

**REVISTA del
COLEGIO de
ENFERMERIA
de CANTABRIA**

NUBEROS

AÑO 14 NUM. 56

1º Trimestre 2010

**ENFERMERIA INTERVENCIONISTA:
El desarrollo enfermero del Siglo XXI**

**EXAMENES DEL EIR:
Tres cántabras entre los once primeros de España**

¿Para cuándo la especialidad de Enfermería Comunitaria?

Ahora decide usted...



Nadie conoce mejor que usted sus necesidades, por eso, en A.M.A. le ofrecemos **4 modalidades** de seguros para su Automóvil.

Ahora, además, premiamos su fidelidad

Ponemos a su disposición un servicio de **Asistencia Jurídica Telefónica Especializada**, de manera totalmente gratuita para consultas en los ámbitos **personal** y **profesional**

TELÉFONO DE ASISTENCIA JURÍDICA

91 572 44 22



40 años asegurando a los profesionales sanitarios

Infórmate sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

• A.M.A Santander **942 217 719**

Lope de Vega,33 39003 SANTANDER

santander@amaseguros.com

• A través de internet: www.amaseguros.com

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:

M^a Asunción González Salas

VICEPRESIDENTA 1^a:

Rocío Cardeñoso Herrero

VICEPRESIDENTA 2^a:

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.

La Audiencia Nacional avala el diagnóstico enfermero y da un serio varapalo a la OMC por denunciar sin fundamento

Enfermería 'SI' diagnóstica

De nuevo una sentencia judicial ha dejado en evidencia a la Organización Médica Colegial (OMC), al desestimar el recurso que interpusieron para tratar de anular el nuevo plan de estudio de Grado de Enfermería, donde se especifica que los enfermeros deben formarse para *'planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familias o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, a través de guías de práctica clínica y asistencial, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud'*.

El recurso presentado se circunscribe a las trabas que un colectivo tan corporativista como el de médicos sigue poniendo en marcha constantemente, mostrando sus fobias y viendo fantasmas donde no los hay, para intentar frenar el desarrollo de la profesión de Enfermería, que solo busca la mejora profesional para ofrecer una mejor atención a los pacientes, actuando en colaboración con el médico y nunca en su contra.

Esta vez es la sección quinta de la Sala de lo Contenciosos-Administrativo de la Audiencia Nacional, la que advierte seriamente a la OMC de que *'no puede sacar de contexto, como parece pretender, el término **diagnóstica**, en un punto en donde el Ministerio de Educación y Ciencia e Innovación establece los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión enfermero'*.

En definitiva, la sentencia avala la existencia del **diagnóstico enfermero**, estableciendo que no pretende conferir al enfermero la capacidad del diagnóstico médico y, recuerda la Audiencia Nacional, que en las distintas profesiones sanitarias convergen una serie de funciones semejantes y muchas veces idénticas, de las que no es posible sustraer todas o algunas de ellas sin riesgo de dejar sin contenido alguna de estas profesiones. La realidad actual es el trabajo en equipos multidisciplinares.

La sentencia aporta una conclusión que nos gustaría que quedase definitivamente bien clara y es que el término 'diagnóstico' no es patrimonio de la profesión médica.



FOTO PORTADA: Yuste

Asunción González Salas. Presidenta del Colegio de Enfermería de Cantabria

SUMARIO

4. VALDECILLA SUR:

Enfermería intervencionista, enfermería 'express'



8. RESULTADOS DEL EIR:

¿La Enfermería de Cantabria es la mejor de España?



16. ESPECIALIDADES:

¿Para cuando la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria?

16. INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA:

Valoración de la consulta de enfermería en pacientes

diagnosticados de apnea del sueño.

20. INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA:

Estudio y análisis de los conocimientos sobre lactancia materna del puerperio inmediato.

22. NOTICIAS DEL COLEGIO:

- Las enfermeras apoyan la Ley Antitabaco.
- El Colegio impartirá la formación necesaria para prescribir.
- Premiados en la fiesta infantil de Navidad

Así trabaja...



De izquierda a derecha, Asun Manzano (supervisora de Area), Pilar Fernández (unidad de litotricias), Paz Colvee (unidad de arritmias), Mariluz Blanco (unidad de endoscopias), Yolanda San José (supervisora) y Paz González (unidad del dolor). FOTO: ROMAN ALONSO

VALDECILLA SUR

Enfermería 'express'

La obligación que tiene la medicina de reintegrar al paciente a su vida social lo más rápidamente posible, unido a la necesidad de reducir los tiempos sanitarios, han provocado un gran desarrollo tecnológico y la aparición de nuevas prácticas intervencionistas que, además de mejorar los criterios para el diagnóstico, han facilitado el tratamiento de diferentes patologías.

Considerando que la Enfermería debe estar presente en todas las exploraciones en las que el paciente requiera unos mínimos cuidados asistenciales, el desarrollo de estas nuevas prácticas ha provocado un cambio en la actuación enfermera, que comprueba como en hospitalización aumenta la complejidad de los pacientes ingresados, a la vez que se incrementa la actividad en los hospitales de día y en las consultas especializadas donde se practican procesos intervencionistas.

Es la apuesta de futuro de Valdecilla, que en la última década está siendo sometido a una renovación total de sus instalaciones y aprovecha estas sinergias para realizar una importante inversión en este tipo de procedimientos.

Desde la puesta en marcha de Valdecilla Sur en marzo de 2008 –dependencias del Hospital donde se agrupan las consultas externas especializadas y los hospitales de día– la evolución de las actuaciones intervencionistas ha dado un salto cualitativo importante y las cuatro

Unidades que forman el Area Ambulatoria –Litotricia, Arritmias, Endoscopias y Dolor– han aumentado considerablemente la cuota de pacientes atendidos.

El personal de enfermería es imprescindible en la actividad intervencionista por la necesidad de cuidados específicos que acompañan al proceso y que son función exclusiva de una enfermera –preparación física y psicológica del paciente, control de sus constantes vitales antes, durante y después de la intervención, preparación del campo estéril de trabajo, asistencia al médico especialista, etc.–.

El personal de enfermería está a cargo de Asun Manzano, supervisora de área de la Unidad, y de la supervisora Yolanda San José, que son las encargadas de planificar y resolver las necesidades de personal y medios que cada intervención requiere. “Diariamente, estas unidades realizan una gran cantidad de actuaciones y hay que organizarlo todo para

poder atenderlas”, señala Asun Manzano, “pero el trabajo hay que organizarlo en función de la derivada de las agendas de los médicos lo que nos obliga a realizar cambios constantes en los planes de trabajo”.

El área ambulatoria cuenta con 172 enfermeras a las que se unen otras tantas auxiliares fijas, aunque las especiales características de las intervenciones impiden que el personal pueda variar entre las diferentes consultas. “Son mundos totalmente diferentes”, señala Yolanda San José, “pues a pesar de que yo he trabajado durante años con endoscopias, tendría que formarme de nuevo para trabajar en la unidad de arritmias o en la del dolor”.

Todos los servicios de Valdecilla Sur trabajan en jornada de mañana con consultas muy dinámicas y con mucha actividad, lo que implica que una multitud de pacientes y acompañantes se agolpen en sus instalaciones. Esta situación provoca una cierta incomodidad entre los pacientes, que podría solucionarse pasando parte de la actividad a las tardes, lo que permitiría mejorar la valoración que los usuarios hacen de un servicio que, en la actualidad, es de máxima calidad a nivel nacional en cuanto a técnicas, instrumentación y formación de los profesionales.

Por lo que respecta al trabajo enfermero, Asun y Yolanda destacan la capacidad de trabajo de las enfermeras de cada área. Destacan “el volumen de trabajo y la calidad del mismo”, al mismo tiempo que señalan que “se han tenido que formar en las nuevas técnicas a marchas forzadas, pues cada vez que se implanta una nueva técnica necesitan conocer en el menor tiempo posible las características del material empleado –de alta tecnología y costes elevados–, la preparación que necesitan los pacientes y las técnicas que debe realizar durante la intervención”. Por otro lado, deben preocuparse de formar a las enfermeras que cubren las vacantes que se producen, pues llegan al servicio sin conocer las técnicas que se utilizan. Asun Manzano señala que “para que el trabajo fuese más efectivo sería necesario crear un *pool* de enfermeras ‘corretornos’ convenientemente formadas, a las cuales recurrir cuando sea necesario para cubrir vacantes pues, con el sistema de listas, la formación que se imparte a una enfermera se pierde



Asun Manzano y Yolanda San José son las responsables de coordinar el trabajo de las cuatro unidades intervencionistas.

cuando acaba la suplencia, pues no vuelve al servicio y hay que reiniciar la labor de formación con las que llegan”.

Unidad de Litotricia

Con el fin de evitar que los pacientes afectados tuviesen que desplazarse a otras regiones para ser tratados, Valdecilla puso en marcha en 2003 esta unidad, dependiente del servicio de Urología.

“El objetivo de esta técnica”, explica Pilar Fernández, “es destruir cálculos (litiasis), que son masas orgánicas de cristales que se forman y crecen en el interior del riñón. La litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) permite destruir los cálculos y es un procedimiento que se realiza en régimen ambulatorio y bajo sedación anestésica”.

El equipo multidisciplinar, cuyo jefe de servicio es el doctor Gutiérrez Baños, está compuesto por un urólogo, un anestesista y una enfermera acreditada para el manejo de instalaciones de Rx. Los pacientes provienen de las consultas de Urología y, una vez llega la historia, es la unidad quien asume el tratamiento y evolución hasta el alta definitiva.

Los pacientes son informados telefónicamente de la fecha de la intervención y de la preparación preoperatoria necesaria y el día de la intervención llegan al Hospital de Día Quirúrgico, donde se les prepara según el protocolo.

Con anterioridad, Pilar ha preparado la sala, revisado el respirador, la medicación, el litotriector, la escopia, los registros, el instrumental necesario y se asegura de que el resto del equipo está disponible. “Es el momento de traer al paciente”, detalla Pilar, “y volver a comprobar de que

CARTERA DE SERVICIOS POR AREAS

UNIDAD DE LITOTRICIAS

- Litotricia por onda de choque

UNIDAD DE ARRITMIAS

- DAIs (implantación y recambio)
 - Monocameral
 - Bicameral
 - Tricameral
- Marcapasos (provisional y definitivo)
 - Monocameral y bicameral
 - Tricameral
- Cardioversión
- Implantación Holter de eventos
- Ablación (convencional y crioablación)
 - Taquicardias supraventriculares
 - Taquicardias ventriculares, endocavitarias y epicárdicas
 - Flutter
 - Fibrilación auricular

UNIDAD DE ENDOSCOPIAS

- Gastroscopias
- Extracción de cuerpo extraño
- Enteroscopias
- Eco-endoscopia
- Eco-endoscopia con punción
- Dilatación con balones
- Dilatación con bujías
- Prótesis de exófago
- Ligadura de varices esofágicas
- Inyección de colas biológicas
- Inyección de toxina botulínica
- Polipectomía gástrica
- Tratamiento de HDA
- PEG
- Recambio de PEG
- Recambio de botón
- Balón intragástrico
- Inyección de tatuajes
- Electrocoagulación con gas argón
- CPRE
- Terapéutica de la vía biliar
- Prótesis biliares
- Prótesis pancreáticas
- Anuscopias
- Rectoscopias
- Rectosigmoidoscopias
- Colonoscopias
- Prótesis enteral
- Ligadura de hemorroides
- Esclerosis de hemorroides
- Polipectomía de colon
- Desobstrucción de vólvulo
- Colocación de lazos
- Dilatación del colon
- Toxina botulínica en fisura anal
- Medidas hemostáticas en colon

UNIDAD DEL DOLOR

- Estimulación nerviosa transcutánea
- Iontoforesis
- Infiltración epidural
- Infiltración caudal
- Infiltración transforaminal
- Epidurolisis
- Bloqueo nervios periféricos (Supraespinal, ciático, crural, etc.)
 - Infiltración piramidal
 - Catéter epidural
 - Catéter plexo braquial
 - Neuroestimulador epidural
 - Neuroestimulador occipital
 - Bomba intratecal
 - Reservorio intratecal
 - Rizolisis

Así trabaja.....

está preparado física y emocionalmente, que está informado y ha firmado el consentimiento y cumplimentado la encuesta preanestésica que le entregaron durante el preoperatorio”.

El procedimiento dura entre una y dos horas dependiendo de la ubicación del cálculo y, una vez finalizado, se entrega un informe y se cita al paciente para la revisión médica. Tras comprobar que cumple los criterios para abandonar la Unidad, es trasladado de nuevo al hospital de Día Quirúrgico donde recibirá cuidados hasta el alta.

Unidad de Arritmias

Tras una intervención de dos horas se consigue que un enfermo que entra muy grave, sienta como le vuelve la vida y salga con nuevas energías. “Por eso y por la constante evolución de las técnicas y materiales que emplean”, señala Paz Colvee, “es un trabajo muy gratificante en el que siempre se está evolucionando”.

La unidad se encarga de estudiar y tratar el incorrecto funcionamiento de los circuitos eléctricos del paciente y por medio de una cirugía ambulatoria implantarle un marcapasos, un desfibrilador DAIs o realizar una ablación para corregir una arritmias.

Semanalmente realizan una media de veinticinco actuaciones, lo que supone una carga considerable para las dos enfermeras del servicio. Su labor consiste en preparar al paciente y el instrumental y, una vez todo listo, ayudar al cardiólogo en el manejo de los catéteres y de los polígrafos. “Manejamos un material de muy alto valor, por eso, nuestro trabajo es muy específico y, a parte de la práctica enfermera básica que se realiza a cualquier paciente que sufre una intervención, en esta unidad la enfermera debe tener unos conocimientos elevados de la especialidad cardiológica”.

Unidad de Endoscopias

Hace cincuenta años que se conoce el endoscopio de fibra óptica, pero hasta la última década no se ha convertido en una de las herramientas diagnósticas e intervencionista más utilizada. Es raro el usuario de la sanidad pública que no ha necesitado de una exploración interna, pues realizan una media de 50 exploraciones diarias que abarcan



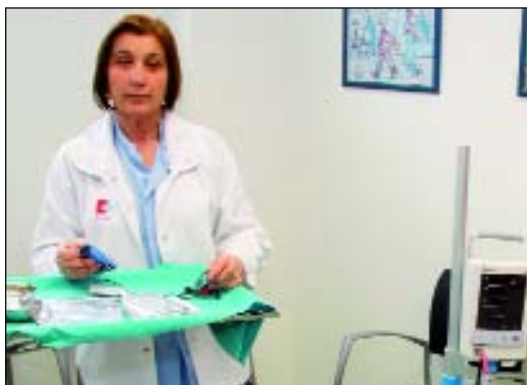
Pilar Fernández es la enfermera responsable del equipo de litotricia por ondas de choque de Valdecilla.



En la unidad de arritmias diagnostican y tratan el incorrecto funcionamiento de los circuitos cardiacos.



En la unidad de Endoscopias se realizan medio centenar de intervenciones diarias.



Paz González considera que hay que educar a la gente de que no se tiene que soportar el dolor.

desde las gastroscopias, rectoscopias y colonoscopias a las ecopunciones y las intervenciones terapéuticas (ligaduras, esclerosis, etc).

Es una unidad multidisciplinar que realiza técnicas para diagnóstico, pronóstico y terapia de enfermedades. Dispone de cuatro salas donde trabajan en equipo un médico de digestivo, anestesta, una enfermera y una auxiliar, que en horario de mañana realizan 36 procedimientos intervencionistas diferentes –mientras dure el programa de prevención del cáncer de colon, otro equipo realiza intervenciones en horario de tarde–. Además, esta unidad cubre guardias localizadas de 24 horas todo el año, pues son reclamados por los servicios de urgencias del hospital cuando se producen cuadros clínicos que necesitan de esta técnica (varices esofágicas sangrantes, hemorragias digestivas, extracción de cuerpo, etc.).

Como se realizan prácticas invasivas, las enfermeras se encargan de preparar al paciente y la sala de escopias. También realiza las sedaciones cuando cuando son necesarias, además de ayudar al médico manejando los endoscopios y el material. Además, deben controlar la aparición de riesgos potenciales, efectos secundarios o complicaciones.

Unidad del dolor

Para Paz González, “la unidad de dolor de Valdecilla, además de ser pionera, puede ser considerada una de las mejores de España. Empezamos tratando el dolor oncológico, pero la evolución de las técnicas y fármacos ha permitido que ahora trabajemos también en el dolor traumático, en medicina interna, cardiovascular, neurocirugía, etc.”.

El paciente llega diagnosticado sobre la procedencia del dolor y aquí se diseña un tratamiento oral o a través de tens, iontoforesis, bloqueo de nervios periféricos o centrales (catéteres epidural), rizolisis, bombas intratecales para tratamientos con morfina, etc.

La unidad cuenta con tres enfermeras y tres auxiliares que atienden a 16.000 pacientes al año que, como indica Paz, “llegan muy ansiosos y cansados por las vueltas que han dado, soportando el dolor, hasta llegar aquí. Pero el resultado no siempre es automático, pues hay muchos productos para quitar el dolor y hay que encontrar el más efectivo”.

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

Entre los casi 9.000 profesionales de toda España que se han presentado a las pruebas para acceder a las especialidades de Enfermería, Eva Galnares (primera), Eva Torío (séptima) y Marta Gómez (undécima) han dejado muy alto el pabellón de nuestra región y, por deducción, la calidad teórico-práctica de la formación que imparte la Escuela de Enfermería. Sin embargo, los resultados no aclaran las dudas que aún hoy provocan las especialidades entre la enfermería española.



De izquierda a derecha, Eva Galnares y Marta Gómez que, junto a Eva Torío, han conseguido los puestos primero, undécimo y séptimo, respectivamente, en el EIR.

PRIMERA, SÉPTIMA Y UNDÉCIMA EN EL E.I.R.

¿La enfermería de Cantabria es la mejor de España?

Los resultados avalan el logro conseguido, pero las tres compañeras transmiten su extrañeza por el éxito logrado, ya que consideran que el examen fue muy extraño, al predominar las preguntas de tipo práctico –lo que las ha beneficiado a las tres, pues llevan varios años trabajando– y no incluir preguntas más complicadas como las de temas estadísticos o de anatomía.

