

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERÍA
DE HUELVA



enfermería

AÑO XXVII

nº 96 diciembre 2024



**EL COLEGIO DE ENFERMERÍA
DE HUELVA, CIERRA UN
AÑO CON PRESENCIA EN
TODOS LOS FRENTES**

Documentos Enfermería

Año XXVII N° 96 - diciembre 2024

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

Presidenta:

PATRICIA MAURI FABREGA

Director Técnico:

Vicente Villa García-Noblejas

Redacción:

María Pilo López

Martín Vázquez Bermúdez

M^a Carmen Vázquez Fernández

Marina Rico Neto

Isabel M^a Rabadán Cabeza

Clara Montes Zafrá

Carolina Martínez Serrano

José A. Fernández Minchón

Manuel J. Tinoco Toscano

Manuel J. Antero Carmona

Comité Científico

Ángela M^a Ortega Galán

M^a José Cáceres Tito

M^a Ángeles Merino Godoy

Gema Tenor Salas

Antonio Minchón Hernando

Luisa M^a Cruz García

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/ San Andrés, 18-20

21004 Huelva

Tel. 959 54 09 04

Correo electrónico:

secretariahuelva@colegioenfermeria.com

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 la Presidenta:

Concertar cita.

Sumario

- 3 EDITORIAL
- 4 PRESENTACIÓN DEL LIBRO "UN CUERPO, DOS VIDAS"
- 6 EL COLEGIO Y SU PROPUESTA: CUIDAR
CON LOS CINCO SENTIDO
- 8 TRAVESÍA (MORTÍFERA) DEL MEDITERRÁNEO
- 9 ENFERMERÍA, AL LIMITE POR LA CARGA ASISTENCIAL
- 10 ANDALUCÍA: 203.979 PACIENTES EN LISTA DE ESPERA
- 11 PARA CORREGIR "POTENCIALES
DESIGUALDADES LABORALES"
- 12 INCIDENTE DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS: A
PROPÓSITO DE UN CASO ACONTECIDO EL 1
MAYO DEL 2023 EN ALMONTE, HUELVA
- 25 EL SAS CONVOCA UNA NUEVA OEP CON 10.311 PLAZAS
- 28 EL "CANNABIS MEDICINAL", SOLO EN LOS HOSPITALES
- 29 IMPULSAR LA HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA
- 30 EFECTO DEL CUIDADO ENFERMERO EN LA
PREVENCIÓN DEL DELIRIO DE PACIENTES
CRÍTICOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
- 37 PENALIZAN LA GESTACIÓN SUBROGADA
- 37 FÁRMACOS CONTRA LA OBESIDAD
- 38 NATALIA CALDERÓN, VI PREMIO DE
LA FUNDACIÓN ÁNGEL MURIEL
- 39 REALIDAD VIRTUAL, PRESENTE Y FUTURO
- 40 FUGA DE ENFERMERAS ESPECIALISTAS
Y DEMANDA DE MAS RECURSOS
- 41 UNICEF Y LA SALUD MENTAL
- 42 EL SAS ABRIÓ, DE MODO PERMANENTE
LA BOLSA DE EMPLEO
- 43 SALUD, CON EL MAYOR PRESUPUESTO DE LA
HISTORIA: 15.247 MILLONES DE EUROS
- 44 EL COLEGIO OFRECE UN "MERECIDO
HOMENAJE" A LOS JUBILADOS DE 2.023
- 45 LES LLEGÓ LA JUBILACIÓN
- 46 FOTÓGRAFOS PREMIAN A LA UCI
CORONARIA DEL JR JIMÉNEZ
- 46 CORCIA Y REALES, NOMBRAMIENTOS DEL SAS
- 46 GÓMEZ SALGADO, EN LA ÉLITE DE LA
ENFERMERÍA INVESTIGADORA
- 48 FELICITACIÓN

Documentos
enfermería
Año XXVII N° 96 - diciembre 2024



EL COLEGIO DE ENFERMERÍA
DE HUELVA, CIERRA UN
AÑO CON PRESENCIA EN
TODOS LOS FRENTES



LA PUJANZA DEL COLEGIO TRAS OTRO AÑO INTENSO

Legó la hora de hacer balances que reflejen, lo mas ajustado posible, qué ha supuesto el año a punto de concluir. Por anticipado, se debe admitir, la dificultad para condensar en la brevedad de este comentario, editorial, el compendio tras doce meses. Ahora bien, a nadie se le escapa que 2.024 nos ha deparado un calendario de tensión, con los permanentes anuncios, en el sistema sanitario a nivel nacional como regional, de los cambios y posicionamientos que, aún sin desembocar en directrices oficiales, serán fruto de decisiones y consensos al mas alto nivel. Mientras, tanto, en lo que atañe a este Colegio Oficial el tiempo que dejamos atrás ha sido, también, de cambio y renovación para seguir acompañando a la colegiación provincial en una época tan comprometida como la que transitamos.

En política sanitaria, Andalucía conoció el relevo al frente de Salud con todo lo (mucho) que significa. Las abultadas listas de espera, fueron el motivo principal para que la enfermera Catalina García dejara su puesto al frente del departamento mas determinante de la Junta. En su lugar, la médico Rocío Hernández inició una etapa marcada por un nuevo estilo y directrices pero sobre todo, por el hecho de va a disponer de mas recursos económicos (1.000 millones de euros mas en los presupuestos) para gestionar las necesidades de la población en la comunidad. Hernández no debería olvidar que en los principales colectivos sanitarios, con enfermería al frente, persiste el malestar por el lento avance de las decisiones llamadas a desenredar no pocos capítulos que llevan años sin ver solución. Es, pues, tarea y responsabilidad de quien lidera de la sanidad andaluza fomentar la participación y para que, entre todas las fuerzas presentes en el sistema, se encuentre salida y solución a lo que el tiempo y la sociedad demandan. Es cierto que no hay soluciones mágicas pero tampoco debemos asistir a un nuevo letargo que agrave las cuestiones pendientes.

Este Colegio, como apuntamos mas arriba ha vivido el 2.024 como un año trascendente. Las elecciones a la Junta de gobierno conocieron una sola candidatura, la encabezada por Patricia Mauri Fabrega, quien se ha rodeado de un cualificado equipo para dar eco y certezas a la evolución que deberá atisbar la profesión. El Colegio de Huelva, pese a ser uno de los que menos colegiados tiene en sus filas en la comunidad como a nivel nacional, ha tenido y tiene voz propia para defender sus postulados en conexión con la enfermería de la provincia. La sede colegial es un foro permanente donde se debate, casi sin solución de continuidad, un amplio abanico de materias, llámense los Cuidados avanzados, la realidad del Alzheimer, la Salud mental, la fuga de las enfermeras especialistas, o cualquier otro capitulo que interese a la profesión. Todo para trabajar para que la enfermería provincial y el Colegio que la representa avancen hacia un futuro en el que se reconozcan, capacidades y aptitudes con la esperanza de que se logren cotas tanto en el haber personal, crecimiento de los recursos humanos, como de las infraestructuras, donde una vez mas, es preciso recordar el Hospital de la Costa Occidental es, simplemente, una loa al despropósito.

Además, DOCUMENTOS... sigue dando cobijo a la expresión científica. En este ultimo numero del año nuevos trabajos se asoman a estas paginas para reforzar la voluntad, sostenida, desde hace ya 27 años, de ser un vehículo por el que circulen las reflexiones mas atinadas para el conocimiento de la enfermería onubense. Estas paginas siguen y seguirán estando abiertas a una labor que, como no podía ser de otra forma, alienta la Junta de Gobierno con el legitimo orgullo de mantener viva y actualizada una cabecera a la que se suman trabajos de relieve junto a la indispensable información sobre todo lo que, sanitariamente hablando, enfermería debe conocer. De esta forma, DOCUMENTOS... sigue cumpliendo años con una cabecera a la que la enfermería española identifica y asocia con el Colegio profesional de Huelva.

Queremos, finalmente, dejar constancia de lo que desprende la macroencuesta realizada por el Consejo General porque en ella miles de colegiados de toda España, han puesto sobre la mesa la realidad que viven amplios sectores de la profesión. Ansiedad, temor, depresión, angustia... son las respuestas y sensaciones obtenidas de una consulta que debe hacernos reflexionar sobre cual es el latido actual de la enfermería en el SNS y la respuesta, siempre precaria, que el Estado viene dando a los intereses y demandas de un "ejercito" configurado por alrededor de 330.000 personas. Enfermería necesita soluciones y hechos, nunca mas aplausos protocolarios. Han de aumentarse las dotaciones de plazas en los campus y en las especialidades. Se debe considerar el acceso a la categoría A1 como una asignatura de obligado cumplimiento por el Gobierno de la nación. Y así hasta que en un futuro que esperemos cercano, la profesión se vea reconocida, social y administrativamente. Estos son nuestros deseos cuando 2.024 esta a punto de bajar el telón. Y, con una duda final: ¿será 2.025 el año en que veamos, al fin, cambiar las cosas?.



PRESENTACIÓN DEL LIBRO “UN CUERPO, DOS VIDAS”

LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA, CLAVES PARA
PROPICIAR UN DIAGNÓSTICO PRECOZ.
EL COLEGIADO JUBILADO MARTÍN GONZÁLEZ CARVAJAL
PRESENTÓ EL LIBRO “UN CUERPO, DOS VIDAS”

Huelva.- Redacción

El Colegio Oficial de enfermería de la provincia de Huelva se sumó a las actividades promovidas con ocasión de celebrarse el Día Mundial del Alzheimer. Y lo hizo con una doble apuesta. De un lado, divulgar la campaña denominada “Cuidar para no olvidar” y, de otra, la presentación del libro “Un cuerpo, dos vidas” cuyo autor es el enfermero ya jubilado Martín González Carvajal, en el transcurso de un acto lleno de realismo, emotividad y actualización. Todo para reflejar la realidad de una patología que lleva el

nombre de su descubridor, el neurólogo y psiquiatra alemán Alois Alzheimer (1.864 - 1.915). En Andalucía, se detectaron mas de 8.000 nuevos casos durante el pasado 2.023.

Jornada de relieve la celebrada en la sede colegial de la enfermería onubense para reflexionar ante la realidad que comporta el alzheimer dolencia neurológica que afecta a unas 800.000 personas en España y de la que son víctimas en mayor medida 65% las mujeres. La presidenta del Colegio, Patricia Mauri tras dar la bienvenida a los asistentes adelantó el

significado de o la campaña “Cuidar para no olvidar” destacando la trascendencia de los cuidados para unos pacientes en verdad frágiles y que, por lo mismo, demandan una atención tan especializada como permanente.

Patricia Mauri resumió para DOCUMENTOS... lo que el alzheimer comporta para la practica enfermera: “Teniendo muy presente que el eje esencial para contener esta dolencia es la investigación, existe una labor de suma importancia a cargo de enfermería como es fomentar cuidados sobre la prevención,



Martín González, en el centro, en la presentación de su obra



y la visibilización de esta tremenda enfermedad. Debemos destacar, como enfermeras, que la prevención y el fomento de hábitos saludables ayudan sobremanera a detectar los primeros síntomas que propicien un diagnóstico lo más precoz posible. Y no me olvido de que otro frente de actuación es implicar a las cuidadoras en las estrategias en constante evolución para aspirar al mejor balance de la patología”. La presidenta del Colegio también se refirió a aspectos definitorios que debe asumir la enfermería: derechos, ética y dignidad de las personas afectadas, familias y cuidadoras.

Desde la Junta de Gobierno se expusieron algunas líneas fundamentales para entender la realidad de una dolencia que ya es catalogada como “la nueva epidemia del siglo XXI” puesto que lejos de remitir en los diagnósticos, diversos organismos sanitarios internacionales estiman que para dentro de dos décadas el número de afectadas alcanzará la cifra de 130 millones de seres humanos. Porque en el foro del Colegio quedó claro que la realidad del Alzheimer no es, ni mucho menos, un asunto de rango menor. Los datos oficiales del SAS son más que elocuentes; al acabar 2.023, en Andalucía había 110.199 casos de demencia mientras los nuevos casos diagnosticados en el último ejercicio ascendieron a 8.049 de los que 5.220 fueron mujeres y el resto (2.829) hombres.

En Huelva, el Hospital Juan Ramón Jiménez, junto a varios centros de la



región, se trabaja con un 70% de los pacientes reclutados en las consultas de Deterioro Cognitivo participando en un estudio sobre “biomarcadores moleculares y de bioimagen” para detectar la enfermedad en sus primeros síntomas: especialmente la pérdida de memoria, sobre hechos recientes. Todo ello aparece integrado en el Plan Integral de Alzheimer aprobado hace ahora un año por la Consejería de Salud, y que gira en torno a cuatro líneas estratégicas: concienciación y sensibilización social, prevención, promoción de la salud cognitiva y diagnóstico precoz

GONZÁLEZ CARVAJAL

El Colegio vivió otra novedad en relación al Alzheimer. Fue la presentación del libro “Un Cuerpo, dos vidas” cuyo autor es el enfermero ya jubilado Martín González Carvajal quien, durante años ejerció la profesión y, también, responsable del Centro de Salud de Zafra (Badajoz). La aportación literaria contó con la presentación a cargo de Antonio Minchón, vocal de la Junta colegial. González Carvajal explicó que el título escogido “es algo muy acorde” con su contenido: un mismo cuerpo alberga dos vidas, la conocida que tenemos y

la desconocida que genera la presencia del Alzheimer. El veterano sanitario recibió felicitaciones por su dedicación y resultado para alumbrar una obra “Un cuerpo, dos vidas” en la que se condensa sus experiencias acumuladas a través de los años.

Martín González, quiso dejar constancia del agradecimiento al Colegio por lo que califica de “cordial y humano recibimiento a este humilde mayor, enamorado de mis compañeros y de la buen gente”. Tras definir el escenario de la presentación de su libro “recogido, elegante y generoso lugar del que ponderaréis nuestro humanitario y dignísimo trabajo”, anuncia que los posibles beneficios por el libro irán destinados a las Asociaciones de enfermos de Alzheimer de Andalucía. Y concluyó expresando un deseo: No paréis de trabajar, hasta conseguir que la especialidad de enfermería Geriátrica sea una realidad, González Carvajal vive en una Residencia de mayores “donde muchas personas que estamos en ella vivimos gracias a los dignísimos cuidados que estos profesionales nos prestan. Y concluyó con aire esperanzado: “Seguro que lo conseguiremos y será una especialidad más y mejor reconocida por esta sociedad cada vez más mayor”.



El Dr. Alzheimer



EL COLEGIO Y SU PROPUESTA: CUIDAR CON LOS CINCO SENTIDOS

Huelva.- Redacción

El Colegio Oficial de enfermería de la provincia de Huelva organizó un interesante foro bajo el nombre de “II Jornada de Cuidados Avanzados” con escenario en el Centro Cultural José Luis García-Palacios de Caja Rural. Un centenar de profesionales siguieron con enorme interés los debates suscitados alrededor de capítulos como, entre otros, los sentidos en el cuidado, la muerte o el acceso a la sanidad para las personas que llegan a nuestro país en condiciones extremas. Autoridades sanitarias, académicas y municipales dieron su respaldo a esta apuesta del Colegio cargada de realismo y, a la vez, de permanente actualidad.

La presidenta de la institución convocante, Patricia Mauri, felicitó al

auditorio por el éxito de una convocatoria que, como precisó, “el Colegio quiere abordar el cuidado, eje y fundamento de nuestra actividad, desde una dimensión no siempre contemplada en su exacta

► **Un centenar de asistentes comparten aportaciones sobre “una visión mas profunda del cuidado”**

dimensión, como es cuidar con los cinco sentidos”. Varias ponencias y talleres se sucedieron en torno a una apuesta que, se reconoció, “trasciende y va mas allá de lo puramente técnico” pues supone reconocer la importancia de las

capacidades sensoriales que atesora la enfermería para “conectar, acompañar y cuidar” de forma integral a quienes mas lo necesitan.

Esta II Jornada de Cuidados avanzados contó con el apoyo de los Consejo General y Andaluz de la profesión junto a la presencia de los concejales de Sanidad (Pastora Giménez,) y Asuntos sociales, (José M. Moreno) del Ayuntamiento de Huelva, y el decano de la Facultad de enfermería (Francisco Mena). Su desarrollo partió desde una conferencia inaugural que, con la presentación de la vicepresidenta del Colegio, María Pilo, corrió a cargo de la también vicepresidenta colegial, Luisa María Cruz quien hablo sobre Cuidando a través de los sentidos”.



El Colegio propició un foro de altura





diseñado “para estimular y nutrir los cinco sentidos de los participantes”.

En el desarrollo de esta II Jornada sobre Cuidados Avanzados, fueron analizados y debatidos capítulos tan relevantes como la gestión emocional, el “coaching” en salud, el manejo de la vía intraosea, la atención a inmigrantes y el estigma, el modo de manejar las contenciones en personas vulnerables y, en suma, la muerte como realidad casi cotidiana que salta a los medios en escenarios tan dramáticos y recurrentes como ahogamientos, o asentamientos. El Colegio quiso acercar al colectivo una nueva y diferente visión de lo que ya se demanda, una formación avanzada pero desde ángulos pocas veces afrontados. La

ESTIMULAR Y NUTRIR

El programa abarcó diversas intervenciones a cargo de especialistas como Natalia Cots, responsable de integración de inmigrantes en Cruz Roja de Huelva José Antonio Suffo (profesor enfermería Universidad de Sevilla), y Juan Diego Ramos, profesor enfermería Universidad de Huelva. El resultado de estas valiosas aportaciones contribuyó a que esta apuesta del Colegio onubense no fuera únicamente “un espacio de formación al uso sino que, en sí misma, sea una experiencia sensorial”. Por lo mismo, la corporación colegial reclamó ser “un refugio” donde se sientan atendidos y cuidados en todos los aspectos. De ahí que cada actuación, taller e interacción se había pensado y



respuesta de los asistentes no dejó lugar a dudas: sobre el interés y un seguimiento con los cinco sentidos. Las imágenes que acompañan esta información reflejan de esta novedosa propuesta a cargo del Colegio de enfermería de Huelva.

► **La atención a inmigrantes, el acceso a la sanidad, y la muerte..., en un foro de enorme vigencia mas allá de la formación técnica**





TRAVESÍA (MORTÍFERA) DEL MEDITERRÁNEO

Hablar de inmigración y de personas que pierden la vida en el intento de acceder a otros horizontes es un tema difícil de resumir. Tanto que la ONU admite las “dificultades para la recopilación de datos” en este contexto. Pero el citado organismo internacional no dudó en señalar que el pasado 2.023 fue el año cuando se contabilizó el mayor número de desaparecidos, al menos 8.565 personas, en el conjunto de las rutas migratorias en todo el mundo. En la ONU funciona el “Proyecto Migrantes desaparecidos” para quien, en palabras de su dirigente, Ugochi Daniels, cada vida perdida es “una terrible tragedia humana que reverbera en las familias y comunidades durante años”.

Los datos oficiales mueven a una reflexión profunda: casi la mitad de las muertes son debida a causa de ahogamientos, muy por encima de las consumadas por accidentes de tráfico (9%), y por episodios de violencia (7%). Las autoridades sostienen que la ruta mas mortífera es la travesía del Mar Mediterráneo. Pero sin olvidar las que acaecen durante la travesía por el desierto del Sahara o la ruta marítima hacia las Islas Canarias de las que tanto conocemos los ciudadanos españoles principalmente los canarios. Pero también el continente asiático es, a menudo, escenario de estos dramas con cientos de fallecidos de refugiados afganos. Sin embargo, en cualquier caso, la cifra real de muertes, en opinión de analistas de la ONU, debe ser mucho mayor por la dificultad real de obtención de datos fiables especialmente en lugares menos conocidos-remotos donde se consuman “naufragios invisibles” por embarcaciones que desaparecen sin dejar apenas rastro.



ENFERMERÍA, AL LIMITE POR LA CARGA ASISTENCIAL

Huelva.- Redacción

La situación que vive la enfermería española bien podría catalogarse de estar “al límite”. Y no es una impresión, digamos, apresurada o colateral sino el resultado de la encuesta del Consejo General de Enfermería (CGE) donde se denuncia que la presión asistencial que vive la mayoría del colectivo es insostenible, con el resultado de que el marco laboral y las secuelas ocasionadas por el Covid ha provocado ansiedad, estrés, depresión, temor y agotamiento mental. La percepción es que “estamos peor que hace dos años”.

