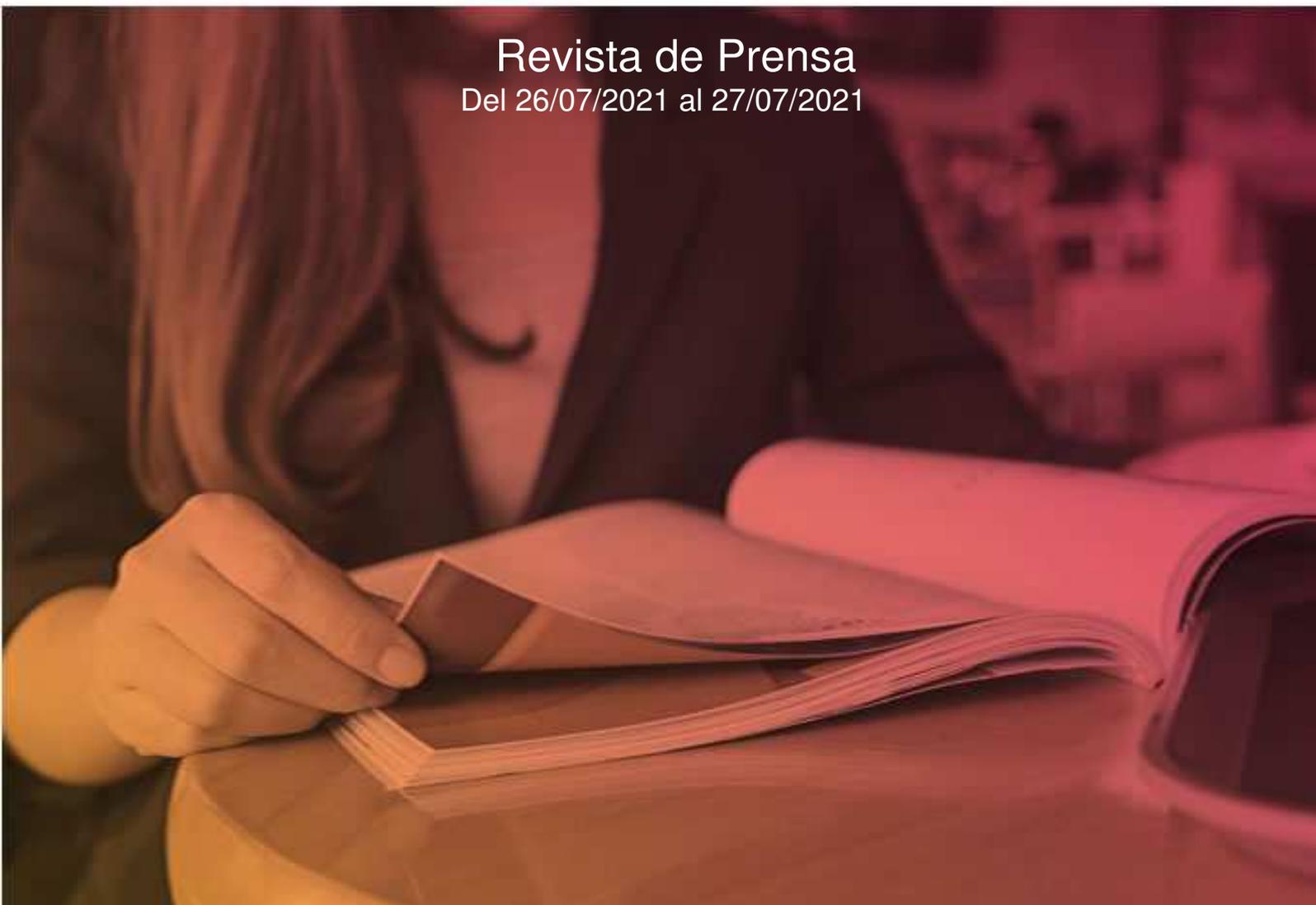




Revista de Prensa

Del 26/07/2021 al 27/07/2021



ÍNDICE

#	Fecha	Medio	Titular	Tipo
---	-------	-------	---------	------

NOTICIAS DE COLEGIO DE ENFERMERIA DE MADRID

1	26/07/2021	enfermeria21.com	Las enfermeras insisten en el papel imprescindible de los centros sanitarios para el control y seguimiento de casos	Digital
---	------------	------------------	---	---------

PROFESION

2	27/07/2021	El Mundo, 1,12-13	Elisa, 35 años: «Fui sin cita previa y me pincharon Janssen»	Escrita
3	27/07/2021	La Razón	«Filomena», la novela: de todoterrenos a ambulancias en la nieve	Digital
4	27/07/2021	Madridiario	Denuncian â precariedad laboralâ en el Hospital Infanta Elena de Valdemoro, gestionado por Quirón SaludMadridiar...	Digital
5	27/07/2021	gacetinmadrid.com	«Cuesta abajo y sin frenos»: el duro mensaje del enfermero del Wanda que se hizo famoso por su buen humor	Digital
6	26/07/2021	La Vanguardia	SATSE denuncia el cierre de 9.600 camas de hospital en verano, 305 en CyL	Digital
7	26/07/2021	La Vanguardia	El Colegio de Enfermería prepara a cerca de 600 enfermeras para las oposiciones del SAS	Digital
8	26/07/2021	La Vanguardia	El Zendal está rechazando pacientes por falta de personal, según sindicatos	Digital
9	26/07/2021	revistamedica.com	La disfagia y el papel del profesional de Enfermería. Artículo científico	Digital
10	26/07/2021	Universidad Nebrija	Cuidado de heridas en enfermería	Digital
11	26/07/2021	Con Salud	Covid-19: Las enfermeras de La Rioja piden "responsabilidad"	Digital
12	26/07/2021	enfermeria21.com	Enfermeras ponen en marcha una iniciativa para permitir las visitas de mascotas de pacientes ingresados con dolenci...	Digital
13	26/07/2021	New Medical Economics	La atención de Enfermería basada en valor, una forma de participar en la transformación de nuestro sistema sanitari...	Digital

SANIDAD

14	27/07/2021	Expansión Directivos en Verano, 5	El liderazgo en los profesionales sanitarios	Escrita
15	26/07/2021	ABC	Sanidad espera "reunir mayor evidencia científica" antes de tercera dosis	Digital
16	26/07/2021	Infosalus.com	Madrid llega hoy al 61% de población diana inmunizada, el 80% con al menos una dosis y reclama más vacunas	Digital
17	26/07/2021	enfermeria21.com	Sanidad anuncia que habrá una tercera dosis de la vacuna: "Ahora habrá que determinar cuándo"	Digital
18	26/07/2021	Diario Enfermero	Las enfermeras avisan de que "retrasar las segundas dosis de la vacuna es perjudicial para llegar cuanto antes a la	Digital
19	26/07/2021	plantadoce.com	Los precios de los medicamentos en España se incrementan otro 1,5% en junio	Digital

NOTICIAS DE COLEGIO DE ENFERMERIA DE MADRID

Las enfermeras insisten en el papel imprescindible de los centros sanitarios para el control y seguimiento de casos covid-19

original

Desde esta semana ya se puede adquirir en las farmacias un **test de autodiagnóstico** de COVID-19 sin receta, algo que no acaba de convencer a todos los sectores. **Las enfermeras (CODEM)** creen que es necesario que el uso de este método diagnóstico se acompañe por parte de las autoridades sanitarias de una potente campaña de información para un buen uso, correcto y responsable, por parte de los ciudadanos.



Test de covid-19 | CODEM

Siendo el objetivo fundamental de esta medida reducir la presión asistencial de los centros sanitarios y la rápida identificación de casos sospechosos, como señala este RD, el papel asistencial y de control y seguimiento de estos casos que se realiza por los profesionales de los centros sanitarios, enfermeras y médicos, dependerá de la responsabilidad de la población. Con esta medida se pone de nuevo el foco en la responsabilidad individual de los ciudadanos, quienes deberán comunicar los resultados, escapando la información de posibles positivos a los profesionales sanitarios asistenciales de los servicios de vigilancia y de salud pública y del sistema sanitario asistencial.

El conocimiento de todos los casos confirmados de infección activa es necesario para el seguimiento de la pandemia. Por este motivo, y en base a la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de Covid-19 de la Comunidad de Madrid, "...las pruebas de autodiagnóstico no serán consideradas para el diagnóstico de confirmación de infección activa ni en personas con síntomas ni en asintomáticos. Los resultados positivos en estas pruebas se considerarán casos sospechosos que deberán confirmarse en un centro sanitario...".

Cabe recordar que la eficacia y fiabilidad de estas pruebas de autodiagnóstico poseen una sensibilidad menor, en función de la recogida de la muestra y del procedimiento, lo que puede arrojar resultados inexactos que pueden confundir la interpretación del mismo.

Medidas que apelen de nuevo exclusivamente a la responsabilidad individual por parte de las autoridades sanitarias han tenido diferentes consecuencias que se han visto a lo largo de estos meses de crisis sanitaria. Por este motivo, las enfermeras recuerdan que no se debe bajar la guardia y, "de cara a la interpretación de los resultados es muy importante reforzar el mensaje de que un resultado negativo no excluye la infección ni exime del cumplimiento de las medidas de control recomendadas".

Noticias relacionadas





CODEM, COVID-19, enfermeras, Test de antígenos

PROFESION

Elisa, 35 años: «Fui sin cita previa y me pincharon Janssen» POR C. LUIS / NOELIA MARÍN PÁGS. 12 Y 13

«Fui sin cita y me pusieron Janssen»

● EL MUNDO recoge seis testimonios de menores de 40 años que han recibido esta vacuna pese a que lo prohíbe la Estrategia de Sanidad

CRISTINA LUIS / NOELIA MARÍN
 MADRID

«Fui a vacunarme al Gregorio Marañón, vi que se podía elegir entre Pfizer y Janssen y pedí la segunda por comodidad. Sólo me preguntaron si había pasado el Covid, nada más». Silvia, de 31 años, es una de las personas que ha recibido la monodosis de Johnson & Johnson en Madrid en contra del criterio de Sanidad, que está investigando la muerte de un joven de 36 años tras sufrir un ictus dos semanas después de vacunarse con Janssen.

Pese a ello, y aunque el ministerio desautorice su uso en esa franja de edad, la Comunidad de Madrid está inoculando la vacuna estadounidense a menores de 40 años. Se trata de una petición de la región desde hace meses con el objetivo de avanzar más rápido en la vacunación ante la escasez de dosis.

«Lo único que vi allí fue un cartel donde indicaba que era para mayores de 18 años. También me dijeron que se hablaba de una tercera dosis de Pfizer mientras que de Janssen, no. Pregunté a mi hermana, que trabaja en un hospital en Italia, y me la puse», continúa Silvia, que no ha sufrido ninguna reacción adversa.

Más llamativo es el caso de Elisa, de 35 años. «Yo tenía cita para vacunarme el día 29 en Iberia. Pero ayer me avisó una conocida de que en el centro de salud Alonso Cano, de Móstoles, los enfermeros estaban comentando a la gente que pasaba por la calle que les sobraban viales porque no había suficientes citas concertadas. Me acerqué y hablé con un sanitario que me dijo que entrase enseñando la tarjeta sanitaria. En la mesa me imprimieron el documento donde po-

nía que ese día se inoculaba Janssen», narra. «Han pasado menos de 24 horas y no me ha dado ninguna reacción, pero después me he enterado de que no se podía poner a menores de 40 años y me he acojonado un poquito».

No tuvo tanta suerte Pablo, de 27 años, que sí ha sufrido fiebre, escalofríos, somnolencia y dolor muscular. En su caso, se vacunó en el WiZink Center de Madrid el 21 de julio. Tenía cita a las 20.15 horas y, coincidiendo con el cambio de turno del personal sanitario, dejaron de administrar Pfizer –la vacuna que habían puesto durante el día– y empezaron a inocular Janssen. En ese momento se formó cierto barullo porque había a gente a la

que le inquietaba que le vacunaran con esta última. «Escuché a las enfermeras comentarlo. En mi caso, cuando llegué a vacunarme me dijeron directamente que me tocaba Janssen, no me dieron opción. A todos los que nos vacunamos en ese momento nos pusieron la misma», explica.

Sí que fue testigo, según cuenta, de que a una joven embarazada le dijeron que no podían vacunarle en ese momento, ya que Janssen no está aconsejada en estos casos y no tenían otra alternativa. «Le dijeron que la llamarían otro día para darle una nueva cita», recalca.

