Documentos enfermería

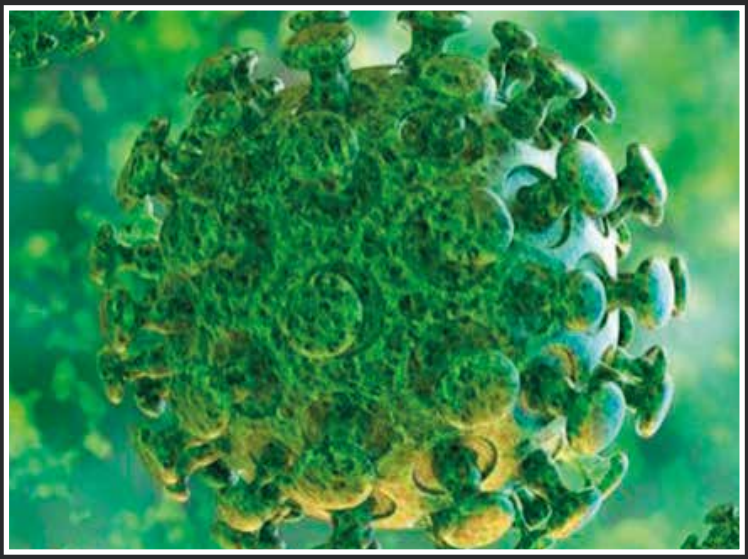
ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE HUELVA

AÑO XXIII

nº 77 marzo 2020

CORONAVIRUS

LA PANDEMIA GLOBAL QUE ASOLA ESPAÑA



María Teresa Arias,

ganadora del XXVI Certamen de Investigación Ciudad de Huelva

Ángela Ortega e Isaac Florido,

Medallas al Mérito Profesional

Documentos Enfermería
Año XXIII Nº 77 - marzo 2020
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
Mª Carmen Vázquez Fernández
Tomás Lozano León
Antonio Olid Torres
Carmen D. Beltrán Camacho
Mercedes González Hernández
Mª Carmen Pilo López
Mª de los Ángeles Merino Godoy
Asesora de redacción:
Eva Mª 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
Telf. 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
4/5 CORONAVIRUS: LA PANDEMIA
6 LOS DATOS DEL PACIENTE, "SENSIBLES Y PROTEGIDOS"
7 COMPROMISO CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS
8 LA OEP 2019 CONTEMPLA 788 PLAZAS DE ENFERMERÍA
9 SALUD ULTIMA UNA OPE PARA LAS AGENCIAS PÚBLICAS
10/17 TRABAJO CIENTÍFICO
18 AMA
19 SUSPENDIDOS LOS ACTOS DEL PATRÓN POR EL CORONAVIRUS
20/21 TRABAJOS PREMIADOS
22 SABADELL
23 NUEVO PLAN CONTRA LAS AGRESIONES AL PERSONAL DEL SAS
24 ENTREGA DE BECAS DEL EXPERTO ONCOPAL
25 CONVOCADO EL IV PREMIO DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS ONCOLÓGICOS
26/27 GUÍA MULTIDISCIPLINAR PARA EL PACIENTE ONCOLÓGICO
28 500.000 ANDALUCES SUFREN "ENFERMEDADES RARAS"
29 EL INFANTA ELENA REDUCE SU LISTA DE ESPERA
30/31 MISCELANEA
32 EL CENTRO DE TRANSFUSIÓN, RECONOCIDO CON LA MEDALLA DE HUELVA
33 LA SANIDAD, CUARTA PREOCUPACIÓN PARA LOS ANDALUCES
34/35 LA PROVINCIA: ECOS Y NOTICIAS SANITARIAS
36/39 TRABAJO CIENTÍFICO
40 SALUD CREA EQUIPOS DE ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS
41 CURSO ON-LINE GRATUITO

Editorial

LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS Y LOS ÉXITOS DE LA ENFERMERÍA ONUBENSE

En pocas, contadas ocasiones, la unanimidad se presenta de modo tan aplastante. La pandemia del Coronavirus llegada de tierras asiáticas ha supuesto un auténtico drama para la sociedad española. No ya por el hecho, obligado y terapéutico, de condenar a las nación a verse paralizada para, de este modo, tratar de evitar la proliferación de los contagios en proporciones abismales sino, y sobre todo, por la contundencia de las cifras en cuanto al número de personas fallecidas y/o infectadas. Sin distinción del lugar donde residan, de norte a sur o de este a oeste, por pueblos y ciudades, lo que empezó siendo una noticia con atisbo de amenaza, pero que ha pasado a ser un hito para los anales de la peor historia sanitaria y social que las generaciones actuales nunca conocieron.

Y entre las miles de consecuencias de la pandemia, la suspensión por parte de este Colegio Oficial, del Día del Patrón que, en 2020, va a ser recordado por no haber tenido lugar como tantos y tantos eventos de toda índole: laboral, deportivo, sociales, religiosos… Porque la vida y hábitos de 47 millones de españoles repartidos por la geografía nacional se ha visto seriamente condicionada por la magnitud de una tragedia que golpea de forma inmisericorde a la población, aunque con especial profundidad en lugares tan alejados entre sí como Madrid, La Rioja, Vitoria, Igualada, Málaga… Ahora bien, en el contexto de una pandemia que todo lo abarca, el Colegio no puede ocultar su preocupación ante las circunstancias que la enfermería ha de afrontar en la realidad cotidiana de un marco sanitario profundamente alterado.

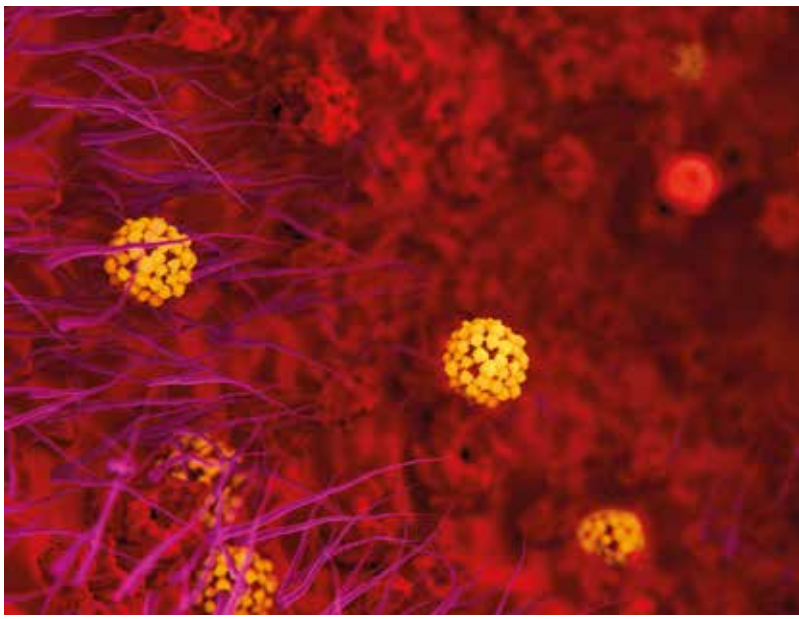
En este sentido, nos hacemos eco, que asumimos con voz propia, de la denuncia hecha por el Consejo General de Enfermería, del que somos parte, para que el Ministerio de Sanidad y autoridades de todos los ámbitos, procedan a dotar a los profesionales con las mejores herramientas (mascarillas, batas, equipos…) para que el trabajo diario en las dependencias sanitarias no sea, únicamemte, un ejercicio de estrés permanente sino, además, suponga un riesgo para la salud de quien tiene la tarea de prestar los cuidados. Estamos, sí, ante un escenario desconocido que evoca a aquellas situaciones propiciadas por las epidemias de peste en siglos precedentes que asolaban a la población. Pero, en pleno siglo XXI, la protección de la enfermería, como de todo el personal sanitario, debe ser una asignatura incuestionable ante la que no quepan concesiones ni descuidos de ningún tipo por parte de los responsables del sistema desde el nivel ministerial hasta el centro de atención primaria.

Dicho lo cual, , "DOCUMENTOS…." no puede acabar este comentario sin dejar en el olvido, en esta luctuosa primavera, de los hitos del esperado Día que, anualmente, protagoniza la enfermeriía onubense.Por eso: en este número dejamos constancia de los principales eventos de la "no celebrada" reunión como, por ejemplo, los ganadores del XXVI Certamen de investigación Ciudad de Huelva, la concesión de las nuevas Medallas al Mérito profesional o de la "última promoción" que, gozosamente, ha dejado las filas de la enfermería activa para acceder a la categoría de jubilados después de una larga trayectoria al servicio de la población.

Ni que decir tiene que para María Teresa Arias Latorre, ganadora del XXVI Certamen que luce el nombre de Huelva, como para María Auxiliadora Pereles, distinguida con el accésit de la prueba, ha de ir reflejada, la felicitación mas elocuente por sus muestras y avances en el estudio y análisis de lo que interesa a la profesión. Como de igual manera, debemos dejar constancia, en las personas de Ángela Ortega e Isaac Florido, de la felicitación mas efusiva por alcanzar algo nada fácil como es el reconocimiento en forma de la Medalla al Mérito profesional por un quehacer ejemplar, que se ve correspondido con la admiración y afecto de la profesión. Admiración y afecto que hace suyo el Colegio Oficial de Enfermería de Huelva al que ambos pertenecen y que se siente orgulloso de tenerlos entre sus miembros.

CORONAVIRUS

LA PANDEMIA QUE SACUDE A ESPAÑA



► Con mas de 10.000 afectados y 500 fallecidos, la nación declarada en estado de alarma, con los hospitales en situación de máxima urgencia

La sociedad española, como gran parte de la internacional, vive azotada por la pandemia global del coronavirus, bautizado por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) como Covip-19. La gravedad de la situación viene dada tanto por el número de fallecidos (mas de 500 al cierre de esta edición) como por el hecho sin precedentes de declarar al territorio nacional como alerta sanitaria. La vida se ha debido paralizar para millones de españoles mientras el personal sanitario se ha convertido en la primera piedra de actuación frente a tan letal enemigo. Y si del personal se trata, pocos como la enfermería cuya actuación ha merecido sinceros elogios por parte de una población sacudida por el coronavirus.

"Pandemia global". De esta forma la OMS definió, el pasado 11 de marzo, la crudeza de la realidad que surgió a primeros de año en China para irse propagando por, prácticamente, los cinco continentes con mas de 115 naciones directamente afectadas. Por desgracia, España en pocos días se situaba entre las naciones mas perjudicadas provocando una situación alarmante para las instituciones hospitalarias, sobre todo en los focos principales detectados en Madrid, Vitoria, La Rioja, Igualada… El Director general de la OMS Tedros Adhanom Ghjebreyesus no escondió la gravedad de la situación: "estamos profundamente preocupados tanto por los niveles alarmantes de propagación y gravedad como por los niveles igualmente alarmantes de inacción". Y añadió con tono firme: "Llamamos todos los días a los países para que adopten mediadas urgentes y agresivas". Como anticipo de que el número de casos, fallecidos y naciones contagiadas iba a ir "aumentando en los próximos días y semanas".

Muertes

El representante y portavoz del Gobierno de España, ante esta tragedia, Fernando Simón, Director del Centro de Alertas y Emergencias Sanitarias, fue modulando sus intervenciones conforme pasaron los días hasta desembocar en la enorme tragedia que, desgraciadamente, se ha instalado en el tejido social español. Primero fueron los cierres de colegios, universidades, centros de trabajo, ocio… que se correspondían, de forma veloz, desde unas decenas de personas contaminadas, a los mil, dos mil, cinco mil, y hasta diez mil mil víctimas contabilizadas, con medio millar de muertes. Al cierre de esta edición, Simón dio cuenta del periodo medio de incubación que genera cada caso (sobre 5/6 días) aunque el impacto no se constata hasta pasados 10 días. Simón afirmó que el proceso abarca dos periodos de incubación, (28 días) para confirmar que la transmisión del virus se haya controlado: "Sera un espacio de 28 días, en una última fase donde la población ya no se daría cuenta, aunque los equipos epidemiológicos continuarán trabajando".

► La O.M.S. reclamó de las naciones medidas "urgentes y agresivas"

Pero la crudeza de la pandemia, que se extendió a toda España recluida forzosamente en sus domicilios particulares, se está viviendo de forma exigente en los centros hospitalarios. En

Andalucía, la red pública se ha visto sometido a una demanda que, sin alcanzar los niveles de lo acaecido en Madrid, puso a prueba la capacidad y resistencia de los recursos humanos e infraestructura. Desde la Junta se insistió en la línea de potenciar la seguridad del personal procediendo a suspender, como primera medida, los congresos seminarios, jornadas… con la dotación de los mayores recursos. Se ha barajado, incluso, la movilización de personal médico y enfermeras recientemente jubilados.

Emergencias

Al respecto, el Presidente de la Junta. Juan Manuel Moreno, tras clausurar centros educativos, de ocio, parques públicos o playas, constituyó el primer Gabinete de Crisis donde se instauraron distintos niveles de emergencia activando el Plan Territorial de Emergencias de Andalucía, Moreno afirmó que "debemos ser capaces de asumir las recomendaciones de confinamiento que nos impone la necesaria contención del virus y quedarnos todos en nuestras casas". Y la realidad se tradujo en la decisión del SAS de parar todas las intervenciones quirúrgicas que no tuvieran carácter urgente siempre que no sean oncológicas.

El consejero Jesús Aguirre confirmó que "todas las cirugías no oncológicas que necesiten de los servicios de las UCI, así como la disminución de cirugías mayores y ambulatorias siempre en aras a reservar camas hospitalarias de UCI. Igualmente, la sanidad privada quedaba en situación dependiente de la autoridad pública, con sus instalaciones y recursos humanos, para tener el mayor número de camas disponibles de UCI y evitar el colapso del sistema conforme iba avanzando el número de contagios". En Atención Primaria (AP), Salud aseguró mantener "la actividad urgente y equipos móviles así como los avisos domiciliarios, potenciando la teleconsulta y telemedicina". Por provincias, Málaga sufría el mayor número de pacientes por coronavirus con 235 casos, seguida por Sevilla (67), Granada (67) Jaen (50), Cádiz (48), Córdoba (41), Almeria (13) y Huelva con 6 casos.

EL CONSEJO PIDE LA MAYOR PROTECCIÓN PARA ENFERMERÍA ANTE EL COVIP-19

La magnitud de la tragedia del Covid-19 motivó que el Consejo General de Enfermería, (CGE) junto a Satse, Sociedades científicas, Conferencia nacional de decanos, Asociacion nacional de directivos y de estudiantes de Grado, ante las medidas del Gobierno de movilizar a personal jubilado y estudiantes, se interrogaba sobre el número de profesionales infectados por el coronovirus, pidiendo al ejecutivo que preside Pedro Sánchez que si "comunica de forma continua el número de personas contagiadas, fallecidas, hospitalizadas, altas… en cambio "no exige a las autonomías que comuniquen el número de profesionales sanitarios infectados o en situación de aislamiento/cuarentena. Al tiempo, el CGE consideró "fundamental conocer en tiempo real cual es el número de enfermeras(os) disponibles en puestos de urgencias y cuidados intensivos". Por ello, el colectivo entendía "esencial" que las regiones reporten al Ministerio información detallada del número de enfermeras que hay en distintas Unidades: Medicina Interna, Antestesiología, Reanimación y Urgencias.

Otro capítulo abordado por el Gobierno para incorporar a estudiantes de último curso de enfermería al sistema sanitario en el actual contexto, el CGE, y las entidades señaladas, consideran que tal posibilidad "se lleve a cabo como último recurso en caso de situación extrema y siempre con carácter voluntario para los estudiantes, garantizando en todo momento su propia seguridad y la de los pacientes y usuarios". Y si finalmente se llevara a cabo tal medida, el CGE entiende que los estudiantes "ocupen puestos en los que no tengan que mantener contacto con pacientes de Coronavirus, dando apoyo a profesionales de enfermería en unidades donde se preste asistencia a pacientes que no impliquen este tipo de riesgos para la salud de los estudiantes.

El CGE y entidades reiteraban la petición al Ministerio de Sanidad para que ponga a disposición de las unidades sanitarias "todos los medios necesarios para poder prestar la asistencia a los pacientes y proteger a los profesionales". La Organización Colegial manifestaba su "preocupación sobre informaciones referidas a que se estaría prestando asistencia sin contar con la máxima red de recursos de protección: "Se están dejando la piel y es imprescindible que el Gobierno lleve a cabo todas las acciones que sean necesarias para suplir de forma inmediata la falta de recursos". Las entidades enfermeras reafirmaban su voluntad "de no reparar en los esfuerzos que sean precisos para hacer frente a la difícil situación que atravesamos".

Además, el CGE mostraba su voluntad para "adoptar las medidas que sean necesarias para garantizar la seguridad de los pacientes y de los profesionales", señalando al Ministerio como el "primer y último responsable" en esta materia para que palien "de forma inmediata las graves deficiencias detectadas ". Finalmente, el CGE y las entidades anunciaban su disposición para crear y poner en marcha, de forma inmediata, la" Red de enfermeras centinelas" en España para comunicar puntualmente todas las deficiencias e irregularidades que detecten en el Sistema sanitario. Las comunicaciones se realizarán en un centro de control ubicado en la sede del CGE para conocer la situación (epidemiológica y preventiva) en la que se desarrolla el trabajo diario de los profesionales.

Los datos del paciente, "Sensibles y protegidos"

► La Agencia Española de Protección de Datos edita una Guía sobre los derechos de los enfermos y usuarios de la Sanidad.

Huelva.- Redacción

La Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) continúa ofreciendo pautas y normas sobre el mundo sanitario y en relación a su competencia como organismo público e independiente encargado de velar por la privacidad y la protección de datos de los españoles. En los últimos meses, dos han sido las novedades operadas en este ámbito. De un lado, la publicación de una Guía en la que se recogen los derechos de protección de datos de los pacientes como de los usuarios del sistema sanitario. Pero, de otra parte, se mantiene la incógnita para saber cuando se va a publicar la esperada Guía para el personal sanitario.

La protección de los datos personales de los ciudadanos no es un asunto menor. La propia AEPD asegura que esta cuestión "vive un momento decisivo" con retos constantes que "obligan a escuchar atentamente las necesidades" que a cada paso surgen y se plantean en la sociedad. El auge indiscutible de la realidad digital comporta, además, un horizonte cargado de dudas e inquietudes ante las que la Agencia busca dar cauce y resolución mediante respuestas integrales. La AEPD se creó en 1992, tiene su sede en Madrid, goza de personalidad jurídica propia y actúa con independencia de la Administración pública. Su Directora, desde 2015 es Mar España, jurista y funcionaria de carrera del Cuerpo Superior de Administradores Civiles del Estado.

Datos Sensibles

La Guía para pacientes y usuarios de la Sanidad", que vió la luz a finales de 2019, tiene por objetivo cubrir una importante laguna dando a a conocer y fomentar el cumplimiento de los derechos, en cuanto a la protección de los datos que asisten a pacientes y usuarios de la sanidad nacional, facilitándoles el conocimiento de sus derechos en el marco del tratamiento que se da a los datos de carácter personal. La Guía en cuestión aborda, de una forma sencilla y elocuente, una serie de principios desde el inicial dedicado a la normativa de la protección de dato de Salud realizados por los profesionales sanitarios, médicos y enfermería principalmente. Unos datos personales de naturaleza sanitaria que, como específica la misma AEPD son "datos sensibles, especialmente protegidos". El conjunto de todos los datos personales se recogen en la Historia Clínica donde, como se sabe, están presentes tanto los documentos de los distintos procesos asistenciales como la identificación del personal sanitario que ha intervenido en el trascurso de la atención o práctica clínica.

La Guía del paciente /usuario del sistema sanitario nacional, refleja algo tan recurrente cómo el cuestionamiento acerca de ¿quién es el propietario de la historia clínica? O cómo el paciente tiene derecho a solicitar una copia de su historia clínica con la que pueda acudir a otro centro sanitario, a otro especialista, así como solicitar rectificación o supresión de algunos datos. En síntesis, la novedosa Guía de los pacientes se articula en torno a estos enunciados que el personal sanitario debe conocer:

- ✔ **Aspectos generales de los Datos de la Salud, Historia Clínica**
- ✔ **Legitimación para el tratamiento de Datos de Salud**
- ✔ **Derecho de información para el tratamiento de Datos de Salud**
- ✔ **Principios del tratamiento de Datos**
- ✔ **Cuestiones comunes ejercicio de todos los derechos**
- ✔ **Derecho de acceso a la Historia Clinica**
- ✔ **Derecho de rectificación de la Historia Clínica**
- ✔ **Derechos de supresión de Datos de la Historia Clínica**
- ✔ **Preguntas mas frecuentes**

Compromiso con la Excelencia en Cuidados

▸ Jornada de apertura para la implantación de buenas prácticas que se extenderá por todos los centros de la región.

