

REVISTA del
COLEGIO de
ENFERMERIA
de CANTABRIA

NUBEROS

AÑO 9 NUM. 34

3º Trimestre 2004



COMIDA: LA DROGA QUE MATA LENTAMENTE

Unidad de Trastornos de la Conducta
Alimentaria de Sierrallana

CONTACTO CON MATERIAL BIOLOGICO DE RIESGO

Experiencia en el Hospital Sierrallana

ESPECIALIDADES DE ENFERMERIA:

La experiencia práctica por escrito

NUBEROS

REVISTA DEL COLEGIO
DE ENFERMERIA DE
CANTABRIA

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

PAGINA WEB
www.ocenf.org/cantabria

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENTA:

M^a Asunción González

VICEPRESIDENTA:

Montserrat González

SECRETARIO:

Raúl Fernández Carreras

TESORERA:

Eduarda Malpica Gordillo

VOCALES:

J. Arturo Rodríguez,
Cristina Ruiz Sanzo y
Mario Arroyo López

EDITA:

EDICIONES DEL NORTE, S.L.
Avenida de los Castros
36, 1º A Santander
Tfno. 942 291200
Fax 942 291202
economica@mundivia.es

PUBLICIDAD:

EDICIONES DEL NORTE, S.L.

IMPRIME:

GRAFICAS CALIMA

Dep. Legal. SA- 296/1996

Nuberos no se hace respon-
sable de las opiniones emiti-
das por sus colaboradores.

En busca del reconocimiento profesional



FOTO PORTADA : Torre del Infantado. Potes

La enfermería es la profesión que con más frecuencia se somete a cursos de reciclaje profesional. No en vano existen tantas patologías como pacientes y continuamente están apareciendo nuevas técnicas de curas, planes de cuidados o aplicaciones sanitarias. Este compromiso con la calidad que ofrecemos con nuestra asistencia sanitaria, con nuestra aportación profesional al sistema y a la salud de las personas, es la única razón que nos debe llevar a luchar por el desarrollo de las especialidades de enfermería.

Pero para este reciclaje los profesionales de enfermería, en su gran mayoría, tienen que dedicar su tiempo y su dinero para adquirir esa formación específica mínima, que junto con una determinada

experiencia, les permita trabajar en determinadas áreas fundamentales. Todo esto de manera voluntaria movidos por el ansia de la mejora continua de conocimientos y de preparación. Mientras se producen estos hechos, el sistema sanitario quiere que la enfermería continúe como hasta ahora, sin el reconocimiento profesional ni retributivo correspondiente.

Debemos empezar a tener en cuenta cuánto se ha ahorrado hasta ahora el sistema sanitario español con nuestro reciclaje profesional, intenso, continuado y voluntario. Ha llegado el momento de que ocupemos el lugar esencial que nos corresponde como consecuencia de nuestra labor profesional.

JUNTA DE GOBIERNO DEL COLEGIO DE ENFERMERIA DE CANTABRIA

SUMARIO

4. Entrevista: Unidad de trastornos de la conducta



alimentaria del Hospital Sierrallana

10. Trabajo de Investigación: "Contacto con material biológico de riesgo: Experiencia en el Hospital de Sierrallana"

15. II Jornadas de Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental de Cantabria

16. Especialidades de Enfermería: La experiencia práctica por escrito.

22. El Colegio informa:
- Aula de Formación
- Asesoría Jurídica
- Area de Ocio

22. Nunca te acostarás... "La botella"



Parte del equipo de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria de Sierrallana. FOTO: ROMAN ALONSO

UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HOSPITAL SIERRALLANA

Comida: la droga que mata lentamente

Un lustro cuidando pacientes con trastornos de la conducta alimentaria

Obtener información sobre el paciente, bien a través de él mismo o de su familia, y trasmitirla al equipo terapéutico, conseguir que el enfermo asuma su enfermedad, se relacione con el resto de los miembros del grupo y siga las pautas del tratamiento, son la labor fundamental del equipo de enfermería de la Unidad.

El próximo mes de noviembre la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria cumple cinco años. En todo ese tiempo, el personal de enfermería ha tratado de ayudar a pacientes con una enfermedad de la que todavía se conoce muy poco a pesar de la multitud de ocasiones en las que se oye hablar de ella.

Los pacientes presentan trastornos de la alimentación que inciden de manera desigual sobre su aspecto físico o

psíquico –los enfermos presentan problemas de pérdida de peso y masa ósea, además de miedos, distorsiones de su propia imagen y modificaciones del estado de ánimo–. También muestran alteraciones conductuales –provocación de vómitos, atracones o ejercicio físico de manera continuada– y sociales –problemas familiares, de estudios o en el trabajo–.

Diversos centros de ayuda a este tipo de pacientes elaboran planes o programas

de hospitalización parcial que permiten continuar el trabajo terapéutico sin separar a los pacientes de su entorno familiar y social. El hospital de día de Sierrallana ofrece los medios para realizar este tipo de tratamientos sin necesidad de un ingreso a tiempo total.

Objetivos generales

El personal de enfermería tiene señalados una serie de objetivos prioritarios en su trabajo cotidiano. Su labor viene marcada, en primer lugar, por recuperar las pautas y hábitos alimenticios, tanto en peso como en la adquisición por parte del paciente de una actitud positiva hacia la ingestión de alimentos. A continuación se intenta romper el círculo de control-descontrol en el que está inmerso el enfermo, capaz de pasar de severas restricciones en el volumen de comida ingerida a excesos y vómitos.

El profesional de enfermería actúa de puente entre el régimen ambulatorio y el hos-



Los pacientes participan en grupos de trabajo que les ayudan a asumir su enfermedad y a aumentar su autoestima. FOTO: ROMAN ALONSO

pitalario, además de entre el paciente y su familia, a los que debe implicar directa-

mente en el tratamiento de la enfermedad. Por último, su contacto cotidiano con el pa-

ciente le hace prever posibles recaídas y actuar con prontitud.

El referente del paciente

Las enfermeras son el referente diario del paciente y forman parte del equipo terapéutico, lo que motiva una buena relación y empatía desde el mismo momento del ingreso del enfermo.

Desde el inicio, se explican las normas de funcionamiento teniendo en cuenta que el primer día viven en una nebulosa **“están nerviosos y no se enteran prácticamente de nada; hay que actuar con mucha calma para que vayan asumiendo las pautas de la terapia”**, indica María Valdor, supervisora de la Unidad.

