

**REVISTA del
COLEGIO de
ENFERMERIA
de CANTABRIA**

NUBEROS

AÑO 14 NUM. 55

4º Trimestre 2009

LEY DEL MEDICAMENTO:

¿Hay instituciones políticas y profesionales en contra de la Enfermería?

25 AÑOS DE ATENCION DOMICILIARIA:

Atención personalizada para el enfermo

LEY DEL PERSONAL ESTATUTARIO:

La Enfermería de Cantabria otra vez perjudicada

IV CONVOCATORIA 09/10

BECCAS A.M.A.

AYUDA A LOS CURSOS DE PREPARACIÓN

M.I.R. - F.I.R. - E.I.R.

INSCRIPCIÓN 13 OCT - 31 DIC 09

bases

www.amaseguros.com

Creemos en vuestro futuro, por eso os ayudamos



NUBEROS

REVISTA DEL COLEGIO DE ENFERMERIA DE CANTABRIA

C/ Cervantes, 10 - 5º
Tfnos. (942) 31 97 20
31 97 21 y 696 433625
Santander

colegio@enfermeriacantabria.com
www.enfermeriacantabria.com

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENTA:

Mª Asunción González Salas

VICEPRESIDENTA 1ª:

Rocío Cardeñoso Herrero

VICEPRESIDENTA 2ª:

Montserrat González García

SECRETARIO:

Rosa González Casquero

VICESECRETARIO:

Mario Arroyo López

TESORERA:

Eduarda Malpica Gordillo

VOCALES:

Cristina Ruiz Sanzo

Raul Fernández Carreras

Cristina San Emeterio Pérez

María Teresa Gil Urquiza

Covadonga Varela Antuña

Angustias Casa Higuera

PUBLICIDAD Y EDICIÓN:

EDICIONES DEL NORTE, S.L.

C/ Matilde de la Torre, 51

39012 Santander

Tfno. 942 291 200

Fax: 902 500 813

ceconomica@mundivia.es

IMPRIME:

GRAFICAS J. MARTINEZ

ISSN 1699-7042

Dep. Legal. SA- 296/1996

Nuberos no se hace responsable de las opiniones emitidas por sus colaboradores.

Posicionamiento del Consejo General de Enfermería respecto a la objeción de conciencia a la hora enfrentarse a determinados actos clínicos, entre ellos la interrupción voluntaria del embarazo

La objeción de conciencia como derecho fundamental de los profesionales

La objeción de conciencia es un derecho fundamental que tienen todos los profesionales sanitarios a la hora enfrentarse a determinados actos clínicos, entre ellos la interrupción voluntaria del embarazo, que pueden entrar en conflicto con sus convicciones morales o religiosas. Aunque, a fecha de hoy, no está regulada en ninguna norma, sí existen tres sentencias del Tribunal Constitucional que reconocen específicamente este derecho.

Cabe señalar también que la objeción de conciencia comprende el derecho del personal sanitario a no participar en ninguno de los actos sanitarios que resultan imprescindibles, directa o indirectamente, para que la interrupción del embarazo tenga efectividad. Esto implica que, en el caso de la interrupción voluntaria del embarazo, el derecho de los profesionales a no participar va más allá de la intervención quirúrgica que tiene lugar en el propio quirófano. Dicha objeción comprende todo el proceso necesario para llevar a cabo dicha intervención. De esta manera, por ejemplo, incluiría la administración de determinados fármacos necesarios para provocar el aborto.

Una de las enmiendas presentadas, concretamente la que viene a solicitar la regulación de la objeción de conciencia en este proyecto de Ley, establece que la objeción de conciencia de los profesionales solo podrá alegarse por aquellos que participan directamente en la intervención. Desde el Consejo General de Enfermería, como órgano regulador de las 250.000 enfermeras que trabajan en España, creemos que resulta imprescindible determinar de forma esclarecedora que dicha objeción corresponde a todo el proceso y no únicamente al solo acto quirúrgico.

En este sentido, desde el Consejo ya se ha creado un equipo de expertos que identificará los elementos que conforman dicho proceso asistencial definiendo las actuaciones que los enfermeros deben llevar a cabo en el desarrollo del mismo. A partir de ahí, los órganos competentes de la Organización Colegial de Enfermería aprobarán una resolución oficial que determine con total exactitud en qué consiste exactamente dicho proceso y a qué actuaciones concretas puede objetar el profesional.

Máximo González Jurado. Presidente del Consejo General de Enfermería

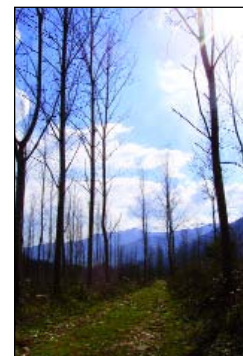


FOTO PORTADA: Yuste

SUMARIO

4. Ley del Medicamento: ¿Hay instituciones políticas y profesionales en contra de la Enfermería?



10. 25 años del Servicio de Atención Domiciliaria

16. Investigación en Enfermería: Electrocardiografía como técnica enfermera.

20. Investigación en Enfermería: Seguridad en la calidad de las muestras para los estudios microbiológicos.

22. Segundo González: Siempre en nuestra memoria

26. Manifiesto de Oviedo: Malestar entre los profesionales de Enfermería Familiar y Comunitaria

28. Anteproyecto de Ley del Personal Estatutario

Así ha sido...

LEY DEL MEDICAMENTO

¿Hay instituciones políticas en contra de la Enfermería?

Cuando se lanza una pregunta tan directa como la que figura en el titular, probablemente la respuesta que se recibe es la misma... ¡¡No, jamás!! y luego se añadirán un montón de confusas explicaciones defendiendo las distintas posturas por las que cada colectivo se niega a apoyar la reforma de una Ley que mantiene a las enfermeras de España trabajando en la ilegalidad. La pregunta es dura, pero la respuesta es solo una: ¡¡Si, están en contra de la Enfermería española!! Sin paliativos posibles, es la única respuesta que se puede dar ante una situación como la que se está viviendo últimamente en el Congreso y el Senado de España con la tramitación parlamentaria de la reforma de la Ley del Medicamento.

El Colegio de Enfermería de Cantabria, fiel a la línea seguida desde la aprobación en julio de 2006 de la conflictiva *Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios*, a seguido informando a los colegiados puntualmente de los acontecimientos y, con el fin de que la información sea de la máxima calidad, no ha dudado en traer hasta nuestra región a Conxita Tarruella, diputada de CIU por Lérida y enfermera de profesión, que ha sido la ponente de la Reforma de Ley y entusiasta defensora de que la enfermería de nuestro país tenga unos derechos que le corresponden por sus actuaciones y por sus conocimientos profesionales.



Conxita Tarruella, diputada leridana de CIU en el Congreso de España, ha sido la promotora de la Proposición de Ley que permitirá la prescripción a la Enfermería.

Prácticas y profesionales de enfermería española?

Cuando una persona se equivoca debe corregir su error. Cuando muchas personas se equivocan deben ponerse de acuerdo para corregir un error de muchos... porque se acaba de convertir en un error monumental.

Este es el principio que debería regir para dar solución al error cometido en julio de 2006 al aprobar en el Congreso de los Diputados el polémico artículo 77 de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, más conocida como la 'Ley del Medicamento', que todos los partidos aprobaron y que establecía que *"La receta médica, pública o privada, y la orden hospitalaria de dispensación, son los documentos que aseguran la instauración de un tratamiento con medicamentos por instrucción de un médico o un odontólogo, únicos profesionales con facultad para ordenar la prescripción de medicamentos"*, dejando a todos los profesionales de enfermería en la absoluta ilegalidad a la hora de desarrollar su trabajo.

En aquel momento, tanto el Consejo General de Enfermería como los diversos colectivos profesionales de Enfermería comenzaron una batalla contra la Administración del Estado con el fin de reparar el error cometido. Desgraciadamente, la profesión enfermera no cuenta nada más que con una representante en el Congreso de los Diputados (la representante de CIU por Lleida,



Más de un centenar de colegiados acudieron a la conferencia que Conxita Tarruella impartió sobre la proposición de Ley que modificará la Ley del Medicamento.

Conxita Tarruella) que es de donde emanan las leyes que rigen el funcionamiento de nuestro país.

Según la diputada, **"en 2006 se hizo una injusticia a la hora de redactar la Ley, utilizando como caballo de batalla la etimología de la palabra 'prescribir' y 'prescripción de medicamentos' que para los 'lobbys' de la OMC solo debe corresponder a los médicos. Este es el caballo de batalla pues, mientras que los propios médicos pretenden y la Ley recoge que los enfermeros deben ser quienes se encarguen de**

enseñar a los pacientes como se debe usar un fármaco y la Ley de Enfermedades sanitarias recoge que debe existir una cooperación multidisciplinar y una integración de los procesos, la Ley del Medicamento nos prohíbe realizar prácticas que son propias de nuestra profesión y que, para no desatender a nuestros pacientes, seguimos realizando aunque se consideren ilegales".

Desde la aprobación de la Ley, las administraciones autonómicas que son quienes gestionan en la realidad sanidad pública, han podido

comprobar el grave error cometido, pues muchas de las actuaciones que ordenan realizar están consideradas fuera de la normativa legal. Conxita explica que **"es el caso de lo ocurrido en la Comunidad de Madrid con el protocolo de actuación contra la Gripe A, pues van a ser las enfermeras quienes reciban al paciente, valoren su estado de salud y, en caso de ser adecuada su administración, administren la vacuna. Asimismo, tras la vacunación, deberán darle una serie de pautas para afrontar los posibles efectos adversos"**

Así ha sido...



La conferencia tubo lugar en el salón de actos de la Obra Social de Caja Cantabria y asistieron la practica totalidad de las dirigentes de la enfermería Cantabra, tanto a nivel del Colegio, como del Servicio Cántabroa de salud o de los hospitales de la región.

leves –presentes en cualquier vacunación– y que incluyen la prescripción de medicamentos como el Paracetamol y el Ibuprofeno para que, en su caso, sean tomados por el paciente. Es decir, la Ley prohíbe un determinado tipo de actuaciones a la Enfermería y es la propia Administración Pública quien nos obliga a incumplirla”.

El tiempo iba pasando y el Ministerio de Sanidad no daba los pasos necesarios para resolver el error. Tarruella, cansada de esperar y salvando las reticencias de sus compañeros de partido, alguno médico, consiguió que CIU en el mes de febrero presentase una Proposición de Ley que resolviese la situación. “La Proposición era muy suave”, señala Conxita Tarruella, “pues en los años que llevo en política he aprendido que hay que hacer las cosas de esa manera para no encontrar el rechazo como respuesta. Recibí presiones de todo tipo, por arriba y por abajo, pues hasta la presidenta del Colegio de Podólogos me decía que no se recogían todas las problemáticas”.