Huelva. -Redacción

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha hecho patente el compromiso de la excelencia en los cuidados en los centros de la red pública regional. Así quedó de manifiesto con la celebración de la "I Jornada sobre implantación de buenas prácticas en cuidados" celebrada en la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). El compromiso no es otro que implicar, en una primera etapa a varios hospitales y centros de Atención primaria de las provincias de Jaén, Córdoba, Málaga y Cádiz antes de que se extienda al resto de la comunidad. Esta iniciativa dirigida a enfermeras y matronas, se enmarca en un programa internacional que impulsa la "Registered Nurses Association of Ontario" (Canadá) y en el que toman parte instituciones sanitarias y académicas de todo el mundo.

La sede granadina de la EASP acogió la "I Jornada de implantación de buenas prácticas en cuidados" que contó con la participación de la viceconsejera de Salud y Familias, la enfermera Catalina García, junto a la directora de la EASP Blanca Fernández-Capel y Esther Mª González, en nombre de la Unidad de investigación en cuidados y servicios de Salud del Instituto de Salud Carlos III de Madrid. La viceconsejera de Salud de la Junta ratificó que el SAS promoverá la búsqueda de la excelencia de los Cuidados a través del "Programa de implantación de buenas prácticas en centros comprometidos con la excelencia en los Cuidados".

En la I Jornada se dieron a conocer los proyectos para avanzar en buenas prácticas en cuidados de los hospitales Puerta del Mar (Cádiz), y Ciudad de Jaén, así como en los centros de AP de Guadiaro (Córdoba) que han sido seleccionados para su desarrollo y que se suman a los presentados en primer lugar por los hospitales Regional C. Haya (Málaga), San Cecilio y Virgen de las Nieves (Málaga) y Puerto Real (Cádiz). Durante un periodo de tres años, los centros señalados deberán diseñar Guías de práctica clínica para la implantación de sus evidencias en Cuidados analizándose los resultados de forma previa a la extensión de estas buenas prácticas al resto de centros de Andalucía. A nivel nacional, el programa está dirigido desde la Unidad de investigación en Cuidados del Instituto de Salud Carlos III (Investén-ISCIII) mientras a nivel andaluz se desarrolla, de forma coordinada con Investén-ISCIII y la Asociación de enfermeras de Ontario. El pasado mes de junio se constituyó el Centro Coordinador Regional dependiente del SAS.

Crónicos y alta complejidad

La viceconsejera Catalina García defendió que desde el departamento de Salud "existe un compromiso para continuar y expandir este programa porque, contribuye a cambiar la prestación de cuidados hacia una práctica basada en la evidencia, con los que se obtienen resultados para la salud de los pacientes y la práctica clínica de los profesionales". La número 2 de la consejería expresó de este modo su convencimiento: "Somos conscientes de cómo este programa puede permitir la reducción de las caídas, el aumento de la lactancia materna, la valoración integral del dolor, una adecuada planificación de los cuidados o la mejora en la calidad de vida en las personas con ostomías, entre otros resultados". La Jornada ratificó que, en los próximos años, se irá reeditando la convocatoria por la que nuevos centros hospitalarios y de primaria se vayan incorporando a este Programa potenciando el trabajo en la red.

Los centros de la sanidad pública andaluza deberán hacer propia la implantación de la evidencias en Cuidados que se alinean, estratégicamente, con un objetivo prioritario cual es la Humanización de la asistencia llamada a potenciar los cuidados en pacientes crónicos, la disminución de la variabilidad en la práctica clínica y la mejora en la AP. Estos tres parámetros son otros tantos objetivos prioritarios de la actual Consejería de Salud y Familias y de la Junta de Andalucía desde la llegada de Juan M. Moreno al frente de la autonomía. Al cierre de esta edición se anunció que, a corto plazo, Salud tiene previsto presentar la "Estrategia de Humanización de la sanidad pública andaluza" que incluirá las buenas prácticas en los Cuidados a cargo de las enfermeras del SAS. En este ambicioso programa se integrará un nuevo modelo de atención a pacientes crónicos complejos en el que actualmente se trabaja con la incorporación de las llamadas Unidades de Continuidad Asistencial y Unidades de Alta complejidad.

LA OEP 2019 CONTEMPLA 788 PLAZAS DE ENFERMERÍA

Huelva.- Redacción

La Consejería de Salud y Familias dio carácter oficial a la Oferta de Empleo Público (OEP) correspondiente a 2019 para cubrir un total de 3.536 plazas de diferentes categorías para centros del SAS. La mayoría (2.780) de esos puestos corresponden a acceso libre mientras el resto (756) son de promoción interna. El colectivo mas numeroso al que afecta la citada OEP es el de enfermería con 788 plazas seguida por los médicos con 583. La Junta subrayó que esta convocatoria "permitirá mantener la línea de consolidación del empleo" en la sanidad pública. Además, el Decreto regulador contempla que se pueda convocar de forma conjunta con otras ofertas.

El último Consejo de Gobierno de la Junta del pasado año, celebrado el 30 de diciembre, dio luz verde a la OEP llamada a cubrir 3.536 plazas de mayoría de niveles profesionales en el sistema público regional. En el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA) correspondiente al 31/diciembre/2019 se publicó el Decreto 626/2019 en el que constan tanto las plazas que han de proveerse mediante acceso libre con personal de nuevo ingreso como las que deban proveerse a través de procesos selectivos de promoción interna.

Esta oferta se suma a la de 2018 la cual supuso la incorporación de 3.618 personas a la plantilla del SAS. Por ello, las distintas OEP actualmente en marcha superan las 32.000 plazas lo que, en su momento, significará que mas del 30% de la plantilla del SAS goce de un puesto de trabajo estable. La presente oferta está llamada a cubrir la mayoría de las plazas que fueron quedando vacantes a lo largo de año 2018 y que se sumaron 2.971 puestos, de todas las categorías, a causa de una serie de circunstancias tales como jubilaciones, fallecimientos, excedencias sin retornos y ceses. Todo, sin olvidar el Concurso de Traslado del SAS cuya cifra ascendió a 15.307 plazas lo que lo convirtió en el de mayor volumen de los convocados en Andalucía desde la creación del SAS, (1986).

Categoría	Acceso libre	Promoción interna	Total plazas
Enfermera	788	260	1.048
Matrona	45	15	60
Todas las categorías	2.780	756	3.536

► La oferta total alcanza 3.536 plazas entre todas las categorías presentes en el SAS.

Necesidades

El BOJA (250, 31/diciembre/19) especifica tanto el número de plazas que "deben proveerse por personal de nuevo ingreso mediante el acceso libre" como aquellas "que se proveerán mediante procesos selectivos de promoción interna", facilitando el derecho a la promoción profesional del personal estatutario fijo conforme a la normativa vigente. El Decreto en cuestión también da cuenta que la OEP responde a "las necesidades de recursos humanos que no pueden ser cubiertas con los efectivos de personal existente y que deben proveerse mediante personal de nuevo ingreso". El artículo 3 del Decreto contempla que "los procesos selectivos de promoción interna se llevarán a cabo en convocatorias independientes de las de acceso libre".

La OEP, que aumenta en 248 plazas respecto a la de 2018, incluye a diferentes categorías del SAS de las que enfermería es el colectivo mas numeroso con un total de 1.048 plazas entre las 788 de turno libre y 260 de promoción interna. Le sigue por volumen de la oferta, los médicos a los que convocan 583 plazas distribuidas entre facultativos de hospital (337) y primaria (246). La enfermería obstétrico ginecológica, matrona, alcanza 60 plazas entre las de acceso libre (45) y promoción interna (15). Asunto importante es que el Decreto aborda que las plazas de personal estatutario fijo de la citada OPE podría ser convocada, de forma conjunta con las plazas de ofertas anteriores o las que pudieran hacerse con posterioridad.

SALUD ULTIMA UNA OPE PARA ESTABILIZAR EMPLEOS EN LAS AGENCIAS PÚBLICAS

Huelva.- Redacción

La Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía dió a conocer un proyecto de Decreto por el que dará aprobación a una nueva Oferta Pública de Empleo (OPE) llamada a estabilizar el empleo de carácter temporal que existe en las distintas Agencias Públicas Empresariales Sanitarias (APES) presentes en la región y que, en su conjunto, afecta a 1.005 trabajadores entre todas las categorías. Enfermería cuenta con mas de 200 puestos, matronas incluidas. A la hora de redactar esta información,el proyecto de Decreto se encontraba en el llamado "trámite de informes" además de ser publicado en el portal de la Junta. El acceso a estos puestos será mediante la convocatoria de un Concurso-oposición para quienes ocupen plazas de manera temporal y, al menos, en los tres años anteriores al 31 de diciembre de 2017.

La Consejería de Salud y Familias dio a conocer el Proyecto de Decreto por el que daba luz verde a una OPE para "la estabilización del empleo temporal en las APES". El borrador contempla como la "naturaleza extraordinaria" de estos procesos requiere la aprobación por parte del Consejo de Gobierno con mención al número de puestos (1.005) en cuestión. Para el acceso a dichos puestos, la administración regional estudia la convocatoria de un Concurso-oposición con la finalidad de que los trabajadores temporales puedan acceder al nivel de propietario de sus plazas que, hasta el momento, ocupan de forma temporal y, a la vez, de manera ininterrumpida al menos en los tres años anteriores al 31 de diciembre de 2017.

Enfermería

La OPE de la estabilización para el personal de las Agencias sanitarias abarca el conjunto de plazas referidas a los distintos niveles de profesionales de estos organismos: la Empresa Pública Emergencias Sanitarias 061 (EPES) con 45 puestos: la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Bajo Guadalquivir Lebrija (64 plazas), Agencia Pública Empresarial Sanitaria de la Costa del Sol, Hospital de Marbella (138), Agencia Pública Empresarial Sanitaria Alto Guadalquivir, Hospital Andújar (183) y, finalmente, la Agencia Pública Empesarial Sanitaria del Poniente, HospItal EL Ejido, Almería, la mas numerosa con 475 plazas. El colectivo médico es el que encabeza el mayor número con 312 plazas seguido,a continuación, con el de enfermería (202) y Matronas (14). Otros colectivos concernidos son los de técnicos de emergencias, técnicos informáticos, en radiodiagnóstico, de laboratorio, arquitécto tecnico, fisioterapeutas farmacia, de infraestricturas, recursos humanos, economico-financieros, área juridica, administrativos, documentación sanitaria, auxiliares de enfermería, de anatomía patológica, celadores,...

Al cierre de esta edición, no se conocía la fecha exacta para la celebración del examen que resuelva esta oferta. El proyecto de Decreto, (como decimos en fase de tramitación) para la normalización del empleo en las Agencias Públicas Empresariales "garantizarán el cumplimiento de los principios de libre concurrencia, igualdad, mérito, capacidad y publicidad" consagrados (artículo 55.1) del texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público. Las Agencias Públicas Empresariales del ámbito sanitario surgieron al final del año 2000, como una alternativa a la función desempeñada por los centros tradicionales de la Atención Primaria. Su organización y diseño contemplaba los Centros Hospitalarios de Ata Resolución (CHARE) como un Hospital "no residencial", esto es, dedicado al desarrollo de las áreas ambulatorias y con menor número de camas que los hospitales tradicionales

Agencias empresariales sanitarias

Entidad	Médicos	Enfermeras	Matronas	Otros	Total plazas
EPES 061	20	14	-- -	11	45
APES Costa del Sol	37	37	1	63	138
APES Hosp.Poniente	192	66	8	209	475
APES Hosp. Alto Guadalquivir	33	57	1	91	183
APES Hosp. Bajo Guadalquivir	30	28	4	102	164

APROXIMACIÓN A LA FUNCIÓN DE LA ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE NEUMOLOGÍA

Autores:
- Isaac Florido Pérez Enfermero de consultas Externas HI Elena
- Cristina Rodríguez Candilejo. Enfermera de la consulta de Neumología HIE
- Mº Isabel Jiménez Núñez. Enfermera de cuidados Intensivos HIE

RESUMEN

El siguiente artículo quiere poner de manifiesto y destacar la función de la enfermera en la consulta de pruebas funcionales de neumología, la descripción de las técnicas especiales realizadas por la misma y las implicaciones para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los pacientes valorados dentro del equipo multidisciplinar.

ABSTRACT

IThe following article wants to highlight the role of the nurse in the pneumology ward, the description of the special techniques performed by this nurse and the implications for the diagnosis, treatment and prognosis of patients assessed within the mutidisciplinary team.

INTRODUCCIÓN:

De las unidades en las cuales la enfermería tiene una función destacada dentro del ámbito hospitalario es en las consultas externas, dentro de las cuales se encuentran varias muy especializadas, como puede ser la de pruebas funcionales de neumología.

Aunque no queda encuadrada dentro de las actividades realizadas por la "enfermera de práctica avanzada", la consulta de pruebas funcionales de neumología requiere un gran compromiso, implicación y formación por parte de dicha enfermera. Posee además una responsabilidad añadida, ya que la elección en la consecución de las pruebas a realizar (según el posible diagnóstico inicial) puede ayudar a la búsqueda de descartar dicho diagnóstico.

En el siguiente artículo queremos destacar cuales son las principales pruebas funcionales a realzar en dicha consulta, las cuales son llevadas a cabo por parte de enfermería, y así, aproximar al resto de profesionales en que consisten dichas técnicas y la interpretación de las mismas como parte de las actividades de colaboración con el equipo de neumología.

NOTA: por la extensión del documento, solamente se describen las principales pruebas funcionales, dejando para otro posible artículo la realización de otras técnicas y pruebas que también se realizan en la consulta, como son las *pruebas reactivas a neumoalérgenos,* la determinación de la α *-1 Antitripsina,* la administración de medicamentos biológicos para tratamiento del asma, etc...

HISTORIA:

La función respiratoria ha sido una gran preocupación por parte de los estudiosos de la medicina desde tiempos remotos. La primera aportación escrita se remonta a Vesalio, que postuló en 1543, después de abrir el tórax de un paciente y producirse el colapso pulmonar, el paciente no fallecía si se mantenía el movimiento pulmonar mediante una bomba (1). Plfüger, Lavoisier, Galenos y otros autores importante han aportado mucho sobre la fisiología respiratoria, el oxígeno y los procesos fisiológicos de oxidación. Pero no fue hasta 1846 cuando John Hutchinson (2), mediante un rudimentario sistema basado en una campana calibrada sellada con agua definió el primer valor espirométrico de la historia: la capacidad vital. Consistía en mediar el volumen de aire espirado tras realizar una inspiración forzada. Años después, dicho valor se mostró de gran interés, cuando en el estudio Framingham (3) se confirmó que dicho parámetro era una gran pronosticador sobre la evolución de la insuficiencia cardíaca o las enfermedades pulmonares.

El primer sistema fiable para la medición del flujo fue realizado por Fleich en 1923: el neumotacógrafo. Después en 1947 Tiffeneau (4) introdujo en el estudio sobre la evaluación de la función respiratoria el cociente entre el *volumen espiratorio forzado durante el primer segundo* FEV_1 y la capacidad vital lenta, propiciando uno de los más importantes valores para la interpretación de la espirometría. En 1956, Dubois (5) ideó el *plestimógrafo*, perfeccionandolo y no fue hasta 1957 cuando Campbell puso en práctica la *medición de la resistencia de las vias respiratorias* y aunque las bases sobre la geometría estaban mas que fundadas a principios del siglo XX, no fue hasta 1958 cuando Severinghaus desarrollo el uso de medidores rápidos, fiables y sencillos de oxígeno, monóxido de carbono y pH para el estudio de la *difusión pasiva de gases en función del tiempo* (6).

Todos estos avances de la medicina son los que han hecho posible el desarrollo de los modernos espirómetros y pletismógrafos que hoy en día, nos sirven para la evaluación fiable y rápida de la fisiología y funciones respiratorias.

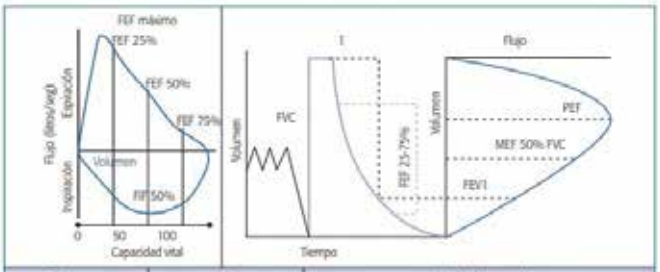
PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS:

A continuación describiremos las principales pruebas funcionales respiratorias que se realizan en la consulta externa de neumología.

ESPIROMETRÍA FORZADA:

Es la prueba funcional básica para la valoración y evaluación de la función respiratoria del paciente, sin la cual, no sería posible el estudio y el tratamiento de la patología respiratoria tal y como se conoce hoy en día. Es una prueba sencilla y fiable la cual puede ser realizada tanto en el ámbito hospitalario como en el de la atención primaria, utilizando en este último, un aparataje que aunque menos sofisticado, igualmente útil. Podemos definirla como la medición de los flujos aéreos y los volúmenes pulmonares en unas circunstancias controladas.

Se obtiene pidiendo al paciente que realice una espiración forzada, lo más intensa, rápida y prolongada posible tras una inspiración máxima. Una vez realizada, tendremos una gráfica de volumen/tiempo y otra de flujo/volumen donde podremos observar los valores espirométricos. Es fundamental para que la prueba sirva como herramienta diagnóstica que el paciente la haga de la forma correcta, por lo que el papel motivador e instructivo del profesional de enfermería es primordial.



Parámetro	Indica	Modo de expresión	
FVC	Volumen	L o ml	% del valor de referencia
FEV1	Flujo	L o ml/seg	% del valor de referencia
FEV1/FVC	Valor absoluto	% simple	
PEF	Flujo	L o ml/seg	% del valor de referencia
FEF 25-75%	Flujo	L o ml/seg	% del valor de referencia

Fig 1. *Gráficas de flujo/volumen y volumen/tiempo. Valores utilizados con sus unidades de expresión. Fuente Neumosur.*

En la figura 1 podemos observar los parámetros determinados en la espirometría:

FVC: Capacidad Vital Forzada (**F**orced **V**ital **C**apacity). Volumen de aire expulsado mediante una espiración forzada tras una inspiración máxima.

FEV1: Volumen máximo espirado en el primer segundo (**F**orced **E**xpiratory **V**olume **1**second). Volumen máximo espirado durante el primer segundo de la espiración forzada tras una inspiración máxima..

FEV1/FVC: relación porcentual entre el FEV1 y el FVC.

FEF: Flujo espiratorio máximo (**F**orced **E**xpiratoty **F**low). Indica el flujo máximo durante el total de la espiración forzada. Aquí observamos el FEF 25-75%. Indica el flujo durante la espiración forzada pero solamente del 50% de la FVC, concretamente el comprendido entre el 25% y el 75% del tiempo total.

PEF: Pico espiratorio máximo o flujo pico (**P**eak **E**xpiratory **F**low), máximo flujo conseguido durante la espiración forzada.

Interpretación de los datos obtenidos:

Para la valoración de los parámetros obtenidos, necesitamos la expresión tanto gráfica como numérica de los mismos. Para la validación numérica de los datos necesitamos plantearlos mediante tres columnas.

1.- Datos de referencia sobre valores normales consensuados según peso, talla, edad, sexo y origen étnico del paciente (valores teóricos de referencia).

2.- Los datos medidos en la espirometría realizada.

3.- Porcentaje sobre la relación de los valores comparados de las dos columnas anteriores.

Según la lectura de los datos anterior, podemos establecer si existe una posible alteración ventilatoria y, en el caso de existir, encuadrarla dentro dentro de los diferentes patrones patológicos: obstructivo, restrictivo o mixto. Además podemos verificar si la obstrucción es de la vía respiratoria central o de las vías aéreas superiores (7).