El departamento funciona como un grupo homogéneo; cada enfermero realiza una labor determinada que tiene por fin conocer en profundidad al paciente, manejando los refuerzos positivos y negativos que servirán para es-



El calor es lo que importa


Saunier Duval


LOSTAL LÍDER EN SANEAMIENTO, CERÁMICA Y CALEFACCIÓN OFRECE UNA AMPLIA GAMA DE CALDERAS A GAS Y GAS-OIL DE ÚLTIMA GENERACIÓN Y LE OFRECE EL ASESORAMIENTO NECESARIO PARA LA CLIMATIZACIÓN DE SU HOGAR REALIZANDO EL ESTUDIO Y PROYECTO SIN COMPROMISO.

Ahora también le podemos atender en nuestras nuevas instalaciones en Noja


LOSTAL
 ALMACENES GENERALES Y EXPOSICIÓN
 Avda. Candina s/n SANTANDER

SANTANDER TORRELAVEGA CASTRO URDIALES NOJA

timular su actitud frente al tratamiento. Se evalúa continuamente la alimentación vigilando y controlando el peso, el uso de laxantes o la existencia de vómitos, estimulando el posicionamiento del paciente frente a la comida y reforzando a la vez las actitudes positivas. **“Cuando tienen que ingerir alimento se sienten más sensibles y asustados”**, añade María Valdor, **“es el momento idóneo para iniciar un diálogo que les incite a expresar sus sentimientos y dificultades, sirviendo a la vez para mostrarles las conse-**

trato con el paciente por el que éste se compromete a cumplir el programa de trabajo y obtener a cambio una serie de ‘premios’ que suelen consistir en algo de su agrado como una tarde libre de tratamiento. Pero no siempre la respuesta es positiva y se incumplen las normas, como indica la supervisora de la Unidad, **“el enfermo es un gran manipulador. Manipula a su familia e intenta hacerlo con el personal del centro; nuestra principal labor es mantener una actitud firme sin dejar de ser comprensivos; hacerle ver que no nos engaña sino que el**

tratar temas de psicoeducación, nutrición, pautas alimentarias, manejo del paciente en su domicilio o antecedentes psicofísicos previos a la aparición de la enfermedad.

La actividad diaria

En este momento, la Unidad atiende a quince pacientes. La mitad son mujeres jóvenes, algunas adolescentes, pero también de mediana edad, incapaces de asumir que el cuerpo va perdiendo con los años las formas de la juventud. También hay algún hombre ya que el excesivo cuidado de la

Los grupos

GRUPO DE BIENVENIDA:

recibe al paciente y evalúa las dificultades e incidencias del fin de semana. Se estimulan positivamente los pequeños logros obtenidos y las actividades realizadas.

GRUPO DE PSICOMOTRICIDAD Y RELAJACIÓN:

se intenta mejorar el tono muscular y el que los pacientes hagan ejercicio de forma controlada, pasando después a un programa establecido de relajación física y mental.

GRUPO DE REGISTROS:

los pacientes ponen en común sus problemas con la alimentación durante la semana y en su domicilio. El personal da pautas de conducta alimentaria y favorece el diálogo del grupo en un tema especialmente difícil entre ellos, intentando modular y reconducir sus hábitos.

GRUPO DE PSICOPINTURA:

el paciente refleja a través de un dibujo sus emociones, sentimientos, miedos, angustias,... a partir de un tema propuesto por el psiquiatra.

GRUPO DE NUTRICIÓN:

se facilitan a los pacientes nociones básicas sobre cómo hacer una dieta sana.



El personal de enfermería es el encargado de dirigir los grupos de trabajo, controlando las actitudes de los pacientes. FOTOGRAFIA ROMAN ALONSO

cuencias patológicas que pueden producirse con sus trastornos en el hábito alimentario”.

El paciente y la familia

Por otro lado, el personal de enfermería es el nexo de unión entre el paciente y la familia, ya que promueve entrevistas puntuales entre ambos para favorecer la expresión de sentimientos, dudas y dificultades. También detecta las posibles interacciones que se producen entre ambas partes e informa del protocolo de tratamiento.

El equipo ‘firma’ un con-

único engañado es el”. También hay que educar a los padres porque también necesitan apoyo. Durante el tiempo que dura la enfermedad van perdiendo el sentido de la realidad de las cosas **“los padres, después de sufrir durante un tiempo la enfermedad de sus hijos pierden las referencias sobre lo que es normal en la alimentación cotidiana, llegando a presentar dudas como la cantidad adecuada en un plato de albóndigas”** indica María Valdor. Por eso, el enfermero debe realizar grupos de terapia con los familiares más cercanos para

imagen está originando la aparición de la enfermedad entre ellos.

Los pacientes acuden a la Unidad de lunes a viernes y la primera labor del grupo de bienvenida, según se les recibe a las nueve de la mañana, es evaluar las dificultades e incidencias del fin de semana, reforzando positivamente los pequeños logros obtenidos y las actividades de cada día. Después de pasarles por el peso, se les acompaña al comedor para iniciar un apetitoso y nutritivo desayuno que si el paciente no termina –lo acordado es que en 20 minutos la bandeja debe quedar

vacía– habrá que suplementar dietéticamente la ausencia de aquellos alimentos que no se han ingerido.

Después de unos minutos de reposo se inician los grupos de psicomotricidad y relajación, psicoeducación, nutrición, registros de alimentación, psicopintura, imagen corporal o resolución de problemas del paciente impartidos por los profesionales de enfermería. Es el momento de ir conociendo en profundidad cuáles son las circunstancias que han llevado al paciente a la Unidad, favoreciendo una percepción más realista de su imagen corpo-

de trabajo

GRUPO DE IMAGEN CORPORAL: se aportan pautas para que el paciente se reconcilie con su cuerpo y se trabaja en relación con su distorsión de la imagen corporal.

GRUPO DE PSICOEDUCACIÓN: se enfrenta al paciente con los síntomas de la enfermedad, se trabaja su autoestima y se resuelven los problemas.

GRUPO DE FIN DE SEMANA Y DE CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS: se comentan las incidencias ocurridas durante toda la semana; el paciente tiene la oportunidad de expresar o aportar ideas sobre su tratamiento y funcionamiento del hospital de día. Se exteriorizan los miedos y las dudas a las que va a tener que enfrentarse sin el apoyo de los profesionales.

SALIDAS TERAPÉUTICAS: su principal fin es exponer al paciente a aquellas actividades imprescindibles de la vida en las que puede tener alguna dificultad (comer en público, comprar ropa,...)

TERAPIA OCUPACIONAL: manualidades, pintura, modelaje.

ral y aumentando, al mismo tiempo, su autoestima.

