófanos dotados de la mas avanzada tecnología adecuados para todo tipo de cirugía convencional además de endoscópica, en los ámbitos especializados de cirugía general, urología, ginecología, otorrinolaringología y traumatología.

Este flamante hospital se localiza en la urbanización lepera que lleva el mismo nombre (Virgen de la Bella). Poco a poco, y conforme pasaron los días, los nervios propios de todo estreno fueron desapareciendo en el seno de los colectivos de profesionales que, eso si, admitieron que su apuesta por el Virgen

de la Bella suponía “un auténtico reto cargado de ilusión y esperanza” para su definitiva consolidación. El hospital se configura en unas sola planta ocupando 8.700 metros cuadrados dentro de una parcela de 23.500 metros cuadrados. Su diseño arquitectónico facilita la accesibilidad al conjunto de áreas y servicios.

Atención y empleo

La apertura del hospital Virgen de la Bella estuvo acompañada de no pocos elogios por cuanto viene a paliar las carencias de infraestructuras sanitarias en una comarca, la de Lepe, que arrastra una sostenida polémica en relación al Centro hospitalario de Alta Resolución (Chare) de titularidad pública y que, como bien se sabe, acumula muchos, demasiados años de retraso desde que el SAS colocara su primera piedra. A este respecto, el Colegio Oficial de Enfermería, su presidente Gonzalo Garcia Domínguez saludaba la entrada en funcionamiento del centro con “la certeza de que viene a aportar un grano mas en la importante tarea de reforzar y mejorar las dotaciones sanitarias en la provincia, independientemente de cual sea su titularidad, pública o privada, el solo hecho de disponer de esta nueva infraestructura supone un paso mas a la hora de avanzar en la mejora asistencial que merecen y necesitan los ciudadanos de toda nuestra geografía provincial. Todo lo que signifique potenciar la atención sanitaria ha de ser recibido como merece, tanto para la seguridad de los ciudadanos como para estimular el empleo de profesionales que, como los de enfermería, necesitan de mayores ofertas laborales que eviten el paro y la constante emigración que sufrimos en el colectivo”.

ESCUELA DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Huelva- Redacción

El Hospital Juan Ramón Jiménez (HJRJ) ha sido, otra vez, escenario de una iniciativa tan loable como supone aumentar las dosis de confianza, la seguridad y, en definitiva, la calidad de vida en la mujer diagnosticada de cáncer de mama. Nuevamente, la enfermería adscrita a la Unidad de gestión clínica de paciente oncológico del principal centro hospitalario onubense ha propiciado este lugar de encuentro entre personas afectadas con la misma dolencia dentro de del programa denominado Escuela del Paciente. Figura indispensable es la aportación de aquellas enfermeras que están en contacto con las pacientes desde el servicio de Cirugía, el hospital de Día Oncológico, y de Oncología radioterápica.

La cuarta edición de la Escuela de pacientes víctimas del cáncer de mama ha vuelto a ser un logro confirmando los anteriores aspectos positivos desde su implantación. Son ya cuarenta las mujeres que han participado en este foro con la finalidad esencial de intercambiar información, experiencias, opiniones y emociones bajo la tutela de expertas enfermeras. La Escuela del Paciente del HJRJ es una idea de la administración que coordina la Escuela de Salud pública y que, tras sucesivas ediciones, se ha consolidado como un lugar mas que idóneo para el encuentro formativo que sirve de gran ayuda a la hora de afrontar la nueva situación originada tras confirmarse el diagnóstico oncológico. El espacio busca fomentar la participación activa para que, de esta forma, la paciente pueda tener en sus manos unas herramientas que le lleven a tener mas calidad de vida, además de aumentar las dosis necesarias de confianza y seguridad en tan difíciles momentos de la vida.

► El J. R. Jiménez celebra una nueva edición de este foro con papel relevante de enfermeras expertas.



Enfermeras expertas

Es evidente que, cuando la mujer recibe el diagnóstico, le sobreviene, de una vez, todo un marco de angustia, ansiedad, todo ello acompañado de un mar de dudas e incógnitas que se agolpan sin solución de continuidad. Precisamente, y para hacer frente y tratar de paliar estos sentimientos, los talleres que se celebran sirven a modo de un estimable aliado para reforzar la autoestima y encontrar una salida reforzada cara a encontrar nuevas y mejores perspectivas ante la enfermedad. En estos talleres informativos, las mujeres que se incorporan encuentran a otras personas llamemos “expertas” pero que hablan su mismo lenguaje, han sentido las mismas percepciones físicas y emocionales y, sin tecnicismos de ningún tipo, comienzan a experimentar las primeras pautas que deben conducir hasta la curación definitiva. La plasmación de vivencias y hechos cotidianos contribuyen de la mejor forma posible a la hora de comenzar a afrontar la cruda realidad que supone admitir la dolencia pero desde un plano de igualdad y confianza.

En estos talleres, con varias horas de duración, las asistentes aprenden a lo que se denomina “romper el círculo de la enfermedad” con pensamiento positivo, idea que está presente a lo largo y ancho del programa, además del aprendizaje de un plan de acción personal. Es

decir, que las pacientes aprenden a poner en marcha una o varias actividades para la vida diaria, que individualmente se propone llevar a cabo para mejorar en la salud y en la calidad de vida. En estos talleres participan, de modo significativo, profesionales del centro hospitalario que están, diariamente, en contacto directo con estas mujeres a través de las diferentes etapas de la enfermedad. Son, en concreto, las enfermeras de Cirugía del hospital de Día Oncológico y de Oncología radioterápica, quienes se encargan de llevar a cabo su labor docente indispensable para el resultado positivo de estas experiencias.

La radiación no aumenta el riesgo de cáncer

La dudas sobre si las radiaciones aumentan el riesgo de padecer algún tipo de cáncer acaban de ser desmentidas. Un estudio publicado en la prestigiosa revista “The Journal of Nuclear Medicine” nos desvela que, después de profundas revisiones y análisis, no hay relación entre las exposiciones a las radiaciones clínicas y el aumento del riesgo de cáncer. El trabajo indica que la relación dosis-respuesta puede ser razonable pero solo hasta un umbral por debajo del cual no hay daño posible y, en ocasiones, puede haber beneficios. Los expertos apuntan a que las creencias devienen de hipótesis erróneas surgidas hace 70 años, fruto de “décadas de desinformación”.

EL DOLOR EN EL PARTO, ¿CÓMO SE AFRONTA?

Autora:

► M^a Pilar Tierra Burguillo. Doctora en Ciencias de la Salud..

La ciencia ha avanzado a pasos agigantados en el último siglo y el médico que antes trataba a las personas enfermas de manera íntegra a pie de cama y con recursos limitados, se ha transformado en un especialista que ha profundizado en conocimientos técnicos sobre su materia. En contrapartida, a la vez que se aproximaba al saber de un tema específico, se alejaba de la parte psicológica y social de la persona (1), llegándose a tratar de esta manera a la persona como una máquina, que al igual que a un coche le puede fallar alguna pieza u órgano y el médico sería en este caso el mecánico que la arreglara. Esto no es más que una metáfora para introducir el modelo biomédico. En el año 1977 Engel (2) añadió a este aspecto biológico, el psicológico y social, creando así un “nuevo paradigma en la medicina” y ofreciendo una visión más holística y un abordaje multidisciplinar de la persona, el cual denominó modelo biopsicosocial.

Cuando la mujer adopta una postura protagonista en el momento de su parto, recibe los menos procedimientos invasivos posibles, un trato de calidad, digno e información adecuada sobre su evolución. En ese momento la mujer es acogida por el modelo humanizado y como consecuencia se traduce en bienestar y satisfacción (3).

Un estudio (4) observacional transversal con una muestra de más de 400 mujeres, llevado a cabo en dos hospitales españoles y publicado en el año 2014, compara a los modelos biomédico y humanizado durante el parto y el puerperio. Los resultados que ofrece son a favor del modelo humanizado, ya que las mujeres encuestadas se muestran más satisfechas, entre otros motivos por conseguir unos mejores resultados a nivel obstétrico.

En relación a los tipos de partos se pueden describir dos: el parto normal y el parto natural. La Asociación Española de Pediatría define el parto normal como: “... proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término (entre las 37 y las 42 semanas cumplidas). Su inicio es espontáneo, se desarrolla y finaliza sin complicaciones, culmina con el nacimiento de un bebé sano y no necesita más intervención que el apoyo integral y respetuoso. Después de dar a luz, tanto la madre como su bebé se encuentran en buenas condiciones” (5).

El Colegio de Obstetras y Ginecólogos de Inglaterra refiere que todo parto está exento de ser natural si cumple alguna de las siguientes situaciones: ser inducido con fármacos (con pros-

taglandinas, oxitocina,...), recibir analgesia epidural o general, ser instrumentado con fórceps o ventosa, haber terminado en cesárea o realizarse episiotomía (6).

El parto puede ser atendido tanto a nivel hospitalario como domiciliario. En un estudio (7) publicado en la revista *Matronas Profesión* se analiza la atención al parto en países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico y muestra aquellos países donde su sistema de salud ofrece la posibilidad de dar a luz en el domicilio bajo un control profesional. Estos países son: Inglaterra, Holanda, Irlanda, Canadá y Australia. En España no se ofrece esta opción, por lo que para aquellas mujeres que decidan vivir su parto de esta manera, tienen que optar por la vía privada.

En un documento del Boletín Oficial del Estado se reconocen las cualidades profesionales de las matronas para un parto sin riesgo y sus funciones y competencias se recogen en el marco normativo español (8 y 9).

Un artículo (10) publicado en el año 2015 en la revista *Matronas Profesión*, muestra como las mujeres atendidas en su parto por las matronas, presentan un grado de satisfacción superior a aquellas que habían sido atendidas por ginecólogos. La diferencia entre estos tipos de partos estaba basado sobre todo en que el parto fuera o no intervenido. En la II Conferencia Internacional de Comunicación en Salud celebrada en octubre del año 2015, se mostraron los beneficios del acompañamiento de la mujer en el parto por la matrona (11). Estos profesionales están capacitados para brindar a la mujer empoderamiento y respeto, lo que se traduce en un parto que más fácilmente se va a desarrollar de manera espontánea, vivido con menos dolor y con menos probabilidades de precisar tanto epidural como episiotomía. De la misma manera, estos profesionales promueven el contacto piel con piel y lactancia materna así como la integración del padre o acompañante en el proceso.

Existen países desarrollados como Holanda, Reino Unido y Australia, que contemplan unos cuidados continuados en la maternidad. En ellos, la matrona es el profesional que realiza el seguimiento del embarazo, acompaña a la mujer en el parto y puerperio (7).

En la plataforma dedicada a las familias, “Enfamilia”, de la AEP existe un documento informativo sobre las diferentes etapas del parto (5), las cuales son tres:

1. Etapa de dilatación. Donde aparecen las contracciones que por lo general son cada vez más frecuentes e intensas, con la finalidad de ablandar, recortar y dilatar el cuello del útero hasta llegar a los diez cm.

Entre la dilatación y el nacimiento se encuentran dos fases, la pasiva y activa, diferenciada entre ellas por ser o no visible el bebé. Los pujos de la madre para ayudar a su hijo a nacer, dan comienzo a la siguiente etapa.

2. Nacimiento del bebé.

3. Alumbramiento. Momento en el que se expulsa la placenta.

Desde la primera etapa del parto, la dilatación y el dolor pueden acompañar a la mujer pero existen variables que van a facilitar esta situación. En relación a las hormonas, principalmente van a ser tres las que pueden controlarlo (12): oxitocina, adrenalina y endorfinas. La producción de estas es un acto involuntario que se va a ver favorecido por una serie de condiciones ambientales y de la mujer en sí. Si la persona se siente en un lugar íntimo, respetada, querida, estimulada y protegida, va a tener más probabilidades de que su cuerpo segregue la conocida "hormona del amor", la oxitocina (13), y por lo tanto que este dolor sea más llevadero y poder así controlar mejor el parto.

A la hora de reducir el dolor en el parto, se pueden optar por el alivio farmacológico o no farmacológico. La opción farmacológica es la más demandada (14) en los países desarrollados, sobre todo por ofrecer una rápida y eficaz respuesta (15). Existe una gran batería de fármacos a disposición de la mujer pero hay que tener presente que los efectos secundarios no deseados van a ser mayores que si se opta por los remedios no farmacológicos. Dentro de las diferentes opciones farmacológicas, la epidural es la más demandada. Hay datos del año 2014 que afirman que en España prácticamente el 80% de las mujeres la demandan (16), de las cuales una de cada tres experimentan complicaciones derivadas de la misma. Una de las consecuencias de esta anestesia es el alargar el periodo de dilatación, por lo que para compensarlo se suele administrar oxitocina intravenosa. En el año 2015 se publicó un estudio (17) llevado a cabo por la Universidad de Granada, en el que se analizaron los efectos adversos que sufren los recién nacidos en cuyo parto se usó la epidural; y se concluyó que son más frecuentes los efectos adversos en los partos en los que se hizo uso de la misma.

Uno de los fármacos alternativos con los que cuentan las mujeres en el parto es el óxido nítrico al 50% (18), también conocido como el gas de la risa. Los resultados tienen una valoración positiva para aquellas mujeres que encuentran el equilibrio con el mismo ya que son ellas las que, bajo el control del personal sanitario, lo inhalan. Los efectos secundarios que presenta son menores y por lo tanto parece ser de uso seguro.

El abanico de remedios no farmacológicos del dolor abarca un gran número de opciones, todas ellas libres de efectos secundarios no deseados. Entre ellos se destaca:

- La inmersión en agua caliente. Consigue aumentar la producción de endorfinas y obtiene beneficios como: la relajación

muscular, la disminución de la tensión arterial y del estado de ansiedad entre otros (19,20).

- La deambulación. Ayuda a la colocación del bebé en la posición óptima para nacer, el descenso del mismo y mejora la eficacia de las contracciones (21,22).

- El movimiento pélvico. El uso de la bola suiza, comúnmente conocida como "pelota", facilita la realización de este ejercicio. Ayuda a alcanzar la relajación de los músculos de la zona pélvica y a aumentar la circulación local (21,23).

