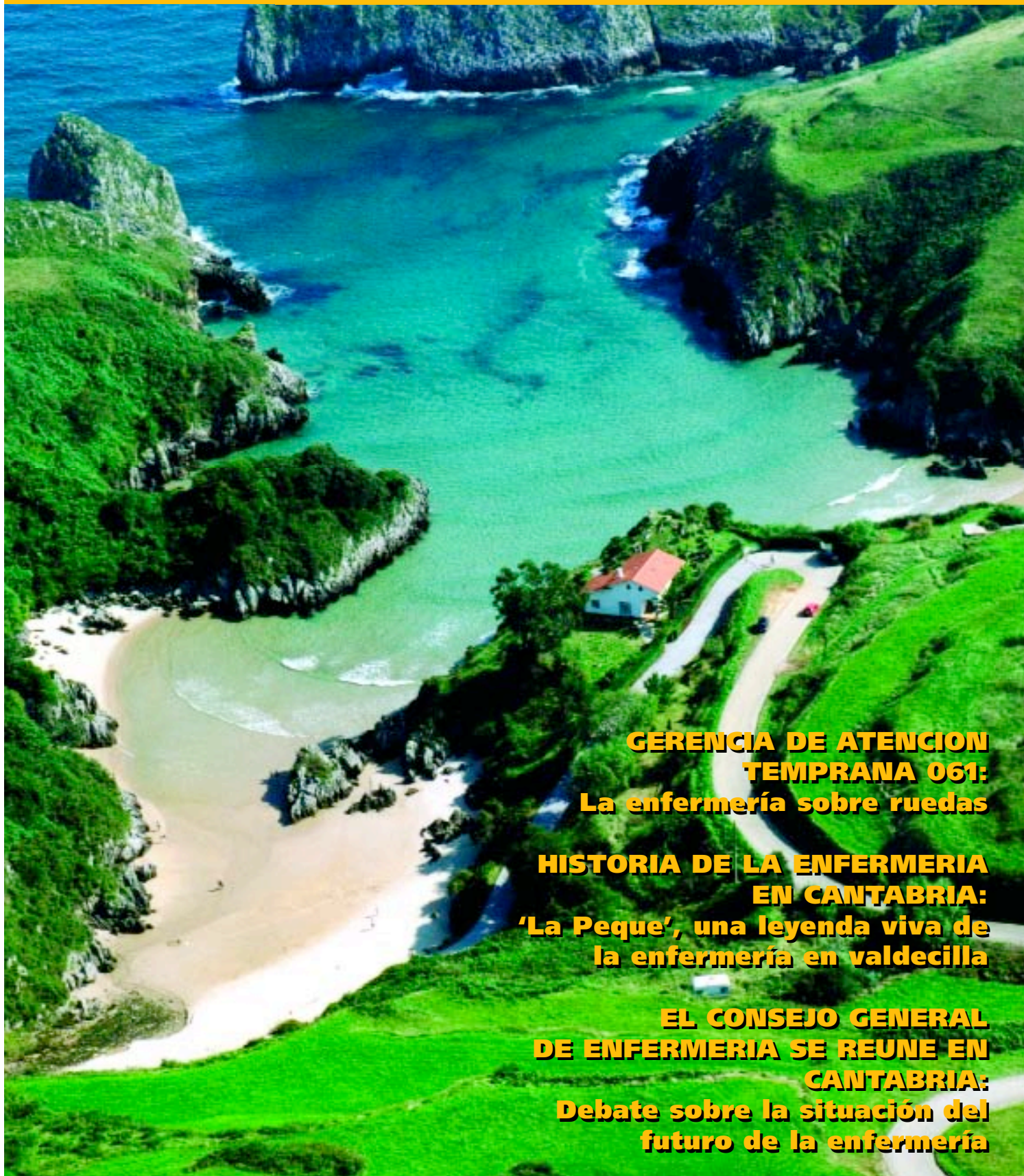


**REVISTA del
COLEGIO de
ENFERMERIA
de CANTABRIA**

NUBEROS

AÑO 11 NUM. 42

4º Trimestre 2006



**GERENCIA DE ATENCION
TEMPRANA 061:
La enfermería sobre ruedas**

**HISTORIA DE LA ENFERMERIA
EN CANTABRIA:
'La Peque', una leyenda viva de
la enfermería en valdecilla**

**EL CONSEJO GENERAL
DE ENFERMERIA SE REUNE EN
CANTABRIA:
Debate sobre la situación del
futuro de la enfermería**

NUMEROS

REVISTA DEL COLEGIO
DE ENFERMERIA DE
CANTABRIA

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

colegio@enfermeriacantabria.com
www.enfermeriacantabria.com

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENTA:

Mª Asunción González Salas

VICEPRESIDENTA 1ª:

Rocío Cardenoso Herrero

VICEPRESIDENTA 2ª:

Montserrat González García

SECRETARIO:

Rosa González Casquero

VICESECRETARIO:

Mario Arroyo López

TESORERA:

Eduarda Malpica Gordillo

VOCALES:

Cristina Ruiz Sanzo

Raul Fernández Carreras

Cristina San Emeterio Pérez

María Teresa Gil Urquiza

Covadonga Varela Antuña

Angustias Casa Higuera

PUBLICIDAD Y EDICIÓN:

EDICIONES DEL NORTE, S.L.

Avenida de los Castros

36, 1º A Santander

Tfno. 942 291 200

Fax: 942 291 202

ceconomica@mundivia.es

IMPRIME:

GRAFICAS CALIMA

ISSN 1699-7042

Dep. Legal. SA- 296/1996

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

Debate sobre la 'Prescripción Enfermera'

El pasado puente del Pilar, el Pleno del Consejo General de la Enfermería de España se reunió en Cantabria para tratar, entre otros asuntos, la situación actual de 'La Prescripción Enfermera', repasando las diversas situaciones que aparecen en este conflicto:

- Análisis del dictamen jurídico sobre lo que el Derecho Administrativo y Penal establece en la materia con el fin de conocer si la enfermería, en su trabajo diario con fármacos y productos sanitarios, esta cometiendo un delito, de que naturaleza y la responsabilidad que tiene el que lo auspicia, con el fin de informar y dar la debida cobertura legal al profesional sanitario.

- Se han iniciado conversaciones con el fin de buscar el consenso con las Administraciones, sociedades científicas, organización médica colegial, estamentos internacionales y pacientes, que permitan amparar jurídicamente esta situación que, de momento, no se quiere llevar a situaciones límite, porque si dejamos de prescribir paralizamos el sistema y los perjudicados van a ser los pacientes.

- Se ha elaborado un primer estudio sobre la Prescripción Enfermera de España, analizando 40 situaciones diferentes, con mas de 200 medicamentos y productos sanitarios y donde se han identificado 107 intervenciones de enfermería, tanto en Atención Primaria y Especializada como en Atención Sociosanitaria, que se realizan diariamente con el conocimiento, el beneplácito y la total connivencia de las Administraciones correspondientes en cada caso.

- Se acordó la creación de un equipo de expertos en cada Colegio para estudiar al detalle todas aquellas intervenciones de enfermería que se realizan en cada comunidad.



Playa de Prellezo (Val de San Vicente) FOTO: HELICEAVIACION.COM

Junta Directiva de la Enfermería de Cantabria

SUMARIO

4. Gerencia de Atención Temprana 061: La enfermería sobre ruedas



8. Historia de la enfermería en Cantabria: Ascensión Echezarreta, 'La Peque', una

leyenda viva de Valdecilla



14. Trabajo de investigación: Análisis de la situación en la zona de Alto Miera

18. Trabajo de investigación:

Análisis de la relación entre patrón funcional de actividad y niveles de satisfacción vital en población geriátrica institucionalizada

22. Reunión del Consejo de Enfermería en Cantabria: Debatío sobre el futuro de la profesión, sobre la prescripción enfermera y sobre bioseguridad

26. Protocolo de atención sanitaria a víctimas de la violencia sexual

¿CÓMO ES...?

GERENCIA DE ATENCION TEMPRANA 061



La enfermería sobre ruedas

Desde la creación del servicio, probablemente el 061 sea el número telefónico más marcado por los cántabros, ya que el pasado año fue teclado en 122.707 ocasiones, es decir, uno de cada cinco cántabros lo marcó en alguna ocasión.

Dependiente de la Gerencia de Atención Primaria, el servicio dispone de una red de transporte sanitario organizados desde el Centro Coordinador del 061.

Durante 2005, el servicio incrementó sus actuaciones en un 14% sobre el año anterior y de todas las llamadas recibidas, 94.580 solicitaron atención sanitaria de urgencia. Con este volumen de

coordinación y el aprovechamiento de los recursos es primordial, pues hay que decidir en breves segundos que hacer en cada caso. De esta manera, de todas las solicitudes, más de treinta y cinco mil necesi-

ron desplazamientos a través de las doce ambulancias de transporte urgente y de las once de soporte vital básico con que cuenta el servicio –de ellas, 3.791 necesitaron de la intervención de las cuatro UVI's móviles– y más de trece mil fueron asistidas en los servicios de urgencia de Atención Primaria.

¿QUÉ OFRECE EL 061?

Cuando un cántabro marca el teléfono de urgencias, lo primero que recibe es información, consejo y orientación, pues el médico que atiende el

servicio las 24 horas todos los días del año está preparado para transmitir las recomendaciones adecuadas. Después, se decide si la urgencia se resuelve en el domicilio o se traslada a centro de Atención Primaria o al Hospital adecuado. En esos casos es donde entran en funcionamiento las UVI's móviles. Cuando se detectan situaciones de extrema gravedad, son las las UVI's móviles entran en funcionamiento. Las cifras indican que cada día se han atendido una media de 336 llamadas y cerca de cien traslados de enfermos, de los cuales 15 son efectuados por las UVI's móviles.

Todos estos datos sirven para definir el trabajo de la Gerencia del 061, cuyo centro de coordinación se encuentra en el edificio del Servicio Cantabro de Salud, anexo al Hospital Cantabria, y que tiene cuatro bases en Santander, Astillero, Torrelavega y Laredo que se reparten las zonas de acción ideal (isocronas) marcadas por un tiempo máximo de respuesta de quince minu-



El 061 cuenta con 22 enfermeros en plantilla para cubrir las guardias en las bases de Santander, Astillero, Torrelavega y Laredo.

tos, aunque en una región donde la población habita de forma dispersa por toda la geografía, en algunos casos (zonas altas de Soba, Liébana o Campoo) es prácticamente

imposible cumplir este compromiso, paliándolo en gran medida con la ayuda del helicóptero del Gobierno Regional que es asistido por el personal de la base de Astillero.

LA ENFERMERÍA EN EL SERVICIO 061

Desde el punto de vista de la enfermería, el servicio cuenta con veinti-

El calor es lo que importa


Sasiner Duval


LOSTAL LÍDER EN SANEAMIENTO,
 CERÁMICA Y CALIFACCIÓN 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.


LOSTAL

ALMACENES GENERALES Y EXPOSICIÓN
 Avda. Cardina s/n SANTANDER
www.lostal.com

SANTANDER TORRELAVEGA NOJA



Abraham Delgado es el supervisor de enfermería del 061.

dós profesionales que se encargan de realizar los turnos correspondientes a base de guardias de 24 horas y que cuenta con Abraham Delgado Diego como supervisor.

En este servicio, la labor del enfermero es diferente al del resto de la profesión, ya que, según comenta Abraham, “enfermeras y médicos están en constatación de conexión delante del paciente, son un equipo que junto a los técnicos de transporte sanitario, ante la gravedad de la situación del paciente y la necesidad de tomar decisiones de manera urgente, suman sus conocimientos y experiencia para dar la mejor respuesta a la situación”. Las líneas divisorias del trabajo del médico y del enfermero no están tan definidas como en el hospital, ambos tienen conocimientos de soporte vital avanzado adulto y pediátrico, de atención al trauma grave, asistencia a múltiples víctimas y catástrofes, realizando los cursos específicos de atención a las urgencias y emergencias de forma conjunta, con el fin de que a la hora de actuar ambos sepan que pasos deben seguir.