En ningún momento les comentaron que la estrategia de Sanidad era no vacunar con Janssen a los menores de 40. «No nos avisaron de nada. De haberlo sabido, no me la hubiera puesto», reconoce. En su opinión, «esto lo hacen porque Pfizer escasea y la Comunidad de Madrid quiere agilizar la estrategia de vacunación, pero la mejor alternativa hubiera sido Moderna».

Y es que, aunque la Agencia Europea del Medicamento (EMA) sí ha autorizado el uso de Janssen a menores de 40 años, la respuesta del departamento que dirige Carolina Darias ha sido negativa en varias ocasiones. Sólo permite inocularla a los jóvenes que cumplan con alguna de las excepciones contempladas: estudiantes Erasmus, temporeros, marineros, personas sin techo u otros colectivos a los que beneficie que sea una sola dosis.

ANDALUCÍA TAMBIÉN

En Andalucía también se han detectado numerosos casos de menores de 40 años a los que vacunaron con Janssen pese a no estar recomendado por Sanidad.



CIFRAS DEL DÍA

La incidencia acumulada del coronavirus alcanza los 700. Pese a esta nueva cota, 700,10 casos a los 14 días, la IA a 7 días –339– proyecta un descenso de los contagios en las próximas jornadas.

Hasta cinco CCAA en riesgo extremo. Por encima de la media nacional están Cataluña (1.145,23), Navarra (1.001,52), Baleares (835,65), Aragón (829,93) y Castilla y León (824,79).

El 54,7% de la población ya está inmunizada. Ayer, en España ya habían recibido la pauta completa de la vacuna un total de 25.944.318 personas.

Alfonso, de 36 años, es uno de ellos. Cuando Andalucía empezó a vacunar a los jóvenes de entre 30 y 40 años, cogió cita para mediados de julio a través de la app ClicSalud+ y le informaron de que le vacunarían con Pfizer. Sin embargo, pocos días después, a finales de junio, la Junta habilitó una campaña de vacunación sin cita previa para mayores de 50 en el pabellón del municipio de Espartinas, en Sevi-

lla. Ese mismo día se enteró de que, como no había ido mucha gente, estaban vacunando también a personas más jóvenes.

«Por la tarde cayó mucho la afluencia y bajaron la edad permitida para poder vacunarse. Fue un amigo el que me avisó de que ya estaban vacunando a personas de 36 años y ponían Janssen, así que me acerqué al pabellón. Hice cola, le dije a la enfermera mi edad y



book del Ayuntamiento de que en el pabellón estaban vacunando sin cita e iban anunciando los tramos de edad que podían acercarse. «Si veían que no iba gente, bajaban la edad de vacunación, hasta que llegaron a 1990», relata. Igual que Alfonso, Juanma solo tuvo opción de vacunarse con Janssen. «Había muchísimas jeringas cargadas ya con la dosis de la vacuna para ir poniéndoselas a los asistentes a modo industrializado», puntualiza.

En su caso, según cuenta, al llegar al pabellón, un administrativo apuntó su número de la seguridad social y DNI, imagina que para después pasar esos datos al sistema sanitario de Salud. Lo que sí le llamó la atención es que después

Elisa Márquez, 35 años, muestra el certificado de vacunación con Janssen, pese a que para su edad no está indicada.

ÁNGEL NAVARRETE

de vacunarse no le dieron ningún informe de vacunación, pero confía y espera que esté correctamente registrado que fue vacunado.

«No sé si tengo que pedirlo», reflexiona.

Como el resto de participantes en este reportaje, Juanma tampoco sabía que Sanidad no recomendaba esta vacuna para la gente de su edad. «Creo que la salud ahora está pasando a un segundo plano y lo que interesa es que esté el mayor número de personas vacunadas para que siga moviéndose la rueda [de la economía]», añade.

Otro caso distinto fue el de Juan José, de 34 años, que se vacunó en la empresa en la que trabaja ya que tiene un acuerdo con el Sistema Andaluz de Salud (prefiere no dar el nombre concreto de la compañía). En su caso, también le vacunaron con Janssen pese a ser menor de lo recomendado por Sanidad sin que su empresa le comunicara nada.

«Comenzaron vacunando con Janssen a los mayores de 40, pero una vez terminaron con esa franja de edad lo ampliaron a los mayores de 35. Entonces tenía dos opciones: o esperar a que me llamasen del centro de salud, donde estaban vacunando con Pfizer, o vacunarme en la empresa con Janssen. Y como no me llamaban, opté por la última opción», concluye.

que tenía cita para ponerme la primera dosis de Pfizer en unos días, y me dijo que me podían vacunar sin problemas con Janssen en ese mismo momento», cuenta.

Este joven andaluz no dudó en ponerse Janssen por comodidad, ya que además quería vacunarse cuanto antes para sentir cierta «tranquilidad» al relacionarse con sus padres y su abuela, de 98 años. Sin embargo, reconoce que «no era

consiente» de que no estaba recomendado para menores de 40 y, de haberlo sabido, quizá no lo hubiera hecho. «En el pabellón no me advirtieron de que Sanidad no lo recomendaba. Podrían haberlo hecho y haberme dicho que si me la ponía era bajo mi responsabilidad, pero nadie me dijo nada», reflexiona.

Juanma, de 37 años, también se vacunó en el pabellón de Espartinas. Se enteró a través del Face-

«Filomena», la novela: de todoterrenos a ambulancias en la nieve

original

El 28 de diciembre de 2020, **Guillermo estaba recibiendo su última sesión de quimioterapia**; no esperó a la notificación de la remisión completa de su cáncer para **lanzarse a la calle con su todoterreno y abrir camino entre la nieve 12 días después**. Con la misma hazaña y llegando a casa cada día a las 4:00 de la mañana, Dani les demostró a sus hijas lo que ya sabían: que su padre, además de mecánico, es un superhéroe al volante. Durante aquellos días, Goma cambió el taxi **por su 4x4 y las carreras cotidianas por expediciones de alto riesgo**. A **Fran, un funcionario hecho a la monotonía de su oficina, le acompañó en esta misión su mujer, que hizo de copilota en cada viaje**.

Y el único que puso un pie en esta historia siendo pasajero fue Enrique, que poco antes de que la borrasca bloqueara por completo la movilidad en la capital, le había prestado su coche a un amigo. Media año después, **todos ellos son los protagonistas de «Odisea 4x4 Filomena. Ángeles y héroes en la tormenta»**, una novela de aventuras basada en hechos reales. «Tengo experiencia en edición de enciclopedias y actualización de libros de Historia, así que podía haber hecho un catálogo documental, pero preferí construir una trama en torno a estos personajes y novelar sus vivencias añadiéndole complementos de ficción a sus testimonios, que son totalmente auténticos y excepcionales», explica sobre su obra Félix Rosado, periodista y escritor natural de Ávila.

Cuando empezaron a caer los primeros copos de nieve en Madrid el pasado 7 de enero, a **Rosado, que entonces estaba inmerso en un libro de cuentos** que iba a ser su próxima publicación, no le llamaron especialmente la atención los avisos meteorológicos entre el aluvión de teletipos que revisa diariamente. Sin embargo, la que comenzó siendo una noticia más, pronto se convirtió en algo personal: Dani, uno de los más de 400 rescatadores en 4x4 tras **el paso por Madrid de «Filomena»** es su cuñado. **«Le llamé y me dijo que me asomara por la ventana, y allí estaba él, en el centro comercial La Vaguada entre coches de policía y bomberos, ayudando en sus labores a los cuerpos y fuerzas de seguridad»**, cuenta el autor, que, como la mayoría de estos conductores, también es vecino del barrio del Pilar.

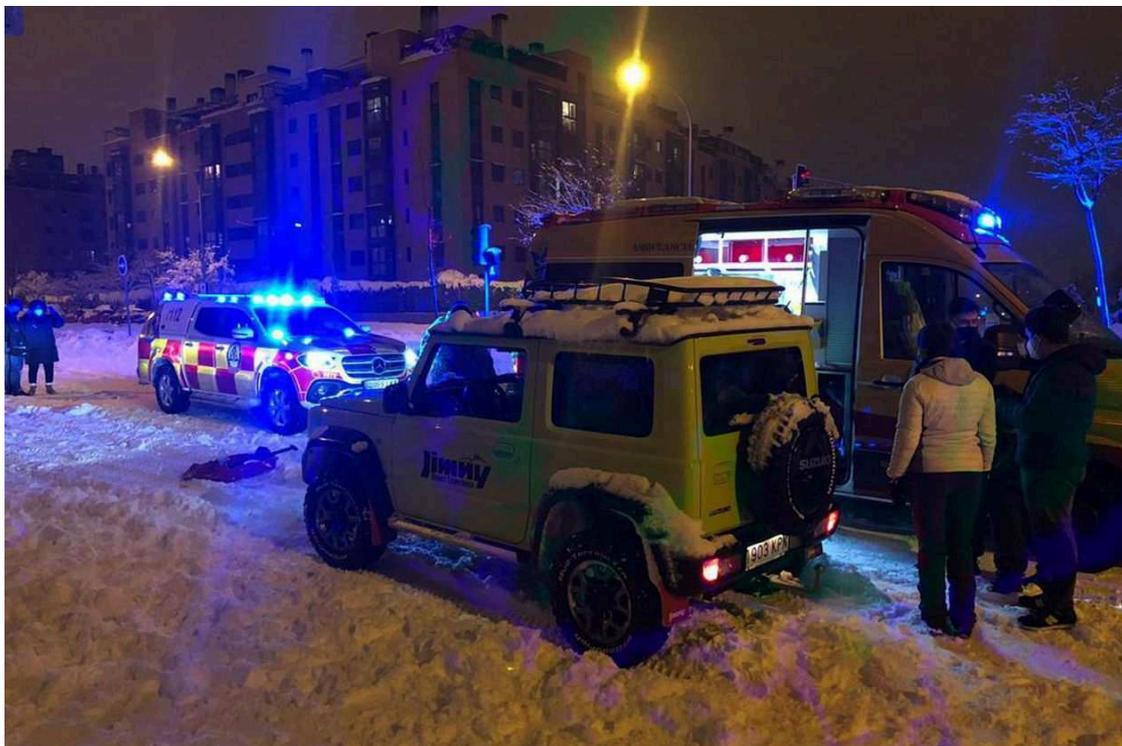
Día a día, **Dani le narra a Félix su experiencia como voluntario en la cobertura de la necesidad de los madrileños y madrileñas de acceder a los hospitales** cuando la ciudad se había vuelto intransitable para el transporte público y los vehículos normales, motivando la redacción de un reportaje en profundidad que, sin embargo y como reconoce el periodista, supo a poco: «Me di cuenta de que lo que estaban viviendo mi cuñado y el resto de pilotos tenía un gran calado, suficiente como para escribir un libro sobre ello». Y así lo hizo. **Seis meses después, «Odisea 4x4 Filomena. Ángeles y héroes en la tormenta» ya es una realidad**.

Para escribirlo, **Félix Rosado no ha necesitado bucear en bibliotecas y archivos** como en otras ocasiones; en este caso, él mismo ha sido testigo de la trama de su novela y las fuentes le han sido muy cercanas, lo que, como dice el autor, no significa que el proceso creativo haya resultado fácil: **«La dificultad de esta novela estaba en conseguir cerrarla, porque una vez empecé a reunirme con los protagonistas, pensé que el libro se haría interminable, eso, y el ansia de los pilotos por verla acabada»**.

Además de hablar con los conductores a los que accedió a través del canal de comunicación del grupo SOS 4x4, el periodista entrevistó a médicos, enfermeros, policías y, también, a algunos de los pacientes a los que, de forma altruista, Dani y los demás prestaron su tiempo y pericia, porque no basta con tener un todoterreno para atreverse con algo así: **«Sus acciones eran inaplazables, una cuestión de vida o muerte»**, le dijo Elena, la hija de uno de estos pacientes. Igualmente, la obra tiene una importante base documental de publicaciones de los días en los que «Filomena» y Madrid ocuparon los informativos de todo el mundo.