- El masaje y el contacto físico tranquilizador. Promueve el estado de bienestar y si se realiza en la zona adecuada puede acelerar la liberación de hormonas como las endorfinas u oxitocinas (19).

- Las técnicas de relajación y respiración. Ayudan a la oxigenación y disminución del miedo y ansiedad (15).

- La inyección de agua estéril en el rombo de Michaelis. Consigue el alivio del dolor en la zona lumbar aunque puede experimentarse escozor y dolor intenso en el momento de la administración (15).

En la Guía de Sanidad presentada en el año 2010 por el Sistema Nacional de Salud (15), las recomendaciones sobre la intervención en los partos van encaminadas a que se lleven a cabo sólo cuando sean necesarias y no de manera rutinaria. La OMS identifica algunas de las siguientes actuaciones como innecesarias o incluso perjudiciales (24): el rasurado, el enema, el ayuno y la episiotomía. Un estudio del año 2015 afirma cómo la episiotomía se realiza cada vez con menos frecuencia (25).

Una de las técnicas que más se repiten en los testimonios de las mujeres que participan en estudios sobre la satisfacción en relación a su parto, es la maniobra de Kristeller. Esta maniobra, que consiste en ejercer presión sobre el fondo uterino para así ayudar a salir al bebé durante la fase de expulsión (15), recibe críticas negativas debido a los riesgos que conlleva. Los efectos indeseados pueden ser: fracturas, hemorragia intracraneal, cefalohematoma (15), enclavamiento del hombro en la sínfisis púbica (26) o rotura uterina iatrogénica (27). La OMS publicó un documento en el año 1996 en el que se afirmaba la no existencia de una evidencia científica que la respalde (28).

El parto no siempre es vía vaginal, se dan situaciones en las que acaba siendo cesárea. "El número de cesáreas es un indicador de buena práctica" (29), esto afirmaba un artículo de diciembre de 2013 en el que se informaba cómo el número de cesáreas ha aumentado casi un 10% en los últimos diez años. Presentaba al País Vasco como la comunidad con mejores números en este sentido, los de menor incidencia y a Andalucía con unos números que superaba la media nacional. Según un estudio de 2014 (30), las cesáreas están relacionadas con la forma de comienzo del parto. Aquellos partos que lo hacen de manera espontánea, tienen menos probabilidades de acabar en cesárea que los inducidos.

La posibilidad de disfrutar del parto y vivirlo con respeto, dignidad y humanidad es real (24) y actualmente existe una tendencia a la humanización (31).

En Huelva capital se ha llevado a cabo un estudio cuanti cualitativo entre los años 2012 y 2016 con una muestra de 268 mujeres en el primero de sus diseños (cuantitativo) y un grupo focal y entrevistas individualizadas en el diseño cualitativo.

En el primer diseño la media de edad fue de 31,29 años (DT 5,16). Con edades comprendidas entre los 17 y 44 años. La media de hijos era de 1,71 (DT 0,851) y el valor máximo encontrado fue de 7 hijos. En relación a la formación académica 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%).

En relación al parto, el lugar elegido fue el Hospital Juan Ramón Jiménez para el 94,40% de las madres, el hospital Infanta Elena para el 3,35% y el resto, el 2,23%, optaron por una vía alternativa. La gran mayoría de las mujeres finalizaron su embarazo con un parto, menos el 27,90%, que acabaron en cesáreas.

En el segundo de sus diseños, el cualitativo, las referencias de las mujeres (P.1-3) y profesionales sobre los métodos de analgesia para el parto fueron las siguientes:

“Yo no quería epidural (...) Me decían: que es mejor, ... Que ya verás como no te duele... Por ser primeriza y por dejarme llevar”. (P.1)

“Decidí eso, me pusieron eso, fue lo peor”. (P.2)

“Yo hice toda mi dilatación en la cama, horizontal, castigada y me decían: ¡No te muevas no se te vaya a mover la anestesia...!” (P.3)

Las mujeres que optan por una analgesia epidural lo refieren como una experiencia negativa. Ninguna comenta algún otro método de analgesia, sólo mencionan la epidural:

La opinión de las enfermeras (E.1-2) es que la gran mayoría terminan solicitando la epidural y que es una ventaja el poder usarla:

“Hay de todo pero la mayoría últimamente son epidurales”. (E.1)

“Si traían en su cabeza lo contrario, en cuanto le dan tres contracciones te lo vienen pidiendo”. (E.2)

“La epidural es una ventaja. La mujer está escogiendo su parto”. (E.1)

En un testimonio de una anestesista del Hospital Puerta de Hierro de Madrid (16), la gran mayoría de las mujeres optan por este tipo de anestesia, alrededor del 80% de las mujeres ya que menos del 10% de las mujeres experimentan el parto como un vivencia poco dolorosa (16).

Las matronas confirman (M.1-2) que muchas la piden, así como que existen otros métodos de alivio para el dolor pero que hasta que las mismas matronas no crean de su eficacia, no se usarán como tal:

“La epidural te lo han vendido como el alivio del parto y las propias matronas no le damos todo el valor que tienen otras formas de alivio de dolor que no sean farmacológicas”. (M.1)

“La respiración nos lleva al contacto con uno mismo y eso nos lleva a la relajación. Es vital, si respiramos vivimos”. (M.1)

“El estar acompañada, el tener el protagonismo, el poner conciencia y el reforzar lo que va bien alivia muchísimo el dolor”. (M.1)

“La mujer está claramente definida. La que no lo quiere te lo dice de entrada y la que lo quiere, hasta que no se la pongas, no para”. (M.2)

“En un porcentaje muy alto, te diría que en un 70-80% la mujer viene con el chip de la epidural”. (M.2)

“Tenemos el tema de la epidural, el Diazepan, la Dolantina con el Haloperidol, el tema inhalado del gas también”. (M.2)

Cuando se trata de analgesia en el parto, la gran mayoría lo relaciona con la epidural. Según los profesionales encuestados, es una ventaja tener la posibilidad de usarla si la mujer lo necesita y comentan que es bastante demandada.

Como ya se ha comentado, existen alternativas a la epidural y en una noticia (33) del periódico ABC del año 2014, informaba cómo en países desarrollados como Finlandia, Canadá o Australia, la mitad de las mujeres, hacen uso de las inhalaciones de Óxido Nitroso; y que el uso en EE.UU. va en aumento.

El parto es un momento muy íntimo de la mujer y se debería tratar como tal por un personal sanitario que ofrezca confianza, respeto, buena comunicación, intimidad, protagonismo a la mujer y se adapte a las necesidades del momento. Sería beneficioso si se conocieran de antemano para que así la mujer se pudiera sentir más cómoda y enfrentarse al mismo con mayor seguridad.

El dolor es algo dominante en la mayoría de los partos y el gran abanico existente de opciones para paliarlo debería darse a conocer previo a su aparición, para así saber cuales son los de elección en la mujer. El SAS actualmente sólo ofrece la opción de parir a nivel hospitalario pero sería beneficioso que la oferta se ampliara a partos domiciliarios, así como ocurre en otros países desarrollados.

Como comentó una de las matronas que participó en el estudio:

“La madre tiene la oportunidad de parir más veces si la salud se lo permite.

Nacer es una experiencia vital única, es su experiencia.”

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Matarazzo JD. Health and behavior: The coming together of science and practice in psychology and medicine after a century of benign neglect. *J Clin Psychol Med Settings* [Internet]. 1994 [citada el 23 enero 2016]; 1(1): 7-39. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF01991723?LI=true>.
2. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* [Internet]. 1977 [citada el 23 enero 2016]; 196:129-36. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/847460>
3. Valenzuela Mujica MT, Uribe Torres C, Contreras Mejías A. Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno. *Index Enferm* [revista en Internet]. 2011 Dic [revisado nov/2015]; 20(4): 243-247. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300007
4. Conesa Ferrer MB. Comparativa de dos modelos diferentes de asistencia al parto y su influencia en la satisfacción de la mujer con la experiencia del parto [tesis doctoral]. Universidad de Murcia; 2014.
5. Asociación Española de Pediatría. Parto normal [Internet]. 2013 [citado el 3 de diciembre 2015]. Disponible en: <http://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/parto-normal>.
6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Making normal birth a reality. Consensus statement from the Maternity Care Working Party [Internet]. 2007 [citado el 7 de enero 2016]. Londres: The National Childbirth Trust. Disponible en: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/NormalBirthConsensusStatement.pdf>
7. Escuriel R, Pueyo M, Biescas H, Espiga I, Colls C, Sanders M, et al. La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) *Matronas Prof* [Internet]. 2014 [citado el 2 de diciembre 2015]; (2): 62-70. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/17167/173/la-atencion-al-parto-en-diferentes-paises-de-la-organizacion-pa-ra-la-cooperacion-y-el-desarrollo-economico-ocde>
8. Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el cual se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado. *Boletín Oficial del Estado* n.o 280, p. 18.702.
9. Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. *Diario Oficial de la Unión Europea* L255 30.9.2005, p. 222.
10. Compte C, Magret A, Sabench C, Sánchez J, Redondo J, Cano A, et al. Modelo de atención al parto dirigido por matronas frente al dirigido por matronas y obstetras en el Hospital Dr. Josep Trueta de Girona. *Matronas Prof* [Internet]. 2015 [citado el 20 de enero 2016]; 16(2): 54-60. Disponible en: <https://medes.com/publication/99361>.
11. Rodríguez Gallego I, Partida Márquez AL, Castro Guerrero C. Beneficios del acompañamiento a la mujer por la matrona durante el trabajo de parto y puerperio. II Conferencia Internacional de Comunicación en Salud. Universidad Carlos III de Madrid [Internet]. Nov 2015 [citado el 10 de febrero 2016]. Disponible en: <http://e-archivo.uc3m.es/handle/10016/21674/browse?value=Castro+Guerrero%2C+Carmen&type=author>
12. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Iniciativa parto normal [Internet]. Mayo 2009 [citado el 11 de abril de 2013]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>
13. Rodríguez Bustos C. La maternidad y la correlación entre la libido y la fisiología. *Rev. Med. Naturista* [Internet]. Mayo 2006 [citado el 23 de enero de 2016]; (10): 488-501. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/28137872_La_maternidad_y_la_correlacion_entre_la_libido_y_la_fisiologia
14. Olza I. Neurobiología del parto, administración de oxitocina sintética. *El Parto es Nuestro* [Internet]. 2011 [acceso 13 de Abril de 2013]. Disponible en: www.elpartoesnuestro.es
15. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t) [Internet]. 2010 [citado el 4 de enero de 2016]. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
16. La Nueva España. Epidural, las preguntas más frecuentes [Internet]. Septiembre 2014 [citado el 13 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.lne.es/vida-y-estilo/salud/2014/09/20/anestesia-epidural-preguntas-frecuentes/1644946.html>
17. Herrera Gómez A, García Martínez O, Ramos Torrecillas J, De Luna Bertos E, Ruiz C, Ocaña Peinado FM. Retrospective study of the association between epidural analgesia during labour and complications for the newborn. *Midwifery* [Internet]. Junio 2015 [citado el 8 de enero de 2016]; 31(6): 613-616. Disponible en: <http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138%2815%2900074-1/abstract>
18. Ruiz Aragón J, Beltrán Calvo C. Eficacia y seguridad de la utilización del óxido nitroso al 50% como analgesia en el parto. [Internet]. 2010 [citado el 24 de octubre de 2015]. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Informe 3/2010. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/nuevaaetsa/up/AETSA_P_2010_3_OxidoNitroso.pdf
19. Rocha IMS. Práticas obstétricas adotadas na assistência ao parto segundo o partograma com linhas de aler-

- ta e ação [Internet]. 2005 [citado el 24 de octubre de 2015]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP. Disponible en: http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEWjJ97rxl47LAhUI-lxoKHYICfwQFgggMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F7%2F7132%2Ft-de-21032007-164206%2Fpublico%2Fivaniilde_Marques.pdf&usg=AFQjCNFJbPIRbZPzKQCBMqif3WmfcvzVSO
20. Davim RMB, Torres GV, Dantas JC, Melo ES, Paiva CP, Vieira D, et al. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor em parturientes. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2008 [citado el 24 de octubre de 2015]; 10(3): 600-609. Disponible en: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/pdf/v10n3a06.pdf.
 21. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based labor and delivery management. *Am J Obstet Gynecol.* [Internet]. 2008 [citado el 24 de octubre de 2015]; 199(5): 445-454. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18984077>
 22. Mamede FV, Mamede MV, Dotto LMG. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2007 [citado el 25 de octubre de 2015]; 11(2): 331-336. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23>.
 23. Zwelling E, Johnson K, Allen J. How to implement complementary therapies for laboring women. *Am J Matern Child Nurs* [Internet]. 2006 [citado el 25 de octubre de 2015]; 31(6): 364-370. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17149111>.
 24. Valiente Castillo R, Anguas Gracia A. El momento del parto, un acontecimiento para disfrutar [TFG]. Universidad de Zaragoza; 2013.
 25. Escuriet R, Pueyo MJ, Pérez Botella M, Espada X, Salgado I, Gómez A, et al. Cross-sectional study comparing public and private hospitals in Catalonia: Is the practice of routine episiotomy changing? *BMC Health Services Research* [Internet]. 2015 [citado el 8 de enero de 2016]; 15(1): 95. Disponible en: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0753-z>.
 26. González Merlo J. *Obstetricia*, quinta edición. Ed. Elsevier España, 2006.
 27. Usandizaga, De la Fuente. *Obstetricia y Ginecología*. Ed. Marban. Madrid, 2010.
 28. Organización Mundial de la Salud. *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva [sede web]. Ginebra: OMS; 1996. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf
 29. Europa Press. El número de partos por cesárea en España aumenta casi un 10% en los últimos 10 años [Internet]. Dic 2013 [citado el 22 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.infosalus.com/actualidad/noticia-numero-partos-cesarea-espana-aumenta-casi-10-ultimos-10-anos-20131219145517.html>.
 30. Hernández Martínez A, Pascual Pedreño AI, Baño Garnés AB, Melero Jiménez MR, Molina Alarcón M. Diferencias en el número de cesáreas en los partos que comienzan espontáneamente y en los inducidos. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2014 [citado el 22 de noviembre de 2015]; 88(3): 383-393. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272014000300008&script=sci_arttext&lng=enandothers.
 31. Manrique Tejedor J, Fernandez Cuesta AI, Figuerol Calderó M, Tejedor Molina Á, Teixidó Badia J, Barranco Moreno MP. Aspectos éticos en la asistencia al embarazo y el parto. *Ágora de enfermería* [Internet]. 2015 [citado el 2 de enero de 2016]; 19(2): 80-82. Disponible en: https://www.agoradenfermeria.eu/magazine/articles/042_coill_es.pdf
 32. Frade J, Pinto C, Carneiro M. Ser padre y ser madre en la actualidad: repensar los cuidados de enfermería en el puerperio. *Matronas Prof.* [Internet]. 2013 [citado el 12 de noviembre de 2015]; 14(2): 45-51. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/16873/173/ser-padre-y-ser-madre-en-la-actualidad-repensar-los-cuidados-de-enfermeria-en-el-puerperio>.
 33. ABC. La última moda: Gas de la risa en lugar de epidural. El uso de óxido nitroso comienza a ganar adeptas en los hospitales de EE.UU [Internet]. [Citado en noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.abc.es/familia-padres-hijos/20140720/abci-ri-sa-parto-201407201346.html>. 3/8/14

EL PARLAMENTO ANDALUZ APRUEBA LA PROPUESTA PARA IMPLANTAR LA ENFERMERA EN LOS CENTROS ESCOLARES



Salón de Plenos del Parlamento andaluz.