Durante una actuación urgente, además de actuar en el lugar dónde tiene lugar la pérdida de salud, iniciando en el

Consejos al llamar al 061

- En situaciones graves llame inmediatamente, cuanto antes conozcamos la situación antes podremos intervenir.
- Si tiene dudas sobre si es necesario acudir a un centro de urgencias llame antes al 061, se le orientará sobre la actitud adecuada.
- Colabore con el teleoperador y el médico que le atienden en los datos que le solicitan pues son necesarios para conseguir la mejor atención.
- Siga los consejos telefónicos que se proporcionan.
- Mientras llega la ayuda no dude en volver a llamar si lo considera necesario.

menor tiempo posible la recuperación y/o mantenimiento de las funciones vitales, el tratamiento inicial y la prevención de las complicaciones, el profesional de enfermería debe aplicar cuidados de calidad al paciente, lo que incluye realizar una delicada labor humana, ya que, aunque la urgencia exige actuar con rapidez, no se

Prestaciones del 061 dirigidas a los profesionales de Atención Primaria

- **Interconsulta telefónica.** Intercambio de información entre profesionales médicos. Apoyo diagnóstico: intercambio de información y consejo entre profesionales médicos a partir de un soporte documental de pruebas diagnósticas (ECG transtelefónica, etc.). Esta prestación está desarrollada en los aspectos relacionados con la “segunda opinión” en el seno del resto de la actividad, sin contar en la actualidad con medios tecnológicos que permitan apoyos diagnósticos como el ECG transtelefónico).
- **Transporte secundario del paciente crítico.** Transporte del paciente crítico entre distintos centros sanitarios, siempre que quede garantizada la disponibilidad de recursos para el transporte primario.
- **Coordinación interhospitalaria.** Gestión de la búsqueda de camas de pacientes críticos, tanto en transporte primario como secundario y coordinación con los 061 de Comunidades Autónomas limítrofes. La coordinación se realiza fundamentalmente para el transporte primario. La búsqueda de camas para el secundario es realizada desde los hospitales, lo que parece tener coherencia con el número de hospitales existentes que no precisa la colaboración del 061, al contrario de otras Comunidades, sin perjuicio de colaboraciones cuando se estima necesario.
- **Coordinación de recursos destinados a la atención urgente extrahospitalaria.** Siendo los propios profesionales objeto y beneficiarios de esta prestación. Coordinación del transporte urgente: Coordinación de las ambulancias del Servicio Cántabro de Salud destinadas al transporte urgente y altas de servicios de urgencia. Coordinación de la atención urgente prestada por profesionales médicos y de enfermería de los Equipos de Atención Primaria.
- **Formación.** Formación sobre la actitud a tomar ante situaciones de urgencia médica para profesionales de los servicios de salud.

debe olvidar el lado humano de los pacientes y sus familiares, proporcionándoles la información necesaria en cada momento para intentar aliviar los momentos de tensión y angustia que se generan. El propio Abraham indica “no se trata sólo de intentar curar, sino que el enfermero debe cuidar al paciente”.

“El mejor deseo que tengo cuando comienza la jornada laboral en la Uvi móvil es que no haya trabajo, ya que eso significa que no hay personas con problemas graves”, comenta Abraham, “pero como eso, por desgracia, sabes que no es posible, asumos como parte de

tú trabajo que no siempre se pueden resolver las situaciones que se presentan”. Abraham lleva dieciséis años trabajando en servicios de urgencias extrahospitalarias, 8 de ellos han sido en las Uvis móviles desde la creación del 061.

Para el enfermo y sus familiares, la tardanza es el elemento más angustiante que existe y el servicio siempre intenta acudir con la máxima prontitud. Abraham señala que “dentro de la atención urgente, además de realizar la valoración inicial y aplicar los procedimientos asistenciales en cada caso, una de las cosas más importantes que podemos ha-

cer es evitar el sufrimiento de los pacientes, aliviando su dolor”.

Las motivos principales de actuación son los debidos a pérdidas de consciencia, infartos, convulsiones, lesiones traumáticas, paradas cardiorespiratorias, accidentes cardiovasculares, dolor precordial y los fallecimientos. Sin embargo, Abraham también enfatiza en que la incorporación de medidas de seguridad activas y pasivas en los vehículos, el uso del cinturón de seguridad y el casco en motos y bicicletas han hecho que disminuyan el número de accidentes con lesiones graves, “aunque últimamente en Cantabria estamos con una racha negativa en ese sentido”.



El paciente, en situaciones de urgencia, lo primero que valora es la prontitud en la llegada de la asistencia.

TRABAJO EN EQUIPO

En general, trabajar en este servicio está bien valorado por toda la enfermería y es fácil conseguir cubrir las bajas y vacaciones del personal, porque existe una lista de espera de compañeros interesados. El trabajo es cómodo, dentro de la importancia del mismo, pues se realizan guardias de 24 horas cada cinco días y se va rotando por cada una de las bases para que todo el personal se conozca entre sí. Cuando se incorpora gente nueva al servicio se procura, tanto en el caso de médicos como de enfermeras, que trabajen con gente experimentada, con el fin de ganar confianza por ambas partes.

La formación es un elemento clave en este servicio y, para ello, se convocan diversos cursos de soporte vital avanzado, atención a múltiples víctimas y catástrofes, pediatría o actuaciones en situaciones especiales. Así mismo los profesionales de enfermería de este servicio participan activamente en la docencia que desde esta Gerencia se imparte a otros profesionales sanitarios, Fuerzas de Orden Público, Bomberos, Protección Civil y otros organismos como la Universidad de Cantabria colaborando en los cursos de Experto y Máster en Enfermería de Urgencias y Emergencias.

Tipo de vehículos del 061

UNIDAD MÓVIL DE EMERGENCIAS. UME (Uvi Móvil, SVA)

Vehículo de emergencias destinado a la atención inmediata de las situaciones más graves, en las que corre peligro la vida del paciente.

El personal está formada por:

- Médico.
- Enfermera.
- Técnicos de transporte sanitario: conductor y ayudante.

AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL BÁSICO. SVB

Son ambulancias que, sin ser Uvi Móvil, permiten la asistencia sanitaria en ruta cuando ésta sea necesaria, estando dotadas para ello permiten, incluso, que el personal sanitario de los equipos de Atención Primaria pueda trabajar en ellas, asimilándose en ese caso a una Uvi Móvil.

El personal está formada por:

- Técnicos de transporte sanitario: conductor y ayudante.

AMBULANCIA DE TRANSPORTE URGENTE

Son ambulancias destinadas al transporte de las patologías menos graves y están dotadas del material sanitario imprescindible para mantener las funciones vitales más básicas.

El personal está formada por:

- Técnicos de transporte sanitario: conductor y ayudante.

Nº y Ubicación de los vehículos

Desde el 1 de enero de 2006 el Servicio Cántabro de Salud dispone en la **RED DE TRANSPORTE SANITARIO URGENTE** el siguiente número de vehículos:

- **4 Uvi's Móviles** (Santander, Astillero, Torrelavega y Laredo).
- **1 Ambulancia de Transporte Psiquiátrico** (Santander).
- **11 Ambulancias de Soporte Vital Básico** (Santander, Sarón, Solares, Ramales, Santoña, Castro Urdiales, Ontaneda, Corrales de Buelna, San Vicente de la Barquera, Reinosa y Potes).
- **12 Ambulancias de Transporte Urgente** (Santander, Laredo, Castro Urdiales, Torrelavega, Cabezón de la Sal, Reinosa y Potes).
- **4 Ambulancias de apoyo** para el periodo de verano (Noja, Polientes, Comillas y Nansa).
- **Helicóptero: 1.** El helicóptero es del Servicio de Emergencias del 112 y el 061 lo usapara el transporte de pacientes graves derivados por el personal de Atención Primaria de centros lejanos (Puentenansa, Reinosa, Polaciones, Potes, etc) que por la tardanza que puede suponer la llegada de una ambulancia exige su participación.

'La Peque': Una leyenda viva de Valdecilla



FOTO: ROMÁN ALONSO

Desde 1929 a 1983. Una vida profesional larga soportada por el cariño y la dedicación con que todos los días “La Peque” realizaba su trabajo. En la actualidad, probablemente, se puede soportar mejor una vida laboral tan larga, pero en las condiciones en las que empezó a trabajar Ascensión Echezarreta llegar en plenitud de condiciones hasta los setenta años es muy difícil de lograr.

Era la mediana de las siete hermanas y junto a un hermano formaron una familia supernumerosa. Su padre era un ingeniero vasco dedicado a la construcción de carreteras y a la explotación de canteras de piedra, al que las innumerables obras que se realizaron en la región con motivo de los veraneos del Rey Alfonso XIII en Santander, le llevaron a radicarse, junto con su hermano, en la ciudad.

Ascensión, que durante su niñez habitó una vivienda en la zona alta del Río de la Pila, siempre jugaba con sus hermanas, primos y amigos y desde bien pequeña siempre mostró su interés por la enfermería, pues su mayor entusiasmo se producía cuando, durante el juego, se producía algún herido y ella, solícita, corría a atenderle y a curarle. Una amiga de su familia, al ver el interés que mostraba, convenció a su madre de que la enviase a estudiar enfermería y, según la propia Ascensión comenta, “al poco tiempo una serie de personas influyentes de la ciudad, decidieron construir el hospital –acudieron al marqués para que colaborase económicamente en el proyecto, aunque luego no le gustó como se llevaba y al final se quedó el con la gestión– y mi madre me dijo que si quería ir allí”. Ascensión no lo dudó ni un momento y la inscribieron en la escuela de enfermeras que el propio hospital creó para formar al personal que necesitaba.

“El primer día que oí a Valdecilla

tenía aún dieciséis años y cuando me presenté delante de María Teresa Junquera, directora de la primera promoción de enfermeras, se asustó por lo joven que era y propuso a mi madre que esperase un año más para entrar a trabajar. Yo me puse a llorar y a decir que me quería quedar y la jefa, al ver la ilusión que yo tenía, no tuvo más remedio que ofrecerme un periodo de prueba de un mes. ¡Y vaya si me quedé!, ni siquiera fui a casa la primera vez que me dieron libre por si acaso no me dejaban volver”, añade Ascensión. “Trabajaba sábados, domingos y fiestas, hacía extras y pasaba rayos”, continúa, “y no me pagaban esos trabajos extras y yo tampoco lo pedía, ya que me consideraba suficientemente pagada con poder estar en el Hospital y seguir aprendiendo”.

LOS INICIOS DE “LA PEQUE”

El apelativo cariñoso con el que toda la vida se la conoció en el hospital se lo puso una enfermera vasca pues, cuando pasó formar parte del grupo de dieciséis compañeras que formaron la primera promoción, le llamó la atención lo joven y pequeña de estatura que era. La propia Ascensión enfatiza que hasta la superiora de las monjas, que llegaron al hospital en 1930, se negó a que pudiese trabajar en pabellones donde estuviesen hombres y, aunque en su vida profesional pasó por todos los departamentos del hospital, jamás estuvo en el quirófano o en urología”. “Sor Bastos, como se la conocía cariñosamente por sus dotes de mando, decidió protegerme –aunque nunca me lo dio a ver– y no me permitió nunca acercarme a un hombre enfermo y cuando terminé de estudiar me destinaron al Pabellón 19 de niños”.



Ascensión Echezarreta, recibió el apelativo de ‘La Peque’ por que cuando entró en la escuela de enfermeras solo tenía 16 años. FOTO: ROMAN ALONSO

UNA EDUCACIÓN DE LUJO

Los inicios fueron muy duros... Había que aprender rápidamente todo lo necesario para poder atender a los enfermos, ya que para poner en marcha el Hospital se había contratado a una serie de profesionales traídas del Hospital de Basurto y del Rubens, pero no eran suficientes y las estudiantes se vieron forzadas a aprender el oficio a marchas forzadas. “Estudiábamos con un manual de enfermería escrito por el doctor Usandizaga y, considero que, para aquella época, era uno de los libros más avanzados en el desarrollo de las técnicas de trabajo. Nuestros profesores eran catedráticos co-

mo Usandizaga, Díaz Caneja o Guillermo Arce o profesionales de la medicina de la categoría de los doctores Barón o Lame-las”. Ellos impartían la docencia y nos facilitaban los apuntes”.