También sorprende comprobar que las tres obtuvieron su título hace más de una década y que no sean las nuevas promociones las que hayan obtenido mejores resultados al tener más reciente la formación y la capacidad de estudio. Todas coinciden con el comentario de Eva Galnares al señalar que “la preparación ha sido el temario de los cursos que el Colegio organiza en colaboración con la Escuela de Ciencias de la Salud para las oposiciones al SCS”, señala Eva Galnares y puntualiza que “eso, unido a la madurez como persona y como profesional, es lo que me ha ayudado a la hora de aprobar el EIR”.

Ahora deben decidir que especialidad eligen y cada una se encuentra en una circunstancia diferente, pues así como Marta Gómez Otí (promoción de

1994, en la actualidad trabaja en el Centro de Salud Pisueña-Cayón de Sarón) apuesta de manera rotunda por hacer la especialidad de Matrona –lo había intentado varias veces, la última en 2002–, en el caso de Eva Galnares García (promoción del año 2000, estuvo nueve años en el Centro de Salud Dobra de Torrelavega y ahora trabaja en Sierrallana) y Eva Torío Castañeda (promoción de 1999, desarrolla su trabajo en Medicina Interna de Sierrallana) se presentaron a la prueba EIR como experiencia de cara a obtener una plaza en las oposiciones que, se supone, celebrará el Servicio Cántabro de Salud este año.

En este punto, Galnares se plantea elegir la especialidad de Matrona, ya que es la única que se puede desarrollar en Cantabria, sin embargo Torío pretende renunciar y apostar por la oposición al SCS.

Las dudas del EIR

Estos planteamientos pueden resultar extraños a primera vista, pero hay que analizar en profundidad el funcionamiento del EIR para entender las

diferentes posturas.

Los primeros pasos de la incipiente Residencia en Enfermería serán difíciles, pues la casuística de estas tres enfermeras se repite en muchas profesionales más que, deseosas de especializarse, cuentan con varios años en la profesión y hacen valer esos méritos para puntuar y elevar la nota final. Ahora bien, los que acceden al EIR deben, en principio, renunciar a la suplencia para la que está contratada y, por tanto, a su salario –las enfermeras con plaza tienen derecho a pedir excedencia por estudios– y pasar a cobrar los 1.000 euros al mes con que está dotada la formación EIR.

Otro dato a tener en cuenta por los aspirantes es que en Cantabria solo se imparte la especialidad de Matrona –cinco plazas por año–, lo que obligará a la mayoría a salir de la región, cuestión que facilita las aspiraciones de los nuevos diplomados, pero dificulta el acceso a aquellos profesionales de Enfermería que cuentan con obligaciones familiares.

Por último, hay que señalar que la oferta actual de especialidades es poco atractiva pues, además de la reseñada, solo existen las especialidades de Salud Mental y de Enfermería del Trabajo, que cuentan con pocas posibilidades de salida laboral en esta región, en la mayoría de los casos, en empresas privadas.

Pero todos debemos concienciarlos de que, a pesar de incredulidad inicial, las especialidades son el futuro de esta profesión y que, en el futuro, aquellos que no estén convenientemente preparados comprobarán como son superados por gente más joven que si cumple con los requisitos profesionales que se exigirán.

FAECAP DENUNCIA LA FALTA DE INTERÉS DEL MINISTERIO DE SANIDAD

¿Para cuando la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria?

La Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria (FAECAP) –de la que es miembro la Sociedad Científica de Enfermería Comunitaria de Cantabria (SCECC)– ha manifestado su irritación por la negligencia del Ministerio de Sanidad en la gestación de la especialidad en su campo profesional.

Transcurridos cinco años desde la aprobación del Real Decreto que recoge los criterios para desarrollar las especialidades de Enfermería, en la actualidad no se ha aprobado su plan formativo, a pesar del trabajo realizado por la Comisión Nacional de la especialidad que ha presentado ya dos borradores, el último hace un año.

Tras este largo período, esta vez el Ministerio se ha excusado en un informe vago, contradictorio, incoherente e impreciso, desde el que reclaman la inclusión de determinados elementos que los borradores presentados ya contienen, además de señalar como graves aspectos formales y superficiales del mismo, lo que le sirve de excusa para reclamar la elaboración de un nuevo plan y conseguir, de esta manera, la demora en la aprobación del programa formativo de la especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria.

FAECAP atribuye esta conducta a la falta de celo de las instancias ministeriales, que parecen deliberadamente



dispuestas a dilatar el proceso todo lo que puedan, pues uno de los argumentos principales que sostiene el informe emitido desde el Ministerio es que la especialidad no añade nada nuevo a la labor profesional que ya hacen las actuales enfermeras de Atención Primaria.

FAECAP quiere manifestar que, actualmente, el altísimo grado de cualificación y especialización de estas profesionales está basado en una au-

toformación voluntaria e individualizada, pero que no se trata de una formación reglada y homologada por el Ministerio competente.

FAECAP defiende el texto elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad por ser el más sensato, el mejor definido y el mejor adaptado a las necesidades de atención de la población de todos los programas formativos de enfermeras especialistas que hasta ahora se han presentado. Con la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria se conseguirá unificar la formación de los profesionales de enfermería en atención primaria ampliando sus competencias en el liderazgo de actividades comunitarias y profundizando en la investigación de cuidados de calidad.

Asimismo, la federación quiere alertar a la población de que, con estas medidas, les están impidiendo la posibilidad de ser atendidos por enfermeras especializadas mejor cualificadas en los centros de Atención Primaria.

FAECAP celebrará con urgencia una reunión monográfica para analizar esta crisis y adoptar las medidas necesarias, ya que considera que no es tolerable el tratamiento discriminatorio que están recibiendo los profesionales de Enfermería por parte del Ministerio de Sanidad.

Junta Directiva de FAECAP
Junta Directiva de SCECC



CARRERA MOTOR, S.A.

Avda. de Parayas, S/N
 Tel. 942 35 21 84
 Santander.

Avda. Bilbao, 97. Sierrapando
 Tel. 942 83 52 90
 Torrelavega.

www.carreramotor.com



Logoss

FORMACIÓN CONTINUADA



☎ 902 153 130
☎ 953 245 500



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
- ✓ 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 44/2008 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

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



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

www.logoss.net

OBSEQUIOS:

- MATRICULÁNDOSE EN EL BLOQUE DE **PEDIATRÍA**, RECIBIRÁS DE REGALO JUNTO CON EL MATERIAL DE LOS CURSOS: UN **PULSIOXÍMETRO**.
 - MATRICULÁNDOSE EN EL BLOQUE DE **EMERGENCIAS**, RECIBIRÁS DE REGALO JUNTO CON EL MATERIAL DE LOS CURSOS: UN **FONDOSCOPIO + ESFIGMOMANÓMETRO**.
 - MATRICULÁNDOSE EN EL BLOQUE DE **VASCULAR**, RECIBIRÁS DE REGALO JUNTO CON EL MATERIAL DE LOS CURSOS: UNA **MINICADENA PORTÁTIL**.
- PARA TODOS LOS CURSOS UN PACK O REGALO POR ALUMNO.
VER PEDIA DE PROMOCIÓN CATÁLOGO PRIMERA EN www.logoss.net

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 CERVANTES y cuenta con la colaboración y patrocinio de F. C. LOGOSS

PULSIOXÍMETRO



ESPECIFICACIONES:
Pulsioxímetro de dedo en PVC resistente, con dos valores de detección: pulso y saturación periférica de oxígeno. Compacto y útil para el uso diario a nivel hospitalario o extrahospitalario con más de 90 horas continuas de uso ininterrumpido. Funciona con dos pilas AAA de 1,5 v (incluidas).

CURSOS a distancia

OFERTA 50% de descuento + regalo y manual

por sólo **28,50 €**, si te matriculas de forma simultánea junto con cualquier otro bloque de cursos del catálogo "Primavera 2010".



El manual de soporte vital en adultos detallado.
Módulo: 12077 rev.
Págs.: 200

Temática: RCP
2 cursos

SOPORTE VITAL EN ADULTOS PARA ENFERMERÍA
1. Reanimación cardiopulmonar. 2. Soporte vital básico en el adulto. 3.

Soporte vital avanzado en el adulto. 4. Monitorización de signos vitales y parámetros vitales.

Duración: supone conjuntamente 27 de los 30 requisitos teóricos con requisitos alternativos.

2,3 créditos CFC - Duración 30 horas

SOPORTE VITAL EN PEDIATRÍA PARA ENFERMERÍA

1. Soporte vital básico en pediatría. 2. Soporte vital avanzado en

pediatría. 3. Soporte vital avanzado en la infancia. 4. Soporte vital avanzado en la adolescencia.

2,4 créditos CFC - Duración 30 horas

Precio conjunto de estas 2 actividades: 57 euros. Incluye envío urgente del material.

OFERTA: Si se adquiere el curso de Soporte vital en adultos para enfermería y el curso de Soporte vital en pediatría para enfermería se incluye un regalo de valor de 28,50 euros.

BLOQUE EMERGENCIAS

ATENCIÓN ENFERMERA E INTERVENCIONES EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS I

4,7 créditos CFC - Duración 100 horas

ATENCIÓN ENFERMERA E INTERVENCIONES EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS II

4,7 créditos CFC - Duración 100 horas

ATENCIÓN ENFERMERA E INTERVENCIONES EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS III

4,7 créditos CFC - Duración 100 horas

Precio conjunto de estas 3 actividades: 133 euros incluye envío urgente del material



ESTOS 3 CURSOS ESTÁN ACREDITADOS POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA (MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL) PARA INICIATIVAS FORMATIVAS CERVANTES y cuentan con la colaboración y patrocinio de F. C. LOGOSS

ESTOS 6 CURSOS ESTÁN ACREDITADOS POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA (MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL) PARA INICIATIVAS FORMATIVAS CERVANTES y cuentan con la colaboración y patrocinio de F. C. LOGOSS

BLOQUE VASCULAR

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON ISQUEMIA CRÓNICA Y AGUDA DE EXTREMIDADES

5,9 créditos CFC - Duración 100 horas

CUIDADO DE PACIENTES CON PATOLOGÍA ISQUÉMICA E HIPERTENSIÓN

6,1 créditos CFC - Duración 100 horas

CUIDADO DE PACIENTES CON ALTERACIONES ARTERIALES

5,8 créditos CFC - Duración 100 horas

CUIDADO DE PACIENTES CON ALTERACIONES VENOSAS Y LINFÁTICAS

5,9 créditos CFC - Duración 100 horas

ENFERMERÍA Y FÁRMACOS EN PATOLOGÍA ARTERIAL Y VENOSA

5,8 créditos CFC - Duración 100 horas

CUIDADOS ENFERMEROS PARA LA RECUPERACIÓN DE PACIENTES CON ALTERACIONES VASCULARES

5,4 créditos CFC - Duración 100 horas

Precio conjunto de estas 6 actividades: 148 euros incluye envío urgente del material

ESFINGOMANÓMETRO ANEROIDE

ESPECIFICACIONES:
Esfingomanómetro aneroide 1 kcal. Calidad profesional y funcionamiento exacto. Grado de precisión: 2 mmHg. Límite de medición: 300 mmHg. Rango de presión: ± 3 mmHg. Incluye en el lote para el paciente.



Es esfingomanómetro de marca Logoss para adultos.

FONENDOSCOPIO DE DOBLE CAMPANA



MINICADENA PORTÁTIL CON LECTOR DE MP3



ESPECIFICACIONES: compatible con CD, CD R, CD RW y MP3. Función repetir. Función programa. Radio AM/FM. Memoria 1 CD display. Antena telescópica. Alimentación por corriente y pila (no incluida). El color de la manecilla que se muestra en la fotografía es orientativo, por lo que puede variar dependiendo del lote.

Incluye en el lote para el paciente.

Valoración de la consulta de enfermería en pacientes diagnosticados de apnea del sueño

Positive evaluation of the nursing consultation, to improve the compliance in the use of CPAP (Nasal continuous positive airway pressure), in patients diagnosed with sleep apnoea

Olga Cantalejo Martín, Emma Alonso Palacio y Montserrat Martínez Seco
(Unidad de Trastornos del Sueño y Ventilación del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla)

OBJETIVO

Analizar la eficacia de una consulta protocolizada de enfermería en la mejora del cumplimiento (horas/día) del uso de CPAP (presión positiva continua en la vía aérea).

To analyze the effectiveness of a nursing consultation with protocol on the improvement of the compliance (hours/night) of the use of CPAP (nasal continuous positive airway pressure).

OBJETIVOS SECUNDARIOS

Evaluación del número de consultas generadas por el grupo intervención (que recibió consulta protocolizada de enfermería) vs. grupo control. Valorar el nivel de resolución de problemas y efectos secundarios por parte de consulta de enfermería y la necesidad de adelantar la visita médica en ambos grupos. Evaluar distintas variables que influyen en el cumplimiento.

Assessment of the number of consultations generated by the group which had nursing consultation with protocol vs. control group. Evaluating the level of problems solved and side effects by the nursing consultation and the need to bring forward the medical visit for both groups. Evaluating several variables that have influence on the compliance.

DISEÑO

Se trata de un ensayo clínico con dos grupos de 100 pacientes cada uno: grupo intervención y grupo control. Los y las pacientes que fueron diagnosticados de Apnea del Sueño e iniciaron tratamiento con CPAP, indicado por el equipo médico de la Unidad de Sueño y Ventilación según protocolo habitual, fueron incluidos en el estudio.

It consists of a clinical trial with two groups of 100 patients each: intervention group and control group. Patients diagnosed of "Sleep apnea" and initiated CPAP

treatment, indicated by the medical group of the Unidad de Sueño y Ventilación following the standard procedure, were included in the study.

RESULTADOS

El grupo intervención presentó una mejoría del cumplimiento con CPAP estadísticamente significativa tras la consulta de enfermería (20 minutos) precisando menor número de consultas extraordinarias de enfermería que el grupo control. Los pacientes que eran malos cumplidores (< 3 h/d) y solicitaron consulta extraordinaria de enfermería pasaron a ser buenos cumplidores (14.3%). De todas las variables analizadas las únicas que influyeron positivamente en el cumplimiento de forma significativa fueron la edad (mayor edad mayor cumplimiento) y la existencia de síntomas nocturnos previa a la indicación de CPAP.

The intervention group showed a statistically significant improvement of the CPAP compliance after nursery intervention (20 minutes), requiring less number of extraordinary consults than the control group. Patients who were good compliants (less than 3 hours per day) and applied for an extraordinary consult turned into good compliants. From all analyzed variables, the only ones that influenced treatment compliance in a positive manner were the patient age (older patients showed better compliance) and the existence of night symptoms previous to the CPAP prescription.

CONCLUSIONES

La consulta protocolizada de enfermería resulta una herramienta eficaz para mejorar la adhesión al tratamiento con CPAP y la resolución de efectos secundarios derivados de dicha terapia.

The protocolized nursery consult is a efficient tool to improve the adherence to the CPAP treatment and the solution of the secondary effects derived from the therapy.

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Tomando como referencia el Consenso Nacional sobre el “Síndrome de Apnea- Hipopnea del sueño (SAHS)” se define esta enfermedad como: alteración anatómico-funcional de la vía aérea superior (VAS) que conduce a su colapso, provocando descensos de la saturación de oxihemoglobina (SaO₂) y microdespertares que dan lugar a un sueño no reparador, somnolencia diurna excesiva, trastornos neuropsiquiátricos, respiratorios y cardíacos.⁽¹⁾

Diferentes estudios epidemiológicos llevados a cabo en Estados Unidos y en Europa, han evidenciado que el SAHS es una enfermedad prevalente que afecta entre un 4 y un 6% de hombres y un 2 y un 4% de las mujeres en la población general adulta de edades medias⁽²⁾. Además, la prevalencia del SAHS aumenta claramente con la edad⁽¹⁾.

Por otra parte, se ha demostrado que el SAHS está asociado con el deterioro de la calidad de vida, la presencia de hipertensión arterial y el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares y, que además, está relacionada con la aparición de accidentes de tráfico. Así mismo, se acepta un exceso de mortalidad asociado al SAHS⁽³⁾.

Por otra parte, están disponibles tratamientos eficaces y, considerando sus complicaciones médicas, las repercusiones socio-laborales y su negativo impacto en la calidad de vida y supervivencia, esta enfermedad se debe considerar como un problema de salud pública que obliga al médico a identificar los pacientes subsidiarios de tratamiento. Recientes estudios han demostrado, incluso, que no diagnosticar, y por tanto no tratar a los pacientes con SAHS, supone un consumo de recursos de 2 a 3 veces mayor que el de la población sin SAHS⁽⁴⁾.

A pesar de todos estos datos sobre la relevancia del SAHS, los estudios realizados en los diferentes sectores de edad evidencian que en España existen entre 1.200.000 y 2.150.000 sujetos portadores de un SAHS relevante y por tanto subsidiarios de ser tratados. No obstante, entre un 5 y un 9% de la población que padece SAHS se ha diagnosticado y tratado, pero aun estamos muy lejos de haber alcanzado una situación óptima.

En los últimos nueve años se han triplicado el número de unidades de sueño disponibles en España⁽⁵⁾ y, aun así, estas son insuficientes, y no están adecuadamente dotadas para atender esta demanda creciente, originándose inaceptables listas de espera, que a veces llegan a uno o más años antes de materializarse en la realización de una prue-

ba de sueño⁽¹⁾.

En general, se trata de pacientes obesos (aunque la enfermedad no es exclusiva de éstos), roncadores con excesiva somnolencia diurna (ESD), lo cual resulta clínicamente relevante.

Uno de los factores de riesgo más importante es el sexo, con una relación entre hombres y mujeres de 1-3 en las edades medias, aunque tiende a igualarse con la menopausia y en edades avanzadas.

Finalmente, son factores agravantes el consumo de alcohol, el tabaco y dormir en decúbito supino.

Los síntomas más frecuentes del paciente con SAHS son: excesiva somnolencia diurna, ronquidos y pausas respiratorias repetidas durante el sueño, (observados por el compañero-a de dormitorio). En los casos más severos, pueden aparecer lentitud intelectual o dificultad de concentración, cansancio matutino (especialmente en mujeres), cefalea y nocturia.