El CGE ha publicado el resultado de una encuesta a cerca de 10.000 profesionales titulada “Estudio sobre el impacto de la presión asistencial en la profesión enfermera”. Se realizó del 25 de enero al 1 de febrero pasado y cuyos resultados son demoledores. A saber: casi el 50% del colectivo ha pensado, en algún momento, dejar la profesión ante el agotamiento, físico y mental, que acusan y un 30% de las consultadas admiten que no volvería a elegir esta carrera. El análisis a la mayor consulta realizada hasta la fecha, arroja que el 67,5% han padecido ansiedad, el 88,5% estrés, un 55% temor y el 33% depresión,.... La Organización Colegial, a tenor de estos datos, no dudó en calificar los síntomas de “impactantes y preocupantes” porque demuestran una

“afectación muy superior a la del resto de la población y a la “penosidad laboral” en

► **El 46,4% pensó abandonar la profesión y cerca del 30% asegura que no volvería a estudiar la carrera**

palabras del presidente Florentino Pérez.

Una vista al pasado mas reciente constata que el 48% de enfermería padecieron el Covid 19 y de ellos un 14% resultó contagiado dos o mas veces. Razones mas que suficientes para que desde el CGE se haya desnudado la situación “estamos cansados de homenajes estériles y buenas palabras. Queremos hechos reales traducidos en mejora de nuestros derechos laborales. Ha llegado la hora de actuar” y se ponga freno a tantas carencias entre ellas, pero no la única, la inestabilidad laboral.

INTENSIVOS, URGENCIAS

El estudio contempla que las áreas donde hubo mas incidencia de estos problemas para las enfermeras son las UCI, Urgencias y Atención primaria. De otra manera no se explicaría que un alto porcentaje de enfermeras (46,4%) ha pensado, en algún momento, abandonar la profesión. El CGE entiende que “este es un dato estremecedor que nos obliga a reflexionar y a adoptar medidas de mejora y dar soluciones inmediatas ante tan grave problemática”. Otro dato revelador de la encuesta es que el 28,4% de las consultadas asegura que no volvería a estudiar esta carrera. El lugar de trabajo donde

mas se ha prodigado esta ultima opinión, no volver a estudiar enfermería, son los Cuidados Intensivos si bien no hay datos de los que consumaron el abandono laboral.

Otra variable contenida en esta radiografía es que el 63% se posiciona a favor de acogerse a la jubilación y el 9,3% a favor de la jubilación anticipada. En términos absolutos, serían unas 15.000 enfermeras las que, cumpliendo los requisitos de acceder a la jubilación antes de la edad legal, estarían dispuestas a hacerlo aunque ello supusiera una merma en la pensión. El presidente del CGE, Florentino Pérez, resumió la esencia de la encuesta.

► **Estrés, depresión, angustia temor... algunas de las denuncias de las consultadas**

“Se vive una realidad muy cruda” porque a todos estos hándicaps se une la falta de reconocimiento social: “Hemos pasado del reconocimiento al olvido. La situación es insostenible y esta provocando algo impensable como el abandono dado el carácter vocacional de la profesión”.

El análisis ratifica que urge aumentar las plantillas de enfermería para responder a las demandas asistenciales. La mayoría estima que donde hay 3 enfermeras deberían figurar entre 4 y 6, para que España deje de tener una de las peores ratios de Europa. Del conjunto de cuestiones planteadas, hay algunas que, sin llegar al aprobado, se manifiestan cercanas. El mejor valorado (4,8 sobre 10) es la estabilidad laboral, seguida de los turnos (4,5). Pero la percepción vuelve a ser baja al responder la conciliación familiar y reconocimiento de la carrera profesional (2,9 en ambos casos), desarrollo de las especialidades (2,2) y salario (3,3).



ANDALUCÍA: 203.979 PACIENTES EN LISTA DE ESPERA

CONSEJERA HERNÁNDEZ: “ESTAMOS ACTIVANDO TODAS LAS MEDIDAS A NUESTRO ALCANCE PARA REVERTIR ESTA SITUACIÓN”. A NIVEL NACIONAL, 848.342 PACIENTES AGUARDABAN ACCEDER AL QUIRÓFANO

Huelva.- Redacción

La sanidad publica andaluza sigue arrojando datos mas que preocupantes en lo referente a las listas de espera para acceder al quirófano. Al acabar el pasado mes de julio, eran 203.979 las personas que engrosaban las abultadas lista, tanto dentro como fuera de plazo máximo que contempla el decreto de garantía vigente. Todo a pesar de que, al inicio de ultimo verano, Salud anuncio que la espera había registrado un descenso de 11 días desde primeros del año. A nivel nacional, el panorama tampoco invita al optimismo, pues las listas de espera en el conjunto del SNS ascendían, a junio de 2.024, a 848.3402 pacientes.

Uno de los flancos débiles de la sanidad publica en la comunidad lo constituyen las listas de espera quirúrgicas. Para tratar de solventar este problema, el SAS puso en marcha, el pasado mes de febrero y siendo consejera Catalina García el llamado “Plan de garantía sanitaria” cuyo objetivo era la reducción en un 60% del numero de personas que aguardan la llamada del hospital fuera de plazo. El presidente de la Junta, Juanma Moreno, afirmó que el citado Plan estaba funcionando porque, como escribió en redes sociales, “se opera un 17% mas que hace seis años”. Aunque los datos hubieran mejorado respecto a los de diciembre de 2023, el tiempo de espera medio y el porcentaje de pacientes que habían superado los seis meses de espera se situó por encima de los indicadores en comparación con el resto de comunidades según la comparativa dada a conocer por el Ministerio de Sanidad y que se elabora con los datos remitidos por los sistemas regionales de salud.

Por lo cual, el tiempo de espera media que un ciudadano andaluz se ve obligado, nunca mejor dicho, a esperar para acceder al quirófano era de 169 días. Una cifra ligeramente inferior a la registrada en diciembre (174) pero que rebasó a la de junio de 2.023 (130 días). Este dato situó a Andalucía en ultimo lugar entre las 17 comunidades. Muy cerca posicionaba Extremadura (164 días), pero las regiones que presentan un balance mas negativo están a considerable distancia. Caso de Cataluña (137 días), o Canarias(127 días). Distancia muy elocuente respecto a los datos de Madrid (47 días). Hay que observar, que la media nacional de espera esta situada en 121 días.

MAS DE SEIS MESES DE ESPERA

El total de pacientes que se encontraban, durante el verano, en las listas de espera del SAS ascendió a 203.979 personas, un parámetro que, cuantitativamente, es el mas elevado del país. Ahora bien, si se refiere a la población, Cantabria presentaba un dato aun peor con 29,21 por 1.000 habitantes, mientras Andalucía registraba un 24,4 por 1.000 habitantes. O lo que es igual, el sistema publico andaluz era el segundo mas alto a nivel nacional, cuya media estatal quedó fijada en 17,93. Otro indicador con resultado negativo es el referido a que Andalucía había empeorado respecto al resto de autonomías en cuanto al porcentaje de enfermos que llevan mas de seis meses atendidos quirúrgicamente. En este aspecto, Andalucía superó ese limite un 31,6% de los pacientes, ligeramente por encima de Castilla La Mancha (31%) y Cataluña (26,6%). La nota positiva correspondía a la Comunidad de Madrid (0,2%).



A la vista de los datos ofrecidos por el Ministerio de Sanidad, la consejería de Salud destacó que se han mejorado los índices de tiempo de espera y de pacientes para ser asistidos respecto a los que se dieron en diciembre de 2.023, mientras recordó que el primer trimestre del 2.024 se realizaron intervenciones quirúrgicas a 215.865 andaluces lo que representa un 8% mas respecto al mismo periodo de 2023. La consejera Rocío Hernández admitió: la preocupación social: “Somos conscientes de que las listas de espera son elevadas y por ello estamos activando todas las medidas que tenemos a nuestro alcance para revertir esta situación. En Andalucía, actualmente, se opera mas, se realizan mas consultas externas y mas pruebas aunque siguen entrando mas pacientes en lista de espera quirúrgica por lo que resulta complicado reducir con mas rapidez esas listas”. Al cierre de esta edición, Juanma Moreno anunció que, por varios grupos de análisis, se esta trabajando para promover nuevas actuaciones y que, en las próximas semanas llegarían para arreglar “lo que no funciona”.



EL SAS CONSTITUYE LA COMISIÓN

PARA CORREGIR “POTENCIALES DESIGUALDADES LABORALES”

PARA “IDENTIFICAR DESIGUALDADES” ENTRE EL PERSONAL DEL SAS. LA PLANTILLA LA INTEGRAN 126.531 PROFESIONALES, CON MAYORÍA (71,5%) DE MUJERES.

Huelva.- Redacción

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha anunciado la constitución de la denominada “Comisión negociadora de Igualdad” encargada de desarrollar el Plan de Igualdad en la sanidad pública regional al objeto de promover “la igualdad efectiva entre hombres y mujeres en el ámbito laboral”. La Comisión la integran representantes del SAS y de la Mesa sectorial de Sanidad y, cuando culmine su trabajo, se hará oficial el Plan de Igualdad con un periodo de vigencia máximo de 4 años. En la macroplantilla del SAS, la mujer es mayoría y especialmente en la profesión de enfermería.

La Comisión negociadora de Igualdad quedó formalizada el pasado 24 de octubre, con el propósito, como su nombre indica, de llegar a acuerdos con la Mesa sectorial en aquellos puntos clave como la presentación de sus miembros (titulares y suplentes), el modo en que va a funcionar de ahora en adelante y la programación y planificación del trabajo a acometer en los próximos meses. La Comisión se encargará de corregir las potenciales desigualdades y un foro específico para realizar el seguimiento de sus actuaciones.

Salud informó que corresponde a la Dirección General de Personal del SAS, que dirige José Luis Sedeño, liderar la negociación y desarrollo de los diagnósticos de igualdad. Tal diagnóstico se considera, según la administración, “esencial” para identificar cuáles son las potenciales desigualdades existentes y, en consecuencia, definir el tipo de “medidas prioritarias para su corrección”.

De momento, la Comisión acordó establecer un calendario de trabajo en el que se incluyen reuniones periódicas hasta alcanzar el mes de septiembre de 2.025. El primer anuncio ha consistido en que el grupo de trabajo de la Comisión va a elaborar “el diagnóstico de situación”. Un diagnóstico que propone debatir y ahondar en aspectos como la “selección y contratación del personal”, la clasificación profesional, así como, entre otros frentes la formación, la promoción y condiciones de trabajo para “garantizar” una mirada integral en la materia de discusión, la igualdad.

TRABAJO POR DELANTE

Así las cosas, entre la plantilla sanitaria se vaticina que la Comisión negociadora tiene un importante trabajo por delante para alcanzar el objetivo de identificar y corregir potenciales desigualdades laborales en el SAS habida cuenta de lo que representa y significa la dimensión de la empresa, en cuanto al número de

colectivos y trabajadores que la integran, hasta alcanzar el mayor número de la comunidad. Según el balance hecho público por el Sistema de información de Recursos Humanos del SAS, actualizado a fecha 5/abril/2024, en la sanidad pública regional trabajan, actualmente, y entre todas las categorías y niveles, un total de 126.531 personas.

De esa cifra, corresponde a las mujeres el 71,5% frente al 28,5% de hombres. En la atención de la red de hospitales públicos de la región, trabajan 95.241 personas siendo el 73% mujeres. En Atención Primaria, la plantilla está configurada por 31.290 personas siendo el 66,3% de porcentaje femenino y 33,7% de hombres. Por segmentos, el nivel de enfermería se compone, en su globalidad, de 35.272 profesionales. En el citado análisis de los recursos humanos al servicio de la población andaluza, se enumera otro dato de relieve, el SAS tiene 407 directivos con mayoría (56,3%) de hombres frente al de mujeres (43,7%).



INCIDENTE DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS: A PROPÓSITO DE UN CASO ACONTECIDO EL 1 MAYO DEL 2023 EN ALMONTE, HUELVA

Huelva.- Redacción

Linares-Toro, David

García-Blanco, Diego

1- DCCU móvil Condado-Campiña, Huelva.

davidlt22@hotmail.com; diego13gb@gmail.com

A pesar de la relevancia y el impacto significativo que suponen los incidentes de múltiples víctimas o catástrofes en las comunidades afectadas, no siempre reciben la cobertura exhaustiva que merecen en la literatura científica y profesional. De hecho, en la actualidad, resulta complicado encontrar bibliografía que relaten de manera detallada el plan de actuación en estos casos. Por esta razón, a continuación, vamos a realizar una exposición del incidente de múltiples víctimas que aconteció en la localidad de Almonte (Huelva) el 1 de mayo del 2023, con el objetivo de transmitir la importancia de los roles y funciones que cada miembro del equipo asume, así como las dificultades que surgen y dificultan el desarrollo del incidente hasta que se consigue resolver, teniendo en cuenta que estos sucesos en un primer momento son caóticos por excelencia y nuestra misión como primer equipo interviniente es poner orden, organizar y conseguir una evacuación lo más efectiva posible.

Palabras clave: Incidente, Múltiples, Víctimas, Catástrofes, Triage

El 1 de mayo de 2023, la unidad del Equipo Móvil del Condado, conformada por una UVI Móvil (técnico en emergencias sanitarias, enfermero y médico), recibe un aviso por parte del Centro Coordinador de Urgencias (CCU) a las 6:30 horas. La información se limita a la ubicación (rotonda de entrada de la localidad) y la implicación de un autobús en un accidente. Simultáneamente, se activa al SUAP de Almonte.



Aunque se desconocía el número de víctimas, debido a la gravedad aparente, al presuponer que este número pudiera ser elevado, el enfermero de la UVI Móvil considera oportuno coger del almacén el maletín de catástrofes del que se dispone en la unidad y que se incorpora a la dotación de la ambulancia. Dicho maletín contiene el material necesario para apertura de vía aérea, ventilación, taponamiento de heridas, canalización de vías periféricas y sistemas de infusión,

mantas térmicas, etc. En este caso, desconocíamos el número de víctimas y la gravedad del suceso en ese momento, pero se incorporó dicho material a la dotación de la ambulancia.



En el desplazamiento al lugar del suceso, el coordinador de sala se pone en contacto con el médico de la Unidad para darle más información: le comunica que es un vuelco de un autobús y que el número de pasajeros es elevado. Esto es confirmado por el SUAP de Almonte a su llegada. En este momento, se reparten los walkies de comunicación que se encuentran en la ambulancia y nos ponemos los métodos de protección (cascos y guantes).

Al llegar al escenario, la situación es compleja: un autobús se encuentra volcado, y numerosas pacientes árabes se encuentran dispersas en el entorno del bus, que han salido por sus propios medios en su gran mayoría. Las compañeras del SUAP de Almonte trataban de atender a las pacientes, pero debido a la magnitud del evento, se encontraban desbordadas por el número de pacientes.

Durante estos minutos iniciales la frustración mayor por parte del equipo es la de asumir que no debe tratar pacientes, sino que tienen una función esencial y es organizar la asistencia y coordinar en el escenario las actuaciones de todos los posteriores equipos que van a ir llegando para que el escenario no se convierta en un caos. Una vez asumidos los roles, el equipo comienza a trabajar cada uno en las funciones que tiene asignadas y todo comienza a fluir.



El técnico de la Unidad comenzó a valorar el escenario para organizar cómo disponer las ambulancias y se puso en contacto con el mando de la Guardia Civil para indicar cómo realizar el flujo de ambulancias y las zonas que deben estar despejadas para dicho flujo. El enfermero, jefe de triage, se hace cargo del maletín de triage disponible en la ambulancia, para en un primer momento, sectorizar el nido de heridos con un sistema de



banderas, repartir los documentos de trabajo de cada miembro del equipo, y posteriormente comienza un triage siguiendo el método SHORT con las tarjetas de triage disponibles en la Unidad, realizando también las maniobras salvadoras necesarias en cada momento.

Victima nº: _____
 Nombre: _____
 Edad: _____
 Sexo: Masculino Femenino
 ¿Se ha taponado alguna herida? SI NO
 ¿Se ha necesitado abrir Vía Aérea? SI NO
 ¿Se ha usado medicación? SI NO

Éxito

Respira y signos de circulación

Habla y obedece órdenes sencillas

Sale caminando

Lesiones

A Amputación
 H Herida abierta
 F Sospecha de fractura
 Q Quemadura
 C Contusión

Medicación (parches, dosis y vía)

Constantes

TAS	TAD	FC	FR	GSC	TSR	⌚

Por otro lado, el médico, toma la coordinación in situ del incidente. Para ello, hace un recorrido entorno al autobús siniestrado para valorar el número de pacientes y la posible gravedad, adentrándose en el interior del autobús para valorar si existen pacientes en el interior. Se encarga también de contactar a su llegada con el CCU para la magnitud aproximada del incidente y la necesidad de más recursos, sin poder precisar un número exacto de pacientes, pero indicando una cifra superior a 30. El CCU transmite al mando médico que se activa a:

- 061 de Huelva.
- Equipo Móvil de San Juan del Puerto.
- VAL de Huelva.
- 061 de Triana (Sevilla).
- Ambulancia convencional de Almonte.

El médico se comunica también con el mando de la Guardia Civil y del Parque de Bomberos para establecer una comunicación fluida y comunicar las necesidades de evacuación de pacientes al nido de heridos. El médico (mando médico) da las instrucciones a los bomberos del parque de Almonte y Guardias Civiles para evacuar a los pacientes al nido de heridos, según el triage que estaba realizando el enfermero de la unidad (jefe de triage). Como en el interior del autobús había varios heridos que no habían podido salir por sus medios, los bomberos los evacuaron al nido de heridos al puesto rojo y, posteriormente, en la segunda evaluación se decidiría su gravedad.

Los pacientes que podían desplazarse fueron desplazadas al nido de heridos al puesto verde, realizándose la evacuación de todos los pacientes al nido de heridos según la clasificación que

realizó el jefe de triage. En la imagen se representa la disposición del escenario para la asistencia de pacientes:

- Negro el autobús.
- Naranja vehículos de bomberos.
- Azul noria de ambulancias.
- Nido de heridos: rojo, amarillo y verdes.



Una vez se encontraban los pacientes en el nido de heridos, se desplegó el maletín de catástrofes para disponer de todos los materiales en el nido de heridos y no tener que desplazarse a la ambulancia el personal.

En un primer recuento de pacientes se recoge la siguiente información:

- 1 Negro.
- 6-7 Rojos.
- 11 Amarillos.
- 15 Verdes.

Por lo cual el mando médico contacta nuevamente con el CCU y solicita:

- Ambulancia con equipo sanitario de Bollullos Par del Condado.
- Ambulancia con equipo sanitario de Bonares.
- Ambulancia de traslado de La Palma del Condado.

A partir de este momento el mando médico comienza a dar indicaciones para la evacuación de los pacientes verdes. La ambulancia convencional de Almonte, cargó a 6 pacientes, que fueron trasladados al centro de salud de Almonte. Al mismo tiempo, el jefe de triage comenzó a reevaluar a los pacientes y a poner analgesia, gracias a la colaboración de un médico del 061 que vive en la localidad de Almonte y que desde sala, había sido alertado como reten.

Con lo cual en ese momento del incidente la distribución era la siguiente:

- Mando médico coordinando con coordinación la evacuación de pacientes. Para ello, el mando médico informa al coordinador de sala sobre la situación de los pacientes y se



► Trabajo

pone en contacto con los diferentes hospitales que indican a dónde se evacúa cada persona.

- Mando de triage, junto con el médico de 061, reevalúa a los pacientes, canalizan vías y administran medicación, centrándose en los pacientes rojos.
- El equipo de Almonte, que fue el primero en llegar el mando médico, se centra en reevaluar a los pacientes amarillos, hasta la llegada del Equipo Móvil de San Juan y el 061 de Huelva, que ayudaron en dicha labor.
- Jefe de evacuación, encargado de ir indicando los pacientes que van a ser evacuados y a donde, siguiendo las indicaciones del mando médico.

Desde entonces, la asistencia consistió en ir evacuando pacientes a los diferentes centros siguiendo la sistemática anteriormente mencionada (mando médico comunica al coordinador las patologías de las pacientes y este indica el hospital de evacuación). Así conforme llegaban ambulancias con equipos asistenciales, el jefe de evacuación les indicaba donde parar, el jefe médico le indicaba al médico al paciente que debían evacuar y a dónde, y el jefe de triage les indicaba las patologías que tenían las pacientes y las medidas y tratamientos aplicados.