Los exámenes se tenían que realizar en Valladolid, que es donde estaba ubicada la Universidad y esto provocó un problema que la propia Marquesa de Valdecilla se encargó de resolver: si las alumnas se tenían que trasladar a examinarse, ¿Quién iba a atender a los enfermos?... El problema se solucionó trasladando a los catedráticos que formaban el tribunal examinador desde Valladolid a Santander y hospedándolos durante una semana, todos los años, en el Hotel Real para que



**ferreteria
la carredana s.a.**

**Las últimas
tendencias
en novedad y
diseño de cocinas**

Avda. de Parayas, s/n
Tel. 942 352 452 - Fax 942 352 452
SANTANDER





Ascensión decidió dedicarse en cuerpo y alma a la enfermería, dedicando 54 años de su vida a la profesión. FOTO: ROMAN ALONSO

podiesen examinar a las enfermeras estudiantes en los ratos libres que les dejaba el trabajo.

Sin embargo, para "La Peque" donde de verdad aprendió y se desarrolló profesionalmente, fue en el trabajo diario atendiendo a los niños y asistiendo al doctor

Guillermo Arce primero y al doctor Ramón Calzada después en la visita diaria a los enfermos. "Fueron dos maravillosos jefes que amaban su profesión y a los niños. Yo era la única enfermera del

76 años de en en Valde

Casi cinco mil profesionales se han formado en la Escuela de Enfermería desde su fundación en 1929 por los marqueses de Valdecilla y Pelayo con el fin de garantizar al hospital el suministro de personal especializado en los cuidados al enfermo.

En esa época, la atención al enfermo se realizaba a través de religiosas y tanto la dirección del hospital como los propios marqueses, consideraron necesario que el personal de enfermería estuviese adecuadamente formado. Para llevar adelante el proyecto, cuyo primer obstáculo fue definir la función del personal, fue nombrado director el ginecólogo Manuel Usandizaga, quien marco una revolucionaria línea de trabajo basada en el 'modelo Nightingale' y para lo que no dudó en desarrollar

su propio libro de texto.

Con la ayuda de María Teresa Junquera, subdirectora de la Escuela que poseía una amplia experiencia como enfermera y médico y que conocía las escuelas anglosajonas, no dudaron en visitar diversos centros hospitalarios de Norteamérica, Francia y Alemania para conocer de primera mano como se estaba trabajando en los países más avanzados en materia sanitaria.

La primera promoción, cuyo cupo costó más de lo esperado reunir, contó con cincuenta enfermeras, de las cuales 16 eran de Cantabria, 32 eran de otras provincias y 2 extranjeras. La organización educacional contaba con la integración dentro del hospital de las estudiantes para que pudiesen adquirir la adecuada

pabellón y vivía en él y, aunque tenía la ayuda de las estudiantes de las siguientes promociones, cuando surgían problemas sabía que podía contar con los doctores a cualquier hora, pues pasaban muchísimo tiempo en el Hospital y, además, acudían a cualquier hora de la noche cuando se les llamaba". De hecho, una de los mejores recuerdos que guarda Ascensión de su paso por el Hospital fue el recuerdo que ambos médicos la dedicaron cuando se retiraron de la vida activa, pues ambos la reconocieron como "su más fiel colaboradora".

El trabajo en aquella época era muy diferente al actual. También las enfermedades y los medios. Se sacaba adelante la labor a base de un gran esfuerzo y, como describe "era natural subirse encima del aparato de Rayos X para poder hacer una invaginación a los niños".

Después de la guerra el hambre provocó la aparición del raquitismo y los niños venían en muy malas condiciones. "Se parecían a los niños que ahora vemos en la tele en Africa. Había que atenderles y darles mimos y caricias". También fue muy duro contemplar a los heridos de guerra que llegaban al Pabellón 8, que

La Leyenda vida de la enfermería en Cantabria

La burgalesa Emilia Iglesias (1903), la vallisoletana Pilar Redondo (1907) y la cántabra Ascensión Echezarreta (1912) son la imagen viva de la primera promoción de enfermeras que salió de la escuela de Valdecilla en 1932 que estuvo formada por dieciséis jóvenes que acudieron de todo el país.



Enfermería Illa

experiencia laboral, además de vivir en régimen de internado con el fin de que se pudiese inculcar la disciplina necesaria y la alta educación moral que la profesión requiere.

Por entonces la formación era mucho más práctica que teórica, por lo que las alumnas debían levantarse temprano y acudir a sus respectivos servicios y después de muchas horas de trabajo aún tenían que dedicar tiempo para la formación teórica.

Hasta 1937 no llegaron los varones a la escuela y tuvieron que abandonar pronto la misma por que fueron movilizados por las quintas y, desde esa época hasta cuatro décadas después, la vida de la Escuela sufrió muy pocas variaciones ya que, excepto unas regulaciones efectuadas en la década de los cuarenta para



La Escuela de Enfermeras se creó para dotar al hospital de profesionales adecuadamente formados. En la foto aparecen fotografiadas las enfermeras que compusieron la primera promoción de la escuela.

unificar y homogeneizar la formación y que en 1952 se unificaron los estudios de Practicante, matrona y Enfermera en la titulación de Ayudante Técnico Sanitario.

En 1972 se crea el distrito universitario de Santander y la Escuela pasa a depender de esta Universidad, poniéndose en marcha especialidades co-

mo Asistencia Obstétrica, Fisioterapia, Radiología y Electrológica, además de una de quirófano que no era oficial.

Es a partir de entonces cuando se empiezan a producir los cambios más pronunciados, pues en el curso 76-77 se convierte en Escuela mixta y en 1980 se convierte en escuela Universitaria y se inicia

la formación de los Diplomados. En los siguientes años y hasta la actualidad, la Escuela ha ido asentando su plan de estudios y en la actualidad está asumiendo el gran reto que supone la convergencia europea, además de lo que supone el desarrollo de la Carrera Profesional y de las especialidades.

fue habilitado como hospital de campaña. Venían en muy malas condiciones. A mí, como eran hombres, no me dejaban atenderlos, pero les veías al llegar y, en algún caso, llegué

a desmayarme”.

En su memoria se agolpan los recuerdos. Recuerda a muchos de los niños que pasaron por sus manos, sobre todo aquellos que marcaron cam-

bios en su vida profesional. Es el caso de Raimundo, al que ‘La Peque’ llamaba cariñosamente ‘Cuquín’. Llegó con una pleuresía purulenta, se le colocó una sonda y llevaba puesta

una mascarilla. “Todos los enfermos, por entonces, estaban siempre protegidos del frío y cerrados en las habitaciones. Sin embargo, un día el doctor Arce nos mandó abrigarlos,



Armarios

**Puertas plegables,
abatibles, correderas**

www.lmor.es

SANTANDER
Fernando de los Rios, 54
Tel. 942 050 056
MURIEDAS
Avda. de Bilbao, 40
Tel. 942 282 791
TORREAVEGA
Avda. de Palencia, 8
Tel. 942 081 020

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



Historia de la enfermería en Cantabria

quitarlos la mascarilla y sacarlos a la terraza para que respirasen aire puro. El resultado fue maravilloso. En pocos días el niño estaba recuperado y desde entonces los problemas de pulmón pasaron a tratarse a base de aire puro”.

ESPECTADORA PRIVILEGIADA

Ascensión puede considerarse espectadora de excepción en el desarrollo de la medicina moderna. Su trabajo durante tantos años le han permitido asistir a las enseñanzas que los doctores Arce y Calzada impartían a los médicos de su equipo, pues durante muchos años asistió a las visitas que el equipo realizaba a los enfermos, informando cada uno de los casos. “Aprendí mucho en cada una de las clases y sobre todo aprendí a conocer las enfermedades según los síntomas que presentaba el paciente. Nunca pretendí sustituir a los médicos, pero siempre he considerado que



La Escuela de Enfermería siempre ha sido un referente de calidad educativa en todo el país.

es importante que la enfermera sepa reconocer cual es la enfermedad que puede padecer el paciente, pues su informe será más completo y ayu-

dará, en muchos casos, a ganar tiempo a la hora de tomar decisiones por parte de los médicos”.

LLEGAN LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

Ascensión recuerda aún cuando aparecieron el ‘Radium’ para el tratamiento del cáncer. “Era carísimo. Una barrita como una aguja valía un millón de pesetas y, para no desaprovechar el material, se utilizaba con mucho cuidado sobre el lugar afectado. Sin embargo no se tenía el mismo cuidado a la hora de guardarlo, pues durante años yo dormía encima del cuarto donde se guardaba sin ningún tipo de protección. Desde luego, con la edad que tengo, no puede decirse que me afectase la radiación”.

También recuerda con cla-

ridad la llegada al hospital de la ‘Bomba de Cobalto’ y, con mayor motivo, la del ‘Pulmón de Acero’ que permitió solucionar los problemas de pulmón en los niños.

Ascensión se jubiló en 1983 al poco de haberse fundado la Residencia Cantabria. Después de cincuenta años en Valdecilla, decidió que su vida estaba en el Hospital y, aunque trasladaron a los niños al nuevo centro, permaneció hasta la jubilación en su casa de toda la vida. “Los últimos años fueron también muy duros para mí, pues fueron tiempos de muchos cambios. El hospital pasó por serios apuros económicos y la fundación creada por los marqueses se vio en la necesidad de ceder el centro a la entonces incipiente Seguridad Social”, explica ‘La Peque’, “pero lo peor fue ver la remodelación del hospital. Aún recuerdo ver a las máquinas derribar los pabellones para construir los nuevos edificios. Sentí como una parte de mi vida se iba con las piedras de cada pabellón”.

En la actualidad, Ascensión continúa con su cotidiana vida en el piso de siempre. Perfectamente capacitada, vive sola aunque vigilada por su sobrina, también enfermera que acaba de llegar a obtener la merecida jubilación.

Para Ascensión, la enfermería ha avanzado de manera sustancial en los últimos años pero, a su modo de ver, “se ha perdido, en gran medida, el cariño al enfermo que supone una parte importante de su atención. Nosotras ayudábamos a los enfermos hasta morir. Ahora, todo es más rápido, más mecánico y las enfermeras no pueden dedicar tiempo a consolar al enfermo”.

LUIS GALLEGO
ORTOPEDIA

Al servicio de la Salud

Ferries, 17 Consolación, 2
☎ 23 20 75 - Fax 23 50 93 ☎ 80 47 37 - Fax 80 47 37
39007 SANTANDER 39300 TORRELAVEGA

NUEVA DIRECCIÓN:
2ª Travesía José Antonio (Edificio Parque) Junto Puzos de autobuses
Tel/Fax 942 61 11 77
39770 LAREDO

ORTOPEDIA
ORTOGAM, S.L.

2ª Travesía José Antonio (Edificio Parque)
Junto Puzos de Autobuses
Tel/Fax 942 61 11 77
39770 LAREDO

FOTODEPILACIÓN

Para muchos hombres y mujeres el pelo no deseado puede ser una pesadilla y durante tiempo han tenido que sufrir con las únicas opciones existentes para eliminarlo. Cremas, cuchillas, cera o las dolorosas agujas de electrolisis han sido los métodos más comúnmente aplicados.

En la actualidad, la **FOTODEPILACIÓN** es el sistema más eficaz para eliminar el vello de manera permanente. Es un método seguro, rápido, rentable y, sobre todo, efectivo. La FOTODEPILACIÓN utiliza la tecnología IPL (Luz Pulsada Intensa) esta energía lumínica es absorbida por la melanina del pelo, elevando su temperatura e induciendo el calor hacia el folículo, dañando así las células germinativas responsables del crecimiento del pelo. El pelo dañado y el folículo se eliminan mediante un proceso fisiológico natural, dando como resultado una depilación de larga duración cuyos resultados son evidentes desde la primera sesión.

La IPL permite un tratamiento individualizado según el color de la piel, el grosor o la profundidad del vello y puede aplicarse, prácticamente, en todo el cuerpo.