Huelva. -Redacción

La figura de la enfermera escolar, la adscrita a los centros de educación en Andalucía, lejos de ser considerada una utopía ha llegado a la sede del Parlamento andaluz. En una de las últimas sesiones antes de la reciente pausa veraniega, la Comisión de Educación debatió una

Proposición no de Ley presentada por Ciudadanos (Cs) para llegar a integrar una enfermera (o) en los centros educativos de las ocho provincias. La iniciativa tuvo como protagonista a la diputada del partido naranja Marta Escrivá. La proposición no de ley obtuvo la aprobación de la Cámara

aunque el resultado de la votación final invite a la meditación. A favor se posicionaron Ciudadanos, PP, e Izquierda Unida, mientras el PSOE, partido que sustenta a la Junta desde hace décadas, no mostró un excesivo entusiasmo y decidió abstenerse a la hora de emitir su voto.

En el transcurso de una sesión habida en la comisión de Educación del Parlamento de Andalucía, Ciudadanos sorprendió al presentar una iniciativa que, finalmente, fue aprobada por la Cámara regional. El fondo del asunto no fue otro que “Integrar a un profesional de la enfermería en los centros educativos” de la comunidad. La diputada Marta Escrivá razonó su iniciativa que ponía a debate parlamentario con este argumento “No hablamos de una enfermera que ponga una tirita sino de un proyecto integral con profesionales que realizarían un seguimiento de los niños, donde la prevención y los buenos hábitos sea un diario”.

Embarazos, obesidad

María Escrivá Torralva, a lo largo de su exposición afirmó que “la figura de la enfermera, o enfermero escolar, es fundamental si queremos atender de forma integral al alumno”. Tras reiterar que su apuesta no gira en que la enfermera esté presente en los centros “únicamente para poner una tirita”, tuvo a bien recordar con ejemplos concretos la necesidad de incorporar a esta figura a los centros educativos andaluces: “A día de hoy, Andalucía es la comunidad autónoma donde mas embarazos no deseados se producen en toda España, entre jóvenes de 15 a 19 años, sin olvidarnos que 1 de cada 4 niños andaluces sufre obesidad, o que 7 de cada diez niños andaluces mayores de 14 años consumen alcohol”.

María Escrivá subrayó que con el peso de “todos estos datos, toda ayuda es poca. Los docentes no son superhéroes”. Y, además, los trabajos del profesional de enfermería “se complementarían y enriquecerían con el trabajo que desarrollan los médicos en los equipos de orientación”, según explicó la diputada del partido naranja andaluz, Escrivá abundó en su argumentación a favor de la enfermera escolar llamando la atención sobre el hecho de que “este proyecto de salud

integral en los centros educativos que estamos proponiendo ya está trabajado, documentado y contrastado, por lo que los profesionales solo nos piden que lo pongamos en marcha”.

María Escrivá (Sevilla, 1981 e Ingeniera Industrial de titulación) finalizó su intervención añadiendo que la presencia del profesional de enfermería en la escuela “no solo atendería mejor a los niños con enfermedades crónicas en todo el horario escolar sino que ayudaría a reducir el absentismo escolar y a implantar mejor los planes y leyes para la promoción de hábitos saludables. Hábitos -preciso la diputada sevillana- como una correcta alimentación, los beneficios de la práctica del deporte, un adecuado descanso en la edad infantil y adolescencia y evitar prácticas nocivas tales como el consumo del alcohol, y drogas o el sexo sin protección”.

► **La Proposición no de ley, a cargo de Ciudadanos, tuvo el apoyo de todos los grupos excepto el PSOE que optó por la abstención.**

Con todo ello, la figura de la enfermera escolar, que ya funciona en algunas regiones españolas, fue el objeto de la votación posterior al posicionamiento de su ponente, con el resultado mas arriba citado: de su aprobación parlamentaria mediante los votos favorables de todos los grupos representados en el Hospital de Las Cinco Llagas excepto el del PSOE que, siendo responsable del gobierno de la Junta, apostó por la abstención evidenciando su escaso entusiasmo por la medida. Con este resultado, la Cámara regional instaba, pues a la Junta de Andalucía a tomar en

consideración y llevar a cabo un estudio competente dirigido a la integración, de forma progresiva, de los profesionales de enfermería en la red de centros educativos de esta comunidad.

Además, el acuerdo final contempla que para el citado trabajo se cuente con el asesoramiento, evaluación y seguimiento de los colectivos directamente concernidos: Consejerías de Salud y Educación, Servicio Andaluz de Salud, plataformas de padres y niños afectados, Consejo Andaluz de Enfermería y los Colegios provinciales de enfermería andaluces. También está presente en la aprobación final de la creación de una Comisión interinstitucional educativa-sanitaria para evaluar y regular estos programas de la actuación sanitaria en los centros escolares así como de otras futuras actuaciones y programas alternativos o complementarios con un análisis riguroso y en funciones de las disponibilidades presupuestarias.

La enfermería escolar en Andalucía representaría, sin duda alguna, un enorme caudal de múltiples experiencias y beneficios. En primer lugar para la población objeto de los cuidados por cuanto la enfermera escolar no solo se encargaría de la asistencia inmediata a los alumnos en caso de producirse cualquier tipo de accidente, proceso febril, etc., además de controlar a los alumnos con dolencias crónicas mediante, por ejemplo, el control del nivel de azúcar en los diabéticos o la asistencia a los menores víctimas de procesos asmáticos, sin olvidar su recomendación y asesoramiento a la hora de elaborar el menú escolar así como un largo listado de contenidos profesionales. Para el colectivo de enfermería, la presencia en este ámbito de actuación equivaldría a una fuente de empleo importante que se podría calcular alrededor de unos 5.000 profesionales repartidos por las ocho provincias. El único “hándicap” es que, para que se haga realidad, debería contar con el respaldo de la Junta de Andalucía y a tenor de la abstención de su grupo parlamentario...

EL CAE PIDE A LA CONSEJERA MAS ENFERMERAS EN EL SAS

Huelva.- Redacción

El Consejo Andaluz de Enfermería (CAE) ha reclamado de la consejera de Salud de la Junta, Marina Álvarez, que palle el deficit de personal de enfermería que sufre la región, así como potenciar las especialidades profesionales que, anualmente, son convocadas sin responder, ni de lejos, las auténticas necesidades de la población. Álvarez manifestó su disposición para trabajar en esta dirección aludiendo al refuerzo de la Atención Primaria (AP) de la comunidad con refuerzos tanto en el número de enfermeras como de matronas.

El pleno del CAE, presidido por Florentino Pérez Raya y en el que se integran los presidentes de los ocho Colegios Oficiales andaluces, incluido el de Huelva, ha mantenido un primer contacto con la consejera de Salud Marina Álvarez tras el relevo producido en la cúpula de la sanidad andaluza con el cese del anterior, Aquilino Alonso. Florentino Pérez Raya quiso subrayar la "significación de que, nada mas empoezar el nuevo curso tras el periodo veraniego, la consejera tenga noticias directas de la enfermería regional a través de nuestro organismo autonómico. De esta forma, le dimos traslado del actual momento, lleno de dificultades, que vive la profesión con un lastre de falta de profesionales el cual debería ser objeto de un giro importante en la tarea a desarrollar por la actual consejera, para hacer posible la mejora en la calidad asistencial que Salud quiere pilotar en el conjunto del SAS".

A la reunión asistió, como apuntamos, el presidente del Colegio Oficial de enfermería de Huelva Gonzalo García quien, junto al resto de dirigentes provinciales, dejó patente la actual situación de la sanidad onubense que "de forma tan clara y determinante ha manifestado la ciudadanía a lo largo de los últimos meses con hasta cuatro manifestaciones donde el clamor fue la nota predominante recla-



Consejera y Gerente del SAS conocieron las peticiones del CAE.

mando nuevas políticas para mejorar y subsanar los enormes déficits que la sanidad onubense padece desde hace demasiado tiempo". En esta primera toma de contacto también estuvo presente la nueva Directora-gerente del SAS, Francisca Antón quien, como se sabe, ha ocupado durante los últimos años la gerencia del Hospital Torrecárdenas de Almería hasta ser designada primera responsable del SAS.

► **Acabar con el déficit actual serviría para "dar una mejor calidad asistencial y acercarnos a la ratio media nacional"**

En el encuentro, presidido por un clima de cordialidad, la consejera se mostró dispuesta a recibir y estudiar las peticiones del CAE al tiempo que anunció a los representantes colegiales su apuesta por reforzar la AP andaluza mediante la contratación de 210 enfermeras y 33 matronas para todo el SAS en lo que resta de año. Álvarez también adelantó que a lo largo de 2018 continuará esa misma voluntad de procurar mejorar las ratios de la enfermería dedicada al primer nivel

asistencial, así como las líneas maestras y en las que las enfermeras (os) andaluzas tienen un claro protagonismo sea con la reforma de la AP, el plan de atención a las urgencias, tanto en la AP como en los hospitales, sin olvidar frentes de tanta importancia como la reducción de las abultadas listas de espera quirúrgicas y la humanización de los cuidados.

Florentino Pérez, mostró la disposición del CAE para plantear y abordar junto a la consejería y el SAS cuantas actuaciones sean necesarias de cara a paliar la falta de enfermeras en el SAS que, a juicio del organismo profesional, es una de las causas en las que se ha manifestado el aumento de las tensiones y deterioro del sistema que los ciudadanos de, prácticamente, todas las provincias decidieron reclamar mediante pacíficas y aleccionadoras manifestaciones sociales. De igual manera, Pérez Raya, en nombre de los ocho Colegios, pidió tanto a Marina Álvarez como a Francisca Antón la presencia de enfermería en puestos de responsabilidad porque, conforme apuntó el presidente regional, "los profesionales han de estar presentes en los órganos donde se toman las decisiones que tanta influencia tienen y afectan el día a día del trabajo individual y colectivo porque no se debe olvidar que enfermería es el grupo más numeroso que existe dentro del sistema sanitario público".

El CAE, por otra parte, quiso dejar patente su aceptación por la labor que lleva a cabo la Estrategia de Cuidados dados de la consejería de Salud y el funcionamiento de este programa de actuación merced a las perspectivas y aportaciones que la enfermería a su cargo viene realizando en los últimos meses. Todas estas consideraciones las resumió el CAE, en boca de su presidente, al significar que “contar con la enfermería significa disponer del número necesario de profesionales para que puedan desarrollar sus funciones con la calidad que demanda el paciente, sin sobrecargas ni presiones añadidas. Contar con la enfermería andaluza supone, en definitiva, trabajar a favor del paciente y, a su vez, procurar que disminuya el enorme déficit de profesionales tantas veces denunciado porque nos tiene anclados a la cola de las ratios de enfermeras por habitante en el ámbito nacional por no hablar de las distancias que nos separan respecto a las medias de las naciones europeas mas cercanas”.

Especialidades

Tras de las reivindicaciones que el CAE puso sobre la mesa de la consejera de Salud fue la mas que necesaria potenciación de las especialidades, Andalucía debe avanzar en este terreno porque así lo demanda la sociedad en que vivimos. Y el mejor ejemplo de estas carencias tiene un apartado concreto: la “enfermería Geriátrica aún no se ha podido estudiar en nuestra región siendo el índice de población envejecida una realidad que está ahí, que vivimos a diario y que, además, va en aumento”. Tanto la consejera como la Zgerente del SAS recibieron un detallado informe en el que se concretan las necesidades específicas de cada provincia. A este respecto, el presidente del Colegio de Huelva, Gonzalo García, expresó la “utilidad de seguir programando estas reuniones de trabajo con los responsables sanitarios de la comunidad para que se pueda ir haciendo un seguimiento lo mas cercano y real de las necesidades planteadas y de los logros que se vayan materializando”.

EL SAS PUBLICA LISTAS DEFINITIVAS DE LA CARRERA PROFESIONAL

El Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA) ha publicado una resolución de la Dirección general de profesional del SAS (Personal) que dirige Celia Gómez González, por la que, a propuesta de las distintas comisiones centrales de valoración, se apueban los listados definitivos de aquellos profesionales certificados, y excluidos, en el segundo proceso de certificación de 2012 correspondiente a los niveles de Carrera profesional tanto licenciados como diplomados sanitarios, mayoritariamente de enfermería. En el cómputo total de este proceso se han evaluado 365 profesionales de la sanidad pública regional. Estos listados, de licenciados y diplomados, se han editado por orden alfabético y en los mismos consta la categoría y el nivel de Carrera profesional asignado.