No es infrecuente que estos pacientes hayan sufrido accidentes de tráfico o “seudo-accidentes” –debidos a la somnolencia durante la conducción de vehículos–, padezcan hipertensión arterial o tengan antecedentes de cardiopatía coronaria.

Con frecuencia, presentan disminución de la libido o impotencia. Refieren despertares con sensación asfíctica y el compañero-a suele relatar con preocupación y detalle los episodios de apneas-hipopneas de los que ha sido testigo durante la noche.

El tratamiento del SAHS, tiene como objetivo resolver los signos y síntomas de la enfermedad, normalizar la calidad de sueño, el índice de alteraciones respiratorias (IAR) y las desaturaciones de hemoglobina. Reducir el riesgo de complicaciones sistémicas y, disminuir los costos directos e indirectos que esta enfermedad acarrea.

Actualmente la Apnea del sueño puede comportarse como una enfermedad crónica con un tratamiento eficaz.

Como medidas generales de tratamiento deben incluirse una adecuada higiene de sueño⁽⁷⁾, medidas posicionales si éstas influyen en la severidad de la enfermedad (evitando en la medida de lo posible el decúbito supino), evitar ingesta de ansiolíticos, alcohol y, por supuesto, reducción de peso en aquellos casos en los que exista obesidad, ya que siendo conocida la clara relación de la obesidad y SAHS, podemos decir que moderadas pérdidas ponderales reducen el índice de alteraciones respiratorias.

La evidencia científica hace hoy día incuestionable la utilización de Presión Positiva Continua en la vía Aérea (CPAP), como tratamiento de elección en los pa-

cientes con Apnea del Sueño.

La CPAP fue desarrollada por Colin Sullivan en 1981⁽⁸⁾ y consiste en una turbina que transmite una presión predeterminada a través de una mascarilla adaptada a la cara del sujeto y fijada con un arnés con lo que se cierra el circuito. De esta forma, se produce una auténtica “férula neumática” que transmite la presión positiva a toda la Vía Aérea Superior (VAS), impidiendo su colapso durante el sueño. El sistema genera constantemente un flujo, a través de una turbina, que por medio de un tubo corrugado se transmite a una mascarilla, habitualmente nasal.

La CPAP no actúa provocando ningún reflejo, es simplemente un fenómeno mecánico y su aplicación da lugar a un incremento de la sección de la vía aérea superior que normaliza la arquitectura del sueño.

La CPAP produce remisión de los síntomas del SAHS, disminución y/o eliminación de la ESD y recuperación de la capacidad de atención. Además, el tratamiento con CPAP reduce el riesgo de accidentes de tráfico en los pacientes con SAHS⁽⁹⁾ y parece normalizar las cifras de tensión arterial en un porcentaje relevante de sujetos hipertensos y con SAHS⁽⁹⁾. Incluso se ha sugerido un papel de este tratamiento en la insuficiencia cardíaca⁽⁴⁾.

No hay forma precisa de establecer, a priori, el fenotipo del paciente que cumplirá adecuadamente con el tratamiento y las variables edad, nivel de instrucción, grado de hipersomnia, severidad de la enfermedad definida con Índice de Alteraciones Respiratorias (IAR), desaturación nocturna o presión de CPAP. Tampoco resultan ser buenos indicadores de predicción para un buen cumplimiento. Sin embargo, los pacientes que mejoran más con el tratamiento y que logran un buen control de los efectos secundarios, son aquellos que presentan un mayor cumplimiento del tratamiento con CPAP⁽¹⁰⁾.

Lo que subyace en todos estos estudios, es que no es posible obtener un buen cumplimiento del tratamiento con CPAP sin un adecuado control y seguimiento del paciente pues, ya que no es un tratamiento cómodo, es imprescindible tener en cuenta que el mejor sistema de control de los efectos secundarios es una buena relación con el paciente, donde la indicación del tratamiento sea la correcta y la información al paciente suficiente.

La aparición de efectos secundarios es frecuente durante las primeras semanas de uso de CPAP. En general serán leves, transitorios y con buena respuesta a medidas locales, por ello, los pacientes deberán ser seguidos estrechamente durante las primeras semanas de tratamiento.

Es importante señalar que una parte

considerable de los efectos secundarios se debe a un uso inadecuado de la CPAP y de sus complementos. Por lo tanto, se debe insistir en que hay que emplear el tiempo que sea necesario en explicar a los pacientes qué es la CPAP y su funcionamiento. Este tiempo es fundamental para evitar y prevenir muchos de los efectos secundarios, entre los que destacan:

Congestión y/o obstrucción nasal, irritación cutánea, sequedad faríngea, ruido, conjuntivitis, cefalea, epistaxis, frío, insomnio, aerofagia y claustrofobia.

Todos estos efectos se pueden solucionar desde una consulta especializada de enfermería, mejorando de este modo el cumplimiento, la tolerancia a la terapia y disminuyendo la tasa de abandonos, con mejoría del control de síntomas y beneficio sobre la comorbilidad asociada al SAHS.

Existe un reducido número de estudios que tratan de demostrar la efectividad de diferentes intervenciones en el incremento de número de horas de uso de CPAP^(11,12) incluyendo una consulta específica de enfermería⁽¹³⁾. Sin embargo, ninguno de ellos permite confirmar el tipo de intervención que puede resultar efectiva, no sólo en la mejora del cumplimiento, sino en términos de coste-beneficio de las intervenciones y en la resolución de problemas específicos derivados del tratamiento.

Indirectamente, se pretende conseguir una reducción del gasto sanitario y disminución de la lista de espera. Evitar consultas médicas derivadas de efectos secundarios leves que pueden solucionarse desde una consulta de enfermería.

Inciendo en la somnolencia al volante, si conseguimos evitarla y, con ello, el accidente de tráfico de uno solo de nuestros pacientes, sería suficiente para rentabilizar y quedaría demostrada la importancia de la creación de esta consulta de enfermería en todos los hospitales que disponen de una Unidad de Trastornos respiratorios durante el Sueño (UTS).

Como afirma en sus conclusiones la *revisión Cochrane*⁽¹⁴⁾, son necesarios estudios de duración más amplia y seguimiento más riguroso, que identifiquen si las intervenciones adaptadas a los pacientes mejoran la aceptación y el cumplimiento del tratamiento.

HIPOTESIS

Demstrar que la consulta protocolizada de enfermería es capaz mejora el cumplimiento en la utilización de CPAP, en el tratamiento del “Síndrome de Apnea-Hipopnea durante

el Sueño”, solventando efectos secundarios del tratamiento, mejorando la adaptación y evitando abandonos.

OBJETIVOS

PRINCIPAL:

Evaluar la eficacia de una consulta protocolizada de enfermería en el uso de CPAP, cuantificando el número de horas de utilización diaria de la misma y comparando el grupo intervención (que recibió consulta de enfermería protocolizada) con respecto al grupo control.

SECUNDARIOS:

- Cuantificar el número de consultas generadas por el grupo intervención con respecto al grupo control. Dentro de las consultas generadas por ambos grupos se incluyeron tanto las consultas telefónicas como las consultas espontáneas en la unidad sin cita previa.

- Cuantificar el nivel de resolución de problemas y efectos secundarios por parte de la consulta de enfermería y la necesidad de adelantar la visita médica en ambos grupos:

- Evaluación de otras variables que podrían influir en el cumplimiento:

- Edad, género, estado civil, profesión.
- Variables clínicas: síntomas nocturnos, somnolencia diurna valorada según escala de Epworth.
- Comorbilidad. Índice de masa corporal (IMC).
- Variables poligráficas y/o polisomnográficas, IAR (Índice de Alteraciones Respiratorias).
- Presión de CPAP.
- Pruebas funcionales respiratorias.

MATERIAL Y METODO

Se trata de un ensayo clínico con dos grupos posibles en la aleatorización. El ámbito del estudio fue la Unidad de Sueño y Ventilación del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. Se incluyeron pacientes diagnosticados por el equipo médico de la Unidad que presentaban indicación de tratamiento con CPAP.

El tamaño *n* de la muestral se determinó tras estimar una diferencia clínicamente relevante, en cuanto a cumplimiento (horas/noche de uso de la CPAP) en la comparación del grupo control – grupo de consulta de enfermería, de 1 hora. Por tanto, asumiendo un error alfa= 0.05, un beta = 0.10, una

desviación estándar de 2,4 y una pérdida del 15%, el tamaño de la muestra resultante fue de 200 pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Edades comprendidas entre 18 y 75 años.
2. Diagnóstico de SAHS, según los criterios establecidos por el Consenso Nacional de Apnea del Sueño⁽¹⁾.

CRITERIOS EXCLUSIÓN:

1. Pacientes con diagnóstico previo de SAHS efectuado en otro centro y que hayan recibido cualquier tipo de tratamiento para dicha enfermedad.
2. Enfermedades crónicas graves o terminales.
3. Presencia de trastornos psiquiátricos significativos.
4. Negativa al tratamiento y/o al consentimiento informado.

De los 200 pacientes que participaron en el estudio, 100 pertenecían al ‘grupo intervención’ y 100 al ‘grupo control’.

En la primera visita a la Unidad de Sueño y Ventilación, ambos grupos fueron informados de la enfermedad que padecían, se les instruyó inicialmente de forma grupal y, posteriormente, de forma individual sobre la utilización del tratamiento con CPAP y de la importancia del buen cumplimiento de la terapia. La presión prescrita en la CPAP (cm H₂O) se calculó según protocolo de la Unidad (fórmula de Hoffstein en primera visita, con modificación posterior en ambos grupos, según requerimientos).

Tras la indicación de tratamiento con CPAP, se propuso a cada paciente la participación en el estudio y, tras la aceptación, se aleatorizó mediante sobre cerrado la inclusión en el *Grupo intervención* o *Grupo control*.

Los pacientes del ‘Grupo intervención’ acudieron a consulta de enfermería a las 6-8 semanas y, posteriormente, a revisión médica de rutina a las 18-20 semanas del inicio. Los pacientes del ‘Grupo control’ acudieron directamente a la revisión médica a las 18-20 semanas. Durante el seguimiento se registraron todas las consultas demandadas por ambos grupos fuera de protocolo.

La casa comercial encargada de la revisión y mantenimiento técnico de la CPAP, comprobó el cumplimiento de todos los pacientes en dos ocasiones: la primera a las 4-6 semanas de la inclusión en el estudio (antes de recibir ninguna intervención), lo que llamaremos *Cumplimiento 1*, y la segunda a las 18-20 semanas (*Cumplimiento 2*).

VARIABLES A RECOGER:

1. Cuantitativas:

- Discretas: Epworth (índice de somnolencia diurna).
- Continuas: Edad, IAR (índice de alteraciones respiratorias), IMC (índice de masa corporal), cumplimiento (horas uso / día).

2. Cualitativas:

- Nominales: intervención de enfermería, género, estado civil, profesión de riesgo, comorbilidad, pruebas funcionales respiratorias, especialidad que remite al paciente.
- Ordinales: somnolencia (pasiva, activa, conduciendo, no somnolencia)

Teniendo en cuenta el diseño tendremos:

1. Variable dependiente: cumplimiento (horas uso/día de utilización).
2. Variables independientes: intervención de enfermería, edad, género, estado civil, IMC, IAR, Epworth, profesión de riesgo, comorbilidad, pruebas funcionales respiratorias, especialista que remite al paciente, somnolencia, nivel de presión de CPAP.

RECOGIDA DE DATOS:

Las variables independientes se recogieron desde la historia médica, durante la consulta el día de inicio del tratamiento y en las sucesivas consultas protocolizadas (GI), a demanda en los casos que lo requirieron.

La variable dependiente, se recogió de forma totalmente objetiva del contador horario del que dispone la CPAP, en el modo horas /día.

MÉTODOS DE ANÁLISIS:

Realizamos el análisis descriptivo a través de la distribución de frecuencias para las variables cualitativas.

Las diferencias entre los grupos se examinaron mediante *ji cuadrado* (χ^2) o mediante comparación de medias por *t de Student*. La representación se ha realizado mediante diagramas de barras o sectores según el caso. Para el estudio univariante los resultados de las variables categóricas se han expresado en % y los de las variables continuas como media \pm SD o como mediana (rango), según la forma de distribución, examinadas mediante *ji cuadrado* y *T de Student*. Cálculo de Riesgo Relativo y Absoluto. Se realizó estudio multivariante (ANCOVA) con aquellas variables vinculadas de forma significativa en el estudio univariable. El tratamiento estadístico se realizó con el programa SPSS.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Se informó al paciente por escrito de la naturaleza y propósitos del estudio, decidiendo libre y voluntariamente la participación en el mismo, considerándolo

como consentimiento informado. Se comunicó al Comité de Ensayos Clínicos del HUMV.

RESULTADOS

De los 200 pacientes que comenzaron el estudio, un 1% tuvo que ser excluido por motivos técnicos (rotura del contador horario de la CPAP), por lo que concluyeron el mismo 198 pacientes. Sólo un 2% de la muestra no acudió a las consultas regladas, y el 7% abandonó el tratamiento por intolerancia.

El análisis descriptivo de la muestra evidencia una población mayoritariamente masculina 85%, frente al 15% femenina y hasta un 84 % del total tenían pareja. La mayor parte fueron derivados por su médico de atención primaria 49% y un 11 % trabajaba en una profesión de riesgo (transportistas, trabajadores con maquinaria pesada etc...) Merece la pena mencionar que la gran mayoría de los pacientes que acudieron a la unidad (80%) presentaban comorbilidad asociada (especialmente cardiológica y cerebrovascular).

En cuanto a la sintomatología (TABLA 1), los pacientes referían somnolencia en situaciones activas en un 74% de los casos y un 37% afirmaban tener somnolencia durante la conducción. Los síntomas nocturnos aparecían en el 66,5% de los pacientes (despertares asfícticos, despertares por ronquido, insomnio de inicio o de mantenimiento y nocturia).

El diagnóstico se efectuó mediante poligrafía respiratoria hospitalaria (53%), domiciliaria (41%) y polisomnografía en el 6 % de los casos.

El análisis de los datos reveló la mejoría del cumplimiento en el grupo intervención (4.83 h vs 5.16 h) y un leve empeoramiento en el grupo control (4.98 h vs 4.96 h), ambos valores sin significación estadística. Sin embargo, cuando se excluyeron los pacientes que, perteneciendo al grupo control, demandaron consulta de enfermería durante el seguimiento, la

TABLA 1

Descripción de la muestra en %

Descripción de la muestra	Grupo enfermería	Grupo control
Sexo:		
Hombre	86%	84%
Mujer	14%	16%
Procedencia del paciente:		
- Atención Primaria	46%	53%
- Neumología	40%	29%
- Otras especialidades	14%	18%
Pareja		
SI	87,7%	79,0%
NO	12,2%	21,0%
Somnolencia:		
- Pasiva	75%	74%
- Activa	19%	21%
- No somnolencia	6%	13%
Somnolencia en conducción:	48%	35%
Profesión de riesgo:		
SI	12%	11%
NO	88%	89%
Comorbilidad asociada		
SI	76%	85%
NO	24%	15%
Prueba diagnóstica:		
- Poligrafía domiciliaria	47%	35%
- Poligrafía hospitalaria	45%	61%
- Polisomnografía	8%	4%
P>0,05 para todas las variables		

mejoría sí fue estadísticamente significativa: incremento del 0,33% en el *Grupo intervención* con un descenso del 0,056% en el *Grupo control* ($p < 0.05$) (fig. 2).

Cabe destacar que los datos más relevantes se obtuvieron al analizar las muestra pareadas. Este análisis se obtiene al comparar a cada paciente consigo mismo (Ejem: paciente *a* en el cumplimiento 1, con paciente *a* en el cumplimiento 2, y así sucesivamente)(fig. 3). Cuando se efectuó dicho análisis, el grupo control no registró diferencia entre los dos cumplimientos (5.15h/d vs 5.15h/d)(fig. 4) y, por el contrario, el *Grupo intervención* presentó una diferencia



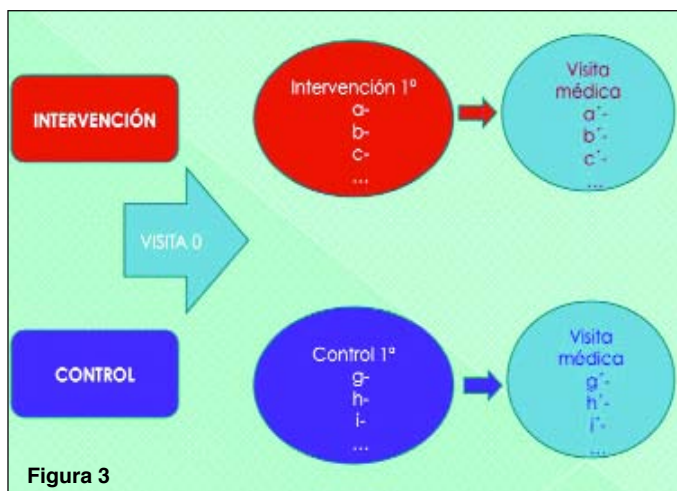


Figura 3



Figura 4



Figura 5

muy significativa entre ambos (4.81 h /d vs 5.23h/d) ($p=0.008$) (fig. 5). También fue estadísticamente significativa la diferencia de estas "diferencias" entre ambos grupos ($p<0,05$).

Uno de los resultados más significativos del análisis, es la modificación del cumplimiento de los pacientes que demandaron consulta extraordinaria de enfermería. Dentro de este grupo hasta un 14,3% era mal cumplidor del tratamiento ($<3h/d$) y, tras la consulta, pasó a ser un buen cumplidor.

En cuanto a las demandas de consultas extraordinaria de enfermería, la mayor parte correspondieron al Grupo control (89%), mientras que tan sólo un 11% al Grupo intervención (fig. 6).

A continuación, se enumeran los principales motivos de consulta referidas al total de la muestra: sequedad faríngea (9,5%), problemas con el manejo de la interfase (4,5%), congestión, obstrucción nasal y/o epistaxis (4%), lesiones e irritación facial (3,5%) y un 2,5% correspondieron a múltiples des-

pertares y/o despertares inconscientes sin CPAP. El resto de demandas suman un 3% e incluyen: dificultad de conciliación del sueño, hipo, ronquido, incomodidad, falta de implicación con su enfermedad y problemas familiares.