A las doce llega el momento de que el paciente se vea con los psiquiatras o psicólogos quienes deben valorar, en definitiva, el trabajo realizado. Estos, cuando hablan con los enfermos, poseen una información exhaustiva de lo ocurrido durante las jornadas anteriores. La información facilitada por el personal de enfermería es la base del tratamiento, por lo que su presencia en los distintos grupos de trabajo resulta fundamental.

Llega la hora de la comida –40 minutos para consumir todo el menú–. Algunos, los que más empeño ponen en conseguir primero el alta, acaban rápidamente. Otros se demoran en demasía. A unos y otros Esther, auxiliar de enfermería de la Unidad, les acompaña y ayuda pues **“al principio tienen que hacer un gran esfuerzo para ingerir la dieta completa”**.

Una vez terminada la comida disfrutan de un tiempo de reposo para luego dedicar otro rato al paseo o a los talleres de relajación. Si cuentan con autorización del psiquiatra o del psicólogo, también pueden estudiar.

Tras la merienda, desarrollan talleres de manualidades, masaje o ven alguna película de cine-fórum para incentivar la conversación de los enfermos entre sí y con el personal de enfermería. Tras la cena –otros cuarenta minu-

ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

- Establecer una buena relación y empatía con el paciente desde el momento del ingreso
- Recogida de datos administrativos y clínicos
- Evaluación continuada de alimentación y eliminación:
 - Peso paulatino diario con vejiga vacía.
 - Control de ingesta y diuresis.
 - Actitud ante la comida y el peso.
 - Control de la dieta y administración de suplementos.
 - Control de vómitos y/o atracones.
 - Control de laxantes y fármacos
 - Vigilancia en el comedor.
 - Acompañamiento al servicio
- Evaluación continuada de las actividades:
 - Facilitar el reposo.
 - Vigilar el movimiento continuo o ejercicio.
- Mantener una actitud firme y comprensiva, poniendo límites a sus conductas manipuladoras.
- Buen manejo de refuerzos positivos y negativos.
- Mantener diálogo para:
 - Favorecer la expresión de sentimientos y dificultades.
 - Ayudar a que tengan conciencia de la enfermedad.
 - Favorecer una percepción más realista de su imagen.
 - aconsejar que usen talla de ropa adecuada.
 - Favorecer la autoestima.
 - Informar de las consecuencias patológicas de los trastornos de la conducta alimentaria.
 - Educación nutricional.
- Fomentar las relaciones interpersonales en el grupo, valorando el nivel de ansiedad social.
- Detectar el tipo de interacciones familiares.
- Valoración de la nutrición parenteral y/o colocación de sonda nasogástrica.
- Valoración de intento o amenazas autolíticas (contención mecánica si precisase).

PERSONAL DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

- Andrés Gómez del Barrio - Psiquiatra
- Pilar García Pelayo - Psiquiatra
- Eva Arroyo Valiente - Psicólogo
- María Valdor Arriarán - Supervisora de Enfermería
- Ana García Saiz - Enfermera psiquiátrica
- Eladio Rolo Carrón - Enfermero
- Isabel Portilla Calva - Enfermera
- Catalina Pérez Palomares - Enfermera
- Sara Rodríguez Saturio - Enfermera
- Gema Rodríguez Gutiérrez - Enfermera
- Marián de Cos - Enfermera
- Carmen Pereda Andonegui - Enfermera
- María Soledad Ruiz del Río - Enfermera
- Esther Fernández Cobo - Auxiliar de Enfermería

tos de esfuerzo ante los alimentos— el paciente regresa al domicilio con su familia.

La mayoría pertenecen a la zona occidental de la provincia, pero también proceden de otras zonas de dentro y fuera de la región, que acuden a Sierrallana a petición propia pues conocen de antemano la Unidad y depositan su confianza en ella.

En busca del éxito

El profesional de enfermería asume, de alguna manera, la tutela del enfermo con el fin de volver a encauzar sus hábitos de vida, ayudándole a seguir los pasos marcados por el tratamiento terapéutico. El desarrollo de los grupos de trabajo muestran poco a poco al paciente los problemas que le han llevado hacia la enfermedad y para que los vaya asumiendo. Para Ana García, enfermera especialista en psiquiatría, “es una tarea difícil, puesto que el enfermo de bulimia o anorexia todo lo ve blanco o negro, siempre es extremista en sus apreciaciones, por eso nunca se ve reflejado en la problemática de sus compañeros”. El enfermo reconoce el problema en su compañero, pero niega que el esté en las mismas condiciones, “suelen competir

“...llegó la cena y mientras mi madre recogía la cocina, yo me metí la comida en el pantalón. Cuando vio que me lo había comido todo, me dio un beso y me felicitó. En ese momento me sentía bien porque no iba a cenar, pero luego... me sentí mal. ¡He vuelto a defraudarla!”.

“...en la Unidad de Trastornos, además de alimentar mi cuerpo, han estimulado mi autoestima”.

“...han sabido orientar a mi familia en la enfermedad, dándoles consejos no sólo de alimentación, sino también personales para poder convivir y entender mi problema”.

“...mis enfermeras, mis amigas, me ayudaron a reconocer y aceptar la anorexia nerviosa que padezco y, lo que es más importante para mí, a aceptarme a mi misma, a respetarme y a darme la oportunidad de comenzar a soñar, de empezar a vivir”.

“...cuando me miro al espejo, los días se tornan grises, malhumorados. No creo que pueda llegarme a ver alguna vez bien conmigo misma, menos ahora que estoy mucho más gorda y mi cara es redonda y fea... me supera. Pienso que la vida no es solo comida y no quiero que mi vida gire alrededor de esa palabra, pero lo hace... He pedido muchas veces a la muerte que me arrastre con ella, pero ¿Para qué? Soy tan infeliz que ni en la otra vida me querrían. Aunque en el fondo no quiero morir, porque se que hay mucha gente sufriendo por mí...”.

entre anoréxicos y bulímicos, comparando las enfermedades, pero no reconocen su problema lo que nos lleva a hacerles ver que ellos también padecen la enfermedad”.

Después de esta fase viene la de recuperación, donde unos se muestran remolones al tratamiento y otros, llevados por su hiperactividad y afán de curarse antes, ponen un gran énfasis. En ambos casos, el equipo de enfermería debe controlar al enfermo para que no desatienda sus obligaciones y cuando se produce un rechazo al tratamiento, ayudarlo. Eladio Rolo, el único hombre del equipo de enfermería, explica que estos rechazos son esperados, “en los primeros meses del tratamiento es fácil que se produzcan y nosotros llegamos a preverlos, por eso nos preparamos para el momento pues necesitan de nuestra apoyo y ayuda”.