El número de sesiones necesarias para un resultado óptimo a largo plazo (pérdida del 80% del pelo inicial) depende del área a tratar, de la densidad pilosa, de la fase de desarrollo de cada pelo o de la existencia de trastornos hormonales. En general, puede hablarse de 6 a 8 sesiones, con un interva-



- Consulta gratuita
- Horario flexible
- Financiación tratamiento
- Cita telefónica

10% DE DESCUENTO EN LOS TRATAMIENTOS DE FOTODEPILACIÓN PARA PERSONAL SANITARIO

lo de un mes entre las tres o cuatro primeras e incluso meses entre las restantes.

El otoño es la época ideal para comenzar el tratamiento, para poder lucir una piel sedosa y lisa el próximo verano.

La celulitis o PEFE es una patología crónica o multifactorial que se puede mejorar con una dieta adecuada, ejercicio físico, masajes, cremas... En el Gabinete de Enfermería Estética podemos ayudarte con **TRI-ACTIVE** que es el resultado de una nueva tecnología que propone afrontar el problema de la celulitis valiéndose de la acción combinada de tres métodos distintos: **MASAJE, FRIO y ACCIÓN DEL LÁSER**

- 1.- **MASAJE:** Una acción de aspiración rítmica en varias direcciones para reactivar la producción de colágeno y elastina
- 2.- **REFRIGERACIÓN:** La crioterapia reduce el edema.
- 3.- **ESTIMULACIÓN.** La acción del láser favorece la microcirculación arterio-venosa y linfática.

En el **Gabinete de Enfermería Estética** te atienden diplomadas en Enfermería que informan detalladamente, sin ningún compromiso, sobre esta avanzada técnica que elimina el vello no deseado, tanto en mujeres como en hombres.

Y para que sea más fácil, realizamos las consultas previa cita telefónica, para que el horario se amolde a tus necesidades.

Ven a conocernos, nos encontrarás en...



Gabinete de Enfermería Estética
FOTODEPILACIÓN

Cita previa 942 079 777

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN SANITARIA EN LA ZONA DEL ALTO MIERA (CANTABRIA)

INTRODUCCIÓN

La planificación sanitaria es la primera etapa del proceso administrativo y constituye la base para la actuación posterior. Es el tiempo en que se realiza el estudio de la situación y de previsión de lo que se va a intentar conseguir, así como de los medios que será preciso emplear en el tiempo que se determine como idóneo (cuadro 1). Se define como "método racional para escoger, organizar y evaluar las actividades de salud más eficaces, en razón de las necesidades de salud existentes" (2).

Una de las etapas de la planificación sanitaria es el análisis de la situación, esto es lo que hemos realizado en nuestro trabajo.

En 1978 se celebró la Conferencia Internacional en Alma Ata sobre Atención Primaria. En ella se propuso a los países el desarrollar estructuras sanitarias basadas en el desarrollo de la atención primaria, cuya definición podemos recordar como la "asistencia esencial que representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema sanitario, llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas, lo que constituye el primer elemento de un proceso de asistencia sanitaria". Por lo tanto, el camino del trabajo debía incorporar la participación comunitaria y actividades de promoción, prevención y educación sanitaria como piezas fundamentales (3 y 4).

Otra de las cosas que se establecieron en esta Conferencia son las características generales de la Atención Primaria como organización orientada a la satisfacción de las necesidades de salud del individuo, de la familia y de la comunidad, a través de una asistencia continuada y accesible a toda la población (a lo largo de la vida y permanente las 24 horas); realizando un trabajo en equipo interdisciplinar; organizando el nivel de entrada y coordinado de atención al resto del sistema de salud; llevando a cabo una labor docente e investigadora.

Vuori concreta el concepto de APS y nos permite interpretarlo como un conjunto de actividades, como un nivel de asistencia (entrada de contacto), como una estrategia (organización de los servicios sanitarios y accesible a las necesidades de po-

blación con participación de la comunidad) y como una filosofía (equidad, autorresponsabilidad y concepto integral).

España, como respuesta a esta Conferencia de Alma Ata, publicó en 1984 el Real Decreto de la Estructura de Bases 137/1984, que con la ley de bases del 44 vigente y el comienzo de descentralización sanitaria hacia las autonomías, define la Nueva División Territorial sobre la base de zona de salud y una estructura física donde se realizaría el trabajo, el centro de salud (5,6).

En la Ley General de Sanidad 1986, en el título III, se recoge la estructura del sistema sanitario público, más concretamente se define, Zona Básica de salud (demarcación geográfica y poblacional que constituye la unidad territorial de población de la Atención Primaria, alcanza menos de 5000 habitantes en el ámbito rural, teniendo en cuenta unas distancias máximas, un grado de concentración y dispersión, unas características epidemiológicas de la zona, así como las instalaciones y recursos sanitarios). También se define el equipo sanitario cuyas funciones son ambulatoria, asistencia sanitaria, domiciliaria, urgencia y coordinación del nivel asistencias. Este equipo debe realizar actividades de consulta a demanda, programada, visita a domicilio y atención de urgencia las 24 horas y coordinación de servicios especiales de urgencia (7).

MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio retrospectivo y transversal, realizado durante un período de dos años –del 15 de octubre de 1999 al 15 de octubre del 2001– que se basa en el registro de consultas realizadas en la atención continuada (de 17 a 9 horas de lunes a viernes y durante las 24 horas de los fines de semana y festivos).

La muestra es toda la población de la zona básica de salud de Miera en Cantabria, que abarca dos centro de salud rurales, pertenecientes a dos ayuntamientos (San Roque de Riomiera y Miera-Mirones), a excepción de los sábados en los que de 9 a 17 horas se atienden otros centros rurales de la zona Liérganes-Pámanes (ayuntamiento de Liérganes) y de La Cavada (ayuntamiento de Riotuerto) también en Cantabria. La población es inferior a 5.000 habitantes, geográficamente es muy dispersa y en algunos casos imposible de llegar con vehículo por tratarse de una zona de alta montaña.

La evaluación de datos se realiza con el Rsigma y existen 10 variables cualitativas y una variable cuantitativa (edad):

- 1.– Nombre del usuario (texto)
- 2.– Sexo que es dicotómica entre hombre y mujer
- 3.– Grupo de edad con las alternativas de niño, adulto y anciano y siguiendo los programas de atención primaria los niños son hasta los 14 años, adultos de 15 años a 75 años y los ancianos > 75 años
- 4.– Hora se elige día o noche
- 5.– Población (texto)
- 6.– Lugar de consulta (centro o domicilio)
- 7.– Tipo de consulta (demanda, programada)
- 8.– Motivo de consulta (en la que se eligen entre catorce alternativas, cardiovascular, dermatológico, digestivo, endocrino, exitus letalis, ginecológico, neurológico, oftamología, otorrinolaringología, pediatría, psiquiátrico, renal, respiratorio, traumatológico, y otros)
- 9.– Tratamiento, entre ellos tenemos acto único, enfermería, ambos
- 10.– Derivación (hospital ó consulta ordinaria)

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- Conocer la situación de salud de la zona.
- Conocer el número de consultas y carga asistencial, en horario de urgencias.
- Conocer las patologías más frecuentes
- Conocer las intervenciones y cuidados médicos y enfermeros.
- Conocer el tipo de demandas y sus derivaciones.
- Orientarnos sobre los recursos necesarios.
- Comparar dos años para ver en que se puede mejorar la calidad de asistencia.

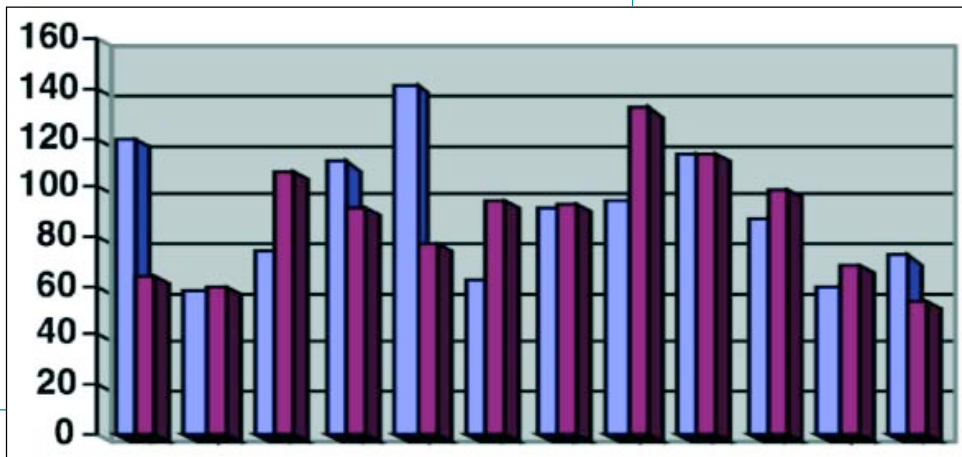
(CUADRO 1)

RESULTADO

Nº DE CONSULTAS / MESES

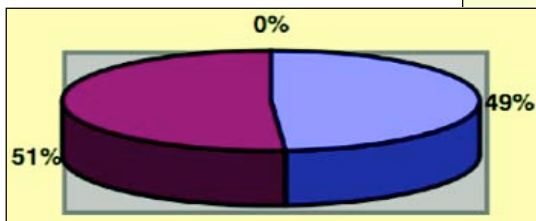
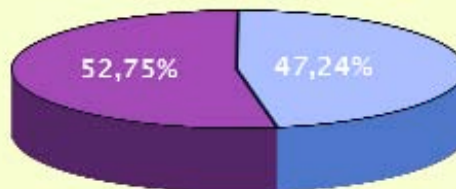
En el periodo 1999-2000 se realizaron 1.093 consultas de las cuales los meses de mayor trabajo fueron enero (10,98%), abril (10,07%), mayo (13%) y septiembre (10,43%).

En el año 2000-2001, el número de consultas es 1.054 y los meses de mayor demanda han sido marzo (10,3%) y los meses de verano entre ellos agosto (12,55%), septiembre (11,12%) y octubre con un 9,4% (gráfico 1).



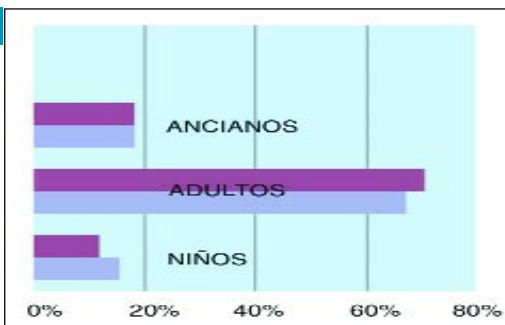
SEXO

AÑO	1999-2000	2000-2001
Hombre	535 (48,9%)	498 (47,2%)
Mujer	538 (51%)	556 (52,7%)



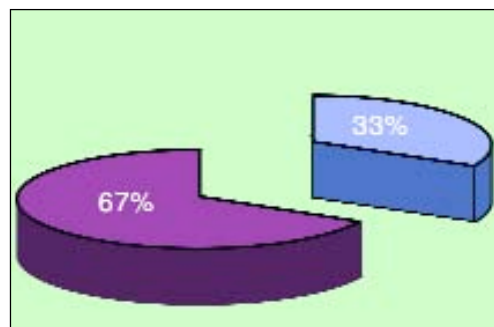
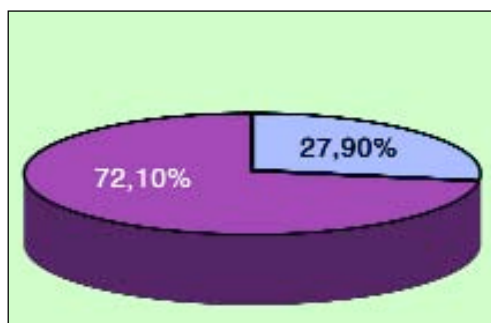
EDAD

AÑO	1999-2000	2000-2001
Niños ≤ 14 años	15%	11,6%
Adultos	67%	70,2%
Ancianos	18%	18,2%



LUGAR DE RESIDENCIA

Relacionado con el lugar de residencia nuestros usuarios pertenecen a las siguientes poblaciones: 33,11% son de Miera-Mirones, un 66,89% de San Roque de Riomiera. En el año 00'-01', 27,9% en Miera-Mirones y 72,1% en San Roque en el siguiente año (gráfico 4 y 4b).