En un primer momento se evacuó rápidamente a los pacientes verdes. Además de los 6 primeros, 5 más fueron evacuados al centro de salud de Almonte. Otros 5 pacientes fueron derivados al centro de salud de Bollullos gracias a la llegada de la ambulancia convencional de esta localidad, y finalmente, otros 3 fueron derivados al centro de salud de Bonares en una ambulancia colectiva que pasaba realizando su ruta.

Al terminar la nueva evaluación de pacientes se establece:

- 1 Negro.
- 3 Rojos.
- 14 Amarillos.
- 22 Verdes.

Durante todo este proceso se evacúa al paciente rojo de mayor gravedad con el equipo del 061 de Triana al Hospital Virgen del Rocío, otro rojo fue trasladado por el equipo de Bonares al Hospital Juan Ramón Jiménez y el último rojo lo evacuó el equipo del centro de salud de Bollullos al hospital Juan Ramón Jiménez.

En el momento que se consigue evacuar a todos los pacientes rojos y verdes, la evacuación se orienta a no colapsar los

servicios de urgencias de los hospitales, para lo cual se mantiene un continuo contacto con el coordinador de sala. Desde el inicio del incidente, los equipos asistenciales tuvieron que trabajar con el enorme problema que suponía la comunicación, ya que, excepto el conductor del autobús que era español, el resto del pasaje eran árabes que no hablaban español, existiendo una barrera idiomática que no se consiguió subsanar hasta casi pasadas dos horas del incidente, gracias a la llegada de traductores.

Una vez organizada la evacuación de pacientes, el trabajo se simplificó. Conforme llegaban los equipos, se les asignaba el paciente del que debían hacerse cargo. El jefe de triage les indicaba las patologías y tratamientos aplicados y el jefe médico, el hospital de evacuación. Durante este periodo, llegó el equipo del 061 de Huelva con el VAL. El jefe médico indico a este equipo que ayudara en la estabilización de los heridos y reevaluación de estos. El jefe médico toma la decisión de no instalar el VAL, ya que los pacientes estaban debajo del puente de la rotonda, lo cual aportaba cobijo a los heridos y montar dicho dispositivo creyó que distorsionaría más el escenario que comenzaba a estar controlado.

Para utilizar los recursos de la manera más eficiente, fue fundamental la comunicación del jefe médico y coordinador de sala. En el escenario, el jefe médico establecía la salida de los pacientes y valoraba el recurso que llegaba para asignarlo.

Finalmente, tras 4 horas de atención, se dio por finalizado el incidente a las 10:30 horas con la salida de la última ambulancia, habiendo utilizado un total de 4 horas para resolver dicho incidente, para el cual se contó con la intervención de: 061 Huelva, 061 Triana, VAL Huelva, Delta San Juan de Puerto, Delta Bollullos Par del Condado, SAMU Huelva, Equipos de Almonte, Bonares y Bollullos, así como las ambulancias de transporte de Almonte, La Palma y Matalascañas.

El recuento final de pacientes quedo de la siguiente manera:

- 1 Negro.
- 3 Rojos.
- 14 Amarillos.
- 22 Verdes.

Como conclusión, es fundamental fomentar desde las instituciones la formación integral de todos los equipos que puedan atender a IMV y catástrofes para la correcta coordinación entre los miembros del equipo (con una clara asignación de roles y funciones), así como con el resto de estamentos que



intervienen en un incidente de estas características (Bomberos, Guardia Civil, Protección Civil, etc). Esta formación debe ser complementada la puesta en práctica en simulacros, para poder ensayar y poner en práctica los conocimientos y que cuando llegue la situación real, podamos aplicarlos de la forma más correcta posible, ya que tras un incidente de estas características, al realizar un debriefing, siempre nos

encontraremos con aspectos a mejorar.

En este caso, destacamos dos aspectos claves a mejorar, relacionados con la posible existencia de una línea directa que permita la comunicación del mando médico con el centro coordinador, así como una mejor organización de los pacientes en el nido de heridos dispuestos en forma de abanico en cada puesto, facilitando así la organización y tratamiento de estos.

EMERGENCIAS COLECTIVAS, UNA REALIDAD A LA QUE NO SE MIRA “DE FRENTE”

García-Blanco, Diego

Linares-Toro, David

1- DCCU móvil Condado-Campiña, Huelva.

diego13gb@gmail.com; davidlt22@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Los servicios sanitarios sufren cada año constantes retos en cuanto a capacidad de respuesta ante la demanda creciente de asistencia sanitaria por parte de una sociedad en constante cambio y progreso. Nuestro trabajo como sanitarios implica adaptarnos y estar preparados ante cualquier circunstancia que exija una respuesta acorde a cualquier demanda, como ocurre

por ejemplo ante urgencias y emergencias, hechos que pueden ocurrir en cualquier momento y lugar, así como en distintas circunstancias y escenarios. Cabe destacar aquí la importancia de las emergencias colectivas, las cuales, suponen no sólo un reto a nivel asistencial, sino también de coordinación precisa entre distintos niveles asistenciales y estamentos implicados, así como capacidad de gestión y resolución.

Se entiende como **emergencia colectiva (EC)** como cualquier incidente que altera notablemente el orden normal de las cosas y que provoca puntualmente una trágica desproporción entre las necesidades y los medios disponibles pero que es habitualmente resuelto con los recursos que se disponen. Dentro de este concepto distinguimos entre incidente de múltiples víctimas (IMV) y catástrofes.

Tabla 1. Diferencias entre tipos de emergencia colectiva (EC): IMV y catástrofe

	Incidente de múltiples víctimas (IMV)	Catástrofe
Concepto	Aquel suceso en que, por el elevado número de pacientes y la naturaleza de sus lesiones, haga que esté comprometida la capacidad de manejo inicial de los heridos; o bien el número de recursos y personal que puede desplazarse en tiempo apropiado al lugar del suceso sea insuficiente para manejar a todos los heridos según criterios habituales (OMS, 2007).	“un fenómeno que implica la interrupción grave del funcionamiento de una comunidad o sociedad que causa pérdidas humanas, materiales, económicas o ambientales, que exceden la capacidad de la comunidad o sociedad afectada para hacer frente con sus propios recursos” (OMS,2007).
Número de víctimas	Entre 3 y 60 víctimas	Número indeterminado de víctimas (de 60 a 200 víctimas).
Tiempo de resolución	Tiempo limitado inferior a 6 horas	Tiempo inferior a las 72 horas
Recursos implicados	Recursos de emergencias convencionales	Gestión multidisciplinar, con mayor compromiso interservicios. Deberán desplegarse estructuras móviles avanzadas de mando y socorro.
Ejemplos	Accidentes múltiples de tráfico, incendios en edificios, etc.	Es el resultado de la interacción del hombre y su medio (accidentes aéreos, marítimos, ferroviarios, derrumbes de edificios, grandes incendios, ...).

Fuente: Elaboración propia.



Las EC, por suerte, no ocurren todos los días, pero ello no implica que debamos obviar la posibilidad de que, como se ha comentado, pueda ocurrir en cualquier momento, lugar y escenario, y por ello los servicios sanitarios y los distintos estamentos que puedan llegar a intervenir en dichas ocasiones, deban estar convenientemente preparados. Algunos ejemplos de EC ocurridas a nivel nacional y en la provincia de Huelva:

- Madrid, 11 de marzo de 2004, ataques terroristas producidos en cuatro trenes de la red de Cercanías. Fallecieron 192 personas y alrededor de dos mil resultaron heridas.
- Madrid, 20 de agosto de 2008, accidente aéreo con 154 muertos y 18 heridos.
- Ciudad Real, 25 de enero de 2024, accidente múltiple en la A-4, con 3 personas muertas y otras 18 heridas.
- La Palma del Condado, Huelva, 14 de noviembre de 2001, accidente de autobús en el que mueren 19 personas y 24 resultaron heridas de diversa consideración.
- A-49, Huelva, 20 de diciembre de 2006, accidente de autobús, 4 muertos y 35 heridos.
- Almonte, Huelva, 01 de mayo de 2023, 1 muerto y 39 heridas en otro accidente de autobús.

Existen distintos **planes o procedimientos** desarrollados con ánimo de crear estrategias y sinergias para el abordaje de las EC que acontezcan en nuestra provincia, algunos de ámbito regional (**Procedimiento ECHO-CHARLIE, coordinación y asistencia ante EC de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía, EPES, ahora CES-061**), otros de carácter más provincial o local (**Plan de actuación ante IMV y catástrofes del Distrito Sanitario Condado-Campiña y Huelva-Costa**), pero todos deben contemplar las directrices del Plan Territorial de Emergencia de Andalucía (**PTEAnd**), aprobado en 2011, y que se constituye como plan director para la ordenación e integración de la planificación de emergencias en Andalucía. El PTEAnd establece las directrices y los criterios generales que las administraciones, organismos y entidades deberán tener en cuenta a la hora de la elaboración, implantación y mantenimiento de los planes correspondientes a sus ámbitos competenciales.

JUSTIFICACIÓN

La elaboración de planes y procedimientos necesita una implantación en cada área y servicio implicado, debe llegar a todos y cada uno de los profesionales que puedan ser intervinientes en una EC. Una gestión eficaz es imprescindible en la difusión de estos planes para garantizar una respuesta adecuada ante este tipo de eventos.

Con este artículo intentamos llegar a cada uno de esos profesionales sanitarios y de gestión, para intentar dar el primer paso hacia una formación óptima y reglada, e intentar responder a las preguntas más básicas... ¿qué?, ¿cuándo?, ¿cómo?, ¿dónde?

OBJETIVO

Este trabajo pretende difundir los conocimientos necesarios respecto a la actuación de los profesionales sanitarios implicados en la respuesta ante una Emergencia Colectiva (EC).

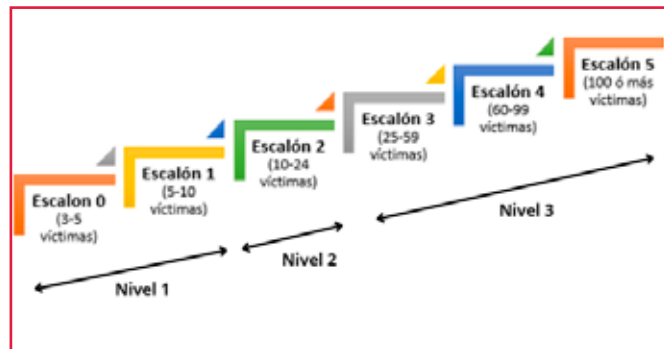
PROCEDIMIENTO

Atendiendo al tipo de acontecimiento y al número potencial de víctimas, se determinan **3 niveles de EC**, y hasta 5 escalones para dar respuesta sanitaria (Figura 1):

Figura 1. Niveles de emergencia colectiva (EC) y escalones.

Fuente: Elaboración propia. Adaptado de: Plan de actuación ante IMV y catástrofes del distrito Condado Campiña y Huelva Costa.

- **Nivel 1.** Emergencias que suponen menos de 10 víctimas



potenciales y pueden ser resueltos por los recursos del distrito sanitario en un tiempo inferior a 3 horas.

- Escalón 0: Hasta 5 víctimas potenciales o al menos 3 que requieran asistencia
- Escalón 1: Hasta 10 pacientes potenciales o más de 5 que requieran asistencia

Se incluyen también en este nivel (Procedimiento General ECHO CHARLIE, Coordinación y Asistencia ante Emergencias Colectivas del CES061):

- Accidentes aéreos que sólo implique a la tripulación (avionetas de fumigación, helicópteros... en zonas despobladas)
- Accidentes marítimos de pequeñas embarcaciones (pateras u otras embarcaciones a la deriva, naufragios...)
- Accidente de tráfico en túnel
- Accidentes de transporte con mercancías peligrosas
- Cualquier situación de riesgo químico y/o tecnológicos que afecte a población (sospecha de nube tóxica...)
- Incidentes que impliquen desalojos de centros, sin incendio asociado (Amenaza de bomba en colegios, hospitales, administración pública, peligro de derrumbe...)
- Amenaza de bomba
- Derrumbamiento de edificio o casas.

- **Nivel 2.** Emergencias que suponen entre 10 y 60 víctimas potenciales y pueden ser resueltos por los recursos sanitarios de la provincia en un tiempo inferior a 6 horas. Se precisan recursos adicionales a los habituales o existentes, supondrá siempre la activación de vehículo de apoyo logístico (VAL).

- Escalón 2: Más de 10 y menos de 25 víctimas potenciales o más de 10 pacientes que necesiten asistencia.



Se incluyen también en este nivel (Procedimiento General ECHO CHARLIE, Coordinación y Asistencia ante Emergencias Colectivas del CES061):

- Accidentes aéreos que impliquen múltiples víctimas (avión comercial, aeronaves en zonas de población...)
- Accidentes marítimos de embarcaciones mayores (choques barcos, ferrys...)
- Accidentes ferroviarios, incluso sin descarrilamiento (tren de pasajeros, mercancías desconocidas...)
- Accidentes de autobús con pasajeros en vías rápidas (Autovías, autopistas...) o vías interurbanas.
- Avalanchas humanas en concentraciones.
- Incendios en edificios de varias plantas.
- Incendios que impliquen desalojos de centros: colegios, centros y mayores, hospitales, centros de salud.
- Explosiones (incluidos atentados).

- Activación de otros Planes de Emergencias (especiales, sectoriales...) por parte de Emergencias 112.

• **Nivel 3.** Emergencias que suponen más de 60 víctimas potenciales y que requieren la activación de recursos sanitarios de otras provincias para su resolución en un tiempo de hasta 72 horas.

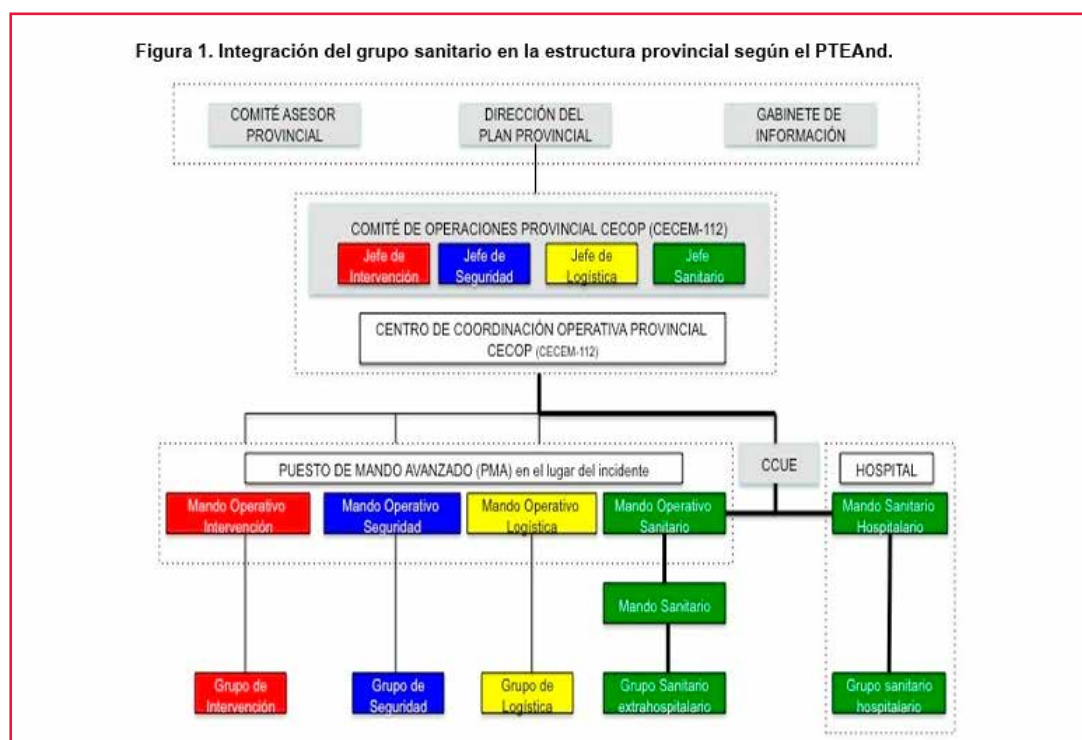
- *Escalón 3:* Menos de 60 pacientes potenciales o más de 25 pacientes que requieran asistencia.

- *Escalón 4:* Más de 60 y menos de 100 pacientes potenciales.

- *Escalón 5:* Más de 100 pacientes potenciales.

La organización de la asistencia sanitaria exige la **coordinación con distintos estamentos** implicados en el abordaje de la emergencia colectiva (EC) y la integración del colectivo sanitario en la estructura organizativa, todo ello descrito en el PTEAnd, y que a nivel provincial queda reflejado en el siguiente esquema (Figura 2):

Figura 2. Integración del grupo sanitario en la estructura provincial según el PTEAnd



Fuente: Procedimiento General ECHO CHARLIE, Coordinación y Asistencia ante Emergencias Colectivas del CES061

Dentro de las emergencias colectivas, podemos distinguir las siguientes **fases (Figura 3): activación, prealarma, alarma, ejecución y desactivación.**

1. Activación: Llamada entrante en CECEM-112 O CCUE compatible con una EC. Ambos se coordinan para la prealerta o alerta de los distintos estamentos, así como la transmisión de punto de encuentro en zona segura y los accesos.

2. Fase de Prealarma o Preemergencia: en la que se procede a la alerta de los distintos estamentos ante un riesgo previsible

de EC, o acontecimiento NO CONFIRMADO en cuanto a su existencia, nº de víctimas o gravedad. El alertante deberá aportar información al menos de:

- lugar aproximado,
- tipo de incidente y
- víctimas potenciales

3. Fase de Alarma o Emergencia: EC CONFIRMADA por alertante o primer equipo interviniente. Este último confirma la existencia



► Trabajo

de EC (si no ha sido confirmada) e informará al CCUE de:

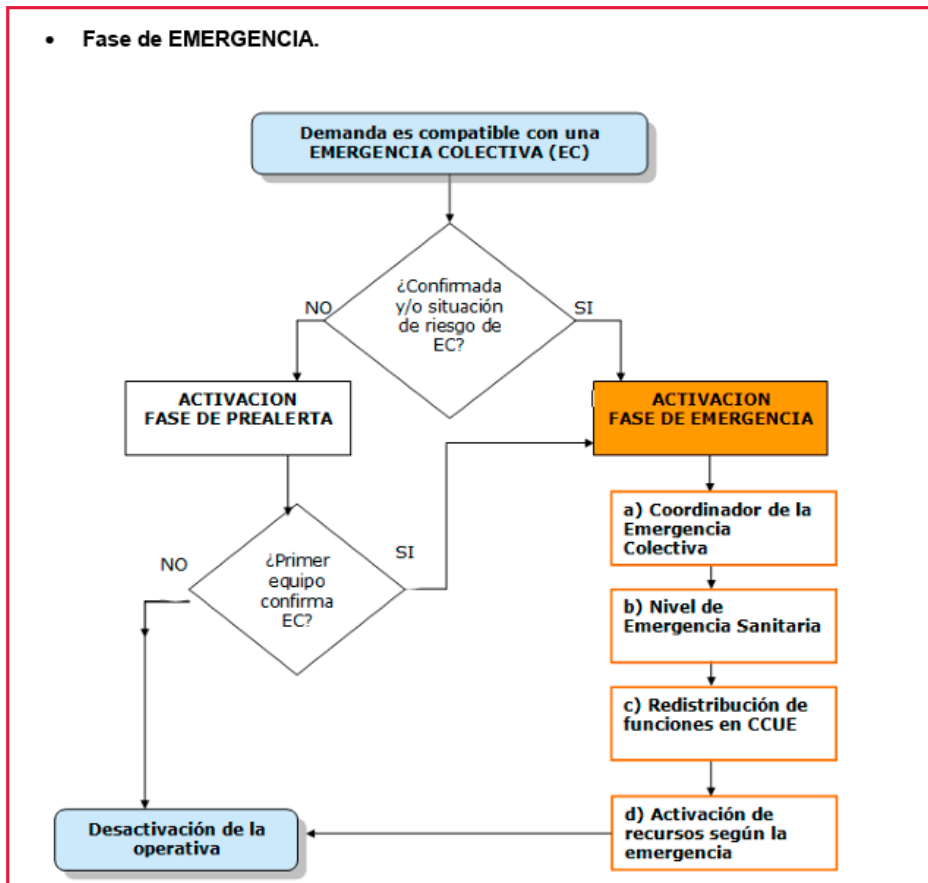
- Necesidad de presencia de Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado o Municipales
- Necesidad de servicios de rescate
- Localización
- Tipo o naturaleza del incidente
- Número de víctimas y gravedad
- Riesgos existentes y potenciales

- Servicios de emergencia presentes.