Huelva. -Redacción

Una vez concluido el plazo de alegaciones, tras una primera publicación de carácter provisional, el BOJA ha hecho firme la relación de los profesionales certificados, como los excluidos en este segundo ciclo de evaluación al que se presentaron 365 trabajadores del SAS: 220 mujeres y 145 hombres de los cuales la mayoría (218) era diplomados y el resto (147) licenciados. De los profesionales objeto de evaluación (202 mujeres y 123 hombres) resultaron certificados de los que 201 son diplomados y 124 licenciados. Estos profesionales se suman a los que superaron el primer proceso de certificación 2012 en los distintos niveles de la Carrera profesional mediante el cual se evaluó un total de 659 profesionales; 382 dilomados y 277 licenciados. En este primer proceso resultaron certificados 549 personas (241 licenciados y 308 diplomados)

Incentivar el ejercicio profesional

De igual manera, el SAS ha informado de que antes de finalizar el presente año, está previsto concluir los procesos de certificación de la Carrera profesional correspondientes a los ejercicios, pendientes, de 2013 y 2014. Al mismo tiempo, la administración sanitaria andaluza tiene previsto concluir el cometido de la Mesa técnica en la que se negocia un desarrollo profesional para aquellos grupos que todavía no tienen definido su modelo de Carrera proefsional. Otras titulaciones (caso de los farmacéuticos y veterinarios del SAS, principalmente), aspiran a concretar su modelo específico de Carrera profesional.

El modelo de la Carrera profesional vigente en la sanida pública de Andalucía pretende “incentivar la mejora continua en el desempeño profesional, así como las buenas prácticas basadas en evidencias definidas por los propios profesionales así como la formación continuada, la docencia y la investigación”. Este modelo de Carrera profesioanal se fundamenta en los criterios y principios generales establecidos de la norma básica estatal para el reconocimieto público, expreso y de forma individualizada del desarrollo proefsional alcanzado. Desarrollo que se basa y sustenta en los reconocimientos, experiencia, docencia, investigación y cumplimiento de los objetivos marcados por la organización.

Este horizonte, como es conocido, se articula en cuatro niveles de retribución, partiendo de un nivel inicial previo no retribuido. Para el acceso a los restantes niveles de la Carrera profesional, se necesita de una “evaluación favorable de méritos” en relación con los aspectos del desarrollo profesional enumerados anteriormente. Las evaluaciones se llevan a cabo por un órgano específico formado por profesionales de la misma categoría que la del solicitante, así como por representantes del centro sanitario en el que presta sus servicios además de evaluadores pertenecientes a la Agencia de Calidad Sanitaria de la sanidad pública andaluza, dependiente de la consejería de Salud de la Junta.



EL SEGURO DE AUTO
DE A.M.A.
SEGUNDO MEJOR
VALORADO DEL SECTOR

Fuente: Índice Stiga JUNIO 2016
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



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 2017. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

MÉTODOS DE ANTICOAGULACIÓN DURANTE TÉCNICAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL (TCRR). HEPARINA vs. TÉCNICA CON CITRATO- CALCIO

Autores:

- ▶ María Isabel Jiménez Núñez. Enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Infanta Elena de Huelva.
- ▶ Ana Gómez Rodríguez. Enfermera Supervisora de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Infanta Elena de Huelva.
- ▶ Isaac Florido Pérez. Enfermero formado en Técnicas de Reemplazo Renal.

▶ RESUMEN

El fracaso renal agudo afecta a un porcentaje significativo de los pacientes ingresados en las unidades de cuidados críticos. Además existen otras patologías como el síndrome de disfunción multiorgánico (SDMO), insuficiencia cardíaca congestiva, grandes quemados, etc.. que precisan durante su ingreso de técnicas continuas de reemplazo renal (TCRR). El siguiente estudio pretende comparar las ventajas de las nuevas técnicas de reemplazo renal utilizando anticoagulación regional mediante Citrato-Calcio frente a las técnicas de anticoagulación clásicas mediante heparina.

▶ ABSTRACT

Acute renal failure affects a significant percentage of patients admitted to critical care units. There are also other pathologies such as multiorgan dysfunction syndrome (MODS), congestive heart failure, large burns, etc. Which require continuous renal replacement techniques (CRRT) during admission. The following study seeks the advantages of new renal replacement techniques by means of regional anticoagulation using Citrate-Calcium versus the classic anticoagulation techniques using heparin.

▶ PALABRAS CLAVE

Anticoagulación, heparina, diálisis, citrato-calcio, hemodiafiltración, hemofiltración.

INTRODUCCIÓN:

En fracaso renal agudo (FRA) es una de las patologías más comunes que pueden afectar a los paciente ingresados en las unidades de cuidados críticos (1). Aproximadamente el 5.7 % de los paciente ingresados han padecido algún tipo de FRA (2) llegando a un 25% en el caso de los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (3). Además, existen otras muchas patologías, las cuales pueden cursar o no con FRA, donde está indicado el uso de Técnicas Continuas de Reemplazo Renal (TCRR) como pueden ser el síndrome de disfunción multiorgánico (SDMO), la insuficiencia cardíaca congestiva, el fallo hepático, intoxicaciones, sobrecarga hídrica refractaria, grandes quemados, complicaciones quirúrgicas, etc ...

Las TCRR son utilizadas en dichos pacientes tanto como para la sustitución de la función renal, teniendo como objetivo el mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico (agua e iones) como de la depuración de toxinas y productos de desecho mediante los principios de *difusión* y *convección* (*), como directamente para la eliminación de sustancias tóxicas o metabólicas en procesos críticos.

Dentro de las TCRR existen varias modalidades, las cuales, teniendo como objetivo lo anteriormente mencionado, según el procedimiento o técnica seleccionada, prevalece un principio físico u otro.

(*) **DIFUSIÓN:** técnica que permite la eliminación de partículas con un peso molecular de hasta 500 Daltons.
CONVECCIÓN: técnica que permite la eliminación de partículas con un peso molecular de hasta 30.000 Daltons.
 (Ver tabla I).

Tipo de Molécula	Peso Molecular en Daltons	
SODIO	33	Difusión
CALCIO	40	
UREA	60	
CREATININA	113	Convección
FOSFATO	DE 90 A 134	
ÁCIDO ÚRICO	168	
GLUCOSA	180	
DEXTROSA	180	
VITAMINA B12	1355	Plasmaféresis
LÍPOSOMAS	1500	
INULINA	5200	
PTH	9500	
C3a	9500	
BETA-2 MICROGLOBULINA	11800	
CITOCROMO C	13000	
MIOGLOBINA	17800	
ALBUMINA	66000	
GLOBULINA	150000	

Tabla I

TÉCNICAS TCRR DIFUSIÓN:

- HEMODIÁLISIS CONTINUA (CHD).

TÉCNICAS TCRR CONVECCIÓN:

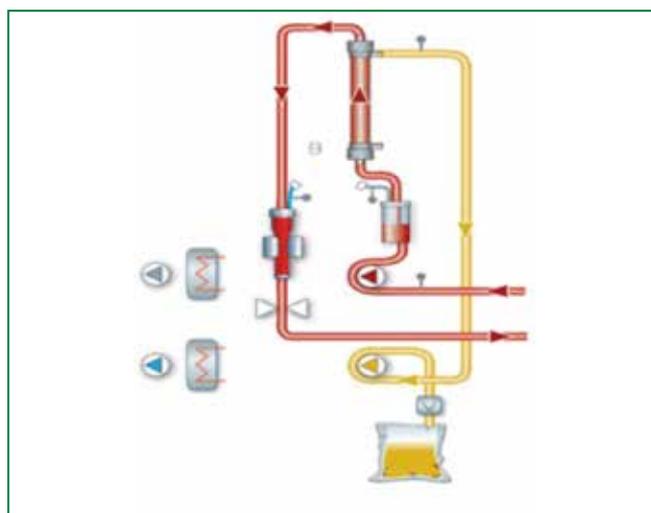
- ULTRAFILTRACIÓN LENTA CONTINUA (SCUF).
- HEMOFILTRACIÓN CONTINUA (HFCVV – HFCAV).
- HEMODIAFILTRACIÓN CONTINUA (CHDF).

ULTRAFILTRACIÓN LENTA CONTINUA (SCUF):

Consiste en hacer pasar un flujo de sangre a través de un hemofiltro de alta permeabilidad mediante la cual, por un gradiente de presión se procede a la eliminación de líquidos por ultrafiltración. Lo más común en la impulsión de la sangre por la línea aferente (línea arterial) mediante una bomba de rodillos (circuito veno-venoso).

En esta técnica no existe reposición (reponer líquido al paciente), ya que lo que se busca es la eliminación del exceso de volumen.

Esta TCRR es utilizada en pacientes que requieren un control de la sobrecarga hídrica, como en el caso de la insuficiencia cardíaca congestiva resistente al tratamiento convencional.



Esquema de SCUF.
 (Fresenius Medical Care todos los derechos reservados)

$$UF = SC * Cs * F_{UF}$$

- UF = ultrafiltración.
- SC = coeficiente de cribado (SC = Sieving Coefficient)
- F_{UF} = flujo de ultrafiltración.

$$F_{uf} = Q_{uf} * PTM \quad (\text{Coeficiente de UF del hemofiltro} * \text{Presión Transmembrana})$$

HEMOFILTRACIÓN CONTINUA (HFCVV -HFCAV):

Es la técnica dentro de las TCRR más utilizadas en las unidades de cuidados intensivos en España, alrededor del 79,6% (4) y es muy útil en cualquiera de los casos en los que se precisa de técnicas de sustitución renal en cuidados intensivos.

Para esta técnica se utiliza también un hemofiltro de alta permeabilidad y alto flujo, y su funcionamiento se realiza por la diferencias de presión que existen a ambos lados de la membrana permeable. Aumentando la presión en la zona hemática (presión hidráulica) y disminuimos la presión en la zona de ultrafiltrado (UF) (presión hidrostática) generamos un gradiente de presión que produce un desplazamiento de agua desde el compartimento sanguíneo.

Gracias a esta técnica se consigue unas cifras de aclaramiento conseguido igual al volumen de ultrafiltrado para unas moléculas con un coeficiente de cribado (SC = Sieving Coefficient) cercano a 1 (5). Así pues, un volumen de ultrafiltrado de 24 litros al día supondrá alrededor de 17 ml/min de aclaramiento.

TRANSPORTE DE SOLUTOS POR ULTRAFILTRACIÓN

Los flujos utilizados en esta técnica son entre los 50 – 200 ml/min para la sangre y los 8 – 25 ml/min para el líquido de UF.



Esquema HFCVV.
(Fresenius Medical Care todos los derechos reservados)

HEMODIÁLISIS CONTINUA (HDCVV – HDCAV):

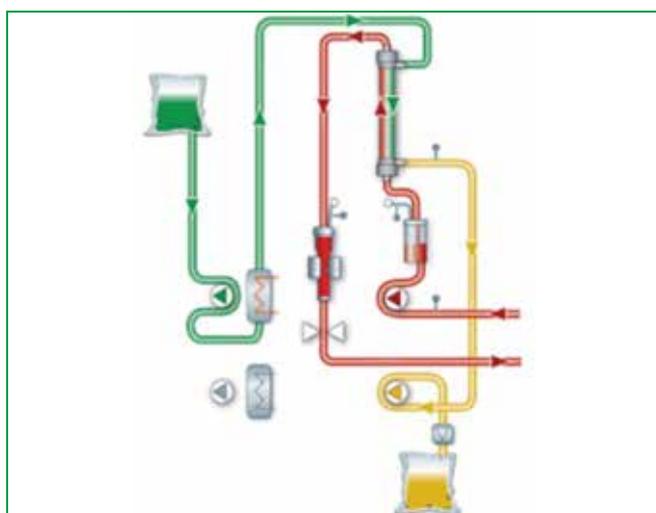
Técnica de reemplazo renal en la cual utilizamos un filtro de membrana de baja permeabilidad donde el principio fundamental que se produce en el mecanismo de difusión, descrita por Geronemus y Schneider en 1984 (6).

La HDCVV consiste en hacer pasar por el compartimento del efluente un flujo continuo en sentido contrario al de la sangre que pasa por el hemofiltro. Enfrentando este líquido de diálisis a la sangre conseguimos mediante la difusión, el paso de moléculas pequeñas (< 500 daltons) por la membrana semipermeable. El líquido de diálisis solamente pasa una vez por el hemofiltro, así conseguimos que la composición química no se altere y además se mantenga un nivel de difusión adecuado.

Con un flujo de 15 ml/min se consigue que el líquido de diálisis se encuentre saturado en un 100 % de urea. Esto quiere decir que con esta técnica conseguimos un aclaramiento difusivo de 15 ml/min. Debido a este fenómeno, también se produce un pequeño mecanismo de convección adicional. Al ser una técnica predominantemente difusiva, no es necesario el utilizar un líquido de reposición correspondiente a la pérdida por UF por parte del paciente.

HEMODIAFILTRACIÓN CONTINUA (HDFCVV – HDFCAV):

Es la segunda técnica de reemplazo renal más utilizada en las unidades de cuidados intensivos en España con un 68%. Consiste en la combinación de la técnica de Hemodiálisis Continua (HDCVV) con la hemofiltración continua (HFCVV) usando un hemofiltro de alta permeabilidad. Gracias a la unión de las dos técnicas conseguimos mediante un mecanismo de difusión la eliminación de moléculas de bajo peso molecular (< de 1000 daltons) y mediante un mecanismo combinado de convección eliminar de forma eficaz solutos con una peso molecular > 1000 daltons, hasta el límite propio de la membrana del hemofiltro.

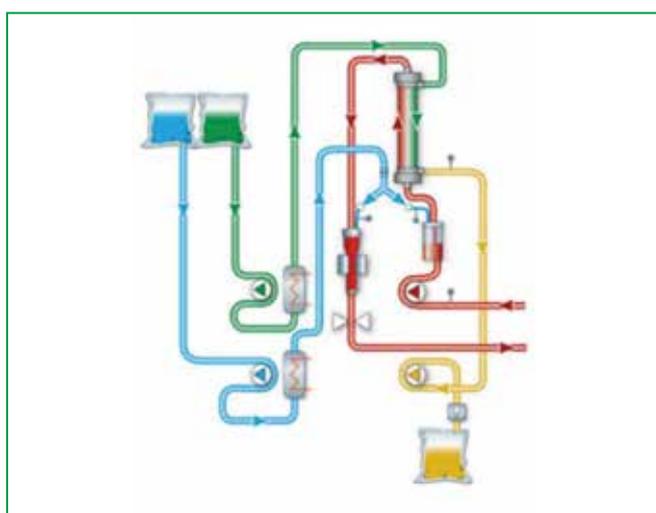


Esquema HDCVV.
(Fresenius Medical Care todos los derechos reservados)

Debido a que con esta técnica conseguimos una tasa de UF muy elevadas, debemos utilizar soluciones de reposición para un adecuado equilibrio de fluidos (líquido de reposición).