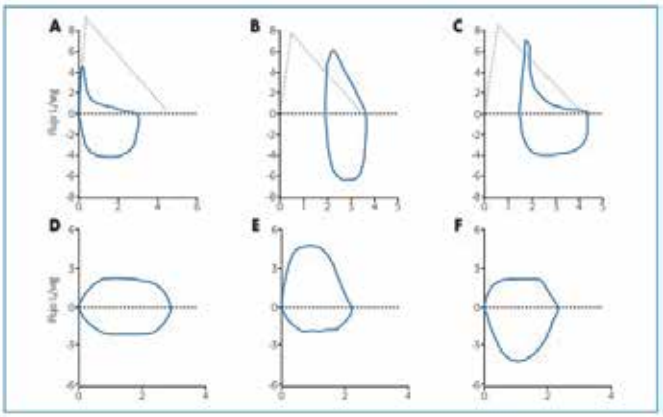


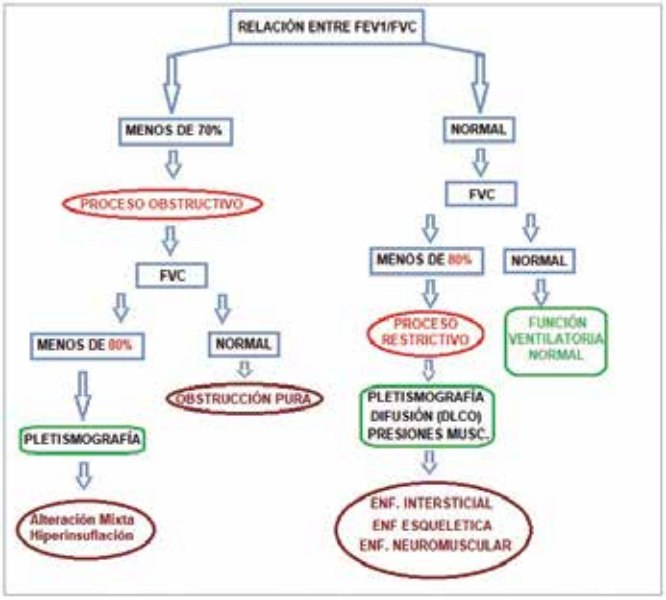
Fig 2. *Representaciones de los principales trastornos espirométricos en curvas de flujo volumen. A) Trastorno obstructivo. B) Trastorno restrictivo. C) Trastorno mixto. D) Obstrucción fija central o de vías aérea superiores. E) Obstrucción variable extratorácica. F) Obstrucción variable intratorácica. Fuente: Neumosur.*

Principales clasificaciones de gravedad en las alteraciones ventilatorias

Trastorno obstructivo		Trastorno restrictivo	
American Thoracic Society		*American Thoracic Society*	
	FEV1		*FVC*
Leve	> 70%	Leve	> 70%
Moderada	60-69%	Moderada	60-70%
Moderadamente grave	50-59%	Moderadamente grave	50-60%
Grave	35-49%	Grave	34-50%
Muy grave	< 35%	Muy grave	< 34%
SEPAR		**SEPAR**	
	FEV1		*TLC*
Leve	> 65%	Leve	70-80%
Moderada	50-65%	Moderada	60-70%
Grave	35-50%	Grave	< 60%
Muy grave	< 35%		

Tabla 1. *Principales clasificaciones de clasificaciones de gravedad. Fuente Neumosur.*

Una vez evaluados los valores obtenidos en la espirometría, podemos continuar con diferentes pruebas para afinar más el estudio de las funciones respiratorias. En el siguiente diagrama, podemos observar la elección de las siguiente pruebas en función de los parámetros analizados:



PRUEBA DE BRONCODILATACION:

Tras la espirometría forzada inicial se suele utilizar como herramienta diagnóstica la prueba de broncodilatación, comúnmente denominada "*espirometría post*", llamada así por ser posterior a la administración de un broncodilatador. La prueba evalúa mediante una espirometría forzada la reversivilidad a la obstrucción bronquial cuyo resultado es de gran utilidad tanto diagnóstica como pronóstica en de la función respiratoria.

La prueba consiste en la realización de una espirometría forzada tras 15 min de la administración de un aerosol broncodilatador (8) de acción rápida a dosis terapéuticas. Normalmente se utiliza Salbutamol 200mcg (Ventolin ®)o en su defecto o en la contraindicación del mismo Bromuro de Ipratropio 40mcg (Atrovent ®). El criterio de la positividad a la prueba viene indicada en el siguiente cuadro.

Parámetro	Fórmula	Criterio PBD positivo
Variación FEV_1 en valor absoluto	FEV_1 postBD - FEV_1 preBD	≥ 200 ml
Aumento porcentual de FEV_1 respecto al valor basal	$\frac{FEV_1 \text{ postBD} - FEV_1 \text{ preBD}}{FEV_1 \text{ preBD}} \times 100$	≥ 15%
Porcentaje ponderado	$\frac{FEV_1 \text{ postBD} - FEV_1 \text{ preBD}}{(FEV_1 \text{ preBD} + FEV_1 \text{ postBD})/2} \times 100$	≥ 12%
Aumento porcentual del FEV_1 respecto al teórico	$\frac{FEV_1 \text{ postBD} - FEV_1 \text{ preBD}}{FEV_1 \text{ teórico}} \times 100$	≥ 12%

Fuente *Tristan Alonso, A. Rev ASMA 2016;1(2):60-67*

Como puede observarse, los valores espirométricos utilizados son el FVC y el FEV_1 por su viabilidad y su reproductibilidad.

PRUEBA DE CAPACIDAD DE DIFUSIÓN DE MONÓXIDO DE CARBONO (DLCo):

Llamada en ingles *Single Breath Carbon Monoxide Diffusing Capacity DLCo* (9) es la prueba funcional que indica la capacidad pulmonar de intercambio gaseoso. El intercambio de oxígeno

y Co2 entre la circulación pulmonar y el alvéolo es la función principal del sistema respiratorio. Para su determinación se utiliza monóxido de carbono (CO) por su afinidad a la hemoglobina, que atraviesa la membrana alvéolo-capilar de manera similar al oxígeno y cuyo gradiente alvéolo-arterial no se ve modificado a lo largo del capilar. La transferencia molecular se basa en el fenómeno de la difusión pasiva, regulado por las leyes físicas de difusión expresadas en la *Ecuación de Fick* (10). A la mezcla de gases utilizados se le añade un gas trazador que normalmente es Helio.

La prueba consiste en hacer que el paciente realice varias respiraciones a volumen corriente. Tras varios segundo se le pide al paciente que exhale aire hasta alcanzar el *volumen residual* tras los cual, se le pida que inhale rápidamente hasta al menos el 90% de su capacidad vital la mezcla de gases de difusión, que suele contener Co 0,3% - He 10% - O2 21% - N2 hasta completar equilibrio. El paciente debe contener la respiración por un tiempo entre 8 y 10 segs (dependiendo del medidor utilizado) tras lo cual se le pide que exhale la mezcla anteriormente inhalada con lo que los sensores miden el Co y He exhalados. Dada que la concentración de Co dentro del espacio alveolar no es conocida se utiliza como referencia el Helio, ya que este no se encuentra en dicho espacio. El He es un gas inerte que no se difunde a través de la membrana alvéolo-capilar. Como conocemos el volumen de He administrado además del volumen de He exhalado tras la dilución, por ecuaciones matemáticas podemos calcular calcular la concentra de Co alveolar inicial, dando la posibilidad de obtener el volumen de Co exhalado dando los datos reales de difusión del mismo.

Al utilizar He como trazador, podemos obtener el Volumen Alveolar (VA), que sería el volumen del aire en espacio alveolar (el que se difunde). Existen otras formas de determinar la DLCo, ver en https://www.neumosur.net/files/NS1990.02.2.A07.pdf

NOTA: entre los datos del paciente que se deben incluir antes de realizar la DLCo se encuentra la hemoglobina (Hb), ya que la capacidad de dilución de Co depende en gran medida también de la cantidad de esta en el torrente sanguíneo.

Parámetros determinados en la DLCo:

DLCoSB: medido en mmol/min/kPa. Difusión de Co en respiración simple.

DLCo/VA: medido en mmol/min/kPa/L. Difusión de Co en respiración simple ajustado por unidad de volumen alveolar. Medida muy útil ya que la prueba depende en gran medida de la cantidad de tejido pulmonar interviniente en la misma.

DLCo**c**SB: medido en mmol/min/kPa. Difusión de Co en respiración simple corregido por hemoglobina.

DLCo**c**/VA: medido en mmol/min/kPa/L. Difusión de Co en respiración simple ajustado por unidad de volumen alveolar corregida por hemoglobina.

El rango de normalidad en los datos de DLCo se encuentra entre el 80 y 120% de los valores de referencia estandarizados según peso, talla, edad, sexo y grupo étnico. La clasificación según gravedad es la siguiente (11):

Alteración Leve:	>60% de los valores de referencia.
Alteración Moderada:	Entre el 40 y 60% de los valores de referencia.
Alteración Grave:	<40% de los valores de referencia.

En el siguiente cuadro podemos ver las posibles aplicaciones para la DLCo:

1. ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS
   - Enfisema o EPOC tipo A
   - Fibrosis quística
2. ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES
   - Sarcoidosis
   - Neumoconiosis (asbestosis, silicosis)
   - Neumopatía intersticial idiopática (UIP, DIP)
   - Alveolitis alérgica extrínseca
   - Neumopatías intersticiales por drogas
   - Linfangitis carcinomatosa
   - Enfermedades colágeno-vasculares
     - Esclerosis sistemica progresiva
     - LES
     - Dermatomiositis-polimiositis
     - Síndrome de Sjorgen
     - Artritis reumatoide
3. ENFERMEDADES DE LA VASCULARIZACION PULMONAR
   - TEP agudo
   - TEP recurrente
   - Hipertensión pulmonar primaria
   - Obstrucción tromboembólica crónica
4. MISCELANEA
   - Valvulopatía mitral
   - IAM
   - Insuficiencia ventricular izquierda
   - Embolismo graso
   - Ingestión de alcohol
   - Inhalación de cocaína
   - Adicción a drogas por vía parenteral

Fuente *Neumosur*.

MEDICIÓN DE LOS VOLÚMENES PULMONARES (PLETISMOGRAFÍA):

La palabra "*Pletismografía*" deriva del griego "*Plesthumos",* agrandamieto. Es el método más fiable para la estimación del volumen de gas compresible dentro del tórax (12). Está basada en la Ley de Boyle en el cual explica que en a presión y temperatura constante, el producto de la Presión por el Volumen es siempre constante. El plestimógrafo nos permite convertir el aparato respiratorio en dicho sistema cerrado permitiendo mediante ecuaciones matemáticas averiguar los diferentes volúmenes pulmonares.

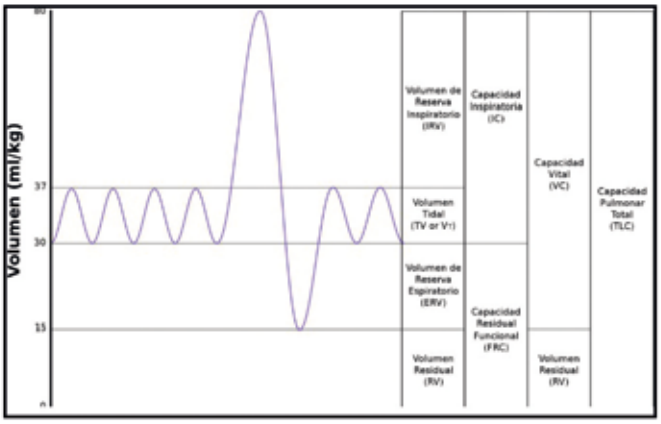
El pletismógrafo más utilizado en la práctica clínica habitual es el *plestimógrafo corporal de volumen constante,* el cual mide los cambios del volumen dentro de una cabina a presión constante.

Pletismógrafo Corporal de Volumen Constante.

Desde un punto de vista funcional, podemos dividir los volúmenes pulmonares en:

Dinámicos: son aquellos que se movilizan con la respiración (ver cuadro adjunto).

Estáticos: aquellos que no se movilizan, que son el volumen residual (RV **R**esidual **V**olume) y todas las capacidades pulmonares que lo incluyen como uno de sus componentes, como son la capacidad residual funcional (CRF o FRC **F**unctional **R**esidual **C**apacity) y capacidad pulmonar total (TLC **T**otal **L**ung **C**apacity).



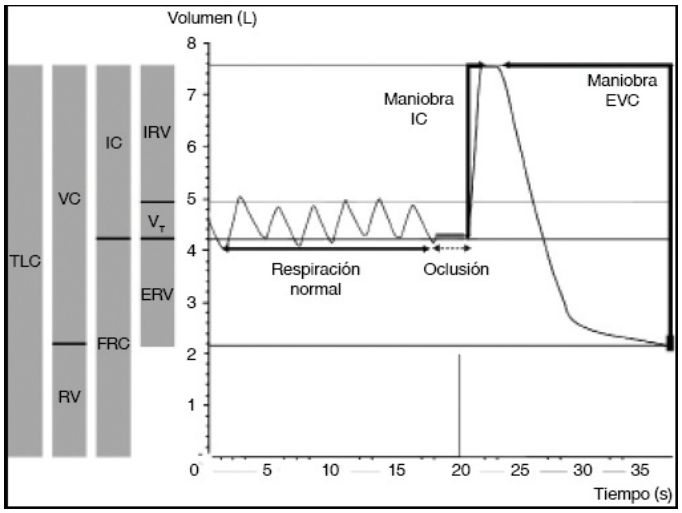
Volúmenes Pulmonares Dinámicos y Estáticos.

El paciente se introduce dentro de la cabina del pletismógrafo, la cual tiene un volumen conocido y que al cerrarse herméticamente mantiene una presión constante. El paciente, debe tener una pinza nasal para evitar perdidas de gas y presión además de la boquilla bien sellada en la boca. Se le solicita que comience a respirar con normalidad (VT) hasta alcanzar una medición estable con una variabilidad de volumen de la menos 100ml. Al final de una espiración, cuando el paciente se encuentra cerca del FRC, se activa un sistema que cierra el flujo aéreo durante 2.3 segs (*Shutter Cerrado*). Durante ese tiempo, se pide que el paciente continúe realizando las maniobras respiratorias o un jadeo suave para realizar la medición de presiones.

Tras dichas maniobras se abre de nuevo el sistema para que continúe respirando con normalidad. Se le pide ahora que espire profunda y continuadamente hasta RV (Residual Volume) y luego haga una inspiración tranquila hasta completar VC, volviendo a espirar el aire hasta RV para realizar una correcta medición de la IC y FRC. Debemos buscar una buena calidad en la prueba con una adecuada reproductivilidad.

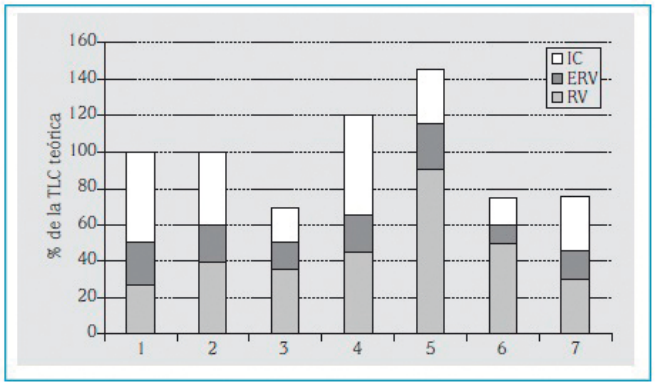
Mediante la prueba obtenemos los siguiente parámetros:En el momento del cierre, el pletismógrafo mide el volumen de gas intratorácico: TGV *(thoracic gas volume)* al final de una espiración no forzada, lo que equivale a la FRC. Al realizar una espirometría posterior, se calcula el RV restando la FRC. La TLC se obtiene sumando el volumen residual a la VC.

Con los datos obtenidos mediante la pletismografía podemos valorar los diferentes patrones respiratorios presentados en los pacientes (13).



Descripción gráfica de las maniobras respiratorias durante la pletismografía.

Aparte de la valoración según el patrón restrictivo u obstructivo podemos observar algunos ejemplos de los diferentes compartimentos de volumen según algunas situaciones clínicas:

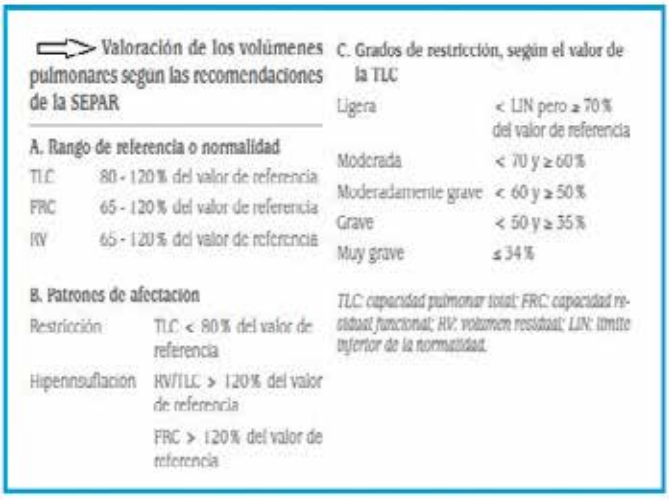


1) Adulto normal. 2) Anciano normal. 3) Fibrosis pulmonar. 4) Enfisema inicial. 5) Enfisema avanzado. 6) Afectación muscular. 7) Obesidad importante.

La información de los volúmenes pulmonares debe evaluarse junto a la información que ofrece la espirometría previa, para una valoración correcta de los patrones de alteración en cada situación clínica.

DETERMINACIÓN DE PRESIONES MUSCULARES:

En al mecánica respiratoria, el diafragma es el principal musculo que interviene en la inspiración seguido de los músculos intercostales externos y en último lugar los músculos accesorios. La evaluación de la función de dichos músculos requieren de la realización de pruebas que determinen sus capacidades mecánicas. La principal prueba de determinación de presiones musculares es la de la *determinación de presiones estáticas máximas en boca (PI_{max} y PE_{max})* mediante el proceso postulado por Black y Hyatt (14). Consiste en medir la presión generada en la boca durante la maniobra inspiratoria (PI_{max}) o espiratoria (PE_{max}) con la vía aérea ocluida durante 3-5 segs.



Valoración de los volúmenes pulmonares según las recomendaciones de la SEPAR

A. Rango de referencia o normalidad

TLC	80 - 120 % del valor de referencia
FRC	65 - 120 % del valor de referencia
RV	65 - 120 % del valor de referencia

B. Patrones de afectación

Restricción	TLC < 80 % del valor de referencia
Hiperinsuflación	RV/TLC > 120 % del valor de referencia
	FRC > 120 % del valor de referencia

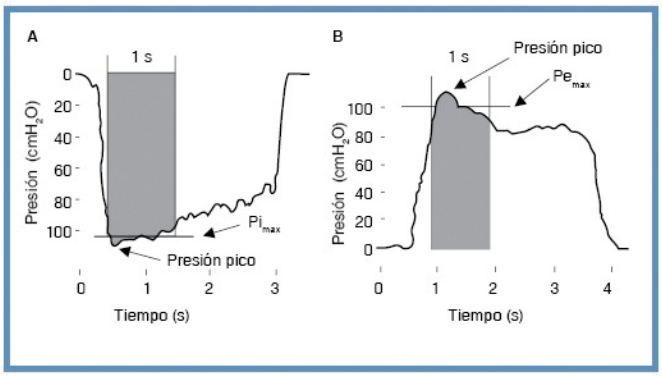
C. Grados de restricción, según el valor de la TLC

Ligera	< LIN pero ≥ 70 % del valor de referencia
Moderada	< 70 y ≥ 60 %
Moderadamente grave	< 60 y ≥ 50 %
Grave	< 50 y ≥ 35 %
Muy grave	≤ 34 %

TLC: capacidad pulmonar total; FRC: capacidad residual funcional; RV: volumen residual; LIN: límite inferior de la normalidad.

Valores de referencia para volúmenes pulmonares. Fuente SEPAR.

Según la SEPAR la PI_{max} debe determinarse desde RV y la PE_{max} desde la TLC. Ya que la técnica es voluntaria y requiere de la cooperación del paciente, se deben de realizar al menos seis maniobras para recoger tres reproducibles con un descanso de un minuto entre ellas (15). La onda de presión consta de dos partes: la presión pico, que es la presión máxima conseguida durante la maniobra y presión meseta, que es la presión promedio. La presión pico no es utilizada para la evalución de la prueba por su gran variabilidad, se suele utilizar la presión promedio que es más reproducible.



Prueba de determinación de PI_{max} (A) y PE_{max} (B). Se muestran la presión pico y el área sombreada o meseta que es la utilizada para calcular el promedio de presión durante 1seg.

Los valores de referencia normales para adultos sanos que son los utilizados en España, son los descritos por Morales et al. (16) aunque en general, cualquier $PI_{max} \geq 80$ cmH_2O descarta cualquier problema de debilidad muscular pulmonar y una PI_{max} < 50 cmH_2O puede evidenciar un caso positivo.

PRUEBA DE PROVOCACIÓN BRONQUIAL INESPECÍFICA (TEST DEL MANITOL):

La **H**iperrespuesta **B**ronquial (HB) es el término que define el estrechamiento excesivo de la vía aérea ante estímulos tanto químicos como físicos que en circunstancias normales

provocarían una escasa o nula reactividad en la misma (17). Este fenómeno anormal es una de las características significativas del asma pero no es exclusiva de ella. En individuos sanos, la exposición a la polución ambiental, determinados irritantes, patologías del árbol respiratorio, etc. puede detectarse también la HB, pero según numerosos estudios epidemiológicos, en las personas que padecen asma es donde mayor número de veces se manifiesta (18)(19). Para la detección de la HB disponemos de diferentes pruebas que, al exponer al paciente a estímulos inespecíficos tanto directos como indirectos, registran la respuesta fisiológica del paciente. Dentro de lo métodos con estímulos inespecíficos indirectos, uno de los más utilizados en la práctica clínica junto con la *Metacolina,* por su facilidad, reproducibilidad y menores efectos indeseables es el *Manitol.* ***Esta sustancia es un alcohol hexahídrico de azúcar (C6H14O6), de masa molecular 182,17g/mol, esteroisómero del sorbitol. Por vía inhalada, el manitol deshidrata la mucosa bronquial, y esa deshidratación se acompaña de un incremento de la osmolaridad en la mucosa y de liberación de mediadores inflamatorios desde los mastocitos, con un perfil muy similar al evocado por la adenosina (20)*** En España, la presentación comercial del preparado para la realización de la prueba viene en capsulas duras que contienen dosis prefijadas de polvo seco de monitol: Osmohale ®.