Entre las soluciones empleadas por el equipo de enfermería se encuentran la incorporación de humidificación a la terapia (52,4%), refuerzo de información (17,4%), reajuste de presión de la CPAP (15,9%), cambio de interfase (14%) y el resto correspondió a otros motivos como filtros antibacterianos o descongestionante nasal (0,3%).

DISCUSION

Los resultados obtenidos evidencian una muestra homogénea en ambos grupos, control e intervención, en cuanto a todas las variables estudiadas y representativa de cualquier unidad de sueño. (Tabla 1).

Cómo se ha comentado previamente no se apreciaron diferencias significativas entre el Grupo intervención y el Grupo control, al comparar los valores absolutos en el cumplimiento 1 y el cumplimiento 2 (fig.1). Sin embargo, si se vio una tendencia cercana a la significación en la diferencia de la mejoría entre controles e intervención, cuya evidencia podría reflejarse si la muestra fuera más amplia.

Se demostró, que si excluimos a aquellos pacientes que perteneciendo al Grupo intervención, no acudieron a la cita, la mejoría en este grupo sí es estadísticamente significativa y, por consiguiente, la consulta de enfermería muy efectiva.

El principal hallazgo lo encontramos al hacer el análisis de muestras pareadas, donde se comprobó la existencia de una mejoría clara en el grupo que acude a la consulta enfermería (fig. 5), lo que no solo no ocurre con el grupo control (fig. 4), sino que en este, existe un empeoramiento de la adhesión al trata-



Figura 6



Figura 1

miento.

Así mismo, se vio una significación estadística en cuanto al número de demandas de consulta espontánea del Grupo control respecto del Grupo intervención (fig. 6), siendo mayor la demanda en el Grupo control.

En el análisis según variables, no se apreciaron variaciones entre ambos grupos en relación a: índice de alteraciones respiratorias, índice de desaturación, Ct 90%, IMC, pareja, profesión Epworth, somnolencia pasiva, somnolencia activa o incluso conduciendo y con accidentes, comorbilidad asociada, pruebas funcionales o presión de la CPAP, datos corroborados por estudios previos.

Únicamente se encontraron diferencias significativas vinculadas a dos de las variables, edad y sintomatología nocturna. Se observó que, siendo precisamente la edad avanzada un factor influyente en el facultativo a la hora de decidir la prescripción de tratamiento con CPAP, son los pacientes mayores de 65 años quienes mejor lo acogen. Así mismo, se vio una clara significación estadística en los pacientes que refieren síntomas nocturnos. Pacientes con despertares asfícticos, despertares por ronquido, nocturia o sueños muy vividos están más sensibilizados con su enfermedad y utilizan mejor el tratamiento (Tabla 2). Probablemente, estos resultados puedan estar justificados por la percepción subjetiva de malestar, infinitamente mayor durante la noche que durante el día. Aunque resulte, cuanto menos sorprendente, se observó que el paciente que "ocasionalmente" sufre una sensación asfíctica durante la noche, estuvo más concienciado con la necesidad de tratar su enfermedad y utilizó la CPAP durante más horas, que el grupo que tuvo "sustos" o incluso accidentes durante la conducción.

Con los resultados de este estudio, queda abierta una puerta que indicaría la necesidad de iniciar una consulta de enfermería especializada en todas las Unidades de Sueño.

La consulta de enfermería, no solo es necesaria para la solución de problemas sino que además mejora la adhesión al tratamiento de quienes acuden a la misma, su morbilidad y por ello su calidad de vida.

UTILIDAD PRACTICA DE LOS RESULTADOS EN RELACION CON LA SALUD

Conociendo la trascendencia del buen cumplimiento (horas de uso diario) del tratamiento en nuestros pacientes, todo recurso que mejore éste, ha de ser considerada.

Un buen Cumplimiento disminuye la

	Cumplimiento \geq 3 h	Cumplimiento \leq 3 h	
Síntomas nocturnos			P= 0,028
• SI	69,8%	51,3%	
• NO	30,2%	48,7%	

somnolencia diurna, mejora la disposición del paciente tanto para el trabajo como para su vida en sociedad e, incluso, hace que desaparezca la somnolencia conduciendo con todo lo que este aspecto supone⁽³⁾.

A su vez, el buen uso de CPAP disminuye cifras de TA y colabora en otros problemas cardiacos, cerebrales y neurológicos⁽⁴⁾.

Por todo ello, al demostrar nuestra hipótesis sobre la importancia de una Consulta de enfermería para mejorar este cumplimiento en aquellos pacientes que padecen la enfermedad, dejaría patente la necesidad de disponer de un

espacio y un tiempo para la realización de esta consulta.

AGRADECIMIENTOS:

Este trabajo de investigación no hubiera sido posible sin el apoyo de todos los compañeros de la Unidad de Sueño y Ventilación del Hospital Marqués de Valdecilla. Gracias a Isabel de la Fuente e Isabel Cárdena, por su valiosa colaboración. Gracias al Dr. Antonio Jiménez, por sus comentarios y sugerencias. Mil gracias, a la Dra. Mónica González, por su confianza en nosotras como profesionales, por su paciencia infinita, por su cariño y apoyo; gracias por estar ahí.

BIBLIOGRAFIA

1. Masa JF, Montserrat JM, Duran J. Diagnostic access for sleep apnoea in Spain. Am J Respir Crit Care Med. 2004 Jul 15;170(2):195; author reply -6.
2. Marin JM, Gascon JM, Carrizo S, Gispert J. Prevalence of sleep apnoea syndrome in the Spanish adult population. Int J Epidemiol. 1997 Apr;26(2):381-6.
3. eran-Santos J, Jimenez-Gomez A, Cordero-Guevara J. The association between sleep apnea and the risk of traffic accidents. Cooperative Group Burgos-Santander. N Engl J Med. 1999 Mar 18;340(11):847-51.
4. Peker Y, Hedner J, Johansson A, Bende M. Reduced hospitalization with cardiovascular and pulmonary disease in obstructive sleep apnea patients on nasal CPAP treatment. Sleep. 1997 Aug;20(8):645-53.
5. Terán J F-GC, Cordero-Guevara J. Situación en España de los recursos diagnósticos y de los tratamientos con presión positiva continuo sobre la vía aérea en el síndrome de apneas-hipopneas obstructivas del sueño. Arch Bronconeumol. 2000;36:494-9.
6. Vgontzas AN, Bixler EO, Tan TL, Kantner D, Martin LF, Kales A. Obesity without sleep apnea is associated with daytime sleepiness. Arch Intern Med. 1998 Jun 22;158(12):1333-7.
7. Hublin C, Kaprio J, Partinen M, Koskenvuo M. Insufficient sleep--a population-based study in adults. Sleep. 2001 Jun 15;24(4):392-400.
8. Sullivan CE, Issa FG, Berthon-Jones M, Eves L. Reversal of obstructive sleep apnoea by continuous positive airway pressure applied through the nares. Lancet. 1981 Apr 18;1(8225):862-5.
9. Pepperell JC, Ramdassingh-Dow S, Crosthwaite N, Mullins R, Jenkinson C, Stradling JR, et al. Ambulatory blood pressure after therapeutic and subtherapeutic nasal continuous positive airway pressure for obstructive sleep apnoea: a randomised parallel trial. Lancet. 2002 Jan 19;359(9302):204-10.
10. McArdle N, Devereux G, Heidarnejad H, Engleman HM, Mackay TW, Douglas NJ. Long-term use of CPAP therapy for sleep apnea/hypopnea syndrome. Am J Respir Crit Care Med. 1999 Apr;159(4 Pt 1):1108-14.
11. Hoy CJ, Vennelle M, Kingshott RN, Engleman HM, Douglas NJ. Can intensive support improve continuous positive airway pressure use in patients with the sleep apnea/hypopnea syndrome? Am J Respir Crit Care Med. 1999 Apr;159(4 Pt 1):1096-100.
12. Hui DS, Chan JK, Choy DK, Ko FW, Li TS, Leung RC, et al. Effects of augmented continuous positive airway pressure education and support on compliance and outcome in a Chinese population. Chest. 2000 May;117(5):1410-6.
13. Meurice JC, Ingrand P, Portier F, Arnulf I, Rakotonanahari D, Fournier E, et al. ANTADIR.workinggroup "PPC". A multicentre trial of education strategies at CPAP induction in the treatment of severe sleep apnoea-hypopnoea syndrome. Sleep Med. 2007 Jan;8(1):37-42.
14. Haniffa M, Lasserson TJ, Smith I. Interventions to improve compliance with continuous positive airway pressure for obstructive sleep apnoea. Cochrane Database Syst Rev. 2004(4):CD003531.

Estudio y análisis de los conocimientos sobre lactancia materna en el puerperio inmediato

Alicia Bolado Benedicto, Sonia Crespo Polanco, María Hernáiz Valerdi, Amparo Hoz Antunez, Lorena Lasarte Oria, Coral Llano Ruiz, Marta Moragón Abad (Profesora Asociada al Dpto. Materno Infantil de Escuela de

Enfermería de la UC y Miembro del Comité de Bioética del HUMV)

–Enfermeras del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital U. Marqués de Valdecilla–

INTRODUCCIÓN

El ser humano es el primer mamífero que abandona conscientemente su pauta alimentaria natural, la lactancia materna, para introducir alimentos artificiales y por lo tanto extraños, todo ello sin hacer previsión alguna sobre las posibles consecuencias, que han sido negativas en términos de morbilidad, mortalidad e incremento del gasto sanitario⁽¹⁾. En tan sólo tres generaciones, desde la introducción de las fórmulas artificiales, todas las políticas internacionales y nacionales intentan mejorar la prevalencia de la lactancia materna^(2,3) y su duración hasta los seis meses como alimentación exclusiva.

Hasta el s. XX, todas las dificultades que encontraban las púerperas en la instauración y mantenimiento de la lactancia natural, eran sorteadas de diferentes maneras, bien con amas de cría o con el apoyo de personas, con experiencia previa, que ayudaban a las madres en estas circunstancias hasta lograr el éxito. Se conocían y enseñaban todos los cambios relacionados con las mamas, la leche y el cuidado del recién nacido. Existía una cultura del amamantamiento⁽⁴⁾.

La revolución industrial, por una parte, que supuso la incorporación de la mujer al trabajo, y, por otra, el nacimiento de las leches artificiales en polvo, hicieron que esta cultura fuera desapareciendo⁽⁵⁾.

El rápido engorde producido por estas leches cegó, no solo a las clases más pudientes que podían costearla, sino también a la clase intelectual, llegándose a modificar las técnicas tradicionales de lactancia y asociando pautas propias de la lactancia artificial a la lactancia materna, que aunque no estaban avaladas

científicamente, sí contaban con la satisfacción y el respaldo económico de una poderosa industria. Hechos tales como el dar de mamar cada tres horas y un tiempo determinado, van haciendo olvidar los sabios consejos que habían sido transmitidos generación tras generación. Las mujeres comienzan a ir a los hospitales a tener a sus hijos y es allí donde se afianzan estas nuevas técnicas⁽⁶⁾, rutinas erróneas que, careciendo de base científica, tienen como consecuencias más evidentes el descenso en la prevalencia de lactancia materna, la disminución de la duración de las lactancias y la introducción masiva de fórmulas desde las primeras horas de vida de los recién nacidos⁽⁷⁾. Las tasas más bajas de lactancia materna se produjeron en la década de los años 60.

Hoy en día, nadie pone en duda los efectos beneficiosos que tiene la leche materna, tanto para la madre como para él bebe⁽⁸⁾. La recomendación de la OMS y UNICEF es que todos los niños reciban lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida y que continúen con la lactancia materna, junto con alimentos complementarios adecuados, hasta los dos años de vida y posteriormente⁽⁹⁾.

Para reinvertir esta situación se lleva años trabajando a nivel mundial. Los esfuerzos para promover la lactancia materna constituyeron para la OMS un elemento clave dentro de su plan 'Salud para todos en el año 2000'⁽¹⁰⁾.

En 1974, la 27ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS) advirtió el descenso de la lactancia materna en muchos países del mundo y lo relacionó con la promoción indiscriminada de sucedáneos industriales, recomendando a los estados miembros adoptar medidas correctoras (11).

En 1989, la OMS junto a UNICEF elaboraron el documento sobre 'Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna' en el que se determinaron los 'Diez pasos hacia una feliz lactancia natural'⁽¹²⁾. En 1990, ambos se reúnen en Florencia y surge la Declaración de Innocenti⁽¹³⁾ en la que se insta a los gobiernos a tomar las medidas necesarias para recuperar la cultura de la lactancia materna.

En el Congreso de Pediatría de Ankara en 1991, se presenta la iniciativa 'Hospital amigo de los niños' que se extiende con rapidez a nivel mundial, galardando a los hospitales maternos que se distinguen en la aplicación de los diez pasos⁽¹⁴⁾. En nuestro país, tan sólo doce hospitales han sido reconocidos con esta distinción.

España, como la mayoría de los países industrializados, se esfuerza en realizar los cambios exigidos ajustándose a las pautas dictadas en dichas declaraciones. A su vez, Cantabria, a través de la Consejería de Sanidad, pone en marcha el plan de Fomento de la Lactancia Materna 2005-2007⁽¹⁵⁾ que incluye formación en lactancia materna para profesionales, divulgación a la población general e información oral y escrita a todas las embarazadas en sus controles prenatales, siendo la última incorporación a este proyecto el decreto de 'Derechos de la madre, el padre y el Recién Nacido en relación con el nacimiento en el ámbito sanitario'⁽¹⁶⁾. Todo ello constituye un gran reto que implica a muchos profesionales sanitarios que trabajan tanto en el medio hospitalario como en atención primaria.

Actualmente, en nuestra comunidad, la educación maternal se desarrolla en los diferentes niveles asistenciales:

- En Atención primaria se lleva a cabo la llamada preparación al parto, donde se ofrece información de contenido aún no reglamentado sobre lactancia materna y se realiza a criterio del profesional en un número de visitas sin determinar, aún sabiendo que éste es el mejor momento para ir conociendo las ventajas que ofrece la lactancia materna y asimilar la información que se va recibiendo⁽¹⁷⁾. Sin embargo, algunos estudios concluyen que la decisión de dar de mamar se ha tomado en muchos casos antes incluso del embarazo y otros autores afirman que no hay relación directa entre los conocimientos adquiridos y las cifras de lactancia materna^(18,19).

- A nivel Hospitalario, además, se están tomando nuevas medidas para fomentar la lactancia materna tales como el contacto precoz y mantenido de la madre con el recién nacido, que favorece el vínculo afectivo entre ambos y la posibilidad de comenzar a succionar en las primeras horas de vida⁽²⁰⁻²²⁾.

Nuestra responsabilidad como profesionales que buscan mejoras en la lactancia materna nos dirige a la investigación. Somos un grupo de enfermeras que trabajamos en un hospital materno infantil de tercer nivel que recibe el 75% de los partos de nuestra comunidad autónoma (alrededor de 3.500 partos anuales).

Surge de nuestra práctica diaria la presunción de que las mujeres que llegan a nuestra unidad carecen de los conocimientos esenciales para el cuidado del recién nacido, como la frecuencia de las tomas, posturas correctas y cuidados del pecho entre otros, lo que influye negativamente en la instauración de la lactancia natural. Fue esta la razón que nos llevó a idear un cuestionario muy breve y sencillo que tratase los aspectos esenciales de la lactancia materna. La mayor parte de los autores indican que su mayor conocimiento permite afrontar con mayor éxito cualquier tipo de dificultad a la que se ven sometidas las madres⁽²³⁾.

OBJETIVOS

Objetivo Principal:

“Evaluar los conocimientos básicos sobre lactancia materna que poseen las mujeres al ingresar en la unidad de puerperio”.

Objetivos Secundarios:

1.- Conocer el porcentaje de mujeres que durante la gestación acuden a clases de preparación maternal.

- Determinar el porcentaje de mujeres trabajadoras y de amas de casa.
- Valorar la influencia que tienen las

consultas de preparación al parto en el grado de conocimientos de las púerperas.

2.- Determinar la diferencia de conocimientos básicos que presentan las mujeres con experiencia en la técnica del amamantamiento frente a las que no poseen.

3.- Determinar el porcentaje de mujeres españolas frente al de extranjeras, así como diferencias en sus conocimientos.

4.- Proponer medidas de mejora en base a los resultados.

MATERIAL Y METODO

Se obtuvieron los permisos institucionales necesarios y se revisaron los aspectos éticos que pudieran ser vulnerados, no encontrando ninguno. Los gastos originados por el proyecto fueron sufragados por los miembros del equipo de investigación, no recibiendo financiación alguna externa o ajena.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, en forma de encuesta, en la unidad de puerperio de un hospital materno-infantil durante los meses de mayo y junio de 2007.

La población a estudio fueron mujeres que tras dar a luz ingresaron en la unidad. No se tuvo en cuenta el tipo de parto (vía clínica, eutócico, instrumentado o quirúrgico). Se excluyeron a las madres que desde un principio dejaron clara su idea de no amamantar y a las que por diferentes motivos (idioma, estado de salud, no querer participar...) no cumplieron la encuesta. Se informó claramente del anonimato, privacidad de los datos conseguidos y finalidad de la investigación.

Según el programa Grammo 5.0, el tamaño muestral que se estableció para poder extrapolarlo a un año, fue de 162 púerperas para una referencia muestral de 3.000 mujeres, que son las que inician lactancia natural en nuestro hospital a lo largo de un año, para una precisión deseada de 0,3 y un nivel de confianza del 95%. El tamaño final fue de 179 encuestas recogidas aleatoriamente, que se repartieron antes de ofrecer ningún tipo de información sobre lactancia para no interferir en los conocimientos adquiridos hasta ese momento. El estudio se dividió en dos partes:

A) Recogida de datos sociodemográficos: directamente de la historia clínica de la púerpera y como variables secundarias la edad, nacionalidad, profesión y localidad.

B) Recogida de datos estadísticos: se llevó a cabo mediante encuestas que rellenaron las participantes en el momento de su ingreso en la unidad de puerperio.

Se dividió en dos partes:

En la primera parte se utilizaron los siguientes indicadores:

1. Control del embarazo: El seguimiento se puede realizar en la consulta de la matrona, ginecólogo privado, médico de familia, centro de especialidades o patología gravídica. Por diversos motivos, las pacientes pueden ser controladas por varios profesionales.