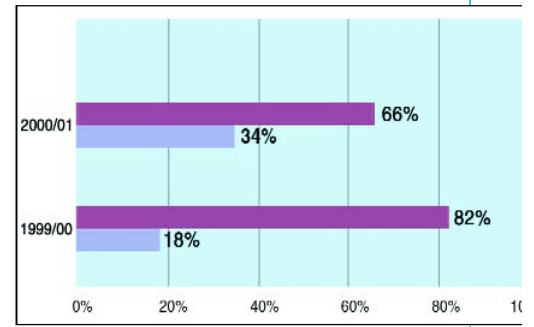


MOTIVOS DE CONSULTA

Motivo	NIÑOS 1999/2001	ADULTOS 1999/2001	ANCIANOS 1999/2001
Neurológico	0/2	9/11	3/11
Psiquiátrico	0/0	23/10	0/2
Cardiovascular	0/0	66/100	36/68
Respiratorio	34/10	121/77	58/39
Traumatológico	27/31	180/144	33/33
Ginecológico	0/0	9/9	0/0
Oftalmología	4/2	28/16	2/0
Otorrinolaringología	33/34	81/58	3/0
Digestivo	34/8	62/39	15/10
Renal	2/3	23/29	7/5
Dermatológico	8/4	34/63	5/6
	0/0	8/16	2/9
Pediatría	8/12	0/0	0/0
Exitus letalis	0/1	2/2	4/5
Otros	12/12	70/131	16

TIPO DE CONSULTA

Mayor es la de demanda 81,97% frente a la programada que representa un 18,02% (gráfico 5). Si miramos los datos del año siguiente la consulta programada es 34,18% y la de demanda 65,81% (gráfico 5). Estadísticamente en 99' significativo para $p < 0,05$ y en el 00' significativo para $p < 0,001$.



MOTIVO / GRUPO DE EDAD

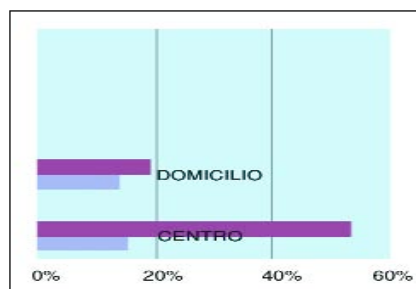
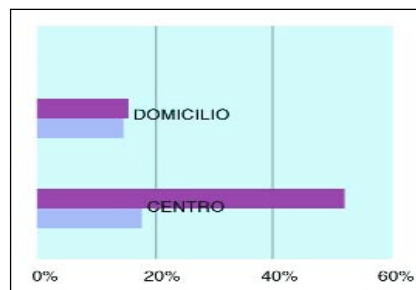
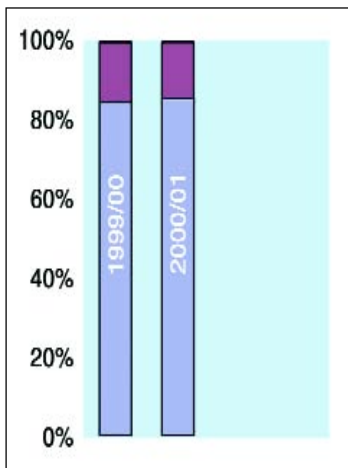
	Neurol.	Psiqui.	Cardio.	Respi.	Traum.	Gine.	Ofta.	Oto.
1999-2000	15	26	102	213	240	9	34	117
2000-2001	44	12	168	126	208	9	18	92

MOTIVO / Nº DE CONSULTAS

	Diges.	Renal	Derma.	Endoc.	Pediat.	Exitus.	Otros
1999-2000	111	32	47	10	8	6	99
2000-2001	57	37	73	25	12	8	165

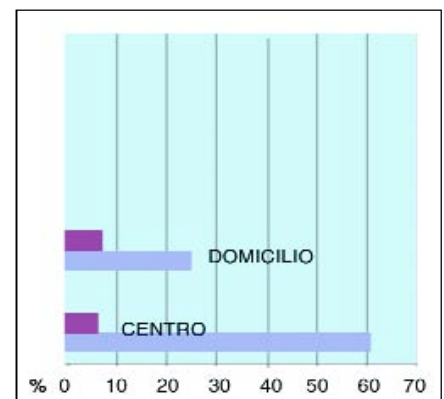
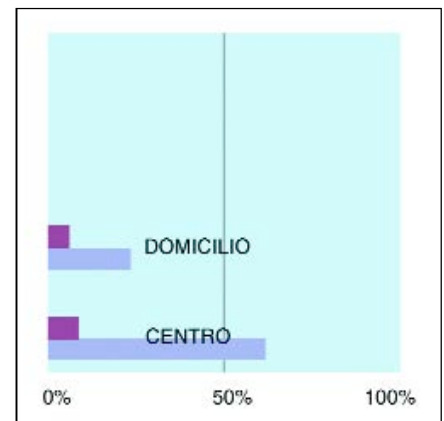
HORA

El lugar de la consulta a domicilio o en consultorio respecto del lugar de residencia la tenemos reflejada en el gráfico 7 y 7b, respectivamente a los años 99' - 00' y 00' - 01'. Significativos para $p < 0,01$.



HORA/LUGAR

Estadísticamente significativos para $p < 0,01$.



DERIVACION

0,5% de digestivo y cardiovascular (tabla 3) y en el siguiente año se derivaron 6,2% de los cuales los problemas de trauma representaron un 2,9%, cardiovascular 0,9% y respiratorio 0,6%. Del total de las consultas de día se atendió al 85% personas y de noche el 15% en ambos años no hubo mucha diferencia (gráfico 6).

DERIVACION / MOTIVOS

(Tabla 3) Motivo	HOSPITAL 1999/2001 %	ACTO UNICO 1999/2001 %	CONSULTA 1999/2001 %
Cardiovascular	0,5 / 0,9	7,3 / 12,9	1,6 / 2
Dermatológico	0,09 / 0,1	3,2 / 5,9	0,1 / 0,7
Digestivo	0,5 / 0,7	0,7 / 3,7	1,9 / 0,8
Endocrino	0,09 / 0,09	0,2 / 1,7	0,5 / 0,5
Exitus letalis	0 / 0,09	0,6 / 0,6	0 / 0
Ginecológico	0,1 / 0,09	0,4 / 0,5	0,1 / 0,1
Neurológico	0,3 / 0,75	0,7 / 2,4	0,2 / 0,94
Oftalmología	0,2 / 0,3	2,6 / 0,5	0,2 / 0,1
Otorrino	0 / 0,09	9,4 / 7,9	1,4 / 0,6
Pediatría	0 / 0	0 / 1	0,6 / 0,09
Psiquiatría	0,1 / 0,09	1,7 / 0,8	0,24 / 0,1
Renal	0,2 / 0	2,4 / 2,8	0,2 / 0,7
Respiratorio	1 / 0,6	1,5 / 9	3 / 2,1
Traumatológico	2,9 / 1,8	15,8 / 13,7	3,6 / 4
Otros	0,09 / 0	8,3 / 15,1	0,8 / 0,5

BIBLIOGRAFIA

- 1.- San Martín, H. Administración en salud pública. Prensa Médica Mexicana, México, 1988.
- 2.- Mompert M P García. Enfermería administración de servicios de enfermería. Masson Salvat. Barcelona, 1996.
- 3.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Ley General de Sanidad. Secretaría General Técnica, Madrid, 1986.
- 4.- La Reforma del sistema sanitario. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1988.
- 5.- M. Sánchez Bayle. El sistema sanitario en España. Evolución y situación actual. Los libros de la catarata. 1997.
- 6.- Reforma sanitaria. Fundamentos para un análisis. Ministerio de Sanidad y Consumo. P. Mansilla. 1989.
- 7.- Ley General de Sanidad (Ley 14, 1986, de 25 de abril), edición anotada. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1986.
- 8.- Vaquero J.L.. Manual de Medicina Preventiva y Salud Pública. Ediciones Pirámide, S.A. Madrid. 1992.

AUTORA:

AUTORA: M^a CONSUELO FERNÁNDEZ DIEGO (enfermera).

COLABORADORES: BORJA DEL RIBERO SIERRA (médico)
FRANCISCA GÓMEZ MOLLEDA (médico).

CONCLUSIONES

Relacionado con la situación de salud de la zona, el estudio nos ha ayudado a determinar que el mayor número de consultas se lleva a cabo durante los meses de invierno y cuando los habitantes de la zona se dedican a las labores de siega de la hierba. En invierno, las consultas están asociadas a problemas respiratorios y en la época de la hierba con traumatismos y accidentes. También cabe destacar la aparición de problemas digestivos durante el verano.

Resaltar también que estos problemas respiratorios y cardiovasculares se asocian al elevado porcentaje de población anciana que vive en esta zona.

Es necesario destacar los datos referidos a la atención psiquiátrica ya que, en datos epidemiológicos, los trastornos psíquicos representan el 13%, así como las alteraciones mentales son el 10% en hombres y el 73% en mujeres (8) en edades hasta los 60 años.

La coordinación entre consulta ordinaria y urgencias permite mejorar la calidad de asistencia del usuario tanto para las programadas como para las urgentes (18,2%).

Referente a las consultas derivadas a hospital, la mayoría han sido por accidentes que necesitan atención en traumatología y Rx. Las derivaciones de respiratorio se deben, en la mayoría de los casos, a descompensaciones de población anciana, por ello consideramos que el consultorio debe de disponer de oxígeno.

La mayor demanda a domicilio se produce en San Roque de Riomiera –zona de difícil acceso y con una población sin medios de transporte–, siendo necesario utilizar el vehículo propio para llevar a las viviendas y, con frecuencia, realizar parte del trayecto caminando. El personal sanitario necesita ropa adecuada por las condiciones meteorológicas que debe soportar y, al mismo tiempo, debe transportar material de cuidados adecuado a las circunstancias que se puede encontrar con cada paciente, lo que ha llevado a que cada trabajador se haya hecho con un maletín tipo mochila que facilita su transporte.

ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE PATRÓN FUNCIONAL DE ACTIVIDAD Y NIVELES DE SATISFACCIÓN VITAL EN POBLACIÓN GERIÁTRICA INSTITUCIONALIZADA

Dentro de la valoración del empleo del tiempo que realizamos en nuestros mayores, descubrimos en múltiples estudios que la inquietud por mantenerse entretenidos en la tercera edad está aumentando.

Partiendo de estudios que confrontan la realización de actividades entre personas mayores que viven en su hogar y personas que viven en Residencias¹, se destacan interesantes datos: las personas que residen en su hogar refieren ser más libres para hacer cosas, mientras que en las instituciones se sienten más atados a un horario. No obstante, el residente en general tiene acceso a una oferta de actividades planteadas en las Residencias más variada y cercana. Hecho éste que en los últimos años se está modificando gracias a la inversión de los Asuntos Sociales en fomentar actividades para la Tercera Edad (Aulas de Formación, Talleres, Excursiones, Centros Cívicos...)

“La felicidad no varía mucho con la edad. (...) Si se subraya la satisfacción o la valoración cognitiva del bienestar, hay un incremento claro con la edad (...) [Sin embargo] Las medidas de frecuencia de alegría, o de las emociones positivas, presentan una disminución progresiva con la edad. Así mismo, la frecuencia de actividades agradables decrece de modo apreciable con la edad” Así dice M. Argyle², asumiendo que la satisfacción aumenta en relación a los aspectos más importantes: el trabajo, el matrimonio, el ocio y la religión. La realización de actividades recreativas, culturales y de ocio suponen un elemento de gratificación importante para las personas mayores^{3,4}. Las posibles repercusiones en la salud pueden ser un elemento clave en la sensación de bienestar y satisfacción vital, de manera que la asunción activa de comportamientos y estilos de vida saludables serán un buen indicador de satisfacción vital.⁵

Diversos estudios demuestran que las orientaciones prácticas para una satisfacción vital vienen dadas por la prevención basada en una mejora y adecuación de los comportamientos, hábitos y estilos de vida en relación con la salud, el ocio, las relaciones interpersonales y el manejo del estrés.^{6,7,8}

Las variables psicosociales que parecen predecir mejor la satisfacción de los mayores, según la mayoría de los estudios, son: la salud, las habilidades funcionales, los contactos sociales y la actividad. Por otro lado, variables sociodemográficas como el género, el estado civil, el nivel de ingresos y el educativo, también pueden estar relacionados con la satisfacción en las personas mayores^{9,10}. Según Zamarrón¹ las variables psicosociales parecen estar más fuertemente asociadas a la satisfacción con la vida que las sociodemográficas.