Pocos son los pacientes que han conseguido superar la enfermedad en estos cinco años de trabajo de la Unidad, porque es difícil que se produzca un alta definitiva antes de los cuatro años de la actividad terapéutica. Quienes lo han conseguido, así como sus familiares, deben continuar asistiendo de forma periódica a los grupos de tratamiento.

CANTABRIA ECONOMICA

En **OCTUBRE**

- EL SECTOR TURISTICO SE PONE LAS PILAS.
Quién gana y quién pierde con la presencia de Ryanair
- Llegan las promociones de viviendas de alquiler
- Por qué no crece la productividad de las empresas
- Papelera de Besaya ha quintuplicado la producción en cinco años

Todo esto y mucho más en...



Experiencia en el Hospital de Sierrallana

Contacto con material biológico de riesgo



Contacto con material biológico (CMB) de riesgo es toda exposición a un fluido con capacidad de transmitir hepatitis B o C y del VIH por vía parenteral (p.e. corte o pinchazo) o por salpicadura a conjuntiva o a herida. El fluido más peligroso es la sangre. Si la fuente es positiva para el virus el riesgo de transmitir VHB es del 30%, VHC 3% y VIH 0,3%. De menor riesgo son los fluidos serosos (p.e. pleural o peritoneal), el semen, la secreción cervicovaginal y el LCR.

(j) No son de riesgo, salvo contaminación con los fluidos mencionados, orina, heces, saliva, lágrimas, secreción nasal, sudor o vómito.

1. ACTUACIÓN TRAS CMB

1.1 Tratar la exposición

- **Pinchazo, corte o arañazo.** Limpiar con agua y jabón y permitir el sangrado. Desinfectar con antiséptico (p.e. povidona yodada) y cubrir con apósito impermeable.
- **Salpicadura.** A herida lavar con agua y jabón, a conjuntiva lavar con agua.

1.2 Pruebas serológicas basales

Al accidentado

- Solicitar serología vírica basal: AgHBs, Ac-HBs, AchBc, Ac-VHC, Ac-VIH y ALT.

Al sujeto fuente

- Si es un paciente ingresado ver si tiene serología vírica reciente.
- Si no la tiene solicitar las pruebas de arriba tras consentimiento informado.

1.3 Evaluar el riesgo infeccioso

Valorar: fluido implicado, datos clínicos y serológicos de la fuente, barrera utilizada (p.e. guantes), tipo de aguja, volumen de fluido y tiempo transcurrido. Mayor riesgo es cuando el pinchazo es profundo con aguja hueca procedente de vena o arteria.

1.4 Profilaxis de la hepatitis B

La tabla muestra la actuación en primera instancia (<48h) según serología de la fuente y estado inmunológico del accidentado.

Accidentado	Fuente AgHBs (+)	Fuente AgHBs (-)	Fuente AgHBs (¿?)
No vacunado	IGHB 1 dosis + Vacuna 0-1-2-12	NADA Ofertar la Vacuna 0-1-6	Vacuna 0-1-6
Vacunado Con respuesta	NADA	NADA	NADA
Vacunado con mala respuesta	IGHB 1 dosis (repetir al mes)	NADA	IGHB 1 dosis (repetir al mes)
Vacunado con respuesta (?)	IGHB 1 dosis + Vacuna refuerzo (Determinar Ac-HBs)*	NADA	Vacuna 1 dosis + Determinar Ac-HBs

* Puede solicitarse Ac-HBs de forma urgente (<48 h) para decidir administrar IGHb

* Vacuna hepatitis B: Pauta estándar de tres dosis (0-1-6 meses). Al mes de la última solicitar AcHBs y si >10 UI/mL respuesta (+) e inmunización de por vida.

1.5 Profilaxis de la hepatitis C

(i) No existe vacuna ni profilaxis postexposición.

- Si la serología de la fuente es AcVHC(-) se cierra el seguimiento.
- Si la fuente es AcVHC(+) o (?) se seguirá al accidentado a los 3 y 6 meses de la exposición con AcVHC y ALT para detectar una eventual conversión.
- Si persiste AcVHC(-) tras 6 meses se cierra el seguimiento.

1.6. Profilaxis del VIH

1.6.1 Valorar el riesgo de la exposición

- Según la **forma** de mayor a menor:
 - Exposición masiva a sangre VIH(+).
 - Pinchazo profundo con aguja hueca de vena o arteria y VIH(+).
 - Arañazo por un objeto o instrumento con fluido VIH(+).
 - Salpicadura a herida reciente de sangre o fluido VIH(+).
 - Salpicadura a conjuntiva o piel lesionada (dermatitis) y VIH (+).
- Según la fuente de mayor a menor:
 - VIH(+) y sintomática: SIDA o Enf. retroviral Aguda (ERA)
 - VIH(+) y asintomática
 - VIH(?) y con factores de riesgo: ADVP, homosexual o promiscuo.

sangre VIH(+) en alguna de estas dos circunstancias:

- Fuente sintomática: SIDA o ERA,
- Fuente asintomática pero pinchazo profundo con aguja hueca de vena o arteria.

b) No se recomienda ni se oferta si la exposición es a un fluido no de riesgo infeccioso como orina, vómito, heces, saliva o sudor de un paciente VIH (+).

c) Se oferta en los casos intermedios entre los anteriores. Entre éstos se incluye la exposición:

- Superficial (p.e. arañazo) a sangre de fuente VIH(+) asintomática.
- A un fluido contaminado con sangre de fuente VIH(+)
- Salpicadura de sangre de fuente VIH(+) a conjuntiva o herida
- De cualquier tipo a sangre de fuente VIH(?) con factores de riesgo

La profilaxis ha de ser precoz, en las primeras 6 horas tras la exposición, ideal en las primeras dos horas. Reduce el riesgo basal de transmisión (0,3%) en un 80%. Sus efectos 2ª son frecuentes (75%) y será el accidentado quien decida iniciarla tras informarle del riesgo.

Profilaxis estándar, 4 semanas:

- **Zidovudina** más **Lamiduvina** (Combivir; 1 comp/12 horas)
- **Indinavir** (Crixivan); 800 mgr./8 h

1.7 Actitud: Recomendación vs oferta de profilaxis antirretroviral

a) *Se recomienda de forma activa* en exposición parenteral a

El embarazo **no** contraindica la profilaxis y se sustituirá Indinavir por **Nelfinavir** (Viracept; 750 mgr/8 h) o **Ritonavir** (Norvir; 600 mgr/12 h).