El resultado es una obra en homenaje a todos aquellos a los que la Comunidad de Madrid ha reconocido con la distinción de la Cruz del Dos de Mayo por su actuación en un momento

límite, así como al resto de personas que, a pesar de un temporal histórico en medio de una pandemia sin precedentes, siguieron al pie del cañón: **«Este libro está dedicado a todos los pilotos voluntarios, pero también a los sanitarios, a los cuerpos y fuerzas de seguridad y a los servicios de emergencias»**, insiste Rosado, que concluye: «Esta no es una novela triste, es una novela que emociona en la que también hay sitio para la alegría y el cariño, que es lo que me transmitieron los pacientes al hablar de los que, dicen, fueron sus ángeles».



Denuncian precariedad laboral en el Hospital Infanta Elena de Valdemoro, gestionado por Quirón Salud

Madridiario • original



Instalaciones del Hospital Infanta Elena en Valdemoro

La **Federación de Sanidad de Comisiones Obreras en Madrid** denuncia que la plantilla del **Hospital Infanta Elena de Valdemoro** lleva 12 años ganando exactamente la misma cantidad, es decir, un **salario hasta un 25 por ciento más bajo** en comparación con el resto de los trabajadores de la red de hospitales del Servicio Madrileño de Salud (Sermas).

El origen de la desigualdad, apuntan desde CCOO, se sitúa en la **adjudicación de su gestión a la empresa privada Quirón Salud** en 2006 por parte del Gobierno del Partido Popular, que por aquel entonces se encontraba presidido por Esperanza Aguirre.

"El convenio de la Sanidad Privada está completamente obsoleto"

"Por ejemplo, en el Hospital Reina Sofía, que es del mismo segmento que el Infanta Elena, el personal es del Sermas y se rige por el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Sin embargo, en nuestro caso, aunque el Infanta Elena reciba fondos públicos, está concesionado a la empresa privada Quirón Salud, de forma que los trabajadores se rigen por el **Convenio de Sanidad Privada**. Esto supone que sus condiciones laborales y económicas sean mucho peores que para los estatutarios. Se trata de un convenio totalmente obsoleto", exponen fuentes del sindicato.

Los motivos que explican el desfase salarial tienen que ver con la **antigüedad** y los **pluses de productividad**. "Cuando contratan a los profesionales en el Infanta Elena lo hacen con un salario base y un complemento que te coloca por encima del salario de convenio. Cuando cumples el primer trienio te bajan ese complemento y lo vuelven a bajar cuando cumples el primer quinquenio de antigüedad. Lo pueden hacer porque los salarios están, de inicio, por encima de convenio", aclaran.

"En cuanto al plus de productividad, siempre ponen la excusa de que no se llega a los objetivos fijados, por lo tanto, no lo pagan. En realidad, los objetivos están muy por encima de lo que razonablemente se puede alcanzar y, además, sobrecargan de trabajo a los profesionales que no logran alcanzarlos", añaden.

Precariedad más allá del salario

En un estudio realizado por el propio sindicato en el Hospital Infanta Elena de Valdemoro, un 74 por ciento del personal de enfermería reconoce una habitual **sobrecarga de trabajo**, lo que impide alcanzar una **conciliación familiar** adecuada en un 26 por ciento de los casos.

"El 90 por ciento de las enfermeras piensan que es necesario aumentar la plantilla"

Nueve de cada diez enfermeras y auxiliares consideran también que las **plantillas son demasiado cortas**, lo que deriva en un 91 por ciento de los casos en situaciones de **estrés** vinculadas al trabajo. En este contexto, un 17 por ciento de los profesionales ha llegado a causar **baja por problemas de salud**, ya sea física o psicológica.

Además, cuatro de cada diez trabajadores del centro consideran que **no disponen del material adecuado** para realizar su labor en condiciones óptimas.

La falta de personal de enfermería, sumada a la precariedad laboral, manifiestan desde CCOO, está provocando una **sangría en la plantilla**, que busca mejores condiciones en otros hospitales. "Las condiciones, los turnos y las nóminas son infinitamente mejores en otros centros. Esto, unido a la gran demanda de personal en hospitales públicos como consecuencia de la pandemia, empuja a los trabajadores a irse a la pública, aunque sea para ocupar un puesto de interino hasta que salga una oposición. Incluso les empuja a buscarse la vida en otros sectores que no tienen nada que ver con la enfermería. La fuga es muy numerosa", afirman.

Todas estas cuestiones llevan a la Federación de Sanidad de Comisiones Obreras en Madrid a exigir "mejoras sustanciales a la plantilla. Así como un necesario y urgente **nuevo acuerdo marco** que dote al sector privado de dignidad profesional, si quiere ser puntero en el futuro inmediato y ganarse la confianza de sus trabajadores".

Exigimos un cambio en el modelo de sector de la Sanidad privada en la Comunidad de Madrid.

Han sido **#imprescindibles** en pandemia **#COVID19**

¡Es la hora de mejorar las condiciones laborales de los/las profesionales!<https://t.co/8Zc7Uvmg6A>

— CCOO Sanidad Madrid (@CCOOSanidadMad) July 21, 2021

Sobrecostes

En este clima de crispación laboral, cae la gota que colma el vaso: la Comunidad autoriza una factura de **597 millones** de euros al grupo Quirón. Esto, dicen desde CCOO, "supone un **sobrecoste en cuanto a lo acordado inicialmente en la concesión**, que ha hecho que el presupuesto pactado se haya incrementado ya en un 63 por ciento desde 2006".

Desde la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, por el contrario, justifican el incremento del presupuesto inicial en base al **aumento del número de personas a las que atiende el centro y la variación del índice de precios al consumo**. "Se ha actualizado el pago que se realiza a la concesionaria del Hospital Infanta Elena de Valdemoro en función del incremento de la población a la que atiende y a los cambios en el IPC, en los términos establecidos en el Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares del contrato", aseguran.

"Con esta actualización, se adecúan el resto de las anualidades futuras del contrato al importe consolidado del mismo en 2021 y hasta el año 2036 con el fin de establecer un escenario presupuestario estable que refleje con la máxima precisión el coste actualizado del contrato de cara a presupuestos futuros", concluyen.

«Cuesta abajo y sin frenos»: el duro mensaje del enfermero del Wanda que se hizo famoso por su buen humor

Gaceticin Madrid • original



«Cuesta abajo y sin frenos». Así expone la actual situación del coronavirus en la Comunidad de Madrid el enfermero del SUMMA 112 que se hizo famoso hace un mes tras un vídeo viral en el que daba un discurso a los recién vacunados en el estadio madrileño Wanda Metropolitano en un tono divertido y sensato, con un mensaje claro y conciso que conseguía que los que le escuchaban finalmente acabasen ovacionándolo y con las dudas resueltas.

Ahora, ante la quinta ola y el fuerte incremento de contagios y hospitalizaciones, el sanitario cambia su semblante y, de forma seria, expone con crudeza la actual situación. «Hoy era día de coche de enfermería. Y hoy me han mandado a un SUAP a hacer antígenos. Esas pruebas de covid que en 15 minutos te indican un positivo o un negativo. ¿Y sabéis qué? Que esta situación va a ser insostenible. El 80% han sido resultados positivos, menores de 40 años», expone en su relato en redes sociales.

«Afortunadamente con síntomas leves. Pero positivos al fin y al cabo. Y los únicos que lo vemos parece ser que somos los sanitarios. El covid ya no existe de cara a la sociedad. Y los sanitarios ya tenemos buenas condiciones y mejores salarios. Porque esto de la pandemia ya pasó. Y como ya no se muere nadie...», ironiza.



«Lástima, pena y rabia es lo que siento cuando escucho y leo comentarios sobre este tema criticando a los sanitarios mientras nosotros seguimos poniendo en peligro nuestra seguridad, pero sobre todo la seguridad de nuestros seres queridos», añade.

«Queridos compañeros, os entiendo. Aunque queráis mandar todo a la mierda recordad porqué elegisteis este trabajo tan bonito. No fue por el reconocimiento social sino por el reconocimiento de nuestros propios pacientes. Eso a mi, me da vida en estos momentos. Gracias por seguir al pie del cañón. Mi cara de enfado y desilusión creo que lo dice todo...», concluye.



SATSE denuncia el cierre de 9.600 camas de hospital en verano, 305 en CyL

original

AGENCIAS

26/07/2021 10:50

Madrid/Valladolid, 26 jul (EFE).- El Sindicato de Enfermería, Satse, ha denunciado este lunes "la falta de previsión" de las comunidades autónomas que ha provocado que unas plantillas sanitarias "bajo mínimos" tengan que afrontar una quinta ola de la covid, con el cierre de 9.600 camas en toda España, 305 en Castilla y León.

Esas más de 9.600 camas suponen 2.700 más que en 2020, y se han paralizado "miles de consultas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas", además de proceder al cierre de centros de salud, fundamentalmente en horario de tardes.

En Castilla y León, según comunicó el sindicato a principios de este mes, se cerrará 305 camas "y se paralizarán miles de consultas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas en los hospitales porque el Servicio de Salud busca ahorrar dinero en lugar de priorizar la atención sanitaria y cuidados de los pacientes y el conjunto de la ciudadanía".

En el caso de Castilla y León y por provincias, en Ávila serán 32 las camas que se cierren; en Burgos son 214; en León, 45; en Palencia, 36 camas; en Segovia habrá 22 camas clausuradas; en Valladolid, otras 30 y en Zamora son 26.

Con la llegada del periodo estival, añade la organización sindical en una nota, se han hecho además contrataciones por vacaciones aprobando suplencias en los servicios de salud para solo el 30-40 % de la plantilla, con lo que el trabajo de 60 profesionales de cada cien deben hacerlo los que prestan sus servicios en verano.

El Sindicato de Enfermería recuerda que ya advirtió el pasado mes de junio que las administraciones sanitarias no podían repetir el mismo error de todos los años de no reforzar las plantillas ni proceder al cierre de camas y unidades en los meses estivales.

"Lamentablemente, ahora nos encontramos en una situación con un creciente aumento del número de casos de nuevos contagios de Covid-19 que deben ser atendidos en unos centros de salud y hospitales cuyos profesionales "están agotados y con unas condiciones laborales tremendamente tensionadas".

En opinión de Satse, la actual situación es fruto del interés prioritario de los servicios de salud de aprovechar el verano para ahorrarse dinero.

"Tras año y medio de pandemia, volvemos a constatar, lamentablemente, que nuestros responsables públicos han aprendido poco, por no decir nada, y siguen sin destinar los recursos y medios necesarios para que nuestro sistema sanitario esté preparado para nuevas olas del Covid-19 y que no sean los pacientes y profesionales sanitarios los que sufran las tremendas consecuencias de su deficiente gestión y planificación", concluye. EFE

msr/mcm/mr

El Colegio de Enfermería prepara a cerca de 600 enfermeras para las oposiciones del SAS

original

AGENCIAS

26/07/2021 12:40

JAÉN, 26 (EUROPA PRESS)

El Colegio Oficial de Enfermería de Jaén (lcoej) ha comenzado a formar a cerca de 600 profesionales de la Enfermería para preparar el examen de la oferta de empleo público del Servicio Andaluz de Salud 2018-2021. Estos cursos se llevan a cabo de forma semipresencial en Jaén, Linares y Úbeda y son gratuitos para las personas colegiadas.

La formación se ha dividido en ocho grupos distintos para acercarla a toda la provincia de Jaén y para conseguir grupos pocos numerosos que ayuden a mantener todas las medidas de seguridad sanitaria necesarias en esta época de pandemia. Esta formación se va a extender hasta finales del mes de noviembre, cuando está previsto que el SAS lleve a cabo los exámenes. El profesorado está integrado por profesionales de primer nivel, con importantes responsabilidades en el sistema sanitario público.

El presidente del lcoej, José Francisco Lendínez, ha explicado en un comunicado que el objetivo es ayudar a las enfermeras a afrontar esta "importante" oferta de empleo público con las máximas garantías de éxito, así como rentabilizar al máximo el esfuerzo de profesionales que están trabajando y estudiando al mismo tiempo.

De esta forma, el alumnado va a aprender a manejar técnicas de estudio adecuadas a exámenes tipo test, estudiarán las áreas específicas con material propio, esquemas, resúmenes, mapas mentales y docentes de reconocido prestigio y podrán realizar ejercicios tipo test y simulacros de examen.

