ENFERMERÍA EN DESARROLLO
Nº 6/ JUNIO-AGOSTO 2015

Gestión clínica
Autonomía y liderazgo de la enfermería
PAG. 14

Prescripción enfermera
Apoyo legal a la práctica habitual de las enfermeras en España
PAG. 31

Ámbitos enfermeros

Alta mar

Conocemos a las enfermeras de los buques Esperanza del Mar y Juan de la Cosa
PAG. 8

4 **Opinión**

Víctor Aznar Marcén, presidente de SATSE y Yolanda Núñez Gelado, directora de la revista

6 **Premios 2015**

Abierta la convocatoria de los premios Enfermería en Desarrollo 2015. Presenta tu candidatura antes del 31 de julio. Consulta las bases en nuestra web.

8 **El socorro, un deber**

Conocemos el trabajo de los enfermeros de los buques Esperanza del Mar y Juan de la Cosa, que atienden a los pescadores en el mar

14 **Autonomía y compromiso**

La experiencia de enfermeras de Cataluña, Madrid y Andalucía que lideran unidades de gestión clínica

16 **La Unidad de Atención Integrada del Hospital Clínic de Barcelona**

20 **Estomaterapia, un modelo de gestión propio de la enfermería del Hospital Clínico San Carlos de Madrid**

22 **La experiencia de dos enfermeras gestionando centros de salud en Dos Hermanas (Sevilla)**

24 **Abuelos preparados para ayudar a ser padres**

La matrona madrileña Isabel Durand Rincón ha integrado a los abuelos en las clases de preparación del parto que imparte en Parla

26 **Ejercicio como terapia**

'Mesana' es un proyecto pionero en Galicia para personas que deben hacer ejercicio físico como parte del tratamiento de su enfermedad

28 **Inquietud profesional convertida en bienestar**

'Farmaoliva Oleicopiel' es una solución de aceite de oliva desarrollada por tres enfermeros para prevenir las úlceras por presión

31 **Prescripción en enfermería**

La práctica diaria ya demuestra que la enfermería puede indicar medicamentos. Conocemos algunos ejemplos.

36 **Hazlo bien, hazlo fácil**

Prescripción en enfermería

Edita: Sindicato de Enfermería
Presidente: Víctor Aznar Marcén
Directora: Yolanda Núñez Gelado
Directora editorial: Amelia Amezcua Sánchez
Asesoría editorial: Ana Búrdalo Ortega
Redactor jefe: Juan Andrés Siles Rodríguez
Diseño: Carmen Castillo Delgado
Web: www.enfermeriaendesarrollo.es

Foto de portada: La enfermera Bárbara García Rodríguez ayuda a evacuar a un pescador
Redacción y administración: C/Veneras 9; 1º. 28013 Madrid
Teléfono: 915 482 779. **Fax:** 915 423 018
Correo electrónico: enfermeriaendesarrollo@fuden.es
Imprime: Rivadeneyra, S.A.
Distribuye: D-masDe Print&Send, S.L.
Depósito Legal: M-15637-2013.

40 **Necesario acompañamiento**

Fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y sensibilidad química múltiple demandan mayor implicación en el cuidado de los pacientes

42 **Malestares en el margen**

Tesis doctoral de la enfermera Almudena Alameda Cuesta

44 **Con otros ojos**

Artículo de Antonio Burgueño Carbonell

46 **Aprendizaje entre iguales**

Los alumnos de Enfermería de la UIC previenen el consumo de alcohol y drogas entre adolescentes

48 **La historia como aprendizaje**

El enfermero F. J. Castro es una referencia para la historia de la salud en Canarias

Profesionales de referencia

Pamela Gibson es una enfermera norteamericana. Sus investigaciones y su trayectoria profesional se centran en el cuidado de las personas con sensibilidad química múltiple (SQM). Las conclusiones de su trabajo son una referencia para el abordaje de esta enfermedad no sólo para las enfermeras sino también para otros profesionales como los médicos. Así lo conocemos gracias a las páginas que dedicamos en el presente número a patologías como la SQM, la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica. El testimonio de las personas que la sufren muestra que la enfermería puede desempeñar un papel relevante en el seguimiento de sus problemas de salud, mejorando la calidad de vida de estas personas.

En el presente número también conocemos otros ejemplos modélicos para el avance de nuestra disciplina, como las enfermeras que están al frente de diversas unidades de gestión clínica o profesionales que muestran con su trabajo diario que la indicación de medicamentos es una realidad que debe ser regulada de manera definitiva para concederle el soporte legal necesario. Mientras que el enfermero Francisco Javier Molina es una referencia para todos los profesionales sanitarios de Canaria a la hora de conocer la historia de la sanidad en las islas, como vemos en las páginas finales de la presente revista.

El interés por mejorar la calidad de vida de los pacientes deriva en que la práctica cotidiana de las enfermeras se transforme en investigaciones pioneras como la llevada a cabo por un grupo de enfermeros andaluces que ha creado un producto para curar las úlceras, "Farmaoliva", más eficaz y eficiente que los utilizados por el propio sistema público de salud. Este mismo interés ha llevado a la matrona Isabel Durand a incluir en las clases de preparación al parto a los abuelos, con el fin de que aprendan a desempeñar su nuevo rol en la educación de los nietos. También conocemos el trabajo de profesionales como el fisioterapeuta sMiguel Aragón, que defiende la introducción de la fisioterapia como parte del tratamiento de determinadas enfermedades.

En el futuro, seguiremos siendo, como ocurre en la actualidad, una profesión muy comprometida con la sociedad. Así lo comprobamos al conocer proyectos universitarios como el emprendido por los estudiantes y profesores de Enfermería de la Universitat Internacional de Catalunya, que educan a los adolescentes en la prevención del consumo de alcohol y drogas.

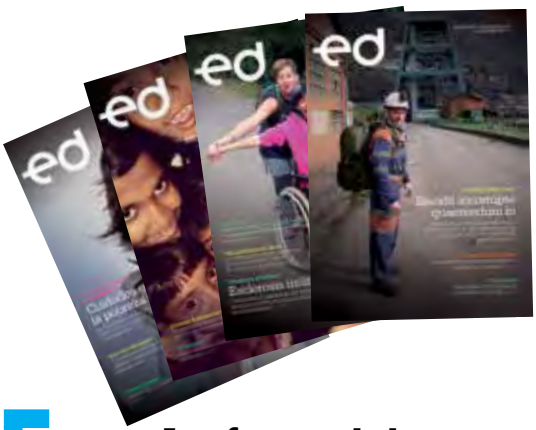
Por último, nos embarcamos a bordo de los buques de asistencia sanitaria Esperanza del Mar y Juan de la Cosa para acercarnos al día a día de las enfermeras que trabajan para cuidar a los pescadores españoles en zonas tan lejanas de la Península Ibérica como las islas británicas o la costa africana. Ellas son su única referencia en el mar.