II JORNADAS DE ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA Y DE SALUD MENTAL EN CANTABRIA (Reconocidas de interés sanitario)

La Gestión de la Calidad en la Enfermería de Salud Mental

PRESENTACIÓN

La enfermera de Salud Mental va iniciándose y, al mismo tiempo, adaptándose a una lenta y progresiva implantación de parámetros de calidad en su que hacer diario, siendo su progresión ascendente con el fin de conseguir un máximo grado de eficacia y eficiencia. La enfermería debe de establecer métodos de seguimientos de los procesos, fijar objetivos de calidad, desarrollar actuaciones específicas, concienciar al personal de la utilización de herramientas para la gestión de la calidad y efectuar mediciones del grado de satisfacción del usuario.

OBJETIVOS

- Impulsar un cambio cultural en la Enfer-

mería de Salud Mental en relación con la Gestión de Calidad.

- Identificar los procesos más habituales en enfermería y las herramientas de calidad a utilizar dentro de la gestión de los mismos.
- Dotar a los participantes de la terminología y principios básicos de la Gestión de la Calidad.

DIRIGIDO

Personal de Enfermería y a todas aquellas personas interesadas en los sistemas y conceptos de Calidad en el entorno sanitario.

FECHA DE CELEBRACIÓN

20 de Octubre de 2004

LUGAR

Biblioteca del Centro Hospitalario Padre Menni

Se hará entrega del certificado de asistencia.

Se ruega confirmación antes del 18 de Octubre.

INSCRIPCIONES

Centro Hospitalario Padre Menni
Avda de Cantabria, 52
39012 Santander

Tel. 942 390 060
Fax 942 391 266

E- mail: hospital@mennisant.com

REAL DECRETO LEY DE ESPECIALIDADES DE ENFERMERIA

Las Comunidades Autónomas tienen la oportunidad de presentar alegaciones

Las Comunidades Autónomas tienen hasta el 6 de octubre para que lleven a cabo todas las alegaciones que consideren oportunas al Proyecto de Real Decreto de Especialidades de Enfermería, y para lo cual la Organización Colegial ha dirigido una carta a todos los Consejeros de Sanidad de las Comunidades Autónomas solicitando una reunión del Consejo Interautonómico de Enfermería, formado por el presidente de la Organización Colegial y los presidentes de los Consejos Autonómicos de Enfermería, para hacerles entrega de un informe que contempla la necesidad del desarrollo de las especial-

idades de enfermería, explicando la situación actual y solicitando su apoyo al actual proyecto de Real Decreto.

Esperemos que nuestra Consejera tenga la sensibilidad de recibirnos, para conocer ampliamente nuestra problemática antes de emitir el informe.

INICIO DE MOVILIZACIONES

Se realizarán movilizaciones, en la primera fase hasta el 31 de octubre con una campaña "en positivo" que va estar apoyada de material publicitario y divulgativo como cartelera, folletos explicativos, pósters, men-

sajes por telefonía móvil, etc.

En cuanto a la segunda fase, que se pondrá en marcha en caso de que no hubiese ningún tipo de respuesta por parte del Ministerio de Sanidad o bien el proyecto presentado por este introdujese cambios que atentase contra los tres puntos irrenunciables por parte de nuestro colectivo. En esta fase, la enfermería sé vera obligada a hacer uso de todas las formas de presión que nos permita llevar a cabo la Constitución Española y la legislación actual, no descartando ninguno de los tipos de conflicto social que entren dentro de la legalidad.



ESPECIALIDADES DE ENFERMERIA

La experiencia práctica por escrito

El desarrollo de la profesión y la necesidad de responder de forma adecuada a las necesidades de salud exige contar con profesionales de enfermería, no solamente de un nivel universitario adecuado si no además, especializado en aquellas áreas de atención que, manteniendo el papel irrenunciable del enfermero generalista, aporte competencias adicionales que garanticen la calidad de los cuidados y la seguridad de los atendidos por estos profesionales.

A finales del pasado año 2003, La Organización Colegial de Enfermería de España y las Sociedades Científicas de Enfermería consensuaron, con el entonces responsable del Ministerio de Sanidad y Consumo un acuerdo histórico para la profesión con el fin de regular a través de un Real Decreto el desarrollo y la puesta en marcha de un nuevo Sistema de Especialidades de Enfermería.

Se trata de una demanda histórica realizada por el colectivo de la enfermería española que desde hace décadas viene denunciando la necesidad de que los enfermeros que trabajan en diferentes áreas fundamentales para la salud tengan la obligación de acceder a ellas a través de la debida especialización, garantizando así la calidad de la prestación de los servicios sanitarios para todos los usuarios.

¿POR QUE GENERA MALESTAR EN LA ENFERMERIA ESPAÑOLA QUE CONTINUEMOS SIN ESPECIALIDADES?

La profesión de enfermería y la sociedad en su conjunto llevamos 17 años aguardando una regulación efectiva de este importante elemento de desarrollo profesional y garantía de seguridad para nuestros pacientes. A estas alturas no hay razón alguna para que, una vez superadas todas las fases previas en el tramite preceptivo del nuevo Real Decreto, no se consolide su aprobación en el Consejo de Ministros.

Desde la Organización Colegial de Enfermería instamos, con verdadera vehemencia a la culminación de este proceso que constituye la reivindicación prioritaria del 98 por ciento de los profesionales. No es

El 98 por ciento de las enfermeras españolas valoran imprescindible la especialización para mejorar la asistencia sanitaria

Más enfermeras especialistas... ... más vidas salvadas

Un estudio realizado, a nivel mundial, por la UNIVERSIDAD DE HARVARD (EEUU) en 8000 HOSPITALES apuesta por la especialización de la enfermería

En España, 220.000 diplomados universitarios en enfermería tenemos encomendado el cuidado de la salud y la prevención de la enfermedad.

Aunque nuestra formación universitaria de enfermeros generalistas es de calidad y altamente apreciada en España y en Europa, la sociedad y nuestro Sistema Sanitario (7º mejor del mundo según la OMS) requieren también enfermeros especialistas altamente cualificados y acreditados, igual que en el resto de las profesiones sanitarias, según establece la reciente Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Para cumplir nuestra misión, CON CALIDAD Y SEGURIDAD PARA LAS PERSONAS, es necesario un nivel de especialización cada vez mayor.

En ATENCIÓN GERIÁTRICA Y SOCIO-SANITARIA, hemos de dar respuesta al envejecimiento de la población y ayudar a las familias en el cuidado de nuestros mayores dependientes.

En CUIDADOS CRÍTICOS, hemos de garantizar los cuidados reali-

zados por enfermeras verdaderamente expertas:

- En las UNIDADES DE VIGILANCIA INTENSIVA que no pueden estar en manos de enfermeras sin la experiencia suficiente.