Osmohale ® Aldo Union. Kit para realización de prueba de provocación inespecífica.

El Kit de Osmohale está compuesto por un inhalador *Inhalator ™ Boehringer Ingelheim* y 19 cápsulas numeradas con diferentes concentraciones de productos, de 0mg a 40mg. Cada paso en la prueba, viene indicado en los blísters, dando las siguientes concentraciones:

NÚMERO DE DOSIS	DOSIS EN mg	DOSIS ACUMULADA mg
1	0mg	0mg
2	5mg	5mg
3	10mg	15mg
4	20mg	35mg
5	40mg	75mg
6	80mg	155mg
7	160mg	315mg
8	160mg	475mg
9	160mg	635mg

Como valor de referencia para la prueba se utiliza el FEV1.

Para la realización de la prueba, se le administra al paciente con el inhalador incorporado la primera cápsula con 0mg (placebo). Está inhalación debe hacerse después de una espiración profunda seguida por un inspiración rápida y continua sosteniendo el dispositivo en la boca a 45º. Se coloca un cronómetro a 2min y seguidamente se realiza una espirometría, midiendo el FEV1 por duplicado hasta obtener dos mediciones reproducibles. Esta será la espirometría de referencia donde se fija el FEV1 como 100% o valor basal. Después se continúa con las siguientes dosificaciones según están establecidas por protocolo (ver cuadro anterior) hasta encontrar respuesta positiva o alcanzar la dosis máxima acumulada (635mg). Se considera una respuesta positiva al manitol las siguientes situaciones:

> Se observa una caída del FEV1 ≥ 15% respecto del valor basal de inicio.

> Aparece una caída incremental del FEV ≥ 10% entre dos dosis consecutivas.

Si alcanzamos cualquiera de los anteriores valores, lo que sería indicativo de positividad en la prueba, o alcanzamos la dosificación máxima acumulada, administraremos 2 inhalaciones de un agonista β2-adrenérgico, normalmente Salbutamol y realizaremos una espirometría *Post* a los 15 min, sobre todo para verificar la reversibilidad en caso de HB.

Condiciones a tener en cuenta para la prueba de provocación inespecífica con manitol:

Debe evitarse el consumo de sustancias que puedan modificar la respuesta broncomotora, lo mismo que realizar actividad física elevada (ver tabla adjunta):

Factores que aumentan la hiperrespuesta bronquial	
Humo de tabaco	2 h
Contaminantes atmosféricos	1 semana
Vacunas con virus atenuados	3-6 semanas
Infecciones virales respiratorias	6 semanas
Sensibilizantes ocupacionales	3 meses
Ejercicio intenso	4 h

Factores que disminuyen la hiperrespuesta bronquial	
β-adrenérgicos inhalados	
Acción rápida y corta	12 h
Acción prolongada	24 h
β-adrenérgicos orales	24 h
Bromuro de ipatropio	12 h

Bromuro de tiotropio	1 semana
Teofilinas (vía oral):	
De acción corta	24 h
De acción prolongada	48 h
Cromonas	48 h
Antileucotrienos	24 h
Antihistamínicos H1	72 h
Terfenadina, ceterizina, loratadina	5 días
Astemizol	30 días
Alimentos: café, té, bebidas de cola, chocolate	Día del estudio

De Valencia Rodríguez et al.(21), Burgos Rincón y Casan Clará(22), y Crapo et al(23

Efectos adversos del manitol inhalado:

Frecuentes (afecta a < 1 de cada 10 personas, pero ≥ 1 de cada 100 personas)
Tos
Cefalea
Nasofaringitis
Dolor laringofaríngeo
Rinorrea
Disnea
Náuseas, vómitos
Opresión torácica

Poco frecuentes (afecta a < 1 de cada 10 personas pero ≥1 de cada 1.000 personas)
Mareo
Irritación ocular
Ronquera
Epistaxis
Erotema, extremidades frías
Epigastralgia
Diarrea
Úlcera bucal
Prurito, hiperhidrosis
Dolor musculoesquelético
Fatiga, sensación de nerviosismo
Sed

Modificada de Ficha técnica Osmohale™ polvo para inhalación

El efecto adverso más frecuente es la tos (83%), que en muchas ocasiones provoca la interrupción de la prueba. La cefalea suele ocurrir muy a menudo también en pruebas negativas, debido al alto número de espiraciones forzadas realizadas.

Contraindicaciones relativas y absolutas para la realización de la prueba:

Absolutas
Limitación al flujo aéreo importante (FEV1 < 50% del valor de referencia o < 1 l)
Contraindicación o incapacidad, técnica o funcional, para realizar espiraciones forzadas reproducibles
Infarto de miocardio o accidente vascular cerebral en los 3 meses previos
Hipertensión arterial no controlada (sistólica > 200 o diastólica > 100mmHg)
Aneurisma de aorta
Arritmias cardiacas con síntomas o insuficiencia cardiaca
Epilepsia inestable

Relativas
Limitación al flujo aéreo moderada (FEV1 < 65% del valor de referencia o < 1,5 l)
Embarazo o lactancia materna
Utilización de medicación inhibidora de la colinesterasa
Epilepsia o cardiopatía estables

De Valencia Rodríguez et al.(21), Burgos Rincón y Casan Clará(22), y Crapo et al(23)

CONCLUSIONES:

Como ha quedado reflejado en el anterior artículo, la enfermera destacada en la consulta de neumología requiere de una gran disposición, conocimiento, destreza y capacidad de decisión.

La cantidad de pruebas a realizar junto con el volumen de parámetros a verificar y analizar pone de manifiesto la alta especialización que requiere dicha consulta. La profesión enfermera avanza cada vez más hacia una excelencia profesional y unos roles encaminados a tareas muy concretas y específicas. La consulta de neumología permite esa búsqueda de especialización, dando a la enfermería un lugar destacado dentro de las tareas colaborativas dentro del equipo multidisciplinar garantizando una gran satisfacción y desarrollo profesional.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Laín Entralgo, P. Historia de la medicina moderna y contemporánea. Madrid, Editorial Científico-médica, 1963.
2. Hutchinson J. On the capacity of the lungs, and on the respiratory movements, with the view of establishing a precise and easy method of detecting disease by the spirometer. Lancet. 1846; 1: 630-2.
3. Mahmood SS, Levy D, Vasan RS, Wang TJ. The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. The Lancet. 2014 Mar 21;383(9921):999-1008.
4. American Thoracic Society. Standardization of spirometry 1994 update. Am J Respir Crit.Care Med 1995; 152: 1107-1136.
5. A.B. Dubois, S.Y. Botelho, G.N. Bedell, R. Marshall, J.H. Comroe Jr..

   A rapid plethysmographic method for measuring thoracic gas volume: A comparison with a nitrogen washout method for measuring functional residual capacity in normal subjects.

   J Clin Invest., 35 (1956), pp. 322-326
6. Macintyre N, Crapo RO, Viegi G, et al. (October 2005). "Standardisation of the single-breath determination of carbon monoxide uptake in the lung". *Eur. Respir. J.* 26 (4): 720–35.
7. American Thoracic Society. Standardization of spirometry 1994 update. Am J Respir Crit Care Med 1995; 152: 1107-36.
8. Chhabra SK, Bhatnagar S. Comparison of bronchodilator responsiveness in asthma and chronic obstructive pulmonary disease. Indian J Chest Dis Allied Sci. 2002;44:91–7.
9. Ogilvie CM., Forster RE., Blakemore WS. and Morton JW.: A standardized breath holding technique for the clinical measurement of the diffusing capacity of the lung for carbon monoxide. J. Clin. Invest 1957, 36:1-17
10. A. Fick, Ann. der. Physik (1855),94, 59
11. Crapo RO. and Forster II RE.: Carbon monoxide diffusing capacity. In: Mahler DA., edit. Clinics in ChestMedicine: Pulmonary function testing, WB. Saunders 1989, vol 10,2:187-198.
12. Goldman MD, Smith HJ, Ulmer WT. Whole-body plethysmography.

    Eur Respir Mon 2005; 10 (31): 15-43.
13. Comte L, Macian V, Blanco M, Rodríguez M. Volúmenes pulmonares. [Valoración de la Función Pulmonar I]. Manual SEPAR de Procedimientos. Luzán S.A.; 2002. p. 37-66.
14. Black LF, Hyatt RE. Maximal respiratory pressures: normal values and relationship to age and sex. Am Rev Respir Dis. 1969; 99: 696-702.
15. Gea J, Orozco-Levi M, Barreiro E, Ramírez AL, Galdiz JB, López de Santamaría E. En: Burgos F, Casan P, eds. Pruebas para el estudio de las enfermedades neuromusculares. Manual SEPAR de procedimientos. Módulo 4. Barcelona: Publicaciones Permanyer; 2004. p. 114-33.
16. Morales P, Sanchís J, Cordero PJ, Dies JL. Maximum static respiratory pressures in adults. The reference values for a Mediterranean Caucasian population. Arch Bronconeumol. 1997; 33: 213-9.
17. H.A. Boushey, M.J. Holtzman, J.R. Sheller, J.A. Nadel. Bronchial hyperreactivity. Am Rev Respir Dis, 121 (1980), pp. 389-413
18. D.W. Cockcroft, B.A. Berscheid, K.Y. Murdock. Unimodal distribution of bronchial responsiveness to inhaled histamine in a random human population. Chest, 83 (1983), pp. 751-754
19. P.G. Burney, J.R. Britton, S. Chinn, A.E. Tatterfield, A.O. Papacosta, M.C. Kelson, *et al.* Descriptive epidemiology of bronchial reactivity in an adult population: Results from a community study. Thorax, 42 (1987), pp. 38-44
20. J. Parkerson, D. Ledford. Mannitol as an indirect bronchoprovocation test for the 21st century. Ann Allergy Asthma Immunol, 106 (2011), pp. 91-96
21. A. Valencia Rodríguez, P. Casan Clará, M. Fernádez Díaz, M. Perpiñá Tordera, M.D. Sebastián Gil. Recomendaciones SEPAR n.°4. Normativa para los test de provocación bronquial inespecífica. Doyma, (1987),
22. Manual SEPAR de Procedimientos. Módulo 4. Procedimientos de evaluación de la función pulmonar II,
23. R.O. Crapo, R. Casaburi, A.L. Coates, P.L. Enright, J.L. Hankinson, C.G. Irvin, *et al.* Guidelines for methacholine and exercise challenge testing-1999. Am J Respir Crit Care Med, 161 (2000), pp. 309-329.

Seguro de **Responsabilidad Civil Profesional**

Todo el equipo confía en la *experiencia* de A.M.A. a la hora de ejercer su profesión

Más de 300 letrados especializados en derecho sanitario
están a su disposición para defender sus derechos.

A.M.A.
Aseguradora de
Responsabilidad Civil Profesional
del Año **2019**

25 años
ininterrumpidamente

A.M.A. HUELVA Palos de la Frontera, 17 Tel. 959 28 17 71 huelva@amaseguros.com
Colegio de Enfermería de Huelva (C.O.E.H) San Andrés, Nº18-20, bajo, 21004
Tel. 959 540 904 secretariahuelva@colegioenfermeria.com

LA MUTUA DE LOS **PROFESIONALES SANITARIOS**

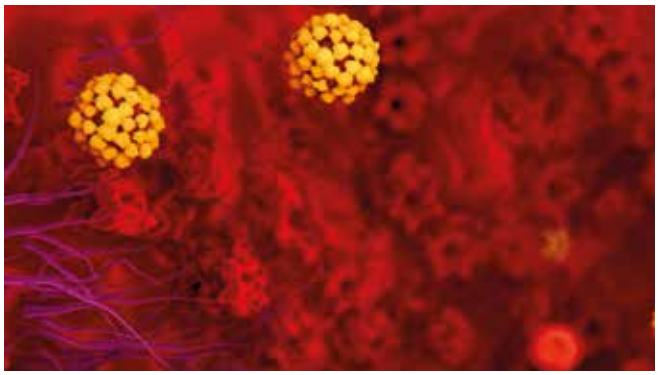
www.amaseguros.com 913 43 47 00 / 902 30 30 10 Síganos en y en nuestra APP

A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora

A.M.A. agrupación mutual aseguradora · Ama Vida Seguros de vida para profesionales sanitarios · AMA América Seguro ECUADOR · A.M.A. GRUPO · AMA América Seguro ECUADOR · Ama Vida Seguros de vida para profesionales sanitarios · A.M.A. agrupación mutual aseguradora

EL COLEGIO DE ENFERMERÍA SUSPENDIÓ LOS ACTOS DEL PATRÓN POR EL CORONAVIRUS

Huelva.- Redacción



El Día de San Juan de Dios de 2020 en Huelva pasará a la historia por las consecuencias del coronavirus. La epidemia desatada en China y extendida por los cinco continentes obligó a modificar eventos de toda índole especialmente los referidos para evitar reuniones y concentraciones con especial énfasis en el mundo sanitario por el riesgo de contagio masivo entre quienes tienen la responsabilidad de atender a la población. Este fue, justamente, el caso del Día de la Enfermería onubense donde, tradicionalmente, se dan cita centenares de profesionales tanto de la capital como de la provincia, para compartir unas horas con el desenlace del Certamen de investigación Ciudad de Huelva, entre otros reconocimientos.

La incertidumbre que rodeaba a la celebración del Día de San Juan de Dios en Huelva se resolvió conforme demandaba la lógica y habían pedido organismos y autoridades sanitarias. La Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Enfermería, presidida por Gonzalo García, reunida con carácter urgente en la noche del 3 de marzo, acordó por unanimidad, según reflejaba una nota pública, "suspender los actos previstos para el Día Internacional y del Patrón", decisión adoptada "por responsabilidad de los profesionales" y siguiendo los protocolos establecidos a nivel nacional por las autoridades sanitarias ante la llegada del Covid-19 (coronavirus) a España.

La Junta del Colegio onubense adoptaba tal decisión por coherencia y atendiendo a la petición de los profesionales, al entender que no resultaba factible celebrar el evento en la fecha elegida (13 de marzo) donde se darían cita un importante número de enfermeras y enfermeros onubenses y, de esta forma, "asegurar su disponibilidad y buen estado de salud en beneficio de la atención a los ciudadanos". La Junta consideró que el colectivo al que representa es "el primer eslabón de referencia con la ciudadanía en los centros sanitarios y permanece en mayor medida, en contacto con los pacientes: "Razón mas que suficiente para requerir una especial protección al ser los profesionales sanitarios los responsables de los cuidados de los pacientes".

> ► La Junta de Gobierno adoptó la decisión "por responsabilidad del profesional" y garantizando la "prevención y disponibilidad del colectivo al servicio de la población"

Un solo contagio

El órgano colegial destacó la “imperiosa necesidad de garantizar la disponibilidad de todas las enfermeras (os) en su asistencia sanitaria cotidiana”, conforme la petición a cargo del Consejo General de Enfermería de España "desaconsejando" a los profesionales la participación y presencia en cualquier evento o acto que suponga una aglomeración de profesionales sanitarios “tales como los Congresos, reuniones, o eventos cientificos”. Por lo mismo, el Colegio de Huelva entendió que la mera posibilidad "de que exista un contagio en un profesional que hubiera asistido a estos actos y la posterior cuarentena de todas las personas que hubiesen mantenido contacto hacía "imprescindible" la adopción de la medida (suspensión) para garantizar la prevención y velando por la indeclinable disponibilidad continua en la asistencia sanitaria”.

El Colegio provincial hizo, a su vez, una llamada al uso racional de los equipos de protección especial (mascarillas, guantes, etc.) que eviten el desabastecimiento y provoque carencias en otros lugares y escenarios donde fueran necesarios; caso, por ejemplo, en pacientes inmunodeprimidos que precisan de esos dispositivos. Del mismo modo, la Junta colegial instaba a la población en general y a los profesionales sanitarios en particular a “extremar las medidas higiénicas como el lavado de manos que debe hacerse de forma reiterada, pues se trata de una medida sencilla, de fácil realización y que evita el contagio”.

El Colegio Oficial, como entidad al servicio de la Salud pública, pidió a la población onubense “un uso adecuado de los servicios sanitarios” que evite propiciar situaciones de colapso tanto en las urgencias hospitalarias como en los centros de atención primaria. Para lo cual aconsejaba realizar, en primer lugar, "una auto-observación de los síntomas de la infección respiratoria que pudieran aparecer: tos, fiebre y dificultad al respirar… poniéndose en contacto con el 112 o con los teléfonos de información y atención para recibir indicaciones de los profesionales.

El XXVI Certamen Ciudad de Huelva distingue un trabajo sobre la lactancia materna

- María Teresa Arias Latorre, junto a Guillermo Molina Recio, firmantes del ensayo vencedor dotado con 2.000 euros y Carabela

- El accésit recayó en Mª Auxiliadora Pereles por un estudio sobre Cuidados paliativos en pacientes crónicos

Huelva.- Redacción

El XXVI Certamen de investigación en Enfermería Ciudad de Huelva ha distinguido un trabajo referido a analizar cual es la actitud de los profesionales sanitarios en torno a la lactancia materna. Su primera firmante, la colegiada María Teresa Arias que pasa a engrosar la relación de ganadores en la veterana prueba que convoca el Colegio Oficial de Enfermería en nuestra provincia.El Jurado también reconoció mediante el accésit, la calidad de un ensayo acerca de los Cuidados paliativos en pacientes crónicos del que es autora única Maria Auxiliadora Pereles.

El Jurado constituido en la sede del Colegio Oficial, tras varios meses de deliberaciones, sentenció la suerte del XXVI Certamen de investigación en enfermería Ciudad de Huelva al conceder el primer premio a un trabajo que, en su esencia, trata de analizar las actitudes de los profesionales sanitarios en torno a la lactancia moderna. María Teresa Arias y Guillermo Molina subrayan, desde el inicio de sus consideraciones, que la lactancia materna significa el "método óptimo de alimentación infantil por sus ventajas nutricionales, emocionales e inmunológicas". Los autores entienden que las madres necesitan de "apoyo activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia materna". Y que merced a esos apoyos se pueden traducir en mayores "tasas de inicio y duración de la lactancia materna".

Distancias

Es en este contexto donde el trabajo ganador del Ciudad de Huelva entiende que las actitudes de los profesionales sanitarios "pueden facilitar u obstaculizar la realización de actividades promotoras de salud". Razón determinante para que, desde el conocimiento de la actitud que observen los profesionales sanitarios,se pueda llegar a "reducir las distancias entre las recomendaciones clínicas basadas en la evidencia y su aplicación" práctica por parte del personal sanitario. Y ese fue, en concreto, el objetivo que se plantearon los autores del trabajo: elaborar y validar un instrumento -o escala- que sirva para medir la actitud de los profesionales sanitarios ante la lactancia materna.

Para la realización del ensayo, sus responsables procedieron, en primer lugar, a revisar la literatura existente sobre la materia así como se efectuaron entrevistas con expertos en la materia y que, con posterioridad, un grupo "de jueces" procedieron a evaluar la escala propuesta. La muestra del trabajo se constituyó con un total de 215 sujetos que "cumplían con todos los criterios de selección". En una segunda fase, los autores comprobaron tanto la validez interna como externa del estudio. En el apartado de las conclusiones expuesto en el trabajo, se contempla la elaboración de un instrumento configurado por un total de 21 items con cinco tipos de respuesta. Cuenta tanto con items positivos como negativos estructurados en cuatro dimensiones.

La aportación viene referida a que dichos instrumentos pueden llegar a discriminar entre aquellos profesionales que demuestran "una actitud neutra" respecto a la lactancia materna, así como de aquellos otros sujetos en los que se distingue una actitud positiva cumpliendo con criterios de fiabilidad y eficacia. El Jurado ha destacado el acierto y la singularidad que representa esta aportación en un ámbito tan propio de la enfermería como es la lactancia materna y su trascendencia social .

Para la historia del Ciudad de Huelva quedó ratificado el accésit que el Jurado ha concedido a María Auxiliadora Pereles, única firmante de un aportación sobre un capítulo de tanta actualidad como son los Cuidados Paliativos aplicados en pacientes afectados de dolencias crónicas y complejas. La recompensa para Pereles será de 500 euros y el trofeo onubense por excelencia, la Carabela de plata que, desde su inauguración, simboliza la prueba de investigación mas veterana con que cuenta la profesión de enfermería en la provincia de Huelva.