4. Ejecución: Se desarrolla la asistencia integral de todos los estamentos hasta la resolución de la EC.

5. Desactivación: En el momento en el que no queden víctimas por atender en el Puesto Médico Avanzado (PMA) y resuelto el incidente, el profesional que asuma en ese momento el mando sanitario, comunicará al CCUE y al Director de Urgencias del Distrito, o en su defecto aquella persona jurídica que ostente dicha responsabilidad, la desactivación del Plan.

Figura 3. Fases de la Emergencia Colectiva (EC)



Fuente: Procedimiento General ECHO CHARLIE, Coordinación y Asistencia ante Emergencias Colectivas del CES061



Fase de ejecución. Funciones equipos sanitarios intervinientes.▶ **Nivel 1:** 1º equipo sanitario interviniente (médico/a, enfermero/a, TES):**FUNCIONES 1º EQUIPO SANITARIO**

Mando sanitario (médico o persona con más experiencia del primer equipo). Máximo responsable de la asistencia sanitaria en el lugar del evento.

- No realiza funciones asistenciales, sino de organización y control.
- Contacto permanente con los mandos de los grupos de seguridad y rescate.
- Enlace con el CCUE informando de todo lo necesario referente al suceso:
 - ✓ Localización y naturaleza del incidente
 - ✓ Número de víctimas y gravedad
 - ✓ Riesgos existentes y potenciales
 - ✓ Servicios de emergencia presentes y recursos necesarios
- Determina la sectorización sanitaria.
- Asigna responsabilidades entre los componentes de su equipo:
 - ✓ Responsable de Triage (DUE del primer equipo).
 - ✓ Responsable de Evacuación (TES del primer equipo).
- Distribución de los apoyos sanitarios que van llegando.
- Organiza la asistencia sanitaria en el PSA (triage avanzado de estabilización XABCDE y de evacuación (R-TRS)).
- Dirige la dispersión hospitalaria. Informa al CCUE de los pacientes críticos.

Responsable de Triage (enfermero/a o persona con más experiencia en triage del 1º equipo. En caso de que el 1º equipo sea solo 2 profesionales el mando sanitario asumirá el triage):

- Realiza el 1º triage básico de los heridos (métodos SHORT o START con maniobras salvadoras) en área de rescate (si víctimas atrapadas) o área de socorro.
- Despliega el material en el área asistencial.
- Organiza la agrupación de víctimas hacia el área asistencial.
- Mantiene informado al Mando Sanitario.
- Aquellas otras funciones encomendadas por el Mando Sanitario.

Responsable de Sectorización y evacuación (TES o persona con más experiencia disponible):

- Medidas de seguridad, sectorización y balizamiento.
- Gestiona el puesto de evacuación: recepción y salida de ambulancias. Diseña el circuito de evacuación y flujo unidireccional de pacientes.
- Da instrucciones de estacionamiento e informa a equipos que van llegando.
- Mantiene informado al mando sanitario.
- Responsable de la filiación de víctimas y registro de asistencia.
- Aquellas otras funciones encomendadas por el Mando Sanitario.



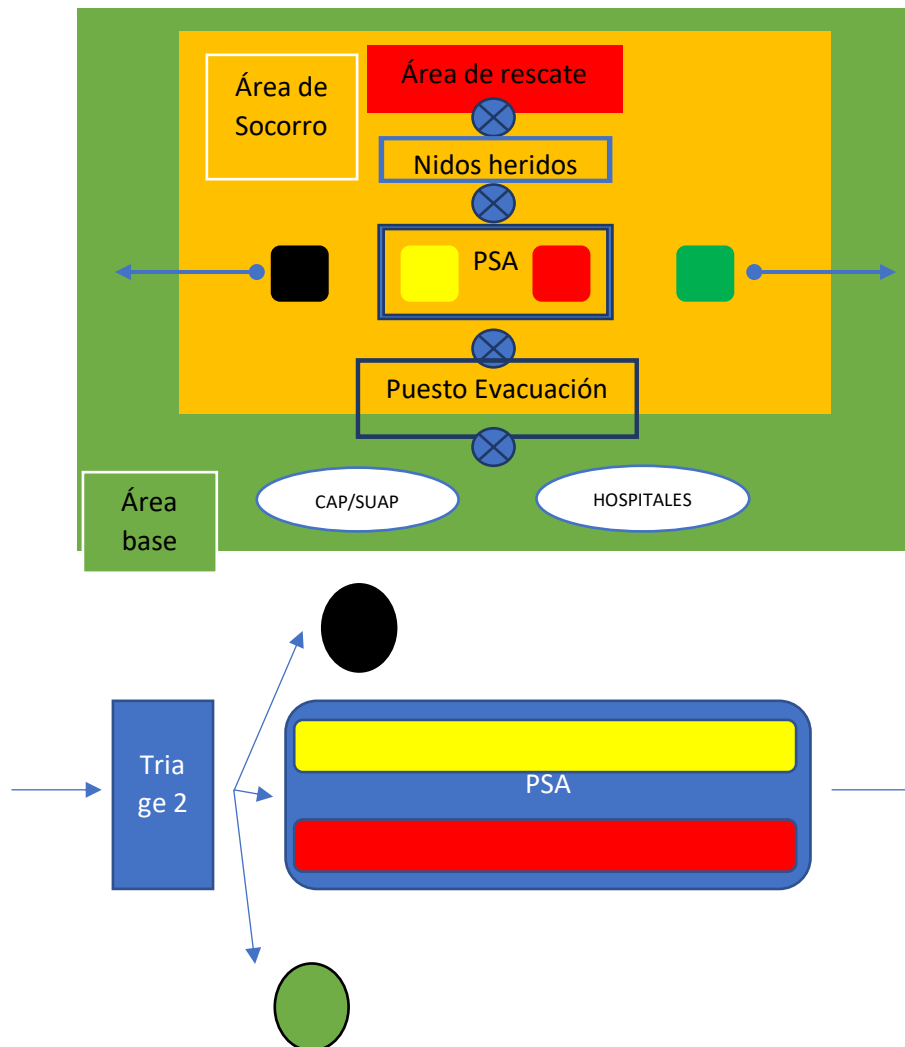
► Trabajo

► **Sectorización:** La ubicación de cada zona dependerá de muchos factores y variables, como por ejemplo el tipo de incidente, nivel de EC y número de víctimas, orografía y localización, accesos, etc.

- **Área de rescate:** Es la zona en la que los servicios de rescate y/o de seguridad se encargarán de neutralizar peligros, retirar a las víctimas de daños potenciales y rescatar a los atrapados. El grupo sanitario sólo accederá para agrupación de víctimas y soporte vital a atrapados tras autorización del Mando del Grupo de Intervención. Realización Primer Triage si acceso posible (START, SHORT...)
- **Nido de heridos:** Entre el área de rescate y el área de socorro. Los equipos evacúan a los heridos del área de rescate al

nido de heridos. Allí esperarán a ser trasladados al PSA.

- **Área de Socorro:** Lugar donde se atienden a los heridos. En dicha área se instalará el PSA. Los heridos atendidos y/o estabilizados (rojos y amarillos) serán evacuados al Puesto de Evacuación. Los clasificados como negros y verdes no entran en PSA. Los verdes pueden evacuarse directamente incluso en vehículos no sanitarios.
- **Área Base:** En ella se instalará el Puesto de evacuación. Allí, los heridos rojos y amarillos serán trasladados a las CAPs/SUAPs (amarillos) y a los hospitales públicos y/o privados (rojos y aquellos amarillos que precisen pruebas complementarias).



Fuente: Plan de actuación ante IMV y catástrofes del distrito Condado Campiña y Huelva



► **Nivel 2**

A partir de este nivel, se precisan recursos adicionales a los habituales o existentes, y supondrá siempre la activación del VAL.

Los responsables sanitarios organizarán a los sanitarios por binomios intentando no mezclar sanitarios de distintos equipos

de emergencias para una mayor operatividad. No obstante, el responsable correspondiente puede asignar tareas distintas a cada profesional de un mismo equipo. Según la cronología de llegada al suceso, la siguiente tabla recoge de forma esquemática y aclaratoria cuales podrían ser las funciones que desarrollar:

EQUIPO N° LÍNEA DE TIEMPO	2º	3º-4º	RESTO EQUIPOS
Tiempo 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Medico II</u>: Jefe PMA. Organiza distribución, lonas y materiales ▪ <u>Enfermero II</u>: Ayuda al I al triaje ▪ <u>Técnico II</u>: Finaliza balizamiento y sectorización de zonas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Médicos III</u>: Responsable Rojos. Finalizar colocación y disposición PMA ▪ <u>Médico IV</u>: Responsable Amarillos. Finalizar colocación y disposición PMA ▪ <u>Enfermero III/IV</u>: III Colabora con I en triaje. IV Colaborar en 1ª-2ª Norias. Maniobras salvadoras y Taponamiento heridas. ▪ <u>Técnico III/IV</u>: Colaborar en 1ª y 2ª Noria 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Médicos y Enfermeros</u>: Asignación de pacientes PMA ▪ <u>Técnicos</u>: 50% ayudarán en norias 1ª y 2ª. 50% Se encargarán de noria de evacuación.
Tiempo 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Medico II</u>: en cabecera del PMA dirigiendo 2º triaje. Asignará a los siguientes equipos responsabilidad en rojos y amarillos ▪ <u>Enfermero II</u>: queda en PMA para 2º triaje ▪ <u>Técnico II</u>: inicia o colabora en 1ª noria (lugar a nido) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Médicos III (Rojos)</u>: Asignar pacientes a intervinientes. ▪ <u>Médico IV (Amarillos)</u>: Asignar pacientes a intervinientes. ▪ <u>Enfermero III/IV</u>: III Colabora con I en triaje. IV Colaborar en 1ª-2ª Noria. Maniobras salvadoras y Taponamiento heridas ▪ <u>Técnico III/IV</u>: Colabora en 1ª y 2ª Noria 	
Tiempo 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Técnico II</u>: Responsable de 2ª Noria (nido a PMA) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Técnico III/IV</u>: Colaborar en 2ª-3ª Noria. Responsable 3ª Noria. 	

Fuente: Plan de actuación ante IMV y catástrofes del distrito Condado Campiña y Huelva Costa

► **Triaje:**

La clasificación de pacientes según su gravedad es fundamental en EC para priorizar el rescate, la asistencia y la evacuación de las víctimas. El triaje será dinámico y repetitivo durante toda la asistencia, utilizando distintos métodos dependiendo del momento. Cada paciente es marcado con un color dependiendo de la prioridad:

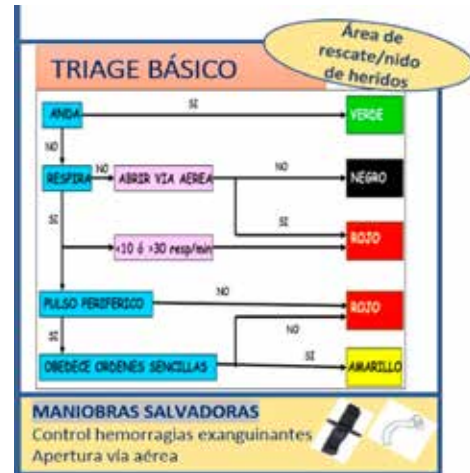
Rojo	P1	prioridad inmediata.
Amarillo	P2	prioridad urgente (demorable 2-4h)
Verde	P3	prioridad demorable más de 4 h. de forma segura.
Negro	P4	Fallecido

► Triaje básico en área de rescate o nido de heridos. Se recomiendan métodos básicos y rápidos que valoren las funciones vitales, como los métodos SHORT o START.



► Trabajo

Figura 5. Triage básico: SHORT / Figura 6. Triage básico: START



Fuente: Procedimiento General ECHO CHARLIE, Coordinación y Asistencia ante Emergencias Colectivas del CES061

► Triage en área de socorro / PSA:

- Triage avanzado de estabilización: Para marcar un orden de prioridad asistencial, en la entrada del paciente en el área asistencial se usará la Valoración primaria XABCDE del paciente con trauma grave desarrollada por el ATLS (Advanced Trauma Life Support). Se considerarán pacientes rojos aquellos que según ATLS presentan un problema crítico.

Tabla 2. Triage avanzado de estabilización en área de socorro/PSA

XABCDE
Los pacientes se priorizarán en el siguiente orden:
Problema crítico en X: hemorragia exanguinante. Prioridad absoluta, evacuación inmediata a hospital dada la gravedad y la opción quirúrgica como única solución.
Problema crítico en A: obstrucción de la vía aérea.
Problema crítico en B: alteración de la ventilación.
Problema crítico en C: alteración cardiovascular, shock.
Problema crítico en D: alteración del nivel de conciencia.

- Triage avanzado de evacuación: Se utilizará como triaje la versión de Triage-Revised Trauma Score (T-RTS) para priorizar la evacuación de pacientes tras ser atendidos en el PSA, consistente en una escala fisiológica que valora tres parámetros: Frecuencia respiratoria (Fr), Presión arterial sistólica (PAS) y Escala de Coma de Glasgow (GCS).

Los pacientes con puntuación global de T-RTS < 12 serán considerados Prioridad 1 ó roja (por problema crítico en el ABC según ATLS) salvo el paciente con TCE moderado (GCS entre 9 y 12) que se considerará Prioridad 2 ó amarilla a pesar de presentar un T-RTS=11. Los pacientes con puntuación global de T-RTS=12 serán considerados Prioridad 2 ó amarilla salvo aquellos pacientes con patología banal que se considerarán prioridad 3 o verdes.















TRIAGE AVANZADO DE EVACUACIÓN EN PSA			
TRIAGE-REVISED TRAUMA SCORE (T-RTS)			
FR	PAS	GCS	PUNTOS
10 – 29	>89	13 – 15	4
>29	76 - 89	9 – 12	3
6 – 9	50 - 75	6 – 8	2
1 – 5	1 - 49	4 – 5	1
0	0	3	0

T-RTS	Prioridad evacuación
1 – 11	P1
11 TCE moderado	P2
12	
12	P3
0	Fallecido



Durante toda la asistencia, se utilizarán las tarjetas de triaje (Figura 7) para la clasificación de las víctimas. Las lesiones y tratamientos serán anotados en estas tarjetas, que serán colgadas del cuello o de los miembros superiores, nunca unidas a la ropa.

Figura 7. Tarjetas de triaje

<p>Víctima nº  _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Edad _____ ó    </p> <p>Sexo  </p>	<p> Lesiones</p> <p>A Amputación</p> <p>H Herida abierta</p> <p>F Sospecha de fractura</p> <p>Q Quemadura</p> <p>C Contusión</p> <p> </p> <p>D Frontal I ↓ Espalda D</p>																					
<p>¿Se ha taponado alguna herida? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO</p> <p>¿Se ha necesitado abrir Vía Aérea? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO</p> <p>¿Se ha usado medicación? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO</p>	<p> Medicación (incluir dosis y vía)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																					
<p>Éxito <input type="radio"/></p> <p>Respira y signos de circulación <input type="radio"/></p> <p>Habla y obedece órdenes sencillas <input type="radio"/></p> <p>Sale caminando <input type="radio"/></p>	<p>Constantes</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>TAS</th> <th>TAD</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>GSC</th> <th>TSR</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	TAS	TAD	FC	FR	GSC	TSR															
TAS	TAD	FC	FR	GSC	TSR																	

Fuente: Plan de actuación ante IMV y catástrofes del distrito Condado Campiña y Huelva Costa

CONCLUSIÓN:

Una emergencia colectiva supone un esfuerzo extra a todos los niveles, engloba y exige no sólo capacidad adaptativa, de coordinación y resolutive, sino la adquisición de conocimientos y habilidades específicos marcados por la idiosincrasia de la emergencia, y ello implica la necesidad de una adecuada gestión de recursos y formación de los profesionales de los distintos estamentos implicados en el abordaje de este tipo de eventos.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization (WHO). (2007). Mass casualty management systems. In *Mass casualty management systems*. World Health Organization (WHO).
2. Plan de actuación ante IMV y catástrofes del distrito Condado Campiña y Huelva Costa.
3. Procedimiento General ECHO CHARLIE, Coordinación y Asistencia ante Emergencias Colectivas del CES061 (2006). Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
4. American College of Surgeons. Committee on Trauma. (2008). *ATLS, advanced trauma life support for doctors: student course manual*. American College of Surgeons.



Conduce tranquilo con nuestro seguro de automóvil



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora

Hasta un

25% DTO.

Confianza

S PORQUE
somos
sanitarios



**Seguro
de Automóvil**

Nuevas **coberturas y exclusivas ventajas** para ti y tu familia:

Cobertura completa para tu vehículo: sustitución, valoración, accidentes, lunas y más.

Elige el seguro que mejor se adapte a tus necesidades: terceros básico, ampliado, todo riesgo, premium y más.

A.M.A. HUELVA

Palos de la Frontera, 17 huelva@amaseguros.com



900 82 20 82 / 959 28 17 71

www.amaseguros.com



La Mutua de los Profesionales Sanitarios...y sus familiares.

EL SAS CONVOCA UNA NUEVA OEP CON 10.311 PLAZAS

Huelva.- Redacción

El Servicio Andaluz de Salud ha anunciado la convocatoria de una nueva Oferta de Empleo Público (OEP) de 2024 que se anuncia con un total de 10.311 plazas tras alcanzarse un acuerdo entre la administración regional y las organizaciones que componen la Mesa sectorial de Sanidad. Del total de esas plazas la mayoría (9.393) van a ser de acceso libre y el resto (918) de promoción interna. Esta oferta de empleo se corresponde con el 120% de la tasa de reposición. Entre las diferentes categorías presentes en la sanidad pública andaluza, la que abarca mayor número de posibilidades es enfermería con 2.498 plazas, seguida por los técnicos auxiliares de enfermería (1.427) y los médicos de Familia (921).

El SAS dió a conocer la decisión de convocar una nueva OEP que se suma a las anteriores convocatorias de los años 2.022 y 2.023. En total y entre todas las categorías profesionales, suponen un montante global de 18.778 plazas. La administración de la comunidad subrayó que desde el año 2.018 y con las convocatorias ya resueltas, se habrá alcanzado la cifra de 56.894 personas, nuevas titulares con plaza fija. De nuevo, el nivel de enfermería es el destinatario del mayor número de opciones con 2.498 plazas contando, eso sí, con enfermeras especialistas de Familiar y Comunitaria, Obstétrico, Ginecológica, (Matrona) y Salud mental.

A continuación, aparecen las destinadas a técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (con 1.427), medicina de Familia en Atención primaria (921), administrativos (768) y celadores (667). Esta nueva Oferta de empleo en el sistema público de salud regional se suma a las convocatorias de los años 2.022 y 2.023 lo que equivale a arrojar la cifra de 18.772 plazas por lo que, desde el año 2.018, y

con la citada última convocatoria, se podrá alcanzar la estimable cifra de 56.894 nuevas personas titulares de plaza fija en el sistema. Como se recuerda, la oferta ya publicada en el decreto del año 2.022 supuso la convocatoria de un total de 4.629 plazas más de las que 3.120 serán por el sistema de acceso libre frente a las 1.509 de promoción interna. Por su parte, la oferta del año 2.023 contempla un total de 3.838 plazas que, como en el caso anterior, la mayor parte de ellas (2.865) son de acceso libre y el resto (973) de promoción interna, 2025 y nuevos temarios.

En virtud del acuerdo alcanzado en la mesa sectorial, se dio a conocer el calendario en cuanto a las fechas de realización de los exámenes que, en todos los casos, se celebrarán en el próximo 2.025. El primer examen tendrá lugar en el mes de abril y el último en octubre. De esta forma y con el anuncio de la nueva convocatoria, el SAS reafirmó su “compromiso” para seguir avanzando en el objetivo “por el empleo fijo” que hará posible “la planificación” del empleo de titularidad pública con respecto a una “gestión planeada de vacantes”.

NUEVOS TEMARIOS

Las convocatorias, como se anunciaron, estaban previstas formalizarse antes de finalizar el presente 2.024 y el sistema elegido será el de concurso-oposición lo que comporta dos fases: la propia de oposición y la del concurso de méritos. En este sentido, y para que resulte lo más ágil posible su ejecución, la valoración de los méritos de los aspirantes, estos deberán presentar el autobaremo que se concretará tras la inscripción. Las pruebas en cuestión se realizarán, probablemente, en las sedes más habituales en las ciudades de Sevilla, Córdoba, y Granada, hasta donde acudirán los aspirantes del resto de provincias. Respecto a los

temarios por los que a partir de ahora, se van a regir las pruebas, la Dirección general de Personal del SAS publicó en el BOJA (número 154 del 8 de agosto de 2.024) una Resolución por la que se aprobaban y publicaban los nuevos programas de materias por las que se van a regir las pruebas selectivas para acceder a determinadas categorías y especialidades en el SAS.