- En el CUIDADO DE ENFERMOS CON CÁNCER, a los que hemos de aplicar delicados tratamientos y una atención verdaderamente integral.

- En la ayuda a los PACIENTES EN SITUACIÓN TERMINAL, que requieren especial dedicación, tanto profesional como humana.

- En las dramáticas situaciones de EMERGENCIA Y CATÁSTROFES,

donde las enfermeras hemos puesto de manifiesto toda la entrega y capacitación necesarias en momentos muy difíciles.

En los QUIRÓFANOS, donde se realizan intervenciones cada vez más complejas.

En el CUIDADO DE LOS NIÑOS, desde el embarazo y el parto hasta culminada su compleja etapa de adolescentes.

En la atención de PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES, cada vez más frecuentes en nuestra sociedad.

En el CUIDADO DE LOS TRABAJADORES Y LA PREVENCIÓN DE RIESGOS Y ACCIDENTES LABORALES, evitando la aparición de enfermeda-

des derivadas del trabajo y la creciente incidencia de accidentes y sus secuelas.

En la atención que prestamos en LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA, informando y educando para que las personas mantengan su salud o convivan, en las mejores condiciones, con sus enfermedades crónicas a través de la consulta de enfermería y la atención a domicilio.

En los servicios de radiodiagnóstico, donde la radiología intervencionista y pruebas especiales cada día adquiere una mayor especialización.

**LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA,
CON LA SALUD Y POR LA
SEGURIDAD CLÍNICA
DE LAS PERSONAS**



COLEGIO DE ENFERMERÍA DE CANTABRIA

Los grandes avances y la calidad de nuestro Sistema Sanitario, 7º mejor del mundo (según la OMS) gracias a la contribución de las enfermeras, justifican la urgente regulación de las titulaciones oficiales de enfermeras especialistas.



**TRANQUILO.
TE CUIDA UN GRAN
PROFESIONAL.
TE CUIDA UNA ENFERMERA.**



COLEGIO DE ENFERMERÍA DE CANTABRIA



Al igual que el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla realiza la presentación de los MIR que han escogido el centro para realizar la ampliación de sus estudios médicos, debería llevarse a cabo la de los profesionales de enfermería que desean ampliar sus estudios universitarios.

tiempo de dudas ni de renovadas consideraciones. Es tiempo de respuestas, es tiempo de acciones eficaces que permitan alcanzar un objetivo sensato e imprescindible para la profesión.

MUCHOS POLITICOS SE PREGUNTAN CUÁL ES MOTIVO PARA PONER EN MARCHA LAS ESPECIALIDADES DE ENFERMERIA SI HOY EN DIA EL SISTEMA FUNCIONA SIN ELLAS

En primer lugar, esta afirmación dista mucho de ser una realidad. Nadie

puede negar que cualquier enfermera que, por ejemplo, haya dedicado cinco, diez, o más años de su vida al ejercicio profesional en un área asistencial determinada no sea especialista de hecho en ese campo. Lamentablemente, lo que sucede es que esos conocimientos adquiridos con la práctica no son reconocidos con un título universitario que nos acredite como especialistas de derecho.

Pero es que además, hoy en día el caudal de conocimientos en la disciplina de enfermería es tal que es muy difícil tener un conocimiento exhaustivo de todos los ámbi-

tos del ejercicio profesional con la calidad que los ciudadanos exigen a aquellas personas en quienes confían su salud.

Así mismo, sabemos que existen en nuestra Comunidad Autónoma, como en la mayoría, listas especiales de contratación (quirófanos, cuidados intensivos, etc.) para los cuales se les requiere conocimientos especiales adquiridos con la práctica, y eso se llama **ESPECIALIZACIÓN**.

ESPECIALIDADES QUE EL PROYECTO CONTEMPLA

El texto normativo recoge un total de seis especialidades de enfermería.

Dos de ella ya esta actualmente vigentes

- Enfermería Obstétrico-ginecológica o matronas
- Enfermería de Salud Mental

Las otras cuatro especialidades son nuevas:

- Enfermería Geriátrica t Sociosanitaria
- Enfermería del Trabajo y Salud Laboral
- Enfermería Clínica Avanzada
- Enfermería Comunitaria

Cabe destacar que estas dos ultimas especialidades tienen a su vez distintos perfiles. En el caso de Enfermería Clínica Avanzada los perfiles son tres: Cuidados Críticos, Cuidados Quirúrgicos y Cuidados Pediátricos, mientras que la especialidad de Enfermería Comunitaria tendrá dos perfiles diferenciados: Salud Publica y Desarrollo Comunitario.

LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERIA CONSIDERA QUE LA APROBACIÓN DEL REAL DECRETO DE ESPECIALIDADES TIENE QUE ESTAR SUJETO A TRES EJES ESENCIALES PARA LA ENFERMERIA

- 1) Vinculación de la posesión del titulo de especialista en enfermería para el desempeño de puestos de trabajo con tal cualidad.
- 2) Modelo de formación mediante residencia.
- 3) Mantenimiento del catalogo de especialidades que figura en el actual proyecto.

Una consideración a tener en cuenta

El Servicio Cántabro de Salud (SCS) dispone, solo en el Hospital Universitario "Marques de Valdecilla", de:

MÉDICOS RESIDENTES.....	260
ENFERMERAS RESIDENTES.....	0

ENFERMERIA tiene dos Especialidades reconocidas –Matronas y Salud Mental– y sin embargo la enfermería es la profesión sanitaria que más (cursos, congresos, expertos, etc) realiza para un reciclaje profesional, intenso, continuado, voluntario y que mayoritariamente se lleva a cabo en base a la dedicación personal del tiempo y el dinero propios de los profesionales. ¿Cuánto se ha ahorrado hasta ahora el Sistema Sanitario español?

¡¡QUE CADA UNO SAQUE SUS PROPIAS CONCLUSIONES ¡!

EL COLEGIO INFORMA

AULA DE FORMACION PARA EL PRIMER TRIMESTRE DEL CURSO 2004-2005

Todos los talleres y cursos son de carácter **GRATUITO** para los colegiados

TALLERES:

TALLER DE INICIACIÓN A LA INFORMÁTICA.