"Los alumnos también tiene acceso permanente a la plataforma de formación del Colegio, donde están los 78 temas que componen esta convocatoria, así como resúmenes de los mismos y test auto evaluables de cada uno de ellos totalmente actualizados", ha indicado Lendínez. Estos cursos se enmarcan en la apuesta por la formación que realiza durante todo el año el Colegio de Enfermería de Jaén para que los profesionales estén permanentemente actualizados.



VAN
LA VANGUARDIA

Grossa de l'estiu

original

AGENCIAS

26/07/2021 18:35

Madrid, 26 jul (EFE).- Sindicatos y colectivos de sanitarios han asegurado este lunes que el hospital Isabel Zendal ha empezado a rechazar pacientes derivados desde otros hospitales por la escasez de sanitarios para atenderlos, lo que está obligando a que algunos hospitales abran plantas para acogerlos.

Fuentes del Hospital Enfermera Isabel Zendal han cifrado en 375 los pacientes ingresados este lunes, aunque las instalaciones del hospital de pandemias en Valdebebas tienen capacidad para acoger hasta 633 pacientes y superó los 500 en abril pasado.

Según ha denunciado CCOO, en el Hospital 12 de Octubre han "abierto una planta más de covid, y están haciendo doblar turnos al personal de enfermería" para atender a los nuevos ingresados ya que el Zendal está "rechazando derivaciones por falta de personal" sanitario.

"El problema del Zendal es que tiene muchas camas y mucho sitio pero no tiene personal. De los hospitales ya no pueden sacar sanitarios porque, entre los que están de vacaciones y los que se han llevado ya, el déficit que tenían de antaño hace imposible aumentar el personal", según la federación de Sanidad CCOO.

Desde el sindicato de médicos AMYTS aseguran que la subida de los nuevos ingresos de la quinta ola está obligando a "abrir plantas en el 12 de Octubre, el Puerta de Hierro y el Gómez Ulla", aunque este último atiende a población madrileña pero depende del Ministerio de Defensa.

Por su parte, SATSE ya denunció el jueves pasado que la "falta de personal" de enfermería en el Zendal provoca que el hospital "no esté preparado" para recibir más pacientes de hospitalización por covid y, a la vez, mantener la vacunación durante las 24 horas del día.

Para el sindicato de Enfermería, la Consejería de Sanidad debe "elegir entre vacunar o atender a pacientes covid", si no aumenta el número de enfermeras para continuar con ambas tareas, ya que la falta de plantilla es lo que está dando lugar a una situación "cada vez más caótica".

En la misma línea, UGT considera que "esto es lo que ocurre cuando un hospital de pandemias, creado para ingresar pacientes con covid, se utiliza para otras funciones como la vacunación que debería estar en atención primaria. No se puede hacer dos cosas a la vez cuando el número de infectados sigue aumentando".

"A los hospitales les están diciendo que los pacientes para trasladar al Zendal pueden tardar hasta dos días en poder ir. No es que esté lleno, pero si se dedican a vacunar no pueden absorber los pacientes con covid del resto de hospitales, que es para lo que se creó", según el secretario de Sanidad de UGT, Julián Ordóñez.

A ello se añade el "cierre de 2.000 camas durante el verano en 21 hospitales", según cifras de CCOO, algo que la Consejería de Sanidad ha negado aunque reconoce que la actividad estival se suele "ajustar a la menor presión hospitalaria que se produce tradicionalmente debido al periodo vacacional".

Según la Asociación en Defensa de la Sanidad Pública (ADSP) "cerraron 2.000 camas para el verano sin hacer caso del crecimiento de los contagios en otras regiones, que en tres o cuatro semanas acabaría afectando a Madrid".

A fecha de hoy, "encontrar personal de enfermería resulta complicado, porque quienes se graduaron en junio ya tienen contratos en otras comunidades", según el presidente de la ADSPM, Marciano Sánchez.

El sindicato MATS afirma que en La Paz "ya se abrió la planta séptima del edificio diagonal la semana pasada" y que en el Ramón y Cajal han tenido que "abrir la novena para los pacientes no covid".

En ese hospital, según MATS, "el preingreso está a reventar desde hace varios días porque no hay camas libres" y el personal está "bajo mínimos en todas las categorías". EFE

loc/amc



VAN
LA VANGUARDIA

La disfagia y el papel del profesional de Enfermería. Artículo científico

original

Incluido en la revista Ocronos. Vol. IV. Nº 7–Julio 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; nº7:142

Autor principal (primer firmante): María Magdalena Alvarenga Benítez

Fecha recepción: 13 de Julio, 2021

Fecha aceptación: 24 de Julio, 2021

Ref.: Ocronos. 2021;4(7):143

Autora: María Magdalena Alvarenga Benítez

Coautoras: María Teresa Azahares Reyes, Raquel Sanchez Villalba, Laura Santamaría Moreta, Maitane Landa Mendizábal, Silvia Monge Ortega.



Resumen

La disfagia es considerada un trastorno en el que se evidencia la dificultad para deglutir los alimentos de texturas sólidas y/o líquidas, desde la cavidad bucal hasta el estómago. Este trastorno está relacionado con múltiples tipos de patologías, y a pesar de su frecuencia de casos y de la gravedad de sus complicaciones es poco conocida y tratada .¹

Introducción

La disfagia se define como la dificultad para la deglución. Es un cuadro frecuente, que aumenta su frecuencia con la edad, y que se refleja de forma negativa sobre la calidad de vida de las personas que la padecen. Puede provocar desde deshidratación, disminución de peso y desnutrición, así como problemas respiratorios por aspiración, y hasta la muerte. Para un correcto diagnóstico y adecuado tratamiento, es preciso el trabajo de un equipo multidisciplinar, partiendo del primer contacto con el médico de cabecera y el personal de Enfermería de Atención Primaria. ^{1. 2}

Tipos de disfagia

Desde un punto de vista clínico y práctico, la disfagia se clasifica en dos tipos:

- Orofaringea
- Esofágica

En ambos casos las causas pueden ser de naturaleza orgánica o funcional. Según la naturaleza de la musculatura que interviene en las fases de la deglución, si la disfagia tiene un origen funcional, si la causa afecta al músculo estriado se trata de una disfagia orofaríngea y si afecta al músculo liso se trata de una disfagia esofágica. Las manifestaciones clínicas, sus consecuencias y su tratamiento, tienen diferencias que hacen que deban ser tratadas por separado en la práctica clínica.

Causas de la disfagia Orofaríngea

Las partes anatómicas comprometidas son aquellas que intervienen en la primera parte de la deglución: la boca y la faringe

Enfermedades orgánicas

- Divertículo de Zenker.
- Neoplasias.
- Membranas: síndrome de Plummer-Vinson.
- Compresión extrínseca: osteofitos, bocio, adenomegalias.

Yatrogenia

- Postquirúrgica.
- Radiación.
- Fármacos.

Enfermedades infecciosas

- Bacterianas.
- Víricas.
- Candida.
- Sífilis.
- Botulismo.

Enfermedades neurológicas

- Accidente cerebrovascular (ACV).
- Enfermedad de Parkinson.
- Traumatismo craneoencefálico (TCE).
- Tumor del tronco del encéfalo.
- Demencia.
- Esclerosis múltiple.
- Esclerosis lateral amiotrófica (ELA).
- Poliomielitis.

Enfermedades musculares

- Miastenia gravis.
- Miositis
- Conectivopatías.
- Distrofias musculares.
- Síndrome paraneoplásico.

Enfermedades metabólicas

- Amiloidosis.
- Hipertiroidismo.
- Enfermedad de Wilson.
- Síndrome de Cushing.

Alteraciones funcionales

- Acalasia cricofaríngea.
- Disinergia del esfínter esofágico superior

Causas disfagia Esofágica

La dificultad reside en: una vez que el bolo alimenticio ha atravesado la hipofaringe hasta llegar al estómago

Enfermedad de la mucosa

- Enfermedad por reflujo gastroesofágico
- Anillo esofágico inferior (anillo de Schatzki)
- Esofagitis eosinofílica
- Esofagitis infecciosa
- Lesión por cáusticos
- Esofagitis por fármacos
- Lesión iatrogénica (tras escleroterapia, ligadura de varices, radiofrecuencia, etc.)
- Esofagitis por radioterapia
- Tumores esofágicos

Enfermedades mediastínicas

- Compresión vascular
- Tumores: linfoma, cáncer de pulmón
- Infecciones: tuberculosis

Trastornos motores

- Acalasia
- Espasmo difuso esofágico
- Esclerodermia
- Otros trastornos motores esofágicos

Palabras clave

Disfagia, Enfermería, Tratamiento disfagia, Deglución, Disfagia orofaríngea, disfagia esofágica, Valoración de Enfermería, MECV-V y EAT 10.

Objetivos

Conocer este trastorno para:

- Disminuir el riesgo de aspiración en los pacientes que padecen dificultades en la deglución con alimentación oral.
- Prevenir las complicaciones relacionadas con la disfagia
- Mejorar la alimentación de los pacientes que lo sufren. ^{1. 2. 3}

Metodología

Se ha llevado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos sanitarias: Dialnet, Scielo, Elsevier, Medlineplus. También se ha empleado para la búsqueda bibliográfica Google Académico y diversas fuentes en Internet. De toda la documentación revisada, se ha seleccionado la que contenía datos más relevantes y actuales, sin delimitaciones en cuanto al año de publicación, idioma y disponibilidad en texto completo. Las palabras clave utilizadas han sido "Disfagia", "Enfermería", "Tratamiento disfagia", "Deglución", "Disfagia orofaríngea", "Disfagia esofágica", "Valoración de Enfermería", "MECV-V" y "EAT 10".

Discusión

Sabemos que la deglución consta de tres etapas distintas: la etapa pre-oral, la etapa oral, la

etapa faríngea y la etapa esofágica.

Como básicamente la disfagia es considerada como un síntoma, no existen tratamientos curativos específicos para este trastorno, sino que debe buscarse solución a la patología de base que provoca esta disfagia. Se encuentran tratamientos paliativos, para poder mejorar o evitar el proceso de la deglución, lo que requiere adaptarse sí o sí al proceso que padece la persona en concreto. 2

Hay que evitar el consumo de productos alimenticios picantes, excitantes, alcohol y cualquier otro alimento que actúe como factor que pueda interferir en el proceso de la deglución. En algunos casos es necesario introducir fármacos como los protectores gástricos para así reducir la aparición de complicaciones como por ejemplo el Esófago de Barrett.

Es necesario adaptar la textura de los alimentos y de los líquidos para que el paciente con disfagia pueda deglutir mejor y de manera más segura, para ello se requieren productos espesantes, utensilios de trituración y similares.

También se realizan procedimientos de dilatación de la zona con estrechamiento o disminución de la presión del esfínter esofágico inferior (Cardias) a través de la Esofagotomía. Así como paralizar parte de la musculatura con la utilización de la Toxina botulínica.

Es habitual encontrar el uso de una Sonda nasogástrica, para llevar el alimento con un tubo delgado desde la nariz hasta el estómago, sin peligrar la deglución. O realizar una Gastrostomía, que consiste en una leve intervención de cirugía en la que se introduce una sonda directamente al estómago por la pared anterior del abdomen y por la que se realiza la alimentación e hidratación. 2

Conclusión

En esta enfermedad, el papel de los profesionales, tanto para el diagnóstico, como para el tratamiento y seguimiento de la disfagia es de crucial importancia y protagonismo. Las estrategias deben llevarse a cabo por un equipo sanitario, ya que se necesita de los conocimientos de diferentes disciplinas médicas para minimizar los riesgos y mejorar la calidad de las actuaciones. Entre todos los profesionales del equipo, deben proponer medidas terapéuticas para facilitar y mejorar el manejo de la disfagia. 4 5

La profesional de Enfermería juega un papel fundamental, en la prevención de las complicaciones, ya que constituye el grupo profesional que más tiempo pasa con los pacientes en cuanto a prevención y educación para la salud. El personal de Enfermería debe suponer el medio de enlace entre los demás profesionales para que todos dispongan de los datos necesarios para llevar a cabo los planes terapéuticos y mejorar la calidad de estos pacientes y sus cuidadores diarios. 5. 6

Para una correcta y completa valoración de la disfagia desde Enfermería existen dos tipos pruebas principales: MECV-V y EAT 10.