VÍCTOR AZNAR MARCÉN
Presidente de SATSE

La diversidad de "hacer" **Enfermería**

En la medida en que los medios de comunicación posibilitan la libre circulación de ideas y de creencias, y permiten la difusión libre de las mismas, se configuran como herramientas fundamentales para el crecimiento y desarrollo de la sociedad. Este acceso a la información se considera un servicio público para los ciudadanos. Por este motivo, se han considerado como uno de los ejes centrales para la configuración de los sistemas democráticos, incluido el español. Pero, además, el tejido informacional que crece a través de las publicaciones en los diferentes medios, posibilita un tejido asociativo que, junto a las nuevas tecnologías de hoy en día, están generando verdaderas comunidades virtuales en las que se comparte, se reflexiona y se generan, en definitiva, modos de pensar y de vivir. En este sentido, los medios de comunicación se han configurado no solo como una forma de expresión y canalización de la información, sino como una nueva forma de relación e interacción del individuo con el mundo que le rodea.

Cuando comenzamos a hacer esta revista, quisimos recoger todas estas posibilidades que los medios de comunicación abren a la sociedad y sirven a los ciudadanos, y ponerlos al servicio de las enfermeras. Quisimos generar ese espacio de libre circulación de ideas, de expresión de los diferentes itinerarios y trayectorias que como enfermeros se nos abren; difundir la pluralidad de nuestra profesión. Quisimos proyectar, a través de experiencias vivenciales profesionales, las diferentes formas de ejercer y de cuidar que nuestra disciplina científica genera en el ejercicio práctico de la misma. Y si la pluralidad de los medios de comunicación de un país se considera como un indicador expresivo de la fortaleza de su democracia, la diversidad de "hacer Enfermería" nos posiciona como un colectivo de enorme potencial. La capacidad de adaptación y adecuación de nuestro saber hacer en el ejercicio profesional a la diversidad de contextos y espacios donde las personas viven y se relacionan, y por tanto, donde se generan sus necesidades y demandas, es una cualidad profesional de la que pocos colectivos pueden presumir. Con la evidencia en vuestras manos, esta cualidad de la profesión queda plasmada en cada reportaje que ilustra y da contenido a esta publicación.



Las formas de hacer enfermería adquieren realidad efectiva en la medida en que son proyectadas en estas páginas

Pero, además de todo esto, hay un poder fundamental que tienen los medios de comunicación: la capacidad de expedir "certificados de existencia" a todas las personas que quieran contar o influir en la sociedad. Las formas de hacer enfermería adquieren realidad efectiva en la medida en que son proyectadas en estas páginas. Qué mejor forma de hacernos visibles, de mostrar nuestra capacidad de influencia en la salud de las personas, que mostrando lo que somos y lo que hacemos en nuestro día a día.

YOLANDA NÚÑEZ GELADO
Directora de Enfermería en Desarrollo

Gestión, por supuesto, enfermera

Visión global, comunicación efectiva, pensamiento analítico, gestión de los compromisos, orientación a resultados… Es parte de lo que esperamos ver en las personas que asumen la responsabilidad de liderar equipos.

En la universidad, la formación pregrado está basada fundamentalmente en la adquisición de las competencias necesarias para la práctica asistencial. Sin embargo, la enfermera puede acceder a otros ámbitos laborales para los que necesita una preparación específica. Todos esperamos que una profesora posea formación en metodología educativa, o una directora de enfermería en los diferentes ámbitos de la gestión. Sin embargo, no es algo que en la actualidad esté garantizado. Por ejemplo, si nos referimos al acceso a puestos dependientes de las diferentes direcciones asistenciales, los considerados como mandos intermedios: supervisiones de enfermería, jefaturas de servicio, coordinadores, directores y responsables de centros de atención primaria y, en definitiva, todos aquellos puestos directivos imprescindibles para el funcionamiento normal de nuestros centros asistenciales.

Pero: ¿Todas las supervisoras y jefes de servicio tienen formación en gestión de equipos de trabajo? ¿Se exige algún tipo de preparación en estas áreas antes del acceso a estos puestos? ¿Ser una excelente enfermera con años de experiencia asistencial o especialista en salud mental, o un traumatólogo o internista expertos, garantiza su capacidad de liderazgo, su cualificación directiva, su aptitud para la negociación o la gestión de recursos? ¿Están tan si quiera definidas las habilidades, conocimientos y actitudes que debe tener una persona que vaya a ocupar un puesto de gestión en una institución sanitaria?

Las competencias necesarias para ocupar un puesto de gestión sanitaria, ya sea gerente de hospital, coordinador de equipo de atención primaria o director de una unidad de gestión clínica, son transversales a todas las disciplinas y, según la LOPS, dichos puestos son accesibles a cualquier profesional con una titulación universitaria en ciencias de la salud. El hecho de que la titulación obtenida inicialmente pertenezca a una u otra disciplina no puede ser determinante a la hora de decidir quién puede o no acceder a un puesto directivo. Lo que realmente interesa de la carrera profesional de quien opta a una responsabilidad directiva viene definido por su carrera posterior orientada a la gestión. Si quien tiene la formación y la capacidad es una enfermera, bienvenida sea. Si se trata de un médico, bienvenido también.

PREMIOS
Enfermería en Desarrollo 2015

Muestra tus ideas. Impulsa tus iniciativas. Desarrolla el cuidado.
Presenta tu candidatura hasta el 31 de julio.
Consulta las bases en www.enfermeriaendesarrollo.es

Hasta el 31 de julio de 2015 permanecerá abierto el plazo de presentación de candidaturas de los Premios Enfermería en Desarrollo 2015.

Objetivo
El objetivo de esta iniciativa es apoyar a las enfermeras, matronas y fisioterapeutas que trabajan por el desarrollo de sus profesiones, así como realizar un reconocimiento colectivo a su aportación y animar a todos ellos a seguir esforzándose, día a día, para mejorar su trabajo. De esta forma, si eres un profesional de los ámbitos asistenciales, docentes o gestor (en tu nombre o en el de otras compañeras), colectivos profesionales, centros sanitarios y asociaciones de pacientes, entre otros, puedes presentar una candidatura a cada una de las siete categorías establecidas.

Participa
Si estás interesado en participar en estos premios puedes consultar las bases en la web de nuestra revista:
www.enfermeriaendesarrollo.es

Plazos
El plazo de presentación de candidaturas permanecerá abierto entre el 1 de enero y el 31 de julio de 2015. Posteriormente, se constituirá un jurado que valorará las diferentes iniciativas presentadas y seleccionará dos finalistas en cada categoría.

Acto de entrega
Los ganadores de cada categoría se conocerán en un acto de entrega de los premios, previsto para finales de 2015, en el que recibirán un galardón conmemorativo

A QUÉ CATEGORÍA PRESENTO MI CANDIDATURA

Calidad percibida

Premia aquellas iniciativas que hayan servido para mejorar la percepción que el ciudadano tiene de los cuidados que recibe

Innovación

Aquellas iniciativas que, basadas en el conocimiento y la evidencia científica, propongan soluciones o estrategias innovadoras en la práctica de los cuidados, así como la mejora del ámbito profesional enfermero.