Por lo que concierne a enfermería, el temario contempla un programa de materias común de diez apartados relativos a los conocimientos sobre un amplio espectro: la Constitución Española, La Ley Orgánica de 2007 del Estatuto de Andalucía, Organización Sanitaria (Ley de 1.986), Estructura, organización y competencias de la Consejería de Salud, Protección de Datos personales, Prevención de Riesgos Laborales, Promoción de la igualdad en la comunidad, Estatuto Marco del profesional estatutario, y las Tecnologías de la información en el SAS. En cuanto al Temario Específico en el citado BOJA se desarrolla una amplia batería de capítulos así como los correspondientes a la especialidad de enfermería en Salud Mental, enfermería especialista en Trabajo y las enfermeras, especialistas en Obstétrico-Ginecológica (matronas).



Ilte. Colegio Oficial de Enfermería de Huelva



ENERO

LU	MA	MI	JU	VI	SÁ	DO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		



FEBRERO

LU	MA	MI	JU	VI	SÁ	DO
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28		



MARZO

LU	MA	MI	JU	VI	SÁ	DO
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						



JULIO

LU	MA	MI	JU	VI	SÁ	DO
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			



AGOSTO

LU	MA	MI	JU	VI	SÁ	DO
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31



SEPTIEMBRE

LU	MA	MI	JU	VI	SÁ	DO
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					



2025



ABRIL

LU	MA	MI	JU	VI	SÁ	DO
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				



MAYO

LU	MA	MI	JU	VI	SÁ	DO
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	



JUNIO

LU	MA	MI	JU	VI	SÁ	DO
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						



OCTUBRE

LU	MA	MI	JU	VI	SÁ	DO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		



NOVIEMBRE

LU	MA	MI	JU	VI	SÁ	DO
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30



DICIEMBRE

LU	MA	MI	JU	VI	SÁ	DO
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

EL “CANNABIS MEDICINAL”, SOLO EN LOS HOSPITALES

Huelva.- Redacción

El uso del cannabis medicinal sigue deparando un debate tanto científico y social. El Ministerio de Sanidad dio a conocer, un borrado del Real decreto por el que, se supone que a corto plazo, esta sustancia podría introducirse en la legislación española. El proyecto en cuestión establece que se llevara a la practica mediante fórmulas magistrales que unicamente podrán prescribirse cuando se constate el fracaso de otros fármacos y,tambien que solo se dispensara de forma exclusiva en los hospitales a través de las farmacias hospitalarias con el objetivo de afrontar enfermedades concretas. Los expertos también constatan que su administración puede plantear riesgos de diversa consideración.

El debate sobre la autorización para el uso del la planta de cannabis sativa como herramienta terapéutica sigue en primer plano. El cannabis medicinal se define como aquellos medicamentos que en su composición albergan sustancias químicas derivadas de la planta de cannabis o marihuana, en sus componentes sintéticos. Estas sustancias químicas actúan “con los receptores cannabinoides” en el cuerpo humano con el resultado de originar determinados efectos tanto en el sistema nervioso y en el inmunológico. Pero, llegado a esta consideración, los expertos trasladan otra realidad: su utilización puede acarrear efectos secundarios asociados a riesgos como, por ejemplo, alteraciones cognitivas, adicción y psicoactividad.

La literatura científica enseña que el cannabis medicinal se ha utilizado, desde tiempo inmemorial, para tratar y combatir una serie de síntomas tales como, entre otros, dolor crónico (asociado a procesos oncológicos), formas graves de epilepsia, (en determinados síndromes de esta patología) y contra la aparición de vómitos y nauseas a causa de la quimioterapia/ radioterapia en pacientes victimas de cáncer o afectados por VIH/SIDA, y esclerosis múltiple. Pero su administración también comporta riesgos y problemas tales como trastornos neuropsiquiátricos (problemas de razonamiento y memoria), aumento de la frecuencia cardíaca, problemas graves del sueño, como el insomnio, adicción, síntomas de abstinencia, ataques de pánico.... Es sabido que el uso del cannabbis como herramienta terapéutica varía entre las legislaciones de las naciones pues mientras determinados estados han decidido acercarse a su regulación, en otros se optó por no proceder a su luz verde.

AGENCIA ESPAÑOLA DEL MEDICAMENTO

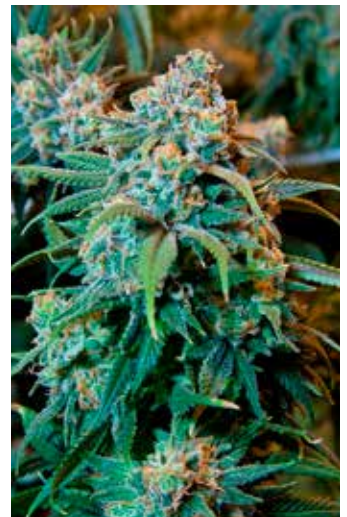
En este contexto, Sanidad ha presentado, a audiencia publica, un borrador de RD al que llegarán aportaciones de distinta orientación pero siempre desde una base fundamental: que su

regulación y uso sea posible en aquellos casos donde no existen medicamentos específicos debidamente autorizados o bien cuando los que se conocen no se ajusten a las necesidades del enfermo. Como se sabe, en el mercado hay dos fármacos que se basan en el cannabis: Sativex (vía oral) y Epidiolex.,Pero sucede que, en ocasiones, la administración de estos dos componentes no dan la respuesta esperada a problemas inherentes al cuadro de las dolencias arriba citadas. En el proyecto que se maneja consta que la relación de indicaciones podría verse ampliada con la mayor diligencia en función de la evidencia científica que se acumule.

► Las Farmacias hospitalarias elaborarán, en exclusiva, las “fórmulas magistrales” para tratar enfermedades concretas

Al mismo tiempo, es firme la decisión de que solo se podrá administrar en los hospitales desde la farmacia hospitalaria como única dependencia que cuente con los medios necesarios para realizar las formulas magistrales. Las farmacias hospitalarias podrán suministrar estas sustancias tanto a pacientes ingresados en el hospital como externos. Corresponde a la Agencia Española del Medicamento y Productos sanitarios elaborar la monografía a la que deberán remitirse y ajustarse las fórmulas magistrales para los preparados derivados del cannabis que, por otra parte, deberán inscribirse en el Registro de preparados estandarizados de cannabis, de la citada Agencia Española del Medicamento y Productos sanitarios.

Corresponderá, finalmente, a los profesionales encargados de atender a estos pacientes hacer constar en la historia clínica del enfermo la razón que justifica la administración de estos tratamientos haciendo constar las tras terapias administradas que hubiera recibido el enfermo pero sin obtener resultados convincentes. Al mismo tiempo, el personal sanitario deberá trasladar las dudas que planteen las “reacciones adversas” de estos preparados estandarizados de cannabis al Centro autonómico de Farmacovigilancia de su área asistencial.



IMPULSAR LA HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

APUESTA: FOMENTAR LA ESCUCHA EN UN ENTORNO FAVORABLE EN UN MARCO ÉTICO

Huelva.- Redacción

La necesidad de Humanizar la asistencia en la Atención Primaria fue el objetivo sobre de la IV Jornada de Salud promovida por los Distritos sanitarios Huelva-Costa y Condado-Campiña y celebrada en la Fundación Caja Rural del Sur. El horizonte fue dar impulso y materializar las Estrategias de humanización en el primer nivel asistencial del sistema publico en la región. Asistieron numerosos profesionales de primaria junto a asociaciones de pacientes y ciudadanos interesados en este capitulo La Delegada Territorial de la Consejería, Manuela Caro, dejó patente que se trata de un capítulo “importantísimo” que debe estar presente en el devenir de la asistencia que se presta a la sociedad.

La IV edición de la Jornada de Salud de los distritos de AP onubenses se formalizo bajo el lema “La acción y el efecto fe Humanizar”. Dirigido tanto a profesionales como a ciudadanos, el foro trató de avanzar en el “impulso de las estrategias de Humanización” en la sanidad pública andaluza. Con un marco referencial tan elocuente como que se “respeten la dignidad de las personas y sus derechos”, incorporando lo que realmente tiene valor para el paciente y eso sí, las condiciones de trabajo mas adecuadas para los profesionales, fomentando la escucha y la participación en un entorno favorable y en un marco ético.

La Jornada, enfocada desde un prisma práctico fruto de las experiencias cotidianas, se abrió con la conferencia a cargo de la enfermera Consuelo Artero, coordinadora del Plan de Humanización, Artero acumula una notable experiencia en el ámbito asistencial con mas de 25 años



Enfermera Artero, responsable de la humanización

de trayectoria en el SAS tanto en primaria en hospitales y gestora de casos. En la actualidad es, directora de enfermería del Hospital Universitario Poniente en El Ejido (Almería). La coordinadora subrayó la trascendencia de una apuesta que está recogida en el Plan de Humanización y que se presentó, de modo oficial, en la primavera del año 2.021 siendo consejero de Salud y Familias Jesús Aguirre El Plan se considera “uno de los pilares fundamentales para ofrecer una atención de calidad centrada en la persona”.

VALOR DE LAS EXPERIENCIAS

Tras la responsable del Plan de Humanización, en la sanidad regional, se desarrollaron dos mesas redondas o de “experiencias”, que estuvieron moderadas, respectivamente, por Auxiliadora Retes Burgos y Aurora Martínez. Los certales. En la primera hubo participación de personal perteneciente a las UGC del Andévalo, Molino de Vega y Gibraleón. En la segunda mesa se debatieron aspectos como el “Abordaje de la soledad no deseada” (Los Rosales),

la “Atención integral humanizada en la población pediátrica” (Bollullos), y las “Actuaciones para las mujeres victimas de violencia de genero” (Almonte).

La reunión, en suma, fue un espacio de dialogo y convivencia para que los asistentes pudieran comprobar, de forma directa, en qué consisten las diferentes pautas o estrategias que conforman el Plan de humanización de la sanidad publica andaluza y en concreto, el referido al ámbito de la Atención Primaria. Como en su momento dió cuenta CUADERNOS DE ENFERMERÍA, las líneas maestras del el Plan se diseñaron para “poder ser reproducidas en cualquier centro sanitario publico”, acercándose a la persona enferma “desde una perspectiva integral”. El personal del SAS ha de entender la esencia de este Plan junto a la “necesidad” para adquirir formación en materia de humanización y así alcanzar un buen desarrollo competencial que depare “buenas prácticas humanizadas” que logren el objetivo propuesto, beneficiar, en primer lugar al paciente pero, también, a sus familiares mas cercanos.



EFECTO DEL CUIDADO ENFERMERO EN LA PREVENCIÓN DEL DELIRIO DE PACIENTES CRÍTICOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

GANADORA DEL ACCÉSIT PARA ESTUDIANTES ENFERMERÍA EN LA XXVII EDICIÓN DEL CERTAMEN DE INVESTIGACIÓN CIUDAD DE HUELVA

Huelva.- Redacción

Silvia del Río-Martín

C/ El Almendro 9 Bj A 21007 Huelva

Sdelrio.martin@gmail.com

RESUMEN

Introducción: el delirio constituye un grave problema de salud de elevada incidencia. Está relacionado con mayor mortalidad hospitalaria, aumento de la estancia, deterioro cognitivo y mayores costes.

Objetivo: identificar intervenciones enfermeras basadas en la evidencia dirigidas a la prevención y control del delirio en pacientes ingresados en UCI.

Metodología: revisión bibliográfica realizada según la Declaración PRISMA. Se realizaron búsquedas en PubMed, WOSCC y CINAHL de revisiones sistemáticas, metaanálisis, EC, ECA y estudios observacionales sobre medidas no farmacológicas para la prevención y manejo del delirio en pacientes adultos ingresados en UCI.

Resultados: las intervenciones no farmacológicas multicomponente son eficaces para la detección precoz del delirio, reducir la incidencia, duración de la estancia en UCI y mortalidad, especialmente las dirigidas a la evaluación, control del entorno, movilización temprana y participación familiar; y las estrategias de implementación basadas en directrices PAD o Bundle ABCDE.

Conclusiones: existe evidencia de la efectividad de ciertas intervenciones enfermeras para la prevención y manejo del delirio que deben ser implementadas. Por la magnitud e impacto negativo del delirio y por ser factible su prevención, es prioritario aplicar las recomendaciones de cuidados en la práctica y continuar investigando en las intervenciones óptimas y las barreras que impiden su aplicación.

Palabras clave: Delirio, UCI, cuidados enfermeros, intervenciones no farmacológicas

ABSTRACT

Background: Delirium is a serious health problem with a high incidence. It is related to higher hospital mortality, increased stay, cognitive impairment and higher costs.

Objective: Identify evidence-based nursing interventions aimed at the prevention and control of delirium in patients admitted to ICU.

Methods: Bibliographic review carried out according to the PRISMA Declaration. PubMed, WOSCC and CINAHL were consulted for systematic reviews, meta-analysis, CT, RCT and observational studies on non-pharmacological measures for the prevention and management of delirium in adult patients admitted to ICU.

Results: Multicomponent non-pharmacological interventions are effective in the early detection of delirium, reduce incidence, ICU length of stay and mortality, especially the interventions that include evaluation measures, environment control, early mobilization, and family participation; and implementation strategies based on PAD guidelines or ABCDE Bundle.

Conclusions: There is evidence of the effectiveness about some nurse interventions for delirium prevention and management and must be implemented. Due to the magnitude and negative impact of delirium and because the prevention is feasible, it is priority to apply the care recommendations in practice and continue researching in the optimal interventions and the barriers that prevent their application.

Key Words: Delirium, ICU, nursing care, non-pharmacological interventions

INTRODUCCIÓN

El delirio es un problema que preocupa cada vez más a profesionales y autoridades sanitarias. Esta disfunción orgánica afecta a personas gravemente enfermas (1) y son los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI) los que tienen un mayor riesgo de desarrollarlo (2). Aunque la prevalencia varía, alrededor del 80% de pacientes hospitalizados sufrieron delirio y un gran número de ellos se desarrolló en el contexto de los cuidados críticos, con un inicio del trastorno de entre el segundo y tercer día de la estancia (3).



El delirio es una disfunción cerebral de aparición aguda, con un cambio en el estado mental que fluctúa a lo largo del día, falta de atención y alteración de la conciencia (4), “que no puede ser explicado por otro trastorno neurocognitivo preexistente, establecido o en evolución” (5). Otros autores lo definen como “un estado de confusión aguda, síndrome cerebral agudo, insuficiencia cerebral aguda y encefalopatía toxico-metabólica” (6).

La etiología del delirio está relacionada con una serie de factores predisponentes, factores de riesgo no modificables, y factores precipitantes, estos últimos considerados modificables o evitables y son propios del contexto de la UCI, como la ventilación mecánica, fármacos antipsicóticos o benzodiazepinas, sedación profunda, dolor, estrés, alteración del sueño, restricción física o inmovilización (7).

La aparición del delirio está relacionada con una mayor mortalidad hospitalaria, un aumento considerable de la estancia, más días de necesidad de ventilación mecánica (2) y en consecuencia mayores costes. A largo plazo muchos pacientes sufren deterioro cognitivo después del alta, lo que supone una carga importante tanto para las familias como para los servicios sociosanitarios (8,1). En ocasiones el delirio puede no detectarse o diagnosticarse de forma errónea, y su importancia es minimizada por los profesionales que trabajan en UCI (1), pero es una complicación grave y de gran complejidad que deben afrontar los sistemas sanitarios, los pacientes y sus familias (8).

Actualmente existe evidencia que apunta a la eficacia de las medidas no farmacológicas de un solo componente o multimodales que permiten a las enfermeras la detección precoz del delirio y actuar sobre los factores precipitantes para prevenir su aparición y minimizar su impacto, pero al mismo tiempo hay muchas lagunas en la literatura sobre la implementación real de estas medidas y una gran variabilidad en cuanto a las recomendaciones de manejo del delirio en la asistencia al paciente crítico. Por esta revisión bibliográfica tiene como objetivo identificar intervenciones enfermeras basadas en la evidencia dirigidas a la prevención y control del delirio en pacientes ingresados en UCI.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de fuentes primarias y secundarias siguiendo los principios metodológicos establecidos en la Declaración PRISMA.

Para la selección de los estudios se incluyeron revisiones sistemáticas, metaanálisis, EC, ECA y estudios observacionales que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: Pacientes adultos mayores de 18 años ingresados en UCI; Intervención: medidas no farmacológicas para la prevención y manejo del delirio, publicados entre 2013 y 2023, y escritos en inglés o español. Se excluyeron los artículos de pacientes pediátricos, adultos en contexto de geriatría, no ingresados en UCI o referidos a intervenciones farmacológicas y aquellos que no cumplieran los criterios de inclusión referidos.

A partir del formato de pregunta PICO (Tabla 1) se obtuvieron los términos medical subject headings (MeSH) en PubMed y

otros descriptores de ciencias de la salud además de la ecuación de búsqueda.

La búsqueda bibliográfica se realizó entre el 22 de diciembre de 2022 y el 14 de abril de 2023 en las bases de datos Pubmed, Web of Science Core Collection (WOSCC) y CINAHL.

En la estrategia de búsqueda se incluyeron los descriptores propios de cada base de datos electrónica (Tabla 1), así como palabras clave relativos a la población de estudio “Critical Care” o “intensive care units”; a las intervenciones “Nursing care” o “nursing care management”; y a los resultados “Delirium”, “Neurocognitive disorders”, “prevention and control”, unidas mediante operadores booleanos AND y OR. Se aplicaron filtros para acotar las búsquedas a estudios publicados a partir de 2013, idiomas inglés o español y tipos de diseño definidos en los criterios de inclusión.

Inicialmente se seleccionaron los estudios que cumplieron los criterios de elegibilidad mediante las búsquedas bibliográficas en bases de datos científicas mencionadas y se incluyeron algunos trabajos recuperados de fuentes secundarias. Una vez eliminados los duplicados y tras una primera fase de descarte mediante la lectura de título y resumen, se analizaron a texto completo los documentos restantes quedando excluidos los que no se adecuaban al propósito de este trabajo o no cumplían con los criterios de inclusión expuestos. Finalmente, los artículos seleccionados para esta revisión bibliográfica se sometieron a lectura crítica

Para cada uno de los estudios incluidos en la revisión bibliográfica se registró información relativa a sus autores, año de publicación, diseño, propósito, características metodológicas, intervenciones para la prevención y manejo del delirio y un resumen de los principales resultados y conclusiones.

RESULTADOS

Mediante las búsquedas bibliográficas en las bases de datos electrónicas se localizaron un total de 167 estudios de los cuáles se eliminaron 29 duplicados, obteniéndose 138 referencias cribadas. Fueron descartados 53 documentos que no cumplían con los criterios de inclusión. Los 85 estudios resultantes del cribado fueron analizados a texto completo, de los que se seleccionaron 6 artículos por ser acordes con el propósito de este estudio y por cumplir los criterios de inclusión (Figura 1). Se incluyeron 3 revisiones sistemáticas con metaanálisis, 2 revisiones sistemáticas y 1 revisión scoping review publicadas entre 2015 y 2022.

Las principales características de los estudios seleccionados, intervenciones y síntesis del análisis de resultados se detallan en la Tabla 2.

Los estudios incluidos tenían el propósito de manera general de comprobar la eficacia de diferentes tipos de intervenciones no farmacológicas para la prevención y reducción de la incidencia de delirio y otros resultados clínicos.

Las estrategias no farmacológicas multicomponentes fueron estudiadas en 4 de los estudios incluidos (9, 10, 11, 12). Chen et al. (9) compararon entre sí diferentes estrategias basadas en componentes y en características del tratamiento



frente a la atención de rutina. Las basadas en componentes incluían multicomponentes con 5 combinaciones diferentes de estrategias (A-E). Matsuura et al. (10) compararon entre sí paquetes de cuidados que consistían en la combinación de diferentes tipos de atención para la prevención del delirio clasificados según su finalidad de cuidado frente a la atención habitual. Luther and McLeod (12) estudiaron una estrategia multicomponente con medidas relacionadas con el control del entorno frente a distintas terapias de control de la iluminación. En el trabajo de Deng et al. (11) midieron los efectos de diferentes tipos intervenciones no farmacológicas, una de ellas multicomponente, comparándolas entre sí y frente a la atención habitual.