- MECV-V: Método de Exploración Clínica de Volumen-Viscosidad es un método no invasivo que valora la disfagia administrando líquidos en distintos volúmenes y texturas: néctar, pudding y líquido. Desarrollo: el paciente debe estar alerta e incorporado. Comprobar la saturación de oxígeno de forma previa al procedimiento y monitorizarlo durante toda la realización del método. Durante la prueba se evalúan signos de seguridad: tono de voz, tos y desaturación de más de un 2%. Si aparece cualquiera de estos signos la prueba se considera como positiva. Para crear las diferentes texturas se utiliza espesante que se va añadiendo al líquido que se va administrar, normalmente agua, en las cantidades indicadas por el fabricante del espesante. 7

Se comienza administrando unos 5 ml de textura néctar, si se tolera bien se administran 10 ml de textura néctar y si lo tolera bien se administran 20 ml de textura néctar. Si no hay signos de seguridad se administran textura líquida en los 3 volúmenes: 5 ml, 10 ml y

20 ml. Si lo tolera bien el paciente no padece disfagia. Si aparecieran signos en cualquiera de

los tres volúmenes, el paciente sufre disfagia para líquidos y debe tomar textura néctar. Si se está administrando textura néctar y aparecen signos de seguridad en alguno de los 3 volúmenes debe comprobarse tolerancia con textura pudding, primero con 5 ml, luego con 10 ml y por último con 20 ml. Al acabar la prueba se concluirá qué viscosidad tolera el paciente y a qué volumen, dando las recomendaciones dietéticas correspondientes al paciente y/o cuidador.

- EAT 10 Eating Assessment Tool: consiste en realizar al paciente y/o cuidador 10 preguntas que se relacionan con el proceso de la alimentación.

Las respuestas de las preguntas tienen 5 niveles: de 0 (ningún problema) a 4 (problema serio). La máxima puntuación son 40 puntos y si la puntuación total es mayor de 3 es posible que la persona sufra de disfagia. Las preguntas son:

- Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso.
- Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa.
- Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra.
- Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra.
- Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra.
- Tragar es doloroso.
- El placer de comer se ve afectado por el problema de tragar.
- Cuando trago, la comida se pega en mi garganta.
- Toso cuando como.
- Tragar es estresante. 8

Actuar ante la disfagia requiere de una correcta elección de aquello que se puede tomar. Cada caso debe individualizarse, pero, como norma general, se deben realizar ingestas de poco volumen que no duren más de 15 minutos. Para las ingestas frecuentes se aconseja consistencia néctar o pudding. Se recomienda incluir en una sola ingesta como por ejemplo tipo puré, los alimentos proteicos y las verduras, añadiendo consistencia con algún lácteo de tipo quesito, nata o el queso de untar. Es importante evitar las dobles texturas tipo sopas o frutas de mucho líquido, alimentos con piel o semillas, fibrosos o pegajosos como por ejemplo el pan de molde y alimentos que se desmenuzan en trazas tipo frutos secos. 9. 10

Tipos de Dieta que se ofrecerán en la disfagia

Dieta ACV DISFAGIA: Exenta de líquidos/ Hidratación con agua gelificada/ Textura triturada homogénea= dieta de cuchara 9.10

Tabla 1. Dieta FÁCIL MASTICACIÓN DISFAGIA A LÍQUIDOS: Exenta de líquidos, de dobles texturas y de alimentos de riesgo/ Hidratación con agua gelificada 9. 10

DESAYUNO

- Papilla 8 cereales
- Puré de frutas envasado
- Agua gelificada

COMIDA

- Triturada de judías, arroz y pollo
- Triturado de compota de pera
- Agua gelificada

MERIENDA

- Papilla multifrutas
- Agua gelificada

CENA

- Triturado de calabacín, zanahoria y huevo

- Yogurt
- Agua gelificada

Tabla 2. ALIMENTOS CON TEXTURAS DIFÍCILES O DE RIESGO:

DESAYUNO

- Papilla 8 cereales
- Puré de frutas envasado
- Agua gelificada

COMIDA

1º Fácil masticación adaptado 2º Fácil masticación adaptado

- Puré de frutas envasado
- Agua gelificada

MERIENDA

- Papilla multifrutas
- Agua gelificada

CENA

- Papilla multifrutas
- Agua gelificada

Tabla 3

- Dobles texturas: Mezclas de líquido y sólido: sopas con pasta, yogur con trozos
- Alimentos pegajosos: Pan, bollería, plátano, caramelo masticable
- Alimentos resbaladizos que se dispersan por la boca: Guisante, arroz, legumbres, pasta
- Alimentos que desprenden agua al morderse: Melón, sandía, naranja, pera de agua
- Alimentos que pueden fundirse de sólido a líquido en la boca: Helados, gelatinas de baja estabilidad
- Alimentos fibrosos: Piña, lechuga, espárragos
- Alimentos con Piel, grumos, cartílagos, espinas
- Alimentos crujientes o secos o que se desmenuzan en la boca: Tostadas, galletas, quesos secos
- Alimentos duros y secos: Pan de cereales, frutos secos
- Alimentos con pieles o semillas: Mandarina, tomate, uva, guisante

Manejo terapéutico antes de la alimentación

Proporcionar un ambiente tranquilo, relajado y sin distracciones. Comprobar que el paciente se encuentra alerta y receptivo. Colocar al paciente en una postura erguida sentado a 90 grados con ligera flexión anterior del cuello, preferiblemente en silla.

Manejo terapéutico durante la alimentación

Presentar en el plato cantidades pequeñas. Utilizar cuchara de postre. Dar de comer despacio, hasta que no haya tragado una cucharada no ofrecer la siguiente. No forzar la ingesta.

Manejo terapéutico después de la alimentación

Mantener postura erguida hasta 30 minutos tras la ingesta. Revisar boca y faringe por si han quedado residuos. Higiene bucodental

Precauciones

Evitar el uso de pajitas y jeringas para la hidratación la alimentación. Evitar alimentos con texturas difíciles o de riesgo. Evitar movilizar al paciente después de las ingestas.

Enseñar al paciente, familia y cuidadores los cuidados básicos 9. 10

ANEXOS

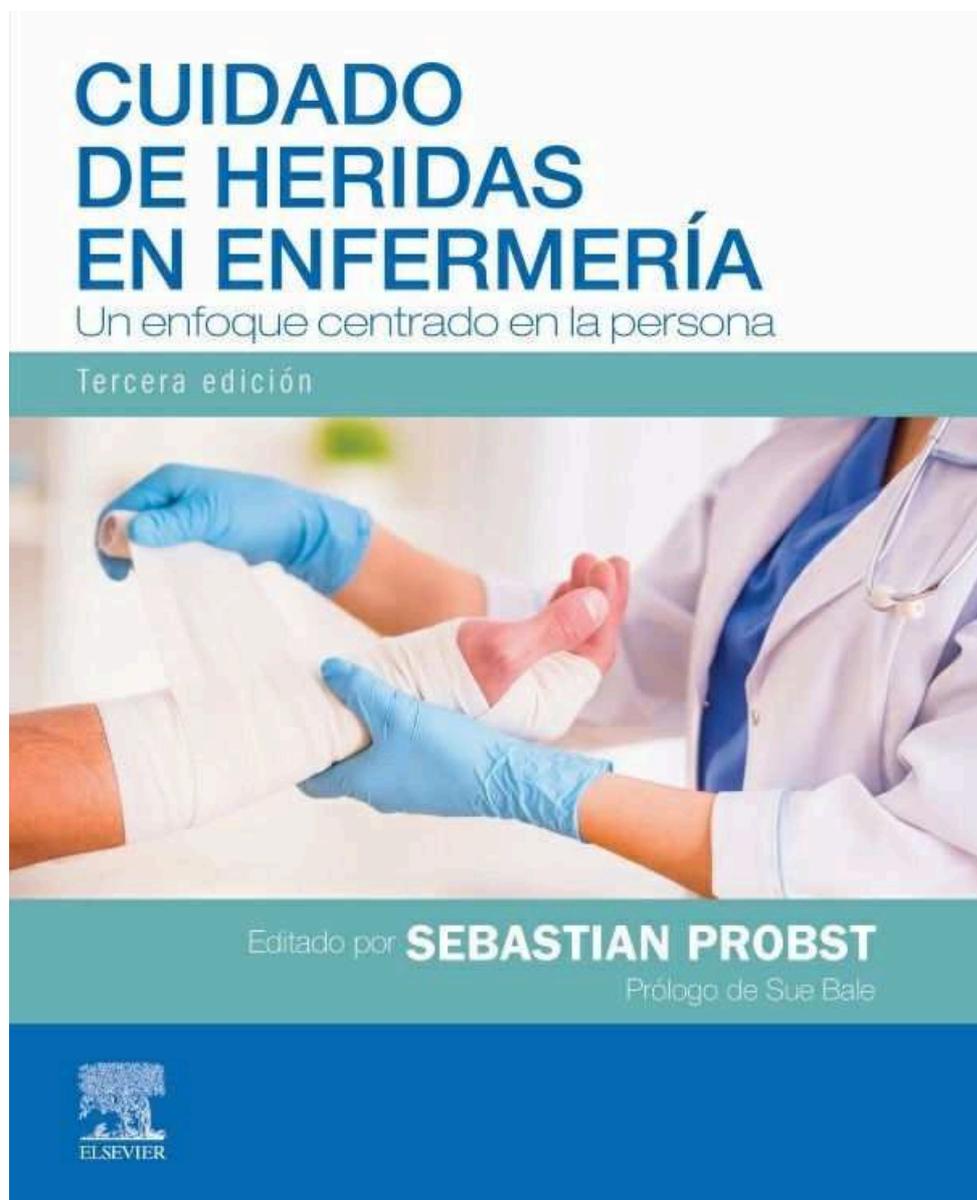
- Tabla 1
- Tabla 2
- Tabla 3

Bibliografía

1. Richter J E. Oesophageal motility disorders. The Lancet 2001;358:823-8
2. American Gastroenterological Association medical position statement on treatment of patients with dysphagia caused by benign disorders of the distal esophagus. Gastroenterology 1999;117:229-232
3. Guillén-Solà A, Martínez-Orfila J, Boza Gómez R, Monleón Castelló S, Marco E. Cribaje de la disfagia en el ictus: utilidad de los signos clínicos y el método de exploración clínica de volumen viscosidad en comparación con la videofluoroscopia. Rehabilitación 2011;45(4):292-300
4. Redacción médica [sede web]*. Madrid: Sanitaria 2000; c2004-2021 [acceso 15 de febrero de 2021]. Disfagia [aproximadamente dos pantallas]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/disfagia>
5. Sebastián Domingo JJ. Disfagia. Problemas de deglución. Farmacia profesional. 2001; 15(5): 84-7
6. Camarero González E. Consecuencias y tratamiento de la disfagia. Nutr. Hosp. 2009; 2(2): 66-78.
7. Díaz Fernández AI, González Álvarez MA. Prevalencia de Disfagia tras Ictus. Visión desde Atención Primaria. Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2017 febrero; 5(1): 38-56.
8. Burgos R, Sarto B, Segurola H, Romagosa A, Puiggrós C, Vázquez C, et al. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) para la disfagia. Nutr. Hosp. 2012; 27(6).
9. Clavé-Civit P, García-Peris P. Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. [Internet] [Acceso mayo 2018]. Disponible en: <http://docplayer.es/19445832-Guia-de-diagnostico-y-de-tratamiento-nutricional-y-rehabilitador-de-la-disfagia-orofaringea-editores-dr-pere-clave-civit-dra-pilar-garcia-peris.html>
10. Guía de nutrición para personas con disfagia orofaríngea. IMSERSO. [Internet] [Acceso mayo 2018]. Disponible en: http://www.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/bina_rio/4020170_02_guia_nutricion_perso.pdf

Cuidado de heridas en enfermería

original



Un enfoque centrado en la persona

Cuidado de heridas en enfermería: Un enfoque centrado en la persona, es la traducción al español de la tercera edición de *Wound care nursing: a person-centred approach* de Sebastián Probst. Esta obra es una lectura imprescindible y de obligada consulta, compuesta por 11 capítulos, para cualquier profesional o estudiante de enfermería que desee profundizar en sus conocimientos en el área del cuidado de heridas.

En esta tercera edición destaca un original enfoque que recorre las diferentes etapas de la vida de la persona en la exposición de los cuidados requeridos, desde el nacimiento a la vejez. Además, la obra incluye numerosas fotografías y esquemas en color que acompañan a unos contenidos totalmente actualizados que incluyen las más recientes investigaciones sobre cuidado de heridas.