Universidad

Dos categorías: "Tesis Doctorales" y "Trabajos fin de Grado, Master y EIR". Apoya estudios realizados por enfermeras y estudiantes de enfermería.

Trabajo enfermero

Iniciativas surgidas tanto desde la enfermería asistencial, docente o investigadora, como desde los líderes, representantes sociales, gestores o dirigentes, para mejorar las condiciones de trabajo de las enfermeras.

Iniciativas corresponsables

Premia las iniciativas lideradas por enfermeras que desarrollan acciones de apoyo a la salud dirigidas a poblaciones desfavorecidas, marginadas o en riesgo de exclusión social.

Promoción del autocuidado

Valorará iniciativas que promuevan la adaptación e integración de los pacientes a su entorno, con el fin de conseguir la mejor calidad de vida posible.

El socorro, un DEBER

Conocemos el trabajo de los enfermeros de los buques Esperanza del Mar y Juan de la Cosa, que atienden a los pescadores en el mar

Los pescadores españoles se desplazan a caladeros muy alejados de la Península Ibérica. Entre otros lugares, llegan hasta Gran Sol, junto a las islas británicas en el Atlántico Norte, el sur de Canadá, las Azores y la costa oeste africana, junto a países como Guinea Bissau. ¿Quién cuida de ellos durante las campañas de pesca? ¿Qué ocurre cuando sufren un accidente o algún marinero enferma? Para prestarles asistencia sanitaria, el Instituto Social de la Marina, dependiente del Ministerio de Empleo y Seguridad Social a través de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, cuenta con los buques Esperanza del Mar y Juan de la Cosa, equipados con un área hospitalaria en la que trabaja un equipo formado por un enfermero, dos médicos y un marinero sanitario. Bárbara García Rodríguez, Silvia Mayoral de la Puente, Alberto Ojeda y José Manuel Félix Rodríguez son los cuatro enfermeros que conforman la plantilla, las dos primeras del Juan de la Cosa y los dos segundos del Esperanza del Mar. "Es una gran satisfacción comprobar que la gente que está en medio del océano requiere tu asistencia y le puedes ayudar. La pesca es un trabajo muy duro. A veces, te encuentras

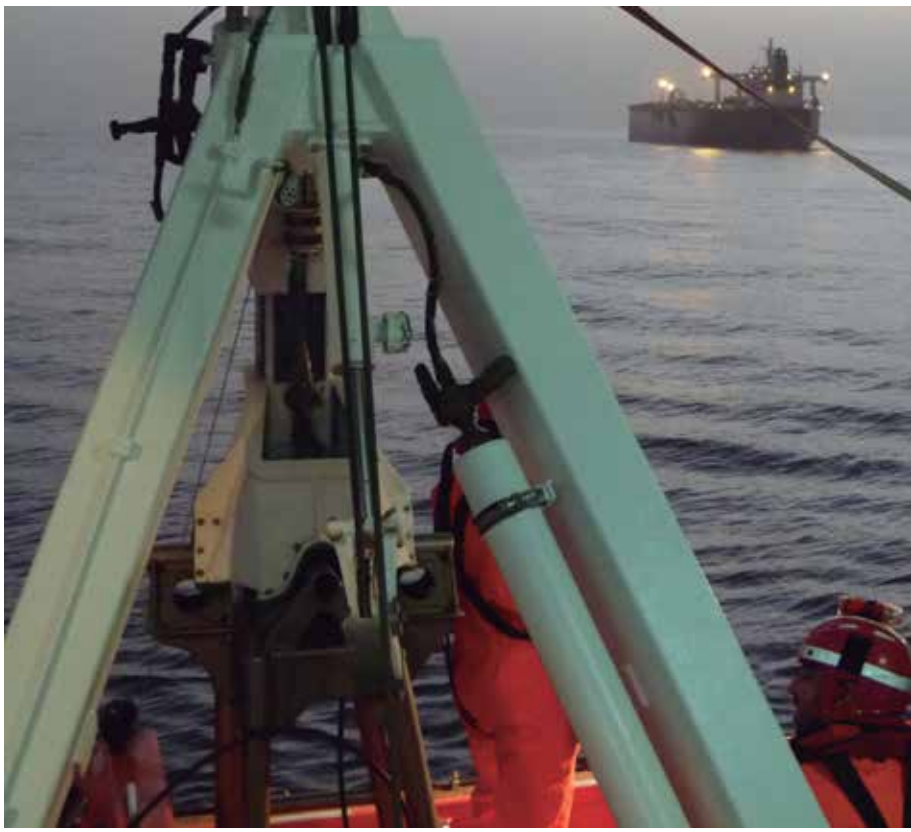
Gran Sol, Azores o la costa oeste de África son los lugares por los que cuatro enfermeros navegan para cuidar de los pescadores españoles

"Es una gran satisfacción comprobar que la gente que está en medio del océano requiere tu asistencia y le puedes ayudar. La pesca es un trabajo muy duro. A veces, te encuentras con situaciones de emergencia vitales. Sólo te tienen a ti. El hecho de estar junto a ellos para socorrerlos y hacerles la vida más fácil es muy gratificante"

con situaciones de emergencia vitales. Sólo nos tienen a nosotros. El hecho de estar junto a ellos para socorrerlos y hacerles la vida más fácil es muy gratificante", destaca Alberto Ojeda, a modo de balance sobre sus siete años a bordo. "El trabajo en el mar es muy arriesgado. Están aislados, en un medio inhóspito, con condiciones climáticas extremas, lo que provoca que se produzcan más accidentes y patologías", explica José Manuel Félix, cuya relación con el mar le viene de familia. Además, muchos de sus amigos de su localidad natal, Isla Cristina, en Huelva, también son pescadores. Todo lo contrario que Silvia Mayoral. Sus padres son de León, así que no había tenido un contacto previo con el mundo del mar. "No quería encasillarme nada más acabar la carrera en un hospital o un centro de atención primaria. Tuve suerte y logré embarcarme en este trabajo. El primer mes se te pasa volando. Hay muchas cosas que te sorprenden. Asumes muchas funciones que no desempeñarías en tierra. Si tienes que sacar una analítica haces de técnico de laboratorio. Haces la extracción y analizas la sangre. Cualquier material que empleas lo esterilizas tú. No hay nadie más. He aprendido muchísimo, competencias que jamás hubiera adquirido en un hospital. Hago cosas que ni de lejos hubiera imaginado". Silvia aún recuerda con intensidad sus primeras semanas en el Juan de la Cosa. "Fueron complicadas. Tuvimos que evacuar a dos pacientes en helicóptero. Como no estaban medicalizados, tuve que acompañarlos a tierra. Uno fue un Wolff Parkinson White, una arritmia bastante atípica, y otro una pancreatitis". No obstante, no es lo habitual. La compañera de Silvia, Bárbara García, responde al teléfono desde el mismo buque, pues es ella la que está embarcada. "Este mes estamos con la campaña de la anchoa en el Cantábrico. Es una flota importante, pero tenemos la ventaja de que los pesqueros faenan por la misma