XXVI Certamen: El Fallo El Jurado encargado de fallar el XXVI Certamen de investigación en enfermería Ciudad de Huelva confirmó este desenlace

Accésit
Cuidados paliativos en personas afectadas de procesos crónicos y complejos
Autora: **Mª Auxiliadora Pereles Pérez**
Dotación:500 euros y trofeo

Ganador
Desarrollo y validación de un instrumento para mediar la actitud de los profesionales sanitarios ante la lactancia materna
Autores: **Mª Teresa Arias Latorre y Guillermo Molina Recio**
Dotación: 1.500 euros y trofeo

Concurso Fotográfico
En este apartado, el fallo se resolvió de esta forma:
Diploma a la fotografía "Saca de las yeguas" de **Juan M. Pérez Cambriles.**
Mención de honor (con 150 euros y trofeo) para la fotografía "Mi bici y el señor eucalipto", de Manuela Barroso Carrasco.
Primer premio (con 450 euros y trofeo) para la fotografía: "Embarcadero nostálgico" de **Antonio Alcalde Pérez.**

Jubilados 2019

Aurora Gonzalez Brioso
Rosa Maria Garcia Fernandez
Juliana Gonzalez Gomez
Asuncion Maestre Chaves
Encarnacion Rodriguez Gomez
Carmen Vicente Peña
Pilar Yañez Ramirez
Antonia Zamorano Sevillano
Maria Dolores Bermejo Castilla
Cinta Aviles Sanchez
Encarnacion Rico Gonzalez
Miguel Medina Alonso
Jose Juan Contioso Ramirez
Julian Duran Moreno
Mª Esperanza Feria Limón
Jose Antonio Delgado Camacho
Mª Rocio Perez De Ayala Sanchez
Catalina Medina Jesus
Maria Ferrer Milan
Juan Cejudo Rosa
Consuelo Garcia Giraldez
Mª Rosario Montero Gonzalez
Maria Coronada Pluma Blanco
Ana Maria Sanchez Blanco
Nieves Alagon Peinado
Rafaela Lopez Borrallo
Sofia Gonzalez Mora
Ana Maria Perez Martin
Jose Carlos Cañadas Duran
Jose Luis Ramos Carrasco
Juan Antonio Manjavacas Garcia Del Pozo
Maria Jesus Pajares Anton
Jose Manuel Suarez Martin
Maria Dolores Nieto Maestre
Antonio Otero Diaz

ÁNGELA ORTEGA E ISAAC FLORIDO, MEDALLAS AL MÉRITO PROFESIONAL

El Colegio Oficial de Enfermería de Huelva hizo pública la identidad de los profesionales reconocidos con uno de los galardones mas valorados por el colectivo: la Medalla al Mérito Profesional. En esta edición, ha recaído en dos protagonistas de la mejor enfermería: Ángeles Ortega e Isaac Florido a quienes, sus propios compañeros, han elegido por sus respectivas trayectorias cargadas de excelencia y humanización.

La Medalla al Mérito Profesional constituye toda una referencia en el colectivo de la enfemería onubense. La Junta general de la corporación colegial dio su aprobación a las distinciones, previa instrucción del oportuno expediente en el que quedaron reflejadas las circunstancias que atañen a los candidatos propuestos. La Medalla refleja los merecimientos y pormenores que se recabaron en torno a las dos personas finalmente elegidas; Ángela Ortega e Isaac Florido. Ambos presentan una amplia trayectoria siempre presidida por el mejor quehacer cotidiano en favor del paciente. Justo lo que establecen los Estatutos del Colegio Oficial que, en su artículo VII y referido a las Distinciones, donde se contempla que se proyectarán para aquellas enfermeras y enfermeros "que hayan destacado notoriamente en el ejercicio de la enfermería o en alguna de sus especialidades".

Desde la Junta que preside Gonzalo García, se ha querido destacar la admirable trayectoria que son comunes a Ángela y a Isaac a quienes sus compañeras y pacientes reconocen amplias y admirables dosis de solvencia, rigor, constancia unido a una calidad humana que les hace dignos merecedores de esta condecoración, orgullo de la profesión en Huelva. De este modo, Ángela Ortega e Isaac Florido se suman a la lista que, en la pasada convocatoria, ocuparon Mamen Segovia Brome y Juan Nicolás Albéndiz Ruiz.

Sabadell
Professional

En Sabadell Professional queremos trabajar en PRO de usted. Por eso mantenemos un acuerdo de colaboración con el Colegio Oficial de Enfermería de Huelva para ofrecerle condiciones ventajosas en la contratación de productos financieros.

Este es solo un ejemplo, pero hay muchos más.
Llámenos al 900 500 170, identifíquese como miembro de su colectivo profesional, organicemos una reunión y empecemos a trabajar.

Cuenta Expansión PRO[1]

Bonificamos su cuota de colegiado

1 / 6

Este número es indicativo del riesgo del producto, siendo 1/6 indicativo de menor riesgo y 6/6 de mayor riesgo.

Indicador de riesgo aplicable a la Cuenta Expansión PRO

Banco de Sabadell, S.A. se encuentra adherido al Fondo Español de Garantía de Depósitos de Entidades de Crédito. La cantidad máxima garantizada actualmente por el mencionado fondo es de 100.000

10% de su cuota de colegiado máximo 50€* el primer año.

+ 0 Comisiones por las transferencias en euros que realice por canales de autoservicio, tanto nacionales como a países del EEE (no inmediatas).

+ Gratis Retiradas de efectivo en una amplia red de cajeros.[1]

+ Gratuitas tarjetas de crédito y débito.[2]

¿Cómo abrir una Cuenta Expansión PRO?
• Solo tendrá que tener domiciliada una nómina o ingreso regular mensual de un importe mínimo de 700 euros, excluyendo aquellos ingresos procedentes de cuentas abiertas en el grupo Banco Sabadell a nombre del mismo titular.
• Ventajas para los jóvenes: para titulares entre 18 y 29 años no es necesario tener ingresos domiciliados y, además, sin comisiones de administración y mantenimiento si la cuenta tiene saldo positivo. Rentabilidad 0% TIN, 0% TAE.
Condiciones de la Cuenta Expansión PRO.
• Comisión de mantenimiento de la cuenta: 30 euros/trimestre. Rentabilidad TIN 0%, TAE: -4,714%, calculada para un supuesto en el que se mantenga de forma constantes durante 1 año un saldo medio de 2.500 euros.
• Comisión de administración de la cuenta: 0,80 euros por apunte.
Bonificaciones de las comisiones de administración y mantenimiento.
Las comisiones de administración y mantenimiento se bonificarán si la cuenta no presenta ningún saldo inferior a 0 euros al final del día durante el periodo liquidado, quedando de la siguiente manera:
• Comisión de mantenimiento: 9 euros/trimestre. Rentabilidad TIN 0%, TAE: -1,4322%, calculada para un supuesto en el que se mantenga de forma constantes durante 1 año un saldo medio de 2.500 euros.
• Comisión de administración de la cuenta: 0 euros por apunte.

* Abonamos el 10% de la cuota de colegiado con un máximo de 50 euros por cuenta para cuotas domiciliadas en una cuenta de la gama Expansión, para nuevos clientes de captación. La bonificación se realizará un único año para las cuotas domiciliadas durante los 12 primeros meses, contando como primer mes el de la apertura de la cuenta. El pago se realizará en cuenta el mes siguiente de los 12 primeros meses.
1. Para disposiciones a débito de importe igual o superior a 60 euros en cajeros de Bankia y en los cajeros de las principales entidades adheridas a la red EURO 6000: Abanca, Ibercaja, KutxaBank, Unicaja, Liberbank, CajaSur, Caixa Ontinyent, Colonya Caixa Pollença)
En los cajeros de Banco Sabadell las retiradas de efectivo a débito son gratis para cualquier importe.
2. Una tarjeta de crédito y una tarjeta de débito para cada titular, con el servicio Protección Tarjetas asociado y con un seguro de accidentes en viaje de hasta 120.000 euros. y tarjeta Repsol Máxima gratis, con un 2% de descuento en carburante al repostar en cualquier estación de servicio Repsol, Campsa o Petronor.

1. Oferta válida hasta el 30/06/2020

Puede hacer extensiva esta oferta a sus empleados y familiares de primer grado.

sabadellprofessional.com

Banco de Sabadell, S.A., Avda. Óscar Esplá, 37, 03007 Alicante, Inscrito en el Registro Mercantil de Alicante, tomo 4070, folio 1, hoja A-156980. NIF A08000143. Condiciones revisables en función de la evolución del mercado. Serán de aplicación las que estén en vigor en el banco en el momento de la formalización. Documento publicitario. Fecha de emisión: Marzo 2020

{CodigoClienteCarta}

NUEVO PLAN CONTRA LAS AGRESIONES AL PERSONAL DEL SAS

Huelva.-Redacción

El SAS ha dado su aprobación, con el total respaldo de los sindicatos, al nuevo "Plan de prevención y atención de agresiones para los profesionales de la sanidad pública regional". Las principales novedades de esta aportación giran en torno a dar información a los trabajadores sobre la existencia de anteriores episodios de violencia en las instituciones sanitarias así como la presencia de un profesional por cada centro que, con formación específica,haga labores de guía para aumentar las cotas en la prevención, frente a las agresiones. En Andalucía se contabilizaron 1.507 agresiones,físicas y verbales, a lo largo de 2019.

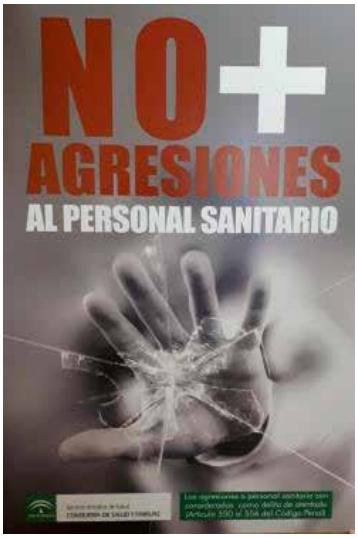
La Administración sanitaria andaluza dio su aceptación al nuevo "Plan de prevención y atención de agresiones para los profesionales" de la red del SAS. El acuerdo, unánime, se alcanzó entre los responsables del SAS y la Mesa sectorial de Sanidad en la que están representadas las distintas organizaciones sindicales.En virtud a este acuerdo, el nuevo Plan incorpora, como novedades, un programa de acompañamiento al profesional que resulte objeto de una agresión y la incorporación de un trabajador en tareas de guía para fomentar la prevención y modo de actuación ante las situaciones de violencia. En este plan se incorpora la habilitación de canales para que, con rapidez y agilidad el sanitario agredido se vea acompañado tras producirse el siniestro, mediante actuciones psicológicas a la víctima además de campañas informativas que conciencien a los ciudadanos sobre el funcionamiento de la sanidad pública y que cosas pueden, o no, realizar el personal.

El SAS aseguró que, en este contexto, "la formación a los profesionales cobrará una especial importancia" porque abordará parcelas tan relevantes como, por ejemplo, aprender a afrontar situaciones conflictivas y el modo de actuar cuando se consuma la agresión. Durante el pasado año, un total de 4.550 profesionales (de mas de 93.000 que constan en la plantilla del SAS) ya han participado en el curso de control para actuar frente a situaciones no deseadas. Los usuarios también recibirán una serie de dispositivos, mediante cartelería, y mensajes específicos, advirtiéndo del rechazo y consecuencias que se derivan al lamentable tipo de conductas incívicas.

Aportaciones

Este Plan incorpora, además, las aportaciones del grupo de trabajo creado por la Consejería de Salud y Familias donde participaron Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, agentes sociales, asociaciones de pacientes y letrados de la Administración regional. Otra novedad es que el personal tendrá información sobre los incidentes habidos con anterioridad en las dependencias sanitarias. Todo ello sin olvidar la deseable mejora en las dotaciones de las plantillas que eviten la aparición de problemas en forma de las listas de espera, demoras en las consultas y retrasos en la atención, que, en conjunto, contribuyen a la aparición de unos episodios que el Colegio Oficial de Enfemería de Huelva siempre "ha condenado de forma rotunda y sin paliativos".

Salud dio a conocer las cifras que resumen el insoportable clima de violencia que se vive en la red sanitaria de la comunidad. Durante 2019, se produjeron 1.507 agresiones de las cuales la mayoría (1.218) fueron verbales en forma de insultos y amenazas y el resto (289) físicas. En 2018 las agresiones ascendieron a 1.235 (de ellas, 267 físicas), si bien se ha reducido el porcentaje de



► Administración y Mesa sectorial respaldan un marco de prevención anti-violencia. En 2019 el SAS contabilizó 1.507 agresiones.

episodios de agresiones físicas: 19,2% frente al 21,6% del año anterior. Este censurable clima de violencia se ratifica en que también ha aumentado el número de agresiones sufridas por las mujeres como por los hombres. En Huelva, según CSIF, se consumaron 126 agresiones de las que 13 fueron físicas (10,3%) y 113 (89%) verbales. Para combatir las situaciones violentas, se dispone de recursos para avanzar en la seguridad tales como las 3.731 cámaras de seguridad, 5.410 timbres de consulta, 1.049 consultas comunicadas con interfonos, 3.711 salidas alternativas o los 14.464 terminales en puestos de trabajo con el software anti-pánico instalado.

ENTREGA DE BECAS DEL EXPERTO ONCOPAL

Huelva.- Redacción

La Fundación Ángel Muriel, entidad sin ánimo de lucro dedicada a apoyar a las personas diagnosticadas con algún tipo de cáncer y a fomentar la investigación oncológica, hizo entrega de las Becas para el Curso de Experto en Cuidados Oncológicos y Paliativos (Oncopal) que, desde hace cuatro años, concede para fomentar la mejor atención de la enfermería a estos pacientes. En la presente edición, el premio recayó en tres jóvenes enfermeras onubenses alumnas del citado bloque formativo.

La sede de la Fundación Ángel Muriel volvió a reunir a responsables de la profesión y docencia en torno a las Becas que la entidad viene otorgando para fomentar los mejores cuidados a los pacientes de cáncer. Este año, las Becas han recaído en tres alumnas del Curso de Experto que organiza la Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva y que cuenta con el respaldo de la Fundación Mapfre. Las enfermeras elegidas han sido: Judith Murillo Ramírez, Dolores Uranga González y Diana Ramona Milhaca. Recordemos que en otras anteriores convocatorias la beca fue para una sola titulada enfermera, como, por ejemplo, Pilar Carretero Gutiérrez.

La entrega de las Becas tuvo el respaldo de autoridades, junto a la presidenta de la Fundación, Pepita Moreno, como el Teniente de Alcalde de Cultura del Ayuntamiento de Huelva, Daniel Mantero, la vicepresidenta del Colegio Oficial de Enfermería, Patricia Mauri, la vicepresidenta del Colegio Oficial de Médicos, Mercedes Ramblado la directora del Master, Dolores Merino y Roberto del Barrio, de la Fundación Mapfre. Con la nueva concesión, la Fundación Ángel Muriel mantiene su propósito de apoyo a la formación de sanitarias que, como estas tres alumnas, "tienen la firme vocación de dedicarse al cuidado de los pacientes oncológicos y de los cuidados paliativos", que son, entre otros, objetivos por los que nació la Fundación -(en abril de 2015)- en memoria de quien toma su nombre, el empresario pesquero onubense fallecido a causa del cáncer.

Investigar en el SAS: la mayoría son mujeres

Al hablar de investigación en el seno del SAS, la cuestión también tiene acento femenino. Según los datos facilitados por la Consejería de Salud y Familias, mas del 54% del personal dedicado a la investigación que, durante 2019, han participado en algún proyecto de investigación en salud corresponde a mujeres, porcentaje que aumentó durante ese mismo periodo. En el sistema público sanitario de la región, son un total de 4.178 los profesionales del SAS que desarrollaron algún tipo de iniciativa investigadora siendo la mayoría (2.271) las mujeres dedicadas a esta tarea.

El incremento de las mujeres relacionadas con iniciativas científicas dentro del SAS tiene un fiel exponente en el Proyecto Nicolás Monardes, una apuesta destinada a fomentar la incorporación de personal investigador a las Unidades sanitarias de la red pública andaluza, a través de la captación de talento y dar estabilidad y continuidad científica a aquellos profesionales que ya han mantenido anteriores propuestas y que deciden prolongar sus indagaciones a problemas de salud en áreas tales como la oncología o la endocrinología. En la actualidad, son 43 los profesionales del SAS que, con estos perfiles en encuentran, trabajando en diferentes hospitales y centros de la comunidad. Y de ese grupo, la mayoría (24) son mujeres lo que representa el 56% de este sector.

CONVOCADO EL IV PREMIO DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS ONCOLÓGICOS

Huelva.- Redacción

La Fundación Ángel Muriel sigue dando continuidad al Premio de investigación para enfermería en cuidados oncológicos y paliativos. A primeros de año tuvo lugar la presentación de la cuarta edición de un galardón que, respaldado por el Colegio Oficial de Enfermería de Huelva, busca incentivar la investigación de los profesionales del colectivo "en el tratamiento y cuidados de los pacientes" víctimas de cáncer. Se mantiene la dotación de 2.000 euros y los aspirantes, colegiados de cualquier provincia española, tienen de plazo para presentar los trabajos hasta las 14,00 horas del 9 de octubre 2020, estando prevista la entrega para el próximo mes de noviembre.

El IV Premio Ángel Muriel, dedicado a fomentar la faceta investigadora de la profesión en materia de Cuidados Oncológicos y Paliativos, ya está en marcha. A mediados de enero, la responsable de la Fundación, Pepita Muriel y el presidente del Colegio Oficial de Enfermería en la provincia, Gonzalo García, daban a conocer las bases de la nueva edición de un premio que, paso a paso, va haciéndose un sitio destacado en el panorama de los cuidados al paciente de cáncer. La Fundación ha destacado el "importante papel" que las enfermeras desempeñan en la atención al paciente oncológico… Pepita Muriel y Gonzalo García rubricaron las bases del premio que renueva el compromiso adquirido por ambas entidades cuando, en el año 2016, se instituyó este importante frente de reflexión y avance sanitario.

Aportación original

La cuarta convocatoria mantiene la misma dotación (2.000 euros) de años precedentes para el trabajo ganador que deberá decidir un jurado presidido por el responsable del Colegio Oficial de Enfermería onubense o persona en quien delegue. En las bases se contemplan las distintas especificidades del premio entre ellas que podrá ser declarado desierto si el Jurado, cuyas deliberaciones son secretas, considera "que los trabajos presentados no alcanzan la puntuación suficiente para ser merecedor" de recibir la distinción, mientras que las decisiones del Jurado se "adoptarán por mayoría simple". El Jurado será designado por el pleno de la Junta directiva del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva.

Las bases del Premio -publicadas en las páginas web de la Fundación y del Colegio-, contienen las particularidades que deben cumplir los aspirantes, colegiados de cualquier provincia española, tales como entre otras, presentar un trabajo inédito, con una extensión máxima de 50 páginas acompañado de un breve currículo del solicitante, bibliografía… El Jurado sostiene que los concursantes "deben constituir una aportación original e innovadora, valorándose de manera especial su repercusión en el campo de conocimientos de los Cuidados Oncológicos". El fallo se hará público a los 30 días de finalizar el plazo de admisión y la entrega se realizará en noviembre 2020.

Del norte al sur

En su, todavía, corta trayectoria, el Premio Ángel Muriel ha conocido el éxito de dos enfermeras vascas. La distancia física entre el norte y el sur occidental onubense no ha sido obstáculo para que el historial de esta prueba solo conozca, de momento, el éxito de dos profesionales vascas. Esta es, resumida, la peripecia que ha recorrido el premio.

1er Premio (2017)

Ganadora: **Ainhoa Ulibarri Ochoa**

Trabajo: *Afrontamiento, calidad de vida, resilencia y otros factores psicosociales en personas con cáncer durante el tratamiento de quimioterapia sistémica ambulatoria.*

2º Premio (2018)

Desierto

3er Premio (2019)

Ganadora: **Estibaliz Gamboa Moreno**

Trabajo: *Impacto en la calidad de vida en supervivientes de cáncer tras participar en el programa "Paciente activo". Cuidando mi salud después del cáncer.*

GUÍA MULTIDISCIPLINAR PARA EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Una Guía al servicio de pacientes, profesionales y familiares

Huelva.- Redacción

El Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez (HUJRJ) ha puesto en circulación la denominada "Guía informativa para el paciente oncológico". Es una apuesta pionera que cuenta con aval científico y pensada para suministrar información integral, a las numerosas dudas que tienen los pacientes víctimas de cualquier problema oncológico. Elaborada por un equipo multidisciplinar del centro hospitalario de referencia, busca "aportar un grano de arena" que haga el camino mas fácil a las personas diagnosticadas de cáncer, el primer problema socio-sanitario del siglo XXI.

La "Guía informativa para el paciente oncológico" es una novedosa e importante aportación de profesionales del HUJRJ con experiencia en el tratamiento de estos pacientes. Médicos oncólogos, radioterapéutas, enfermeras especialistas, psicooncólogas y coordinadores de investigación han sumado esfuerzos hasta culminar un proyecto que, coordinado por el Dr. Juan Bayo, responsable del Servicio de Oncología Médica del centro, representa una herramienta informativa que dé apoyo a pacientes y familiares de una dolencia -el cáncer- que en cualquiera de sus manifestaciones afectará a mas del 40% a lo largo de sus vidas mientras el resto son sus familiares.