Pero actuando de esta forma, enseguida consiguió el apoyo del PSOE y el día 28 de abril se aprobó unánimemente en el Congreso el abrir las negociacio-

nes con los distintos colectivos para modificar la Ley. “Ahí si que empezaron los problemas”, continúa Conxita, “pues esa misma noche, sin salir del Congreso, ya empezaron las llamadas des de la Organización Médica Colegial (OMC) para que desistiese de mis intenciones y asegurándome que nunca conseguiría que la Enfermería recetase”.

Durante la negociación, los partidos políticos han recibido muchas presiones internas y externas por parte de los médicos (en las listas de los partidos hay muchos) y les ha sido difícil eludirlas, por eso han ido haciendo concesiones y, parece ser, uno de las mayores problemáticas era la de utilizar el término ‘prescripción’. Ha sido necesario cambiar y aceptar la definición de que ‘Enfermería usará, autorizará e indicará determinados medicamentos’ y continúa señalando que de esta manera el nuevo artículo 77 de la Ley admitirá la prescripción para médicos, odontólogos y podólogos, además de recoger que ‘las enfermeras, de forma autónoma, podrán usar y autorizar la dispensación de aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica mediante la Orden de Dispensación’. El Gobierno regulará la indicación, uso y autorización de la

dispensación de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica por los enfermeros y la modificación señala también que los Colegios de Enfermería serán los encargados de acreditar a aquellos enfermeros que vayan a realizar estas prácticas. “De esta manera se reconoce a la enfermera su profesión y su autonomía técnica y científica que siempre hemos tenido y el día que se apruebe será un día de fiesta para todos los enfermeros de España” enfatiza Conxita.

Cuando se realizó esta entrevista faltaba una semana para que se realizase la votación en el Congreso y Conxita no se mostraba convencida de que todos los partidos apoyasen la propuesta, tal y como se habían comprometido Comisión correspondiente. Dudaba del voto positivo del Partido Popular a pesar de que ya había firmado su aceptación y, con más de centenar y medio de colegiados de Cantabria como testigos, mostró en varias ocasiones sus dudas al respecto.

No se equivocó y el 28 de octubre el PP optó por la abstención en la votación como consecuencia, según el portavoz adjunto del Grupo Parlamentario Popular, de la presión ejercida por algunos senadores de su grupo médicos de pro-

Así ha sido...

ciones. Diseño de fármacos y desarrollo de medicamentos. Recetas. Estudios de toxicidad. Vías de administración de medicamentos. Productos naturales de utilización terapéutica, cuya seguridad y eficacia esté demostrada según las evidencias científicas disponibles.

- Conocer y utilizar las técnicas y tratamientos quiropodológicos y de administración de fármacos.
- Conocer y aplicar la Farmacología específica de uso podológico. Conocer y utilizar la farmacología pre y post quirúrgica, los tipos de anestesia en podología y técnicas de aplicación.
- Prescribir, administrar y aplicar tratamientos farmacológicos, ortopodológicos, físicos y quirúrgicos.



Una semana antes de la votación en el Congreso, Conxita ya dudaba de que el Partido Popular mantuviese los acuerdos logrados.

De igual manera, la Orden que establece los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero, establece las siguientes competencias:

- Conocer el uso y la indicación de productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería.
- Conocer los diferentes grupos de fármacos, los principios de su autorización, uso e indicación, y los mecanismos de acción de los mismos.
- Utilización de los medicamentos, evaluando los beneficios esperados y los riesgos asociados y/o efectos derivados de su administración y consumo.

Queda pues claro que tanto enfermeros como podólogos tienen contemplado en sus nuevos planes de estudio las competencias relativas a la indicación, uso y autorización de medicamentos y productos sanitarios. Competencias respecto de las que ya estaba contemplada incluso en planes de estudios anteriores la adquisición de conocimientos en el ámbito de la farmacología, de manera obligatoria.

Por el contrario, la Orden por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Fisioterapeuta, no recoge ninguna competencia que tengan que adquirir los fisioterapeutas, ni gene-

ral ni específica, en el ámbito de la farmacología o medicamentos. Tan sólo se puede decir que hay determinadas Universidades privadas que han incorporado una asignatura en este sentido, algunas de las cuales como optativa.

Lo mismo cabe decir de un análisis de los ya antiguos planes de estudios de cuya observación constatamos que, en el caso de enfermería se cursaban 14 créditos, en el ámbito de estas materias, coincidentes con los contemplados en las enseñanzas de medicina. En el caso de los podólogos el número de créditos ascendía a 6 y, en el caso de los fisioterapeutas, nunca su plan de estudios general contuvo crédito alguno respecto a estas materias.

¿Olvidaron en julio de 2008, en sus nuevos planes de estudio incluir las competencias necesarias para disponer de conocimientos y habilidades necesarias para cualquier actividad de carácter prescriptor de medicamentos? ¿Olvidaron también los responsables de legislar proponerlo cuando se procedía a la redacción y aprobación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias?

Parece ser que desde el PP se pretende enmendar la plana a todo el colectivo de Fisioterapeutas que en ningún momento a reclamado esta competencia y, además, se desea dotarles de una capacidad para la cual no están debidamente formados lo que, en principio, puede suponer una incongruencia.

‘Única responsabilidad’

Para el Consejo General, otro aspecto importante a comentar en estas enmiendas es la utilización del término ‘única responsabilidad’ que se atribuye a los fisioterapeutas, en el marco de sus competencias para la formación, la prescripción, indicación, uso y autorización de los medicamentos sin receta médica y productos sanitarios relacionados con el ejercicio de su profesión...

Llama la atención la rotundidad de esta redacción frente a la que se ha incluido en la modificación de la Ley respecto de los enfermeros. Mientras que a los enfermeros se les impone ‘una prescripción a realizar en el marco del equipo pluridisciplinar, en cooperación con los médicos, como garantía de continuidad asistencial e integración de los procesos’, la enmienda comentada otorga a los fisioterapeutas competencias de prescripción autónoma, sin contar para nada con el criterio médico. Con ello, la enmienda desvela la incongruencia de apelar al artículo 9 de la LOPS, en este caso, exclusivamente para una profesión como la de enfermería y obviarlo en el caso de los fisioterapeutas.

En el caso de la Enfermería, la participación de la OMC pretende garantizar la cooperación multidisciplinar en el ámbito de la prescripción, con la posterior validación por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y tras la regulación por parte del Gobierno. No ocurre lo mismo con los fisioterapeutas que, sin exigencia de consenso previo alguno con la OMC, se pretende que sea el propio Consejo de Fisioterapeutas el que elabore un catálogo de medicamentos según recoge la redacción de la enmienda presentada por el PP.

¿No resulta injusto y, de algún modo, un agravio comparativo? ¿Cómo se exige, pues, consenso, elaboración de guías y protocolos, acreditación específica en un caso y no en el otro, siendo precisamente los enfermeros quienes, desde tiempo inmemorial, vienen realizando intervenciones que contienen prescripción de medicamentos y productos sanitarios? ¿Cómo es posible que a los enfermeros se les pida una acreditación específica en esta materia, previo establecimiento de directrices conjuntas con la OMC, siendo los enfermeros quienes en su práctica clínica habitual vienen realizando intervención que conllevan decisiones en el ámbito de la prescripción de medicamentos y productos sanitarios, y ésta condición se obvie igualmente para el caso de los fisioterapeutas, pues en ningún momento se ha puesto de manifiesto que precisen de esta acreditación?

FOTODEPILACION

10% DESCUENTO PERSONAL SANITARIO

MICRODERMOABRASION
DRENAJE LINFÁTICO



Gabinete de Enfermería Estética

TORRELAVEGA

Galería Pereda, planta baja
Jose M^a Pereda 8-10
Tlf: 942 08 19 09

SANTANDER

Zoco Gran Santander, local 120
Peñacastillo
Tlf: 942 07 97 77

www.gabinetedeenfermeriaestetica.com

Así trabaja...



Son diecisiete enfermeras y siete auxiliares dirigidas por una supervisora. Su labor es la atención integral del paciente, pero en su propio entorno. Trabajan en el domicilio del paciente trabajan solas y tienen que saber valorar la situación y tomar sus propias decisiones.

25 AÑOS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA El mismo Valdecilla pero

El Servicio de Hospitalización Domiciliaria provee de servicios sanitarios especializados para la atención del paciente en el mejor lugar posible aportando una atención médica de alta calidad por confortable, segura y eficiente. La hospitalización domiciliaria es un eslabón más en la continuidad asistencial que evita al enfermo la obligación de soportar un medio desconocido y alejado de su entorno social y familiar, lo que suele provocar problemas de identidad y autoestima.

Hace 25 años parecía una quimera. La idea que puso en marcha el doctor López Benito, con el apoyo del doctor Baro que por entonces era director médico del Hospital, recibió pocos apoyos por parte del resto de los profesionales sanitarios del centro. Era 1984 y solo hacía tres años desde que se había puesto en marcha el primer Hospital de Asistencia Domiciliaria en España en el Hospital Provincial de Madrid.

Pocos confiaron en la idea y, cuando



en conjunto con el propio paciente y su familia y tienen una cartera de servicios completa (clínica, quirúrgica, etc.). Son enfermeras con experiencia, por que

ON DOMICILIARIA

o con camas virtuales

solicitaron voluntarios para cubrir el servicio no hubo carreras en el hospital para solicitar plaza de médico, enfermera, auxiliar o administrativo. Es el recuerdo que tienen la enfermera Loli Morán y la auxiliar Inma González, que llevan desde el primer día en el servicio y al que se unió un poco más tarde quien hoy es su jefe, el doctor Pedro Sanroma.

En la actualidad, el Hospital de Atención Domiciliaria (HAD) cuenta con 54 camas y una plantilla formada por diez

médicos, siete auxiliares, dos administrativos y diecisiete enfermeras que están dirigidas por María Teresa Baños y cuya labor diaria consiste en aportar los servicios hospitalarios necesarios solo que sus camas son, como señala la supervisora, “virtuales, pues, a diferencia de los servicios convencionales de hospitalización, nosotras no vemos al enfermo en su cama las 24 horas del día, pero si estamos en contacto con él vía telefónica y, a medida que vayamos po-

niendo en marcha las mejoras de teleasistencia que se están implantando, podremos tenerle monitorizado constantemente. Sin embargo nuestra atención es igual que la de cualquier servicio de hospitalización y, menos pediatría y enfermos psiquiátricos, atendemos una cartera de servicios completa”.

Los objetivos principales de la hospitalización domiciliaria son mejorar la calidad de vida del enfermo que requiere estar hospitalizado, prestándole una

Así trabaja.....