zona. En cuanto nos llaman, acudimos en un tiempo relativamente corto. Hasta el momento, hemos visto unos cuantos casos. El más grave ha sido un traumatismo craneal con fractura de clavícula". Bárbara responde a nuestra llamada ya que se encuentra a unas quince millas de la costa asturiana y ese día están en una zona con cobertura de teléfono. No es lo habitual. Cada mes, el barco parte de puerto el día 5 y regresa el 30 ó 31. En este tiempo, tienen aproximadamente 30 minutos de teléfono satélite para hablar con sus familias. Bárbara, que acumula cuatro años de experiencia, recuerda que fue uno de los aspectos a los que más le costó adaptarse. "Al principio es duro, pues te encuentras aislada y no puedes desconectar del ambiente del barco, acudiendo a tu domicilio como ocurre en otros trabajos. Al final, te acabas acostumbrando, aunque siempre con la idea de que es algo temporal que tienes que aprovechar al máximo, sobre todo conociendo cómo están las condiciones en tierra para tus compañeros". Los cuatro enfermeros reconocen que se trata de un trabajo temporal. Bárbara, por ejemplo, continúa formándose e incluso no descarta trabajar en otro país temporalmente. Alberto vive a diez minutos del puerto donde el Esperanza del Mar tiene su base, en Las Palmas de Gran Canaria. Aunque dejó su trabajo en el Hospital Insular para embarcarse en este buque, hace ahora siete años, siempre tuvo claro que no era algo para toda la vida. "Te vas haciendo mayor. Ves que los compañeros lo dejan y buscan otros empleos. No sé cuándo, pero siento que no es un trabajo para toda mi vida. Tengo 34 años y un hijo de un año y medio. Cuando estoy en casa todo mi tiempo es para él y para mi pareja, pero después estoy otro mes fuera...". Por su parte, Silvia Mayoral está estudiando un máster en medicina tropical y cooperación internacional. "El barco está bien. Pero tampoco es tu medio. Te adaptas con la idea de cambiar. Así estamos todos los sanitarios ahora".

La tripulación de cada buque es de 32 de personas. Entre ellos establecen un vínculo especial. Conviven como una gran familia. "El vínculo con los compañeros es especial. Estamos juntos 25 días y terminas estableciendo, con muchos de ellos, una relación de amistad, algo que en un trabajo normal es más complicado. La convivencia lo marca todo", explica Alberto Ojeda. "Muchas veces, cuando llego a tierra y veo a mis amigos me doy cuenta de que tengo más confianza con mis compañeros de barco que con ellos", afirma Silvia.



"A veces tienes que sacar en camilla a un paciente de su pesquero. Esto complica el trabajo y hasta te olvidas de la patología, porque lo importante es hacer lo mejor posible el traslado. Incluso tienes que usar las grúas de los barcos y llevar a la persona sujeta con cabos. Es el momento más crítico"

A José Manuel Félix siempre fue un trabajo que le llamó la atención. Su padre fue marinero y, por tanto, cuando finalizó los estudios de enfermería ya conocía la existencia del Esperanza del Mar. Realizó la formación básica del Centro Nacional de Formación Marítima del Instituto Social de la Marina. En 2005, hace diez años, consiguió entrar en el buque. "Hacemos tres tipos de asistencia. En primer lugar, la consulta radiomédica. Los buques nos llaman solicitando asistencia. El médico la atiende y realiza una primera valoración. Si lo cree necesario, hacemos una consulta ambulatoria. Vamos a buscarlo en nuestras lanchas de

rescate con los marineros buceadores y lo traemos a bordo para realizar las pruebas necesarias, como rayos x, analítica, ecografía… Con los resultados decidimos el tratamiento y si es necesario que permanezca ingresado a bordo en nuestro hospital. Intentamos su recuperación para que pueda volver a su pesquero y si no fuera así podemos evacuarlo a tierra, dependiendo de la urgencia y la gravedad. Para ello, disponemos de un helipuerto".

Tanto el Esperanza del Mar como el Juan de la Cosa están diseñados tomando como base un hospital que ocupa una cubierta completa desde proa. El primero puede albergar a 17 pacientes y el segundo a 10. Ambos tienen acceso directo al helipuerto y a la cubierta, lo que facilita el traslado de enfermos y náufragos a la zona hospitalaria. Entre otros servicios, cuentan con quirófano para cirugía menor, laboratorio y salas de cuidados intensivos, curas, exploraciones radiológicas y aislamiento. También llevan tres botes de rescate y otro cubierto, destinado a las evacuaciones. "Tenemos de todo, ya que a mitad de mes no tienes la posibilidad de solicitar algún suministro o ir a buscar un fármaco. Llevamos muchísimo material de ortopedia y disponemos de muchos equipos, como un pleur evac, un respirador en la UCI, un ecógrafo, etcétera". Para los casos más complicados, tienen a su disposición el servicio de telemedicina del Hospital Militar Gómez Ulla de Madrid. "Abarcamos un amplio sector de patologías. Hacemos de todo, atención primaria y especializada", explica José Manuel Félix. "Te puede venir cualquier patología, cardiología, traumatología, digestivo... Sobre todo vemos muchos traumatismos, amputaciones de falanges distales, síndromes coronarios y dolores abdominales, entre otros". La campaña del bonito en Gran Sol, entre junio y septiembre, suele ser la que registra más siniestralidad laboral. "Es la más complicada, porque la distancia entre los barcos es muy pequeña y pescan a caña, por lo que los anzuelos clavados son el pan de cada día. Hay ocasiones en las que hemos tenido cuatro personas con anzuelos clavados en sala de espera", indica Bárbara García. La época más tranquila es la del pez espada, en las Azores, que se desarrolla entre enero y abril. "Las redes miden hasta 80 kilómetros y pueden pasar días sin ver un solo barco. Aquí lo complicado son las distancias, ya que puedes tardar varias jornadas en

El equipo sanitario de cada buque está formado por un enfermero, dos médicos y un marinero celador

llegar a un pesquero para atender un accidente". El medio marino en sí es otra de las dificultades que deben salvar las enfermeras en su día a día. Así lo subraya Silvia Mayoral. "A veces tienes que sacar en camilla a un paciente de su pesquero. Esto complica el trabajo y hasta te olvidas de la patología, porque lo importante es hacer lo mejor posible el traslado. En ocasiones hasta tienes que usar las propias grúas de los barcos y llevar a la persona sujeta con cabos. Para nosotros es el momento más crítico". El trabajo en quirófano o en la sala de curas es también complejo. "El barco se mueve muchísimo. Para coger una vía, tienes que guardar el equilibrio abriendo las piernas al máximo. Todo el material está untado con antideslizante para que no se mueva. Cuando hacemos, por ejemplo, una intervención quirúrgica una persona se dedica exclusivamente a sujetar la lámpara, porque si no golpearía continuamente las paredes", explica Silvia. En estas condiciones, el trabajo en equipo es fundamental. "Trabajamos codo con codo con los médicos", asegura

LOS ANZUELOS

Una de las patologías más comunes que el personal sanitario del Juan de la Cosa y el Esperanza del Mar atienden son los accidentes laborales provocados por los anzuelos de los pescadores. Sobre estas líneas, la enfermera Bárbara García Rodríguez durante la intervención de un marinero al que se le clavó un anzuelo.