Sea cual sea la TCRR elegida hay en común en todas ellas, la necesidad de implementar un método por el cual impidamos o retrasemos la coagulación del sistema y del hemofiltro. Los medios más utilizados para la anticoagulación durante las técnicas de reemplazo renal son el uso de la heparina sódica o de la heparina de bajo peso molecular (7). En el caso de las técnicas continuas lo más utilizado es la heparina sódica (Heparina No Fraccionada) 500 ui por ml en solución salina (anticoagulación standard) (8).

Existen casos en los cuales no se utiliza anticoagulación (Ej: alteración en los factores de coagulación, sangrado, etc.) lo que conlleva a un mayor número de cambios de líneas y hemofiltro (9).



Esquema HDFCVV.
(Fresenius Medical Care todos los derechos reservados)

Debido a los posibles efectos no deseados que pueden ser producidos por la HNF, aparte del sangrado y el mayor tiempo para la hemostasia, como pueden ser el efecto en pacientes que padecen Trombocitopenia Inducida por Heparina (TIH) (10) (11), la dislipemia (12), etc... se desarrollaron otros métodos para la anticoagulación durante las TCRR. Podemos incluir en estos métodos de anticoagulación la infusión de prostaciclina (Epoprostenol sódico) en el circuito de hemodiálisis la cual tiene una vida media muy corta (entre 3 y 5 min) y sus posibles efectos secundarios son escasos pero cuyo coste es muy elevado (13), el uso de Daparinoide el cual puede usarse en pacientes con TIH Tipo II de una vida media muy elevada (25 horas) pero el cual no tiene antídoto específico (14)...

El método para la anticoagulación durante las TCRR alternativo al uso de heparinas con más difusión y menor número de posibles complicaciones si se realiza correctamente (15) en pacientes de cuidados críticos que requieren técnicas continuas es la Anticoagulación Regional con Citrato (16).

JUSTIFICACIÓN:

En los servicios de cuidados intensivos, aproximadamente el 25,7% (3) de los pacientes sufren un proceso de insuficiencia renal aguda (IRA) producida en un 50% de los casos por shock séptico (17). Existe evidencia científica en la cual queda demostrada la mayor eficacia de las técnicas continuas de reemplazo renal (TCRR) frente a la hemodiálisis intermitente sobre todo en la mediación de los mediadores inflamatorios en la sepsis (18)(19)(20).

Aunque la principal complicación del uso de heparinas es el sangrado, existen otras complicaciones asociadas al uso tanto de la HNF como de la HBPM.

Se calcula que aproximadamente 1 de cada 100 pacientes en tratamiento con heparina no fraccionada durante al menos cinco días presentará Trombocitopenia Inducida por Heparina asociada a trombosis (21) llegando la incidencia al 58% de los pacientes ingresados en unidades de cuidados críticos. Esto, asociado a la dislipemia asociada el uso de la heparina hace necesario la búsqueda e implementación de un método para la anticoagulación durante las TCRR más eficaz. Además de estos posibles efectos adversos el problema del uso de heparinas durante las TCRR es la propia coagulación tanto del sistema como del hemofiltro, provocando una disminución de la eficacia de la técnica (pérdida de superficie del hemofiltro) como de pérdidas hemáticas por sustitución de líneas y/o del sistema completo.

En el siguiente estudio se quiere demostrar que el uso del método de anticoagulación regional con Citrato-Calcio plantea menos incidencias durante la técnica de reemplazo renal (problemas de presiones asociados a pérdidas de superficie del hemofiltro), menos cambios de sistemas y por lo tanto menos pérdidas hemáticas en contraposición a la anticoagulación standard con heparina. Además, con el método Citrato-Calcio se evitan los posibles efectos secundarios asociados al uso de HNF.

MÉTODO:

Estudio no aleatorizado. Han sido objeto de estudio los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados intensivos del Hospital Infanta Elena de Huelva los cuales han sido objeto de alguna de las técnicas de reemplazo renal durante su estancia desde enero de 2016 hasta finales de junio de 2017. El monitor de hemodiálisis utilizado en todos los casos ha sido el Multifiltrate® de Fresenius Medical Care. Las líneas y sistemas de casete utilizadas en todas las TCRR son las propias de la marca y específicas del monitor Multifiltrate®. Los hemofiltros utilizados en todas las técnicas, tanto con anticoagulación con HNF como con sistema Citrato-Calcio han sido:

Ultraflux EMiC2: membrana de Polysulfone® Fresenius Medical Care con una superficie de 1.8 m² y una capacidad de llenado de 130 ml.

Ultraflux AV Series®: membrana de Polysulfone® Fresenius Medical Care con una superficie variable según el modelo de 0.75 m² a 1.8 m² para uso en función de las necesidades o características del paciente. Volúmenes de llenado desde 52 ml a 130 ml.

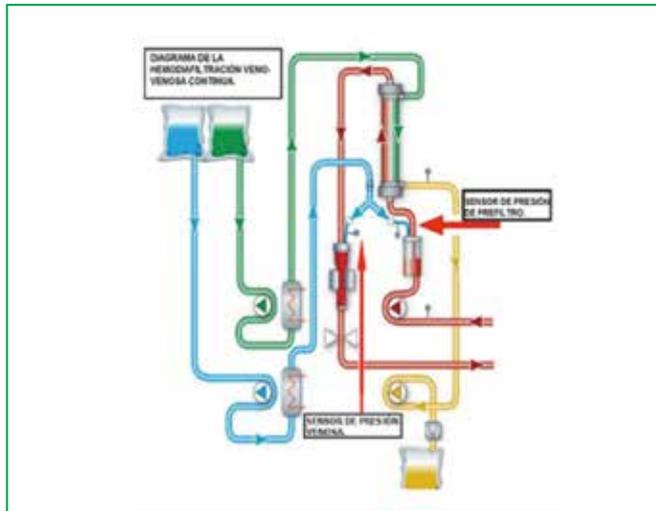
La duración de las líneas – casete junto con el hemofiltro según el fabricante es de 72h, o sea, que pasando ese tiempo hay que realizar el cambio de todo el sistema del monitor de diálisis.

En total han sido 18 pacientes haciendo un total de 978h de tratamiento repartidos entre 19 sesiones de TCRR, 11 sesiones con técnica estándar y 7 mediante anticoagulación regional con citrato-calcio. De las 11 sesiones mediante TCRR estándar en 3 de los casos no se utilizó heparina de inicio (55 horas) y en 8 de los casos se utilizó heparina durante toda la técnica (418h). El total de horas mediante técnica estándar fue de 473h. El número total de pacientes a los cuales se le realizó la anticoagulación regional con Citrato-Calcio fue de 7 con un número total de horas de tratamiento de 505h.

	PACIENTES	HORAS DE TRATAMIENTO	SESIONES
TCCR ESTÁNDAR CON HEPARINA	8	418	9
TCCR ESTÁNDAR SIN HEPARINA	3	55	3
TCCR CON CITRATO-CALCIO	7	505	7
TOTAL	18	978	19

NOTA: se considera SESIÓN cada uno de los casos en los que el paciente inicia tratamiento con una Técnica Continua de Reemplazo Renal.

Se tomaron en consideración como medida de calidad de la técnica el aumento de la presión de prefiltro (PPF), que es la presión producida después de la primera bomba de rodillos antes de la entrada en el hemofiltro ya que es indicativo de que existe una pérdida de superficie del mismo debido a la coagulación de capilares.



Esquema de HDFVVC.
Indicando donde se encuentran los sensores de PV y PPF.

Además, junto con la presión venosa (PV) es indicativo del estado de las líneas – casete en caso de coagulación (aumento de la presión = coagulación). Otro dato a tener en cuenta es la presión transmembrana (PTM) la cual nos indica cuales son los gradientes de presión dentro del hemofiltro además de mostrar la calidad de la técnica ya que como vimos anteriormente:

$$UF = SC * C_s + * F_{UF}$$

UF = Ultrafiltración.

SC = SC: coeficiente de cribaje (sieving-coefficient) de la membrana para un soluto determinado, es la relación entre la concentración de un soluto en el ultrafiltrado y en el plasma. Para solutos de bajo PM (sodio, potasio y urea) es próximo a 1 (o sea, igual en el ultrafiltrado y en el plasma). A mayor peso molecular (Daltons), el SC disminuye dependiendo de la naturaleza de la membrana.

C_s = Concentración en sangre del soluto.

F_{UF} = Flujo de Ultrafiltración. El se consigue con la siguiente fórmula:

$$F_{UF} = Q_{UF} * PTM$$

Q_{UF} : es el coeficiente de UF y depende de la permeabilidad de la membrana y de su superficie. Es una propiedad física correspondiente a su capacidad de transferir solvente y se expresa como el número de mililitros de líquido que se filtran, por unidad de tiempo, por cada milímetro de mercurio de gradiente de presión transmembrana.

PTM: la presión transmembrana corresponde al gradiente de presión que existe dentro del hemofiltro entre el compartimento sanguíneo y el líquido eferente. Resulta de la diferencia entre la presión positiva del circuito sanguíneo y la negativa, nula o positiva (pero siempre menor que la sanguínea) del líquido de diálisis más la presión osmótica sanguínea (ésta depende de presión oncótica de las proteínas no dializables, tiende a retener agua en el compartimento sanguíneo y su valor medio es de 25-30 mmHg).

Se valoraron las variaciones de PTM durante la técnica, ya que una PTM constante indica que el hemofiltro se encuentra permeable además de mostrar mayor continuidad y estabilidad en la técnica.

NOTA: para evitar sesgos o interpretaciones erróneas, los datos de PV, PPF y PTM son tomados cuando no hay variación en la velocidad de flujo de sangre.

RESULTADO:

Durante las TCRR en las que se utilizaron métodos de anticoagulación tanto con heparina no fraccionada (HNF) como con heparina de bajo peso molecular (HBPM) o sin heparina de inicio se utilizaron, durante las 12 sesiones a 11 pacientes, un total de 19 sistemas y hemofiltros. Únicamente en uno de los casos se produjo el cambio de líneas – casete y hemofiltro a las 72h como indica el fabricante. De los 19 sistemas utilizados, solamente se pudo retornar de forma completa la sangre al paciente en 11 casos, incluyendo el retorno en el desmonte o finalización de la técnica. En el resto se observaron pérdidas hemáticas por coagulación total o parcial de las líneas y/o hemofiltro. Pormenorizando los datos vemos que la duración de cada sistema es de:

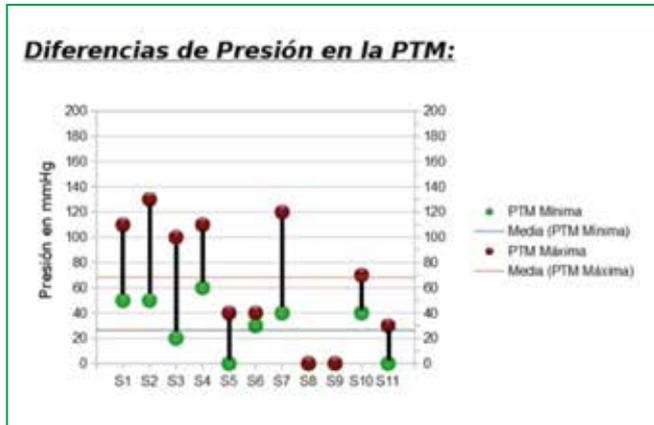
DURACIÓN DEL SISTEMA EN HORAS	NÚMERO DE SISTEMAS
ENTRE 0 Y 12 HORAS	6
ENTRE 12 Y 24 HORAS	5
ENTRE 24 Y 36 HORAS	3
ENTRE 36 Y 48 HORAS	4
ENTRE 48 Y 72 HORAS	1
TOTAL	19



La media de duración de cada sistema es de 24.89 horas y la media de número de sistemas por sesión y paciente es de 2 por sesión.

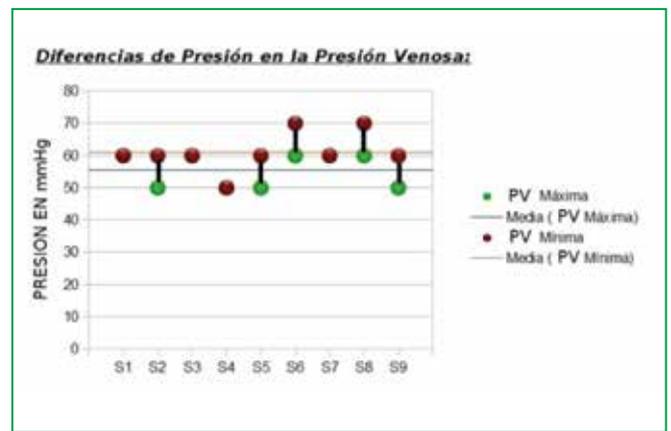
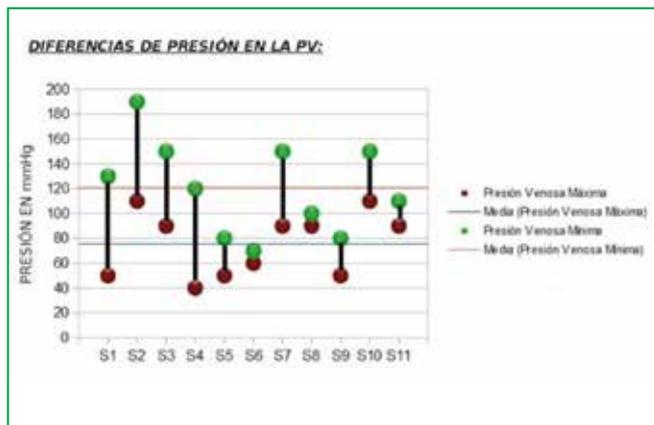
El inicio de elevación de la presión prefiltro (PPF) en horas tiene una media de 14.83 horas desde la inserción del sistema en el monitor de diálisis. La variación media de la Presión Transmembrana (PTM) es de 41.82 mmHg.