Maite Baños coordina un total de 54 camas hospitalarias con la diferencia que sus pacientes se encuentran en un entorno de 15 kilómetros alrededor de Valdecilla. La teleasistencia y una nueva aplicación informática (Orconera) permitirán mejorar aún más la atención al paciente.

asistencia similar dentro de su entorno familiar, y ayudar a racionalizar los recursos hospitalarios, logrando su mejor redistribución. Además, el servicio aporta una educación sanitaria al enfermo y a su entorno familiar, con el fin de alcanzar lo antes posible una cobertura autónoma de sus necesidades, además de promover la interconexión entre asistencia hospitalaria y extrahospitalaria para que el paciente nunca se encuentre desatendido.

Tratan con enfermos que deberían estar en el hospital, pero que voluntariamente solicitan ser tratados en sus domicilios. Las únicas condiciones que deben de cumplir es que vivan en Santander o en un entorno de quince kilómetros alrededor de Valdecilla —el arco que va desde Rubayo, pasando por Heras, Villanueva de Villaescusa, Parbayón, Barcenilla, Oruña de Piélagos, hasta Mogro— y que tengan alguna persona que realice las labores de atención constante en el domicilio, “pues el cuidador es una figura imprescindible para el correcto funcionamiento del servicio”, detalla Maite, “pues, a pesar de nuestro esfuerzo, necesitan de alguien que les ayude en las cosas cotidianas de su vida”.

Pacientes del hospital y también de Atención Primaria

Los pacientes les llegan desde el propio hospital, bien desde planta, urgencias o desde las consultas

externas. En algunos casos también proceden de los centros de Atención Primaria (AP), pues según comenta Maite “hay médicos y enfermeros de AP que nos llaman ante un agravamiento de un paciente crónico que necesita tratamiento antibiótico, un gotero, etc. Es decir, una vigilancia activa o una asistencia compleja que ellos no pueden prestar desde su servicio”.

Lo normal es que el médico responsable del paciente solicite una valoración al servicio. A continuación, HAD encarga a un médico o una enfermera para determinar, a la vista del proceso del paciente y su situación socio-familiar, la idoneidad del seguimiento domiciliario de su proceso. En caso afirmativo, se explica al enfermo y a su familia o acompañante el funcionamiento del servicio y que este es voluntario, por lo que si no está de acuerdo no tiene obligación de aceptarlo y puede seguir en el hospital.

Cuando el paciente está de acuerdo con seguir la hospitalización desde su domicilio, es trasladado y pasa a ocuparse de sus asistencia el equipo que cubra la zona de su residencia. Diariamente estarán en contacto con el paciente y desde enfermería se llevará el seguimiento de sus constantes, controlarán y administrarán los tratamientos, tomarán muestras y realizarán sondajes, curas, etc. Es decir, realizarán la misma labor que en el hospital pero con en el domicilio del paciente.

“Para realizar el trabajo correctamente es necesario que el equipo esté

muy coordinado”, continúa Maite Baños, “y la relación entre médicos, enfermeras y auxiliares es primordial para ofrecer una asistencia de calidad”.

Cosas tan nimias como un olvido de material, desde el gotero hasta la bolsa de basura, puede provocar el que haya que repetir la visita y eso condiciona el resto del trabajo del servicio. Además, todos los profesionales que acuden al domicilio del paciente deben conocer perfectamente su historia clínica, pues tienen la necesidad de saber que se van a encontrar en cada caso (conocer al paciente hasta en los detalles más insignificantes) pues es la única forma de detectar, al realizarle la exploración visual, los síntomas más ocultos aunque el paciente no los señale abiertamente.

“Pase, pase..., le estábamos esperando”

Quizá la parte fundamental de este servicio es que cambian los roles de ubicación. Ahora es el paciente el que está en su hábitat y el sanitario el que sale de su entorno. “Además”, señala Maite, “cuando llegamos al domicilio, el único protagonista es el enfermo, por lo que toda la atención es para él. Eso hace que se sienta más cómodo, hable con mayor libertad y trasmita mejor sus sensaciones y dudas”. Pero también el paciente es protagonista cuando acude a la unidad para realizarse alguna prueba diagnóstica

que desde el HAD han organizado con el servicio correspondiente, pues a su llegada es recibido con un “pase, pase, que le estábamos esperando” que le transmite seguridad y confianza.

Quizá esa es la característica que más se aprecia desde los usuarios del servicio. A pesar de que la enfermera está sola frente al paciente y no cuenta con ayuda de ningún tipo, son perfectas conocedoras de su trabajo y lo realizan sin ningún tipo de estrés. Eso transmite confianza al paciente y mejora la relación con él y su familia. “Para Maite “es un servicio exigente por que necesitas conocer todos los procesos enfermeros, pues tratamos pacientes de todo tipo. Yo misma, que provengo de una planta de medicina interna, tuve que formarme en enfermería quirúrgica para poder trabajar en este servicio”.

Pero hospitalización domiciliaria no es un sistema de seguimiento de enfermos crónicos –sólo se les atiende si presentan una reagudización o complicación que requiera de ingreso hospitalario para su resolución–, ni una consulta ambulatoria. Tampoco está entre sus misiones la atención de un enfermo terminal, salvo en el caso de que para su alivio necesite de medios que no puedan ser dispensados por AP o la unidad de cuidados paliativos.

Cuando existen malas condiciones de la vivienda o los familiares están ausentes o no se hacen responsables del paciente, HAD consulta con la asistencia social correspondiente y, si este departamento no puede resolver el problema, el servicio determina que el paciente continúe con la atención hospitalaria.

Tampoco es un servicio que deba resolver los problemas de saturación del hospital pues, como cualquier otro, es un servicio que funciona independiente, solo que incrementa la oferta de camas hospitalarias y, con ello, reduce las posibilidades de saturación–.



Loli Morán e Inma González llevan en el servicio desde su puesta en marcha, cuando apostaron por un servicio que por entonces se consideraba una quimera.

Tipo de pacientes

En principio, cualquier paciente que no revista una gravedad importante que presuponga la utilización de una UCI es susceptible de ingresar en la HAD, con lo que la mayoría de los procesos que atienden son patologías médicas –enfermos crónicos descompensados (APOC, cardiópatas, cirróticos, diabéticos, neoplásicos...) o con procesos agudos, fundamentalmente de tipo infeccioso (neumonía, gastroenteritis, infecciones de tracto urinario, osteoarticulares y de partes blandas, endocarditis, abscesos periamigdalinos, etc.–, patologías quirúrgicas –postoperatorios de no complicados de

todo tipo de cirugías, programas de cirugía alta temprana (by pass coronario, cirugía de cadera, cirugía de mama, laparotomía, etc.) o cura de heridas complicadas–, tratamientos endovenosos –enfermedades infecciosas que precisan antibioterapia endovenosa de larga duración (endocarditis, osteomielitis, infecciones material osteosíntesis, fungemias en pacientes inmudeprimidos, infecciones oportunistas en pacientes con sida, etc.), enfermedades que precisan ciclos de medicación endovenosa (esteroides en la esclerosis múltiple, quimioterapia antineoplásica, etc.) y transfusiones de hemoderivados– y nutrición enteral-parenteral –en procesos digestivos, pacientes neoplásicos y neurológicos y en enfermedades sistémicas).

PREMIO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERIA MARQUES DE VALDECILLA

Enfermeros del Centro de Sarón obtuvieron el accésit

Valdecilla otorga el 11º Premio de Investigación en Enfermería a un estudio sobre educación familiar y hábitos alimentarios, que plantea si 'la intervención educativa grupal en alimentación saludable a padres de niños de un año de edad, ayuda a proporcionar a estos niños hábitos alimentarios más saludables' y que ha sido elabora-

do por un equipo de profesionales de la consulta de enfermería del CAP Mataró de Barcelona encabezado por Margarita Roset Falla.

Este estudio ha sido seleccionado por el jurado entre los diecinueve proyectos presentados desde Madrid, Cataluña, Andalucía, Castilla-La Mancha y Cantabria.

El accésit ha recaído en el estudio que sobre la 'Prevalencia de los trastornos de deficiencia de yodo en escolares del Valle de Cayón' ha sido desarrollado por profesionales de enfermería del Centro de Salud Pisueña-Cayón, en Sarón, que estaba encabezado por el enfermero Jesús Javier López Hernández.



Logoss

FORMACIÓN CONTINUADA



www.logoss.net

☎ **902 153 130**

☎ **953 245 500**



SOLICITA YA GRATUITAMENTE Y SIN COMPROMISO NUESTRO CATÁLOGO COMPLETO DE CURSOS, EL CUAL INCLUYE LA FORMA DE MATRICULARSE, O DESCÁRGATELO EN: www.logoss.net



CURSOS ACREDITADOS por la COMISIÓN de FORMACIÓN CONTINUADA DE LAS PROFESIONES SANITARIAS (Ministerio de Sanidad y Política Social)

CURSOS PUNTUABLES EN TODO EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PARA:

- ✓ CONCURSO-OPOSICIÓN
- ✓ LA CARRERA PROFESIONAL
- ✓ BOLSAS DE CONTRATACIÓN
- ✓ TRASLADOS...

según Real Decreto: 1142/2007 por el que se determina la composición y funciones de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias y se regula el sistema de acreditación de la formación continuada y Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

CURSOS VÁLIDOS PARA CUMPLIMENTAR LA FORMACIÓN AL ACCESO EXCEPCIONAL DE ENFERMERO ESPECIALISTA (REAL DECRETO 450/2005)

Disponemos de más de 150 cursos para ENFERMERÍA, al igual que los expuestos en esta revista, de Oncología, Quirófano, Geriátrica, Farmacología, Nutrición, etc... con acreditación de la CFC (Ministerio de Sanidad y Política Social). Si has finalizado o finalizas la diplomatura este año, consulta nuestras ofertas especiales.