FECHAS: 8 al 12 de noviembre de 2004
Nº PLAZAS: 12
HORARIO: 16,00 a 19,00 H.
LUGAR: Aula de Informática del Colegio

TALLER INFORMÁTICA AVANZADA (PROCESADOR DE TEXTOS WORD)

FECHAS: 29 de noviembre al 3 de diciembre de 2004
Nº PLAZAS: 12
HORARIO: 16,00 a 19,00 H.
LUGAR: Aula de Informática del Colegio

2 TALLERES SUTURAS

FECHAS: 15 y 16 de noviembre
TEORIA: 15 de Noviembre de 18 a 19,00 en el Colegio
PRACTICA: 16 de Noviembre
PRIMER GRUPO: 15,30 a 18,30 H.
SEGUNDO GRUPO: 18,30 a 21,30 H
Nº PLAZAS: 12 por grupo.
LUGAR CELEBRACIÓN DE LAS PRACTICAS: Quirófano de Cirugía Experimental de la Facultad de Medicina.
IMPARTE: J. Arturo Rdguez. Martinez de Madina. Enfermero.

2 TALLERES SUTURAS

FECHAS: 13 y 14 de diciembre
TEORIA: 13 de diciembre de 18 a 19,00 en el Colegio
PRACTICA: 14 de diciembre
PRIMER GRUPO: 15,30 a 18,30 H.
SEGUNDO GRUPO: 18,30 a 21,30 H
Nº PLAZAS: 12 por grupo.
LUGAR CELEBRACIÓN DE LAS PRACTICAS: Quirófano de Cirugía Experimental de la Facultad de Medicina.
IMPARTE: J. Arturo Rdguez. Martinez de Madina. Enfermero.

INSCRIPCIONES:

ANOTACIONES: Del 7 al 21 de octubre de 2004
FECHA DEL SORTEO: 22 de octubre de 2004
CONFIRMACIONES: 25, 26 y 27 octubre de 2004

CURSOS:

CURSO DE URGENCIAS.

FECHAS: 2 DE NOVIEMBRE AL 3 DE DICIEMBRE DE 2004
Nº PLAZAS: 35
TEORIA: 2 al 12 de noviembre
HORARIO: 10,00 a 13,00 H
PRACTICAS: UNA SEMANA EN HORARIO DE TARDE EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 2 Y EL 5 DE NOVIEMBRE.
LUGAR: Aula de Formación del Colegio
IMPARTE: Raúl Fernández Carreras. Enfermero.

Bases de inscripción a Talleres y Cursos

- 1.- A partir de la fecha de la convocatoria se establece un plazo de diez días hábiles para anotarse todos los interesados.
- 2.- A cada colegiado solicitante, se le asignará un número, siendo todos ellos utilizados en el sorteo que se celebrará el siguiente día hábil después de la fecha de finalización de las inscripciones, extrayéndose un solo número, cubriéndose las plazas con los números correlativos al extraído, hasta completar tanto las plazas como las posibles reservas.
- 3.- Los interesados deberán comprobar y confirmar en el plazo de tres días fijados una vez hecho el sorteo si se encuentran incluidos en la relación de admitidos.
- 4.- Todo aquel que no avise al menos con tres días hábiles (excluidos sábados, domingos y festivos) de antelación del Curso o Taller, así como la no asistencia al mismo será sancionada sin poder realizar ningún otro en el plazo de un año.
- 5.- En los Cursos de 40 horas sólo se admitirá un falta, y en los de duración inferior ninguna.
- 6.- La asistencia a los Cursos y Talleres, será obligatoria, debiendo de firmar diariamente a la entrada y la salida.
- 7.- Todo aquel que firme la asistencia por otra persona quedará automáticamente excluido de la realización del Curso o Taller en el que se encuentre inscrito.
- 8.- El número de talleres y cursos a realizar por colegiado y año de forma gratuita queda fijado en tres.

Asesoría jurídica

SENTENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO

Derecho a la propia imagen de un profesional sanitario fallecido por contagio de SIDA

Con fecha 29 de junio de 2004 el Tribunal Supremo dicta una importante sentencia para el colectivo de enfermería en España en la que se ratifican los fallos anteriores del Juzgado de Primera Instancia y de la Audiencia Provincial y se reconoce expresamente el derecho a la propia imagen de un profesional sanitario que falleció como consecuencia del contagio de SIDA, enfermedad contraída en el ejercicio de sus funciones profesionales.

La Sala Primera del Tribunal Supremo rechaza las alegaciones de los editores de la revista que publicó una fotografía de la fallecida sin consentimiento expreso de sus familiares. En este sentido, el Tribunal considera que como familiares deben considerarse aquéllos que estén unidos por lazos familiares próximos, en la línea de los herederos forzosos.

Frente a la alegación de que el reportaje publicado era veraz y poseía evidente

interés científico, interés que también pretenden los editores imputar a la familia de la fallecida, el Tribunal estima, recogiendo lo manifestado por el Ministerio Fiscal, que "la publicación de la imagen de la fallecida no era necesaria para el interés público".

Ello es así por cuanto el derecho a la propia imagen constituye un derecho público subjetivo de la personalidad ligado a la propia existencia individual que salvaguarda un espacio de intimidad personal y familiar y si falta el consentimiento, hay intromisión ilegítima.

El derecho a la imagen pretende impedir la difusión no consentida y sólo puede ser restringido por su titular.

La sentencia viene a reconocer, de esta forma, el derecho a la propia imagen de todos los profesionales sanitarios, derecho que tiene aún mayor protección en un supuesto como el enjuiciado, ligado directamente con el ejercicio profesional.

Esta sección pretende informar a los colegiados sobre trabajo que nuestro servicio jurídico colegial lleva a cabo para dar solución a las distintas problemáticas que los profesionales de la enfermería nos encontramos en el devenir de nuestro trabajo. Cada trimestre se informará de los hechos acontecidos, los pasos realizados y las sentencias obtenidas en cada uno de los casos, con el fin de que todos los colegiados sepan en todo momento cuales son sus derechos y como puede defenderse ante una reclamación.

AREA DE OCIO

Viaje a la nieve



Ante la apertura del área de Ocio de este Colegio, creemos interesante la organización de esta actividad que tiene muchos adeptos en el colectivo. Los viajes se organizarán en coordinación con Viajes Abando de Santander.

DICIEMBRE 2004

Puente de la Constitución

Fechas: 3 al 8 de diciembre

Destino 1: CAUTERETS

Estancia: 5N+5FF en Hotel o Apartamento

Destino 2: PEYRAGUDES

Estancia: 5N+5FF en Apartamento

Opcional: BUS, Alquiler, Cursillos.

ENERO 2005

Reyes

Fechas: del 1 al 7 de enero
Salida el 1 de enero al mediodía (llegada el 2), regreso el día 7 después de esquiar (llegada el 8)

Destino: AVORIAZ

Bus litera, 6 FF, 6N en estudios de 4 personas

Todos los interesados deben anotarse en la secretaría del Colegio. En breve se notificará los costes del viaje. Para ampliar la información dirigirse al correo sport39@enfermundi.com

SE NECESITA ENFERMERA

Con conocimientos de quirófano, dominio de inglés y disposición para viajar.