Cada sistema línea – casete – hemofiltro utilizado llega hasta su vida útil de 72h o hasta fin de tratamiento.

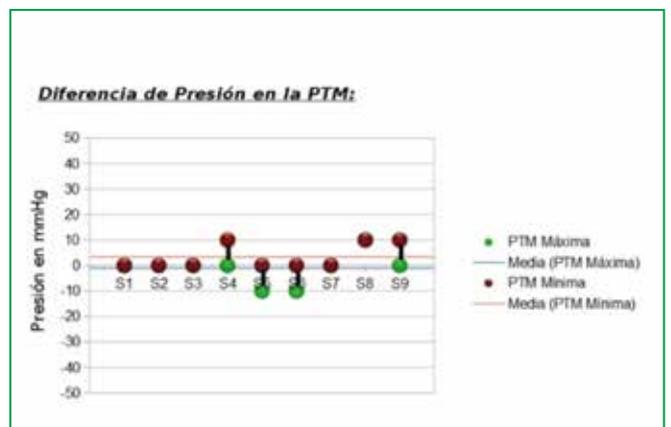


La variación media de la Presión Venosa (PV) es de 45.45 mmHg del total de los 11 casos.

Las variaciones en la Presión Transmembrana (PTM) no superó en ninguno de los casos los 10 mmHg y la Presión Venosa no superó los 10 mmHg incluso en los casos en los que el sistema llegó hasta el límite de su vida útil (72h).



Con estos datos podemos deducir que el hemofiltro comienza a perder eficacia a las 15 horas aproximadas de comienzo de la TCRR cuando utilizamos un sistema de anticoagulación con HNF.



Contando que cada sistema casete – línea tiene una capacidad de 83 ml y que cada hemofiltro varía entre 52 y 130 ml dependiendo del modelo (22), la pérdida hemática puede variar desde 135 ml a 218 ml dependiendo de la cantidad de sangre que se haya podido retornar. En 8 casos no se pudo retornar totalmente la sangre del sistema al paciente.

Con esto podemos llegar a la conclusión de que en ninguno de los casos se produjeron pérdidas de superficie significativas en el hemofiltro debidas a coagulación de capilares.

En el caso de las Técnicas Continuas de Reemplazo Renal (TCRR) en las cuales se utilizó como método de anticoagulación el sistema Citrato-Calcio, durante las 7 sesiones con una duración total de 505 horas se utilizaron un total de 9 sistemas de líneas – casete – hemofiltro. No se produjo ninguna incidencia con respecto a la coagulación del sistema, líneas o hemofiltro.

En todos los casos y cambios de sistemas, se pudo retornar completamente la sangre al paciente no apreciándose pérdidas hemáticas significativas.

CONCLUSIÓN:

Con el número de casos totales en el periodo de tiempo estudiado (18 meses), podemos aventurar que el uso del método de anticoagulación mediante Citrato-Calcio tiene un rendimiento muy superior a los clásicos métodos mediante el uso de Heparina No Fraccionada o de Heparina de Bajo Peso Molecular.

Las ventajas del método mediante Citrato-Calcio no solamente son el evitar las posibles complicaciones médicas asociadas

el uso de la heparina como la Trombocitopenia Inducida por Heparina o la dislipemia asociada a la heparina, sino que queda demostrado que minimiza en un porcentaje muy elevado la pérdida hemática por coagulación en las líneas – casete – hemofiltro.

Además, el tener una relación de horas de tratamiento por sistema tan elevada (cada uno de los sistemas de líneas – casete – hemofiltro llegó hasta el final de su vida útil o fin de tratamiento) tiene una enorme ventaja sobre el coste/eficacia con respecto a los métodos tradicionales de anticoagulación.

BIBLIOGRAFIA:

1. Liaño F, Pascual J and The Madrid Acute Renal Failure Study Group: Epidemiology of acute renal failure: A prospective, multicenter community-based study. *Kidney Int* 1996; 50: 811-818.
2. Uchino S, Kellum JA, Bellomo R, Doig GS, Morimatsu H, Morgera S y cols.: Acute Renal Failure in Critically Ill Patients. A Multinational, Multicenter Study. *JAMA* 2005; 294: 813-818.
3. Bouman C, Kellum JA, Lamiere N, Levin N. Definition for acute renal failure, ADQI Acute Dialysis Quality Initiative. [acceso 20 Mar 2010]. Disponible en: <http://www.ccm.upmc.edu/adqi/ADQI2/ADQI2g1.pdf>
4. Herrera Gutiérrez ME, Daga Ruíz D, Seller Pérez G, García Alcántara A, De La Rubia C, Ruíz del Fresno L. "Uso de las técnicas de Reemplazo Renal Continuo en las Unidades de Cuidados Intensivos en España. Una encuesta a nivel nacional." Pendiente de publicación.
5. Frost T, Kerr DNS: Kinetics of hemodialysis: A theoretical study of the removal of solutes in chronic renal failure compared to normal health. *Kidney Int* 1977; 12: 41-50.
6. Geronemus R, Schneider N. Continuous arteriovenous hemodialysis: a new modality for treatment of acute renal failure. *Trans Am Soc Artif Intern Organs*. 1984;30:610-3.
7. Davenport A. Review article: Low-molecular-weight heparin as an alternative anticoagulant to unfractionated heparin for routine outpatient haemodialysis treatments. *Nephrology (Carlton)* 2009; 14: 455-461
8. Blaufox MD, Hampers CL, Merrill JP: Heparinization for hemodialysis. *Trans Am Soc Artif Intern Organs* 1966; 12:207-209.
9. Schwab SJ, Onorato JJ, Sharar LR, Dennis PA. Hemodialysis without anticoagulation. One-year prospective trial in hospitalized patients at risk for bleeding. *Am J Med* 1987; 83:405.
10. Aster RH. Heparin-induced thrombocytopenia and thrombosis. *N Engl J Med* 1995; 332: 1374-6.
11. Davoren A, Aster RH. Heparin-induced thrombocytopenia and thrombosis. *Am J Hematol* 2006; 81: 36-44.
12. Stegmayr B, Olivecrona T, Olivecrona G. Lipoprotein lipase disturbances induced by uremia and hemodialysis. *Semin Dial* 2009; 22: 442-4.
13. Suranyi M, Chow J. Review: anticoagulation for haemodialysis. *Nephrology (Carlton)* 2010; 15: 386-92.
14. Magnami HN. A review of 122 published outcomes of danaparoid anticoagulation for intermittent haemodialysis. *Thrombosis Research* 2010; 125: 171-6
15. Apsner R, Buchmayer H, Gruber D, et al. Citrate for long-term hemodialysis: prospective study of 1,009 consecutive high-flux treatments in 59 patients. *Am J Kidney Dis* 2005; 45: 557-64.
16. Mariano F, Morselli M, Bergamo D, et al. Blood and ultrafiltrate dosage of citrate as a useful and routine tool during continuous venovenous haemodiafiltration in septic shock patients. *Nephrol Dial Transplant*. 2011; 26: 3882-6.
17. Borthwick EM, Hill CJ, Rabinathan KS, Maxwell AP, McAuley DF, Blackwood B. High-volume haemofiltration for sepsis in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jan 31;1
18. Mehta RL. Continuous renal replacement therapy in the critically ill patient. *Kidney Int*. 2005;67:781-95
19. Ricci Z, Ronco C, D'Amico G, De Felice R, Rossi S, Bolgan I, Bonello M, Zamperetti N, Petras D, Salvatori G, Dan M, Piccinni P. Practice patterns in the management of acute renal failure in the critically ill patient: an international survey. *Nephrol Dial Transplant*. 2006;21:690-6
20. Schetz M. Non-renal indications for continuous renal replacement therapy. *Kidney Int Suppl*. 1999;72:S88-S94.
21. Warkentin TE. Heparin-induced thrombocytopenia: a ten-year retrospective. *Annu Rev Med*. 1999;50:129-47.
22. Acute Therapy Systems. Product Range. Fresenius Medical Care 2017. Disponible en http://www.freseniusmedicalcare.com.tr/fileadmin/data/masterContent/pdf/Healthcare_Professionals/04_Acute_Therapies/07_CRRT_Fluids/ATS_Product_Range_03_14_GB_w__RGB_.pdf

EUROPA, CON ALEMANIA AL FRENTE, OFERTA 4.700 PUESTOS DE ENFERMERÍA

Huelva. -Redacción

La emigración profesional por parte de la enfermería española, lejos de atisbar soluciones que eviten esta sangría profesional, se acaba de ver potenciada tras el anuncio por parte de las autoridades alemanas al ofertar mil puestos de incorporación inmediata. Mientras que, hasta ahora, los países nórdicos y el Reino Unido eran, tradicionalmente, las dos principales zonas de demanda de enfermeras españolas, ahora se incorpora Alemania, algo que, sin duda, servirá para aumentar la salida de titulados lejos de nuestras fronteras. Y es que, Europa, en su conjunto, ha admitido necesitar 4.700 profesionales de enfermería y casi el doble (8.300) de médicos.

La emigración por parte de la enfermería española no parece encontrar una medida que frene este inacabable éxodo. Los últimos datos ofrecidos por el Portal de empleo de la Unión Europea (Eures), confirman que a los países del norte de Europa le acaba de salir un fuerte competidor: la sanidad alemana ha ratificado su voluntad de incorporar un total de 1.006 puestos de enfermeras y no a corto plazo sino para antes de finalizar el presente año. De cualquier forma, Suecia sigue siendo la nación que mayor número de enfermeras demanda con 2.160 titulados para incorporarse de forma inmediata; en segundo lugar, Eures sitúa a Alemania con su fuerte apuesta laboral (con 1.000 vacantes) seguido de Finlandia (349). La lista de empleo de la UE indica, a continuación, al Reino Unido (217), seguida de la República Checa (139) y Noruega (138).

Empleo estacional

La "irrupción" de la República Federal Alemana en el mercado de trabajo sanitario y, más concretamente, referido a la enfermería es la gran novedad porque, hasta ahora, la sanidad germana mantenía una constante política de contratación de médicos pero escasa en cuanto al número de enfermeras. Las cosas parecen haber cambiado en el país dirigido por la Canciller Angela Merkel y lo corrobora ese millar de titulados que necesita para su inmediata incorporación. Otros colectivos que, frente a los problemas de empleo en España, pueden encontrar una vía de salida son, por ejemplo, los Farmacéuticos dado que la UE ha puesto sobre la mesa 1.215 plazas vacantes entre las que vuelve a destacar Alemania (con posibilidades para 721 titulados en Farmacia), por delante de las opciones que representan Francia (165) República Checa (98) y Suecia (60).

Con semejante panorama, no es de extrañar que, sobre todo, un alto porcentaje de las promociones más recientes del grado de enfermería en España se sigan enfrentando a un grave problema tanto profesional como personal: ¿qué hacer, si resignarse al paro o al empleo precario y estacional o verse en la senda de tener que hacer las maletas y emigrar en busca de contratos de larga duración y estabilidad? Desafortunadamente, esta última opción hace tiempo que ha ido creciendo y hay son cientos y miles de enfermeras (os) andaluzas y españolas que desarrollan sus capacidades en centros sanitarios repartidos por, prácticamente, toda Europa.

Enfermero acusado de 84 asesinatos

La opinión pública alemana se ha visto sacudida por el encausamiento de un enfermero, Niels Hogen, al que la Policía acusa de haber, presuntamente, asesinado a 84 personas, Hogen, de 40 años de edad, ha vuelto a comparecer ante la justicia germana a pesar de que ya está condenado cumpliendo condena a cadena perpetua por haber acabado con la vida de seis pacientes. Para los investigadores encargados del caso, el diplomado Hogen ha sido declarado sospechoso de haber asesinado hasta 84 enfermos más, conforme indicó el portavoz de la Policía de Oidemburg, Johan Kuhme, en un caso que ha ocupado la mayor atención social en Alemania.

Hogen, que había desempeñado su labor profesional en varios centros sanitarios, fue condenado en febrero de 2015 a cadena perpetua por la muerte de dos personas a su cargo. Sin embargo, el historial de este enfermero no concluyó ahí puesto que en el mes de junio de 2016, los investigadores oficializaron la responsabilidad en 33 desapariciones de pacientes. En el transcurso de los sucesivos juicios, Hogen habría confesado la autoría de 50 muertes mientras que el psiquiatra amplió su horrible peripecia hasta 60 episodios en grado de tentativa, Hogen ocupa la página más tenebrosa de la actualidad alemana desde que su nombre saltó a la prensa en 2005 cuando fue sorprendido por un compañero en el momento en que estaba inyectando un fármaco no prescrito a una enferma en una clínica de la localidad de Delmenhors, lo cual le supuso, en 2008, la primera condena por intento de asesinato.

PLAZAS EIR 2018: POCO QUE CELEBRAR

Huelva.- Redacción

El Ministerio de sanidad y las Comunidades autónomas, reunidas en el pleno de Recursos Humanos del Sistema Nacional Sanitario (SNS) dieron su aprobación a la oferta de plazas en la formación especializada para la convocatoria 2017-2018. Siete titulaciones del mundo de la Salud tienen presencia en este ámbito especialista y el número de plazas confirmadas, todas en régimen de residencia, asciende a 8.057 de las cuales 1.053 corresponden a la enfermería nacional. Y aunque los porcentajes, siquiera mínimos, hablen de ligeros avances porcentuales respecto a años anteriores, las necesidades reales quedan muy lejos de las plazas oficiales. En Andalucía, la asignación asciende a 151 plazas desde la más numerosa (Matrona) con 65, a esas dos especialidades que apenas si tienen sitio: Enfermería del Trabajo dispone de 6 plazas pero Geriátrica mantiene un cero absoluto de oferta.