Camino de las niñas, 12, Urb. Ciudad Jardín-Entrecaminos
C.P. 23170, LA GUARDIA DE JAÉN (Jaén)
formacion@logoss.net

BLOQUE PEDIATRÍA

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y ENTREVISTA ENFERMERA EN PEDIATRÍA

☎ 3,2 créditos CFC - Duración 100 horas

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA ANTE LA OBESIDAD Y ORTOPEDIA INFANTIL

☎ 3,0 créditos CFC - Duración 100 horas

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LOS PROBLEMAS ORL, DERMATOLÓGICOS, RESPIRATORIOS, DENTALES Y VIH EN PEDIATRÍA

☎ 3,2 créditos CFC - Duración 100 horas

ROL DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS, PSICOPATOLOGÍA INFANTIL Y EL NIÑO MALTRATADO

☎ 3,6 créditos CFC - Duración 100 horas

CUIDADOS ENFERMEROS AL NIÑO CON ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO PSICOMOTOR

☎ 3,3 créditos CFC - Duración 100 horas

ROL ENFERMERO EN EXÁMENES DE SALUD DEL NIÑO SANO Y VACUNACIÓN

☎ 3,4 créditos CFC - Duración 100 horas

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ANTE LOS PROBLEMAS ENDOCRINOLÓGICOS, DIGESTIVOS Y RESPIRATORIOS EN PEDIATRÍA

☎ 3,4 créditos CFC - Duración 100 horas

ATENCIÓN ENFERMERA EN LAS ALTERACIONES CARDÍACAS, NEUROMUSCULARES Y NEFROLÓGICAS EN PEDIATRÍA

☎ 3,3 créditos CFC - Duración 100 horas

Precio conjunto de estas 8 actividades: 172 euros incluye envío urgente del material



ESTOS 8 CURSOS ESTÁN ACREDITADOS POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA (MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL) PARA INICIATIVAS FORMATIVAS CRIANTES y cuentan con la colaboración y patrocinio de F. C. LOGOSS

OBSEQUIOS:

- MATRICULÁNDOSE EN EL BLOQUE DE PEDIATRÍA, RECIBIRÁS DE REGALO JUNTO CON EL MATERIAL DE LOS CURSOS: UNA MOCHILA DE URGENCIAS.
 - MATRICULÁNDOSE EN EL BLOQUE DE EMERGENCIAS, RECIBIRÁS DE REGALO JUNTO CON EL MATERIAL DE LOS CURSOS: UN MP4 DE 2 GB.
 - MATRICULÁNDOSE EN EL BLOQUE DE VASCULAR, RECIBIRÁS DE REGALO JUNTO CON EL MATERIAL DE LOS CURSOS: UNA MOCHILA DE URGENCIAS.
- PROMOCIÓN VÁLIDA DESDE EL 30/12/10 HASTA EL 21/03/10 O FIN DE EXISTENCIAS.
PARA TODOS LOS REGALOS UN PAQUÉ O REGALO POR ALUMNO.

RECOMENDACIONES A LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE RECOGIDA Y TRANSPORTE

Seguridad en la calidad de las muestras para los estudios microbiológicos

AUTORES:

Jesús Padrino Gandia (Supervisor Laboratorio Microbiología Valdecilla)
 Raquel Sarabia Lavín (Enfermera Unidad Calidad del Hospital Valdecilla)

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de las enfermedades infecciosas se basa en el estudio de los síntomas y signos clínicos, así como en la demostración de la presencia de su agente productor, o de la respuesta del sistema inmune frente a dicho agente.

Todo el trabajo del laboratorio de Microbiología Clínica se convierte en inútil si las muestras que se reciben para el diagnóstico no son de calidad, es decir, no están correctamente recogidas y transportadas al laboratorio en las condiciones adecuadas para la determinación que se solicita. Esta falta de calidad puede inducir a errores diagnósticos, e incluso a un tratamiento inadecuado del enfermo.

El Laboratorio de Microbiología proporcionará información a los centros solicitantes para que tanto la recogida como el transporte y la conservación se hagan de manera apropiada.

OBJETIVO

El objetivo es establecer recomendaciones a los Centros de Atención Primaria sobre recogida y transporte de muestras clínicas que aseguran la calidad de las mismas para estudios microbiológicos. En este documento se detallan las técnicas de obtención, el volumen, el número y el modo y condiciones de transporte de las muestras, según las distintas localizaciones y microorganismos a investigar.

MUESTRA QUE SE ADMITEN

- **Abscesos cerrados (aspiración percutánea).** Enviar en el vial con medio de transporte para bacterias aeróbicas y anaeróbicas.
- **Torundas superficiales.** Enviar en torunda preferentemente de Alginato y con medio de transporte de Stuart-Amies. Siempre que sea posible, se remitirán dos torundas de la misma muestra; una se empleará para inocular los medios de cultivo y la otra para realizar la extensión para tinción de Gram. En caso de recibir una sola torunda se inocularán primero los medios de cultivo y en último lugar se hace la extensión para Gram.
- **Pus.** Se recomienda aspirar el pus de la zona más profunda de la herida con jeringa y aguja. Enviar en un tubo estéril.
- **Biopsias y tejidos.** Se recomienda eliminar el material necrótico y los tejidos desvitalizados y lavar "a chorro" con suero salino estéril.

Las muestras deben obtenerse mediante el curetaje de lesiones profundas (raspado del tejido de la base de la úlcera, después del desbridamiento, con hoja de bisturí estéril) y la toma de biopsia de los tejidos. También se pueden tomar biopsias con sacabocados ("punch"). La toma se realiza con una cuchilla cilíndrica hueca. Se obtiene un cilindro de piel, desde la capa córnea hasta el tejido gra-

so subcutáneo, de 2-6 milímetros de diámetro, normalmente bajo anestesia local y con un punto de sutura.

1.- ASPIRACION PERCUTÁNEA

Es el mejor método por su sencillez y facilidad para obtener muestras de úlceras, abscesos y heridas superficiales, especialmente de bacterias aerobias y anaerobias.

MATERIAL NECESARIO:

- Gasas estériles
- Povidona iodada al 10 %
- Jeringa estéril
- Aguja IM (0.8 x 40)
- Medio de transporte para bacterias aerobias-anaerobias (preferible en abscesos cerrados)
- Tubo de transporte estéril si solo se solicita bacterias aerobias

DESCRIPCIÓN DE LA TECNICA:

◊ La punción se realiza a través de la piel íntegra de la piel periulceral, seleccionando el lado de la lesión con mayor presencia de tejido de granulación o ausencia de esfacelos. Hacer la punción en el extremo de la herida (foto 1).



◊ Limpiar de forma concéntrica esa zona de punción con alcohol etílico o isopropílico al 70% Desinfectar la piel perilesional con Povidona yodada al 10 % (foto 2).



◊ Dejar secar al menos durante un permitiendo que la povidona ejerza su acción antiséptica.

◊ Realizar una punción-aspiración con la jeringa y aguja manteniendo una inclinación aproximada de 45° y aproximándose al nivel de la pared de la lesión (foto 3).



◊ El volumen óptimo aspirado se establece entre 1 y 5 ml.

◊ En procesos no supurados, preparar la jeringa con medio ml de suero fisiológico o agua estéril y aspirar (foto 4).



Es importante anotar en la petición la cantidad de líquido añadido para facilitar el contaje posterior.

◊ Desinfectar la superficie de goma del medio con Povidona yodada al 10 % dejando secar al menos un minuto (foto 5).



◊ Introducir el contenido en un vial con medio de transporte para muestras líquidas de gérmenes aerobios y anaerobios o en el tubo estéril (foto 6).



◊ Enviar inmediatamente al laboratorio y si no es posible, resguarde estos viales de la luz y manténgase a una temperatura ambiente.

2.- FROTIS DE LA LESIÓN MEDIANTE HISOPO (no es el método más recomendable)

No deberán usarse para cultivo, muestras de líquido obtenido mediante frotis de la herida porque pueden detectar sólo los contaminantes de superficie y no reflejar el verdadero microorganismo que provoca la infección tisular, teniendo un dudoso valor diagnóstico.

Permiten recoger una escasa cantidad de muestra que fácilmente se deseca por la deshidratación del medio.

Las muestras así recogidas son de escasa rentabilidad y deben obtenerse sólo cuando no se pueda recoger la muestra mediante los otros métodos expuestos.

MATERIAL NECESARIO:

- Suero Fisiológico
- Jeringa y aguja estéril

- Torundas con medio de transporte tipo Stuart-Amies

DESCRIPCIÓN DE LA TECNICA:

◊ Retirar el apósito que recubre la lesión, si procede.

◊ Si fuera preciso, proceda a realizar desbridamiento quirúrgico de la lesión.

◊ Aclare de forma meticulosa la herida con suero fisiológico estéril antes de proceder a la toma de la muestra (foto 7).



◊ Rechace el pus para el cultivo (foto 8).



◊ Recoger la muestra de las partes más distales de la herida

NORMAS BÁSICAS PARA LA OBTENCIÓN DE UNA MUESTRA DE EXUDADO DE UNA ÚLCERA POR PRESIÓN Y OTRAS HERIDAS CRÓNICAS DOC IV GNEAUPP

- No frote la ulcera con fuerza
- Utilice un hisopo estéril con medio de transporte Améis/Stuart. No utilice torundas de algodón puede ser tóxico para ciertas bacterias.
- Gire el hisopo sobre sus dedos realizando movimientos rotatorios de izquierda a derecha y de derecha a izquierda
- Recorra con el hisopo los extremos de la herida en sentido descendente (agujas del reloj), abarcando diez puntos distintos en los bordes de la herida (fotos 9,10,11,12)



• Coloque el hisopo dentro de un tubo con medio de transporte (foto 13).



3.- BIOPSIA TISULAR

Es un procedimiento de elección y alta efectividad diagnóstica, pero generalmente restringido su uso a la atención especializada.

Se tomarán muestras de tejidos por escisión quirúrgica de zonas que manifiesten signos de infección. Las muestras líquidas se obtendrán por aspiración con jeringa y aguja.

Finalmente, algunas normas básicas y comunes para la recogida y transporte de las distintas muestras bacteriológicas:

- ◊ Cada muestra deberá de ir acompañada de un volante de petición y estar perfectamente identificada.
- ◊ Es conveniente la toma junto a la cama del enfermo.
- ◊ Efectuar la toma en el sitio exacto de la lesión con las máximas condiciones de asepsia que eviten la contaminación de microbios exógenos.
- ◊ Todas las muestras deberán de ser enviadas lo más rápidamente al laboratorio.

TRANSPORTE Y CONSERVACIÓN DE LA MUESTRA

Los resultados del cultivo dependen de la demora en el transporte y de las condiciones de conservación de la muestra.

Si se usan torundas, se enviarán en medio de transporte específico (por ejemplo, Amies/Stuart/medio de transporte para anaerobios).

Si la muestra se recoge con jeringa y aguja (por ejemplo absceso, pus), una vez realizada la aspiración se debe expulsar el aire, a continuación, se cambia la aguja por otra estéril y se inocula el contenido, previa desinfección del tapón de goma, en un vial de transporte para aerobios/ anaerobios. Alternativamente, si no se dispone de viales de transportes, se puede tapar el cono de la jeringa con un tapón, asegurarlo bien y enviar así

la muestra al laboratorio.

Las biopsias y tejidos, si los fragmentos son pequeños, se inoculan en un sistema de transporte para anaerobios introduciéndolo dentro del agar.