> El Hospital J.R. Jiménez edita una obra pionera a nivel nacional que facilita el proceso asistencial al enfermo de cáncer.

El manual también es válido para los profesionales sanitarios implicados en la asistencia, además de otros sectores -voluntarios, estudiantes, asociaciones de pacientes…- que deseen acercarse a una obra articulada en torno a cuatro bloques. A saber: introducción a la enfermedad; modalidades terapéuticas, investigación y consejo genético, calidad de vida y, finalmente, información práctica sobre pautas útiles y recomendadas para quienes deseen ampliar conocimientos en el contexto oncológico. Los autores han estimado que latía una "necesidad no cubierta" en torno a los numerosos procesos oncológicos solventados mediante esta Guía… entendida como el acercamiento a una información veraz y adecuada como forma de que el proceso asistencial discurra del modo mas positivo posible y, a la vez, aumentando el control del propio paciente sobre su enfermedad.

Información fiable

La Guía surgió en el HUJRJ al entender sus autores que la información que se ofrece a la persona enfrentada a la nueva realidad era incompleta por la falta de tiempo para asimilarla, el desarrollo tecnológico y la complejidad de los tratamientos actuales, lo cual propiciaba una información casi siempre incompleta y excesivamente técnica para ser asumida con facilidad. En este sentido, la Guía… contribuye a esclarecer la maraña de informaciones que el paciente, con un simple clic en internet, obtiene muchas veces de forma sesgada o errónea en relación con la enfermedad.

Es la primera vez que la sanidad española articula un manual de estas características que cubra la información básica con el mayor rigor según representa el aval científico a cargo de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y el Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC). Su redacción es genérica y, por lo mismo, aplicable a cualquier Unidad de Oncología de España, lo que la convierte en un recurso utilizado, potencialmente, por cientos de miles de usuarios, sean pacientes, profesionales o familiares.

HOSPITAL DE DÍA, MEJORAS ENFERMERA EXPERTA EN CUIDADOS ONCOLÓGICOS

El HUJRJ hizo coincidir el pasado Día Internacional del Cáncer con la puesta en marcha de una serie de mejoras centradas en el Hospital de Día Oncológico. Unas innovaciones que fueron tanto de orden material -nuevos sillones para tratamientos, salas y sistemas de consulta-, como de apuesta por la Humanización con la creación de nuevos recursos, tales como la consulta de psicooncología y, sobre todo, la presencia de la Enfermera Experta en Cuidados Oncológicos.

El Hospital de Día Oncológico del J.R. Jiménez ha implementado un plan de mejoras mediante una serie de medidas como una veintena de nuevos sillones para diferentes dependencias que optimizarán las condiciones en los tratamientos específicos y la realización de determinadas pruebas diagnósticas. Son aspectos contenidos en el Plan de Humanización que ayudará a mejorar la confortabilidad y la accesibilidad a los profesionales que han merecido una respuesta positiva por parte de los pacientes y familiares que disponen de nuevas salas de espera, servicio de recepción durante la mayor parte del día con posibilidad de formular las numerosas dudas mediante la puesta en marcha de un programa informático para citas con el personal médico y de enfermería.

Uno de los logros mas destacados ha sido la creación del puesto de la "Enfermera Experta en Cuidados Oncológicos" llamada a ser de importante ayuda en aquellos casos de mas complejidad y que, a su vez, potenciará la continuidad asistencial con el nivel de la Atención primaria. Junto a ella, se aperturaba una nueva consulta de Psicooncología que funciona a diario, tanto para los pacientes como para sus familiares así como para el personal de la Unidad y que ha sido fruto de un convenio de colaboración con la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC).

Todo ello, en fin, representa nuevos pasos adelante en la ingente tarea de hacer frente al cáncer. Un enorme problema socio-sanitario porque, según confirmó la Sociedad Andaluza de Oncología Médica, (SAOM), la incidencia de la enfermedad continúa creciendo entre la población. Para el presente año 2020, se calcula que serán diagnosticados 50.000 nuevos casos en Andalucía con mayor prevalencia (57%) en hombres que en mujeres (43%).No obstante, el 55% de los nuevos pacientes oncológicos de nuestra región lograrán superarlo gracias a los nuevos avances, tratamientos e innovaciones terapéuticas. Lo que confirma un aumento de la supervivencia y calidad de vida de las personas víctimas de algún tipo de tumor. Los datos sobre el cáncer en Andalucía son similares a los que se dan en el resto de España y Europa.

En cuanto a la provincia de Huelva, los cálculos y previsiones en torno al cáncer apuntan a que alrededor de 3.000 onubenses serán diagnosticados con nuevos casos de cáncer a lo largo de 2020.
Nuestra región sigue siendo un referente nacional en el abordaje y tratamiento de estas patologías. En los hombres, existe una supervivencia por encima del 60% y hasta cerca del 80%, en tumores en tiroides, testículo, melanoma de piel, linfoma de Hodgkin, vejiga, o cáncer de colon. En las mujeres, el cáncer de mama, tiroide, cuello de útero, colorrectal… también se sitúan entre el 60%-80% en cuanto a supervivencia.

500.000 ANDALUCES SUFREN "ENFERMEDADES RARAS"

▶ Una reunión aborda la realidad que afecta a víctimas de las 8.000 patologías existentes y la gestión de los recursos sanitarios disponibles.

Huelva.- Redacción

Medio millón de andaluces son víctimas de las llamadas "enfermedades raras". Poco a poco se abre en la sociedad el convencimiento de que, además de ser calificadas como "raras", el número de personas que padecen unas patologías no convencionales va en aumento con la enorme secuela de circunstancias de toda índole -familiar, laboral…- que se derivan de una realidad no siempre entendida en su exacta dimensión. De esto trató la I Reunión de Directivos de la Salud en enfermedades raras que, celebrada en Sevilla, busca mejorar la atención a estas personas mediante la adecuada planificación y gestión de los recursos existentes.

En España son 3 millones las personas afectadas por las "enfermedades raras" de las que, en Andalucía, viven alrededor de 500.000 pacientes con estos problemas de salud. Para intercambiar experiencias sobre como abordar estas patologías se celebró la I Reunión de Directivos de Salud y el SAS, inauguradas por el Consejero Jesús Aguirre. Sobre la mesa de debate unas cifras que hablan de la magnitud de este problema sanitario en España. "Aunque las enfermedades raras se caracterizan por su baja prevalencia, existen entre 7.000 y 8.000 dolencias que, en su conjunto, afectan a un gran número de personas", según concretó Beatriz Muñoz, responsable del Plan Andaluz de Atención a las personas que sufren este grave problema sanitario.

El Plan tiene por objeto "mejorar la atención a las personas con enfermedades raras en la región mediante una adecuada planificación y gestión de los recursos sanitarios con la finalidad de contribuir a la prevención, a la disminución de la morbimortalidad y a mejorar la calidad de vida de las personas con estas dolencias, así como apoyar a sus familiares en condiciones de igualdad". Porque estas patologías llevan aparejadas una larga serie de hándicaps que repercuten no solo en un nivel psico-físico sino, además, en ámbitos laboral, familiar, y social.

Infancia

En el año 2000, los afectados unieron sus intereses en la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) cuyo presidente, Juan Carrión, destacó que se trata de "dolencias de carácter crónico, degenerativo y genético en mas del 70% de los casos", además de aparecer en la infancia en 2 de cada 3 casos, causa de una gran discapacidad en la autonomía personal poniendo, a la vez, en juego el proyecto vital de quienes conviven con ellas. Por lo mismo reclaman "una atención integral, basada en la equidad en el acceso a los recursos y servicios con especial énfasis a los dedicados a los diagnósticos y tratamiento", los dos principales problemas de este colectivo.

El Plan Andaluz para la Atención al medio millón de personas que viven entre nosotros con unas dolencias minoritarias, preconiza dar pasos adelante en los sistemas de información y registro, la prevención primaria y la detección precoz de estas patologías, así como fomentar la formación y la investigación del personal sanitario junto a la concienciación ciudadana con el soporte de las asociaciones de afectados. La mayoría de las víctimas no dispone de un tratamiento específico al ser problemas de origen genético que se manifiesta en los primeros años de la vida, por lo que los niños son el sector de edad mas afectado. Otros factores que también inciden, negativamente, en el abordaje de esta realidad son la dispersión geográfica de los pacientes lo que dificulta la investigación haciendo que los ensayos resulten costosos y de larga duración. Los expertos abogaron durante este I Foro optimizar al máximo los recursos disponibles en materia de medicamentos dado que solo del 10% de las, aproximadamente, 7.500 enfermedades raras, existe un conocimiento riguroso científico.

Discriminación, desconocimiento

El paciente que convive con una enfermedad rara se ve obligado a aguardar una media de 5 años para obtener el diagnóstico de su dolencia. Mientras se demora este tiempo, el enfermo no recibe ningún tipo de tratamiento (40,9% de los casos) o ha recibido un tratamiento inadecuado (26,7% de los casos) por lo que la enfermedad se ha agravado (26,8% de los casos). Son datos de la propia FEDER añadiendo que, en cuanto a la atención sanitaria, "el 46,6% no se siente satisfecho" con la asistencia recibida mientras que mas del 40% "recibe un tratamiento que consideran inadecuado" y donde la mayoría (72%) de estos pacientes cree, "al menos una vez fue tratado inadecuadamente por algún personal sanitario", a causa, primordialmente, "por la falta de conocimientos de su patología", (56% de los casos).

El factor económico también adquiere gran relevancia pues los costes suponen el 20% de los ingresos familiares, y de media cada familia dedica mas de 350 euros a esta causa. Otra realidad es la discriminación que denuncia el 75% de los afectados. Una discriminación que se da en ámbitos como la atención sanitaria (32%), ocio (32%), educación (30%) y actividades de la vida cotidiana (20%).

El Infanta Elena reduce su lista de espera

9.500 OPERACIONES QUIRÚRGICAS EN 2019

Huelva.- Redacción

El Hospital Infanta Elena (HIE) dio a conocer el balance de su actividad quirúrgica durante 2019. Y el resultado ha sido todo lo positivo que supone realizar casi 9.500 intervenciones, tanto de las programadas como de urgencias y cirugía mayor ambulatoria, lo que representa casi un 5% mas respecto al año anterior, con mejora de la lista de espera. La apertura de los quirófanos para determinadas especialidades en horario de tarde y las actuaciones de refuerzo por parte de los profesionales han deparado una optimización que ha sacado de la lista de espera a mas de cien pacientes que aguardaban una operación fuera de los plazos contemplados en el Derecho de Garantías asistenciales. El hospital abarca a una población de 175.000 personas.

Los quirófanos del HIE realizaron, a lo largo de 2019, un total de 9.428 intervenciones quirúrgicas. La puesta en marcha del nuevo Hospital de Día quirúrgico fue un factor determinante para alcanzar ese resultado pues del global cerca de 3.000 se desarrollaron en el de Día, evitando el ingreso del enfermo y facilitando la recuperación y comodidad del paciente con las debidas garantías de seguridad y calidad. Las intervenciones urgentes sumaron 1.500 mientras algo mas (cerca de 2.000) fueron las que estaban programadas. De esta forma, el hospital ha disminuido su lista de espera general en un 5% y en mas del 37% en el caso de aquellos enfermos cuyos plazos estaban fuera del Decreto de Garantías.

El esfuerzo de los, aproximadamente, mil trabajadores que conforman la plantilla del centro, con mención especial a su enfermería, contribuyó a remarcar las medidas de refuerzo planificadas desde la dirección y desarrolladas por las distintas Unidades quirúrgicas, servicios de apoyo, coordinación y organización del conjunto de los profesionales para dar respuesta a la alta demanda registrada con el objetivo prioritario de rebajar uno de los déficits mas graves del sistema público como son las listas de espera y acceder al quirófano para resolver el problema de salud. La consecuencia es que todas las especialidades clínicas, -con la excepción de Traumatología- ya se encuentran dentro del plazo legal estipulado por Salud.

Población atendida

En el balance correspondiente al 2019, el HIE llevó a cabo 154.000 consultas externas de las que una buena parte (60.000) fueron de primera visita derivadas desde los centros de atención primaria de la provincia. De igual tenor fue la respuesta obtenida en las áreas de apoyo clínico tales como las de

► La actividad de los quirófanos se une a las 40.000 urgencias atendidas o los 8.000 ingresos hospitalarios contabilizados.

Análisis clínico y Radiodiagnóstico las cuales vieron aumentar su actividad en el último ejercicio anual para hacer frente a las demandas tanto de las consultas como de las operaciones quirúrgicas. Y en este contexto fueron 94.420 las pruebas radiológicas convencionales, realizadas, los 11.819 estudios de Tomografía Axial Computerizada (TAC) y las 6.900 resonancias. Otro dato relevante fueron las 9.600 ecografías llevadas a cabo lo que representa un 24% mas que en el ejercicio anterior. O las 10.100 mamografías a mujeres y mas de 300 pruebas de telemando. Todos estos índices comportan que la lista de espera de pruebas diagnósticas experimentó una bajada del número de pacientes superior al 58%. Otro importante capítulo, fueron los mas de 8.000 ingresos (un 5% menos que en el 2018) mientras atendió un volumen de casi 40.000 urgencias siendo 2.654 las endoscopias digestivas, 1.900 los ecocardiogramas, los 447 estudios de monitorización cardiaca y las 343 pruebas de esfuerzo, a cargo de la Unidad de Cardiología.

El HIE, con rango de centro público comarcal, atiende a una población estimada en 175.000 personas residentes en poblaciones pertenecientes a los Distrito Huelva-Costa y Condado-Campiña. MONTSE,ESTA PAGINA LLEVA DOS

EL CENTRO DE SALUD DE ISLA CHICA, A BUEN RITMO

Huelva.- Redacción

Uno de los proyectos sanitarios mas relevantes de la AP en Huelva-capital lo constituye y simboliza, sin duda alguna, el Centro de Salud de Isla Chica. Se trata de una demanda social que acumula demasiado tiempo de espera para llegar a convertirse en una instalación que de satisfacción tanto a usuarios de la populosa barriada como a profesionales allí destinados. La noticia en torno a este capítulo es que las obras continúan a buen ritmo dado que,actualmente, se encuentran por encima del 50% de su ejecución. Las previsiones apuntan a que los trabajos, iniciados en julio de 2018, podrían concluir a principio del próximo otoño. El presupuesto asciende a casi 3.500.000 euros, con un plazo de ejecución de 22 meses.

El nuevo Centro de Salud de Isla Chica es algo mas que una simple instalación del primer nivel asistencial. Los datos lo corroboran: atenderá a una población superior a los 20.000 habitantes, ubicado en una parcela cedida por el Ayuntamiento, del antiguo estadio colombino. Va a contar con una superficie construida de 2.566 metros cuadrados donde tendrán cabida distintas áreas: asistencial, administrativa y de servicios. En la primera se contemplan las urgencias, diagnósticos, para adultos (con 20 consultas) junto a las dedicadas a pediatría, lactancia. También contará con un servicio de Cirugía menor, odontología, enfermera gestora de casos, educación sanitaria, trabajadora social, etc...

Si no aparecen problemas e interrupciones en los trabajos (como sucedió durante el pasado mes de agosto),el Centro de Isla Chica podría estar finalizado a finales del próximo verano mientras los cálculos mas fiables situarían su entrada en funcionamiento para antes de que finalice el presente año . Entonces, se pondría fin a un proyecto que, como tantos otros en la provincia onubense, se ha eternizado con previsiones y plazos fallidos. El proyecto inicial data de 2002 mientras dos años después (2004) se dijo que iba a tener carácter "provisional". Por fortuna, década y media después, la instalación urbana de AP parece encaminarse a su resolución definitiva.

Un Centro largamente demandado por la población

LA AP INCORPORA LA ENFERMERA EN HERIDAS COMPLEJAS

Los Distritos de Atención Primaria (AP) Huelva-Costa y Condado-Campiña han incorporado, desde mediados del pasado mes de febrero la figura de la "Enfermera referente en Heridas crónicas complejas" dentro del modelo organizativo que apuesta por el avance en el abordaje de esta parcela asistencial. De esta forma, se contribuye a que, los equipos sanitarios adopten decisiones compartidas fruto de la unificación de criterios, en beneficio de la mayor calidad en la atención.

La presencia de enfermería experta en los cuidados de las heridas de mayor complejidad sirve para la continuidad asistencial entre los distintos niveles. Al mismo tiempo, contribuye a los logros del objetivo del plan terapéutico y asegurando el uso mas efectivo posible de los recursos disponibles. Desde los Distritos de la AP onubense mostraron su convencimiento de que la nueva figura de enfermera (enfermero) referente en Heridas crónico-complejas representara un avance tanto para la profesión de enfermería como, y sobre todo, para los pacientes de ambos distritos del primer nivel asistencial.

IMPULSO A LOS "SUBCOMITÉS DE TUMORES" EN HOSPITALES

Huelva.- Redacción

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha puesto en marcha una iniciativa que, pionera en España, tiene por objetivo mejorar la asistencia a pacientes con cáncer. Se trata de los denominados "Subcomités de tumores" en los hospitales, llamados a actuar tanto en los diagnósticos como en los tratamientos de aquellos enfermos víctimas de cáncer con mayor complejidad. En estos órganos colegiados con ámbito multidisciplinar, se planificará la atención y las decisiones a adoptar especialmente en los casos donde no son de aplicación los protocolos habituales.

La sanidad andaluza va a ser la primera comunidad que regula e impulsa los "Subcomités de tumores" en los centros hospitalarios. La apuesta por estos órganos colegiados radica en mejorar la coordinación entre los profesionales sanitarios de las distintas especialidades y disciplinas que, a lo largo del proceso clínico, participan en la toma de decisiones y en el abordaje y manejo de cada una de las localizaciones tumorales. Desde Salud anunciaron que "se crearán tantos subcomités como tipos de cáncer", lo que da una idea del carácter ambicioso que comporta esta propuesta. El SAS aseguraba que, a la par, estos subcomités fomentarán la formación y conocimientos en materia oncológica para que los profesionales en fase de especialización estén presentes en las sesiones donde se proceda a valorar los casos clínicos.

Andalucía, de esta forma, es la primera región que regula estos dispositivos asistenciales en la red hospitalaria con la finalidad de coordinar al conjunto de profesionales que, en cualquier fase, intervienen en la atención al paciente. En el seno de estos Subcomités se decidirán las actuaciones (diagnóstica y terapéuticas) que se correspondan con cada escenario clínico así como recoger los deseos expresados por el paciente. A la vez, organizarán el flujo de enfermos coordinando a los distintos servicios hospitalarios mediante la agilización de todos y cada uno de los pasos a los que debe someterse el enfermo. De forma periódica, los subcomités efectuarán un seguimiento y evaluación acerca de los indicadores de calidad así como podrán elaborar un diseño de esos mismos indicadores en aquellos procesos donde no exista una documentación específica al respecto.

EL GASTO FARMACÉUTICO EN 2019 ASCENDIÓ A 10.792 MILLONES

La factura farmacéutica constituye uno de los ejes fundamentales sobre los que se conforma el Sistema Nacional de Salud (SNS). Por lo mismo, representa un capítulo trascendental, de enorme importancia conocer la evolución que refleja en sus cuentas cara a la sostenibilidad del Sistema. En lo que se refiere al cierre del ejercicio del 2019, el importe global de la factura en medicamentos y productos sanitarios ascendió hasta los 10.792 millones de euros. Una cifra que representa un incremento del 2,97% respecto al acumulado año precedente. Por lo que respecta a las Mutualidades (Muface, Isfas, Mugefu) la partida ascendió a 448,7 millones de euros lo que significa un leve incremento (0,8%) en relación al año 2018. Conviene recordar que el gasto total de esta misma partida, durante 2017, fue de 10.170 millones de euros.

Se confirma que la factura sanitaria en el SNS mantiene una línea ascendente, que se mantiene durante los últimos años. El aspecto mas positivo es que queda lejos la subida del 4% registrado en 2016 cuando se encendieron muchas alarmas. Por regiones, solo dos comunidades (País Vasco y Navarra) han logrado reducir su gasto farmacéutico en 2019. En la autonomía vasca descendió un 1,62% mientras en Navarra fue del 0,25%. Andalucía, por su parte, incrementó su gasto farmacéutico en 3,72% hasta alcanzar los 1.901 millones de euros. Del mismo tenor fueron las subidas en Madrid (3,22% hasta 1.279

millones), y Cataluña (3% con una factura de 1.502 millones de euros).

El número de envases facturados en el SNS ascendió a 971 millones de euros (2.69% mas que en 2018). El número de recetas que se facturaron en el SNS a lo largo y ancho de 2019 fue de 1.010 millones, conforme a los índices correspondientes a las comunidades autónomas y a las mutualidades. (En 2018 fueron 923 millones de recetas). El incremento del número de recetas emitidas representa una subida del 7,4% con relación al año 2018. En cuanto al gasto medio por receta ascendió a 11,29 euros, levemente inferior a los 11,41 euros de promedio por receta en el ejercicio de 2018.