TRABAJARÍA EN EL ÁMBITO DE LA CIRUGÍA
CARDIOVASCULAR (DEMOSTRACIÓN Y VENTA)
Interesadas enviar curriculum con foto a la atención del Sr. Mateo Sierra apartado nº 7 39100 SANTA CRUZ DE BEZANA

Nunca te acostarás...

La de culo ancho y cabeza estrecha...

La botella

La vasija de cuello largo y angosto que en los tiempos modernos se ha llamado 'botella', es muy antigua. Hace 3500 años ya las utilizaba el pueblo egipcio. Empezaron siendo de barro, y hacia el siglo V antes de Cristo comenzaron a generalizarse las de vidrio, hechas mediante la técnica del soplado. Estos envases en un principio estuvieron destinados a contener perfumes, e incluso las lágrimas vertidas por los seres queridos. Las grandes, se utilizaban para envasar el vino egipcio que era muy apetecido en Roma.

Los griegos llamaron a estos recipientes delicados, de tan diverso uso, con la palabra *ampolla*, o incluso *balsamario*. Estos ejemplares griegos –al menos los que nos han llegado– eran un tanto diferentes a los egipcios pues tenían pequeñas asas en forma de orejas. De hecho, terminarían por parecerse más a las ánforas que a lo que hoy entendemos por botella.

El uso de la botella fue muy general en Roma. En una pintura pompeyana del siglo I se ve claramente dibujada una botella de vidrio con un vaso que le sirve de tapadera. Es casi igual que las de hoy: pero tiene dos mil años. Contrariamente a lo que pudiéramos pensar, servían para contener agua, ya que el vino se envasaba o presentaba en vasijas de distinto material.

A lo largo de la Edad Media la botella conoció un fuerte declive. De hecho, la rudeza de los tiempos y las dificultades sobrevenidas tras el hundimiento del Imperio romano, no sólo cambiaron las costumbres, sino que dificultaron el comercio. Todo se tornó más tosco, incluido el transporte: una botella de vidrio no hubiera llegado muy lejos. El vidrio,



material sumamente frágil, no era práctico, y en el siglo X empezó a ser sustituida por la botella de cuero: la bota. Esta industria, tan nuestra en la actualidad, nació sin embargo en Inglaterra hacia el año 1000. El vidrio se reservó para confeccionar con él pequeñas botellitas para licores raros y costosos perfumes y esencias.

También la madera fue material con el que se confeccionó esta vasija en la Alemania del siglo XV cuando entró a formar parte de los materiales, junto con los metales, utilizados en la industria botellera. Sin embargo, nada podía compararse al vidrio. Y volvió su uso. Se importaba el vidrio oriental por mercaderes italianos y aragoneses. Son numerosos los documentos renacentistas españoles que hablan de este comercio. Las casas reales, tanto castellana como aragonesa, poseían un gusto muy refinado por este tipo de envase e incluso se nombró a un oficial de palacio cuyo cometido era el de conservar los almacenes reales y sus bodegas: se le llamó 'boteller del rey', supervisor del aparador de su real casa en Ara-

gón y en Castilla y Navarra. Las propiedades del vidrio hicieron que fuera abandonándose la madera, los metales, e incluso la arcilla como elementos que pudieran estar en contacto con los licores.

Pero las botellas de cerámica tuvieron gran predicamento en el Oriente Medio. Eran recipientes artísticos, muy hermosos, de gran panza esférica y cuello largo y cilíndrico que luego degenerarían en botellones chatos de cuello corto, padres de la garrafa y abuelos del botijo, que en Castilla recibía el nombre de botella del campesino y del pastor.

Desde finales del siglo XVIII, la botella conoció un nuevo uso, al cual tuvo que adaptarse tras sufrir algunas variaciones: los ingleses consumían soda embotellada en sifones de cristal, recubiertos de una malla protectora para los casos no infrecuentes de que el recipiente estallara debido a la presión del gas.

El fabricante de cristal de Bristol, Henry Ricketts, patentó en 1821 un molde para fabricar botellas en serie. Botellas de capacidad uniforme y evidentemente de la misma forma. Ello permitía a su vez estampar rótulos en relieve sobre el cristal, lo que despertó un inusitado interés, ya que permitía a los fabricantes poder incorporar a la botella sus marcas comerciales. Fue uno de los hallazgos más revolucionarios dentro del mundo de la botella y aseguraba la producción en serie, cosa que sucedió ya tarde, en 1904. Fue ese año cuando el norteamericano Michel Owens, construyó una máquina capaz de fabricar botellas de forma automatizada. La factoría estaba ubicada en la ciudad norteamericana de Toledo (Ohio), apareciendo poco más tarde el tapón de corona y el decapsu-

Las recomendaciones de Nightingale

Todo cuanto se realiza en la habitación de un enfermo, después de haberle "preparado" para la noche, aumenta diez veces el riesgo de que pase una mala noche. Pero si se le despierta después de haber cogido el sueño, no se arriesga, sino que se le asegura una mala noche.

Ante todo salga y entre en la habitación del enfermo rápidamente, no de repente ni con precipitación. Pero no le haga esperar hasta cansarse, tanto si está fuera de la habitación como si está dentro. La concisión y decisión en los movimientos, así como en las palabras, no son tan necesarias ante el enfermo como el que no haya prisas ni barullos. Tener un gran dominio sobre sí misma le evitará dos fallos muy corrientes: tanto el perder el tiempo, yendo de un lado para otro, como los posibles apresuramientos.

lado de hierro

La botella ha permanecido inalterable, en cuanto a su formato general. Sin embargo, a mediados del presente siglo, la aparición de nuevos materiales como el plástico, amenaza con alterar su destino. Algunos, los puristas, los románticos, los amantes de la botella tradicional, se resisten a las nuevas formas de envasado, y luchan contra la innovación. La botella cuadrada ha sido una de las modificaciones aceptables...; todos han visto en este detalle la sombra el 'tetrabrik', su enemigo principal. Pero eso será otra historia.

SEGURO DE _____ RESPONSABILIDAD CIVIL

TU COLEGIO
TE PROTEGE

aun más

CON 1,5

MILLONES
DE EUROS
(250 MILLONES DE
PESETAS)

* Y hasta un tope máximo
de 15 millones de euros

*No te Olvides!
Tu seguridad, ante todo*



COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS
EN ENFERMERIA DE CANTABRIA