El lector encontrará correspondencia entre la teoría enfermera actual y la práctica clínica con detallados casos clínicos que van desde la cobertura de las úlceras por presión, la dermatitis asociada a incontinencia urinaria, a las úlceras venosas de la extremidad inferior y el control de heridas en cuidados paliativos.

Para todos aquellos que quieran ampliar y actualizar sus conocimientos en este tema, el libro se encuentra disponible en la Biblioteca de San Rafael-Nebrija y puedes localizarlo a través del [Catálogo-OPAC](#) ~ [Web Portal](#) de la Red de Bibliotecas.

Covid-19: Las enfermeras de La Rioja piden "responsabilidad individual" ante la alta incidencia

original



Una enfermera riojana prepara una dosis de la vacuna contra el COVID 19 (Foto. GOBIERNO RIOJANO)



El Colegio de enfermeras de La Rioja ha querido recordar a la sociedad riojana, a través de un comunicado, que "estamos en plena **quinta ola**, ya en pleno tropiezo por quinta vez, lo que por un lado nos debe hacer reflexionar a todos, y unido a ello, debemos entender que esto no lo puede seguir permitiendo un sistema sanitario actual que vuelve a estar más que saturado".

Por ello las enfermeras riojanas "pedimos algo tan sencillo como hacer **uso de la responsabilidad personal**, que se basa, principalmente, en cumplir todo aquello que hemos venido aprendiendo y que ha venido siendo efectivo tras 16 meses de enfrentarnos al coronavirus, aunque a veces nos sentimos confundidos por las decisiones que van tomando los políticos".

A finales de este mes de julio, han explicado, "la situación sanitaria vuelve a ponerse realmente complicada para el sistema sanitario si atendemos a los datos que día a día nos va ofreciendo la Consejería de Salud con una incidencia de la Covid-19 de manera especial entre la población más joven, todavía no vacunada, lo que está generando una honda preocupación a las enfermeras que recuerdan que la pandemia sigue viva, que circulan variantes del coronavirus mucho más contagiosas que las anteriores y **que no debemos bajar la guardia en ningún momento**".

A pesar de que los cifras van en aumento, no van acompañadas de la gravedad de otras fases de alta mortalidad causada por esta infección "lo que nos debe hacer reflexionar a todos que el aumento de los casos en esta época estival podría dar lugar a una saturación de los centros de Atención Primaria"

"Sabemos, porque lo hemos aprendido de memoria, **las medidas higiénicas** del uso de mascarillas en exteriores si no hay una distancia de 1 metro y medio entre personas, y su uso en todas las circunstancias en interiores; higiene de manos; no compartir bebidas o tabaco; manteniendo la distancia de seguridad, especialmente en espacios cerrados..., pero que con relativa facilidad, nos olvidamos".

A pesar de que los cifras van en aumento, no van acompañadas de la gravedad de otras fases de alta mortalidad causada por esta infección, no obstante, como recuerda el Colegio de Enfermeras, "debemos recordar que desde que comenzó la pandemia en esta Comunidad **han muerto ya 779 personas**, la última hace apenas tres días- lo que nos debe hacer reflexionar a todos que el aumento de los casos en esta época estival podría dar lugar a una saturación de los centros de Atención Primaria".

Como han señalado en este sector de la Sanidad "existe **un déficit estructural de enfermeras**, "con una carencia de profesionales para poder prestar una atención adecuada a la población". Sin embargo, "si a esto se le añade las vacaciones de verano, de unas enfermeras exhaustas y que lo han dado todo durante la pandemia, la falta de enfermeras se agudiza, lo que puede dificultar el abordaje de una hipotética nueva avalancha de casos, que los datos, desgraciadamente, apuntan a ello", han matizado.

Para las enfermeras riojanas "ser responsable es tener la **mirada fija puesta en el coronavirus** y tratar, desde la perspectiva de cada uno, **cumplir las normativas** que nos van marcando los expertos". Por eso, "no es fácilmente comprensible que en el puente de San Bernabé **se quedaran sin vacunar 4.000 personas** en esta Comunidad, porque valoraran que era más importante salir de vacaciones que ponerse la vacuna, lo que no hace más que dar al virus la posibilidad de que entre en nuestro cuerpo".

La Rioja sigue, ahora mismo, en el estado 2 del semáforo del Gobierno

"Y esta actitud se puede repetir en lo que para algunos serán sus semanas de vacaciones, pero si no estamos vacunados, para algunos se convertirán en viajes a ninguna parte si al final somos atacados por el virus. Incluso más, debemos ser conscientes de que **la vacuna no es infalible** y tanto la inmunidad como el contagio ni siquiera se consiguen aunque nos hayan puesto las dos dosis de la vacuna, por lo que debemos tener siempre muy presente aquello que hemos venido aprendiendo y que debemos seguir a rajatabla", afirman.

Además, han recordado que se debe recordar "con quienes hemos estado porque eso facilitará mucho **el rastreo de personas**, en el momento que salta la alarma y damos positivo de la Covid-19, debemos aportar a los rastreadores nuestros contactos, lo que supone que previamente debemos recordarlos o incluso tenerlos apuntados, por cierto un servicio que está funcionando a la perfección en esta Comunidad".

Por todo ello, las enfermeras riojanas hacen "**un llamamiento al civismo, la responsabilidad y la solidaridad** tanto en las conductas relacionadas con las medidas de protección e higiene como en lo relativo a la posibilidad de inmunizarse".

En el primer caso, "**preocupan las concentraciones** -aunque sean en un parque, en la calle o en una terraza- de personas no convivientes sin respetar la elemental distancia de seguridad y sin mascarilla, y respecto a las vacunas, a menudo surgen bulos, miedos o informaciones sesgadas que pueden desanimar a muchas personas a acudir a su centro de vacunación".

"La combinación de ambos escenarios podría retrasar la salida de nuestro país de la mayor emergencia sanitaria en décadas. Sin olvidar que en La Rioja seguimos, ahora mismo, en el **estado 2** del famoso semáforo del Gobierno", han concluido.

Porque salud necesitamos todos... ConSalud.es

Te recomendamos:



La OMS advierte de que la distribución desigual de las vacunas perjudica la recuperación económica



La EMA aprueba la vacuna de Moderna para jóvenes de entre 12 y 17 años

Enfermeras ponen en marcha una iniciativa para permitir las visitas de mascotas de pacientes ingresados con dolencias severas y en situación terminal

original

Enfermeras del Área de Salud de Cartagena han puesto en marcha una iniciativa, pionera a escala nacional, por la que se facilita la visita de mascotas de pacientes ingresados, con dolencias severas y **en situación terminal**, en el Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena, compuesto por los hospitales **Santa Lucía** y **Rosell**. Con este proyecto se persigue el objetivo de apoyar a los afectados y humanizar su estancia, al permitirles despedirse de su mascota.



© iStock

De esta forma, de acuerdo con lo expuesto por la Consejería de Salud de Murcia en un comunicado, recientemente en el Hospital Santa Lucía se facilitó la visita de su perro a la habitación en la que se encuentra con paciente, por sus circunstancias de movilidad reducida y según un procedimiento establecido que contempla pautas por COVID-19. Asimismo, en la plaza de la terraza de este centro se ha implantado un espacio donde se permitirá dicho encuentro a otras personas que puedan desplazarse por el hospital.

El personal de enfermería y de medicina de la unidad de cuidados paliativos evaluará la solicitud de los pacientes y sus familias y establecerá su viabilidad y la conveniencia de la visita. Así, los allegados entregarán a los profesionales de cuidados paliativos un certificado del estado de salud y cartilla de vacunación de las mascotas, ratificados por un veterinario, y el animal habrá de estar adecuadamente aseado, según explican en la citada nota informativa.

De acuerdo con los datos aportados por la Consejería de Sanidad de Murcia, por otra parte, las unidades de cuidados paliativos de los hospitales Santa Lucía y Rosell registraron, en 2017, alrededor de 325 personas ingresadas, aproximadamente 298 en 2019 y cerca de 200 en 2019. La asistencia íntegra a este colectivo incluye las perspectivas física, emocional, social y espiritual, por ello, debe ser continuada e individualizada.

Noticias relacionadas



Área de Salud de Cartagena, cuidados paliativos, enfermeras, humanización, pacientes con dolencias severas, Pacientes en situación terminal, Visita de mascotas

La atención de Enfermería basada en valor, una forma de participar en la transformación de nuestro sistema sanitario

Redacción NME • original



Las enfermeras conocemos muy bien la necesidad de escuchar al paciente para poder orientar nuestra atención de una forma ajustada a su realidad, como también sabemos que no siempre ha sido una prioridad en la hoja de ruta de nuestras organizaciones. Incorporar la experiencia del paciente en el diseño de los procesos asistenciales con el objetivo de reorientar la gestión de los servicios sanitarios, teniendo en cuenta su “experiencia del cuidado”, es ya una necesidad manifiesta en cuyo abordaje se van dando algunos pasos importantes. Investigar los resultados de salud percibidos por los pacientes, para generar conocimiento sobre cómo aumentar el valor de la asistencia, supone un cambio en el marco conceptual en el que nos hemos desenvuelto hasta ahora.

La atención sanitaria basada en valor es aquella que en la que los resultados se miden en términos relevantes para los pacientes, como beneficiarios de la misma, para poder reorientar nuestra respuesta a su demanda, asegurando la relación positiva entre beneficio y coste. La idea parte de la necesidad de conocer el valor que le aportan los servicios que ofrecemos a partir de la perspectiva del paciente, para hacer posible una atención sanitaria que le coloque en el centro y también para diferenciar aquello que merece un esfuerzo presupuestario de todo aquello de lo que se podría prescindir, en el contexto del enorme desafío que supone garantizar la (cada vez más comprometida) sostenibilidad de nuestro sistema.

Este nuevo enfoque en los servicios sanitarios se viene planteando en los diferentes foros de gestión durante la última década, unas veces como alternativa y otras como complemento de la atención basada en la evidencia. La definición de valor en el sistema sanitario debe su planteamiento inicial y su diseminación a Michael Porter^{1,1}, que lo planteó en un artículo del New England Journal of Medicine en 2010, en cuya introducción escribe también lo siguiente: “mejorar el desempeño y la rendición de cuentas depende de tener un objetivo compartido que una los intereses y actividades de todas las partes interesadas”.

En el caso de los profesionales de Enfermería como parte implicada en la mayor parte de las interacciones del paciente con el sistema lo largo de su proceso asistencial, se trata de dar un paso más allá de la Enfermería basada en la evidencia^{1,2} que nos ha guiado hasta ahora,

para entrar en una dimensión más completa de cuidado: la Enfermería basada en valor. En esta última década se ha desarrollado una metodología específica² para medir los resultados y experiencias percibidos por los pacientes, resultados de investigación en salud en forma de PROM (Patient Reported Outcome Measures) y PREM (Patient Reported Experience Measures), medidos a partir de cuestionarios, por medio de herramientas digitales que nos facilitan disponer de esta información para poder ayudar y acompañar a los pacientes durante todo su proceso. Es una metodología que surge de un consorcio internacional impulsado por USA y Suecia, para basar las decisiones clínicas en resultados y reducir así su variabilidad.

La institución Internacional “Consortium for Health Outcomes Measurement” (ICHOM) se creó con la misión de consensuar y estandarizar, desde un punto de vista científico, unas guías de medida de las intervenciones asistenciales. El resultado son los Standard Sets, que definen las variables a monitorizar, y los PROM y PREM, que miden el valor. Los resultados de salud percibidos por los pacientes, pueden ser expresados a través de cuestionarios estructurados y adaptados al contexto organizacional.

En relación a los tipos de instrumentos de medida de PROs, podemos encontrar PROMs genéricos o específicos. La identificación de PROMs ya validados para su utilización se puede hacer mediante la revisión de la literatura científica o a través de bases de datos específicas. En este punto, cabe destacar que se ha creado a nivel nacional la plataforma BiblioPRO® (www.bibliopro.org)³, que es un repositorio de cuestionarios en español para la evaluación de PROs²⁰. Esta plataforma está dirigida y desarrollada por el Grupo de investigación en Servicios Sanitarios del IMIM-Hospital del Mar y por el CIBER en Epidemiología y Salud Pública.