Las muestras se enviarán inmediatamente al laboratorio, preferiblemente en las dos horas posteriores a la toma. Si el transporte se demora, se mantendrán a temperatura ambiente.

CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y RECHAZO

Deben ser cuidadosamente observadas las siguientes incidencias relacionadas con la muestra:

- 1ª Defectos encontrados en la identificación de la misma: etiquetado erróneo e inadecuada o incompleta cumplimentación de la hoja de petición.
- 2ª Mala conservación (temperatura inapropiada, muestras en medio no apropiado).
- 3ª Muestras con aspecto de mala conservación (biopsias secas).
- 4ª Torundas sin medio de transporte, cuando haya transcurrido más de 1 hora desde el momento de la toma.
- 5ª Muestra insuficiente para todas las determinaciones solicitadas. Todas estas incidencias deben ser comunicadas al clínico correspondiente, indicando el procesamiento o no de la muestra e incidiendo en la interpretación de los resultados si se llevara a cabo el mismo.

CONCLUSIÓN

- Se enviará el volante bien cumplimentado.
- La muestra se recogerá con la máxima asepsia, con cantidad adecuada.
- Se remitirá en un recipiente adecuado.
- El transporte será lo más rápido posible.

BIBLIOGRAFIA

- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas.** Normas básicas para la obtención de una muestra de exudado de una úlcera por presión y otras heridas crónicas. Documento Técnico GNEAUPP nº 4. Revisión febrero 2003. Disponible en: / <http://www.gneaupp.org/>
- Guerrero C, Sánchez C.** Recogida, transporte y procesamiento general de las muestras en el laboratorio de microbiología. En: Cercenado E, Cantón R, editores. Procedimientos en Microbiología Clínica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2ª ed. [monografía en Internet]; 2003 [citado 10 Nov 2009]. Disponible en: <http://www.seimc.org/documentos/protocolos/microbiologia/>
- Burillo A, Moreno A, Salas C.** Diagnóstico microbiológico de las infecciones de piel y tejidos blandos. En: Cercenado E, Cantón R, editores. Procedimientos en Microbiología Clínica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2ª ed. [monografía en Internet]; 2006 [citado 10 Nov 2009]. Disponible en: <http://www.seimc.org/documentos/protocolos/microbiologia/>
- Protocolo de recogida y transporte de muestras.** Documento del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla". 2008. Disponible: http://portal.intranet.humv.es/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=450&Itemid=188



**todo el DÍA,
toda la NOCHE,**

**todas las MÚSICAS,
todas las NOTICIAS,**

...y nada más.

azul.fm
97.6

'NO HAY NADA MÁS PRÁCTICO QUE UNA BUENA TEORÍA'

La electrocardiografía como técnica enfermera

AUTORES:

Ana Rosa Alconero Camarero

(Profesora de Enfermería de la Escuela 'Casa Salud Valdecilla' de la Universidad de Cantabria)

El médico y físico alemán Von Helmholtz escribió que *"No hay nada más práctico que una buena teoría"*. Cuando la teoría se estudia, se reflexiona y se aplica, como resultado, se van a generar conocimientos, originando nuevas hipótesis y teorías. Técnica y teoría son situaciones distintas y complementarias de la investigación y el conocimiento científico.



Esta frase me ha dado pie para escribir una pequeña aportación u opinión para dejar constancia de que el electrocardiograma (ECG) es una técnica eminentemente enfermera y, de hecho, la gran mayoría de los ECG que se llevan a cabo a diario en nuestro país los realizan las enfermeras.

El electrocardiograma sigue siendo una herramienta básica en la valoración cardiológica inicial y en el control y seguimiento de gran número de pacientes con patología cardíaca. Es un procedimiento diagnóstico no invasivo de escaso coste, fácilmente reproducible, seguro, rápido e indoloro y que nos aporta información desde el punto de vista bioquímico, anatómico y genético.

La realización del ECG ha pasado de ser una técnica exclusiva de las unidades de hospitalización y consultas de cardiología a estar presente en todos los departamentos, tanto intrahospitalarios como en atención primaria. Es por ello, que los diplomada/os en enfermería, se han preocupado de adquirir los conocimientos científicos sobre esta prueba y, a través

de su ejecución se han familiarizado con la técnica. Ello ha permitido que estos profesionales estén cualificados para la realización de los mismos en la práctica asistencial.

Para la realización de un ECG es fundamental conocer: el tipo de información que hay que dispensar al paciente, la preparación, la colocación exacta de los electrodos para la obtención de las derivaciones y una correcta calibración; llegando, si todo lo anterior se ha realizado de forma correcta, a la confirmación del resultado, es decir, a la obtención de un ECG de 12 derivaciones.

Es una de las pocas pruebas diagnósticas que no necesitan del médico para su realización y, en los casos de urgencia vital, el profesional de enfermería podrá evaluarlo y actuar en consecuencia según

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Rajaganeshan R, Ludlam CL, Francis DP, Parasramka SV, Sutton R. Accuracy in ECG lead placement among technicians, nurses, general physicians and cardiologists. *Int J Clin Pract.* 2008;62:65-70.
- 2.- Falk RH, Knowlton AA. Atypical ventricular tachycardia or motion artifact? *Am J Cardiol* 1987;59:924-924.
- 3.- Krasnow AZ, Bloomfield DK. Artifacts in portable electrocardiographic monitoring. *Am Heart J* 1976;91:349-357.
- 4.- Zema MJ, Luminais SK, Chiaramida S, Goldman M, Kligfield P. Electrocardiographic poor R wave progression III. The normal variant. *J Electrocardiol* 1980;13:135-142.
- 5.- García Niebla J. Imágenes electrocardiográficas derivadas de una incorrecta colocación de los electrodos V1-V2. *Enferm Cardiol.* 2004;32-3:38-44.
- 6.- Heden B, Ohlsson M, Edenbrandt L, Rittner R, Pahlm O, Peterson C. Artificial neural networks for recognition of electrocardiographic lead reversal. *Am J Cardiol.* 1995;75:929-33.



la clínica que presente el paciente.

En un estudio Inglés¹ se demostró que es un procedimiento en el que cuantos más electrocardiogramas realicemos mayor precisión y habilidad tendremos. Por tanto, la calidad del registro final dependerá, en gran parte, de la correcta aplicación de nuestros cuidados.

Así mismo, la aparición de artefactos, llamados pseudoarritmias o 'no arritmias', pueden simular una arritmia ventricular que sugieran la necesidad de ciertos tratamientos agresivos e innecesarios^{2,3}, pudiendo provocar complicaciones irreversibles en los pacientes. Igualmente, la aparición de artefactos de línea de base y colocación inadecuada de los electrodos son una serie de factores que deben minimizarse en lo posible. Otros

artefactos que pueden aparecer relacionados con el propio paciente, son los movimientos o los temblores debidos a una enfermedad de base, y las influencias externas provocadas por el frío. También es frecuente la aparición de artefactos debido a la aplicación inadecuada de filtros o baja adherencia del electrodo a la piel por una preparación inapropiada o inexistente de ésta.

La colocación de las derivaciones precordiales para la realización de un electrocardiograma requiere una identificación concreta que fue acordada internacionalmente por diversas sociedades en 1938 para asegurarnos que todos registramos los ECG en las mismas condiciones anatómicas. Por ello, también podemos encontrarnos con numerosos inconvenien-

tes, como por ejemplo el intercambio entre electrodos de los miembros o precordiales del lugar asignado, o simplemente desplazamiento de los electrodos del estándar establecido, habitualmente en sentido caudocraneal^{4,5}. En otro estudio revisado⁶ se observó que el 2% de los más de 11.000 ECG analizados se presentaban con un intercambio del lugar de ubicación entre los electrodos.

Todos estos errores pueden ocasionar registros electrocardiográficos que, en ocasiones, pueden simular alguna enfermedad cardíaca. Por lo tanto, enfermería deberá tener los conocimientos necesarios de electrocardiografía que nos ayuden a prestar cuidados de calidad a todos los pacientes que precisen de ésta prueba diagnóstica.

	<p>Armarios Puertas plegables, abatibles, correderas</p>	<p>Muebles de cocina y baño SANTANDER Fernando de los Rios, 45 Tel. 942 218 951 MURIEDAS Avda. de Bilbao, 40 Tel. 942 262 791</p>
<p>www.imor.es SANTANDER Fernando de los Rios, 54 Tel. 942 050 056 MURIEDAS Avda. de Bilbao, 40 Tel. 942 262 791 TORRELAVEGA Avda. de Palencia, 8 Tel. 942 081 020</p>	<p>Revestimiento de interiores 5 años de garantía. Financiación hasta 12 meses sin intereses</p> <p>Convenio especial con el Colegio de Enfermería de Cantabria que ofrece descuentos de hasta un 23% en muebles de cocina y armarios empotrados</p>	

Siempre me faltará tu consejo

He tenido que dejar pasar los días para poder dirigirme a ti sin tener ese nudo en la garganta. Nos conocimos hace un montón de años con el fin de constituir una candidatura que tu encabezaste para acudir a las elecciones del Colegio de Enfermería. Ganamos y fuiste elegido presidente y fuiste la persona que más me enseñó de esta profesión nuestra. Me enseñaste a pensar en una Enfermería con mayúsculas, a que teníamos que tener una identidad propia como profesionales, a que debíamos ser gestores e investigar... Me hablaste por primera vez de las consultas de enfermería y me convenciste de que era necesario modernizar la sede aportando servicios nuevos y maquinaria para facilitar la labor de los trabajadores y las consultas de los colegiados y así llegó la primera máquina de escribir eléctrica, los primeros ordenadores o el primer fax.

Pero sobre todo, durante estos años has sido mi gran amigo que has estado a mi lado en todo lo bueno y lo malo que me ha pasado... y no sé si he sabido corresponderte tal y como tú te merecías, pero sé que me he quedado huérfana de tus consejos.

Siempre nos reíamos pensando cómo nos veríamos jubilados, paseando por el Paseo Pereda, tú con todas tus merecidas condecoraciones puestas. Pero como aquí ya no podrá ser, espérame allá arriba para acompañarte.

También quiero pedirte que des fortaleza y cuides de María Jesús, Quico, Pablo y David, así como a tu madre y tu hermana y a los muchos amigos que has dejado, pues sabemos que estarás siempre a nuestro lado.

Descansa en paz... te lo mereces... y hasta siempre amigo Segundo.

María Asunción González Salas



Nadie muere mientras haya alguien que le recuerde

El día 6 de noviembre falleció nuestro compañero Segundo González García, presidente del Colegio de Enfermería de Cantabria desde 1984 hasta 1993 y vicepresidente del Consejo General de Enfermería desde febrero de 1987 hasta diciembre de 1990. En 1993 el Consejo General le concedió la Encomienda al Mérito Profesional y en mayo de este año recibió del Colegio de Cantabria la Medalla de Oro al Mérito Profesional y la distinción como Colegiado de Honor.