2. Tipo de preparación maternal recibida: nos indica en qué consultas de las citadas anteriormente se estaba educando en lactancia materna a la mujer.

3. ¿Consideras que tienes suficiente información sobre lactancia materna? Para conocer la percepción que tenían de sus propios conocimientos.

4. Experiencia anterior en lactancia materna: si la respuesta era afirmativa, podían responder a la pregunta nº 5.

5. ¿Durante cuánto tiempo amamantaste? Descarta lactancias hospitalarias.

6. ¿Cuánto tiempo deseas amamantar? Se tomó como referencia, el criterio de la OMS y UNICEF, basado en la evidencia científica actual⁽²⁴⁾, que recomienda un mínimo de lactancia materna exclusiva de 6 meses. Se establecieron como opción los siguientes rangos: de 0 a 1 mes; de 2 a 5 meses; 6 meses; de 7 meses en adelante; ns/nc.

La segunda parte de la encuesta fue dirigida a evaluar los conocimientos sobre lactancia materna que habían adquirido las mujeres hasta el momento del parto. Se realizó mediante preguntas sencillas de respuesta única, a elegir entre 4 variables (ver TABLA I). Se plantearon solo cuestiones básicas para conseguir una lactancia materna efectiva. Las opciones erróneas se basaron en los mitos y creencias⁽²⁵⁾ más arraigados en la sociedad actual. Las respuestas correctas se basaron en las recomendaciones actuales de la OMS sobre lactancia y en documentos de fisiología humana⁽²⁶⁾.

ANALISIS DE DATOS

Todas estas variables han sido analizadas mediante el programa informático SPSS V.13 para Windows. Tras hallar las medias estadísticas de los resultados correctos se aplicó el test de *t-student* para muestras independientes, en el caso de variables independientes. Y para variables cualitativas, se utilizó el es-

TABLA 1

1. Al nacer, el bebé tomará del pecho:
 - A.- Calostro
 - B.- Leche
 - C.- Suero
 - D.- ns/nc
2. ¿Cuándo crees que te “subirá” la leche?
 - A.- Durante el parto
 - B.- El primer día
 - C.- A partir del 3°-4° día
 - D.- ns/nc
3. ¿Qué crees que es lo más importante para que te ‘suba la leche’?
 - A.- Dieta rica en proteínas
 - B.- Beber leche
 - C.- Ambiente tranquilo y tomas frecuentes
 - D.- ns/nc
4. ¿Cada cuanto tiempo crees que tienes que poner tu bebé al pecho?
 - A.- Cada tres horas
 - B.- A demanda, cuando él quiera y si duerme no le molesto
 - C.- A Demanda, pero un mínimo de 8 a 10 tomas diarias
 - D.- ns/nc
5. ¿Qué harías si tienes el pecho duro y no sale leche?
 - A.- Masajear y vaciar
 - B.- No dar de mamar
 - C.- No tocar
 - D.- ns/nc
6. Durante la toma ¿cuándo crees que debes retirar al bebé del pecho?
 - A.- A los 15 o 20 minutos
 - B.- Cuando lo suelte espontáneamente
 - C.- A los 5 minutos
 - D.- ns/nc
7. ¿Cómo evitarías la aparición de grietas?
 - A.- Lavando el pezón antes de cada toma
 - B.- Revisando la postura correcta del bebé
 - C.- Utilizando cremas para el pezón
 - D.- ns/nc
8. ¿Para qué puede servir un sacaleches?
 - A.- Para vaciar el exceso de producción
 - B.- Para sacarse alguna toma, si no podemos estar junto al bebé
 - C.- Para estimularse el pecho, en caso de que el bebé no pueda
 - D.- Todas son correctas

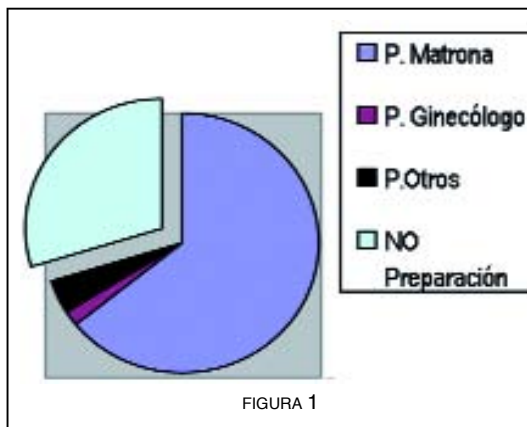


FIGURA 1

CONTROL DE EMBARAZO:

- 64% Centro de Salud
- 21.9% C. Especialidades
- 19.1% Médico de Familia
- 16.3% Patología Gravídica
- 14.6% Médico privado

PREPARACION MATERNAL:

- Sí: 60,1%
- No: 39,9%

EXPERIENCIA LACTANCIA MATERNA

- Sí: 38,8%
- No: 61,2%

tadístico descriptivo de tablas de contingencia y chi-cuadrado.

RESULTADOS

Tras el análisis de los datos obtenidos, vemos que la edad media de las pacientes ingresadas en la unidad es de 32.22 años.

De las mujeres encuestadas, el 89,4% (160) son españolas y el 10,6% (19) extranjeras. Debemos señalar que este último dato no es del todo representativo, pues el porcentaje real de mujeres extranjeras es mayor (alrededor del 14%) y muchas de ellas no fueron incluidas en el estudio por varios de los motivos ya reflejados en los criterios de exclusión, siendo la principal causa el desconocimiento de nuestro idioma.

En referencia a su actividad laboral se observa que el 72,6% (129) son mujeres trabajadoras, mientras que el 21,22% (38) son amas de casa.

Según los datos estadísticos, hay que mencionar que el 64% (114) de las mujeres fueron controladas a lo largo de su embarazo por la matrona del centro de salud, el 19,1% (34) por el médico de familia, el 21,9% (39) en el centro de especialidades, el 16,3% (29) en la consulta de patología gravídica y un 14,6% (26) en centros privados. Aclaramos que la suma de los porcentajes es mayor al 100% ya que diferentes profesionales tuvieron que vigilar el embarazo de muchas mujeres por la aparición de diversas complicacio-

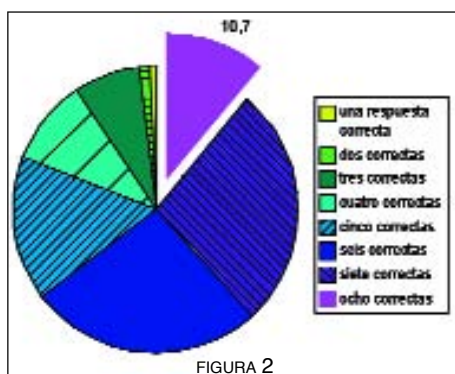


FIGURA 2

nes a lo largo del mismo (VER FIGURA 1).

Solamente el 60,1% (107) de las pacientes encuestadas acudieron a clases de preparación maternal. De estas, el 86% de las mujeres (92) las clases fueron formadas por la matrona, el 2,8% (3) por el ginecólogo y el 5,43 % restante (5) confiaron en otros medios como asociaciones, familiares o a través de revistas.

El 70,2% (125) consideraron tener suficiente información sobre lactancia materna, frente a un 29,8% (53) que creían no tener los conocimientos necesarios. Más del 60% (124) de las mujeres desearían esta alimentación durante los primeros 6 meses.

Valorando la experiencia anterior sobre lactancia materna, encontramos que un 38,8% (69) ya había elegido esta opción para alimentar a su/s anterior/es hijos. El 61,2% (109) carecía de dicha experiencia o bien eran primíparas o habían

TABLA 2

Aciertos por pregunta

Nº 1	Al nacer, el bebé tomará del pecho	92,7% (165)
Nº 2	Cuándo crees que te subirá la leche	62,9% (112)
Nº 3	Qué crees que es lo más importante para que te “suba” la leche	80,9% (144)
Nº 4	Cada cuánto tiempo crees que tienes que poner tu bebé al pecho	41,6% (74)
Nº 5	Qué harías si tienes el pecho duro y no sale leche	96,0% (170)
Nº 6	Durante la toma, cuando crees que debes retirar al bebé del pecho	68,7% (122)
Nº 7	Cómo evitarías la aparición de grietas	63,8% (113)
Nº 8	Para qué puede servir un sacaleches	75,3% (134)

optado por la lactancia artificial en anteriores ocasiones.

Al analizar los datos obtenidos en la encuesta, vemos que un 10,7% (19) de las mujeres contestaron bien a las ocho preguntas planteadas, siendo la media de respuestas correctas de 5,8 (VER FIGURA 2 Y TABLA 2).

Queremos destacar el resultado obtenido en la pregunta n° 4 referida a la frecuencia de las tomas donde el 41,6% respondió correctamente al marcar la opción C: *A demanda, pero con un mínimo de 8 a 10 tomas diarias*. El 16,9% creyó de debía ponerle a mamar sólo A: *cada 3 horas* y el 40,4% a B: *demandas, cuando él bebe quiere y si dormía no debía molestarle*. Un 1,1% no supo contestar (VER TABLA III).

Relacionamos los porcentajes de aciertos por pregunta con las variables: nacionalidad de las pacientes, si habían acudido o no a clases de educación maternal y si poseían experiencia anterior con respecto a lactancia materna. Los resultados obtenidos se muestran en los siguientes gráficos (VER GRÁFICOS 1, 2 Y 3).

Queremos señalar que el porcentaje de respuestas correctas de las mujeres que siguieron las clases de preparación maternal es de 6,06 frente al 5,40 de las que no acudieron siendo este resultado estadísticamente significativo $P=0,003$. Si observamos el diagrama de barras, se ven claramente mejores resultados por parte de las mujeres formadas en clases de preparación maternal sobre todo en las preguntas n° 2, 3 y 4 referidas a la llegada del golpe de leche ($P=0,038$), la importancia de un ambiente tranquilo ($P=0,018$) y número de tomas diarias ($P=0,013$).

Teniendo en cuenta la nacionalidad, se aprecia que las mujeres españolas responden significativamente mejor ($P=0,03$) que las extranjeras a la pregunta n° 1, en donde se menciona el calostro como primera producción del pecho tras el parto. No ocurre lo mismo con respecto a la pregunta n° 6 sobre la duración de las tomas, donde las pacientes extranjeras saben mayoritariamente que han de retirar al bebé del pecho cuando lo suelte espontáneamente ($P=0,014$).

Es relevante el hecho de que no se

TABLA 3	
Pregunta n° 4	
¿Cada cuánto tiempo crees que debes poner tu bebé al pecho?	
A.- Cada 3 horas	16,9% (30)
B.- A demanda, cuando él quiera y si duerme no le molesto	40,4% (72)
C.- A demanda, pero un mínimo de 8 a 10 tomas diarias	41,6% (74)
D.- Ns/nc	1,1% (2)

dicha experiencia, que es de 5,807.

Destacamos que el 70,6% (125) que no cuenta con experiencia acude a clases de preparación. Sin embargo, un 43,5% (30) de las que ya dieron lactancia materna a sus anteriores hijos no consideraron conveniente asistir.

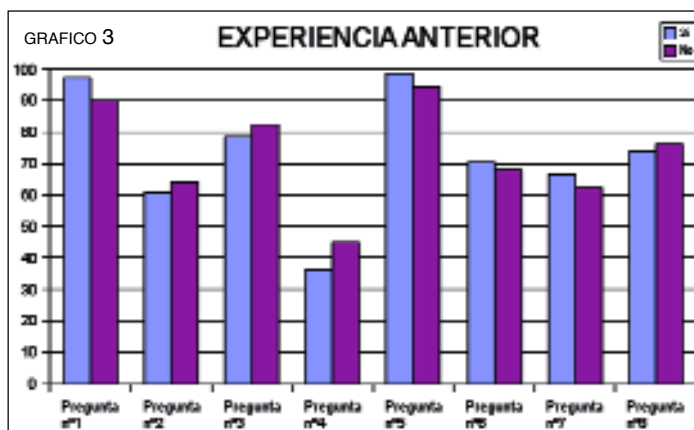
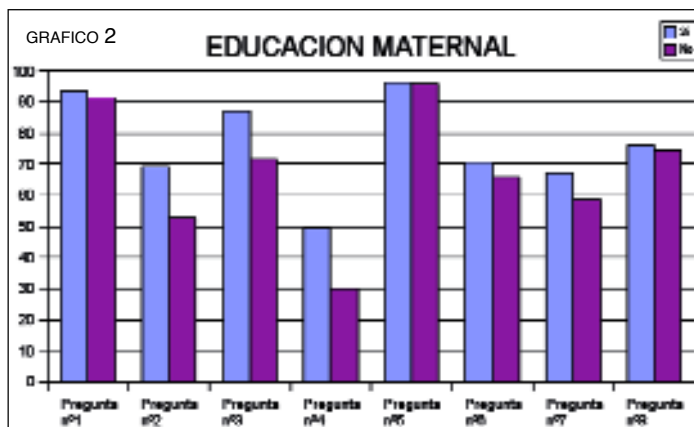
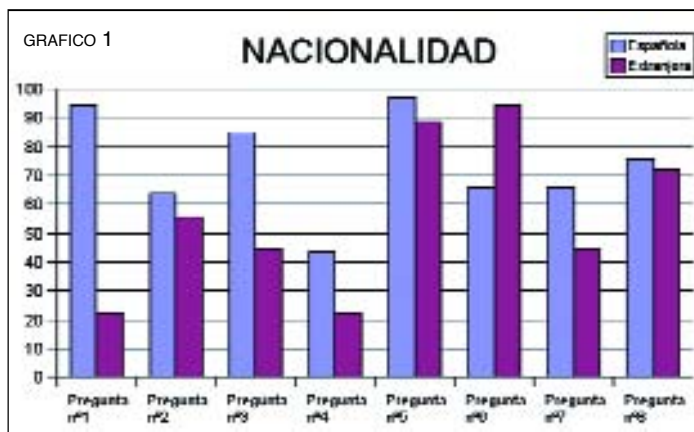
El porcentaje de aciertos de las mujeres trabajadoras es de 5,94 en comparación con el de las amas de casa, un 5,48. El 61,7% (79) de las pacientes que desarrollaban su trabajo fuera de casa asistieron a las clases de preparación maternal frente al 51,3% (20) de las amas de casa.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El análisis de los resultados obtenidos confirma nuestra principal hipótesis, ya que sólo el 10,7% de las madres encuestadas (un total de 19) respondieron correctamente a las 8 preguntas planteadas. Si recordamos que la media de respuestas acertadas fue de 5,8 y tenemos en cuenta que la encuesta sólo recoge los conocimientos esenciales que toda mujer con expectativas de amamantar debiera tener, podemos deducir que el 90% de las madres no están lo suficientemente preparadas para afrontar con éxito una buena instauración de la lactancia materna. Sin embargo, un dato contradictorio que nos llama la atención es que el 70,2% de las púerperas sí cree poseer suficiente información, a pesar de que sólo el 60,1% acude a las clases de preparación maternal. Habría que intentar captar a un mayor número de gestantes y definir objetivos más específicos sobre lactancia materna para atraer a estas mujeres que deciden no acudir.

Queremos señalar que el 86% de las gestantes que acuden a dichas clases reciben preparación de la matrona, y son estas mujeres las que contestan significativamente mejor, con una media de aciertos de 6,06 frente al 5,4 de las que no asisten a las mismas.

Esta preparación la imparten sin tener una guía explícita de contenido sobre los temas mencionados, sin objetivos definidos y con un número de clases



aprecie diferencia significativa en el porcentaje de aciertos en mujeres con experiencia en amamantar a sus hijos, siendo de un 5,811 frente a las que no poseen

a determinar por el propio profesional, desplazándose en ocasiones a diversos centros de salud. Nos llama la atención que este servicio no sea utilizado por más mujeres, si bien hemos encontrado una gran disparidad en la cobertura a nivel nacional⁽²⁷⁻³¹⁾. Todos los estudios muestran una relación directa entre acudir a preparación prenatal con matrona y aumento de la prevalencia y duración de lactancia materna exclusiva. Otro hecho llamativo es que el Servicio Andaluz de Salud (SAS) habla de “cobertura eficaz” cuando una mujer acude a tres clases de educación maternal, mientras que en la Comunidad Valenciana se estima ésta en seis sesiones —una en el primer trimestre—, que es también el criterio de Osakidetza.

La mayoría de los autores⁽³²⁻³⁹⁾ señalan que lo ideal sería que las puérperas al llegar el momento de iniciar el amamantamiento hubieran recibido una adecuada educación prenatal y conocieran aspectos básicos como el comportamiento más habitual del recién nacido, cómo es un buen agarre, qué es el calostro, la importancia de las tomas a demanda, la subida de la leche o cómo evitar la ingurgitación mamaria⁽⁴⁰⁾, teniendo en cuenta, además, que la actual política hospitalaria ha implantado el alta precoz a las 48 h. de haber dado a luz.

Conocer el peso específico de la utilidad de la educación maternal es el objetivo de un trabajo en fase de investigación por parte de la Unidad de Investigación de Bizkaia. Creemos que supondría un enorme beneficio que las mujeres que han decidido amamantar lo hagan en base a un sólido convencimiento de las ventajas que supone para ella como para su hijo y que tengan nociones de los inconvenientes ocasionados por la introducción precoz de fórmulas artificiales. Todo ello está ampliamente documentado en la actualidad⁽⁴¹⁾.

La mujer que cuenta con estos conocimientos afronta con más éxito la lactancia y, ante el menor inconveniente, muestra mayor seguridad. La mujer con conocimientos confusos se muestra más insegura y ante cualquier dificultad abandona con más frecuencia la lactancia. Contrariamente a lo que indican algunos autores como Paricio Talayero⁽⁴²⁾ quien opina: “la forma de alimentar a un hijo se determina mucho antes del parto e incluso del embarazo” y “la elección y duración dependerían más de factores socioculturales y del reconocimiento laboral, social y legislativo”, la mayor parte de los trabajos basados en la evidencia científica destacan que si bien los conocimientos específicos en lactancia materna no garantizan su éxito en tasas ni en duración, son unos factores influenciados y modificables en el embarazo⁽⁴³⁾, contribuyendo a mejorar

la experiencia. De hecho, una de las actividades en la promoción de la lactancia materna debiera ser reforzar hechos, deshacer mitos y malentendidos, además de ayudar a las gestantes a establecer expectativas realistas.