Este estudio pretende analizar la relación entre el Patrón Funcional de Gordon Actividad/Ejercicio, empleado dentro de la elaboración de Planes de Cuidados de enfermería dentro del apartado Valoración, y el nivel de satisfacción vital de los residentes de una Residencia de Mayores. Se pretende explorar el grado de predicción de ese patrón respecto a los niveles de satisfacción, a través de un estudio correlacional, descriptivo y transversal.

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo principal:

Valorar el grado de relación entre el Patrón de actividad/ejercicio de Gordon, y el Índice de Satisfacción Vital, en una población de mayores institucionalizada.

3.2 Objetivos secundarios:

- Análisis de la satisfacción vital en la población anciana de una Residencia
- Estudiar la satisfacción vital en función de variables sociodemográficas como la edad, el sexo, nivel de estudios y estado civil
- Relación entre satisfacción vital y participación en actividades propuestas en la Residencia

4. METODOLOGÍA

4.1 Población diana:

Ancianos/as de una Residencia de mayores situada en una zona urbana.

- **Exclusión:** mayores que se encuentren en las Enfermerías, cuyo nivel de dependencia impide la realización de la entrevista.
- **Tamaño de la muestra:** de 236 residentes, 54 se encuentran en las Enfermerías. Por tanto la investigación se centró en 182 residentes.

4.2 Instrumentos:

- Patrón Funcional de Gordon de Actividad/Ejercicio

(**Anexo 1**): dentro del cual se incluye la Escala de Dependencia de Barthel

(**Anexo 2**): El resultado de dicho patrón puede englobarse como Patrón No alterado, Patrón con alto riesgo de alterarse y Patrón alterado.

- Cuestionario de Satisfacción vital de Filadelfia (Lawton)^{11,12} en su versión de 1975 (**Anexo 3**). Consta de 17 ítems, con respuesta Sí/No. Las respuestas entre paréntesis indican un estado de bienestar. Cada res

puesta que coincida vale 1 punto y la suma total es la medida de bienestar.

- Cuestionario sociodemográfico: edad, sexo, nivel de estudios, estado civil.

- Cuestionario sobre participación en las actividades realizadas en la Residencia: realización de actividades domésticas (hacer camas, recoger las mesas, doblar ropa, atender la portería, atender el jardín, etc), realizar ejercicio programado (gimnasia de mantenimiento, actividades en el gimnasio, etc), participar en las actividades de terapia ocupacional (talleres de manualidades, teatro, lectura de prensa, etc), participar en Talleres Cognitivos (Talleres de memoria, atención psicológica, etc), participación en actividades religiosas (ir a misa, rezar el Rosario, charlas organizadas, etc), participar en otras actividades (talleres de informática, etc). En este apartado se codifican las actividades en que se participan al menos tres veces por semana.

4.3 Recogida de datos:

- Patrón funcional Actividad/Ejercicio: valorado por la enfermera en los tres meses previos al estudio, y recogido dentro de la Valoración de enfermería que se elabora de cada residente, y consta en la historia clínica.

- Cuestionario del estudio (Índice de Satisfacción vital, datos sociodemográficos, grado de participación en actividades): se realizó a través de entrevista personal.

5. RESULTADOS

5.1 Datos sociodemográficos

- Edad. Media 83,3 años

RANGO DE EDAD	TANTO POR CIENTO
Menores de 75 años	83%
Entre 75 y 90 años	8%
Mayores de 90 años	9%

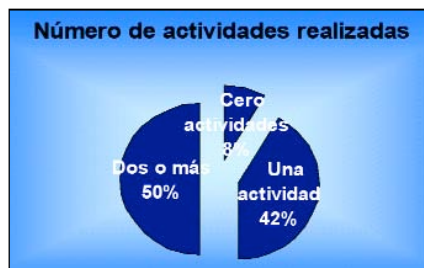
- Sexo:
 - 64% mujeres
 - 36% hombres
- Nivel de estudios:
 - 25% sin estudios
 - 69% estudios primarios
 - 6% estudios superiores
- Estado civil:
 - 18,2% casados
 - 13,8% solteros
 - 7,2% separados o divorciados
 - 60,8% viudos

5.2 Participación en actividades de la

residencia

Actividades	% participación
Domésticas	37,0
Ejercicio programado	13,2
Terapia ocupacional	37,4
Talleres cognitivos	21,4
Actividad religiosa	89,6
Otras actividades	4,6

5.2,1 Número de actividades en que se participa



Patrón funcional de Gordon de actividad/ejercicio

Patrón	Alto riesgo alteración	Alterado	No alterado
Actividad	42,9%	23,4%	33,7%

5.3 Escala de Satisfacción vital



Sobre una puntuación máxima de 17, la puntuación media obtenida ha sido alta ($X = 10,37$) y la varianza ha sido de 13,12 en el caso de puntuaciones totales.

5.4 Relación de datos sociodemográficos e índice de satisfacción

No se encontraron diferencias significativas entre géneros, en las puntuaciones totales, según la prueba T de Student ($F = 0,253$; $p > 0,05$).

En el caso de la edad, se establecieron cuatro grupos de edad lo más homogéneos posibles (de 50 a 65, de 66 a 75, de 76 a 85, y mayores de 85 años). Según el análisis de Varianza, en la comparación de medias se desprende la ausencia de diferencias significativas ($F = 0,786$; $p > 0,05$).

De los anteriores datos se deduce que no existe relación significativa entre edad y género, y el índice de satisfacción.

Respecto al nivel de estudios, dividiendo estos en tres apartados (sin estu-

dios, estudios primarios, estudios superiores), y aplicando el análisis de varianza, la comparación de medias manifestó diferencias significativas ($F = 0,041$; $p > 0,05$), de lo que se desprende existe una relación significativa entre el nivel de estudios y la puntuación de satisfacción.

En el caso del estado civil, recogidos los datos en los siguientes grupos: soltero, separado/divorciado, casado y viudo, la comparación de medias en el análisis de varianza indica la presencia de diferencias significativas ($F = 0,032$; $p > 0,05$). De lo que se deduce, como en el caso anterior, una relación significativa. En los grupos en que se aprecia mayores puntuaciones de satisfacción es en casados y solteros, frente a divorciados y viudos, los cuales presentan menores puntuaciones.

5.5 Relación entre patrón funcional e índice de satisfacción

Habiendo clasificado el patrón en tres posibles resultados: alterado, riesgo de alteración y no alterado. El análisis de varianza indica la presencia de diferencias significativas ($F = 0,042$; $p > 0,05$).

Así mismo se demuestra en el análisis de medias, mayor índice de satisfacción vital en el patrón no alterado, frente al patrón riesgo y al patrón alterado, en el cual aparecen las menores puntuaciones de satisfacción.

5.6 Relación entre número de actividades e índice de

satisfacción

Analizando la participación en actividades, clasificando en tres grupos la misma (participa en cero actividades, participa en una actividad, participa en dos o más actividades) y el índice de satisfacción, el análisis de varianza indica la presencia de diferencias significativas entre los tres grupos ($F = 0,037$; $p > 0,05$), de lo que se deduce que a mayor número de actividades realizadas mayores puntuaciones en la escala de satisfacción.

6. DISCUSIÓN

Una vez presentados los resultados hay una serie de puntos que merecen especial atención:

Resulta llamativo el hecho de que las puntuaciones en satisfacción vital sean altas ($X = 10,37$). Aunque eso confirma la puntuación obtenida en otros estudios similares (11,3 en el estudio de Lawton, 1972)¹¹. En otros estudios realizados en España se aprecia una media inferior (8,9

ANEXO 1

Patrón de actividad/ ejercicio de Gordon

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Dependiente | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Deficiencias motoras | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. Defi. Sensoriales | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4. Puntuación Barthel_____ | | |
| 5. Puntuación Barber_____ | | |
| 6. Puntuación Katz_____ | | |
| 7. Problemas: | | |
| Barreras ambientales | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Falta de recursos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Falta de conocimientos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Prob. De salud limitantes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 8. Ejercicio/ocio | | |
| Ejercicio físico | | |
| Paseo | Días/semana_____ | Tiempo_____ |
| Deporte | Días/semana_____ | Tiempo_____ |
| Actividades ocio | Días/semana_____ | Tiempo_____ |

RESULTADO

- Patrón eficaz
 Patrón con alto riesgo de alteración
 Patrón alterado

* Adaptado de los patrones funcionales de Gordon, de la versión para OMI, versión 5.0, para Atención Primaria.

ANEXO 2

Escala moral del centro geriátrico de Filadelfia

A continuación le voy a leer unas frases. Me gustaría que me dijera si son aplicables a usted. Si está de acuerdo con ellas, responda Sí, y en el caso de que no sean aplicables a usted responda No

- 1.- ¿A medida que se va haciendo mayor se ponen las cosas peor para Vd.?..... (No)
- 2.- ¿Tiene Vd. tanta energía como el año pasado?..... (Si)
- 3.- ¿Se siente usted sólo?..... (Si)
- 4.- ¿Ve bastante a sus amigos y parientes?..... (Si)
- 5.- ¿Le molestan ahora más las cosas pequeñas que antes?..... (No)
- 6.- ¿Siente que conforme se va haciendo es menos útil?..... (No)
- 7.- ¿A veces está tan preocupado que no puede dormir?..... (No)
- 8.- ¿Según se va haciendo mayor, las cosas son MEJOR, PEOR, IGUAL que lo que vd. Pensó que sería?..... (Si, mejor)
- 9.- ¿A veces siente que la vida no merece la pena ser vivida?..... (No)
- 10.- ¿Ahora es usted tan feliz como cuando era joven?.. (Si)
- 11.- ¿Tienen muchas razones por las que estar triste?... (No)
- 12.- ¿Tienen miedo de muchas cosas?..... (No)
- 13.- ¿Se siente más irascible o se enfada más que antes?(No)
- 14.- ¿La mayor parte del tiempo la vida es dura y difícil?(No)
- 15.- ¿Está satisfecho con su vida ahora?..... (Si)
- 16.- ¿Le cuesta trabajo hacer las cosas?..... (No)
- 17.- ¿Se vienen abajo, se altera o disgusta fácilmente?..(No)

(Las respuestas indican una actitud positiva y deben puntuarse cada una con un punto)

en el estudio de Montorio¹², 10,1 en el de Zamarrón¹). Es decir la satisfacción vital en la Residencia de mayores estudiada es alta. Esto hace pensar en una variable difícil de controlar: la deseabilidad social de los mayores, puesto que la recogida de los datos se ha realizado a través de entrevista personal.

Sí se ha establecido una relación positiva entre puntuaciones altas en satisfacción, y un patrón de actividad no alterado. Lo que hace suponer que el Patrón funcional de actividad es un buen instrumento de valoración para enfermería, puesto que correlaciona significativamente con los niveles de satisfacción.

Así mismo del estudio se desprende la importancia de participar en actividades y mantenerse activo para las personas mayores, cuyos índices de satisfacción son mayores en aquellos que realizan más actividades. Sería para otro estudio analizar el tipo de actividades que realizan las personas con índices de satisfacción más altos.

desprende respecto a los factores sociodemográficos, que en la muestra estudiada, independientemente del género y la edad, la participación en actividades aumenta los niveles de satisfacción. Pero que a su vez, el nivel de estudios y el estado civil sí parecen influir tanto en la participación en actividades como en el nivel de satisfacción. Hecho que se corrobora en estudios precedentes^{13,14}, en los cuales, el estado civil como fuente de apoyos sociales, y el nivel de estudios como nivel cultural influyen en la mayor participación en actividades por parte de los mayores.