En la entrevista publicada en la revista del segundo trimestre de este año, calificábamos a Segundo como ‘Un Estandarte para la Enfermería’ y muchos colegiados pueden dar fe de que lo era. El, con la visión de futuro que le caracterizaba, entendía que para poder progresar y que la profesión fuera respetada, había que estar formados. Para ello puso en marcha la maquinaria de la formación postgraduada a través del Colegio de tal forma que hoy en día no se entiende la existencia del Colegio sin la utilidad que la formación de postgrado aporta a los colegiados y cuyo más claro ejemplo se ha visto reflejada hace muy poco tiempo con motivo de la clasificación en los distintos niveles de acceso a la carrera profesional.

Su carácter emprendedor y su cariño hacia la Enfermería, se vio reflejado en el Consultorio que fundó junto a otros dos compañeros y que después de más de treinta años continúa desarrollando su labor en Santander y del que él se sentía muy orgulloso teniendo a gala que se dedicaba única y exclusivamente a la enfermería.

Muchos méritos se pueden añadir sobre él, pero seguro que si se pregunta a los que fueron sus compañeros y a muchos colegiados, la cualidad que más destacan es su carácter amable, además de su personalidad, y capacidad profesional. Destilaba educación y transmitía cariño en todo lo que hacía.

Era el vivo ejemplo del profesional que una vez acabada su formación, sale a desempeñar los conocimientos adquiridos con esa frescura y ese ímpetu del joven que va a hacer lo que más le gusta y que ha estado esperando tanto tiempo. Pero en su caso, ese ímpetu le duró hasta ayer, pues en ningún momento perdió las ganas de trabajar y de ayudar a los que acudían con sus problemas. Sentía debilidad por ayudar a solucionarlos. Era su doctrina, no importaba quien lo necesitara. Era un experto en relaciones humanas.

Se ha ido un compañero, pero sobre todo se ha ido un amigo. Los que hemos tenido el honor de compartir su amistad, hoy lloramos su marcha y le damos las gracias por tantos buenos momentos que hemos compartido.

Ánimo a su mujer, a sus hijos y a toda su familia, para superar este duro momento por el que están pasando con su pérdida.

Decir, por último, que Segundo estará con nosotros y que le recordaremos siempre.



El borrón del escriba...

¡Qué malo es fiarte cuando vas sobre seguro y entretenido!

Todo comenzó bien aquel sábado del ya avanzado noviembre. El día amanecía tranquilo para las fechas en las que estábamos, pero si mirabas al cielo o hacías caso de las predicciones, todo indicaba que nos mojaríamos.

Al llegar al Sardinero, las gotas comenzaron a caer con la intención de avisarnos del riesgo que corríamos y de que si no nos poníamos en camino enseguida nos arrepentiríamos. El autobús se puso en marcha y, tras recorrer parte de la costa oriental de nuestra región, se encami-



nó hacia el interior llegando hasta los Collados del Asón, en los límites de los municipios de Arredondo, Ruesga y Soba. Allí, el viento era notable, pero no hizo mella en nuestro ánimo a la hora de ponernos a caminar.

Así, empezamos nuestra ruta por una pista de buen firme que inmediatamente comienza a ganar altura sobre la carretera. Pasamos junto a la fuente Bezón, que tiene fama de ser una de las más frías de toda la comarca, sin hacer parada en ella, aunque al regreso si que sirvió para refrescar un poco nuestros gaznates.

Dejándola atrás, continuamos por el paraje de las cabañas de Horneo y llegamos hasta el Alto de la Posadía, donde abandonamos la pista para tomar un sendero que, a media ladera, sigue ganando altura hasta alcanzar la Cabaña Solitario o Concinchao. Aquí hicimos la primera parada técnica donde se podía optar por dos opciones: o subir hasta la cueva o reposar en este punto cogiendo fuerzas para el resto del camino.

Los que así lo desearon, avanzaron por un sendero que ascendía y bajo el vuelo vigilante de una pareja de buitres que veían como unos desconocidos invadían su espacio, se llegó a la Cueva de Currutueta, gran oquedad en las paredes de roca caliza y donde no era difícil imaginarse algunas docenas de durmientes murciélagos sobre nuestras cabezas.

De regreso, nos reagrupamos todos de nuevo y seguimos, esta vez con destino a la parte más espectacular de nuestro itinerario. Pero ¡Ay!, qué sorpresas nos deparaba el día! En la primera curva donde debíamos tornar a la derecha, distraído sin duda por la animada charla que se llevaba en cabeza y confiado por la certeza de la ruta, un servidor que escribe estas líneas, continuó recto y pasó lo inevitable, una confusión de caminos que arrastraríamos durante el resto de la mañana. Intentando no perder demasiada altura, recorrimos monte a través la ladera y embocamos en una de las Hazas del Respijadero o Cañadas de Moncreso, donde sus altas paredes de piedra y el pasillo formado por ellas nos invitaba a atravesarla. Así, de un pequeño error, dimos paso a un nuevo aliciente de la ruta que hizo que ésta, tal vez fuera más bonita aún, si bien también un poco más exigente.

El grupo (ver nota al final), disfrutó de esta nueva 'ruta inesperada' y, tras unos primeros momentos de situación, nos pusimos de nuevo en camino, tirando de expe-



riencia, de nuevas tecnologías (leace GPS) y de 'tradicionales tecnologías' (leace 'señorín-que-sube-a-por-las-vacas'), nos dispusimos a hacer un nuevo itinerario, siempre más interesante que regresar por donde se había venido.

Caminando de nuevo y procurando no perder mucha altura, ya que si no deberíamos remontarla al final, nos dispusimos a comer en una pequeña hondonada. Para entonces ya arreciaba el viento y no daba tregua, así que aquella pequeña colina nos permitió por lo menos dar cuenta de las viandas medianamente cómodos.

Cuando reanudamos el camino, ascendimos cinco minutos más y en las proximidades de las cabañas de Brenacobos nos entroncamos con la ruta que deberíamos haber tomado en su momento. Se decidió que debíamos bajar, ya que el viento persistía y, por momentos, con ráfagas de gran fuerza. Así, descendiendo primero por terreno despejado y luego ya entre las hayas, llegamos hasta la segunda de las 'Hazas' por las que deberíamos pasar hoy. Ésta era mucho más estrecha que la anterior y se pudo comprobar que también hizo las delicias de todos, pues-



to que las cámaras de fotos así lo atestiguaron...

Dejándola también atrás, continuamos nuestro itinerario por un estrecho sendero descendente que nos permitía contemplar unas buenas vistas del valle de Bernavinto y de los Collados del Asón.

Sin mayores problemas, gracias a que el viento amainó un poco, y con animada charla, llegamos de nuevo hasta el Concinchao donde cerrábamos el circuito y desde donde tan sólo nos restaba alcanzar de nuevo la confortabilidad del autobús para regresar a casa, con la certificación de estar muy cansados, pero con el buen recuerdo en nuestra mente y nuestras retinas por lo vivido y visto.

NOTA: Al final, de un error, surgió una preciosa ruta. El cabreo o contrariedad de quien escribe estas líneas era mayúsculo, pero gracias a las personas que participaron en esta excursión (cómo en tantas otras) se fue difuminando poco a poco. Al acabar el día alguien me dijo "¡¡Hasta el mejor escriba echa un borrón!!"... Yo desde luego no soy el mejor escriba, sólo intentamos hacer nuestro trabajo, que son vuestras excursiones, lo mejor posible y con la mayor ilusión que podemos. Y esto sin duda se consigue gracias a vosotros. Gracias por acompañarnos y por confiar siempre en nosotros (hagamos lo que hagamos...)

CON LA OPOSICIÓN DEL PP Y LA ABSTENCIÓN DE CIU

Aprobada la nueva Ley del Aborto

La Comisión de Igualdad del Congreso de los Diputados ha aprobado, con el apoyo de todos los grupos salvo el PP y la abstención de CiU, el dictamen del proyecto de ley que reforma la legislación sobre el aborto, incorporando las últimas enmiendas pactadas por el PSOE con el PNV y Esquerra e IU-ICV para que la nueva ley obligue a las menores de 16 a informar a uno de sus padres o tutores legales su decisión de abortar, salvo que puedan alegar fundadamente que dicha comunicación pueda suponerles "un peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos o se produzca una situación de desarraigo o desamparo".

Bastará con que la menor explique verbalmente al médico que su decisión de abortar puede suponer uno de los conflictos anteriormente mencionados para que no tenga que informar a sus padres.

Para el PSOE la ley no será un 'coladero' y, ante la pregunta sobre cómo se demostrará que los padres conocen la decisión de su hija, los socialistas indican que este punto deberá ser desarrollado posteriormente en colaboración con

las comunidades autónomas. "Lo normal es que las menores cuenten con sus padres", dicen, "pero la norma se ha hecho contemplando las situaciones en las que esto no es así y se ha incluido este punto para no poner a esas jóvenes entre la espada y la pared y abocarles a un circuito de clandestinidad que les puede llevar a un aborto ilegal e inseguro".

Para el PP la enmienda va a ser un verdadero 'coladero' para que las menores puedan abortar sin el conocimiento de sus padres y acusan al Gobierno de hacer un proyecto de ley a partir de la excepción de las menores que viven en un ambiente familiar conflictivo y criticó sólo se "ofrezca a estas jóvenes el camino de la clínica abortista en vez de darles alternativas que les ayuden a sacar adelante a su hijo".

Objeción de Conciencia

En cuanto a la objeción de conciencia, el PSOE señaló que podrán acogerse a esta cláusula los profesio-

cionales 'directamente implicados', es decir, aquellos que tengan que estar físicamente en la intervención, lo que excluye "a quienes tenga que llevar una camilla, limpiar el quirófano, cocinar o hacer unos análisis" y aseguran que "es una ley aprobada con amplio consenso, que respeta el derecho de la mujer a decidir sobre su maternidad y da mayor protección a la vida prenatal".

Desde el PP acusaron al PSOE de "establecer el aborto libre en España y de banalizar lo que supone un aborto para una mujer", señalando que la ley es "inconstitucional, desprotege al no nacido, que tiene derecho a la vida, y niega a las menores el apoyo de sus padres". Avisaron también que el modo en que se pretende regular la objeción de conciencia pues "un intento de someter la voluntad de los profesionales a las intenciones del Gobierno y de colgar 'sambenitos' a los que se nieguen".

El PNV señalan que "la actual Ley si es un 'coladero' porque no evita los embarazos no deseados y que el aborto siempre es algo no deseado, resultado de un fracaso, que debe evitarse en su origen".