Los titulados españoles en medicina, enfermería, farmacia, psicología, radiofísica, química, biología y bioquímica desde hace semanas ya conocen las posibilidades de realizar la especialización, en el curso 2017-2018. Miles de aspirantes tendrán que luchar por una de las 8.057 plazas que, globalmente, aprobaron el Ministerio y las consejerías sanitarias de las distintas regiones. El mayor contingente de plazas se asignaron a personal médico, con 6.526 entre un amplio abanico de especialidades. Enfermería, por su parte, dispone de 1.053 plazas a nivel nacional quedando en último lugar los Radiofísicos con 33 plazas.

- Son 1.053 plazas asignadas a nivel nacional para enfermería: de ellas, 151 corresponden a Andalucía donde, otra vez, la Enfermería Geriátrica no dispone de una sola opción formativa.

EIR 2017- 018	Plazas	
	España	Andalucía
Enfermería Obstétrica (Matrona)	375	65
Enfermería Familiar Comunitaria	318	18
Enfermería Pediátrica	128	26
Enfermería Salud Mental	193	36
Enfermería Geriátrica	21	0
Enfermería del Trabajo	18	6
Total	1.053	151

Geriatría: cero plazas

A primera vista, la salida que se presenta para los futuros especialistas de enfermería en Andalucía no es sino claramente decepcionante. Es más, las 151 plazas quedan por debajo de las 175 que se dieron hace cinco años. Lo cual habla de un claro retroceso por parte de las administraciones, central y regional, en este campo. Sigue liderando el apartado andaluz las plazas de futuras matronas aunque descienden en cuatro el número respecto a la última convocatoria. Cierto es que las restantes, excepción hecha de Enfermería Geriátrica, experimentan ligeras subidas. Particularmente sonrojante es el hecho de que la especialidad de Enfermería Geriátrica no cuente con una sola plaza para el conjunto de las unidades docentes existentes en Andalucía, lo cual se contradice con el actual periodo de negociación entre la consejería y las organizaciones sindicales para la implantación de la figura de la enfermera especialista.

Desde la Organización colegial se ha significado la nueva escasez de la oferta materializada para el ejercicio 2017-2018 porque, además de ser claramente insuficiente, el panorama que se presenta para los aspirantes a formarse en las materias concretas de la enfermería del Trabajo y, no digamos, la Geriátrica es desalentador. Sobran razones y argumentos para que, entre todos, se siga exigiendo tanto del Ministerio de Sanidad como de la Consejería de Salud de la Junta las actuaciones que busquen el desarrollo definitivo del Real Decreto 450/2005 en el que se contemplan las especialidades de la enfermería española, y donde, pese al discurrir de los años, no se acaba de ofrecer una salida acorde con la asistencia especializada que espera la sociedad.

LA PRIVADA PROPONE REDUCIR A CERO LAS LISTAS DE ESPERA

Huelva, la provincia andaluza con mas demora: 102 días

Huelva. -Redacción

Un de los problemas mas lacerantes que sufre la sociedad española es, sin duda, la existencia de las listas de espera quirúrgicas. Pasan los meses, los años y esta cuestión no solo no encuentra solución efectiva por parte de las autoridades competentes sino que, al contrario, cada año se agudiza con el aumento de la demora a ser intervenido cuando aparece el verano y la actividad en los quirófanos se reduce en un alto porcentaje. En este contexto, ha sorprendido la oferta hecha a cargo del Instituto para la Integración de la Sanidad (IDIS), entidad que engloba a la mayoría de hospitales y clínicas privadas del país, y que ha puesto sobre la mesa reducir a cero, antes de que llegue 2018, la listas de espera a cambio de 1.500 millones. En la actualidad, son 614.000 pacientes los que esperan operarse en España. Ya hay dos regiones que han mostrado interés por este posicionamiento.

Las listas de espera quirúrgicas constituyen una de las carencias mas importantes del Sistema Nacional de Sanidad (SNS). Digamos que representa la cara opuesta al mundo de los trasplantes. De norte a sur y de este a oeste de la geografía, nacional son miles las personas -hasta sumar

614.000 pacientes segunda datos del Ministerio de Sanidad- los que aguardan pacientemente, nunca mejor dicho, a entrar al quirófano. Como quiera que pasan los años y no existe ni se conoce al menos, en ningún caso, una solución mas o menos efectiva que palle el enorme problema... aparece ahora el reto es que las comunidades acepten el guante que les plantea el sector privado, Andalucía, después de Cataluña, es la segunda región con mayor número de pacientes (65.000 andaluces) que viven en medio de esa situación. A las autoridades sanitarias de la Junta se les presenta estudiar la oferta o mantener el actual problema enquistado, pese a todos los pronósticos y proclamas que, a la postre, no acertaron a resolver la problemática.

100.000 profesionales

El IDIS, donde se agrupan las principales empresas privadas españolas, acaba de poner sobre la mesa una oferta para eliminar las listas de espera quirúrgicas y reducirlas a cero antes de 2018 a cambio de 1.500 millones de euros. Para lo cual entrarían en acción la red extendida por todo el país y que se puede resumir en estas cifras: 452 hospitales y clínicas privadas,

► **La sanidad privada lanza un reto al Sistema público por valor de 1.500 millones para acabar con el problema antes de 2018.**

51.000 camas, 100.000 profesionales médicos, enfermeras (os), auxiliares y 2.000 quirófanos los cuales entrarían en acción de forma inmediata para lograr lo que, hoy por hoy es una auténtica utopía: que no quede un solo español sin ser intervenido antes de que comience 2018. Un capítulo, huelga decirlo, de enorme importancia y trascendencia si se tiene en cuenta el tiempo actual de demora media que deben soportar los afectados y que el Ministerio de Sanidad fija en 115 días, es decir 26 mas que el año anterior.

La sanidad privada cuenta, además de los enormes recursos anteriormente citados, con la experiencia que representa realizar 1,5 millones de intervenciones quirúrgicas al año, algo así como el 35% del total de las que se llevan a cabo en España. Lo cual supondría la creación de un importante número de empleos sanitarios para



Montserrat, ministra de Sanidad

reforzar sus actuales estructuras y hacer posible la "Operación listas de espera, 0". Manuel Vilches, Director general de IDS, ha anunciado el inicio de conversaciones al mas alto nivel, sea con la ministra de Sanidad, Dolores Montserrat como con los responsables de las consejerías sanitarias de toda la nación, Vilches ha asegurado que, si se concretara en firme y de modo positiva la apuesta, los centros de titularidad privada incrementarían una media de 4 operaciones por quirófano y día en el conjunto de la red que aglutina a organismos tales como son los grupos Quirón Salud, Hospitales NISA, Asissa, Adeslas,

DKV, Vithas, Hospiten, Mapfre, HM Hospitales, Ginemed y un largo número de corporaciones.

A la hora de plantear la operación listas de espera, Vilches ha señalado que "Es necesaria una voluntad política en la búsqueda de soluciones que garanticen la continuidad del Sistema, dejando a lado formulaciones ideológicas y que den respuestas a las necesidades urgentes y reales que afectan a los ciudadanos". La dotación económica del Plan se ha calculado a partir de los últimos datos del Ministerio de Sanidad, y las patologías quirúrgicas mas frecuentes en las listas. Los cálculos estimativos del IDIS, en función de la experiencia acumulada en su red sanitaria, equivaldría al 1,5 % del gasto público previsto en Sanidad para 2 017. Además, como puntualizan, unos 350 millones retornarían a las administraciones, IDIS también indicó que este gasto previsto (1.500 millones) se llevaría a cabo solo "una vez" y no lo cataloga como excesivo si se tiene en cuenta que equivale al coste de un mes del gasto farmacéutico en España o al 10% del gasto sanitario anual asociado a las secuelas del tabaquismo.

Montserrat

La Ministra de Sanidad, Dolores Montserrat, al ser requerida por su opinión acerca de la viabilidad del "Plan Anti-lista de esperas", manifestó que son las comunidades autónomas las que deben decidir si aceptan o no el Plan anunciado por la sanidad privada española, en base a sus competencias en la materia sanitaria. En el transcurso de una comparecencia en el Congreso de los Diputados Montserrat sostuvo que "ni vamos a privatizar las listas de espera ni tenemos competencias para hacerlo", como respuesta a la diputada de UI-Podemos Ángela Rodríguez. Y volvió a ratificar que "Son las comunidades a quienes corresponde decidir qué van a hacer con sus listas de espera quirúrgica".

Montserrat añadió que "estamos trabajando día a día para consolidar la sanidad pública, favorecer la cohesión y la equidad de la atención sanitaria que requieren todos los ciudadanos". Tras aludir a que "los pacientes, que somos todos, son la razón de ser del SNS. Desde el Gobierno y el Ministerio trabajamos siempre a favor de ese horizonte para consolidar la sanidad pública, su cohesión, igualdad y equidad en la calidad asistencial. Lo hacemos siempre desde el resto a las competencias de las comunidades autónomas y colaborando estrechamente con ellas, que son las responsables de la gestión sanitaria en sus territorios y, por lo tanto, de las listas de espera".

Comisión de mejora andaluza

A penas unos días después de conocerse la existencia del Plan anti-listas de espera por parte de la Sanidad privada, por el que ya se habrían interesado dos comunidades autónomas, el SAS anunciaba la celebración de una primera reunión de la Comisión de profesionales creada a iniciativa del Parlamento para "mejorar la gestión de las listas de espera en Andalucía". Junto a la Directora-gerente del SAS, Francisca Antón estaban citados representantes de colectivos profesionales, facultativos quirúrgicos, Consejo Andaluz de Enfermería, Consejo Andaluz de Médicos, y Sociedades científicas.

El objetivo de esta Comisión no es otro que "responder a la demanda asistencial en cirugía, consultas y pruebas diagnósticas con la mayor satisfacción para el ciudadano y con una gestión de los recursos públicos que represente los máximos niveles de eficacia, eficiencia y efectividad de la manos de los profesionales". El SAS quiso dejar sentado que "a pesar de seguir manteniendo las demoras medias andaluzas muy debajo del conjunto del Sistema Nacional Sanitario y contar con una de las tasas de pacientes en listas de espera mas bajas del conjunto de las comunidades autónomas, el Gobierno andaluz sigue buscando márgenes de mejora para continuar cumpliendo los plazos establecidos y reducir los tiempos.

Esta Comisión de mejora de las listas de esperas en Andalucía se constituyó, formalmente, el pasado mes de noviembre 2016 con un total de 35 miembros. De ellos, 28 son profesionales clínicos (14 con perfil quirúrgico y 14 pertenecientes a especialidades médicas y de diagnóstico). Con posterioridad, se han ido sumando a la Comisión nuevos miembros en función conforme -se ha dicho- de las áreas temáticas que se han ido abordando. Por su parte, la consejera de salud, Marina Álvarez, ha pedido ante la Comisión de Salud parlamentaria comparecer al objeto de presentar las recomendaciones que salgan del seno de esta Comisión formada por expertos en distintas áreas directamente concernidas con la grave problemática de las listas de espera. En la información facilitada por el SAS no se hizo mención alguna al Plan anti-choque de las listas de espera quirúrgicas propuesto por la sanidad privada a nivel nacional.

HUELVA, A LA CABEZA EN ANDALUCÍA EN ACCIDENTES LABORALES

Huelva. -Redacción

Huelva ostenta la penosa condición de ser la provincia andaluza donde mas accidentes laborales se producen. La cifra total de siniestros con escenario en los puestos de trabajo de la geografía onubense ha experimentado un aumentar con respecto al año 2016. Tanto es así que en la primera mitad de 2017 se han alcanzado 4.552 accidentes con baja laboral de los cuales un número importante (37) fueron considerados graves y dos mortales. Son cifras contenidas en un informe a cargo de CC.OO. en el que se refleja la latente preocupación que debe alentar a la búsqueda de soluciones efectivas por parte de todos: empresarios, trabajadores, inspección y profesionales especialistas, enfermería entre ellos.

La siniestralidad laboral en el conjunto de la provincia de Huelva ha de ser considerada como merecedora de una gran mejoría. Así lo indica, cuanto menos, el aumento de los accidentes laborales que, solo en los seis primeros meses del presente año, ascendieron a 4.552 resueltos con baja laboral. En la contabilización de estos percances se hace notar que si bien los siniestros con resultado mortal (2) han experimentado un retroceso respecto al mismo periodo del año anterior, por lo que respecta a los accidentes catalogados como de gravedad han sufrido un aumento del 15% en igual periodo de tiempo.

Mayo negro

El número de accidentes "in itinere" ascendieron a 468 siendo 9 de ellos de carácter grave. El grueso de los percances se produjeron ya con el trabajador en su puesto con un total de 4.068

incidencias de las que 28 fueron catalogados como graves. Estas cifras equivalen a las mas altas de Andalucía si se relacionan con el número de personas afiliadas a la Seguridad Social, conforme aseguraba el sindicato autor del estudio. Los meses donde se produjeron los mayores incrementos de accidentes laborales en Huelva respecto a los consumados en 2016 fueron los de enero, marzo y mayo con un 58%, 43% y 31% respectivamente. Destaca, sobremayor, lo sucedido en el mes de mayo donde se registraron nada menos que 1.021 accidentes, graves o leves, en tan solo treinta días.

A la vista de esta lamentable y cruda realidad, tanto las organizaciones sindicales como otros organismos profesionales -entre ellos Enfermería que ha sido tradicionalmente un agente de salud laboral antes como ATS de empresa y ahora Enfermería del Trabajo- han pedido que las autoridades adopten las pertinentes medidas en cuanto a la prevención de los riesgos laborales inherentes a cualquier ejercicio profesional junto al control de riesgos por parte de la Administración como de la Inspección de Trabajo. Las empresas deben cumplir con su obligación de aplicar la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, así como deben corregir de inmediato los riesgos que se vayan detectando. Al mismo tiempo se debe fomentar una adecuada tarea de formación en materia de prevención de riesgos, especialmente en las personas que accedan, por primera vez, a un puesto de trabajo. Todo debe encauzarse para que, prioritariamente, Huelva deje de ser la provincia donde se contabilizan mas accidentes laborales, de Andalucía.