También resulta digno de mención los índices de preferencia de cada actividad planteada. El primer puesto resulta para la actividad religiosa, en una Residencia dirigida por religiosas, en la que hay misa y Rosario a diario. No hay obligación de participar pero un 89,6% lo hace al menos tres veces a la semana. Dato que no resulta sorprendente puesto que la población de mayores actual manifiesta ser creyente¹⁵. Las actividades que

siguen por orden de preferencia son los talleres ocupacionales (37,4%) y las actividades domésticas (37%). En una Residencia en la que se invita a los mayores a participar en las tareas domésticas, es curioso que resulte una de las actividades preferidas, en la cual las diferencias de sexo no son significativas. De ello se desprende que la realización de actividades también se relaciona con el grado de familiaridad y frecuencia de las mismas. Respecto a los talleres ocupacionales, el 93,7% son mujeres, aunque no se aprecian diferencias significativas respecto a la edad.

Haciendo referencia al 8% de personas que no participa en ninguna actividad, decir que 3/4 partes son hombres, jóvenes, con una patrón de actividad no alterado, que suelen realizar actividades fuera de la

Residencia (acudir a otros Centros, bar, etc).

El 42% que participa en una sola actividad, no presenta variaciones significativas respecto al género ni a la edad. Pero sí presenta patrones alterados o con alto riesgo de alterarse, lo cual concuerda con el detalle de que el porcentaje que realiza dos o más actividades presenta mayores porcentajes en patrón no alterado.

Como conclusiones finales, reiterar la importancia que tiene llevar a cabo una valoración dentro del marco de un Plan de Cuidados de enfermería¹⁶, para establecer una herramienta de trabajo fiable y adecuada. En este estudio se demuestra que un Patrón Funcional puede ser un buen predictor para elaborar planes de actuación desarrollados por profesionales de la enfermería para atender adecuadamente a

ANEXO 3

Índice de Barthel

De actividades básicas de la vida diaria

Puntuar la información obtenida del cuidador principal

Item	Situación del paciente	Puntos
Comer	-Totalmente independiente	10
	-Necesita ayuda para cortar carne, pan...	5
	-Dependiente	0
Lavarse	-Independiente: entra y sale solo del baño	5
	-Dependiente	0
Vestirse	-Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	-Necesita ayuda	5
	-Dependiente	0
Arreglarse	-Independiente para lavarse la cara, manos, peinarse, afeitarse, maquillarse...	5
	-Dependiente	0
Deposición (Valorese la semana previa)	-Continencia normal	10
	-Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	-Incontinencia	0
Micción (Valorese la semana previa)	-Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	-Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	-Incontinencia	0
Usar el retrete	-Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	-Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	-Dependiente	0
Trasladarse	-Independiente para ir del sillón a la cama	15
	-Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	-Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
Deambular	-Independiente, camina solo 50 metros	15
	-Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	-Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
Escalones	-Dependiente	1
	-Independiente para bajar y subir escaleras	10
	-Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
Total:	-Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

RESULTADO Y GRADO DE DEPENDENCIA

< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
>= 60	Leve
100	Independiente

nuestra población de mayores.

Así mismo se resalta la importancia de mantener activos a la población anciana potenciando acciones destinadas a

mantener niveles óptimos de autonomía y satisfacción vital¹⁷. Hechos que la enfermera puede potenciar y manejar en el cuidado de sus usuarios¹⁸.

BIBLIOGRAFÍA

- Zamarrón MD, Fernández-Ballesteros R. Satisfacción con la vida en personas mayores que viven en sus domicilios y en residencias. Factores Determinantes. Rev Esp Geriatr Gerontol 2000, 35(S2):17-29
- Argyle M. La psicología de la felicidad. Madrid: Alianza; 1992
- Harley J, Lavery JJ. Subjective well-being and age. Social Indicators. Res 1995; 34:275-82
- Montorio I, Izal M. Bienestar psicológico en la vejez. Rev Gerontol 1992;3:145-54
- Castelón A, Rubio Herrera R, Aleixandre M. Nivel de autoestima en los mayores tras un programa de ocio. Rev Esp Geriatr Gerontol 1999;34 (4):225-9
- Argyle M. Psicología y calidad de vida. Rev Intervención Psicosocial 1993; III(6):5-15
- Florez Lozano JA. Calidad de vida en el anciano: aspiraciones y necesidades. Rev Geriátrica 1996; 12(3):124
- Guirao M, Rubio R, Morales MM, Fernández E. Calidad de vida en los alumnos universitarios mayores. Granada: Grupo Editorial Universitario, 1995
- Fernández Ballesteros R. Psicología del envejecimiento: crecimiento y declive. Lección inaugural del Curso académico 1996/97. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 1996
- Aleixandre M. Et al. Estudio sobre el perfil demandado por los alumnos de las Aulas Universitarias de mayores. En: Temas de Gerontología III. Granada: Ed. Grupo Editorial Universitario, 2000.
- Lawton MD. Medio ambiente y satisfacción de las necesidades del envejecimiento. En: Carstensen LL, Edelstein BA. Gerontología clínica: Intervención psicológica y social. Barcelona: Martínez Roca; 1991.
- Montorio I. La persona mayor, guía aplicada de evaluación psicológica. Madrid: Inerser, 1994
- Fernández Ballesteros R. Mitos y realidades en torno a la salud y la vejez. Barcelona: SG editores; 1992
- Viney L, Tych A. Envejecimiento y psicología de la salud. En: Buendía J, Riquelme A, eds. Madrid: Siglo XX; 1992.
- Burdeos MF. Preparación para la vejez. Geriátrica 1991; 7(2):74-6.
- Fernández ML. Fundamentos teóricos y metodológicos de la enfermería. Curso de Experto universitario en Enfermería Gerontológico, U. De Cantabria, 2001
- García M. Principales diagnósticos enfermeros. Curso de Experto universitario en Enfermería Gerontológico, U. de Cantabria, 2001
- Brea P. La gestión de Enfermería en los Servicios Sociosanitarios. Curso de Experto Universitario de Enfermería gerontológico, U. De Cantabria,

AUTORA:

AUTORA: CARMEN M^a SARABIA COBO (enfermera).



De izquierda a derecha, Montserrat González, vicepresidenta segunda del Colegio de Cantabria, Máximo González, presidente del Consejo general de Enfermería, el presidente regional Miguel Angel Revilla, la presidenta del Colegio de Cantabria Asunción González y Jesús María Sola, responsable del departamento técnico del Colegio de Cantabria.

El Consejo General se reunió en Cantabria

Los presidentes de los Colegios de Enfermería de España y los miembros del Consejo General de Enfermería se reunieron en Solares del 12 al 15 de octubre para tratar el futuro inmediato de la profesión, que está marcado por la situación de indefensión jurídica que supone la aprobación de la Ley del Medicamento prescripción enfermera y la inminente conversión de los estudios de enfermería en una licenciatura

El Colegio de Cantabria, junto con el consejo general de Enfermería, organizó en el Balneario de Solares el Pleno de la Organización Colegial de Enfermería de España que está compuesto por representantes del Consejo General de Enfermería, de los 52 colegios de enfermería de toda España y de las diferentes áreas clínicas de actuación enfermera especializada.

El motivo de la reunión era tratar sobre asuntos de gran relevancia para el futuro de la sanidad del país, puesto que los máximos dirigentes de la Organización Colegial deberán decidir sobre aspectos fundamentales para el futuro inmediato de la profesión y del propio Sistema Nacional de Salud en el que desarrollan su actividad. Por eso se ha querido debatir cuales de-

ben ser las acciones a realizar tras la situación de indefensión jurídica que supone la aprobación de la Ley del Medicamento para gran parte de la actividad diaria y cotidiana de la profesión; y la inminente conversión de los estudios de enfermería en una licenciatura de 4 años de duración y 240 créditos.

LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

Con respecto a la prescripción enfermera, cabe señalar que a lo largo de las reuniones del Pleno, los representantes de la Organización Colegial estudiaron y analizaron un informe técnico denominado "Estudio sobre la prescripción Enfermera en España; Resultados primera Fase" realizado por enfermeros expertos en las distintas áreas de la asistencia sanitaria. Este docu-

mento recoge un total de 170 intervenciones enfermeras diarias y cotidianas en las que los profesionales de la enfermería de atención primaria, especializada y sociosanitaria han realizado la prescripción de más de 200 fármacos y productos sanitarios con el conocimiento, el beneplácito y la total convivencia del resto de los profesionales sanitarios y de los propios gestores y responsables del sistema.

Sin embargo, la 'Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y otros productos sanitarios' aprobada el pasado mes de julio y que se conoce popularmente como Ley del Medicamento, atribuye en exclusiva la prescripción a médicos y odontólogos, prohibiendo a otros profesionales sanitarios realizar cualquier acción prescriptora. El cumplimiento es-

obligaría a la enfermería a española a dejar de hacer todas aquellas acciones de prescripción contempladas en el informe y supondría la paralización del Sistema Nacional de Salud con graves consecuencias para los pacientes.

LAS AUTONOMIAS RECONOCEN QUE LAS ENFERMERAS ESTÁN PRESCRIBIENDO

Máximo González Jurado ha informado a los medios de comunicación que la Organización Colegial de Enfermería de España ha establecido ya contactos con los diecisiete Consejeros Autonómicos de Salud “y que una inmensa mayoría de estos ha reconocido que las intervenciones enfermeras registradas hasta el momento y que conllevan prescripción farmacológica y de productos sanitarios son una realidad. No olvidemos que los consejeros de sanidad son los verdaderos responsables de que el sistema sanitario funcione y como auténticos expertos sanitarios y conocedores de la realidad son conscientes de que nuestros planteamientos respecto a la prescripción son ciertos”.



Los presidentes de los Colegios de España visitaron la región y acudieron a Santo Toribio de Liébana a ganar el Jubileo.

El presidente del Consejo señaló que la Organización Colegial ya ha comenzado a trabajar activamente con las diferentes Comunidades Autónomas para crear grupos de trabajo de profesionales que van a estudiar al detalle las intervenciones enfermeras donde se produce prescripción y

los fármacos y productos sanitarios que están prescribiendo las enfermeras en cada una de ellas. “Nuestra intención es buscar fórmulas de consenso para tratar de solucionar el problema generado por la Ley del Medicamento. No queremos llevar directamente esta situación al límite, porque si

dejamos de prescribir y paralizamos el sistema, los perjudicados van a ser los pacientes. Haremos todo lo posible para tratar de evitar este perjuicio por la vía del consenso y del diálogo. No obstante hay que darle una solución legal inmediata y eficaz porque los profesionales enfermeros están en una situación de ilegalidad que resulta insostenible e injusta para una profesión que se está dejando la piel para que el sistema sanitario funcione”.

González Jurado destacó que “nuestras reivindicaciones con respecto a la prescripción

han conseguido mantener más unida que nunca a la profesión. Desde los colegios de enfermería somos conscientes de que es un tema en el que contamos con el respaldo de los más de 240.000 enfermeros y enfermeras que hacen diariamente que el sistema sanitario funcione”.

En busca de la bioseguridad

El presidente del Consejo General de Enfermería y la presidenta del Colegio de Cantabria han trasladado a Miguel Ángel Revilla la necesidad de que el Sistema Nacional de Salud implante de forma definitiva los dispositivos de bioseguridad antipinchazos accidentales. En este sentido, solicitaron a Revilla su ayuda para que Cantabria se sume a las iniciativas de las Comunidades Autónomas de Madrid y Valencia que ya han puesto en marcha planes que conllevan la sustitución de todos los dispositivos punzantes convenciona-



Revilla debatió con el presidente del Consejo, Máximo González, y la presidenta del Colegio, Asunción González, los problemas del colectivo.

les por este nuevo material de bioseguridad. González Jurado puso como ejemplo el plan para la prevención de las inoculaciones accidentales en el personal sanitario de la Comunidad de Madrid, pionero en España y Europa, y que

está permitiendo una reducción drástica del número de exposiciones accidentales del personal sanitario a sangre o material biológico contaminado, de los que se dan unos 3.600 casos anuales en todo el país. Estos accidentes con-

llevan un alto riesgo de contagio de sida o hepatitis B o C por parte de enfermeros, médicos y otros profesionales de la sanidad, “una situación que no pueden permitir por más tiempo las administraciones sanitarias de nuestro país”. Se trata de unos dispositivos muy sencillos que reducen en más de un 85% las exposiciones percutáneas y el riesgo de contagio por parte del personal sanitario. La implantación efectiva de mecanismos de bioseguridad precisa el compromiso de todo el sistema sanitario.