MANIFIESTO DE OVIEDO

Malestar entre los profesionales de Enfermería Familiar y Comunitaria

Por la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria Las sociedades científicas abajo firmantes, representativas de los intereses de los profesionales de Enfermería Familiar y Comunitaria de España, reunidas en Oviedo en octubre de 2009, manifiestan:

1. Mantenemos el convencimiento de que la atención prestada por Enfermeras Especialistas en Familiar y Comunitaria garantiza una mayor calidad de la atención enfermera, es un aval de la seguridad de las personas y permite una atención personalizada, integral, integrada y continuada acorde con los más elevados estándares de excelencia en el cuidado de los ciudadanos.

2. En función de los principios de equidad y accesibilidad, defendemos el derecho de los ciudadanos y usuarios a tener acceso a los mejores cuidados especializados de enfermería.

3. Conservamos el amplio consenso que en el año 2005 promovió la publicación del Real Decreto de Especialidades de Enfermería y ratificamos nuestro compromiso conjunto por prestar a los ciudadanos unos cuidados excelentes.

4. Desde la publicación en el año 2005 del Real Decreto 450/2005 sobre Especialidades de Enfermería han transcurrido 4 años sin que la

especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria haya llegado a materializarse.

Por todo lo expuesto, las sociedades científicas abajo firmantes desean manifestar su profundo malestar por el estado actual de estancamiento de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria al tiempo que instan a los responsables del Ministerio de Sanidad y Política Social a llevar a cabo las gestiones necesarias que permitan, en el plazo más breve posible, la publicación del programa de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria y que permita su posterior desarrollo para ofrecer a la Comunidad los mejores cuidados especializados de enfermería.

El Penal del Dueso premiado por la OMS

En 1995 la Organización Mundial de la Salud, OMS, puso en marcha el proyecto de 'Salud en las Prisiones Hipp', con el fin de promocionar la salud en la comunidad penitenciaria. Este proyecto viene impulsando desde entonces el intercambio de información y buenas prácticas, la elaboración de recomendaciones y la difusión de la experiencia acumulada a lo largo de los años.

En esta línea, se acordó recientemente la creación de un premio europeo bianual que destacara las buenas prácticas de salud en las prisiones, en el ámbito de la Oficina Regional para Europa de la OMS. Su fin es reconocer y difundir los mejores programas y políticas en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en instituciones penitenciarias de los estados miembros de la OMS.

En la tercera convocatoria de este premio, el centro penitenciario cántabro El Dueso, ha sido galardonado con uno de los tres premios que esta organización otorga a los proyectos punteros en el ámbito de la sanidad penitenciaria.

Para realizar la evaluación de los proyectos que optan a este premio se valoran los siguientes aspectos: la importancia del problema de salud al que se refiere el proyecto, la correcta planificación e implementación del mismo, la evidencia de los resultados y el proceso de evaluación y la utilidad del trabajo para su aplicación en otros países miembros de la OMS.

Todas las propuestas españolas premiadas constituyen ejemplos estratégicos en sus respectivos campos. Los centros galardonados han sido los de El Dueso (Cantabria), Daroca y Zuera (Zaragoza), y Teruel, por programas destinados



al VIH, la salud mental y la educación para la salud, respectivamente.

Anterior galardón

Hay que destacar que el centro penitenciario de El Dueso es un ejemplo a seguir por el resto de prisiones, no sólo españolas, sino de todo el mundo, ya que hace cuatro años, en 2005, esta institución cántabra recibió otro premio de la mano de la OMS.

El proyecto se titulaba 'Promoción de la salud y educación medioambiental en el entorno natural del centro penitenciario de El Dueso'. Estaba dividido en dos líneas de actuación complementarias: por un lado, el programa 'Nacar (Naturaleza y Cárcel)', orientado a la educación medioambiental de los internos, a través del cual los trabajadores del centro y los presos aprendían a conocer y respetar la naturaleza mediante paseos ornitológicos, talleres educativos, jornadas medioambientales, conferencias y todo tipo de iniciati-

vas relacionadas con su entorno natural.

Y por otro lado, el programa 'Efecto Dominó', que estaba dirigido a la modificación de los hábitos de salud en los reclusos por medio de talleres formativos, elaboración y difusión de artículos y noticias, y fórmulas de interacción con la naturaleza, beneficiosas para la salud.

Propuesta cántabra

Este proyecto sobre el VIH se circunscribe a los presos especialmente, pero también engloba a otros muchos colectivos: el personal pe-

nitenciario del centro, al que se ofreció información y formación sobre la prevención de la enfermedad; alumnos de Educación Secundaria Obligatoria del Instituto de Santoña; profesionales sanitarios; familiares de los internos; y puede ser extrapolado a la sociedad en general, dentro de una iniciativa estratégicamente preventiva contra la enfermedad. De este modo, el proyecto está destinado a representar el tratamiento médico ofrecido a un paciente con infección VIH durante su estancia en prisión, mostrando todos los medicamentos que la componen. Paralelamente, se reflejan todos los programas de salud desarrollados por la sanidad penitenciaria.

ANTEPROYECTO DE LEY DE PERSONAL ESTATUTARIO DE INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

La arbitrariedad vuelve a perjudicar a la Enfermería

El pasado cuatro de noviembre la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria remitió a la Mesa Sectorial de Sanidad el denominado 'Anteproyecto de Ley de Instituciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria' que, una vez aprobado y con rango de Ley, pasará a regular las relaciones con el personal del Servicio Cántabro de Salud.

Después de que las competencias en Sanidad lleven ocho años transferidas, la Consejería hace público un anteproyecto de Ley que en la exposición de motivos señala que es el personal el principal valor del SCS y se reclama su compromiso para aportar una correcta atención al paciente.

–Adicionalmente es oportuno mediante Ley promover la modernización de la relación de empleo de profesiones de servicio sanitario que manteniendo una regulación especial, favorezca la eficacia, eficiencia, profesionalidad, y calidad en la prestación del servicio a la población de Cantabria, mediante un régimen jurídico que se adapte a las peculiaridades organizativas del Servicio de Salud de Cantabria, incorporando condiciones que favorezcan el compromiso del personal como pilar básico del sistema sanitario (apart. II, párrafo 6)

Sin embargo, enseguida destapa cuales son las verdaderas intenciones de la Consejería, que se otorga todos los poderes obviando los consensos con la Mesa de Personal y con los colectivos profesionales implicados. Sin embargo, se reclama el compromiso del personal pues se

considera que es fundamental para aportar una correcta atención a los pacientes.

Para muestra solo hay que acudir (Capítulo II, art. 4) a donde se señala que el Gobierno de Cantabria solo consultará a la Mesa de Personal para fijar la jornada anual de trabajo, mientras que no necesita negociar ni los servicios mínimos en caso de huelga (apartado d), ni la oferta pública de empleo (e), ni la modificación o supresión de las categorías profesionales (f), así como tampoco para la aprobación de los niveles profesionales (g) o para fijar los criterios para la promoción profesional (h)...

Traslados por decreto

Sin embargo, el apartado que detalla con mayor claridad la demagogia que se va a utilizar a partir de ahora es el que detalla la Planificación y Ordenación del Personal (Capítulo IV) que en su artículo 5 establece que 'con la finalidad de conseguir una mayor optimización de los recursos humanos... reglamentariamente se establecerán los supuestos, efectos y condiciones en los que el personal estatutario de centros e instituciones sanitarias del SCS pueda prestar servicios en otros ámbitos de la Administración de Cantabria y de entidades del sector público sanitario de Cantabria' y que queda reafirmado (capítulo VI, artículo 21) cuando dice que 'sin perjuicio del puesto o plaza de trabajo cuya titularidad corresponda al profesional, el personal estatutario estará adscrito al Servicio Cántabro de Salud con independencia del área

El consejero se otorga el poder para fijar servicios mínimos, modificar o suprimir categorías profesionales, fijar criterios de promoción profesional o para la concesión de premios y recompensas

de Salud o centro de gestión en el que radique tal puesto de trabajo y así se hará constar en el nombramiento' (apartado 1) y que 'el personal podrá prestar servicios para varios centros de gestión cuando existan proyectos de gestión compartida o así lo demanden las necesidades derivadas de garantizar la asistencia sanitaria de calidad en los diferentes centros sanitarios del Servicio Cántabro de Salud. A estos efectos se expedirán órdenes de servicios, tanto para participar en la atención ordinaria, atención continuada o programas asistenciales específicos, que serán de obligado cumplimiento para el personal...' (apartado 2) y en el artículo 44 (apartado 1) que dice que 'De manera motivada, se podrá trasladar al personal estatutario a centros o unidades diferentes al de su

nombramiento, cuando concurren necesidades del servicio... Es decir, que una enfermera que tiene ganada su plaza en Castro Urdiales puede ser trasladada a Potes, de forma obligatoria y sin posibilidad de renuncia, simplemente por necesidades del servicio o por un cambio en la estructura de personal.

Discriminación profesional

Para colmo de males, la sempiterna diferenciación entre médicos y enfermeras queda ahora regulada y legalizada por medio de esta nueva Ley. El borrador del anteproyecto contempla la obligatoriedad de que un tercio de las vacantes de médicos especialistas se realice por medio del sistema de movilidad voluntaria o concurso de traslado (artículo 49, apart. 1). Sin embargo, no recoge la misma consideración en el caso de las vacantes de enfermería o de otros estamentos, que deberán esperar a que sea el consejero de turno quien convoque el concurso, señalando las categorías afectadas, el número de plazas a concursar y las condiciones que deben cumplir los participantes (artículo 38, apart. 1 a 3).

La misma discriminación ocurre en el caso de los sistemas de selección de personal, para lo cual el anteproyecto indica que se utilizará como norma general el sistema de concurso-oposición mediante convocatoria pública. Sin embargo hace una excepción para el caso de los médicos especialistas, para los que recomienda la opción

de convocar concursos de méritos, *'valorando la especial cualificación, formación y habilidades de los aspirantes, posibilitando que su perfil profesional resulte ajustado a las funciones a desarrollar en el puesto de trabajo'* (Artículo 27, apartado 3). Es curioso que los méritos puedan ser valorables para conseguir la plaza como personal estatutario fijo de un médico especialista, pero no pueda ocurrir lo mismo con las plazas de matronas, enfermeras de atención primaria, salud mental, salud laboral, etc., a las que podrán concurrir todos los enfermeros y enfermeras sin valorarse la formación correspondiente.

Es ilógico que sea la propia Administración Autónoma la que haga oídos sordos a una realidad ya existente en nuestro país, como es el de las especialidades en enfermería, de tal forma que de seguir el anteproyecto por este camino, sería necesario modificarle antes de que se hubiera puesto en funcionamiento.