Valorando los datos sociodemográficos, son las mujeres trabajadoras las que más acuden a las clases de preparación maternal (72,6%). Hemos encontrado otros estudios que muestran una tendencia variable en nuestro país como el 47% de mujeres trabajadoras en Valencia, el 60% en Talavera de la Reina, el 70% en Madrid o el 73% en Huelva, con un incremento respecto a otros estudios de años anteriores. Habría que preguntarse qué razones conducen a este comportamiento y, aunque no forme parte del estudio, apuntamos como probable el hecho de que tal vez sean las mujeres con más hijos las que temporalmente están alejadas del ámbito laboral y por tanto figuran como amas de casa. En cualquier caso, sería recomendable captar la atención de estas mujeres.

Sorprende que la experiencia anterior de una madre en lactancia materna no implique tener mayor conocimiento, pues como podemos observar en el GRÁFICO 3, en las preguntas 2, 3, 4 y 8 contestaron mejor las mujeres sin experiencia en lactancia materna que las que sí la tenían, cuando estas cuestiones se refieren a situaciones que en algún momento de su puerperio anterior han tenido que vivir y tomar decisiones al respecto. Tendríamos que estudiar los factores que llevan a las mujeres a responder de esta manera, para conocerlos y poder actuar sobre ellos ya que en otros estudios se aprecia de manera positiva la experiencia previa, probablemente porque en ellos se ha valorado la lactancia en su conjunto y no conocimientos concretos.

Sólo un 43.5% de las gestantes con experiencia acudieron a clase de preparación maternal, lo que nos hace preguntarnos: ¿realmente consideran que las aporta tan poco? ¿Qué experiencia supuso la lactancia anterior que, cuando ha concluido, aún persisten conceptos erróneos? Habría que valorar si se toma la lactancia natural como un objetivo a conseguir o como una opción más, y, también, si existe la posibilidad de que hayan sido los propios profesionales los que han ido transmitiendo durante años unas ideas carentes de base científica. En nuestro país encontramos también en la paridad grandes variaciones, así en Asturias (57,7%), Madrid (73%) o Talavera (47%) son las primíparas las que más acuden a la matrona, como en nuestro estudio (70,6%).

En lo que se refiere a la encuesta, ha despertado nuestro interés el porcentaje

de respuesta dado a cada una de las variables de la pregunta 4. La mayoría de las pacientes siguen apostando por dar de mamar al recién nacido cada 3 horas, o bien a demanda, pero no molestándole si está dormido. Quedan reflejadas así las pautas sobre la lactancia artificial que asociadas en su día a la lactancia materna han perdurado a lo largo de estos años en nuestra sociedad. Creemos conveniente seguir difundiendo las directrices de la OMS avaladas por estudios posteriores hasta que recuperemos la cultura del amamantamiento. No ocurre lo mismo en las respuestas dadas por pacientes extranjeras, en su mayoría provenientes de países iberoamericanos, donde sí poseen una cultura sobre el amamantamiento más arraigada. Muchas no conocen el uso de los sacaleches, pero sí saben cada cuánto tiempo han de poner al bebé al pecho y que deben retirarlo cuando el recién nacido lo suelte espontáneamente.

Valoramos también el sesgo presentado por la variante de la extranjería. El número real de pacientes extranjeras está alrededor del 14%, aunque nuestra encuesta fue contestada por el 10,6%, pero hay que tener en cuenta que el idioma supone una barrera infranqueable para casi todas las mujeres que provienen del Magreb, Asia, África y países del este. Estas mujeres mayoritariamente son las que no participaron en nuestro estudio, mientras que las mujeres que llevaban más tiempo en nuestro país fueron las que contestaron. No encontramos diferencias con algún otro estudio, como el de Talavera, que recoge alrededor del 13,12% en 2005.

La decisión de tener hijos a una edad más avanzada como una tendencia establecida en los últimos años se confirma a través de nuestro estudio, ya que el número de mujeres gestantes de edad comprendida entre 30-34 años es superior al de gestantes de 25-29 años, donde tradicionalmente se agrupaban el mayor número de embarazos. Esta tendencia es uniforme en todo el país.

Nos gustaría hacer mención de las dificultades que hemos ido encontrando a lo largo de nuestro estudio. En referencia a los datos estadísticos, recogimos los nombres de los centros de salud de los cuales provenían las pacientes, pero luego no pudimos darle ningún valor específico. Algo parecido nos ocurrió con la pregunta acerca de la duración de su lactancia anterior, que habíamos incluido para descartar lactancias hospitalarias, o con los rangos que establecimos en la pregunta sobre las expectativas de dar de mamar, que no nos aportaron datos concretos.

Sería interesante que los recursos que actualmente se invierten en Atención Primaria sufrieran una reestructuración,

de tal manera que pudiéramos asegurar que el total de las embarazadas que pasan por el circuito público tuvieran la oportunidad de recibir todas las instrucciones básicas y educación, tanto en lactancia materna como en cuidados básicos del recién nacido, antes de llegar al medio hospitalario.

Todas las políticas van encaminadas a dar a conocer a la población en general y a las 'embarazadas en particular' los beneficios reales de la lactancia materna y los riesgos que conlleva la lactancia artificial. Sin embargo, existe una ambigüedad sociocultural que refleja la falta de implicación de las propias madres para

adquirir responsabilidades, frente al esfuerzo personal que supone la lactancia, desde la formación para iniciarla hasta la puesta en práctica.

La lactancia es una conducta saludable que además de instintiva, se puede aprender. Y es ahí, donde como profesionales de la salud empieza nuestro trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. Paricio Talayero J.M. Aspectos históricos de la alimentación al seno materno. En: Comité de la lactancia materna de la asociación española de pediatría. Monografías de la A.E.P. nº5. Lactancia Materna: Guía para profesionales. Madrid: Ergon; 2004. p.7-24.
2. Organización Mundial de la Salud. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Ginebra: OMS; 2002
3. Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos. Protección, promoción y apoyo de Lactancia en Europa: plan estratégico para la acción. En: Proyecto de la UE sobre la promoción de la lactancia en Europa. Luxemburgo; 2004.
4. Burguière A et al. Histoire de la famille. París: Armand Collin; 1986.
5. Martín Calama J, Lozano MJ, Lasarte JJ, Valero MT. La industria dietética y la promoción de la lactancia materna. Actual Nutric 1995; 21: 4-10.
6. Usandizaga M. Manual de la Enfermera. 2ª Edición. San Sebastián. Librería Internacional. 1938: 652.
7. Estévez González M, Martell Cebrián D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. An Esp Pediatr 2002; 56: 144-150.
8. León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martín L. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Washington: Organización Panamericana de la salud; 2002.
9. Declaración conjunta OMS y UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: OMS; 1989.
10. OMS. Declaración de Alma-Ata: La salud para todos en el año 2000. Kazajistán: OMS; 1978
11. World Health Organisation. International code of marketing of breast milk substitutes. Geneva: WHO; 1981.
12. OMS. Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. Ginebra: OMS; 1998.
13. OMS/UNICEF. Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia materna. Florencia: OMS/UNICEF; 1990.
14. OMS. Oficina Regional para Europa. Unidad Nutricional. Módulos de preparación IHAN. Hospitales Amigos de los Niños. Curso de 18 horas para el personal de la maternidad. Ginebra: WHO; 1992.
15. Gobierno de Cantabria Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Plan de Fomento de la lactancia materna (2005-2007). En: Dirección General de Salud Pública; 2005.
16. Decreto 23/2007, de 1 de marzo. Derechos de la madre, el padre y el recién nacido en relación con el nacimiento en el ámbito sanitario. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria.
17. Molina Morales V. Información y preparación durante el embarazo. En: Comité de la lactancia materna de la asociación española de pediatría. Monografías de la A.E.P. nº5. Lactancia Materna: Guía para profesionales. Madrid: Ergon; 2004. p.174-175.
18. Riquelme M, Villegas V, López P. Estudio de los factores que influyen sobre la elección y sobre la duración de la lactancia materna. An Esp Ped.1992; 36:382-386.
19. Jain A, Concato J, Leventhal JM. How Good is Evidence Linking Breastfeeding and Intelligent. Pediatrics 2002; 109:1044-1053.
20. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infant (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, editor. Oxford: Update Software; 2003.
21. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breastfeed. Lancet 1990; 336: 1105-1107.
22. Gómez Papi A et al. Método canguro en sala de partos en recién nacidos a término. An Esp Pediatr 1998; 48:631-633.
23. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. An Pediatr (Barc) 2005; 63:340-356.
24. World Health Organisation. Expert Consultation on the Optimal duration of exclusive breastfeeding. Geneva. March 2001; <http://www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.htm>
25. Martín-Calama J. Recomendaciones populares contrastadas y mitos sobre lactancia materna. En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Monografías de la A.E.P. nº5. Lactancia Materna: guía para profesionales. Madrid: Ergon; 2004 p.349-362
26. Guyton AC, Hall JE. Endocrinología y reproducción. Embarazo y lactancia. En: Tratado de Fisiología médica. 9ª edición. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España; 2000. p.1133-1149.
27. Embarazo y salud perinatal en la Comunidad Valenciana: Análisis de la "Hoja resumen del embarazo". Servicio de Salud Infantil. Dirección General para la Salud Pública. Comunidad Autónoma de Valencia; 2000.
28. Valbuena Barrasa L et al. Evolución de la Lactancia Materna y de algunos de sus condicionantes en nuestro medio. ZBS "La Solana". Talavera de la Reina; 2005.
29. Pingarrón Montes MT. Educación maternal: Expectativas, satisfacción y eficacia percibidas. Salud y cuidados. Madrid; 2002.
30. Suárez Gil P, Alonso Lorenzo JC, López Díaz AJ, Martín Rodríguez P, Martínez Suárez MM. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. Gaceta Sanitaria 2001; 15: 104-110.
31. Artieta Pinedo I et al. Efecto de la asistencia a educación maternal sobre la evolución del parto. En: XI Encuentro internacional de investigación en enfermería. Madrid; 14 -16 Noviembre 2007
32. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. Lactancia materna. Últimas evidencias. An Pediatr Contin 2003; 1:175-180.
33. Guillén Rodríguez M, Sánchez Ramos JL, Toscano Márquez T, Garrido Fernández MI. Educación maternal en atención primaria. Eficacia, Utilidad y Satisfacción de las embarazadas. Atención Primaria 1999; 24: 66-74.
34. Tembours MC, Otero A, Polanco I. Promoción de la lactancia materna en atención primaria. Pediatría 1993; 13:141-5.
35. Pediatría Atención Primaria Área 09 y Servicio de Pediatría Hospital Dr. Peset. Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia para el Manejo de la Lactancia Materna. Valencia. Noviembre 2004; 4-5.
36. Labordena Barceló C et Al. Centros de Atención Primaria y lactancia materna. An Esp Pediatr 2001; 55: 225-229.
37. Lawrence RA. La lactancia materna: una guía para la profesión médica. Madrid.1996. Ed. Mosby.2-33.
38. American Academy of Pediatrics-Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics 1997; 100:1035-1039.
39. Palomares Gimeno, M.J., Labordena Barceló C., Sanantonio Valdearcos, F., Agramunt Soler, G., Nácher Fernández, A., Palau Fuster, G. Opiniones y conocimientos básicos sobre lactancia materna en el personal sanitario. RPAP 2001; III (11): 41-50.
40. OMS. Mastitis, causas y manejo de la lactancia. Ginebra: OMS; 2002.
41. American Academy of Pediatrics. Work Group on Cow's Milk Protein and Diabetes Mellitus. Practicas de alimentación de los lactantes y su posible correlación con la etiología de la diabetes mellitus. Pediatrics (ed esp) 1994; 38:71-74.
42. Paricio Talayero JM, et al. Lactancia materna: conocimientos, actitudes y ambigüedad socio-cultural. Atención Primaria 1999; 24: 337-343.
43. Renfrew MJ, Lang S, Woolridge NW. Early versus delayed initiation of Breastfeeding (Cochrane Review). Cochrane Database Systematic Review; 2000. CD000043

La cara oculta del cuidado en el medio hospitalario. El cuidador

Posiblemente, hablar del cuidador hoy no es algo novedoso para la enfermería.

Proporcionar cuidados integrales a pacientes dependientes, supone incorporar la figura del cuidador principal como uno de los pilares básicos de nuestra atención.

Esto es una realidad que comienza a hacerse palpable en la atención primaria de nuestra comunidad autónoma, donde la enfermera integra como parte fundamental de su trabajo tanto al paciente dependiente como a su cuidador.

Pero **¿Qué está pasando en la atención hospitalaria?** ¿Qué papel ocupa el cuidador principal de pacientes dependientes ingresados y reingresados en determinadas unidades hospitalarias?

El cuidador no es identificado como tal por el personal sanitario del hospital, sino como familiar del paciente ingresado. Sin embargo, el familiar (cuidador principal) constituye una fuente de información valiosa en el momento de realizar la entrevista de enfermería durante el ingreso hospitalario. Desgraciadamente, en numerosas ocasiones, ahí finaliza su participación en el cuidado.

En el medio hospitalario, el paciente pasa por tantas manos, de numeroso y variado personal sanitario, como turnos diarios tiene establecida la rutina asistencial.

Es muy común encontrar al cuidador en el pasillo o en la sala de espera, mientras el personal sanitario realiza la atención al paciente y, por otro lado, encontrarlo en la habitación durante las comidas, vigilando los sueros o permaneciendo noche tras noche, sentado en un sillón, por "si hay que llamar al timbre", a poder ser, lo menos posible para no molestar.

Los cuidadores pueden ser expertos en el cuidado de su familiar, lo conocen y valoran de una forma muy fiable, pues ellos son la voz, la piel, los ojos, oídos y sentimientos... de los pacientes dependientes (sobre todo en el caso del paciente con demencia) y, en otros casos, los cuidadores pueden ser noveles, ni siquiera se han identificado como tales, debido a que les sorprende una situación aguda en la pérdida de salud de sus seres queridos y se encuentran inmersos en un mundo totalmente desconocido para el que no han sido preparados.

Tanto el cuidador experto como el novel, cumplen una función de acompañamiento mientras dura el ingreso.

El cuidador experto, puede estar cansado del rol de cuidado y prefiere dejar en nuestras manos, durante un período de tiempo, esa dedicación tan exclusiva que lleva día a día, por lo que debemos favorecer su descanso. Sin embargo dejar descansar no significa ignorar su situación, desea que tengamos en cuenta las percepciones y opiniones que tiene acerca del cuidado de su ser querido.

Tan fiable puede ser que el cuidador nos diga "encuentro rara a mi madre, creo que la pasa algo", como la toma de constantes vitales por parte de la enfermera.

El cuidador novel espera en los pasillos y cuando entra en la habitación, después de salir de la misma una enfermera, una auxiliar y un celador, se encuentra a su familiar aseado, con 'algo' puesto en los talones y sentado en el sillón. Es lógico que



piense que "Tres para hacer lo anterior y el sólo en su casa".

Hablar de programas de atención al cuidador a nivel hospitalario no es algo novedoso en nuestro país y menos en otros países, como el Reino Unido, donde la experiencia al respecto es muy amplia. Son varias las comunidades autónomas que disponen de programas y equipos multidisciplinares de atención tanto a pacientes dependiente como a sus cuidadores, independientemente de la existencia o no de "la enfermera de enlace". Todos los esfuerzos aunan en conseguir un objetivo común: Preparar al paciente y cuidador para el alta hospitalaria, y coordinar la acción con la enfermera de atención primaria (planificación de enfermería al alta).

Se que hablar de esto, puede resultar utópico para la enfermera de atención hospitalaria (carga de trabajo, poco tiempo, muchos ingresos hospitalarios ...), además de no ser un objetivo primordial para los órganos directivos de atención especializada donde lo que prima, y no por ello lo desestimo, es la seguridad del paciente hospitalizado, (correcto lavado de manos, vías venosas sin flebitis, no úlceras por presión, administración segura de medicamentos...), es decir, se valora con un gran empeño la habilidad técnica y no tanto las relaciones interpersonales tan fundamentales para conseguir unos cuidados de calidad al paciente dependiente.

Es por esto, por lo que me dirijo a vosotros, la enfermería que brinda cuidados a pacientes dependientes, llamada 'agencia de enfermería' por Dorotea Orem, sin que ella se olvidara del individuo que brinda cuidados a otros, al que llamaba 'agente de cuidados dependientes' (cuidador principal).

Solo puedo daros una pequeña receta en vuestro día a día:

1. CONOCE al cuidador
2. SIENTE su situación.
3. ACTUA junto a el.

Mónica Cueli Arce (Enfermera Hospital Comarcal Sierrallana. Coordinadora del grupo 'Cuidados al cuidador'. Autora y coautora del 'Programa educativo individualizado al cuidador en el medio hospitalario').

Las enfermeras apoyan la 'Ley Antitabaco'

La protección de la salud, fin último de nuestra profesión, nos lo exige

Nuestro arte es cuidar de la salud de las personas al mismo tiempo que prevenir la aparición de enfermedades, con el fin de conseguir para los ciudadanos una mejor calidad de vida. Sobra argumentar que el tabaco perjudica seriamente la salud de las personas, tanto de los fumadores activos como de los pasivos, y que este es un debate ya zanjado por la ciencia y, según parece, también por la sociedad. Por eso tenemos el convencimiento de que la prohibición de fumar en bares y restaurantes es una garantía de protección de la salud de las personas que, libremente, han decidido no fumar.

Según la última estadística oficial, la tasa de fumadores diarios en España es del 29,6%, aproximadamente un tercio de la población adulta.

En un artículo publicado recientemente por el profesor Bastida, catedrático de Derecho Constitucional, se indica que la ley no prohíbe fumar, argumento utilizado por los que defienden un discurso más liberal en defensa del derecho de los fumadores que se sienten coartados por el estado. Si bien lo antedicho es cierto, está claro que lo que la ley pretende es proteger a los ciudadanos y trabajadores de hostelería que, también libremente, decidieron no fumar y, sin embargo, tienen que soportar el humo del tabaco cuando entran en un bar.