En nuestro país hay algunas experiencias de aplicación en marcha en este momento, como la del Hospital de Cruces (ya desde su plan estratégico 2015-18), el Hospital 12 de octubre (que participa en el consorcio ICHOM para COVID-19 a nivel internacional) o el Hospital Universitario Vall d’Hebron. En este último se ha implantado una “Plataforma de atención multicanal al paciente” para la interacción y obtención de datos que permitan medir los resultados de valor, a partir de los formularios online que reportan los pacientes. En la era digital, los avances en la gestión integrada de los datos de salud permiten obtener datos de los cuidados asistenciales a lo largo de toda la experiencia del paciente, elemento clave en los PROM y PREM, al incluir los datos que nos reportan. Solicitar esta información a los pacientes facilita su implicación en su propio proceso, al tiempo que permite incorporar las preferencias, satisfacción y calidad de vida de los pacientes en los análisis de efectividad clínica comparada. Los ecosistemas digitales que harán posibles los proyectos que ya están en marcha, permitirán la recogida automatizada y generalizada de estos outcomes, de hecho, ya existen apps con la intención de recogerlos.

Un gran porcentaje de los servicios recibidos por el paciente en nuestro SNS son servicios de Enfermería. La atención que ofrecen sus profesionales abarca un enfoque integral de las necesidades de salud de los pacientes, desde las funciones que desarrolla en Atención Primaria y Especializada, hasta la coordinación de la continuidad entre servicios y niveles asistenciales. La influencia de la atención de Enfermería en los resultados en salud percibidos por el paciente es considerable, por su papel esencial en la mayor parte de los procesos que se desarrollan en las organizaciones, por lo que la evaluación de su percepción por parte del paciente ayudará también en el re-diseño y la re-orientación de la atención sanitaria, en la dinámica de una transformación que permita volver a situar la paciente en el centro de nuestro sistema. Por otra parte, los datos de los resultados pueden ayudar a los profesionales a evaluar su desempeño en comparación con otros, para poder aprender de sus iguales aquello que les permita participar en el ciclo de la mejora continua, desde el mantenimiento de unos estándares de calidad consensuados que incluyan la perspectiva del paciente.

Un ejemplo de la necesidad de implicación de los profesionales de Enfermería en esta transformación lo vemos en la guía de referencia estándar para “Personas Mayores” de la web de ICHOM, donde se habla de un enfoque multidisciplinar y donde vemos que la atención de las enfermeras interviene en casi todos los campos de actuación señalados en la imagen que se muestra más abajo: dolor, autonomía y control, polimedición, caídas, soledad y

aislamiento, actividades de la vida diaria etc. Nos referimos a uno de los colectivos de población más numeroso a los que ofrecemos asistencia.

Si nos fijamos en otras encuestas diseñadas en los comienzos del desarrollo de esta idea para conocer los PREMS, como la del Picker Institute⁴, vemos que las preguntas incluyen la percepción del paciente en su experiencia con nuestra atención: La consistencia y coordinación en la respuesta, la adecuación del control del dolor, la comunicación y confianza en las enfermeras etc. Parece razonable, por tanto, que los grupos de trabajo para incorporar indicadores y evaluar resultados que permitan la mejora de la calidad de la atención sanitaria a partir de los datos, se vean enriquecidos por la presencia y la implicación de las enfermeras. La intención de este breve resumen es mostrar, en consecuencia, la necesidad de contar con los profesionales de Enfermería para poder optimizar estas herramientas de gestión.

Cualquier innovación⁵ entendida en este caso como introducción de una nueva técnica⁶ que aporte valor, una nueva forma de gestión, abordajes o estrategias que redefinen la frontera de posibilidades de actuación y las combinaciones de recursos para conseguir los objetivos pretendidos, ha de contar con todos los actores implicados para que pueda tener éxito. La innovación es un enorme motor de cambio social que ha de estar bien dirigido. Siendo “participativa” para orquestar mejor todo el potencial presente en nuestras organizaciones. Estamos hablando de conocimiento y de personas, por lo que será imprescindible también un liderazgo que estimule y oriente la participación de “todos” los profesionales sanitarios más allá del primer paso, acompañando en el camino hacia una visión compartida: la de ofrecer a nuestros pacientes la asistencia que les aporte el mayor valor posible.

Referencias del texto:

- 1,1 Porter ME. *What is value in health care?* *N Engl J Med.* 2010 Dec 23;363(26):2477-81. doi: 10.1056/NEJMp1011024. Epub 2010 Dec 8. PMID: 21142528.
- 1,2 Rodríguez Campo, V.A. y Paravic Klijn, T.M. *Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado.* *Enferm. glob.* [online]. 2011, vol.10, n.24 [citado 2021-06-04]. <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400020>
- 2 Greenhalgh J et al. *How do patient reported outcome measures (PROMs) support clinician-patient communication and patient care? A realist synthesis.* *J Patient Rep Outcomes.* 2018 Sep 15; 2:42. doi: 10.1186/s41687-018-0061-6
- 3 Castellvi P, Ferrer M, Alonso J; en nombre del Comité Científico de BiblioPRO. *Resultados percibidos por los pacientes en investigación: definición, impacto, clasificación, medición y evaluación.* *Med Clin (Barc).* 2013 Oct 19; 141(8):358-65.
- 4 Crispin Jenkinson, Angela Coulter, Stephen Bruster. *The Picker Patient Experience Questionnaire: Desarrollo y validación utilizando datos de encuestas de pacientes hospitalizados en cinco países,* *International Journal for Quality in Health Care,* <https://doi.org/10.1093/intqhc/14.5.353>
- 5 Matt Ridley: “El ingrediente principal de la receta secreta que conduce a la innovación es la libertad” *Claves de la Innovación (2021).*
- 6 Michael A. West y James L. Farr (1990): “Innovación es la secuencia de actividades relacionadas por las cuales un nuevo elemento es introducido en una unidad social con la intención de beneficiar la unidad, parte de ella o la sociedad en su conjunto”.

SANIDAD

El liderazgo en los profesionales sanitarios

COMUNICACIÓN La importancia de la escucha activa y la asertividad.

Carmen Belén Martínez Cepa

El término liderazgo se usa cada vez con más frecuencia en diferentes ámbitos: negocios, empresa, deporte, educación y sanitario, incluso se ha incluido ya dentro de los diferentes programas formativos en colegios, institutos y universidades. El liderazgo es el arte de motivar a un grupo de personas para lograr un objetivo común, facilitando el cambio y el desarrollo. Se centra en las cualidades, las competencias, las habilidades, los comportamientos y los atributos personales. Se construye socialmente a través de las interacciones entre las personas y el contexto, y se desarrolla a través del debate, los retos y el nivel de persuasión desarrollados en todos los niveles.

Para ser líder y sanitario a la vez, el desarrollo del liderazgo es necesario, siendo importantes tanto las habilidades técnicas (conocimiento de los procedimientos, métodos o técnicas), las habilidades humanas (capacidad de trabajar con otros y de crear un esfuerzo de cooperación en un equipo) y las habilidades conceptuales (capacidad para trabajar con ideas y conceptos y visualizar la empresa como un todo). Además, en el caso del sanitario es especialmente importante el desarrollo de un liderazgo compartido, coordinado y adaptativo que implica y motiva al resto de trabajadores mejorando el entendimiento de los diferentes roles y las decisiones tomadas a nivel organizativo. El empleo de modelos para el establecimiento de objetivos compartidos dentro de un grupo de personas que trabajan coordinadas, que dialogan y confían en el equipo, preocupadas por los demás participantes en el proceso, aumenta la motivación y el compromiso.

En esta era Covid es muy acertado el término VICA (Volátil, Incierto, Cambiante y Ambiguo). Por este motivo, el desarrollo de habilidades personales, la inteligencia emocional, la toma de decisiones junto con la gestión de conflictos y del estrés se han convertido en pilares muy importantes a desarrollar en nuestra profesión como profesionales de la Salud, donde la asistencia sanitaria requiere un liderazgo que pueda desarrollarse más allá de los límites profesionales y organizativos, a veces convirtiéndose en una dura tarea, más aún en estos tiempos.

La mayor parte de los problemas a los que nos enfrentamos los sanita-



Es esencial el desarrollo de un liderazgo compartido, coordinado y adaptativo.

rios se debe a una mala comunicación, a veces por falta de información, uso de un lenguaje no claro, el tono empleado o ausencia de empatía hacia los demás, nuestros pacientes. En esos momentos recuerdo una frase que aprendí de un compañero "El peor problema de comunicación es que no escuchamos para entender, sino que escuchamos para contestar". La importancia de la escucha activa y la asertividad, la empatía y el respeto hacia el otro y hacia uno mismo son cruciales en nuestra profesión en el ámbito sanitario, especialmente en las relaciones de comunicación que establecemos con nuestros pacientes. Desgraciadamente el uso de las mascarillas disminuye nuestras herramientas de comunicación no verbal, siendo de vital necesidad el apoyo de las verbales (preguntar, repetir, resumir) para demostrar a la persona que nos escucha que le prestamos atención plena en vez de oír su discurso sin más.

Además, quién de nosotros no ha tenido un día menos bueno en donde hemos tenido dificultades para controlar nuestra parte menos racional por mucho que conozcamos la existencia de la inteligencia emocional, término que se hizo muy famoso gracias al libro de Daniel Goleman, que se refiere a la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos

y los ajenos, de motivarnos y de controlar bien las emociones, tanto en nosotros mismos como en nuestras relaciones. Cuántas veces nos miramos al espejo y somos mucho más críticos con nosotros mismos que con los demás a la hora de analizar una situación. Menos mal que también existe la resiliencia, o la capacidad de recuperar rápidamente de las dificultades que nos proporcionan grandes aprendizajes a lo largo de nuestra vida. El desarrollo de talleres y conferencias que favorezcan la puesta en práctica de estas capacidades por parte de los profesionales sanitarios cobra mucha importancia para favorecer además la adherencia de los pacientes al tratamiento.

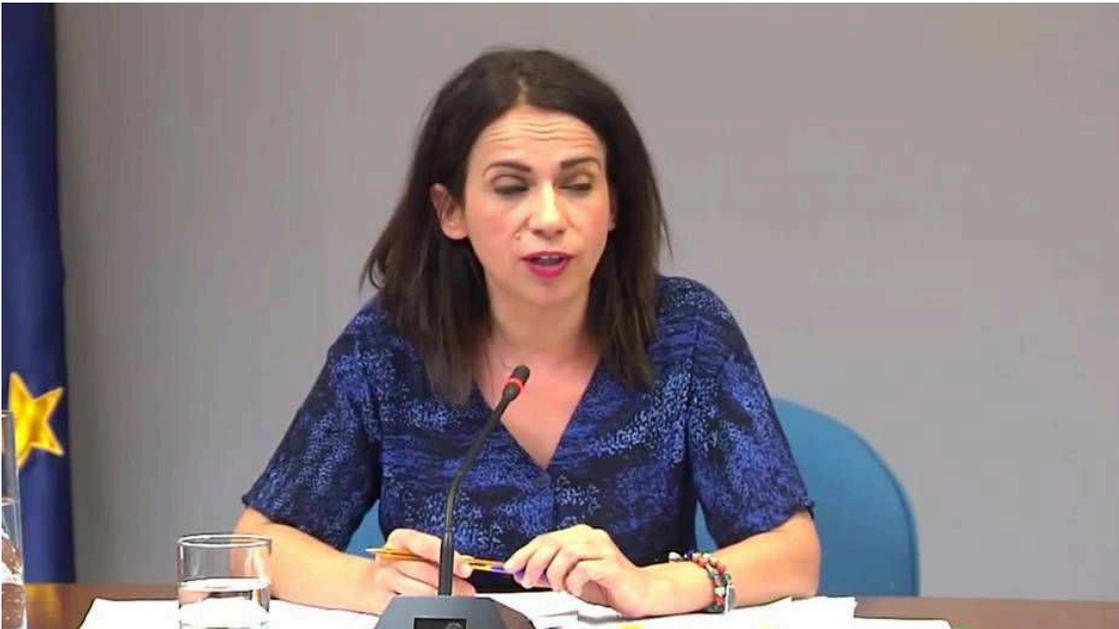
Finalmente ser un líder en el entorno sanitario implica considerar tanto a los pacientes como a los compañeros. El hecho de implicar al paciente en su proceso de recuperación, disfrutar con nuestro trabajo, intentar comprender el contexto de las situaciones, prestar atención a nuestras relaciones con los demás, saber reconocer y premiar el trabajo de otras personas, motivar y ayudar a otros en su desarrollo personal, seguir mejorando como profesionales y personas además de ser honestos, contribuye de forma positiva al desarrollo del liderazgo en un entorno sanitario.