Alberto Ojeda. En caso de ingreso hospitalario, los enfermeros, al ser sólo uno, tienen que estar disponibles las 24 horas, con el fin de atender cualquier necesidad que pueda tener el enfermo ingresado. Para ello, también cuentan con el apoyo de los marineros sanitarios. Sus camarotes son los únicos de la tripulación que se encuentran en la planta del propio hospital del buque. "Los pescadores terminan convirtiéndose en nuestros compañeros de viaje", indica Bárbara. "Yo estoy encantada con el tipo de pacientes que tenemos y con el trato que puedes establecer con ellos. Cuando trabajas en la planta de un hospital, igual tienes a diez pacientes para ti en el turno de tarde. Pero si libras dos días cuando llegas muchos ya no están. En cambio, aquí, los ves desde que te lo traes de su barco, lo tratas, lo ves por las mañanas, los mediodías y las noches. Sigues su evolución completa. Me parece muy interesante. Te dedicas exclusivamente a ellos, algo que no puedes hacer en tierra. Aparte, los marineros son muy agradables. Están en el mar, alejados a muchos

Silvia Mayoral durante el traslado a un pesquero

De la tierra al mar

El trabajo de la enfermería en el Juan de la Cosa y el Esperanza del Mar tiene muchas diferencias respecto al día a día de un enfermero en un hospital o un centro de salud. "Fundamentalmente en tierra es plenamente asistencial. En nuestro caso, además de lo anterior, tienes que llevar a cabo una labor de mantenimiento y gestión del departamento", indica Alberto Ojeda, quien nos atiende desde el Esperanza del Mar mientras se encuentra en su puerto base de Las Palmas de Gran Canaria, al que ha regresado en mayo antes de lo habitual. Por ello, durante los días en los que permanece atracado, Alberto se dedica a preparar todo lo necesario para que el centro hospitalario del buque esté listo para la travesía del mes siguiente. "Ahora mismo estoy recepcionando los pedidos necesarios para el próximo mes de junio, cuando partirá de nuevo el día 5".

kilómetros de tierra. Tardarían días en llegar a un hospital. Entonces, ven que los vamos a buscar, los tratamos y los cuidamos. En definitiva, los ayudamos a salir adelante. Son muy agradecidos. Son personas muy duras, aguantan muy bien el dolor". Silvia añade que ha cambiado su visión del marinero. "Vivir en el mar no es fácil. Sólo cuando conoces su profesión aprendes a valorarlos realmente. El trabajo es durísimo. El sistema de navegación se ha modernizado, pero sigue siendo una labor muy artesanal, de mucha carga física".

Aunque la razón de ser de los dos buques es llevar la atención sanitaria a los pescadores españoles, también responden a cualquier tipo de emergencia que se puedan encontrar mientras navegan. En muchas ocasiones han atendido a la tripulación de petroleros e, incluso, han llegado a rescatar a los viajeros de un velero francés. Sin embargo, las experiencias más complicadas fueron hace unos años con los inmigrantes que trataban de llegar a las costas canarias en cayucos. "Fueron situaciones que marcan tu vida personal y profesional. Vivimos momentos difíciles", recuerda Alberto Ojeda. "En el año 2008, llegamos a rescatar a 68 personas al mismo tiempo. Salvas sus vidas, pero son hechos que no quieres que se vuelvan a repetir nunca más".

España es el único país de Europa que cuenta con buques de asistencia sanitaria como el Esperanza del Mar y el Juan de la Cosa. En ellos, Bárbara, Silvia, Alberto y José Manuel cumplen con su deber de socorro a los pescadores españoles. Es una enfermería diferente, como afirma Alberto: "Nunca había tenido contacto con el mar. Es curioso. Pero cuando me planteé ser enfermero, siempre quise que mi vida profesional no se limitara a un centro de salud o a un hospital de 500 camas. No creía que el mundo laboral se circunscribiera a la sanidad habitual, porque la enfermería puede desarrollar otras funciones y trabajos más diversos, como el cuidado de la flota pesquera".

Los buques asistenciales Esperanza del Mar y Juan de la Cosa, pertenecientes al Ministerio de Empleo y Seguridad Social a través de la Secretaría de Estado de Seguridad Social, están diseñados tomando como base un hospital que ocupa una cubierta completa

Arriba, Bárbara García Rodríguez en el quirófano del Juan de la Cosa.
Abajo, José Manuel Félix junto al helipuerto del Esperanza del Mar.

Autonomía y compromiso

Enfermera de la Unidad de Atención Integrada del Hospital Clínic de Barcelona

No hay discusión posible. Las enfermeras están capacitadas para dirigir unidades de gestión clínica. Conocemos la experiencia de la Unidad de Atención Integrada del Hospital Clínic de Barcelona, la Unidad de Estomaterapia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid y de dos centros de Atención Primaria de Dos Hermanas, en Sevilla.

¿Qué sucede cuando se integran la mejor práctica de enfermería con el más adecuado uso de los recursos; cuando se incorpora a los profesionales en la toma de decisiones sobre su práctica asistencial y, también, sobre el diseño y la organización de los procesos? Es el caso de las unidades de gestión, entre las que, poco a poco, van aumentando aquéllas dirigidas por enfermeras. En su quehacer diario, están demostrando que el liderazgo de equipos y la gestión tienen mucho más que ver con la formación y la capacitación específica, que con el título académico del que se parta. Así lo recoge la LOPS cuando determina que la selección de los órganos de gestión y dirección de las Unidades de Gestión Clínica deben hacerse fijando, como criterios de decisión, los conocimientos necesarios y la adecuada capacitación. No cabe duda, por tanto, que la enfermería puede dirigirlas, pues tiene la capacidad y la competencia necesarias para ello.

En las unidades, los equipos asumen la gestión de sus recursos y son responsables de la elaboración, pacto y cumplimiento de los objetivos planteados. La atención se dirige a cubrir las necesidades del paciente durante su proceso de cuidados y se sustenta sobre el protagonismo de los profesionales. Para que sea posible, debe producirse un cambio en la estructura de las organizaciones, que tienen que adaptarse a un contexto de unidades con amplia autonomía, en contraposición con la gestión tradicional, muy burocratizada y jerarquizada. La implicación de los profesionales está asegurada cuando se comprometen con el proyecto desde la responsabilidad y la autonomía en la toma de decisiones que son de su exclusiva competencia, el poder para llevarlas a cabo y la garantía que supone formar parte de un proceso en continua evolución y evaluación en su búsqueda de la excelencia. Así lo demuestran los casos que os mostramos a continuación.