Lange et al. (13) se centraron en estudiar los efectos de la participación familiar en pacientes de la UCI diagnosticados con delirio reuniendo las experiencias y actitudes de sus familiares / cuidadores durante la hospitalización.

Trogrli et al. (14) trataron de resumir las estrategias de implementación para la detección, prevención o manejo del delirio en la UCI, mediante intervenciones individuales del manejo del delirio o a la detección, prevención y manejo de manera integral como son el ABCDE bundle, o directrices PAD.

Para medir el efecto de las intervenciones o estrategias de implementación, los estudios informaron de los resultados en la incidencia del delirio (9-12, 14), duración del delirio (9, 11), duración de la estancia (11, 14), mortalidad (11, 14) y la adherencia a herramientas de evaluación (14).

Todos los autores hallaron que las intervenciones multicomponentes fueron efectivas para reducir la incidencia y duración del delirio y mejorar otros resultados clínicos.

La comparación de intervenciones basadas en componentes (9) mostró que la estrategia multicomponente redujo significativamente la incidencia del delirio en la UCI en comparación con la atención de rutina (OR = 0,43; IC del 95% 0,22 - 0,84). En las intervenciones basadas en tratamiento, la Multicomponente A redujo significativamente el riesgo de incidencia de delirio en comparación con la atención de rutina (OR= 0,12; 95% CI = 0,02 – 0,83) y el tratamiento múltiple B redujo significativamente la duración del delirio frente a la atención de rutina. Las intervenciones no farmacológicas multicomponentes son las más efectivas para la reducción de la incidencia y duración del delirio, especialmente las que incluyen la movilización temprana y la participación familiar (9).

Las intervenciones multicomponentes basadas en paquetes de cuidados (10) también mostraron un efecto significativo en la tasa de aparición de delirio (OR 0,58; IC del 95% 0,44-0,76; $p < 0,001$). Las intervenciones multicomponentes que comprenden los paquetes SP – CS – EM - PC – AS y PS – CS fueron las más efectivas para reducir la incidencia de delirio en comparación con el grupo de control (OR 0,47; IC del 95% 0,35-6,64; $p < 0,002$; OR 0,46; IC del 95% 0,28-0,7; $p < 0,001$ respectivamente), recomendándose el programa SP – CS – EM - PC – AS como una estrategia de atención multidisciplinar.

La estrategia multicomponente demostró ser la intervención con mayor valor cronoterapéutico para reducir la incidencia y

duración del delirio. Con respecto a la terapia de luz brillante y la de luz dinámica no se encontraron diferencias significativas en la prevención del delirio (12).

La intervención multicomponente y la participación familiar (11) demostraron una reducción estadísticamente significativa en la incidencia del delirio en comparación con la atención habitual (RR 0,43; IC 95% 0,30-5,57; $p < 0,001$ y RR 0.19; IC 95% 0,08-0,44; $p < 0,001$ respectivamente), aunque para reducir la duración del delirio los resultados no fueron estadísticamente significativos. Para los resultados secundarios, el programa de ejercicios fue la intervención más efectiva para la reducción de la mortalidad hospitalaria comparada con la reducción de la sedación (RR 0,08; IC del 95% 0,00-0,79; $P < 0,001$) y la atención habitual (RR 0,08; IC del 95% 0,00-0,68; $P < 0,001$). La reducción de la sedación (MD 0,69, IC del 95% -2,52 a 4,41) mostraba una LOS menores en la UCI que programa de ejercicios y la atención habitual (MD -0,31, IC del 95% -2,98 a 2,42) pero ninguno de los dos arrojó resultados significativos. Las estrategias multicomponente son las técnicas de intervención óptimas para prevenir el delirio y reducir la duración de la estancia en la UCI (11).

Los familiares/cuidadores de pacientes ingresados en UCI sufrieron efectos adversos asociados con el delirio; como estrés, ansiedad, vergüenza, incertidumbre, ira, shock, pero están dispuestos a participar en el cuidado del paciente. La detección del delirio por parte de la familia es factible, puede mejorar las experiencias de la familia y es beneficiosa para los pacientes mejorando los resultados. (13)

Las estrategias de implementación para la detección, prevención y manejo del delirio más utilizadas fueron las categorías profesional y organizativa (14). La educación, incluida en la categoría profesional, se implementó en todos los estudios y la aplicación de herramientas de detección del delirio validadas como CAM-ICU se utilizó en un 86% de los estudios. Las siguientes más utilizadas fueron visitas de divulgación (67%), auditoría y retroalimentación (62%) y procesos de consenso local (57%). Se utilizó un rango de entre 4 y 12 estrategias de implementación por estudio, mediana general de 7,0 (IQR 4,5 a 9,5) (14).

La adherencia a la detección del delirio aumentó significativamente oscilando entre un 14% y 92% y el 36% de los estudios hallaron una mejora del conocimiento del delirio. Se obtuvieron datos de reducción de la mortalidad con las estrategias de implementación dirigidas al cambio organizacional, junto con el cambio de comportamiento, pero la reducción de la mortalidad y la reducción de LOS fueron significativamente mayores con programas de implementación que empleaban seis o más estrategias de implementación frente a las que usaban menos y cuando se utilizaron estrategias de atención integral como las guías PAD o bundle ABCDE (14).

DISCUSIÓN

Los principales resultados hallados responden al propósito de esta revisión bibliográfica y ponen de manifiesto que las intervenciones no farmacológicas son las más efectivas para la prevención y control del delirio en la UCI y mejora de otros



resultados clínicos relacionado.

Las intervenciones no farmacológicas multicomponente fueron las más efectivas para la prevención, incluyendo la reducción de la incidencia del delirio en la UCI, frente a otras intervenciones no farmacológicas o la atención de rutina (9 - 11) y demostraron también mejores resultados para reducir la duración del delirio (12). Los programas de implementación de medidas no farmacológicas que incluían un mayor número de estrategias o que estaban basadas en las directrices PAD o Bundle ABCDE, obtuvieron una reducción de la mortalidad, reducción de la estancia en UCI y detectaron cambios en la adherencia a la detección del delirio y aumento del conocimiento del delirio, aunque para la incidencia del delirio no se encontraron diferencias con los estudios que no usaron el enfoque integrado o utilizaron un menor número de estrategias (14).

Existía una gran heterogeneidad en las combinaciones de intervenciones que incluían las estrategias multicomponentes. De las más efectivas, unas intervenciones incluían actividad física, la participación de la familia, la estimulación cognitiva, la reorientación, la estimulación sensorial, el control del entorno y el ajuste clínico (9). Otros programas multicomponentes fueron las combinaciones de SP - GS - EM - PC - AS y SP - CS (10); y la intervención multicomponente para comprobar el efecto de la cronoterapia incluía reducción de ruido, el uso de música, el uso de protección de ojos y la orientación al paciente (12).

En el caso de medidas no farmacológicas de un solo componente la participación familiar parecía ser la intervención óptima para reducir la incidencia de delirio como método de atención centrada en el paciente y el programa de ejercicios era la más efectiva para la disminución de la mortalidad hospitalaria. La participación familiar y la movilización temprana, relacionada con la actividad física, formaban parte de las intervenciones multicomponentes que resultaron ser más efectivas (9). La importancia de la implicación o participación de la familia en el cuidado de los pacientes fue uno de los hallazgos para mejorar la experiencia de los familiares y los resultados clínicos de los pacientes que desarrollan delirio en UCI, pero se necesita mejorar la comunicación entre la familia y el personal de enfermería (13).

Todos los autores de los estudios incluidos en la revisión hallaron que las intervenciones no farmacológicas multicomponentes son las más efectivas para la prevención del delirio y para ciertos resultados clínicos relacionados, como son la mortalidad y la duración de la estancia en UCI. En este sentido, incidían en la conveniencia de las medidas multicomponentes para actuar sobre múltiples resultados de manera simultánea, pero igualmente recomendaban el uso de intervenciones de un solo componente que se mostraron más efectivas en comparación con otras y sobre todo con la atención de rutina aunque no dieran resultados significativos, como el caso del programa de ejercicios, cuando se debe tener en cuenta la viabilidad y rentabilidad frente a las multicomponente, o en el caso de la participación familiar que resultó más efectiva que la multicomponente para la prevención del delirio, si bien esta última requiere apoyo de una mayor investigación (11). Sin embargo, no encontraron diferencias significativas en otras

medidas de un solo componente sobre el control del entorno, como la terapia de luz dinámica o terapia de luz brillante (12).

La guía de práctica clínica basada en la evidencia de Celis-Rodríguez et al. (15) recomienda el uso de la escala Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) y Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) para la monitorización y diagnóstico de delirium. En la mayoría de los estudios para informar de la incidencia o aparición del delirio emplearon diferentes herramientas de detección validadas (Tabla 3), en algunos casos dependiendo de los países en los que se desarrollaron los estudios (11,12) y algunos autores las incluyeron como motivo de inclusión en la selección de estudios.

CONCLUSIONES

Las intervenciones no farmacológicas son efectivas para la prevención del delirio y otros resultados clínicos como la duración de la estancia y la mortalidad. Las multicomponentes son las más apropiadas para abordar de manera simultánea los múltiples factores predisponentes y precipitantes relacionados con la aparición del delirio y constituyen un modo de atención multidisciplinar en el que las enfermeras desempeñan un rol integrador en el equipo. Las intervenciones de un solo componente también son efectivas para reducir la incidencia.

Las estrategias de implementación de medidas no farmacológicas, cuando utilizan un mayor número de estrategias destinadas a cambiar la práctica desde los diferentes ámbitos de la prestación de servicios sanitarios o se desarrollan desde un enfoque de atención al delirio integrado con el manejo del dolor y la sedación mediante directrices basadas en la evidencia pueden mejorar la incidencia del delirio y otros resultados clínicos, pero se necesita más investigación para identificar las posibles barreras o limitaciones que encuentran los sistemas sanitarios y los propios profesionales para implementar estas medidas en la práctica clínica, principalmente cuando se trata de intervenciones multidisciplinarias.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Salluh JIF, Wang H, Schneider EB, Nagaraja N, Yenokyan G, Damluji A, et al. Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)* 2015 June;350:h2538.
- (2) Liang S, Chau JPC, Lo SHS, Zhao J, Liu W. Non-pharmacological delirium prevention practices among critical care nurses: a qualitative study. *BMC nursing* 2022 August;21(1):1-10.
- (3) Marra A, Ely EW, Pandharipande PP, Patel MB. The ABCDEF Bundle in Critical Care. *Critical Care Clinics* 2017 April;33(2):225-243.
- (4) Barr J, Pandharipande PP. The pain, agitation, and delirium care bundle: synergistic benefits of implementing the 2013 Pain, Agitation, and Delirium Guidelines in an integrated and interdisciplinary fashion. *Critical Care Medicine* 2013 September;41(9 Suppl 1):99.
- (5) Berger E, Wils E, Vos P, van Santen S, Koets J, Slooter AJC,



► Trabajo

et al. Prevalence and management of delirium in intensive care units in the Netherlands: An observational multicentre study. *Intensive & critical care nursing* 2020 December;61:102925.

(6) El Hussein M, Hirst S, Salyers V, Hussein ME, Hirst S, Salyers V. Factors that contribute to underrecognition of delirium by registered nurses in acute care settings: a scoping review of the literature to explain this phenomenon. *Journal of Clinical Nursing* 2015 April;24(7-8):906-915.

(7) Gomez Tovar LO, Maria Henao-Castano A. Effectiveness of nursing intervention to reduce delirium in adult critically ill- A protocol for a randomized trial. *CONTEMPORARY CLINICAL TRIALS COMMUNICATIONS* 2023 February;31.

(8) Palakshappa JA, Hough CL. How We Prevent and Treat Delirium in the ICU. *Chest* 2021 October;160(4):1326-1334.

(9) Chen TJ, Traynor V, Wang AY, Shih CY, Tu MC, Chuang CH, et al. Comparative effectiveness of non-pharmacological interventions for preventing delirium in critically ill adults: A systematic review and network meta-analysis. *International journal of nursing studies* 2022 July;131:104239.

(10) Matsuura Y, Ohno Y, Toyoshima M, Ueno T. Effects of non-pharmacologic prevention on delirium in critically ill patients: A network meta-analysis. *Nursing in critical care* 2022.

(11) Deng L, Cao L, Zhang L, Peng X, Zhang L. Non-pharmacological interventions to reduce the incidence and duration of delirium in critically ill patients: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of critical care* 2020 December;60:241-248.

(12) Luther R, McLeod A. The effect of chronotherapy on delirium in critical care - a systematic review. *Nursing in critical care* 2018 November;23(6):283-290.

(13) Lange S, Medrzycka-Dabrowska W, Friganovic A, Religa D, Krupa S. Family experiences and attitudes toward care of ICU patients with delirium: A scoping review. *Frontiers in public health* 2022 November;10.

(14) Trogrli Z, van der Jagt M, Bakker J, Balas MC, Ely EW, van der Voort PHJ, et al. A systematic review of implementation strategies for assessment, prevention, and management of ICU delirium and their effect on clinical outcomes. *Critical Care (London, England)* 2015 April;19(1):157-159.

(15) Celis-Rodríguez E, Birchenall C, de la Cal MA, Castorena Arellano G, Hernández A, Ceraso D, et al. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Medicina Intensiva* 2013;37(8):519-574.

ANEXOS

Tabla 1. Pregunta de investigación. Formato PICO, Términos MeSH y otros descriptores			
Pregunta de investigación	¿Existe evidencia de que la aplicación de intervenciones no farmacológicas por las enfermeras está indicado para la prevención y control del delirium en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos?		
		Términos MeSH	Otros descriptores
P (Población)	Pacientes adultos ingresados en UCI	“Critical care”, “Intensive Care Units”, “Intensive Care Unit”, “Critical Illness”	Intensive care units, critical ill patients, icu
I (Intervención)	Intervenciones enfermeras no farmacológicas frente al delirio	“Nursing Care”, “Patient Care Management”	Nursing, nursing care, non pharmacological interventions, non pharmacological
C (Comparación)	-		
O (Resultados)	Prevención y manejo del delirio	“Delirium”, “Neurocognitive Disorders”, “Delirium/nursing”, “prevention and control”	Delirium, prevention



Tabla 2. Características principales de los estudios

AUTOR AÑO/ DISEÑO	OBJETIVO	CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO	INTERVENCIONES	SÍNTESIS DE RESULTADOS
Chen et al. (9) 2022 Revisión sistemática y metaanálisis	Evidencia del efecto de las intervenciones no farmacológicas sobre la incidencia y la duración del delirio en la UCI	N = 29 ECA 7005 pacientes críticos Pubmed, EMBASE, CINAHL, Cochrane CENTRAL y ProQuest Dissertations	Estrategias basadas en 11 componentes: - Multicomponentes, 5 combinaciones (A-E); Control medio ambiente, Actividad física, Participación familiar, Estimulación cognitiva, Reorientación, Ajuste clínico, Educación para la salud, Estimulación sensorial, Comunicación efectiva, Relajación Estrategias basadas en el tratamiento: - terapia de luz, tapones para los oídos, máscara para los ojos, melatonina o combinaciones de las anteriores; movilización temprana, visita familiar, reorientación, educación preoperatoria del paciente y música	- Estrategias multicomponentes reducción incidencia de delirio mayor que la atención de rutina: (OR = 0,43, IC del 95% = 0,22 - 0,84). - Intervención Multicomponente A reducción incidencia delirio mayor que la atención de rutina (OR= 0.12, IC 95% = 0.02 - 0.83).
Matsuura et al. (10) 2022 Revisión sistemática y metaanálisis	Evaluar la eficacia de las intervenciones no farmacológicas y determinar qué combinación de estas es efectiva para prevenir el delirio entre los pacientes de la UCI	N = 11 ECA 2549 participantes 1353 grupo de intervención y 1196 grupo control. Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature, MEDLINE, Cochrane	- Intervenciones multicomponentes no farmacológicas compuestas por combinaciones de: - promoción del sueño (SP) - estimulación cognitiva (CS) - movilización temprana (EM) - control del dolor (PC) - evaluación (AS)	- Efecto significativo para prevención del delirio con intervenciones no farmacológicas multicomponentes; $p < 0,001$. - Efecto significativo para la incidencia delirio frente grupo control de los paquetes: - SP-CS-EM-PC-AS: (OR 0.47, IC del 95% 0.35-6.64, $p < 0.002$) - SP-CS: (OR 0.46, IC del 95% 0.28 – 0.5, $p < 0,001$)
Deng et al. (11) 2020 Revisión sistemática y metaanálisis	Comparar las intervenciones no farmacológicas en su capacidad para prevenir el delirio en pacientes críticos y encontrar el régimen óptimo para el tratamiento.	N= 26 ECA y Cohortes 7035 pacientes Pubmed, Embase, CINAHL, y Cochrane	7 tipos de intervención: - intervención en el entorno físico (PEI) - reducción de sedación (SR) - participación familiar (FP) - programa de ejercicio (EP) - mejora de la hemodinámica cerebral (CHI) - múltiples componentes (MLT) - atención habitual (UC)	- La FP ($P < 0,001$) y MLT ($P < 0,001$) efecto significativo en reducción de la incidencia del delirio frente a la UC. - EP reducción de la mortalidad ($P < 0,001$) mayor que SR y UC. - SR menor LOS en UCI (MD 0,69, IC del 95% -2,52 a 4,41) frente EP y UC (resultados no significativos).
Luther & McLeod (12) 2018 Revisión sistemática de estudios cuantitativos	Comprobar si la implementación de la cronoterapia dentro del entorno de cuidados críticos puede reducir la prevalencia del delirio.	N = 6; 5 ECA y 1 estudio cohortes Academic Search Complete, CINAHL Plus con Full Text, E-Journals, MEDLINE Complete, PsycARTICLES y PsycINFO	Intervenciones de cronoterapia: - Terapia de luz dinámica (DLA). Atenuación periódica - Terapia de luz brillante (BLT): iluminación de hasta 10 000 lux durante al menos 2 h/día - Agonista melatonina -Multicomponente: reducción de ruido, el uso de música, el uso de sombras de ojos y la orientación al paciente.	- MLT intervención con mayor valor cronoterapéutico para reducción del riesgo, incidencia y duración del delirio.
Lange et al. (13) 2022 Scoping Review	Experiencias y actitudes de los familiares/cuidadores de pacientes de la UCI diagnosticados con delirio durante la hospitalización	N = 13; 8 Estudios cualitativos, 3 estudios cuantitativos, 1 rev. Sistemática, 1 rev. Integradora PubMed, Scopus, EBSCO, Web of Science y Cochrane Library	- Investigación sobre las experiencias y la preparación de los familiares para participar en el cuidado de un paciente de la UCI con delirio. - Impacto en los familiares por el cuidado de un paciente con delirio en la UCI	- Los familiares experimentaron efectos adversos: estrés, ansiedad, vergüenza, ira, shock. - Quieren participar en los cuidados del paciente. - La detección del delirio por las familias es factible.