Es un tema de salud pública y colectiva, pues como han dejado claro todas las investigaciones realizadas, fumar en recintos públicos pone en juego la salud de los adultos y, lo que es más preocupante, también la de los niños.

Como enfermeras, trabajamos con personas que buscan mejorar su salud, unas veces como pacientes y otras como usuarios. La deshabituación tabáquica es un reto profesional, por lo que animamos a nuestros pacientes a replantearse su adicción, ofreciéndoles ayuda para conseguir superarla. Les animamos a dar el paso, sin tener en cuenta cuantos sean los intentos fallidos que hayan tenido, pues siempre merece la pena volver a intentarlo.

Nuestra responsabilidad profesional va dirigida hacia aquellos pacientes/usuarios que nunca fumaron, lo dejaron, vuelven a intentarlo o les planteamos dejarlo. Por eso, tenemos el deber de apoyar la prohibición de fumar en lugares públicos, incluidos los hosteleros, pues esta medida que el Gobierno quiere aprobar ayudará a la consecución y desarrollo de nuestros planes de cuidados, favoreciendo un entorno más adecuado para garantizar el éxito de nuestras intervenciones enfermeras.

La actual ley resultó ser un querer y no poder, pues prohíbe fumar en los centros de trabajo, excepto en los dedicados a la



hostelería, con el agravio laboral y sanitario que supone para estos trabajadores.

Sin duda, se ha creado un gran debate por parte del sector hostelero, que intenta presionar a la opinión pública y al propio gobierno, señalando la hecatombe que supondría para el sector la aprobación de esta ley, que provocaría la pérdida de muchos millones, cierres de negocios y pérdidas de puestos de trabajo. Argumento que resulta intimidatorio, teniendo en cuenta la situación de crisis económica que estamos viviendo.

Sin embargo estudios de otros países Europeos, de características similares a España, determinan que este miedo es falso. Casos como el de Italia, que aprobó en 2005 la ley de prohibición de fumar en sitios públicos incluidos los de hostelería y que permitió separar salas de fumadores cumpliendo unas condiciones muy rigurosas, demuestran lo contrario, pues según un estudio realizado tres años después por

investigadores del Instituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri (Milán) se comprobó que más del 80% de los italianos creían que la ley se estaba respetando en bares y restaurantes. Un 10% aseguró también que, tras la prohibición, frecuentaban más los cafés y restaurantes. El estudio, publicado en la revista *Journal of Epidemiology and Community Health*, concluye que "en Italia, la legislación antihumo no afectó al negocio de bares y restaurantes y sigue respetándose mayoritariamente".

Estados Unidos, pionero en aprobar este tipo de leyes a nivel local y estatal (aún no existe una ley federal), lleva dos décadas estudiando el tema. La revista de la American Cancer Society publicó en 2007 un trabajo de dos profesores de Salud Pública en el que concluyen que las leyes antihumo son "seguras, baratas y efectivas" y, sobre todo, "no tienen un impacto económico negativo". Por ejemplo, el empleo en restaurantes de Nueva York aumentó un 18% tras la prohibición de fumar en 1995.

A largo plazo, estas políticas de protección de la Salud son la base para el desarrollo adecuado de los nuevos modelos sanitarios que, por razones económicas, deberán incluir como objetivo fundamental la promoción y prevención, del mismo modo que contemplarán el que cada ciudadano asuma la responsabilidad económica de las decisiones que tome y que perjudiquen a su salud.

Por lo tanto, es obligatorio poner una buena base legal que garantice con justicia los derechos por igual, en aras de proteger la salud de todas las personas.

Rocío Cardeñoso Herrero

(Vicepresidenta del Colegio de Enfermería de Cantabria)

EL COLEGIO DE CANTABRIA IMPARTIRA LA FORMACION NECESARIA

Enfermeras prescriptoras

El programa está dirigido por el catedrático de farmacología de la Universidad Complutense de Madrid, Juan Vicente Beneit Montesinos, y está destinado a conseguir que las 250.000 enfermeras de España adquieran las competencias necesarias para la indicación, uso y autorización de medicamentos y productos sanitarios, según establece la 'Ley del Medicamento'.

La formación, diseñada por la Organización Colegial de Enfermería de España y la Universidad Complutense de Madrid, está adaptada al Espacio Europeo de Educación Superior y constará de 150 horas de formación semipresencial apoyada en las nuevas tecnologías y basada en el aprendizaje autónomo tutorizado.

Para el presidente del Consejo General, Máximo González Jurado, "el programa de formación nos va permitir seguir liderando la enfermería internacional. En su desarrollo han participado los mejores expertos de España y está basado en el sistema de acreditación del Reino Unido y de Irlanda, considerados por las autoridades sanitarias internacionales como los más avanzados del mundo".

El objetivo es que todos los diplomados adquieran las competencias necesarias para obtener la acreditación oficial como enfermero/a prescriptor/a establecidas en el art. 77.1 de la 'Ley del Medicamento' para garantizar la seguridad de los pacientes y las buenas prácticas enfermeras.

La primera edición del programa se celebró en Madrid y tuvo como alumnos a los presidentes y miembros de las juntas de gobierno de los Colegios de toda España que ya están adquiriendo las competencias establecidas en el curso de 'Experto en indicación, uso y autorización de medicamentos y productos sanitarios'. En las próximas semanas comenzará a impartirse el curso en el Colegio de Enfermería de Cantabria.

González Jurado ha agradecido al profesor Beneit Montesinos y a su equipo de profesores en Farmacología de la Universidad Complutense, el intenso trabajo de coordinación y dirección de los grupos de expertos, destacando que se trata de uno de los mayores expertos en Farmacología de Europa. Asimismo, ha destacado que el programa formativo permitirá a los enfermeros adquirir las competencias necesarias en prescripción enfermera para adecuar sus conocimientos y su formación a la nueva realidad legislativa existente en el ordenamiento



español. Dichas competencias son:

- 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 indicación, uso y autorización, y los mecanismos de acción de los mismos
- Utilizar los medicamentos, evaluando los beneficios esperados y los riesgos asociados y/o efectos derivados de su administración y consumo.

Los contenidos del programa de formación son:

- Marco legislativo de la prescripción enfermera.
- Fundamentos teórico-prácticos de la prescripción.
- Metodología enfermera:
 - el proceso enfermero.
 - tipos de prescripción enfermera.
 - bases de datos de medicamentos.
 - productos sanitarios y taxonomías.
 - uso y dominio de la plataforma telemática de prescripción enfermera.

El programa de formación para la adquisición de competencias como enfermero prescriptor tiene un total de 6 créditos académicos ECTS y 150 horas de duración semipresencial, que combina la:

Formación Presencial: a través de **Clases Presenciales teórico-prácticas** –en las que se explicará, de forma clara y concisa, los contenidos de cada módulo–, y **Clases Tutorizadas** en el aula de informática –donde los alumnos podrán realizar prácticas guiadas

con ordenador y solucionar las dudas que les surjan–.

Formación Virtual: a través de **Clases Virtuales** –impartidas mediante vídeos y recursos audiovisuales con clases magistrales y actividades formativas participativas y colaborativas– y **Tutorías Virtuales** –de orientación integral y personalizada y supervisión del trabajo autónomo para facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje–.

Trabajo Personal: entrenamiento para la adquisición de competencias del programa formativo y resolución on-line de un caso de prescripción.

Una vez finalizado el programa formativo, los futuros enfermeros prescriptores contarán con una plataforma de prescripción enfermera desarrollada por la Organización Colegial que dará apoyo continuado a los conocimientos adquiridos. Esta herramienta incorpora potentes bases de datos que permiten la actualización permanente de conocimientos tanto de los medicamentos y los productos sanitarios como de la metodología y los lenguajes enfermeros. Contiene toda la información disponible sobre los más de 60.000 medicamentos y productos sanitarios que existen o han existido en el mercado, proporciona puntualmente las alertas de farmacovigilancia que se emiten desde las correspondientes autoridades sanitarias y permite consultar las posibles interacciones entre medicamentos o principios activos. Se trata de la mayor base de datos de prescripción farmacológica a nivel mundial.

AUNQUE SEAN PARA SER USADOS EN UN PROCEDIMIENTO JUDICIAL

No se pueden ceder datos de un paciente a una aseguradora

El Tribunal Supremo ha dictado una sentencia en la que declara que no es posible ceder datos de salud de un paciente a los abogados de una aseguradora aunque se piden para un proceso judicial. El fallo dice que sólo los puede pedir el juez y los órganos que habilita la ley.

La Sala Contencioso-administrativa del Tribunal Supremo ha confirmado una sentencia de la Audiencia Nacional sobre cesión de datos por la Gerencia de Atención Especializada de Ceuta a una compañía aseguradora. Los magistrados instan a la Agencia Española de Protección de Datos a iniciar a un procedimiento para determinar las responsabilidades por una cesión ilícita de datos de carácter sanitario.

La reclamación del paciente denunciaba que los responsables de un centro sanitario ceutí habían remitido, sin su consentimiento, datos sobre su salud a los abogados de una compañía de seguros, que posteriormente fueron utilizados en un proceso judicial que la entidad inició contra él.

La conducta del centro sanitario, según el particular, constituía una "infracción muy grave a tenor de lo dispuesto en el artículo 44 de la Ley Orgánica de Protección de Datos" y la sentencia recordaba que la ley de protección de datos "exige, de forma tajante y sin lugar a dudas, que toda cesión de datos de ca-

rácter personal ha de contar con el consentimiento del afectado, excepto cuando la comunicación tenga por destinatario al Defensor del Pueblo, Ministerio Fiscal, jueces, tribunales y Tribunal de Cuentas".

En el caso analizado ha quedado probado que en los procesos judiciales iniciados por la compañía aseguradora sus abogados realizaron un pliego de posiciones "que revelaban claramente el conocimiento de datos de salud del paciente que sólo pudieron obtenerse de los titulares de los ficheros en los que se encontraban depositados".

En consecuencia, la Audiencia Nacional aprecia "indicios racionales de posible cesión inconsentida de datos personales por parte de las entidades denunciadas, por lo que se ordena a la Agencia Española de Protección de Datos que incoe los correspondientes procedimientos".

Fuera de la excepción

Además, el alto tribunal rechaza el motivo alegado por la Administración para fundamentar el recurso, basado en que la cesión de datos se había producido en el marco de un proceso judicial y aclara que la excepción prevista "se refiere a los datos que han

sido requeridos previamente por el juez en el ejercicio de sus funciones".

No se encuadra en este supuesto "la utilización de datos personales por los letrados intervinientes en determinados procesos judiciales al formular y proponer sus pruebas". Y es que "no se trata de una comunicación de datos dirigida al juez ni a la solicitud de éste en el ejercicio de sus funciones, aun cuando hubiera sido a instancia de parte". La cesión se realizó a destinatarios distintos a los establecidos en la ley "y para la utilización en defensa de sus propios intereses".

Investigación consentida

Sin embargo, hay ocasiones en que la cesión de datos si es legal, pues la propia Audiencia Nacional avaló el archivo que la Agencia Española de Protección de Datos había decidido en un caso en el que una pareja había suscrito diferentes pólizas de salud con dos compañías de seguros. Como consecuencia de un error, una de las entidades tuvo conocimiento de los datos de salud de los asegurados que estaban en poder de la otra compañía. El fallo dice que la ley permite a las entidades investigar si hay varios asegurados de un mismo riesgo.

El trabajo en hospitales públicos de la UE computan para la antigüedad

El juzgado de lo contencioso administrativo número 1 de Santander ha hecho pública una sentencia por la que estima la demanda interpuesta por la Asesoría Jurídica del Colegio y declara el derecho de una enfermera a que le sean reconocidos los servicios prestados en otros Hospitales Públicos de

la Unión Europea a efectos de cómputo de la antigüedad para la percepción de los trienios.

La sentencia puede afectar a otras colegiadas, por lo que se recuerda que la Asesoría Jurídica queda a disposición de todos los interesados para iniciar las reclamaciones oportunas.

Asesoría Fiscal

Se recuerda a todas las colegiadas y colegiados que en el mes de abril empezará el período de declaración de los rendimientos del trabajo personal (declaración de IRPF y Patrimonio) correspondiente al ejercicio 2009.

Se comunica a los colegiados y colegiadas interesados que pueden reservar la cita correspondiente con los asesores fiscales a través de la secretaría del Colegio.

Cursos y talleres...

CURSO: Cuidarse y conocerse para poder cuidar y ayudar



TALLER: Bisutería con nudos ornamentales y perlas

CURSO: Cuidados en enfermería deportiva. Empatología del pie y del tobillo



CURSO: Hipnosis clínica para matronas

CURSO:
Introducción a la metodología del trabajo enfermero en Atención Primaria. Cartera de servicios y diagnósticos enfermeros



CURSO: Urgencias para enfermería

Reunión de la Asociación de Enfermeras de Pediatría en Atención Primaria



Armarios

Puertas plegables, abatibles, correderas

Revestimiento de interiores
5 años de garantía. Financiación hasta 12 meses sin intereses

Convenio especial con el Colegio de Enfermería de Cantabria que ofrece descuentos de hasta un 23% en muebles de cocina y armarios empotrados

Ernesto

MASTER

Muebles de cocina y baño

SANTANDER
 Fernando de los Rios, 45 Tel. 942 218 951
MURIEDAS
 Avda. de Bilbao, 40 Tel. 942 262 791



www.lmor.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

Fiesta infantil de Navidad...

Concurso de Dibujo (5 a 8 años)



1º Premio:
Pedro Setián Agüero



2º Premio: Juan Fco. Carcedo Alonso



3º Premio: Cristina Santamaría Menezo



Concurso de Dibujo (9 a 12 años)



1º Premio:
Jesús Sellers Morillo



2º Premio: Estela Moroso Varona

3º Premio:
Sofía Carcedo Alonso





Concurso de Manualidades (9 a 12 años)

1º Premio: Paula Fernández Briz



2º Premio: María López Gil



3º Premio: Alvaro Vigo Villanueva

Concurso de Manualidades (5 a 8 años)



1º Premio: Iván Setién Ateca

2º Premio: Sara Varona Torrijos



3º Premio: Gabriel Fernández



Fiesta infantil de Navidad...

Concurso de Redacción

1º Premio: Margarita Muñiz Rey

Una Navidad especial

—¡¡Clara, Clara!, Juan me está dando con la muleta— dijo Nuri, una de las niñas más calladas del aula.

—Juan, compórtate, por favor—, decía la profe.

La sala era azul, muy llamativa. En la esquina había una gran estantería llena de libros con dibujos a colores, algún peluche y una bola del mundo. Al otro lado de la salita había una ventana por donde entraba la luz. Era muy alegre ver como jugaban los niños. Yo, Clara, les cuidaba. Eran seis.

Juan y Nuria siempre estaban peleando. Querían las mismas cosas. Lucas y Bruno eran como hermanos, pues siempre estaban juntos. Y, por último, María y Lara, muy habladoras, siempre estaban cuchicheando entre ellas. Eso sí, María más tímida y reservada.

Ya les había cogido cariño después de un mes y medio con ellos. Eran muy simpáticos y, a la vez, muy agradables y divertidos.

El Martes les dije que, como era Navidad, íbamos a decorar la clase. Pusimos villancicos y, entre todos, preparamos el árbol. La verdad es que fue muy divertido. Lucas fue a poner la estrella y se cayeron dos bolas al suelo que casi se rompen. Le pusimos de todos los colores: rojo, verde, amarillo... Y también con luces.

Lara y Bruno se tiraban con musgo del Belén.

Después de montarlo todo, el aula quedó navideña total: el árbol al fondo, el nacimiento que ocupaba una mesa larga y ancha que había para poner el material, el encerado con espumillón alrededor...

Todos los niños aplaudieron con alegría, pues pronto era la víspera de Nochebuena. Menos María, que estaba muy triste, con los ojos llorosos. Clara les mandó hacer tarjetas de Navidad para sus familias y, después, escribieron la carta a Papá Noel. Todos los niños escribieron una carta pidiendo muchos juguetes, menos María que era diferente:

Querido Papá Noel:

Este año quería pedirte que vinieran el día de Navidad mis padres y mi hermano a verme.

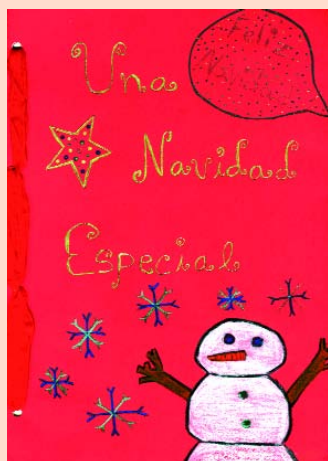
Besos, María

Al día siguiente era Nochebuena. Los niños, impacientes, se fueron a sus habitaciones.

Ya por la noche, el hombre gordo vestido de rojo, con una larga barba blanca, entró en el hospital sigilosamente y dejó tres paquetes en cada habitación.

Al levantarse, al día siguiente, se encontraron sus regalos. En la habitación 22 llamaron a la puerta. María, al abrir, se encontró su regalo de Navidad.

—Pequeña, anteayer no pudimos ni papá ni yo venir a verte por que tuvimos mucho trabajo. Que sepas que nunca te vamos a dejar de querer.



2º Premio: Mario Gómez Isabal

Desde mi cama

Ayer, mis amigos Pablo y Mario me invitaron a ir con ellos a la inauguración de un nuevo parque. Cuando oí eso pensé que iba a ser un parque infantil, con columpios, toboganes y barras para pequeños. Al principio no quería ir, pero me acordé de que hace pocos días no podía salir de la cama, por que me mareaba. Me aburría de ver la televisión durante horas y estaba harto de mis videojuegos del Day Station. Cada paso que daba era un infierno para mí.

Por la ventana de mi cuarto se veía a mis amigos jugando al baloncesto, todos juntos. Entonces intenté salir a saludarlos. Me caí. Cada paso que daba se hacía más lejana la puerta. A continuación, volví a la cama.

Desee con todas mis fuerzas volver a estar bueno, pero de nada sirvió. Estuve varios días sin hacer nada y, al final, me recuperé.

Entonces pienso en lo mal que lo pasan los niños cuando están enfermos y me fui con mis amigos al parque. Al final me lo pasó genial.

En resumen, la gente que está en buena forma no sabe apreciar su salud.