ACCIDENTES LABORALES EN SANIDAD

Si de accidentes laborales hablamos, los referidos al mundo sanitario ofrecen una visión menos negativa que los puramente laborales. El Ministerio de Empleo que dirige Fátima Báñez ha dado a conocer el barómetro de la siniestralidad en la sanidad a nivel nacional, que ha descendido respecto al mismo periodo de 2016. Así, en los seis primeros del año en curso, se han producido un total de 22.160 accidentes en hospitales, centros de salud y servicios sociales, lo que representa un descenso del 2.6% respecto al periodo anterior saldado con 22.786 siniestros. En los considerados "in itinere" se contabilizaron 3.865 incidencias con 45 graves, uno mortal y la gran mayoría (3.824) leves". En cuanto a los siniestros habidos en el desarrollo de la jornada laboral, la suma total alcanzó los 11.963 episodios con una gran mayoría (11.085) leves siendo 76 los graves y 2 mortales. Por regiones, donde mas accidentes se produjeron fue en Cataluña (4.134) seguido de Madrid (3.885) y en tercera posición Andalucía con 3.253 sucesos.

APROBADA

LA OPE AL SAS DE 2017

- ▶ Consta de 3.353 plazas, la mayoría (2.555) para el turno libre y el resto de promoción interna

Huelva. -Redacción

La Junta de Andalucía aprobó la Oferta pública de empleo (Ope) del SAS para el actual 2017 con un total de 3.553 plazas tanto de personal sanitario como no sanitario. Las plazas ofertadas corresponde a 58 categorías entre las que destacan las 1.341 para auxiliares de enfermería y 848 para facultativos de área. Del total de nuevos profesionales 2.555 se incorporarán con plaza propia al sistema sanitario público, mediante el turno libre mientras que los restantes (998) podrán mejorar su actual estatus por la vía de promoción interna. En la citada OPE, relación contempla una reducida asignación para enfermería en las especialidades de enfermería del Trabajo (6) y Enfermería en Salud Mental (45).

El Consejo de Gobierno de la Junta dio luz verde, a primero de agosto, a la Ope para el SAS con un total de 3.553 plazas, la mayoría para personal sanitario junto a los no sanitarios. La orden se publicó en el BOJA del 4 agosto 2017. Esta cifra se ajusta al 100% de reposición de vacantes por segunda vez y desde que, en plena crisis nacional, debieron transcurrir tres años de ajustes decididos por el Gobierno de España. Del total de las plazas contempladas en esta oferta correspondiente al presente año, la mayoría (2.555) se van a incorporar al sistema público sanitario mediante el turno libre frente a las 998 plazas destinadas a mejorar su actual situación laboral por la promoción interna. El 7% de estos puestos (179 del turno libre) y 70 (promoción interna) se reservan a personas afectadas por alguna discapacidad.



Sanitarios, no sanitarios

La Ope de 2017 abarca un total de 58 categorías profesionales destacando, por su volumen, las 1.341 plazas para auxiliar de enfermería, junto a 848 para facultativos de área, englobándose en este apartado distintas especialidades médicas. La lista se completa con los puestos correspondientes a enfermería, en concreto 45 plazas para enfermera de salud mental (25 por turno libre y 20 por promoción interna) además de las 6 plazas para Enfermería del Trabajo (4 por turno libre y 2 por promoción interna). Esta convocatoria de 2017 va a mantener los mismos temarios que las anterior concurso-oposición celebrado el pasado año. En esta Ope también se asignan plazas para personal titulado en veterinaria, fisioterapia, trabajador social, médicos de familia, médicos de administración y documentación clínica. En cuanto a los oficios no sanitarios, la oferta de plazas atiende a personal administrativo, celador, cocinero y, telefonista.

Aquellos profesionales del SAS que decidan presentarse por el turno de promoción interna. Van a quedar exentos de realizarlas por cuanto de sus contenidos ya se examinaron en su momento. También se tendrá en cuenta el ejercicio laboral cotidiano así como la asistencia a la formación continuada que permite mantener vigentes y actualizados los conocimientos, Y en relación al resto de convocatorias que, actualmente, permanecen vigentes la Junta de Andalucía informó que los listados provisionales de admitidos en la convocatoria de 2016 esta previsto se publiquen a lo largo de este otoño. En cuanto a la Ope conjunta de los años 2013, 2014 y 2016, la información gira en torno a que ya ha concluido el periodo destinado para la aportación de los méritos profesionales por lo que, en la actualidad, los tribunales encargados están procediendo a la baremación para dar por cerrado este proceso. Para poder tomar parte en esta oferta, no se conocían plazos concretos al cierre de esta edición de DOCUMENTOS...

MEDALLA AL CENTRO DE SALUD DE VALVERDE

Valverde del Camino ha hecho entrega de sus máximas condecoraciones anuales coincidiendo con la celebración de sus fiestas. En esta ocasión, han sido varios los colectivos distinguidos por sus aportaciones a la población y, entre ellos, ha figurado el personal del Centro de Salud del municipio, a cuyos trabajadores el alcalde reconoció “todo lo que han aportado” al pueblo.

Las fiestas Patronales de Valverde del Camino son el momento escogido por el ayuntamiento para hacer pública manifestación del homenaje a los vecinos. En esta oportunidad de 2017, y en el transcurso de un pleno extraordinario, el alcalde Manuel Cayuela hizo entrega de las Medallas de oro de la localidad a la “Asociación Dehesa Los Machos”, la “Banda del Tirachino” y el Centro de Salud valverdeño.



Las palabras del regidor Manuel Cayuela pusieron el énfasis en los méritos que representan las tres entidades citadas acumulados a lo largo del tiempo, cada uno en sus respectivos ámbitos de actuación. Por lo que al Centro de atención primaria se refiere, con presencia de la práctica totalidad de los profesionales, el alcalde aludió al buen hacer de todos los trabajadores del centro señalando que, junto a su labor diaria, no olvidan

el componente de la atención humana hacia los pacientes. En nombre de los profesionales del Centro intervino el Dr. Juan Bernardo Parreño quien, tras recibir la Medalla de Oro de la localidad, dió las gracias en nombre del personal sanitario por este importante galardón destacando la “implicación de todos los trabajadores para ofrecer una atención sanitaria de la máxima calidad a todos los valverdeños”.

LA CONSEJERA, A FAVOR DEL CHARE DE BOLLULLOS

La consejera de salud de la Junta Marina Álvarez quiso, en una de sus primeras iniciativas tras tomar posesión de su cargo, visitar Bollulllos Par del Condado para “reafirmar el compromiso” de su departamento para que salga adelante el proyecto de construcción de un Centro de Alta resolución (Chare) en el municipio. Acompañada de autoridades locales, Álvarez estuvo en la parcela donde se ubicará la instalación que, con años de demora desde que fuera anunciada al menos de forma oficial, llevará el nombre de Chare del Condado.

Marina Álvarez quiso dejar testimonio de su postura a favor de esta demandada infraestructura sanitaria al afirmar que “hoy reafirmamos el compromiso que la Consejería de Salud y la Junta de Andalucía por la construcción de este centro hospitalario para el Condado de Huelva. Hemos trabajado sin descanso y de forma conjunta y colaborativa con el Ayuntamiento, dando los pasos necesarios por parte de ambas instituciones”. La política cordobesa dijo que se trata de una dotación muy importante tanto para Bollulllos como para los nueve municipios de su área de influencia que se verán beneficiados cuando reciban una asistencia cercana y de calidad. En total, se estiman en unas 70.000 personas las que, desde hace tiempo, aguardan a que el Chare del Condado sea una realidad y que se corresponde con estas poblaciones: Bollulllos Par del Condado, Almonte, La Palma del Condado, Manzanilla, Paterna del Campo, Villarrasa, Escacena del Campo y Rociana del Condado,



Pisando el terreno de la parcela donde se levantará el Chare, Marina Álvarez fue informada de sus características: en torno a 28.000 metros cuadrados. La inversión prevista asciende a 20 millones de euros. Cuando sea una realidad que ahorre desplazamientos de la población hacia los centros de la capital, supondrá la realización, anualmente de 60.000 urgencias, además 61.000 consultas de atención especializada y unas 2.400 intervenciones quirúrgicas. El importante retraso que acumula la puesta en marcha de este Chare del Condado se ha atribuido, desde fuentes oficiales, a “las dificultades técnicas que planteaba el terreno cedido” por el Ayuntamiento.

LAS BATAS NO SON BARRERA SUFICIENTE PARA EVITAR LA CONTAMINACIÓN POR BACTERIAS



Huelva. -Redacción

La ropa, sea blanca, verde, o de cualquier otro color, que se utiliza en el desempeño del ejercicio laboral en hospitales y centros sanitarios no supone ni constituyen una barrera suficiente para evitar la contaminación por bacterias. Así se desprende, al menos, de un estudio realizado con un numeroso grupo de enfermeras y que ha sido editado en “Infección & Control Hospital Epidemiology” publicación perteneciente a la “Society for Healthcare Epidemiology” de América. El estudio reunió a 40 enfermeras de quirófano y entre las conclusiones se incluyen la recomendación de efectuar un control de higiene exhaustivo en las habitaciones de los pacientes y potenciar el uso de guantes aunque no se vaya a tener contacto ni siquiera tocar al enfermo así como vigilar las entradas y salidas de las habitaciones hospitalarias.

Las batas que, desde la noche de los tiempos, viste el personal sanitario no constituyen una barrera suficiente para impedir la transmisión de bacterias. Un equipo compuesto por 40 enfermeras adscritas a los servicios quirúrgicos ha analizado tanto los efectos inherentes a la permanencia de las enfermeras en los quirófanos como fuera de ellos. El trabajo acaba de ser publicado en “Infección Control Hospital Epidemiology” editada por la Society for Healthcare Epidemiology norteamericana. Los analistas han seguido los recorridos de las enfermeras midiendo el nivel medio de contaminación en tres tipos de batas. Pues bien, pese a haber empleado varios tipos de tejidos distintos, no se acabaron detectando diferencias en los niveles de contaminación que al final del proceso presentaban.

- Un estudio realizado con 40 enfermeras de quirófano americanas confirma altos porcentajes de contaminación en sus ropas y tejidos poco fáciles de desinfectar.

El seguimiento de las batas que vestían las enfermeras durante los turnos de 12 horas, confirmaría que las batas registraban nuevas contaminaciones en un elevado porcentaje (30% de los casos) y un 16% de contaminación por bacterias. El estudio hacía especial hincapié en tres casos de contaminación de enfermeras que, con todas las precauciones, habían desarrollado sus tareas junto a pacientes afectados de resistencia a los antibióticos. Una de las razones que han encontrado los autores del estudio es que la limitación de las batas de las enfermeras (en este caso) se encuentra en la débil facilidad de los distintos tejidos y textiles a la hora de ser totalmente desinfectados.

Contacto

En el citado estudio se incluyen una serie de recomendaciones que deberían ser objeto de conocimiento, primero y reflexión posterior. Así, los expertos recomiendan llevar a cabo un control higiénico exhaustivo de las habitaciones de los hospitales, observando un minucioso control en las entradas y salidas de las mismas y potenciar, de igual manera, el uso de los guantes aun cuando la enfermera sepa que no va a rozar ni tener contacto directo con la persona ingresada.

Otro aspecto, no menos importante, a considerar por parte del personal sanitario, y mucho más de la enfermería por su larga permanencia en las instituciones hospitalarias, es la práctica, poco habitual eso sí, de sacar la ropa sanitaria fuera del recinto de trabajo luego de haber estado en contacto con los pacientes. Y aunque en la mayoría de hospitales y centros sanitarios españoles la normativa sostiene que ningún colectivo sanitario -ni médicos, enfermería, auxiliares etc.- debe salir del centro de trabajo vistiendo el atuendo tradicional, a veces no es infrecuente ver a cualquier miembro de los colectivos sanitarios acudiendo a bares, restaurantes o cualquier tipo de establecimientos cercanos al puesto de trabajo. Se trata, pues, de unas conductas que, por toda lógica, hay que erradicar en su totalidad.

XXIV

CERTAMEN de INVESTIGACIÓN en ENFERMERÍA

CIUDAD DE HUELVA



Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva



Bases

1. DENOMINACIÓN:

Certamen 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 2018, independientemente del modo en que se presente (en persona, o por correo postal o agencia).

Se presentará una copia del trabajo en tamaño DIN A-4, mecanografiada a doble espacio por una sola cara, encuadrada y, otra copia 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 podría conllevar 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 en la fecha de presentación en sede colegial y hasta el anuncio público del fallo del Jurado. 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 2018.

9. PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:

Los trabajos premiados quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Huelva, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno, estando obligado únicamente, en caso de publicación a hacer mención del nombre del autor.

10. TITULAR DEL PREMIO:

Será quien aparezca como único o primer firmante.

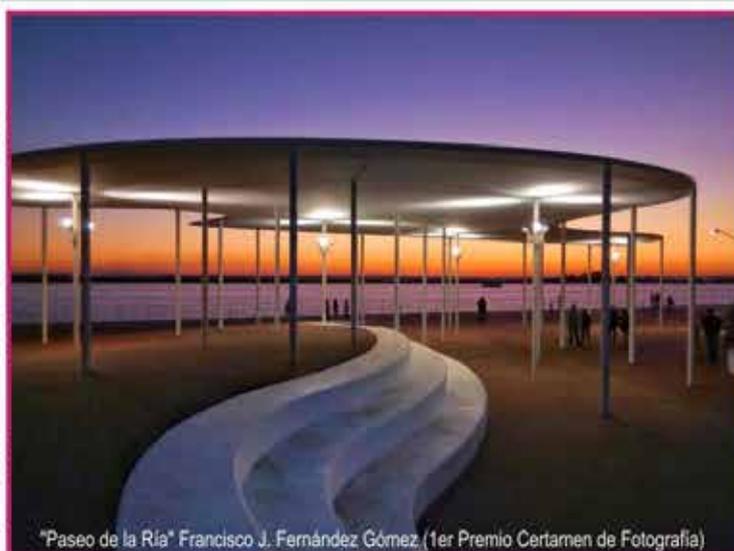
INFORMACIÓN:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva

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

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

e-mail: secretariahuelva@colegioenfermeria.com



"Paseo de la Ría" Francisco J. Fernández Gómez. (1er Premio Certamen de Fotografía)