<p>Trogrlic et al. (14) 2015 Revisión sistemática</p>	<p>Resumir las estrategias de implementación y su eficacia para cambiar la práctica con respecto a la evaluación, prevención y gestión del delirio y los resultados clínicos en la UCI</p>	<p>N = 21 16 estudios de antes-después, 1 ECA, 4 estudios de cohorte (prospectivos y retrospectivos) PubMed, Embase, PsychINFO, Cochrane y CINAHL</p>	<p>- 17 Estrategias individuales de implementación clasificadas en 4 categorías mediante la lista de verificación del sistema de clasificación del grupo Cochrane EPOC: profesional, organizacional, financiera y regulatoria - Estrategias de detección, prevención y manejo del delirio integral: bundle ABCDE y directrices PAD.</p>	<p>- Estrategias de educación implementada en todos los estudios. - Estrategias aplicación de rutina de la detección del delirio mediante herramientas validadas (CAM-ICU) 86% de los estudios - Uso de 4-12 estrategias por estudio, mediana 7,0 - 9 estudios informaron de resultados clínicos (LOS y mortalidad) número medio de estrategias 7,0 - 12 estudios informaron de adherencia detección, conocimiento e incidencia delirio, número medio de estrategias 6,0 - Aumento adherencia detección delirio 14-92% - Mejora conocimiento delirio 36% - Incidencia de delirio: no se encontraron diferencias significativas al comparar estudios que utilizaron el marco atención integral PAD o Bundle ABCD o un mayor número de estrategias frente a menor número de estrategias. - Reducción de LOS UCI -1,26 días. - Reducción tasas mortalidad (RR=0.82; CI 95% 0,71 – 0,96).</p>
---	--	---	---	---

ECA: ensayo clínico aleatorio; EPOC: Effective Practice and Organization of Care; Multicomponente A: actividad física, participación de la familia, estimulación cognitiva, reorientación, estimulación sensorial, control del entorno y ajuste clínico; SP: promoción del sueño; CS: estimulación cognitiva; EM: movilización temprana; PC: control del dolor, AS: evaluación; PEI: intervención en el entorno físico; SR: reducción de sedación; FP: participación familiar; EP: programa de ejercicio; CHI: mejora de la hemodinámica cerebral; MLT: múltiples componentes; UC: atención habitual; DLA: Terapia de luz dinámica; BLT: Terapia de luz brillante; Bundle ABCDE: (A) Evaluar, prevenir y manejar el dolor, (B) ensayos de despertar espontáneo (SAT) y ensayos de respiración espontánea (SBT), (C) elección de analgesia y sedación, (D) delirio: evaluar, prevenir y tratar, (E) movilidad y ejercicio tempranos; PAD: directrices manejo dolor, agitación y delirio; CAM-ICU: Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit ;LOS: duración de la estancia; UCI: unidad de cuidados intensivos

Tabla 3. Herramientas de evaluación / diagnóstico del delirio

AUTOR	EVALUACIÓN DEL DELIRIO
Chen et al. (9)	DSM-V, CAM-ICU, CDS, DRS, NEECHAM
Matsuura et al. (10)	CAM-ICU, CAM, ICDSC
Deng et al. (11)	CAM-ICU, NEECHAM, ICDSC, DOS
Luther & McLeod (12)	CAM-ICU, DRS-R98, J-NCS
Trogrlic et al. (14)	CAM-ICU

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V; CAM-ICU: Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit; ICDS: Intensive Care Delirium Screening Checklist; DRS: Delirium Rating Scale; NEECHAM: Neelon-Champagne Confusion Scale; CAM: Confusion Assessment Method; DOS: Delirium Observation Screening Scale; DRS-R98: Delirium Rating Scale- Revised98; J-NCS: Japanese NEECHAM Confusion Scale;



ITALIA

PENALIZAN LA GESTACIÓN SUBROGADA

Huelva.- Redacción

Italia se ha vuelto a posicionar en contra de la “gestación subrogada”. La Cámara de los Diputados, primero, y el Senado, después han votado, por clara mayoría, en contra, de los llamados “vientres de alquiler”. Esta práctica estaba prohibida en el país trasalpino desde hace 20 años pero, ahora, la ilegalidad de la misma se ha ampliado para los italianos que quisieran realizar la subrogación maternal en el extranjero, con independencia de que se lleve a cabo en naciones donde sea legal.

El nuevo texto oficial en torno a este capítulo califica los vientres de alquiler como “delito universal” por ser “un práctica inhumana”. A partir de ahora, quienes no cumplan con esta nueva regulación serán castigados con pena de prisión, de tres meses a dos años y una multa que oscila entre 600.000 y 1 millón de euros para quien, señala el texto legal, “en cualquier modo, realiza, organiza o publicita el comercio de gametos o embriones o la subrogación de la maternidad”. La diputada promotora de la ley María Carolina Varchi subrayó que con la nueva ley “se pone fin a una práctica deshumanizante”. Y la Ministra de la Natalidad, italiana Eugenia Rosella, rechazó las críticas asegurando que “quienes se esconden detrás de la retórica de los derechos, ya consideran a nuestro nación un ejemplo a seguir en todas partes”.



REINO UNIDO

FÁRMACOS CONTRA LA OBESIDAD

Huelva.- Redacción

El Reino Unido ha decidido afrontar y dar solución a lo que representa la obesidad entre su población, donde dos de cada tres personas se ven afectadas por este problema de salud. Las autoridades británicas han afrontado, con determinación una crisis causada por el sobrepeso en amplios sectores sociales que se traduce en un alto coste-sanitario, económico y social para el Sistema público sanitario (con las siglas NHS). El Reino Unido tiene un población de 68 millones de habitantes.

El primer ministro, Keir Starmer y el Ministro de Sanidad Wes Streenting, anunciaron la voluntad para poner en marcha medias tendentes a combatir la obesidad de miles de ciudadanos que se ven obligados a dejar sus puestos de trabajo por complicaciones derivadas de este problema de salud y, en especial entre personas desempleadas. Por lo mismo, las autoridades británicas ponen sobre la mesa aplicar un método que se presume original e inédito. Se trata de recetar inyecciones adelgazantes para, además de rebajar el peso, ayudarles a que se reincorporen al mercado laboral y disminuyan la pérdida de productividad, que ello comporta.

Las autoridades británicas concretaron su apuesta en la administración de dos medicamentos para ser inyectados: Mounjaro y Ozempic, fármacos que, según los expertos, contribuyen en gran medida a reducir el apetito y, de este modo, poder combatir los altos costes derivados del exceso de peso en la población. La obesidad y sus enfermedades asociadas suponen un coste económico en el Reino Unido de unos 12.000 millones de euros al año, cifra que rebasa las destinadas a terapias contra el tabaquismo y sus consecuencias tan nocivas. La sanidad británica confía en que los efectos de los dos citados fármacos rebajen la factura económica y, a la vez, disminuya la presión asistencial que como, aseguran, la obesidad representa para el sistema sanitario público del Reino Unido.



NATALIA CALDERÓN, VI PREMIO DE LA FUNDACIÓN ÁNGEL MURIEL

Huelva.- Redacción

El VI Premio de enfermería en Cuidados Oncológicos y Paliativos que promueve la Fundación Ángel Muriel de Huelva ha recaído en la enfermera Natalia Calderón Ruiz, perteneciente al Instituto Catalán de Oncología del Hospital Germans Trias Pujol de Badalona. El Jurado encargado de decidir la suerte de esta nueva edición del Ángel Muriel se decanta por el trabajo presentado por Calderón Ruiz bajo el título “Efectividad de la realidad virtual en el control de la ansiedad y el dolor en la inserción de un catéter venoso central de inserción periférica en pacientes oncohematológicos”. El Colegio de Enfermería de Huelva volvió a prestar su colaboración y apoyo en favor de seguir avanzando en la investigación a favor de los pacientes víctimas de cáncer.



Natalia Calderón detalló el trabajo galardonado



La sexta edición del Premio de investigación de enfermería en Cuidados Oncológicos y Paliativos se saldó con la

► La enfermera barcelonesa obtiene el galardón por su trabajo en cuidados oncológicos y paliativos

presencia en la Fundación Ángel Muriel de la enfermera barcelonesa Natalia Calderón Ruiz a la que el Jurado encargado al efecto, decidió conceder este galardón que, dotado con 2.000 euros y diploma acreditativo, consolida la importancia de este frente investigador a cargo de una Fundación que, sin ánimo de lucro, esta comprometida con el avance de la investigación al paciente oncológico tanto por parte de la enfermería, como de los médicos. El Jurado estuvo conformado por Patricia Mauri, como presidenta, junto a Yolanda Bouzada Guilén, Rosa Pérez Espina, Dolores Merino Navarro y

María José Cáceres, especialistas en el ámbito de la oncología y los cuidados paliativos.

En la sede onubense de la Fundación Ángel Muriel y con la presencia y respaldo de distintas autoridades, entre otras la Delegada Territorial de Salud Manuel Caro, la Alcaldesa de la ciudad Pilar Miranda la presidenta del Colegio de enfermería, Patricia Mauri y de Blanca Muriel Torres representando al Patronato de la Fundación Muriel, se celebró el acto de entrega del importante galardón en el ámbito de la investigación enfermera con renombre ya conseguido a nivel nacional. La vicepresidenta del Colegio, María Pilo dió a conocer a los asistentes el contenido del acta del Jurado por el que se reconocía oficialmente el respaldo a esta joven profesional perteneciente al Instituto Catalán de Oncología del Hospital Germans Trias Pujol de la ciudad de Badalona.

REALIDAD VIRTUAL, PRESENTE Y FUTURO

El trabajo “Efectividad de la realidad virtual en el control de la ansiedad y el dolor en la inserción de un catéter venoso central de inserción periférica en pacientes oncohematológicos” se ha elaborado en la Unidad de Terapia intravenosa del centro hospitalario badalonés. Su autora ha querido plasmar “no solo la efectividad de la realidad virtual como herramienta terapéutica” y que, a la vez, refleja el “profundo compromiso con el bienestar de los pacientes”, contribuyendo a algo tan determinante como mejorar su calidad de vida en momentos tan delicados.

El estudio reunió a 72 enfermos mediante un muestreo no probabilístico accidental a medida en que se le prescribe la colocación de un catéter venoso central de acceso periférico en pacientes con edades entre los 18 y 70 años que, accedieron de forma voluntaria a participar en este trabajo, y que habían dado su consentimiento para participar en el estudio. Como variables se evaluó el grado de ansiedad antes y después del procedimiento post instalación del catéter.

Al mismo tiempo, el trabajo refleja la huella, permanente, de la innovación tecnológica en la sanidad. El uso de la realidad virtual como “una herramienta innovadora” para el manejo del dolor y la ansiedad. Lo que, sin duda, va a representar y el futuro que cabe esperar de la realidad virtual en la medicina, entendida como un potencial “para ser aplicada en otros procedimientos sanitarios”.



DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

La vocal del Patronato de la Fundación promotora, Blanca Muriel Torres, hizo entrega a Natalia Calderón de las recompensas, la material y la honorífica, que proclama el éxito en la sexta

el historial del Premio que convoca la Fundación Ángel Muriel que tiene entre sus principales objetivos “apoyar a las personas a las que se les diagnostica algún tipo de cáncer” así como a sus familiares mas cercanos mediante el estímulo de las acciones que “permitan avanzar y actuar de forma permanente contra el cáncer”. Con ese horizonte nació y se mantiene la Fundación con la voluntad de potenciar la investigación por parte de la enfermería en los cuidados al paciente oncológico

La presidenta del Colegio Oficial de enfermería de Huelva, Patricia Mauri quiso dejar constancia del “enorme orgullo que significa para nuestra corporación profesional estar al lado, apoyando y difundiendo la realidad de este Premio pensado para que las enfermeras de cualquier punto de España materialicen sus reflexiones en favor del paciente que



El Premio Muriel con el respaldo de las autoridades de Huelva

convocatoria del Premio que lleva el nombre del empresario desaparecido a causa del cáncer Ángel Muriel. Las autoridades sanitarias y municipales presentes dejaron constancia de su felicitación a quien pasa a engrosar

► **El Colegio de enfermería de Huelva muestra su “orgullo por apoyar un proyecto tan significativo para la investigación profesional”**

sufre cualquier tipo de cáncer. El Colegio de enfermería onubense, desde el primer momento, ha estado junto a la Fundación Muriel y lo seguirá estando conscientes de que en cada edición de esta prueba se demuestra el interés de la enfermería por dar pasos al frente en torno a procurar un objetivo tan loable como es ofrecer la mejor atención y cuidados al paciente oncológico”. En el transcurso del acto de entrega se proyectó el testimonio de la enfermera ganadora de la última edición, la alavesa Estibaliz Gamboa quien transmitió a los asistentes el balance y logros que ha deparado la concesión del Premio Ángel Muriel.



FUGA DE ENFERMERAS ESPECIALISTAS Y DEMANDA DE MAS RECURSOS

EXPERTOS ANALIZAN LA PROBLEMÁTICA, SIEMPRE PENDIENTE, PARA LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES

Huelva.- Redacción

El Colegio Oficial de enfermería de la provincia de Huelva celebró un foro dedicado a contrastar la realidad de la Salud mental en su profunda relación con la enfermería especializada. En su transcurso, se pronunciaron intervenciones de expertas, sobre los distintos ángulos que configuran este ámbito. A la postre, quedaron patente dos principales preocupaciones: la fuga de las enfermeras especialistas y la falta de recursos adecuados a las necesidades. Las enfermeras quieren que la sociedad tome conciencia sobre la importancia de la atención temprana en salud mental.



El Colegio programó un desayuno informativo para analizar la realidad de esta especialidad en el contexto del Día Mundial de la Salud Mental como homenaje y recuerdo de la enfermera norteamericana Hildegart Peplau pionera en este campo. El foro abogó por “concienciar sobre los problemas” existentes en este campo mediante la “identificación, tratamiento y prevención” del trastorno, emocional o de conducta. Para la ocasión, el lema escogido a nivel internacional fue “Trabajo y Salud mental, un vínculo fundamental”. El salón de actos colegial, con una notable participación, asistió a un interesante debate en el que estuvieron representadas un auténtico mosaico de entidades y personal sanitario.

Hubo intervenciones a cargo de Patricia Mauri, presidenta

de la institución, la vicepresidenta colegial, M^a Luisa Cruz, el enfermero especialista Alejandro Cordero, la concejala de Salud en el Ayuntamiento de Huelva, Pastora Giménez, y María Domínguez presidenta del la Asociación de Familiares y personas con problemas de Salud Mental (FEAFES). El Colegio, dio una nueva muestra de su inquietud por la Salud Mental: asegurando que las enfermeras especialistas de Huelva son referentes en los diferentes dispositivos por cuanto trabajan en equipos interdisciplinarios que atienden a la población de un modo transversal en todas las etapas de la vida en y los perfiles humanos con especial apoyo a las personas más vulnerables. Todo desde una concepción integral que abarca la prevención, la promoción y la rehabilitación de la salud.

FUGA DE ESPECIALISTAS

Patricia Mauri destacó la importancia de este encuentro aportando la visión de la institución colegial en torno a la



presencia de las enfermeras en el campo de la Salud mental. La responsable del Colegio no dudó en “alertar del hándicap que significa la fuga de las enfermeras que, tras finalizar los dos años de formación, deciden trasladarse a otras regiones para desarrollar sus capacidades”. Mauri admitió que este escenario



“es muy preocupante por la pérdida de estas profesionales que, tras acabar la especialidad, optan por ejercer en otros lugares. Lo cual, dijo, es una pérdida de talento de singular importancia por cuanto que afecta, obviamente, a la prestación asistencial de un personal tan capacitado como el nuestro”. De similar tenor fue el diagnóstico expresado por la vicepresidenta del Colegio, M^a Luisa Cruz quien resumió la realidad que vive la enfermería en la Salud Mental precisando que “el día a día de las enfermeras en este área es muy estresante y de alto impacto emocional”, lo que significa un “elevado desgaste que se agudiza y acumula con el transcurrir del tiempo”.

El foro conoció la visión de Alejandro Cordero, enfermero especialista con una larga etapa (mas de dos décadas) en el Hospital de Día Infanto Juvenil de Huelva y que, en la actualidad, disfruta de la merecida jubilación. Cordero resumió su bagaje profesional: “Después de tantos años en activo, he tenido muchas experiencias especialmente con la población joven. Comenzando por las conductas alimentarias, anorexia, algo muy impactante porque las adolescentes, presentaban muchas dificultades para algo tan determinante como es la relación social y, en suma, llevar una vida normalizada”. Cordero resumió la labor de la enfermería con los programas de atención a pacientes jóvenes, asegurando que “en muchas ocasiones, regresaba a casa sencillamente agotado, cuando los pacientes entraban en crisis”. Por lo mismo, y en palabras de este veterano profesional, en “edades infanto juvenil, es fundamental trabajar con las familias. La experiencia me confirma que hay que cuidar a los padres de las pacientes porque van a ser quienes deban continuar el tratamiento en sus hogares”.

También fue esclarecedora la intervención de María Domínguez presidenta de FEAFES Huelva, entidad, sin ánimo de lucro fundada en 1.992, de carácter social, con personalidad jurídica propia y capacidad de obrar, en beneficio de pacientes y sus familiares además de ser declarada de “Interés público nacional” por el Ministerio del Interior. Domínguez representó “a una entidad con 32 años de trayectoria en Huelva” traducido en que, desde sus inicios, “venimos desarrollando una labor reivindicativa con el objetivo de promover que las instituciones publicas fueran adoptando las medidas para mejorar la asistencia socio-sanitaria, contribuir a la recuperación y mejora de la calidad de vida de quienes tienen problemas de Salud Mental como de sus familiares”.

La responsable de FEAFES coincidió con M^a Luisa Cruz y Alejandro Cordero en que “el estrés de los sanitarios es muy grande porque los recursos que precisan para su labor no llegan. Hemos tenido la suerte de conocer a muchos profesionales de excelente calidad en sus conocimientos pero que, desafortunadamente, terminan agotados porque no pueden hacer todo lo que necesitan”. Razón por la que FEAFES insiste en solicitar “a las administraciones que doten de medios y centros sociales para la atención en Salud Mental” poniendo énfasis en que la carencia de recursos incide de modo especial en el medio rural, en las sierras onubenses. Con un apartado especial, los problemas en los jóvenes son cada vez mas preocupantes, por efecto de las redes sociales, que se están detectando entre los 12 y 18 años de edad”.



UNICEF Y LA SALUD MENTAL

Unicef España publicó el “Barómetro de opinión de la infancia y la adolescencia 2.023 - 2.024”. Un amplio estudio partiendo de que “la Salud mental es un componente esencial de niños y adolescentes, especialmente durante la adolescencia, una etapa de desarrollo crítico en el que se consolidan habilidades emocionales, sociales y cognitivas”. Unicef, como la OMS, sostiene que entre el 10 % y 20% de los adolescentes “experimentan problemas de salud mental en todo el mundo” y que la mitad de las enfermedades mentales aparecen “antes de los 14 años”.

El Barómetro analiza las actitudes y prejuicios respecto a los problemas de Salud mental, los factores determinantes de la patología y la presencia de las “redes sociales en la gestión de la salud mental”. Aporta una batería de consejos dirigidos al Ministerio de Sanidad y las Consejerías de Salud regionales para que “favorezcan los programas y servicios de prevención, detección precoz y atención de la salud mental” en niños y adolescentes en Atención Primaria.

Por ello, Unicef recomendó “incrementar el número de profesionales dedicados a la salud mental en AP “sobre todo con formación especializada en salud infanto-juvenil”, y pone el acento en la promoción de Unidades especializadas en detección y atención temprana de estos problemas “desde un enfoque interdisciplinar e integral”. También aboga por promover la “escucha activa y participación” de niños y adolescentes en claves de salud mental en todos los espacios de decisión”. Además de apoyar a familias y cuidadores, concienciar para normalizar la atención en salud mental, combatir el estigma y fomentar el papel del sector privado como catalizador de cambio y promotor de bienestar de la salud mental de niños y jóvenes.



EL SAS ABRIÓ, DE MODO PERMANENTE LA BOLSA DE EMPLEO

Huelva.- Redacción

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) anunció, el 13 de noviembre, la apertura de la Bolsa de empleo y de forma permanente lo que permite nuevas inscripciones mediante a Ventanilla Electrónica. Esta apertura será “ininterrumpida” y el procedimiento se planteó “de forma escalonada”, a lo largo del pasado mes de noviembre con la finalidad de “facilitar la asistencia durante el proceso de inscripción”. La fecha correspondiente a enfermería fue a partir del 20 del citado mes. La Bolsa de empleo en la sanidad pública andaluza abarca un total de 56 niveles y la Ventanilla electrónica ha registrado un total de 349.583 solicitudes entre todas las categorías y áreas específicas.

El SAS materializó, al fin, una demanda de gran calado: la apertura de la Bolsa de empleo para trabajar en la sanidad pública de la comunidad que llegó el 13 de noviembre con el anuncio de que las nuevas inscripciones tendrán carácter de “ininterrumpidas” y de forma escalonada a lo largo del citado mes con el objetivo de “facilitar la asistencia durante el proceso de inscripción”. La esperada apertura comenzó por las categorías A1 sanitarias habilitándose, también, para los aspirantes la gestión de disponibilidades y elección de centros que, hasta ese momento, se hacía por medio de la Bolsa antigua y, solo para quienes estaban inscritos.

La Bolsa de empleo quedó abierta para un total de 56 perfiles entre otros Medicina de Familia, Pediatría también de AP, y Centros de Transfusión de Tejidos y Células. Desde el 20 de noviembre fue tiempo de la habilitación para el resto de personal sanitario en un total de 18 categorías, tales como enfermería, fisioterapia, logopedia y técnicos especialistas. La administración aseguró que a partir del 27 de noviembre sería el turno del personal de gestión y servicios

con un total de 27 perfiles entre los que se incluyen administrativos, celadores, y técnicos de mantenimiento. En el SAS se contemplan 101 categorías.