No saben por lo que tienen que pasar los niños enfermos de verdad y los padres de esos niños. Deberíamos apreciar mucho más nuestra salud y ser felices con lo que somos y tenemos.

3º Premio: Lucía Carcedo Alonso

Mi abuela en el hospital

Era Nochebuena, un venticuatro de diciembre frío y lluvioso. Todos estábamos en casa, con todo ordenado con luces y un gran árbol de Navidad. Contentos, pues habían venido mis abuelos de Burgos a cenar con nosotros.

Cuando empezamos a comer, mi abuela Charo se puso a toser muy fuerte. Mis padres la dijeron que si estaba bien. Ella no respondía, pero cada vez tosía más fuerte. Mis padres se pusieron muy nerviosos y la llevaron al hospital, a la fuerza por que ella se negaba.

Mi abuelo y yo nos quedamos muy quietos y asustados. Yo me acerqué a mi hermano pequeño y le abracé tan fuerte que se puso a gritar para que me alejase de él.

Después de mucho esperar, vinieron la abuelita, papá y mamá. Nos dijeron que solo era un simple catarro y que dentro de poco se curaría.

Pero lo que nunca entendí ese día fue por que se echaron a reir cuando les pregunté que donde estaba el bebé que tenían que haber traído, pues mi madre se fue el año pasado al hospital y volvió con Daniel, mi hermanito pequeño.

Esta vez no fue así, pero me hubiese gustado tener un tío que se llamase Jesús y que hubiese nacido el día de Reyes.

fotodepilación.

sin dolor

seguro

para siempre

lásermédico

fotorejuvenecimiento



clínica
integral
saluduno

tan suave como la luz

OTROS TRATAMIENTOS:

Dietética y nutrición

Fisioterapia /Rehabilitación

Micropigmentación

Tratamientos faciales y corporales

TRATAMIENTOS BAJO
SUPERVISIÓN MÉDICA

- La **FOTODEPILACIÓN** permite actuar de forma selectiva sobre el vello sin dañar los tejidos ni la piel. Se consigue una depilación permanente y la piel mejora en calidad, suavidad y elasticidad.
- El **FOTOREJUVENECIMIENTO** es un tratamiento que mejora visiblemente el aspecto de la piel y combate eficazmente el envejecimiento.
- Con el **LÁSER MÉDICO** de última generación, el doctor puede tratar de manera rápida, indolora y fiable muchas de las problemas que antes solo tenían soluciones complejas: lentigos solares, puntos rubí, arañas vasculares, etc.



DESCUENTO ESPECIAL
DEL 15% PARA
COLEGIADOS DE ENFERMERÍA
FINANCIACIÓN A 12 MESES SIN INTERESES

Calderón de la Barca 4
Santander

Tel.: 942 362 510

Ocio...

ORIÑÓN: MONTE CANDINA

¡Acantilados y buitres!... Volveré

La semana ha sido mala, francamente mala. No me refiero tan sólo al devenir de los días en el trabajo, sino también al devenir climatológico. Es viernes, miro por la ventana, veo granizar y pienso qué quién me mandaría a mi haberme apuntado a la excursión del Colegio de Enfermería. Parece que esta ruta tiene gafo. Ya se tuvo que suspender por el mismo motivo. Parecía que se iba a acabar el mundo de lo que llovía y para mañana sigue con los mismos visos... Pongo el despertador y ya veremos....

Suena el despertador. He oído el golpeteo de la lluvia en el tejado prácticamente durante toda la noche. Me tiro de la cama, no sin pensármelo unos instantes, abro la persiana, miro por la venta y veo que el cielo está completamente límpido. Ni me lo puedo creer, pero se acabó la pereza. ¡Hoy espero disfrutar de un magnífico día de excursión!

Sin entrar en muchos detalles de lo que fue mi mañana, salí de casa y en el aparcamiento del Sardinero, como en tantas otras ocasiones, me estaban esperando mis compañeros, mis amigos y algunas otras caras nuevas que sin duda tenían lo mismos rostros de satisfacción que yo, nos íbamos de ruta.

Tras el viaje en autobús y unas cuantas explicaciones pertinentes, llegamos a Oriñón, junto a su bonita playa donde, después de prepararnos, comenzamos a caminar hasta la próxima localidad de Sonabia. Desde allí, alcanzamos sin ningún problema su playa e inmediatamente iniciamos el ascenso por un sendero pindio y vertical que faldeaba los primeros metros del Monte Candina. Este sendero herboso cada vez se hacía más pendiente, lo que provocaba que mis pulmones no pararan de funcionar. Así



mismo, con la excusa de “qué bonita vista, voy a hacer una foto e inmortalizarla”, paraba unos breves instantes para recuperar el resuello.

Ya casi estábamos arriba. Quedaba una pequeña canal donde nos tuvimos que ayudar con las manos (hacer “trepada”) para progresar pero una vez arriba... ¡Qué maravilla! A nuestra espalda las vistas por todo el litoral hacia Castro Urdiales con el Pico Cerredo presidiendo con su magnífica estampa. El Buciero de Santoña por delante; las primeras estribaciones del Valle de Liendo al que llegaríamos poco después y como no, todo el impresionante caos de roca caliza que conforma esta mole costera que es el Monte Candina.

Unos cacahuetes y un tra-

go de agua y seguimos la ruta. Atravesamos un paso imponente, donde un cable de acero revestido hace las veces de pasamanos, y dimos acceso al Valle de Liendo. Dejando a un lado el vértigo, lo trasponemos y nos disponemos a afrontar el descenso por un encinar donde hice buen uso de los bastones para evitar las posibles “culadas”. Para darle más emoción a ésta bajada, los colosales moradores de estos riscos, los buitres leonados, nos sobrevuelan constantemente no cejando en el empeño de, seguramente, poder cobrar alguna pieza. Desde luego nosotros no estábamos por esa labor...

Llegamos hasta el Valle, donde lo más incómodo que nos quedaba por hacer era ir

sorteando los charcos y los barrizales del mejor modo posible para intentar llegar en perfecto orden de revista. He de confesar que esto último no lo conseguimos. Así, llegamos hasta la derruida ermita de San Julián y pasamos junto a la pequeña playa del mismo nombre, donde poco después comimos. Comimos y bebimos.

Las horas, el haber llenado nuestro vientre y el sol sobre nuestras cabezas propiciaban una buena siesta, pero nos sobrepusimos a esta tentación y proseguimos nuestro camino. Nos quedaba por delante una nueva subida hasta alcanzar la Sierra de la Vida que hace las veces de divisoria entre los Valles de Liendo y Laredo, desde donde disfrutamos de la enésima panorámica maravillosa que se abría ante nuestros ojos, ésta vez toda la Villa de Laredo con su extensa playa de La Salvé y Santoña y su Buciero como fondo.

La verdad es que daba pena pero la excursión tocaba a su fin. Tan sólo quedaba descender por el Camino de Erio, con un bonito encachado en alguno de sus tramos y alcanzar la Puebla Vieja de Laredo como colofón a la ruta que nos tocaba hoy.

Antes de emprender el viaje de regreso hacia Santander me senté en una terraza con mis compañeros de andanzas de hoy a tomar una cerveza bien fría que hace las veces de recompensa. Nos lo hemos merecido y brindamos por ello.

No puedo por más que abstraerme un momento en mis pensamientos y rememorar todo lo que hoy he visto y disfrutado. Me dicen que la siguiente excursión, siguiendo la variedad de las rutas propuestas, discurrirá por tierras australes de nuestra Región. Me apunto... ¡Seguro!



FRESNEDA

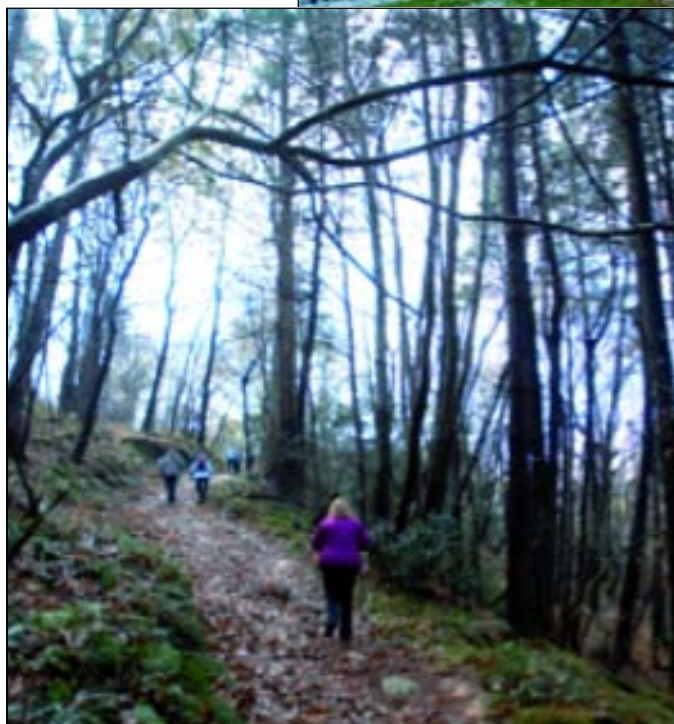
Un 'paseucu' por el monte...

El cursor parpadea en una hoja en blanco en la pantalla de mi ordenador...

Me pidieron que escribiera una crónica de la excursión que tuvimos con el Colegio de Enfermería por el Collado de Cieza pero los recuerdos se me entremezclan en la cabeza. Tal vez sea porque hace ya tiempo que ocurrió, ni más ni menos que el año pasado o tal vez sea por la "nebulosa" que se formó en mi (nuestras) cabeza después de la ruta y después del "homenaje" que nos pegamos... De todos modos lo intentaré.

Allá por el mes de Diciembre, antes de las consabidas fiestas de Navidad, íbamos a concluir la temporada con las salidas del Colegio haciendo una ruta por las zonas altas del Valle de Cieza. La semana precedente fue terrible, con frío, agua, nieve, pedrisco... Dicho itinerario discurría por cotas que superan en algunos casos los mil metros, por lo que ese sábado era inviable el realizar dicha ruta por la cantidad de nieve que había en esas zonas. Estaba decidido, se haría una ruta alternativa.

El día anterior no incitaba mucho a salir de excursión pero el sábado amaneció sin atisbo de lluvia. Nos dirigimos hasta Los Corrales de Buelna donde, tras un reparador café y una fugaz visita a un supermercado (dato relevante éste, como se verá más adelante) nos pusimos en marcha. Nos acercamos hasta el Barrio de La Contrina donde comienza un tramo de la Calzada Romana que hay por el Monte Fresneda y que se presume que unía Herrera de Pisuerga (Pisoraca) con Suances (Portus Blendium) o lo que es lo mismo, la meseta castellana con la costa cántabra. Estamos an-



te un tramo de la ya conocida Calzada entre Somaconcha y Pie de Concha.

Comenzamos a ascender por un bonito sendero entre el frondoso bosque del Monte Fresneda y pronto la nieve hizo su aparición. Si bien el ramaje de los árboles había impedido que se asentara mucho, ya podíamos decir que habíamos pisado nieve. Los tramos encachados de losas no tardaron en aparecer, alguno de ellos magníficamente conservado. El camino pasa junto a un paraje donde hay un número considerable de tallas de madera que a modo de "espíritus del bosque" nos permiten el tránsito por ésta, a ratos mágica, arboleda.

Tras superar una pronunciada pendiente herbosa, llegamos hasta el pueblo de Collado, donde ya el olor de las alubias hacía presagiar lo que nos vendría un rato después. Pero aún debíamos hacer un

poco más de hambre.

Aunque de era opcional, el grupo, casi en su totalidad, nos dirigimos por un buen camino a ascender la cumbre del Gedo, magnífico mirador natural de los Valles de Buelna y Cieza. El ascenso fue tranquilo, disfrutando de animada charla y cada vez más bonitas vistas. Los más osados se salieron del camino para realizar los últimos metros, bosque de coníferas a través, y de este modo disfrutar de la tranquilidad de estos idílicos parajes. Tranquilidad que sería rota poco después, con todo el grupo en la cumbre, pues para celebrar el bonito día que estábamos pasando y de paso brindar por las fiestas que venían por delante, el año que se nos acababa, el año que vendría, etc. corrieron la mistela y otros licores espirituosos, así como polvorones y otros dulces navideños...

Con el cuerpo bien caliente

(por dentro y por fuera) descendimos del Pico Gedo de nuevo hasta Collado, donde ya nos estaban esperando en el restaurante para darnos de comer y poder reponer fuerzas después del esfuerzo realizado durante toda la mañana... Al menos esa fue la excusa.

Pasamos todos al rústico comedor y, tras el recibimiento cordial y cariñoso de Nori, nos aposentamos para dar buena cuenta de lo que allí nos habían preparado. Aquello fue un buen aula para las matemáticas: unas cuantas ensaladas; al menos una decena de botellas de vino; un par de docenas de huevos fritos (con sus correspondientes acompañamientos); unas cuantas centenas (o miles) de alubias que pasaban por nuestros gaznates... no hacen falta más detalles. Luego ya vinieron los villancicos, las montañesucas, los 'pavorrales' y algunas 'raras dietas' de adelgazamiento... Pero eso son historias para no contar en estas líneas.

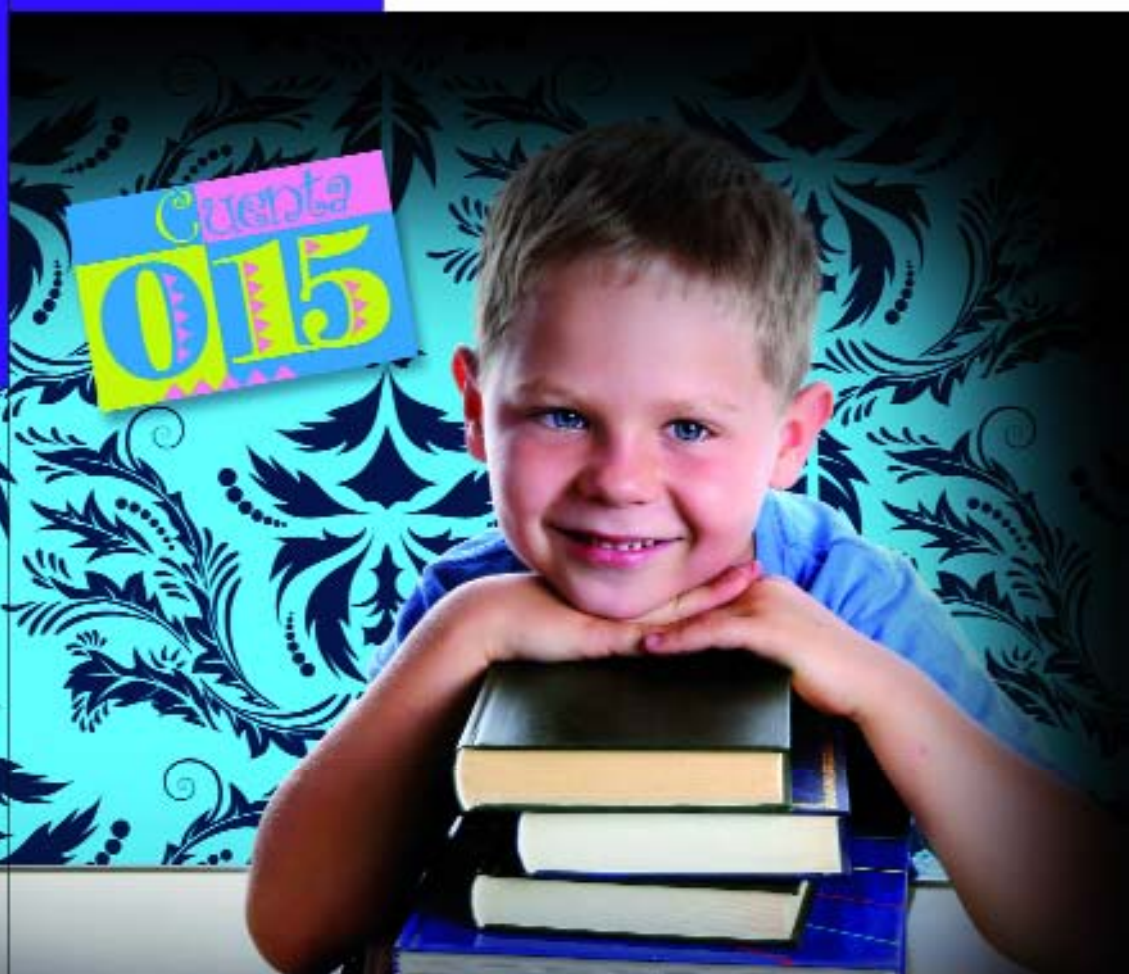
Tras todo ello nos tuvimos que mover. La pereza invadió nuestros cuerpos pero no quedaba otra. Teníamos que acercarnos hasta el autobús. Creo recordar que fueron los 250 metros más largos de mi vida.

Una vez sentados, la gente se ve que no pudo conciliar bien el sueño y los ronquidos tardaron en aparecer, casi hasta llegar a Los Corrales. Y a partir de ahí sí que no os puedo contar más... Morfeo fue un buen acompañante.



CANTABRIA AHORRO JOVEN 10

www.cajacantabria.com



**NO HACE FALTA SER UN EMPOLLÓN
PARA SACAR UN 10**

**ahorro
futuro**
CAJA
CANTABRIA

*El plan de ahorro
joven que te da una
bonificación del 10%
a los 10 años.*

**CAJA
CANTABRIA**



**Este calendario infantil
magnético DE REGALO*
al contratar Ahorro Joven 10**

Cantabria Ahorro Joven 10 es un seguro de vida de Cantabria Vida y Pensiones, S.A. de Seguros y Reaseguros, inscrita en la DGS, clave C-0711, y CIF: A-26670861. Mediado por Segurosantabria, S.A. CIF: A-20098943 operador de Banca Segura. Veniable con el artículo 171 bis de la Ley 1/2002 y con el artículo 10 de la Ley 30/2006, con Seguro de F.R.C. Profesional y capacidad financiera, con arreglo a lo dispuesto en el art. 21 de dicha Ley. Información previa al contrato, condiciones de la bonificación y prestaciones disponibles en cualquier oficina de Caja Cantabria.

*Promoción válida para nuevas contrataciones a apertura de cuenta con un mínimo de 300 €. Limitada a un regalo por menor hasta agotar existencias.