Equipo multidisciplinario. Unidad de Atención Integrada del Hospital Clínic de Barcelona

Diez años de experiencia

Liderazgo y autonomía

La Unidad de Atención Integrada del Hospital Clínic de Barcelona es un proyecto único y pionero. Su responsable es una enfermera

450 pacientes en el programa de Hospitalización Domiciliaria (HDOM); 100 en el programa de paciente frágil complejo; 275 en el de Hipertensión Pulmonar; 60 en seguimiento de post alta del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) e insuficiencia cardiaca; 70 en el programa de educación terapéutica en EPOC; y 500 pacientes visitados en la consulta de validación y seguimiento de la oxigenoterapia continua domiciliaria. Es el volumen anual de personas a las que atiende la Unidad de Atención Integrada del Hospital Clínic de Barcelona, que dirige Carme Hernández desde su creación, en 2006. Es un modelo único y pionero en España, liderado por una enfermera. Carme comenzó a trabajar en su desarrollo en 1998 desde el Servicio de Neumología del mismo Hospital. "Todo comenzó con un proyecto de investigación en salud (FIS) centrado en la HDOM para el paciente con EPOC y con un proyecto Europeo Chronic, basado en herramientas telemáticas (TICs). "Comprobamos que la HDOM es coste efectiva, mejora el cumplimiento terapéutico y presenta un alto grado de satisfacción de los pacientes y cuidadores. Además identificamos a un grupo de pacientes con necesidades complejas que en el momento del alta de HDOM, debían disponer de seguimiento a domicilio por equipos especialistas para evitar el reingreso precoz. Por este motivo, se realizó un nuevo estudio randomizado conjuntamente con otro Hospital de tercer nivel en Leuven (Bélgica) para la prevención del reingreso en EPOC". Finalmente, las TICs fueron una herramienta útil para profesionales y pacientes. Los resultados positivos de estos estudios y la experiencia acumulada permitieron crear, en 2006, la Unidad de Atención Integrada. En la actualidad, es una unidad transversal que presta servicio a todas las especialidades del hospital, salvo las de Obstetricia y Ginecología, Neurología y Psiquiatría. Para ello, el equipo lo conforman cinco enfermeras en el turno de mañana, dos en la tarde, otras dos los fines de semana, un médico especialista en medicina interna y una teleoperadora. En invierno, la unidad se adapta a las necesidades del hospital con un aumento del personal asistencial. La unidad depende, a nivel orgánico, de la Dirección Médica y la Dirección de Enfermería. Pacta los objetivos anuales con cada servicio y consensúa el tipo de pacientes e intervención a realizar de forma multidisciplinaria y basada en la mejor evidencia disponible.

Las enfermeras realizan de manera autónoma, la evaluación global del paciente, los planes terapéuticos no farmacológicos y coordinan los recursos más adecuados para cada paciente en el momento del alta. Nuria Seijas, enfermera y coordinadora de la unidad, explica: "La importancia de la práctica enfermera es increíble durante todo el proceso. Por ello, son necesarias enfermeras altamente cualificadas, con años de experiencia en el cuidado del paciente agudo. Visitamos al paciente diariamente, identificamos los problemas y planteamos las intervenciones a realizar, en consenso con el equipo médico. Estamos junto al paciente en todo su proceso agudo y lo derivamos en el momento del alta a donde precise. Además, damos soporte a los equipos de Atención Primaria en el proceso post alta hospitalaria".

Entre los planes futuros destaca potenciar la HDOM, ya que es una modalidad de ingreso segura, coste efectiva, con un alto grado de satisfacción de pacientes y profesionales, además de seguir trabajando con los equipos de Atención Primaria para que las transiciones desde el Hospital al Domicilio sean seguras y continuar con proyectos de investigación en telemedicina y programas de Docencia.

"Aún es necesario un cambio cultural entre los profesionales de la salud, pero la enfermera tiene y puede liderar órganos de dirección"

CARME HERNÁNDEZ
Responsable de la Unidad de Atención Integrada del Hospital Clínic de Barcelona

Enfermería de práctica avanzada

Nuevo rol de la enfermera

Las integrantes de la Unidad de Atención Integrada del Hospital Clínic de Barcelona son enfermeras de práctica avanzada, con un alto nivel de formación y experiencia en los ámbitos hospitalario y domiciliario. Todas tienen al menos quince años de experiencia en servicios hospitalarios como urgencias o cuidados intensivos; tres tienen un Máster y la responsable de la unidad ha finalizado su tesis doctoral en relación a los Modelos de Atención Integrada con el soporte de las TICs. "Realizan visitas a domicilio, fuera del entorno hospitalario, a pacientes agudos o muy complejos. ¿Qué quiere decir esto? Que necesitas a profesionales con mucho bagaje, con muchos años trabajando en el hospital con pacientes agudos, con una empatía y unas herramientas para trabajar en equipo y comunicarse con el paciente muy especiales", describe Carme Hernández. "El seguimiento y la seguridad de los pacientes demanda un alto nivel de experiencia y ser capaz de actuar de forma rápida ante procesos agudos", añade Nuria Seijas. Es importante recordad que si no existiera la HDOM el paciente estaría ingresado en el hospital. "Requiere una enfermería autónoma, capaz de tomar decisiones, en coordinación con el equipo multidisciplinar". A modo de conclusión, Carme asegura: "La enfermera tiene un futuro muy prometedor en esta área. Necesitamos a profesionales extremadamente bien preparados y motivados, capaces de lograr buenos resultados. Todas participan en proyectos de investigación, presentan comunicaciones a congresos... Además son docentes en su día a día, pues con nosotros rotan las residentes de Atención Primaria, tenemos a médicos y enfermeras que realizan estancias con nosotros, etc.".

Proceso de cambio

"A la enfermería nos queda mucho por hacer. No podemos pensar que por el hecho de ser graduadas nos lo van a dar todo hecho. La enfermera tiene que liderar procesos y ser consciente de que no debe restringir su actividad a la actividad asistencial diaria (horario laboral). Hay que estudiar a diario. Nuestras intervenciones deben basarse en la mejor evidencia disponible y ser evaluadas de forma continua. La enfermera siempre tiene que demostrar más que nadie que puede hacerlo", afirma Carme Hernández. "Los nuevos planes de estudio y el soporte institucional deben permitir que sea el momento de la enfermería. No nos podemos dormir".

"Enfermera de práctica avanzada y médico de Medicina Interna de la Unidad". Trabajo conjunto en la evaluación y en la toma de decisiones

DIEZ AÑOS

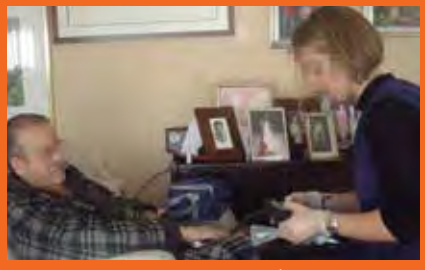
La unidad cumple diez años en 2016. Sus resultados son indiscutibles. "Disminuyen los días de ingreso y reingresos hospitalarios, mejora la calidad de vida de los pacientes y el cumplimiento terapéutico con un coste controlado. Es un servicio coste-eficiente", expone Carme. "La valoración de los pacientes y familiares también es alta", indica Nuria. "Están en su casa, más cómodos, con la misma atención que en el hospital y se sienten seguros".