Por su parte, Miguel Ángel Revilla aseguró que la implantación de este tipo de dispositivos es necesario y justo y se comprometió a tratarlo de inmediato con la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Charo Quintana.

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones/abusos sexuales

La Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria, a través de la Dirección General de Salud Pública, a editado un protocolo de actuación dirigido a los profesionales sanitarios que se enmarca dentro de las estrategias del Plan de Actuación: Salud para las Mujeres de Cantabria (2004-2007), dirigidas a reducir los riesgos para la salud de las mujeres debido a la violencia de género.

El protocolo establece con claridad cuales son las atenciones que deben prestarse por parte del personal sanitario a las personas que acuden al servicio sanitario tras sufrir una agresión o abuso sexual, ya que estos hechos exigen una intervención precisa y urgente, en coordinación con el estamento judicial, ya que la persona es portadora en su cuerpo de indicios, huellas o signos de violencia –tanto las de su cuerpo como las de la ropa o las psíquicas– que es preciso analizar para el esclarecimiento de los hechos y que evitará que en el futuro sea necesario repetir pruebas y exploraciones que provocarán un elevado malestar a las víctimas.

El protocolo establece que el médico debe actuar en presencia de un profesional de enfermería (procurando que al menos uno sea mujer) de forma amable, objetiva, sin prejuicios y sin prisas. En primer lugar, explicará a la mujer las actuaciones que va a realizar, asegurando-



se que las entiende y permitiendo que sea ella quien decida su conveniencia.

Siempre que se vaya a presentar una denuncia, el reconocimiento debe ser realizado por los médicos clínico y forense. De esta manera se evitarán reconocimientos posteriores y se asegura la adecuada recogida de las muestras, ya que, cualquier

tipo de error puede provocar la anulación de una prueba testifical.

El manual especifica los pasos a seguir, empezando por la anamnesis –que se realizará a solas con la interesada y solo en el caso de las menores de 13 años se oirá, con las debidas precauciones, la versión de sus padres o tutores– para seguir con una valoración del estado psicológico, la exploración física, el examen de las muestras (bucales, vaginales y anales) en el laboratorio y la prescripción del correspondiente tratamiento que irá dirigido, principalmente, a la profilaxis de ETS y de embarazo, así como al tratamiento de lesiones y prevención de secuelas psíquicas.

Posteriormente, el personal facultativo realizará el correspondiente parte de lesiones que enviará al Juzgado de Guardia junto con un informe específico, independientemente de si la mujer quiere presentar denuncia o no.

LEGISLACION:

¿Quién debe retirar el catéter de la epidural?

Varias sentencias vienen afirmando en el mismo sentido que, partiendo de que la técnica de la anestesia epidural es una técnica propia del médico especialista de Anestesiología y Reanimación, entienden que dicha técnica comienza desde el momento previo a la introducción de la aguja y finaliza con la retirada del catéter que sirve de conducto para suministrar el anestésico.

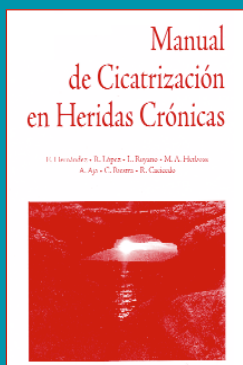
Es por lo tanto el Anestesiólogo el responsable de cuantas complicaciones surjan durante el desarrollo de dicha técnica.

Visto lo anterior, los tribunales vienen reiterando que no es una función delegable a la matrona, y por ende, mucho menos al ATS, pero que tienen el deber de colaborar en el desarrollo de la técnica, en este sentido Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 31 de octubre de 2002, establece que "parcelar la técnica anestésica es un error y el desarrollo de dicha técnica es competencia del médico anestesiólogo, quien no puede hacer delegación de sus atribuciones. Ahora bien, siguiendo el criterio ya mantenido por esta Sala dada la función tanto de los facultativos como la de las matronas en el proceso del parto, todos ellos componen un equipo indisoluble, siempre con finalidad de servicio público y atención al enfermo, lo que supone que si bien no cabe mantener la delegación de tales funciones, si debe producirse en esos momentos una adaptación conjunta y coordinada de todo el equipo asistencial, controlando todas las necesidades observadas o quirúrgicas así como las constantes biológicas de la paciente pro medios mecánicos o convencionales. Todo el equipo por tanto deberá colaborar en la preparación y diluciones de los fármacos, la ejecución de la técnica elegida, la vigilancia de la paciente etc... sin necesidad de delegación alguna"

Desde este punto de vista, cabe analizar que las consecuencias derivadas de la actuación efectuada por persona no habilitada para ello, pudieran ser constitutivas no sólo de la correspondiente responsabilidad civil, sino, de tipos delictivos como el de intrusismo profesional o el de imprudencia temeraria, así la Sentencia Penal de 07 de Julio de 1993 condena por Imprudencia Temeraria al entender que "La aplicación de la técnica anestésica es un acto médico, desde que se inicia hasta que se termina. Por consiguiente el manejo de la misma es competencia y responsabilidad absoluta del especialista. Incluyendo esta definición lo que entiende por desarrollo de la técnica, preparación de fármacos, aplicación, dosificación, control de constantes del paciente, etc., sin que pueda delegarse en otro profesional"

Manual de Cicatrización de Heridas Crónicas

En la secretaría del Colegio quedan aún disponibles algunos ejemplares de el 'Manual de Cicatrización de Heridas Crónicas', considerado de interés para el tratamiento de este tipo de problemas y que, los colegiados interesados puede pasar a recogerlo, de forma gratuita, por nuestro Colegio.



Viaje a la nieve

Desde el Colegio se ha negociado la realización de un viaje a la nieve para el puente de la Constitución con la siguiente oferta

Del 5 al 10 Diciembre (precio persona aprox.)

5 noches en Aptos (4 per.)

5 días de esquí

PEYRAGUDES

Residencia Hauts. 270 eur

CAUTERETS

Residencia Aladin. 285 eur

Opcional: Autobús, alquiler, cursillo, seguro, descuento niños, etc.

La exposición de la enfermería a VIH y hepatitis a causa de pinchazos accidentales

Los enfermeros son la profesión sanitaria más numerosa de la sanidad—más de 220.000 en todo el país— y representan la profesión sanitaria más cercana a los pacientes y, como consecuencia de ello, son la profesión con mayor exposición a enfermedades infecciosas. Entre los riesgos laborales que sufren diariamente estos profesionales, uno de los que más preocupación genera, debido fundamentalmente a la gravedad de las consecuencias y la frecuencia con la que lo sufren, es la exposición a enfermedades de transmisión sérica a causa de pinchazos accidentales con material punzante. Estas enfermedades de transmisión sérica son fundamentalmente el sida y los diferentes tipos de hepatitis.

Según el estudio sobre las características de las exposiciones a riesgo biológico hemático de los profesionales sanitarios (EPINETAC) realizado por la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene y el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, los enfermeros son los profesionales sanitarios que padecen una mayor frecuencia de exposiciones percutáneas. En nuestro país, según datos de este mismo estudio, realizado entre 1996 y 2002, con resultados de 106 centros, se declaran una media anual de 3.362 accidentes percutáneos que conllevan riesgo de transmisión de infecciones vía hemática. Según dicho estudio, considerando que la infradeclaración de estas exposiciones está estimada en un 60%, los accidentes reales ascenderían a 5.379 casos.

Entre los enfermeros, la tasa de exposiciones por cada 100 trabajadores se ha incrementado entre 1996 y 2002 e21n un 58% (de 5,43 exposiciones por cada 100 en 1996 a 8,6 en 2002 para las enfermeras no matronas y de 2,42 en 1996 a 3,82 en 2002 para las matronas). De todo el estudio EPINETAC, la enfermería declara el 46,3% de los accidentes percutáneos.

SEGÚN DATOS DEL EPINETAC:

Cada año declaran en España una media de 3.666 exposiciones accidentales a sangre o material biológico. (Es sólo la punta del iceberg porque el miedo a la estigmatización y la marginación lleva a un elevado número de profesionales a no declarar sus accidentes).

De cada 100 exposiciones accidentales declaradas de profesionales sanitarios: 1 de cada 10 se expone al contagio con el virus de la hepatitis C

1 de cada 20 se expone al contagio con VIH, con riesgo de contraer sida.

1 de cada 50 se expone al contagio con el virus de la hepatitis B.

El alto porcentaje de posibilidades de sufrir un riesgo por punción al practicar cuidados a los pacientes está generando al personal sanitario una situación de estrés ante la posibilidad de contagio de una enfermedad infecciosa. Cabe destacar que un pinchazo accidental ocurrido con un fluido como la sangre, infectado por un virus, puede causar la baja e incluso la incapacidad temporal del enfermero hasta que se determine si efectivamente se ha producido o no el contagio. Esta situación se agrava especialmente cuando la punción se produce con material expuesto al virus del sida por la necesidad de dejar pasar un período de tiempo para poder saber con seguridad si el virus ha sido transmitido. En este sentido, cabe destacar que el índice de infección de hepatitis B en el personal sanitario es de un 26% (2 veces y media mayor que en la población general cuya afección es del 10%).

Según datos del estudio EPINETAC los lugares donde más frecuentemente se producen los pinchazos accidentales son principalmente la habitación del paciente (34,7%), quirófanos y salas de partos (22,9%) y Urgencias (11%).

IMPLANTACIÓN DE LOS MECANISMOS DE BIOSEGURIDAD EN TODA LA SANIDAD

La campaña que está llevando a cabo en toda España, a través de sus Colegios, para sensibilizar a la sociedad y a las administraciones públicas de la relevancia y gravedad de este problema, está comenzando a tener respuesta. De esta manera el Ministerio de Sanidad aprobó en 2004 destinar un total de 3,59 millones de euros para financiar un proyecto piloto que verifique la eficacia de estos dispositivos en las comunidades autónomas. En este sentido cabe destacar que Madrid, a través de su Consejería de Sanidad, ha aprobado en 2005 la orden por la que establece e implanta los procedimientos y productos de seguridad y el sistema de vigilancia y registro frente al accidente con riesgo biológico en el ámbito sanitario, tanto en atención primaria como especializada. Se trata de unos dispositivos sencillos que reducen en más de un 85% las exposiciones percutáneas y el riesgo de contagio por parte del personal sanitario.

Esta campaña de sensibilización ha llegado hasta el Parlamento Europeo, donde se celebró una reunión de europarlamentarios que provocó una resolución del Parlamento en la que insta a la Comisión a que vele por que los estados miembros adopten las medidas necesarias para proteger a los profesionales sanitarios frente a los pinchazos.

La implantación efectiva de mecanismos de bioseguridad precisa el compromiso de todo el sistema sanitario (lo que supone la implicación total del Ministerio de Sanidad y Consumo y todas y cada una de las consejerías autonómicas de Sanidad) y del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, puesto que estas medidas han de contemplarse en el marco de la prevención de riesgos laborales de todo el personal sanitario.

ALGUNAS CONCLUSIONES

- Los enfermeros son el colectivo con mayor riesgo de accidentabilidad por inoculaciones accidentales y por contacto con fluidos corporales.
- La falta de recursos materiales contribuye a incrementar el riesgo.
- El estrés ocasionado por factores laborales incrementa las posibilidades de accidentes por inoculaciones.
- La aplicación con carácter general de las medidas preventivas en evitación de este tipo de accidentes supondría un ahorro para el sistema sanitario en torno al 73% frente a los costes derivados de los pinchazos sufridos de forma accidental por el personal sanitario.

Razones para exigir la obligatoriedad de dispositivos de bioseguridad:

- Porque reduce el 85% de los riesgos.
- Porque los pinchazos accidentales constituyen el 87% de la exposición percutánea más frecuente.
- Porque su coste se considera soportable por las instituciones sanitarias públicas y privadas.
- Por el impacto psicológico que ejerce la amenaza de contraer una enfermedad incurable y estigmatizante
- Por el elevado número de incapacidades temporales que generan.
- Por los casos de invalidez permanente, en cualquiera de sus grados, que generan.
- Porque existe evidencia científica de que los costes indirectos en los accidentes laborales triplican los costes directos.