El Centro de Transfusión, reconocido con la Medalla de Huelva

Huelva.- Redacción

Huelva celebró el Día de la Ciudad dentro de los actos conmemorativos del Patrón, San Sebastián 2020. El Alcalde, Gabriel Cruz, en nombre de la corporación, hizo entrega de las diferentes distinciones a aquellas instituciones y personalidades elegidas que, con su trayectoria, "hacen ciudad y dan sentido a esta celebración" a vez que mostró el "orgullo, gratitud y profunda admiración" de la sociedad por el "talento, la generosidad y el compromiso de los galardonados". Entre los distinguidos del presente año figuró el Centro de Transfusión, Tejidos y Células de Huelva, que durante todo el año y con aportación activa de enfermería, lleva a cabo numerosas campañas e iniciativas a favor de las donaciones para dar respuesta a las necesidades de los hospitales.

La Casa Colón fue el escenario para la entrega de las distinciones que, anualmente, recaen en las personas e instituciones que contaron con el respaldo de todos los grupos políticos representados en el Pleno Municipal, salvo la abstención de Adelante Huelva. Una efeméride que alcanzó la vigésima edición y de cuya relevancia quiso destacar el Alcalde, Gabriel Cruz porque, dijo, se trata de "unos reconocimientos que han calado en el corazón de los onubenses". De esta forma, se materializaron un total de ocho Medallas de la Ciudad, dos títulos de Hijos predilectos, uno de Hijo adoptivo y siete incorporaciones al callejero de la capital.

Garantizar la atención a los pacientes

Entre las entidades reconocidas con la Medalla de la Ciudad figuró el Centro de Transfusión, Tejidos y Células de Huelva. La distinción se justificaba como gratitud por la dedicación y desempeño profesional al conjunto de trabajadores de esta entidad a la vez que hace visible el ejemplo de solidaridad y generosidad de la ciudadanía acudiendo a participar de forma activa en las numerosas campañas de donación de sangre para mantener la actividad diaria de los quirófanos donde se salvan vidas humanas. Porque, como insiste la administración sanitaria, "sin donaciones sanguíneas, no se podría garantizar la atención a los pacientes". De ahí que la generosidad de los donantes anónimos permita disponer de las reservas suficientes para afrontar cualquier escenario. En el ámbito sanitario, otro referente fue la concesión de una calle al Dr. Anselmo Botello "buen ejemplo de las personas que engrandecen nuestra ciudad con su buen hacer y su enorme valía humana y profesional", como destacó Cruz.

El primer edil defendió "una Huelva entusiasta, proactiva, protagonista y artífice de su propio futuro". Las Medallas de la Ciudad fueron para David de Miranda, Cristo de las Tres Caídas, Cocemfe, Club Asirio Tiro con Arco, Remedios Malvárez, Gupo Onuba, Huelva Comercio y el citado Centro de Transfusión, Tejidos y Células. El título de Hijo predilecto de la ciudad recayó en José María Segovia y Carmen Rovira mientras el de Hijo Adoptivo fue para José Manuel de Lara. Con respecto a la designación de nuevas rotulaciones en el callejero de la ciudad, el Ayuntamiento las ha concedido a nombre de: Alcalde Pedro Rodríguez, Dr. Anselmo Botello, Virginia Nieto, Francisco Gaona, Pasaje de los Procuradores y Plaza Virgen de los Ángeles.

Huelva necesita, diariamente, 80 bolsas de sangre

El Centro de Transfusión, Tejidos y Células de Huelva, institución dependiente del SAS, fomenta la donación, análisis y distribución de hemoderivados en la provincia. La Medalla de la Ciudad se le otorgó por su labor, dedicación y compromiso con la sociedad onubense y "llevar a la excelencia la colaboración ciudadana en materia de donación". En esta Unidad de la sanidad pública, donde la enfermería desempeña un destacado papel, en el último balance, consta que figuran en la geografía provincial 11.575 donantes de los que se reparten casi por igual entre mujeres (5.918) y hombres (5.647).

En el último ejercicio se alcanzaron 19.772 donaciones de las que 18.451 fueron de sangre y 1.321 de plasma lo que permite mantener la tasa global de donaciones en la provincia con un 37 por cada mil habitantes. El Centro sumó 1.421 muestras para el registros de nuevos donantes de médula ósea. Huelva necesita como mínimo y, diariamente, 80 donaciones para dar respuesta a las necesidades actuales. Desde la Consejería de Salud se reclama esa solidaridad para el funcionamiento de la sanidad por cuanto "la donación de sangre es un recurso imprescindible y, muchas veces, el paso entre la vida y la muerte".

La Sanidad, cuarta preocupación para los andaluces

▸ El Barómetro Andaluz refleja la percepción social: El empleo lidera la lista de problemas y la sanidad oscila entre los que opinan que funciona "bien" (33,2%) y quienes la valoran de "muy mal" (13,9%).

La sanidad representa la cuarta preocupación de la sociedad andaluza siendo la falta de trabajo, "el paro," la que continúa liderando la percepción mayoritaria de los ciudadanos. Así se desprende de los resultados contenidos en el último "Barómetro Andaluz" con datos actualizados a finales de 2019. La encuesta considera que el mundo sanitario es el principal problema para el 5,2 % de los andaluces frente al anterior balance que, con fecha del pasado mes junio, presentaba un 9,9%. El funcionamiento sanitario lo elogian el 33,2% de los encuestados.

El Centro de Estudios Andaluces dio a conocer el último Barómetro de Opinión Pública en Andalucía en el que, a modo de un termómetro, recoge los latidos mas significativos que expresa libremente la población en la comunidad. Entre otros aspectos, la oleada abarca aspectos como la situación socio-política a nivel andaluz y nacional, el nivel de funcionamiento de la sanidad y la educación públicas así como otras parcelas referidas al comportamiento electoral la estimación de voto. Siendo Salud la materia que nos ocupa, el Barómetro Andaluz, que tiene una periodicidad trimestral, sitúa el funcionamiento de la sanidad en cuarto lugar entre los problemas que mas afectan a la población de las ocho provincias.

La muestra en cuestión fue diseñada por el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía con reparto proporcional de la población consultada y la metodología empleada ha contado con el visado a cargo del Colegio Oficial de Ciencias Políticas y Sociología de Andalucía con la dirección científica del ya citado Centro de Estudios Andaluces. El estudio se llevó a cabo entre el 25 de noviembre y el 12 de diciembre pasados con una muestra de 2.627 personas de ambos sexos, todos mayores de edad y residentes en la región. Del total de las entrevistas realizadas, el 49% fueron vía telefónica y el resto (51%) "on line". El margen de error que presenta la muestra es del 1,9% para el 95% nivel de confianza "en el supuesto de muestreo aleatorio simple y máxima variabilidad".

De forma clara, el desempleo continúa presidiendo la relación de los mayores problemas que siente la población en el conjunto de la región. El 22,1% de los ciudadanos consultados así lo determinan para ocupar la primera posición. A continuación, un 14,8% de personas no acabaron de decidirse a la hora de concretar la identidad del problema social, para ellos mas relevante. Acto seguido, es la corrupción política la elegida en la escala ciudadana con un 8,1% de personas que coincidieron en esa percepción quedando el funcionamiento de la sanidad, que gestiona el SAS, en cuarto lugar con un 5,2% de porcentaje.

Empleo, a la cabeza

En la realización de este Barómetro también se preguntó sobre cuales deberían ser los objetivos principales de Andalucía para los próximos años. Y el resultado volvió a situar al empleo como la principal fuente de preocupación al alcanzar el 61,3% de las respuestas. En segundo lugar, aparece la sanidad en forma de una mejora de los servicios sanitarios dispensados, si bien a considerable distancia del paro, con un 10,8% de estimación. El funcionamiento del SAS queda por encima, incluso que la subida de los salarios (8,3%), la mejora en el sistema educativo público (6,4%) o evitar la emigración ilegal (6%). A la pregunta sobre ¿Cómo considera que funciona la sanidad pública en Andalucía?, las respuestas fueron: un 6,9% respondió que "muy bien", y un 33,2% "bien".
En contraposición, un 26,2% entiende que funciona mal mientras un 13,9% consideró que muy mal. Lo cual significa que la opinión de los andaluces respecto a la sanidad se encuentra dividida entre un 40,1% que respondieron "bien o muy bien" y el mismo porcentaje (40,1%) que confiesan su protesta al mostrar su oposición como mal o muy mal. En parcelas concretas objeto de crítica, parece en primer lugar la reducción de las listas y los tiempos de espera (25,8%) seguido de la falta de personal médico (13,1%). El Barómetro de Opinión Pública de Andalucía es la única iniciativa de estudio y medición sistemática de la opinión pública en la comunidad autónoma .Permite conocer la opinión de la sociedad sobre temas de notable interés económico, político y social. Posibilita la evaluación continuada de la percepción y valoración sobre determinados indicadores sociales para un periodo determinado. Del mismo modo, se pueden identificar oportunidades, riesgos, y vulnerabilidades así como anticipar acontecimientos y proyectar tendencias que puedan contribuir a mejorar la calidad de vida de los andaluces.

Niebla

Proyectan un nuevo Centro de Salud

El Ayuntamiento de Niebla y el Servicio Andaluz de Salud (SAS) firmaron un convenio de colaboración cuyo objetivo es poner en marcha un nuevo centro para la localidad que signifique la necesaria mejora en la asistencia sanitaria que reciben los, aproximadamente, 4.300 habitantes de la localidad así como propiciar las mejores condiciones para el ejercicio cotidiano de los profesionales. El acuerdo contó con la rúbrica de la alcaldesa Luisa Pichardo y la Delegada Territorial de Salud y Familias, Manuela Caro.

El acuerdo entre la corporación iliplense y la administración regional gira en torno a la cesión, por el ayuntamiento y con carácter gratuito, de un inmueble para ser destinado a centro de atención primaria. El consistorio también se ocupará del mantenimiento del edificio así como del coste que representa la licencia de obras, las autorizaciones e impuestos referidos a las obras para la reforma. Por su parte, el SAS, a través del Distrito sanitario Condado-Campiña se compromete a las actuaciones necesarias para rehabilitar la instalación, hasta ahora dedicado al área de Asuntos Sociales. El Distrito calcula destinar 45.980 euros para reformar la dependencia hasta convertirlo en centro sanitario con todas las novedades funcionales.

El SAS, del mismo modo, se ocupará de dotar el personal y el equipamiento necesario cara a la puesta en marcha de la dependencia. Para la Delegada de Salud, Manuela Caro, el acuerdo representa la culminación de un proyecto "por el que hemos apostado fuertemente ambas administraciones y a través del cual la Junta de Andalucía pone de manifiesto su compromiso con el refuerzo de la atención primaria que se ofrece a la población". Por su parte, la alcaldesa Luisa Pichardo significó lo que representarán las nuevas instalaciones destacando que es "un largo camino el recorrido hasta ahora. El futuro consultorio dará respuesta al importante incremento demográfico de la población que ha experimentado nuestro municipio en los últimos años que hace necesario la dotación de un centro de Salud acorde al aumento de las demandas ciudadanas y las nuevas necesidades técnicas y equipamientos".

El proyecto contempla un incremento del espacio sanitario que pasará de 200 a 300 metros cuadrados así como del número de consultas (de cinco a ocho), dos de ellas de enfermería de nueva creación, así como otra de pediatría y una mas para atender las urgencias. La enfermera gestora y la trabajadora social también dispondrán de espacio propio. Todo, en suma, supondrá que el SAS ofrezca la cartera completa de servicios de atención primaria. El responsable del Distrito Condado-Campiña, Antonio Ortega, estuvo presente en la firma del convenio y las obras de remodelación comenzarán en breve plazo.

Palos de la Frontera

Convenios

El Ayuntamiento de Palos firmó convenios de colaboración con dos entidades de ámbito socio-sanitario que redundarán en beneficio de los habitantes del municipio. El Alcalde, Carmelo Romero, se reunió con responsables de las Asociaciones Huelva Diabetes y Estuario, entidades que trabajan, respectivamente, contra la enfermedad y las adicciones. Huelva Diabetes, entidad sin ánimo de lucro, promueve la educación y estudio diabetológico en cualquier ámbito pero, especialmente, en niños. Por su parte, la ONG Estuario dedica sus esfuerzos a la atención integral de personas con problemas de adicción (de sustancias o de comportamiento) ofreciéndoles asistencia sanitaria, psicológica y social, tanto al enfermo como a su familia.

Almonte

Tercer equipo de Urgencias

El Centro de Salud almonteño incorporó los fines de semana un tercer Equipo de Urgencias, formado por médico de familia y enfermera, para reforzar la asistencia de las urgencias y ofrecer una mayor calidad durante el periodo de vigencia de los casos de gripe. El Centro de Almonte, dependiente del Distrito de AP Condado-Campiña, dispuso durante los fines de semana de un operativo sanitario integrados por tres facultativos y tres enfermeras las 24 horas del día, para atender el aumento de demanda asistencial urgente de la población lo que comporta una mejor calidad en la atención como en las condiciones de trabajo de los profesionales. La media en este Centro en el periodo de alta frecuenciación asistencial es de 152 pacientes al día los fines de semana, 62 mas que de lunes a viernes lo que significa un 52% de subida.

Lepe

Por fin, obras de las glorietas de acceso al CHARE

A mediados del pasado enero, se produjo un hecho trascedente para el Centro hospitalario de Alta Resolución (Chare) de Lepe. Este monumento a la ineficacia, que acumula años sin entrar en vigor, al menos ya tiene las obras en marcha para consrruir las glorietas de acceso al centro sanitario llamado a dar asistencia a cerca de 100.000 habitantes de la costa occidental onubense. Son, en concreto, dos glorietas en enlace tipo diamante, tramo de Huelva Norte-enlace Huelva Oeste carretera A-49 punto kilométrico 117.100. Recordemos que la Junta de Andalucía recepcionó el Chare, una vez construido, en 2016 pero, desde entonces, permanece cerrado.

Se trata de la primera fase del convenio suscrito entre el Ayuntamiento de Lepe y el Ministerio de Fomento en 2016. Tras las expropiaciones de terreno pertinente llevadas a cabo, el Gobierno de la nación licitó el convenio en diciembre de 2018. La obra tiene una asignación presupuestaria de 2,28 millones de euros y el plazo previsto para su ejecución es de 8 meses. Estas actuaciones se completarán en la futura vía de servicio desde la glorieta hasta el Chare, de 1,5 kilómetros, cuyo proyecto se encuentra en avanzada fase de ejecución.

Compromiso

Tan importante fue el comienzo de los trabajos que el presidente de la Junta de Andalucía, Juan Manuel Moreno, en relación al Chare y, durante una visita institucional al ayuntamiento de Lepe, se mostró convencido "de que la apertura del centro hospitalario comarcal será una realidad durante la presente legislatura" porque, subrayó, "tenemos un compromiso" de ver hecha realidad la puesta en marcha de la instalación. Moreno confió en que la espera para lograr tal objetivo sea "en el menor tiempo posible y empecemos a dar un servicio de calidad y proximidad tanto a los vecinos de Lepe como a los de su comarca". El presidente de la Junta deseó que el tiempo para las obras de acceso se reduzca al máximo posible para que, en paralelo, "trabajemos en todo el procedimiento de dotación de personal y de medios materiales y podamos acometerlo en un tiempo prácticamente a la par". Finalizó diciendo que la apertura del Chare es un "objetivo fundamental".

El Alcalde de Lepe, Juan Manuel González, visitó los trabajos de las dos glorietas de acceso, y no ocultó su "gran satisfacción por el comienzo de esta obra y porque quede menos ya para que podamos tener en funcionamiento el Chare, que es una infraestructura de vital importancia para la población de la comarca de la costa occidental", al tiempo que agradeció el trabajo desde Fomento y el apoyo del Ayuntamiento de Lepe, y reconoció la comprensión de la población directamente afectada por las obras puesto que, durante un cierto tiempo, deberá utilizar vías de tráfico alternativas para sus desplazamientos a causa de la actividad de los operarios.

Provincia

Cinco nuevas "Zonas cardioaseguradas"

Cinco entidades de la provincia de Huelva recibieron la distinción de ser "zona cardioasegurada" al haber cumplido los requisitos, tanto en materia formativa como en dotación de desfibriladores externos semiautomáticos que lucen en sus respectivas instalaciones. La Delegada territorial de Salud, Manuela Caro y el director provincial de la EPES 061, hicieron entrega de estos reconocimientos que concede la administración regional sanitaria y que reconoce el esfuerzo de las empresas e instituciones por dotarse de desfibriladores y formar a sus trabajadores en primeros auxilios. Las nuevas zonas cardioaseguradas de la provincia son: Fres Capricho (Almonte), Hotel Barceló (Punta Umbría), Finca Pinar de las Moras y Finca Arenas de la Bellida (ambas de San Bartolomé de la Torre) y Atlantic Cooper. Con estas ya son 21 las entidades que cuentan con este reconocimiento en Huelva por lo que sus trabajadores pueden actuar de forma inmediata en caso de producirse una parada cardiorrespiratoria, mientras comparecen los servicios sanitarios de urgencias, disminuyendo el riesgo de mortalidad y secuelas.

Homeopatía y parto. A propósito de un caso clínico Homeopathy and labor. A clinical case

Autoras:

- Desirée Díaz-Jiménez[1], Marta Rodríguez-Villalón[2] Maria Begoña Moreno-Dueñas[3]
- [1] Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. **Área de Paritorio. Hospital de la Mujer. Sevilla.**
- [2] Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. **Área de Paritorio. Hospital Materno-Infantil. Málaga.**
- [3] Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. **Área de Paritorio. Hospital de la Mujer., Sevilla**

RESUMEN

El uso de tratamientos médicos alternativos y complementarios, y entre ellos la homeopatía, está cada vez más extendido durante el proceso de embarazo, parto y puerperio. En multitud de ocasiones las mujeres no comunican este uso a los profesionales sanitarios encargados de su cuidado. Es necesario señalar que los tratamientos homeopáticos no están exentos de efectos indeseables. Actualmente los estudios y las pruebas existentes conducen a no recomendar el uso de los tratamientos homeopáticos durante el embarazo y como método de inducción de parto. El caso clínico expuesto refleja dicha utilización, así como el temor a informar sobre su uso.

Palabras Claves: Gestación, homeopatía, medicina alternativa complementaria

ABSTRACT

The use of alternative and complementary medical treatments, and among them homeopathy, is increasingly widespread during the process of pregnancy, childbirth and the puerperium. On many occasions women do not communicate this use to health professionals in charge of their care. It is necessary to point out that homeopathic treatments are not exempt from undesirable effects. Currently, existing studies and tests lead to not recommending the use of homeopathic treatments during pregnancy and as a method of inducing labor. The exposed clinical case reflects this use, as well as the fear of reporting its use.

Keywords: Pregnancy, homeopathy, complementary and alternative medicin

Publicación: El presente no ha sido presentado como comunicación oral-escrita en ningún congreso. Autorización previa por la paciente para la presentación del mismo.

Conflicto de intereses: No existe conflicto de intereses entre los participantes. No se ha recibido financiación.

Agradecimientos: El correcto abordaje de este caso clínico tiene su origen en el trabajo coordinado y consensuado del grupo de profesionales que asistieron a la gestante dentro del Marco Sanitario del Hospital de la mujer de Sevilla. Agradecemos a todos/as nuestros/as compañeros/as la colaboración desinteresada y la apuesta por el aprendizaje basado en problemas como forma de acercar a los profesionales sanitarios a la realidad asistencial.

INTRODUCCIÓN

El uso de tratamientos alternativos como la homeopatía, acupuntura o fitoterapia durante el proceso del embarazo, parto y puerperio es una práctica extendida a nivel mundial. Se basa en la ley de similitud que explica como una sustancia administrada en individuos sanos y que es capaz de provocar síntomas específicos en dosis farmacológica, es capaz de curar síntomas semejantes en un enfermo cuando se administra en dosis mínimas.

El proceso de preparación de los remedios homeopáticos conlleva diluciones progresivas de una sustancia y agitación vigorosa, quedando así cantidades extremadamente bajas de principio activo con menor probabilidad de generar efectos secundarios[1].

Por esta razón, muchos científicos descartan los efectos clínicos resultantes de los remedios homeopáticos catalogándolos como efecto placebo[2]. Sin embargo, dichas terapias gozan de mucha popularidad, llegando a ser financiadas o cubiertas por algunos sistemas de sanidad pública[3].

De unos años hasta la actualidad habido un incremento en la utilización de tratamientos médicos alternativos en diversas situaciones que rodean a la mujer embarazada como el trabajo de parto y posparto. Destaca el uso de la homeopatía para la inducción del trabajo de parto[4], que se inicia a partir del tercer trimestre con *Actaea racemosa,* para luego continuar con *Caulophyllum* cuando el trabajo de parto está establecido, y finalmente, cuando alcanzan la dilatación completa continuar con *Árnica*. En el posparto se prosigue la pauta con *Árnica* y *China rubra*.