Complementos de productividad

Es curioso que cuando se trata el asunto de las retribuciones complementarias al salario base, la Consejería se otorgue las competencias para determinar quie-

nes deben cobrar el complemento de productividad y el de coordinación de centro de Atención Primaria, mientras que negocia con la mesa sectorial el de atención continuada, fija en el artículo 54 las condiciones para obtener el complemento de carrera profesional y asume las condiciones establecidas para el complemento de destino y complemento específico.

Dentro del complemento de productividad la Consejería vuelve a otorgarse la potestad de conceder de forma graciable este complemento, ya que en el tema de retribuciones complementarias (art. 59, apart. c, párrafo 4), cuando trata del complemento de productividad, señala que *'corresponde al Gobierno de Cantabria la fijación de los criterios para la percepción del complemento de productividad variable por el cumplimiento de objetivos derivados del contrato de gestión, así como la autorización de la cuantía máxima global a percibir por tal concepto. La percepción del complemento de productividad variable que dará condicionada a la manifestación escrita, por parte del personal, de su voluntad de cumplimiento de los objetivos anuales establecidos por el gerente del SCS para el correspondiente centro sanitario'*. Es curioso que la Consejería pretenda seguir con la exigencia de la formalización

La Consejería pretende implantar por decreto el traslado de centro

Crearé un registro de profesionales cuando la LOPS señala que es labor de los Colegios Profesionales

escrita pese a las múltiples sentencias de los juzgados de lo Contencioso-Administrativo que rechazan este requisito.

Otro tanto ocurre con el complemento de coordinación de centro de Atención Primaria (apart. f, art. 59), que está *'destinado a retribuir el desarrollo de funciones de coordinación de centro en AP. Para su percepción será designado, mediante libre designación, personal que preste servicios en el mismo centro o equipo de atención primaria. La designación y el cese en la función se realizarán por el director gerente del SCS'*. De esta forma,

la Consejería pierde una magnífica oportunidad de fijar mediante Ley las condiciones en los que el personal puede acceder a los puestos de coordinador, supervisora, etc.

Por otro lado, el anteproyecto señala que se creará un registro de profesionales cuando el artículo 5.2 de la LOPS (Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias) señala que *'para garantizar de forma efectiva y facilitar el ejercicio de los derechos a que se refiere el apartado anterior, los colegios profesionales, consejos autonómicos y consejos generales, en sus respectivos ámbitos territoriales, establecerán los registros públicos de profesionales que, de acuerdo con los requerimientos de esta ley, serán accesibles a la población y estarán a disposición de las Administraciones sanitarias. Los indicados registros, respetando los principios de confidencialidad de los datos personales contenidos en la normativa de aplicación, deberán permitir conocer el nombre, titulación, especialidad, lugar de ejercicio y los otros datos que en esta ley se determinan como públicos'*.

Como colofón, es curioso que una ley que va a determinar las condiciones de trabajo de los profesionales de la Sanidad pública de Cantabria no haya sido remitido a los propios interesados.



SENTENCIA JUDICIAL CONTRA LA CONSEJERIA DE SANIDAD

El parto de una hija tiene derecho al permiso correspondiente

El Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº 2 ha vuelto a enmendar la plana a la Consejería de Sanidad con motivo de la negativa que dio a una enfermera del Servicio Cántabro de Salud que solicitó el permiso correspondiente para atender a su hija que daba a luz.

Solicitado el permiso al SCS, este denegó la solicitud alegando que el parto de una hija no suponía enfermedad o accidente de un familiar, por lo que no entra dentro de los supuestos para solicitar dicho permiso.

Realizado el correspondiente recurso ante la Consejería, esta solicita a la enfermera que presente un informe de como su hija tiene problemas en su embarazo o puede tenerlos al dar a luz, pues sino no admite el permiso.

Presentado el recurso, el juez realiza una dura valoración de la actuación de la Consejería pues señala que en el apartado 1.4.2 del acuerdo de permisos y vacaciones del personal del SCS se admiten estos "en caso de fallecimiento, accidente o enfermedad grave de determinados familiares, aclarando que enfermedad grave es la dolencia física o

psíquica con secuelas permanentes que limiten la actividad habitual, con independencia de su hospitalización. También se contempla la cirugía con anestesia general y la simple hospitalización, incluida la cirugía mayor ambulatoria y la hospitalización de día".

Existe hospitalización

Pues bien, a pesar de que una Administración que se encarga de tratar la salud y el bienestar de las personas y que propugna la conciliación de la vida laboral y familiar, no considera enfermedad ni accidente el que una hija vaya a dar a luz y es aquí donde el juez da un tirón de orejas a la Administración pues señala que "al realizar esta exclusión, la Administración maneja un concepto de enfermedad y accidente incompleto y alejado del fin de la norma; porque se fija exclusivamente en el valor ético que la sociedad da al alumbramiento de un hijo, considerándolo como un bien que no tiene la significación negativa de la enfermedad, y deja de lado las connotaciones físicas

del suceso (dolor, incapacidad, riesgo de complicaciones) y porque olvida que son esas connotaciones, y no la valoración social de la situación ni la vivencia psicológica de la persona afectada, las que determinan la necesidad objetiva de atención por un tercero (familiar) cuya facilitación es la razón y fin último del permiso de que tratamos".

Y sigue el juez indicando que "el fin del permiso es posibilitar que el funcionario atienda a un familiar que está en una situación objetiva en la que se requiere esa atención, y si, según la norma analizada, la hospitalización es una de esas situaciones y si la proximidad del alumbramiento, y este mismo, son circunstancias que provocan o pueden provocar en la mujer limitaciones de sus capacidades físicas, dolores y, lo que es más importante, riesgo para su salud y la de su hijo, y es precisamente por eso por lo que se hospitaliza a la mujer. Si esto es así, es un contrasentido jurídico excluir del permiso que analizamos supuestos como los que nos ocupan, alegando que no se trata de una enfermedad".

Y el juez remacha la sen-

tencia indicando que es una "falta de razonabilidad exigir para la concesión del permiso que la solicitante acredite alguna complicación en el proceso de gestación; por un lado, porque la norma solo exige la hospitalización y porque si ésta se produce en los casos de alumbramiento es para poder entender debidamente a la afectada, evitar riesgos o afrontarlos rápidamente si estos aparecen; y, por otro lado, porque la atención de sus familiares la necesita la mujer que va a parir por la situación física y hasta anímica consustancial a la proximidad del alumbramiento.

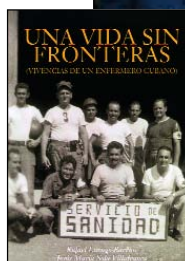
NOTA DE REDACCION: Es curioso que un juez le tenga que explicar a todo el SCS, dirigido por especialistas en medicina, el por qué se ingresa a una parturienta en un hospital y cuales son las complicaciones físicas y anímicas que puede sufrir. Parece como si todos ellos no hubiesen tenido hijos nunca y desconociesen los riesgos de un parto. Ahora bien, puede que si los conocen, pero es mejor crispar al personal y negarle derechos laborales fundamentales.

RAFAEL LUENGO Y JESUS MARIA SOLA SON LOS AUTORES

Una vida sin fronteras (vivencias de un enfermero cubano)

"Me llamo Jesús Armando Domínguez Carbonell, nací en Sancti Spiritus, provincia de Las Villas, el 18 de diciembre de 1922, en una casona solariega que ocupa el número 31 de la calle Independencia, que es la arteria principal de la ciudad". Así inician Rafael Luengo y

Jesús María Solá, compañeros del Colegio, el relato de los avatares de este enfermero que, desde una familia acomodada, llegó a jefe de sala como enfermero en un hospital de New Jersey en EE UU



Los autores junto a Jesús Armando Domínguez y Federico Luengo Pombo que realizó la presentación del libro en el Ateneo.

EL COLEGIO TE PROTEGE CON 3.000.000 euros

(por siniestro, y con un límite por anualidad de veinte millones de euros)

NUEVO SEGURO

DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL CON LA COMPAÑÍA

MAPFRE

NORMAS DE PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE POSIBLES RECLAMACIONES. PASOS QUE DEBE SEGUIR EL COLEGIADO:

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

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

Tercero: si el colegiado no pudiese contactar con el Colegio, comunicará directamente el hecho a la Asesoría jurídica del Consejo General (telf.: 913345520), donde un letrado le informará de los pasos a seguir y la cobertura del seguro. De no hacerlo así, el Consejo no asumirá ninguna responsabilidad, y el perjudicado será sola y exclusivamente el colegiado.

Cuarto: el colegiado no deberá declarar nunca sin abogado, ni firmar ningún documento.

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

LA NUEVA PÓLIZA AMPLÍA LAS PRINCIPALES COBERTURAS:

- Riesgo cubierto: responsabilidad civil profesional de los colegiados en el desarrollo de su actividad profesional o especialidad sanitaria, tal y como se regula en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, incluyendo la actividad docente, terapias alternativas y 'piercing'.
- Manteniendo el importe de la prima, la cobertura por siniestro se incrementa hasta 3.000.000 de euros, con un límite por anualidad de veinte millones.
- Cobertura por inhabilitación profesional como consecuencia de sentencia judicial firme, con abono por parte de la aseguradora de una cantidad máxima de 1.350 euros al mes, por un plazo máximo de 15 meses.
- Posibilidad de contrademanda o reclamación a contrario frente a denuncias infundadas, temerarias o con mala fe.



CAMPAÑA de PENSIIONES 2009



SONRÍE AL FUTURO



Sonríe al futuro

*Ahora es el mejor momento.
Ahorre para su futuro, consiga
una interesante desgravación fiscal
y llévase un magnífico regalo por
sus aportaciones.*

Registre en Aseguradora de Aportaciones en el Plan de Pensiones y PPA durante el mes 2009. Registre en la entidad de destino su aporte para poder gozar de la desgravación fiscal y llévase un magnífico regalo. Con Cajas Cantabria le ofrecemos por valor de regalo un magnífico regalo.

Cantabria Jubilación Asegurada (PPA) es un seguro de vida de Cantabria Vida y Pensiones, S.A. de Inversión y Reservas inscrita en la CNMV, número C 10102, y CIP- A. 2009/0004. Se otorga por el Magnífico Regalo, S.A. CIP- A. 2009/0004 en cumplimiento de lo establecido en el artículo 27 de la Ley 35/2006, con arreglo de la profesional y capacidad financiera con arreglo a lo dispuesto en el artículo 27 de dicha Ley. Información previa al tomador: condiciones particulares y de la promoción disponibles en cualquier oficina de Caja Cantabria.

 **CAJA
CANTABRIA**