La demanda de miles de aspirantes para trabajar en el sistema posible, por el trabajo de la Dirección General de Personal y de la Dirección de Sistemas de Información, que realizaron modificaciones de diferentes cuestiones, que permiten incorporar a los listados de personas baremadas del corte de 2.021 quienes se habían inscrito en el siguiente periodo de baremación de méritos en la Ventanilla electrónica a partir del 1 de noviembre 2023. Y la generación de méritos de oficio para dar cobertura a aquellas

de contratar personal en los centros de la red pública.

LLUVIA DE INSCRIPCIONES

El volumen que se ha contabilizado en la apertura de la Bolsa de empleo del SAS en la Ventanilla electrónica ha arrojado estas cifras por Salud. Se registró la inscripción de 183.328 personas que presentaron un total de 349.583 solicitudes a las diferentes categorías, especialidades y áreas específicas. Personas que realizaron la presentación de autobaremos hasta un total de 11.277.105 de méritos de los que 3.026.184 se corresponden a méritos de oficio que la administración pone a disposición de las personas en la Ventanilla electrónica. El resto (8.250.921) son méritos que para poder incorporarse a esos expedientes a los listados de personas baremadas, han de ser valorados por las diferentes comisiones hasta alcanzar, en cada apartado, las puntuaciones máximas establecidas en los baremos.

Muchas fueron las críticas que la administración sanitaria recibió desde ámbitos políticos, profesionales y sindicales que reprocharon a Salud la enorme “tardanza” acumulada y las notas de corte aplicadas por el SAS en determinadas categorías, por ejemplo, la de técnicos auxiliares de enfermería que, en número superior a 17.000 personas, se les pasó a pedir 37,5 puntos frente a los 25,5 puntos que necesitaban hasta hace poco. La anterior Consejera, la enfermera Catalina García, se defendió de la indiscutible demora para actualizar la Bolsa a que era consecuencia de las numerosas Ofertas de empleo y Concursos de traslado que se habían puesto en marcha en los últimos años. El Plan por la Mejora de la AP andaluza, firmado meses atrás, contemplaba, en uno de sus apartados, la entrada en vigor del nuevo sistema de la Bolsa de empleo.



resoluciones dictadas a consecuencia de sentencias judiciales firmes que no eran compatibles con el Registro unificado de méritos y adaptación de los baremos para su anexo de oficio. Otro hecho fue la posibilidad de realizar “baremaciones incrementales” dentro del mismo corte. De tal suerte que dejaron de existir las notas de corte y se realizarían tantas baremaciones incrementales dentro del mismo corte como fuera necesario para, dar respuesta a través de los listados de personas baremadas a las necesidades



AUMENTA 1.000 MILLONES PARA 2.025

SALUD, CON EL MAYOR PRESUPUESTO DE LA HISTORIA: 15.247 MILLONES DE EUROS

Huelva.- Redacción

La Consejera de Salud y Consumo de la Junta compareció en el Parlamento regional para afirmar que, con los presupuestos de 2.025, el gasto asciende a 1.765 euros por habitante lo que representa un aumento. Durante su intervención en el pleno de la Cámara, Rocío Hernández manifestó que más del 31% el presupuesto general de la Junta ira destinado a Sanidad. En cifras, el departamento que lidera tendrá una asignación de 15.247 millones de euros lo que supone una inyección de 1.000 millones de euros más que lo presupuestado en 2.024 (6,92% más) lo que corresponde al 7,4% del PIB andaluz.

La Junta dió a conocer las cuentas para el 2.025 que ascenderán, en su totalidad, a 48.836 millones de euros. Se trata del presupuesto más alto que ha tenido la comunidad desde sus inicios de la autonomía. El presidente Juanma Moreno afirmó que el aumento se justifica en la necesidad de reforzar las áreas que se encontraban “al límite” caso de Sanidad, Educación y Dependencia. Pero, este crecimiento en los recursos para sanidad va a venir asociado a cambios en el modelo de gestión que, puntualizo, Moreno “no acaba de funcionar como queríamos”. Hay que cambiar ciertos modelos organizativos para que las cosas funcionen pensando en el interés general.

► **La dotación para la plantilla del SAS es de 7.140 millones (5,1% más respecto al periodo anterior)**

Del aumento contemplado en los presupuestos para Salud, una tercera parte esta destinada al pago de nominas del persona del SAS. En concreto, esta partida asciende a 7.140 millones de euros, un 5,1% más respecto a al año



que concluye. En el anexo de las cuentas oficiales se constata que la estructura general de la plantilla de la Junta ofrece un dato relevante. Por primera vez, la administración autonómica prevé tener más profesionales sanitarios (en concreto, 115.406) que de la enseñanza (106.806). Por lo que la estimación más rigurosa es que la plantilla global de la Junta de Andalucía se aproxime a los 300.000 personas, en concreto 292.093 empleados lo que representa un incremento del 25% respecto al año pasado.

MATERNO-INFANTIL

La consejera Hernández se refirió a que en los presupuestos para el próximo ejercicio se han consignado 572,2 millones para invertir en infraestructuras y equipamientos sanitarios que vayan a mejorar las actuales dotaciones en muchos casos claramente insuficientes, para la atención ciudadana. La titular del departamento subrayó: “uno de los compromisos de esta consejería es que los andaluces, tanto los pacientes como los profesionales, dispongan de las mejores infraestructuras posibles acordes a un modelo sanitario de calidad, moderno y proporcional a la población que atiende”. En concreto, adelantó que las partidas para mejorar las infraestructuras suponen inversiones de 435,7 millones para hospitales y 126 millones de euros para instalaciones de AP.

Al hablar de infraestructuras, uno de los asuntos más roncates es el Hospital

Materno-Infantil para Huelva. En este punto, el presidente de la Junta Juanma Moreno, en el transcurso de una visita a la capital onubense, el pasado 11 de noviembre, aclaró incógnitas al referirse en estos términos a un asunto tan importante: “Hay una reivindicación histórica porque Huelva es la única provincia que no tiene un Materno-Infantil. Nosotros hemos hecho nuestra esa reivindicación y es un proyecto con una inversión de unos 75 millones de euros”.

► **Juanma Moreno: “La adjudicación del proyecto del Hospital Materno Infantil será a principios de 2.025”**

Moreno añadiría que “los datos que me transmite Salud es que la adjudicación del proyecto para el futuro centro será a comienzos de 2.025” tras la reciente licitación de los servicios de redacción del proyecto para adaptarlos a “las nuevas necesidades funcionales surgidas” por el Hospital Juan Ramón Jiménez. El presidente de la Junta concluyó: “Una vez que se adjudique a una empresa concesionaria, ya no habrá vuelta atrás y comenzarán las obras”. La consejera Hernández, por su parte, habló en el Parlamento, sobre el Materno-Infantil como uno de los proyectos de mayor envergadura de su área, que se adjudicará a primeros de año una vez cerrado la etapa de modificación del proyecto atendiendo a los criterios técnicos de la dirección del J.R. Jiménez y, de este modo, dar respuesta a las necesidades funcionales surgidas tras la redacción inicial en 2.018”. El presupuesto global del hospital es de 75 millones de euros cifra de la que, dijo Hernández, “se podrá hacer uso en cuanto comiencen las obras”.



EL COLEGIO OFRECE UN “MERECIDO HOMENAJE” A LOS JUBILADOS DE 2.023

Huelva.- Redacción

El Colegio Oficial de enfermería de la provincia de Huelva volvió a vivir uno de sus actos mas entrañables al reunir a la enfermería que alcanza la edad de la jubilación a lo largo del ultimo año. El reconocimiento tributado a esta singular “promoción” se llevó a cabo en el marco de la “I Jornada Salud y Vida” organizada por la propia institución colegial y con la colaboración del Consejo Andaluz de Enfermería. El acto contó, además, con el respaldo de numerosas autoridades entre ellas la Alcaldesa de Huelva, Pilar Miranda, la Delegada Territorial de Salud Manuela Caro y el Decano de la Facultad de enfermería, Francisco Mena.

El Colegio Oficial de enfermería onubense, abrió sus brazos, un año mas, para dar un emotivo homenaje al grupo de profesionales que, durante el pasado año, dejaron el ejercicio laboral para acceder a la jubilación. Este encuentro lo justificaba la presidenta de la institución Patricia Mauri: al subrayar “el ejemplo y la trayectoria repleta de tantos años de vocación y servicio hacia los ciudadanos. Es por ello, continuó Mauri Fabrega, “que el Colegio, al que han pertenecido y van a seguir perteneciendo, encuentra una de sus principales motivaciones al reunir a esta simbólica promoción para hacerles

llegar, en una placa, el sentimiento que, en nombre de todo el colectivo en la provincia, tiene hacia quienes dieron lo mejor de si mismos en la atención a los demás”.

fue la “I Jornada Salud y Vida” para la que tuvo una especial colaboración el Consejo Andaluz de Enfermería, algo que agradeció Patricia Mauri en nombre de la Junta de Gobierno. Esta Jornada sirvió



► Patricia Mauri: “Sois un ejemplo de dedicación y servicio después de tantos años cuidando a los demás”

Nada mejor que esta ocasión sirvió para inaugurar un nuevo foro colegial como

para reconocer la “muy valiosa dedicación y contribución de todos y cada uno de nuestros jubilados al funcionamiento del Sistema sanitario durante varias décadas superando toda suerte de dificultades y circunstancias fácilmente imaginables. Y lo hicieron de una forma ejemplar, callada y resolutiva como son las señas de identidad de la enfermería en cualquier época”.



JUBILACIÓN Y VOLUNTARIADO

La Jornada contó con varias ponencias encabezadas por la intervención de Manuel Antero, vocal de jubilados en la Junta del Colegio quien se pronunció acerca del espacio para interacción del que compartieron y disfrutaron los asistentes. La segunda ponencia tuvo como protagonista a la enfermera,



también jubilada, Mamen Segovia, miembro del equipo de gobierno como vocal sustituta de la misma sección colegial, y que, en el último tramo de su trayectoria, fue distinguida con la Medalla al Merito Profesional en el año 2.017.

Mamen Segovia junto a la también enfermera jubilada Flora Evangelista, dieron una valiosa visión sobre la pregunta que asalta a quienes abandonan la practica profesional: “¿Que hay después de la jubilación?. Experiencia del

voluntariado en la comunidad”. Asuntos del que tanto Mamen Segovia como Flora Evangelista son expertas porque siguen activas en esos frentes sociales. El acto, que tuvo como conductor al periodista Manu Suero, se desarrolló en el mejor ambiente de amistad y fraternidad como no podía ser de otra forma en este broche de oro para quienes alcanzaron la meta del retiro profesional. Al que, como resumió Patricia Mauri, “de sus experiencias todos debemos acercarnos y aprender”

LES LLEGÓ LA JUBILACIÓN

Estos son los integrantes de la generación que ha recibido el homenaje del Colegio por su jubilación.

D. Enrique Aguiar Mojarro
 D. Manuel J. Antero Carmona
 Dña. M^a Teresa Arroyo Batanero
 D. Juan José Beltrán Rodríguez
 D. Manuel Gabral Gómez
 Dña. Ángela M^a Contreras Martín
 Dña. M^a de la O De Pablos Soriano
 D. Juan De Toro Yebenes
 Dña. M^a Isabel Deudero Verdugo
 Dña. Francisca Fernández Vázquez
 D. Francisco B. González Pérez
 Dña. M^a Teresa González Mateos
 D. Fernando González Amador
 D. Fernando Hedo Moreno
 D. José I. Márquez Fernández
 D. Diego Molina Ruiz
 Dña. M^a Socorro Morales Santiago
 D. Alfonso Muñoz Gozalvez
 Dña. M^a Carmen Rodríguez Vázquez
 D. Joaquín San Miguel Ruiz
 D. Antonio M. Tejada Boza
 Dña. M^a Bella Toscano Eugenio
 Dña. Esperanza Zalvide Álvarez
 D. Juan F. Zamora Martín



Colegio y jubilados, un día para el recuerdo



FOTÓGRAFOS PREMIA A LA UCI CORONARIA DEL JR JIMÉNEZ

Huelva.- Redacción

La Asociación “Huelva y sus fotógrafos” distinguió al personal de la UCI Coronaria del J.R. Jiménez, con el IV Premio Carrete en el apartado sanitario por la labor desde su creación (año 2.003) como parte del Servicio de Medicina Interna y que integran médicos, enfermeras, técnicos, celadores, limpieza.



La Asociación ha refrendado el trabajo de los profesionales de la UCI Coronaria específica parte del servicio de Cuidados Críticos, traducido, en dar asistencia, en seis boxes a 8.000 pacientes,

mayoría de críticos coronarios y de posoperatorios cardíacos, arritmias, descompensaciones cardíacas agudas, infecciones valvulares, afecciones pericardíacas, patología vascular aguda y trombolias pulmonares. Hasta su creación, estos pacientes se atendían en la UCI junto a otras patologías.

Huelva y sus fotógrafos es una asociación que, desde 2.008 reúne a 80 profesionales del ramo que tiene vigente el Premio Carrete para destacar el trabajo de personas, asociaciones e instituciones “que hacen lo mejor por y para Huelva”. En 2.024 tuvo la sensibilidad, al dedicar su enfoque sanitario a los profesionales de la UCI Coronaria del HURJ. El Colegio onubense se sumó al reconocimiento a estos profesionales con especial énfasis al colectivo de enfermería por su capacitación y prestaciones.

CORCIA Y REALES, NOMBRAMIENTOS DEL SAS

Huelva.- Redacción

Yael Corcia Palomo es desde este verano, la Coordinadora de Formación de la sanidad andaluza para el periodo 2.022 - 2.025, Corcia, sustituyó a la enfermera M^a José Cano que ocupó esa responsabilidad desde junio de 2.021 y que renunció al frente de la formación por “motivos personales”. Corcia, cuya tarea “no comportará retribuciones específicas” es médico intensivista con experiencia en ámbitos asistenciales del SAS desde 2.004. Ha sido vicepresidenta en la Comisión de Docencia del Virgen del Rocío y en 2.020 fue designada Técnica experta en la Formación sanitaria especializada. De otra parte, Salud creó la Dirección general de Cuidados nombrando a Ana M^a Reales Arroyo (Sevilla 1.971) enfermera especialista en Familiar y Comunitaria y que, ejercita esa misma labor en el Distrito Alfarafe Sevilla Norte del SAS.

GÓMEZ SALGADO, EN LA ÉLITE DE LA ENFERMERÍA INVESTIGADORA

Huelva.- Redacción

El nombre y la trayectoria de Juan Gómez Salgado vuelve a reflejarse en DOCUMENTOS... En este caso, al haber sido seleccionado, por votación popular, entre los cinco candidatos al Premio Nacional de enfermería en el campo de la investigación, convocado por el Consejo General. Gómez Salgado, que venció en el reciente Certamen Ciudad de Huelva, augura pese a su juventud, ser una seña de identidad para la enfermería onubense. Como se sabe, este especialista en Salud Mental y Trabajo es, desde primeros de 2.023, catedrático de la Universidad de Huelva en el área de Conocimiento de Medicina Preventiva y Salud Pública adscrita al Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud pública en la Facultad de Ciencias del Trabajo.

La flamante referencia a Gómez Salgado ha sido su inclusión entre los cinco mejores investigadores de la enfermería nacional. El Colegio de Huelva trasladó al colegiado su felicitación mas entusiasta por este nuevo logro que, “engrandece al interesado y nos hace sentir orgullo por tenerle en el colectivo provincial”. En la imagen, Gómez Salgado escoltado por Florentino Pérez y el secretario de la Junta, Martín Vázquez.





“La Sagrada Familia con Santa Ana”, El Greco 1.595 (Hospital de Tavera, Toledo)

**CON LOS MEJORES DESEOS DE PAZ,
FELICIDAD Y AVANCES PROFESIONALES
NAVIDAD Y AÑO 2.025
EL COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA
DE LA PROVINCIA DE HUELVA**

XXVIII CERTAMEN DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA CIUDAD DE HUELVA



1.- DENOMINACIÓN:

XXVIII Certamen de Investigación en Enfermería "Ciudad de Huelva"

2.- ORGANIZADOR:

El presente certamen es organizado por el Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva.

3.- OBJETO:

Motivar y estimular la función investigadora entre los/as profesionales colegiados/as y estudiantes de Enfermería de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Visibilizar la labor investigadora de los/as profesionales y estudiantes de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

4.- MODALIDADES:

A.- Proyecto de investigación con resultados (parciales o totales) - presentado por colegiados/as.

B.- Protocolo de investigación - presentado por colegiados/as.

C.- Proyecto desarrollado por estudiantes de Grado en Enfermería en su TFG.

5.- PREMIOS:

La dotación económica de los distintos premios es la que se detalla a continuación, según modalidad:

A.- Primer premio, dotado con 3000 euros y trofeo.

Segundo premio, dotado con 500 euros y trofeo.

B.- Primer premio, dotado con 1000 euros y trofeo.

Segundo premio, dotado con 300 euros y trofeo.

C.- Primer premio, dotado con 500 euros y trofeo.

Segundo premio, dotado con 100 euros y trofeo.

* A las cuantías expuestas les serán aplicadas las retenciones que contemple la legislación fiscal vigente.

6.- PRESENTACIÓN:

Los trabajos deberán ser presentados en la sede del ICOEH sita en C/San Andrés 18-20 de Huelva. CP 21004. El periodo de presentación de los trabajos comprenderá desde las 09:00 horas del día 15 de octubre de 2024 hasta las 14:00 horas del día 15 de enero de 2025, siendo ésta última la fecha límite para ser recepcionados en sede colegial independientemente del modo en que se presenten (en persona, por correo postal o agencia). Se incluirá una copia del trabajo en papel encuadrada y otra copia en soporte digital. La ausencia de una de ellas puede ser motivo de exclusión. Estas copias irán firmadas con seudónimo y se presentarán en sobre cerrado en el que se indicará "XXVIII Certamen de Investigación en Enfermería "Ciudad de Huelva"-, no apareciendo en éste ningún dato identificativo. En el interior del sobre, junto al trabajo, se acompañará un sobre cerrado en cuyo interior se detallará nombre del autor, DNI, N° de Colegiado, dirección completa, teléfono, así como seudónimo y título del trabajo presentado. El incumplimiento de estas normas de presentación podría conllevar la descalificación del trabajo.

7.- CRITERIOS TÉCNICOS:

Se utilizará para su presentación el formato propio de la convocatoria que puede ser descargada desde la web del Colegio, siguiendo rigurosamente los criterios allí establecidos. Los trabajos presentados tendrán un máximo de 30 páginas escritas en Arial o Times New Roman, tamaño 12, formato normal e interlineado sencillo. Entre los aspectos a evaluar, se tendrá en cuenta la originalidad, el plan de difusión y la adecuación de cada una de las partes del proyecto. La rúbrica de evaluación estará disponible en la página web del Colegio Oficial de Enfermería de Huelva.



8.- PARTICIPANTES:

A las categorías A y B podrá concurrir cualquier profesional de Enfermería, que se encuentre colegiado/a en alguno de los Colegios de Enfermería de la Comunidad Autónoma de Andalucía y al día en sus obligaciones colegiales en la fecha de presentación en sede colegial y hasta el anuncio público del fallo del Jurado. Quedan excluidos los miembros que componen el jurado. El hecho de participar en este certamen implica la aceptación previa de las presentes bases. A la categoría C podrán concurrir estudiantes de Grado de las Facultades de Enfermería de Andalucía que hayan elaborado su TFG en el curso 2023/2024.

9.- FALLO:

El fallo del jurado se producirá en el mes de Febrero de 2025 y se hará público en el marco de una jornada de investigación a programar por el Colegio de Enfermería de Huelva en el segundo trimestre de 2025. Previamente, la organización contactará particularmente con los autores de las obras galardonadas para comunicarle su condición de premiados y gestionar su asistencia a la jornada.

10.- PROPIEDAD:

Los trabajos premiados quedarán en propiedad del Colegio Oficial de Enfermería de Huelva, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno estando obligado únicamente, en caso de publicación, a hacer mención del nombre del autor/a. Los/as ganadores/as de los premios de las distintas categorías se comprometen a elaborar un artículo, basado en el trabajo presentado, para la revista "Documentos de Enfermería" editada por el COEH, en el formato que se les sea comunicado.

11.- TITULAR:

Será quien aparezca como único/a o primer/a firmante.



Colegio Oficial de
Enfermería de Huelva