Cartera de servicios

La Unidad de Atención Integrada del Hospital Clínic de Barcelona cuenta con seis programas diferentes, algunos de ellos compartidos con diferentes servicios del hospital

Hospitalización a domicilio

El programa de HDOM funciona desde la creación de la unidad, en 2006. Se proporciona un ingreso domiciliario, asegurando los mismos tratamientos y cuidados que en el hospital y garantizando, al alta, la continuidad asistencial. El paciente ingresa en el hospital pero permanece en el domicilio, donde recibe la misma atención. La mayoría de los pacientes son trasladados al domicilio desde el mismos servicio de urgencias. Las enfermeras de la unidad se trasladan a diario a la casa de cada enfermo para controlar la evolución, administrar el tratamiento y coordinar los recursos necesarios en el post alta. Tienen autonomía para tomar sus propias decisiones. El médico permanece en el hospital como soporte y sólo se desplaza en caso de que la enfermera lo crea necesario y en el momento de dar el alta hospitalaria que se realiza de forma conjunta. El seguimiento de cada paciente se realiza de manera conjunta, dentro del equipo multidisciplinar. Existe una alta complicidad y soporte de los diferentes servicios del hospital y actualmente la HDOM está considerada como una alternativa más a considerar cuando el paciente cumple criterios de ingreso hospitalario. El servicio ha generado una disminución de los días de ingreso hospitalario, mejora en el cumplimiento terapéutico, asegura la continuidad asistencial con un alto grado de satisfacción de los pacientes y cuidadores y con una tasa de reingresos a los 30 días del 9%.



Visita a domicilio enfermera práctica avanzada. Paciente en programa HDOM

Paciente frágil complejo

Progama compartido con el Servicio de Neumología. Atiende a pacientes complejos que requieren de una atención especializada en el domicilio. Mayoritariamente son pacientes con patología respiratoria crónica e insuficiencia cardiaca propuestos por los servicios correspondientes.
La mayoría de estos pacientes requieren equipos de terapia en sus domicilios. Las enfermeras realizan un seguimiento a largo plazo con el soporte del equipo médico especialista del hospital. Tienen como soporte los Hospitales de Dia y las Unidades de Hospitalización. El servicio ha generado una disminución de los ingresos hospitalarios no programados y ha mejorado el cumplimiento terapéutico con un alto grado de satisfacción de los pacientes y cuidadores.

Telemedicina

Programa compartido con el Servicio de Neumología. Dirigido, sobre todo, a los pacientes con Hipertensión Pulmonar, cuyo seguimiento se lleva a cabo de manera telemática, especialmente de las personas que viven alejadas del Hospital Clínic, que es uno de los centros de referencia en Catalunya para esta enfermedad. Su actividad se basa en la atención del paciente a través del centro de control de llamadas, seguimiento telemático, educación terapéutica y visitas a domicilio en el caso de que el domicilio esté situado en el área de influencia del Hospital Clínic. Se realizan reuniones anuales con las asociaciones de pacientes para presentar los resultados e identificar aéreas de mejora compartida. El servicio ha disminuido las visitas no programas al equipo de hipertensión pulmonar y ha producido un alto grado de satisfacción de los pacientes.

Seguimiento post alta EPOC e IC

Programa compartido con el Servicio de Neumología, Servicio de Cardiología y los Equipos de Atención Primaria del área. Realiza un seguimiento tras el alta del paciente, durante tres meses, con el fin de disminuir los reingresos. Durante el ingreso se realiza una evaluación global del paciente y una estratificación (nivel 1, 2 y 3) según su nivel de complejidad. El nivel 3 es seguido por la unidad de atención integrada con el soporte de los equipos de atención primaria. A los tres meses se realiza una reevaluación del paciente y se consensúa entre todos el plan terapéutico. Hasta la fecha, el 70% de los pacientes pertenecen al grupo 2 y el 30% al grupo 3. El servicio ha generado un mejor conocimiento de los pacientes, mejor adecuación del tratamiento, mejor detección de los pacientes con necesidades complejas y mejor coordinación con los equipos de atención primaria además de identificar áreas de mejora en lo que se refiere a la atención compartida. El grado de satisfacción de los pacientes y profesionales es alto. El nivel 1 y 2 es controlado por los equipos de Atención Primaria con el soporte de la Unidad de Atención Integrada.

Educación terapéutica EPOC

Dirigido por una enfermera de práctica avanzada en respiratorio. Es un proyecto de investigación. La responsable del programa es Nuria Seijas, a quien se le ha concedido una beca SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica) para su desarrollo. De forma estructurada, sos días a la semana lleva a cabo sesiones grupales con pacientes y cuidadores con el objetivo de aumentar los conocimientos y habilidades para prevenir las reagudizaciones y, en el caso de que suceda, saber cómo actuar ante ellas, fomentar un estilo de vida adecuado y adaptado a las necesidades y requerimientos del paciente, asegurar la correcta adecuación al tratamiento farmacológico y no farmacológico, y contribuir a que el paciente con EPOC y su familia participe activamente en el cuidado de su enfermedad.
Se realizan cinco sesiones por paciente durante el primer mes del alta hospitalaria. El servicio ha generado un mejor conocimiento de los pacientes, nos ha permitido utilizar herramientas telemáticas para mejorar la intervención y adaptar los materiales educativos a las necesidades del paciente. Está pendiente evaluar si esta intervención de la enfermera tiene un impacto en la disminución de los reingresos hospitalarios.

Consulta de Validación y seguimiento de la oxigenoterapia

Programa compartido con el Servicio de Neumología. Es un programa pionero, puesto en marcha hace un año y medio, en el que una enfermera de práctica avanzada lleva a cabo la consulta. Evalúa al paciente y la necesidad del tratamiento, propone el equipo más adecuado y realiza un plan terapéutico de seguimiento continuado además de coordinarse con los equipos de Atención Primaria. Las decisiones se consensúan con el neumólogo que da soporte a la consulta. El servicio ha generado un mejor conocimiento de los pacientes con oxigenoterapia continua domiciliaria, mejor adecuación del tratamiento, mejor detección de los pacientes con necesidades complejas y mejor coordinación con los equipos de atención primaria y las empresas proveedoras de servicio a domicilio.

Estomaterapia, un modelo de gestión propio de la enfermería

Servicio de referencia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid

La Unidad de Estomaterapia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, compuesta íntegramente por enfermeras, se encuentra en proceso de transformación como unidad de gestión. Se trata de un servicio cuya trayectoria lo ha convertido en una referencia en el ámbito del tratamiento y cuidado de las ostomías en España.