Caulophyllum (Caulophyllum thalictroides), es una planta que proviene de América del Norte y de la que se utilizan sus raíces ya que se considera que estimula el útero y alivia el dolor y, por ello, suele utilizarse en el «falso trabajo de parto»[5]. Se alterna con *Actaea racemosa* durante el trabajo de parto que se obtiene de las raíces de la Cimicífuga racemosa, una planta habitual en los bosques de Estados Unidos y se usa cuando los dolores de parto son fuertes e irregulares[6]. *Arnica montana* es una planta original de Europa y se usa como analgésico y sedante, para aliviar el dolor de las contracciones[6].

La *China rubra,* se cultiva en Perú y es sintetizada a partir de la corteza de la quinina roja. Se usa para la astenia, debilidad, anemia e hipotensión que aparece por pérdida de líquidos orgánicos[6].

Uno de los principales problemas que preocupa a los profesionales sanitarios dedicados a la obstetricia es que, casi la mitad de las mujeres que recurren a este tipo de terapias o tratamientos, lo hace sin consultar ni comunicar previamente a los profesionales encargados de su atención[7] a pesar de que alguno de estos tratamientos se basa en el uso de hierbas farmacológicamente activas.

Tras el progresivo aumento de este tipo de tratamientos durante el trabajo de parto, y su falta de comunicación a los profesionales sanitarios, nos ha parecido adecuado presentar un caso clínico donde los efectos de la homeopatía durante la dilataci**ón** podrían entenderse y aceptarse como positivos.

La Sra. AG, de 33 **años de edad,** primigesta ingresa el 20 de Mayo de 2019, tras valoración, en sala de dilatación del Hospital Virgen del Rocío por trabajo activo de parto en gestante a término.

DESARROLLO

Sin antecedentes Obstétricos de interés.

Embarazo controlado y de riesgo bajo, No alergias medicamentosas conocidas.

- Tacto vaginal: cérvix centrado, blando, borrado 100%, 2-3 cm de dilatación, presentación sobre estrecho superior. No hidrorrea.

- Registro cardiotocográfico fetal: Patrón fetal reactivo y variable. Dinámica uterina irregular.

Tras 45 minutos del ingreso en dilatación, la gestante solicita analgesia epidural; se valora la evolución siendo esta 4-5 cm. Tras ser colocado el catéter e iniciada la perfusión de anestésico, la gestante rompe bolsa amniótica con líquido claro y se queja de necesidad extrema de realizar pujos. Se valora nuevamente la dilatación cervical siendo esta 6-7 cm (aproximadamente 1 hora después de la anterior exploración).

Después de 2 horas y 10 minutos, la gestante llama por sensación de pujos, y hallándose en dilatación completa con la calota fetal sobre I plano de Hogde. Después de 50 minutos, se traslada a paritorio finalizando el expulsivo sin incidentes y periné integro. Nace mujer de 3120 g, Apgar 9/10/10 y ph 7.28.

Durante el puerperio inmediato que transcurre sin complicaciones, el recién nacido con buena evolución clínica y lactancia materna exclusiva, la mujer comenta con la matrona de postparto que se siente muy contenta porque ha podido realizar la homeopatía completa y por la misma, su dilatación ha sido favorable y rápida.

Pauta de homeopatía que siguió la gestante:

- Desde la semana 37 de gestación, 2 complementos homeopáticos de 9ch Actaea Racemosa y dos de 9ch Caulophyllum
- Desde la semana 39 de gestación, 5 complementos homeopáticos de 9ch Actaea Racemosa y 9ch Caulophyllum antes de cada comida (desayuno, almuerzo y cena).
- Desde que ingreso en el hospital con 2-3cm, 5 complementos homeopáticos de 9ch Actaea Racemosa y 9ch Caulophullum cada hora hasta el nacimiento.

Recogida de datos

Tabla I. Modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson.

Plan de cuidados

En la tabla II se recogen los principales resultados derivados del presente caso clínico: etiqueta diagnóstica, planificación de los cuidados y seguimiento/evaluación tras su ejecución, elaborados según taxonomía estandarizada enfermera (NANDA, NIC, NOC).

La matrona prioriza entre los problemas existentes y actúa inicialmente sobre el dolor agudo y el temor que presenta la gestante, asesorándola y apoyándola, para conseguir aliviar ese dolor derivado del trabajo de parto. Se llevan a cabo procedimientos para su alivio y se toman medidas estándares que eviten las complicaciones potenciales que puedan producirse derivadas del propio dolor.

A continuación, se actúa favoreciendo el contacto piel con piel para así facilitar también la lactancia materna, asesorando e informando al respecto. Por último, una vez que nos comunica, durante el puerperio inmediato, que ha estado usando homeopatía durante las últimas semanas y durante todo el proceso del parto, y que no se nos ha comunicado por miedo a ser interrogada, se procede a aclarar dudas.

En este caso queda demostrado cómo las gestantes que usan homeopatía no lo suelen comunicar al personal sanitario que la atiende por miedo a entrar en un conflicto de pensamientos.

Todas las intervenciones expuestas suponen la participación activa de la señora y su pareja. La matrona durante todo el caso clínico tiene función informativa y educadora desde el inicio del proceso hasta el final.

Por último, se le informa de la importancia de continuar su seguimiento puerperal en Atención Primaria por su matrona de referencia donde podrá continuar resolviendo dudas y miedos.

Tabla II. Diagnósticos NANDA con los correspondientes NOC, NIC y actividades realizadas.

CONCLUSIONES

El uso de los TMAC (Tratamientos médicos alternativos y complementarios) como un complemento, sin rechazar los tratamientos médicos habituales, es una práctica habitual. Con frecuencia se recurre a ellos para paliar las molestias habituales durante la gestación y también en trabajo de parto, bien para inducirlo o para el alivio del dolor.

Existe la creencia de que los tratamientos homeopáticos, al ser productos naturales, son seguros y carecen de efectos secundarios[11]. Sin embargo, algunos estudios han descrito la aparición de efectos secundarios, desde leves (dolor, reacciones alérgicas, dermatitis, náuseas y vómitos, etc.), hasta moderados y graves (alteraciones de la coagulación, neutropenia, taquicardia, insuficiencia respiratoria, convulsiones o alteraciones hepáticas o renales).

Por otra parte, estos compuestos, a pesar de su procedencia “natural”, son compuestos farmacológicamente activos y podrían causar interacciones con otros fármacos, aunque no existen muchos estudios sobre el tema en cuestión.

Con respecto a la eficacia de estos tratamientos, aunque algunos estudios señalan su efecto disminuyendo el tiempo del periodo de dilatación y expulsivo, así como la pérdida sanguínea en el parto[12, 13], por las limitaciones metodológicas de los mismos, no se pueden extraer resultados concluyentes[1].

Aunque en el caso descrito los resultados de la utilización de estos preparados podrían ser considerados como adecuados, tanto una revisión Cochrane de 2003, como estudios más recientes mejor diseñados, afirman que no existen pruebas suficientes para recomendar el uso de los preparados homeopáticos durante el embarazo y como método de inducción del parto[1].

En la mayoría de los casos estas pautas no son indicadas por médicos, sino otros profesionales sanitarios como matronas. Es necesaria una mayor información sobre los posibles efectos que tienen durante el embarazo y el parto y la no adecuada y segura recomendación de las mismas[14]

TABLAS

Tabla I. Modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson.

Valoración de enfermería: recogida de datos según el modelo de Virginia Henderson.

1º Respirar normalmente. Manifestaciones (m) de independencia: exfumadora de hace más de 3 años. Respira sin dificultad; m. dependencia no se observan.

2º Comer y beber adecuadamente. M. de independencia: dieta variada, rica en frutas y verduras; m. dependencia: no se observan; datos a considerar: ganancia de 11.2 kg durante el embarazo.

3º Eliminar por todas las vías corporales. M. de independencia: polaquiuria; m. dependencia: no se observan.

4º Moverse y mantener posturas adecuadas. M. de independencia: camina diariamente y hace 2 sesiones de Pilates adaptado al embarazo a la semana; m. dependencia: no se observan; datos a considerar: tamaño del vientre que dificulta algunos movimientos, edemas en MMII al final del día.

5º Dormir y descansar. M. de independencia: dificultad de sueño reparador por los despertares nocturnos ya que la limitación de movimiento hace que se despierte varias veces durante la noche; m. dependencia: no se observan.

6º Escoger la ropa adecuada. Vestirse y desvestirse. M. de independencia: viste adecuadamente; m. dependencia: no se observan.

7º Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente. M. de independencia: no se observan; m. dependencia: no se observan.

8º Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel. M. de independencia: adecuada hidratación de piel y mucosas; m. dependencia: no se observan.

9º Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas. M. de independencia: no se observan; m. dependencia: no se observan.

10º Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones. M. de independencia: no se observan; m. de dependencia: se muestra con miedo y evita comentar con los profesionales que la atienden los productos de homeopatía que ha tomado y que ha continuado tomando desde su ingreso, ya que piensa que va ser interrogada y que se lo van a prohibir tomar y se va a ver envuelta en un cruce de pensamientos que puede alterar su proceso normal de parto.

11º Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias. M. de independencia: se encuentra acompañada por su pareja en todo momento, el cual se muestra muy pendiente de ella y le presta el apoyo que necesita; m. dependencia: no se observan. Datos a considerar: confía plenamente en la efectividad de la homeopatía.

12º Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal. M. de independencia: se muestra feliz y motivada con la llegada del recién nacido, con volver a casa siendo 3; m. dependencia: no se observan.

13º Participar en actividades recreativas. M. independencia: no se observan; m. dependencia: no se observan.

14º Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles. M. de independencia: muestra mucho interés e implicación ante todo lo explicado y expuesto por la matrona, aunque no comenta nada de su tratamiento con homeopatía; m. de dependencia: no se observan. Datos a considerar: está bastante informada acerca de la homeopatía y confía plenamente en su efectividad.

Tabla II. Diagnósticos NANDA con los correspondientes NOC, NIC y actividades realizadas [8,9,10].

DIAGNÓSTICOS/ NANDA	OBJETIVOS/NOC	ESCALA INICIO/ FINAL	INTERVENCIONES/NIC
00132 DOLOR AGUDO m/p conducta expresiva de agitación, irritabilidad… r/c proceso de parto	160501 Reconoce factores causales.	4 /**5**	1400 Manejo del dolor agudo: -Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo, en este caso a través de la analgesia epidural. -Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua.
	160508 Utiliza los recursos disponibles.	4 /**5**	
00148 TEMOR: r/c Desconocimiento de la evolución del proceso de parto de bajo riesgo ante el uso de homeopatía. m/p: verbalización de sus dudas con su pareja, estado de alerta.	140403 Busca información para reducir el miedo.	4 /**5**	5270 Apoyo emocional: -Permanecer con la gestante y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. 5340 Presencia. -Mostrar una actitud de aceptación. -Favorecer la conversación para disminuir la respuesta emocional.
	140407 Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo.	4 /**5**	
	140412 Mantiene la concentración.	3/**4**	
00106 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA LACTANCIA MATERNA: m/p verbalización de deseo de lactancia materna exclusiva y necesidad de ayuda para un enganche correcto del recién nacido.	162402 Establece un vínculo con el lactante.	4 /**5**	5820 Disminución de la ansiedad. -Permanecer con ambos en todo momento para promover la seguridad y reducir el miedo. 6710 Fomentar el apego. -Acomodar al recién nacido para iniciar piel con piel con ella. -Facilitar la lactancia materna e instruir para un agarre y succión correctos.
	162432 Utiliza el apoyo de su pareja.	4/**5**	
00083 CONFLICTOS DE DECISIONES RESPECTO A COMUNICAR EL USO DE HOMEOPATÍA: m/p expresiones de incertidumbre sobre la elección; cuestionamiento de los valores y creencias personales mientras se intentar tomar una decisión. r/c fuentes de información múltiple.	090603 Identifica las consecuencias posibles del uso de homeopatía.	3 /**5**	5440 Aumentar los sistemas de apoyo: -Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. -Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades. -Animar la implicación de su pareja.
	090604 Identifica recursos necesarios para apoyar su decisión.	4 /**5**	
	160508 Utiliza los recursos disponibles.	4 /**5**	

BIBLIOGRAFÍA

1. Smith CA. Homoeopathy for induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4. Art. N.8.:CD003399. DOI: 10.1002/14651858.CD003399.
2. Shang A, Huwiler-Müntener K, Nartey L, Jüni P, Dörig S, Sterne JA, et al. Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy. Lancet. 2005; 366:726—32.
3. Münstedt K, Schroter C, Brüggmann D, Tinneberg HR, von Georgi R. Use of complementary and alternative medicine in departments of obstetrics in Germany. Forsch Komplementmed. 2009; 11-6.
4. Allaire AD. Complementary and alternative medicine in the labor and delivery suite. Clin Obstet Gynecol. 2001; 44:681—91.
5. Ferguson HC, Edwards LD. A pharmacological study of a crystalline glycoside of Caulophyllum thalictroides. J Am Pharm Assoc. 1954; 43:16—21.
6. Sánchez JM, Pérez N, Periago MJ, González F. Homeopatía en el embarazo y parto. [consultado 6 Dic 2019]. Disponible en: portalesmedicos.com
7. Harrigan JT. Patient disclosure of the use of complementary and alternative medicine to their obstetrician/gynaecologist. J Obstet Gynaecol. 2011; 31:59—61.
8. Herdman TH, Kamitsuru S, editores. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 11ª ed. Madrid: Elsevier; 2018-2020.
9. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2018.
10. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Wagner CM, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2018.
11. Low Dog T. The use of botanicals during pregnancy and lactation. Altern Ther Health Med. 2009; 15:54-8.
12. Kleijnen J, Knipschild P, Ter Riet G. Clinical trials of homoeopathy. BMJ. 1991; 302:316-23.
13. Oberbaum M, Galoyan N, Lerner-Geva L, Singer SR, Grisaru S, Shashar D, et all. The effect of the homeopathic remedies Arnica Montana and Bellis perennis on mild postpartum bleeding-a randomized, double-blind, placebo-controlled study-preliminary results. Complement Ther Med. 2005; 13:87-90.
14. Hall HG, McKenna LG, Griffiths DL. Midwives´ support for complementary and alternative medicine: a literature review. Women Birth. 2012; 25:4-12.

SALUD CREA EQUIPOS DE ENFERMERA GESTORA DE CASOS PARA DEPENDIENTES

▸ Su ámbito de actuación abarca la asistencia domiciliaria y los geriátricos

Huelva.-Redacción

La Consejería de Salud y Familias ha dado autorización para la puesta en marcha de equipos conformados por enfermeras gestora de casos con ámbito provincial destinados a dar atención y respuesta a las personas dependientes tanto en centros residenciales geriátricos como de ayuda domiciliaria, dentro del contexto de enorme gravedad que padece la sociedad a causa del Coronavirus. Esta nueva herramienta se concretará en las ocho provincias andaluzas y será de gran utilidad para la asistencia y resolución del conjunto de la amplia problemática que concurren en ese sector de la población y en el marco de la emergencia sanitaria actual.

La figura de la enfermera gestora de casos ha sido potenciada merced a la decisión, adoptada el pasado 17 de marzo, al crear los denominados "Grupos de enfermería gestora de casos" en cada una de las provincias de la región. El Consejo de Gobierno de la Junta tomó conocimiento de esta iniciativa para conformar equipos de enfermeras gestoras de casos con el objetivo de atender, asesorar y colaborar en la resolución de los problemas que se originen en los centros residenciales de geriatría así como prestar ayuda a domiiclio a personas dependientes en situación de fragilidad.

Aislamiento

Salud dio conformidad a esta apuesta a la vez que acordaba una serie de recomendaciones para la actuación efectiva ante aquellas personas con sospecha de poder dar positivo en la prueba (test) del Covid-19 y que tengan la posibilidad de permanecer tanto en su propio domicilio como en un centro residencial para la tercera edad. Estas pautas se corresponden y están en sintonía con la batería de recomendaciones higiénico-sanitarias que se contemplan tanto en los protocolos del Ministerio de Sanidad como de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucia. En estos protocolos se recoge, entre otras muchas recomendaciones, la necesidad de proceder al aislamiento en habitación individual de aquellas personas que hayan sido diagnosticadas durante un periodo mínimo de tiempo fijado en 14 días.

En el caso de las personas con autonomía, se podrán evitar visitas innecesarias facilitándose el material adecuado para promover el autocuidado personal al tiempo que se procurará a facilitar la comunicación con el exterior y las medidas de protección en caso de existir un contacto directo. Por lo que se refiere a las personas dependientes y a las actividades de la vida cotidiana, se intentará, en lo posible, limitar el acceso a sus habitaciones y la persona encargada de prestar la ayuda al dependiente deberá utilizar las medidas de protección que aconsejen las autoridades sanitarias. En ambos escenarios se deberá asegurar una correcta eliminación de los materiales desechables que hayan sido utilizados durante la asistencia.

El equipo de la enfermera gestora de casos también procurará establecer

medidas generales de protección con los trabajadores y familiares que estén en contacto con la persona que permanezca aislada en su domicilio o en la entidad residencial. En estos dos escenarios se deberá potenciar las medidas mas conocidas en cuanto a prevención tales como el continuo lavado de manos antes y después de la asistencia, la reducción al minimo posible del número de personal sanitario que mantenga contacto directo con la persona aislada tras el diagnóstico positivo todo ello acompañado de la colocación de carteles conteniendo las normas y protocolos a seguir, la limpieza y desinfección de las superficies y espacios así como una correcta limpieza tanto del material de vajilla como de ropa y cama. Se trata, en definitiva, de un paso adelante mas en el marco de actuación de la enfermera gestora de casos en materia de salud pública respecto a personas dependientes y dentro de la pandemia por Coronavirus que coloca a la población de mayor edad como el sector social mas frágil.

2020 AÑO INTERNACIONAL DE LAS ENFERMERAS Y MATRONAS

Nursing now España

La Organización Colegial y los Colegios provinciales españoles ofertan CURSO, ON LINE Y GRATUITO, SOBRE EL COVID-19

▸ El programa quiere reforzar los conocimientos en materia de prevención, detección, cuidados y autoprotección

Los alrededor de 300.000 colegiados de enfermería en España tienen la ocasión de formarse en el Coronavirus (Covid-19) mediante un Seminario que el Consejo General de Enfermería (CGE) y los 52 Colegios provinciales repartidos por la nación ofrecen desde ahora mismo con carácter gratuito para reforzar los conocimientos y formas de actuación ante la pandemia global que padecemos. El programa consta de dos módulos elaborados, de forma altruista, por enfermeros integrantes del grupo de expertos en los protocolos de actuación del Ministerio de Sanidad y enferneras del Instituto de investigación enfernera.

El CGE dio a conocer un Curso titulado "Actualización en el plan de respuesta ante el Covid-19". Está dirigido al conjunto de los profesionales colegiados en España con el propósito de aumentar el nivel de conocimientos sobre la detección y modos de actuar ante el coronavirus que situado a nuestro país entre los mas afectados del mundo, tanto por número de personas fallecidas como de contagiados. De esta manera, los colegiados españoles pueden acceder, de forma inmediata, a una herramienta que, en los momentos actuales, requiere especial significado. Esta apuesta formativa, tambien busca enviar un mensaje unificado para la prevención y el autocuidado al conjunto de la sociedad.

Puerta de acceso

Al anunciar este proyecto formativo, el presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Huelva, Gonzalo García, ha querido recordar el papel que desempeña la profesión al ser la puerta de acceso al sistema sanitario y, de esta manera, contribuir a que el colectivo aumente su nivel de información para estar en condiciones de prestar los mejores cuidados a la sociedad a la vez que propiciar un reforzamiento de algo tan determinante como su propia seguridad". Con esta voluntad ha nacido este seminario "on line" que ha sido elaborado merced a la aportación, altruista, de dos profesionales expertos de enfermería del Grupo de especialistas en los protocolos de actuación del Ministerio de Sanidad, junto a enfermeras del Instituto de Investigación de la propia Organización Colegial.

La inscripción al Curso se puede realizar a través de los 52 Colegios provinciales de enfermería y su programa se configura en torno a dos módulos.

Módulo 1:

Actualización sobre nuevos virus respiratorios, alertas y emergencias sanitarias, métodos de detección, prevención, respuesta y control. Información sobre afecciones respiratorias agudas emergentes (Coronavirus incluido). Transmisión, síntomas, tratamiento y prevención, epidemiología, factores de riesgo, detección, control y seguimiento del Covid-19.

Módulo 2:

La enfermedad Covid-19: Cómo protegerse y gestión del riesgo ante la infección. Medidas de prevención para los profesionales en los distintos ámbitos asistenciales, y en los diferentes escenarios de actuación enfermera necesarias para los cuidados a pacientes víctimas del Covid-19. Medidas de prevención y control de la transmisión que deben trasladarse a la población incluyendo los ámbitos familiares, educativo, laboral y comunitario.