**Profesora Adjunta de Fisioterapia
Universidad CEU San Pablo**

Sanidad espera "reunir mayor evidencia científica" antes de tercera dosis La secretaria de Estado de Sanidad, Silvia Calzón, ha explicado este lunes que el Ministerio...

Europa Press • original

La secretaria de Estado de Sanidad, Silvia Calzón, ha explicado este lunes que el Ministerio espera reunir una "mayor evidencia científica" antes de determinar el "cuándo y a quién" se le administrará una tercera dosis de la vacuna contra el coronavirus. (Fuente: La Moncloa)



Madrid llega hoy al 61% de población diana inmunizada, el 80% con al menos una dosis y reclama más vacunas

original

Una sanitaria recarga una dosis de la vacuna contra el Covid-19 - Eduardo Parra - Europa Press

MADRID, 26 Jul. (EUROPA PRESS) -

La Comunidad de Madrid tiene previsto alcanzar este lunes el 61% de la población diana, los mayores de 16 años, con la pauta completa de la vacuna contra el Covid-19 y un 80% con al menos una dosis y ha reiterado su petición al Gobierno central para la llegada de más viales.

Así lo ha indicado el consejero de Sanidad, Enrique Ruiz Escudero, en un mensaje en redes sociales en el que pone el acento en que la región ha administrado el 96,6% de las dosis recibidas "Prudencia y vacuna, nos ayudan a seguir avanzando contra el #COVID19. Por eso necesitamos más vacunas", ha escrito en Twitter.

El Gobierno de Isabel Díaz Ayuso viene reclamando desde hace semanas al Ministerio de Sanidad que le facilite más viales para no ralentizar el ritmo de vacunación en la región, con 5,6 millones de habitantes como población diana.

El consejero de Sanidad subrayó recientemente que la Comunidad necesita 3,5 millones de dosis para completar la vacunación, aunque únicamente cuenta con un stock de 288.872, tras devolver 200.000 dosis de AstraZeneca por no contar con población diana a la que administrársela, según el último informe de la situación notificado este domingo por la Consejería con datos del sábado.

En concreto, se habían administrado 7.363.063 dosis de las 7.651.935 recibidas, un 96,22%. De ellas, 4.246.734 correspondían a primeras dosis --3.549.906 de Pfizer y Moderna y 696.828 en AstraZeneca--, 2.901.492 de segundas dosis --2.301.795 de las de ARN mensajero y 599.697 de la británica-- y 214.837 de unidosis de Janssen.

El gobierno madrileño ha criticado especialmente la llegada de viales de Pfizer, la más utilizada en la región, pero que han visto reducida su llegada en las últimas semanas por el adelanto de las previstas durante el segundo trimestre.

De este modo, según la Comunidad, sólo puede crecer con Moderna --para mayores de 18 años-- y las unidosis de Janssen --para más de 40 años--. En este sentido, desde el Ejecutivo de Ayuso se ha instado al Ministerio a permitir la administración de esta última para mayores de 40 años, algo a lo que el departamento de Carolina Darias se ha negado.

Con este escenario, el consejero de Sanidad ha advertido en varias ocasiones que el objetivo de lograr la inmunidad de rebaño este mes de agosto está "comprometido". Frente a ello, el Ejecutivo de Pedro Sánchez alcanzó la semana pasada su objetivo de llegar a 25 millones de personas con pauta completa de cara y reiteró que se alcanzará el 70% de la población inmunizada para finales de agosto.

Desde el Ministerio de Sanidad se insistió en que a lo largo de este mes y el que viene se "intentaría compensar a aquellas comunidades donde la distribución de vacunas ha supuesto algún punto menos".

En cualquier caso, la ralentización en la llegada de viales complicará, según el Gobierno regional, el cumplimiento del calendario que se había fijado. En concreto, el escenario contemplaba que sobre el 20 de julio se alcanzaría el 70% de la población diana con al menos una dosis de las vacunas y sobre el 9 de agosto se llegaría al 70% con la pauta completa. Con ese porcentaje de inmunizados, la previsión era comenzar la vacunación de menores de entre 16 a 12 años a mediados o finales del mes de agosto, de cara al inicio del curso escolar.



Sanidad anuncia que habrá una tercera dosis de la vacuna: Ahora habrá que determinar cuándo

original

Desde hace tiempo se viene barajando la posibilidad de que haya que administrar una tercera dosis de la vacuna contra la COVID-19. Finalmente, la ministra de Sanidad, **Carolina Darias**, ha confirmado hace unos días en una entrevista en el programa **'Más de uno' de Onda Cero** que ya se contempla esta dosis de refuerzo aunque aún no se han determinado días: "Todo parece apuntar que sí. De hecho, de la mano de la UE y de los expertos que asesoran a la Comisión Europea hemos suscrito un contrato con Pfizer por importe de 1.800 millones de euros para los años 2022 y 2023. Con **Moderna**, el contrato ha sido en torno a 480 millones para los mismos años", ha señalado.



Vacuna

Del mismo modo, también explicó que seguramente habrá una vacuna anual. «El virus tiene una manera de sobrevivir, que es mutando. Todo parece apuntar a que sí tendremos que poner una tercera dosis. Hemos suscrito de la mano de la UE un contrato con Pfizer, por 1.800 millones, y con Moderna, en torno a 480. Lo que habrá que determinar es cuándo». Sobre estos contratos que harán posible esta tercera inoculación, la ministra ha anunciado que dichas vacunas llegarán en 2022 y 2023. «Llevamos más de 4.000 millones invertidos en vacunas», explicó.

En cuanto a la evolución epidemiológica, Carolina Darias ha confirmado que "a nivel nacional se ralentiza el crecimiento. Primero son los contagios, después se incrementa la incidencia acumulada, después la hospitalizaciones y después las UCI".

Sin embargo, ha señalado, esta ralentización es dispar según los territorios porque "aquellos que han crecido antes comienzan a aplanar antes y ahora hay otros territorios que antes no habían crecido y ahora empiezan a subir. Llamamiento a la prudencia". Y recuerda que "el virus está al acecho de quien no se protege; nadie es invencible, nadie está ajeno a ingresar en un hospital o una UCI", ha recordado, tras valorar el «excelente trabajo» y la «implicación» de «todas las comunidades autónomas» en la campaña de inmunización. «Es un éxito colectivo, de país», ha reiterado la ministra.

Noticias relacionadas



Carolina Darias, COVID-19, dosis de refuerzo, Pfizer, sanidad, tercera dosis, Vacuna de Moderna, vacunas

Las enfermeras avisan de que retrasar las segundas dosis de la vacuna es perjudicial para llegar cuanto antes a la inmunidad de grupo

original

ÁNGEL M. GREGORIS.- Las enfermeras españolas ya han administrado más de 53 millones de dosis de la vacuna contra el COVID-19. Un hito que sitúa al país en lo más alto de la vacunación en el mundo y que pone de relieve la gran profesionalidad de todos aquellos que están trabajando sin descanso en la mayor campaña de la historia. Conseguir la tan ansiada inmunidad de grupo es el principal objetivo frente a esta crisis y administrar las segundas dosis en los tiempos marcados por las autoridades sanitarias (21 días Pfizer y 28 Moderna) es imprescindible para lograrlo.

“A nivel individual, retrasar unas semanas la dosis puede no tener ningún efecto, pero, cuando el objetivo de la población es conseguir una inmunidad de grupo, el hecho de retrasarla sí puede ser un problema”, afirma Guadalupe Fontán, enfermera del [Consejo General de Enfermería](#).

Ante aquellas instituciones o administraciones que valoran retrasar estas segundas dosis, Fontán insta a que se inoculen en tiempo para continuar con el avance conseguido hasta este momento. “Aunque la ficha técnica sí que permite el retraso de algunas semanas, consideramos que es muy importante completarlo lo antes posible para mantener esa inmunidad de grupo y alcanzar el mayor grado de inmunización lo antes posible”, destaca la enfermera.

Además de una vacunación imparable, la quinta ola de contagios también parece no tocar techo, situación que preocupa enormemente a los sanitarios que se encuentran día a día trabajando sin descanso desde hace ya un año y medio. En este sentido, desde el Consejo General de Enfermería recuerdan la importancia de continuar con las medidas de prevención e instan a la responsabilidad individual para prevenir rebrotes.

“No debemos bajar la guardia ni aun estando vacunados porque las vacunas no evitan la infección, sino que en la mayoría de los casos minimiza los síntomas. Es muy importante respetar las medidas como la mascarilla y la distancia de seguridad. Solo siendo responsables conseguiremos el bien común”, resalta [Florentino Pérez Raya](#), presidente del CGE.

Para las enfermeras, es fundamental que la gente comprenda que, a pesar de estar vacunados, se puede contraer el virus. De hecho, según los propios datos del Ministerio de

Sanidad, el 5% de los ingresados actualmente por COVID-19 son personas ya vacunadas con la pauta completa. El resto de los infectados no tienen la vacuna o la tienen incompleta. Por esto mismo, la Organización Colegial recalca que la vacunación funciona y es primordial continuar con ella lo más rápido posible.

En cuanto a los síntomas, algunos estudios ya revelan cambios entre los que se daban al principio y los que se experimentan ahora después de la vacuna. Menos tos y más estornudos o moqueo son los principales efectos que se están documentando ahora con el virus. Eso sí, desde el CGE creen necesario continuar con los estudios porque todavía no se puede afirmar que este cambio de síntomas se deba a la vacuna o a la variante delta, predominante entre la población del Reino Unido, lugar donde se ha realizado el estudio.

“Estamos viendo más casos de personas vacunadas con las dos dosis, pero es muy importante seguir observando qué ocurre en estas primeras semanas, ya que ahora mismo la mayoría de los síntomas son leves. Tenemos que seguir haciendo una vigilancia de lo que va ocurriendo con las hospitalizaciones”, puntualiza Fontán.



Los precios de los medicamentos en España se incrementan otro 1,5% en junio

original

El Índice de Precios Industriales general registró un aumento del 15,4%, la mayor subida desde octubre de 1983, según el INE.



Laboratorio de producción de medicamentos

Los precios de los medicamentos en España se mantienen al alza. **El Índice de Precios Industriales (Ipri) de la industria farmacéutica se incrementó un 1,5% en junio** respecto al mismo periodo de 2020, según los últimos datos publicados este lunes por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

El Ipri de la industria *farma* registró en junio de 2021 el decimotercer mes consecutivo con alzas interanuales. Además, durante los últimos siete meses el índice ha experimentado aumentos que oscilan entre el 0,9% y el 1,5%.

Los precios de los medicamentos en España experimentaron en junio el mismo dato que en mayo, cuando también se registró una subida del 1,5%. El aumento estuvo impulsado por el incremento de los precios de la fabricación de productos farmacéuticos de base, que registró un alza del 2,3%. **Los precios de los productos de especialidades farmacéuticas aumentaron un 1,3%.**

El Ipri de la industria 'farma' registró en junio de 2021 el decimotercer mes consecutivo con alzas interanuales

La subida de precios de la industria farmacéutica continúa por debajo de la registrada por el Ipri general, que se disparó un 15,4% en junio, dos décimas más que en mayo y la tasa más alta desde octubre de 1983.

Por destino económico de los bienes, el sector que ha tenido una mayor influencia en la evolución del Ipri general son los bienes intermedios, que se han encarecido un 13,7%, casi un punto por encima del mes anterior, debido a que los precios de la fabricación de productos básicos de hierro, acero y ferroaleaciones se incrementaron este mes, mientras que descendieron en junio del año pasado.

La energía, por su parte, continuó disparada, con una subida de precios del 35,2%, dos puntos menos que en mayo. **Descontando este sector, el Ipri general aumentó en cinco décimas, hasta el 7,6%**, la tasa más alta desde julio de 1995.

El Ipri es un indicador coyuntural que mide la evolución mensual de los precios de los productos industriales fabricados y vendidos en el mercado interior, en el primer paso de su

comercialización, es decir, los precios de venta a salida de fábrica, excluyendo los gastos de transporte y comercialización y el IVA facturado.