La unidad participa en los principales procesos de calidad del hospital madrileño. Así, a finales de marzo de 2015 recibió los certificados ISO 9001:2008, ISO 14001:2004 y el reglamento EMAS que garantiza su compromiso con la gestión medioambiental.

También este año, el Clínico San Carlos de Madrid ha recibido, junto con otros siete hospitales españoles, la acreditación como centro comprometido con la excelencia de los cuidados, concedido por Investen-Instituto de Salud Carlos III. Para ello, sus enfermeras han elaborado e implantado dos guías de práctica clínica, una sobre cuidado y manejo de la ostomía y otra sobre lactancia materna.

Francisco Javier Guerra, subdirector gerente del Hospital Clínico, recibe a la revista ED

Gestión clínica y continuidad asistencial

La gerencia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid aúna la autonomía de gestión de enfermería en consultas propias y la continuidad de cuidados, creando e impulsando la figura de Enfermeras Expertas Interconsultoras (úlceras por presión, asma infantil, diabetes, ostomías...). Entre sus funciones, destaca el asesoramiento a sus compañeras de atención primaria. Para ello, resuelven sus consultas a través de teléfono o correo electrónico y editan guías conjuntas de cuidados. De esta manera, confluyen gestión clínica y continuidad asistencial. Por ejemplo, cuando una enfermera de atención primaria atiende a un ciudadano y le surge alguna duda, sobre una cuestión de praxis, puede recurrir a su compañera del hospital experta en el tema con el fin de resolverla.

Unidades de gestión e institutos

El Hospital cuenta con las siguientes unidades de gestión clínica: alergología, microbiología, inmunología, endocrinología, geriatría, dermatología, análisis clínicos, física médica, reumatología, medicina nuclear, prevención de riesgos laborales y medicina preventiva. En el futuro, se ampliará su número con la unidad de gestión clínica de ostomías. Igualmente cuenta con seis institutos: cardiovascular, psiquiatría y salud mental, oncología, neurociencia, de la mujer y del niño y del adolescente.

FCO. JAVIER GUERRA AGUIRRE
Subdirector Gerente del Hospital Clínico San Carlos de Madrid

Mejorar la calidad y los costes

Hospital Clínico San Carlos. Foto: Gabinete de Comunicación Hospital

La gestión clínica y de cuidados admite variadas ópticas complementarias, mis reflexiones se enfocarán en aspectos organizativos de Unidades de Gestión Clínica (UGCL). Debates, informes, foros de profesiones sanitarias, colegios, sindicatos y comunidades autónomas legislando son nuestro panorama actual.

Transformar clásicos Servicios y/o Unidades de Supervisión en UGCL deberían asociar cesiones de competencias y atribuciones que puedan tener los Equipos de Dirección a profesionales sanitarios que voluntariamente apuesten por un mayor grado de autonomía para mejorar la calidad y los costes .Realizar un estudio de factibilidad detallando misiones y estrategias; propuesta de gobernanza (concretando responsables de los procesos asistenciales, de calidad, seguridad, investigación) y evidenciarlo con pactos de gestión clínica y de cuidados precisando objetivos asistenciales, docentes, investigadores, de calidad y seguridad del paciente, el uso de recursos e indicadores de seguimiento y evaluación que faciliten sistemas de incentivación y reconocimiento.

Su ámbito puede desplegarse a grupos monodisciplinares o multidisciplinares; de uno o varios ámbitos asistenciales; de organizaciones unitarias u organizaciones en red.

De forma análoga, a lo ya habitual en las gerencias de los hospitales, la dirección de la UGCL debe estar abierta a los auténticos líderes y conocedores del sistema, con independencia de su formación académica previa como enfermeros, médicos, economistas, ingenieros y otras disciplinas.

La dirección de la UGCL debe estar abierta a los auténticos líderes y conocedores del sistema, con independencia de su formación académica previa como enfermeros, médicos, economistas, ingenieros y otras disciplinas

Un factor crítico de éxito es el impulso de modelos de incentivación enfocados al reconocimiento, la formación y el desarrollo profesional de los componentes de la UGCL.

Unidades de gestión

En Atención Primaria

La experiencia de las enfermeras Mª Fernanda Piñango y Mª Sierra Fernández al frente de dos centros de salud en Dos Hermanas (Sevilla)

María Fernanda Piñango Alonso y María Sierra Fernández Castro son enfermeras. Ambas acumulan años de experiencia en la dirección de unidades de gestión clínica (UGC) de Atención Primaria en Dos Hermanas, el municipio más grande de la provincia de Sevilla. La primera gestionó el centro de salud "San Hilario" entre 2003 y 2014, y la segunda el de "Los Montecillos", desde su inauguración, en 2004 hasta la actualidad. Las dos son expertas en gestión de profesionales sanitarios por la Escuela Andaluza de Salud Pública. "Para dirigir una unidad lo único que tiene que haber es un profesional que tenga la capacidad y los conocimientos necesarios. No depende de la titulación, sino de que sepa y quiera desempeñar esta función. En mi caso me gustó desde el principio y fui involucrándome cada vez más. Así llevo doce años. Antes era la enfermera jefe y cuando se crearon los centros de salud todo el mundo dio por hecho que yo lo dirigiría", afirma Mª Fernanda. Su compañera Mª Sierra, que llegó a gestionar dos unidades al mismo tiempo, asegura que es "una experiencia distinta. Tomé la decisión de comenzar una nueva etapa profesional cuando los antiguos ambulatorios se reconvirtieron en centros de salud. Solicité la plaza, presenté mi proyecto de trabajo y me nombraron".

Mª Sierra Fernández
Directora de la UGC "Los Montecillos" de Dos Hermanas (Sevilla)

"Es una experiencia distinta y un reto profesional, que te permite dirigir equipos y aprender otras habilidades"

Sierra es la responsable de llevar la atención primaria en uno de los lugares más empobrecidos de Dos Hermanas. "Estamos en una zona de transformación social, con una población cuyas características sociales, económicas y sanitarias son distintas, por lo que el enfoque biopsicosocial de los pacientes es diferente. Los mensajes deben ser distintos. Tenemos que inventar otros mecanismos de promoción de la salud, adaptando los programas. Así estamos consiguiendo mejorar los indicadores de salud. Por ejemplo, en planificación familiar hacemos una captación activa de mujeres que, a lo mejor, con 17 años han tenido varias interrupciones voluntarias del embarazo. Para ello, promovemos la participación ciudadana, nos apoyamos en las asociaciones de vecinos y los servicios municipales". De hecho, entre los profesionales sanitarios hablan del 'espíritu Montecillos', una seña de identidad del trabajo realizado en este centro de salud, reconocido por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía con el certificado de nivel avanzado. "Cuando las cosas funcionan es un estímulo y un reto que te llena personalmente y te anima a emprender nuevos proyectos para reducir las desigualdades en salud".

Más autonomía y libertad

En Andalucía las unidades de gestión clínica en Atención Primaria se introdujeron hace una década. "Cada año firmamos un acuerdo de gestión con objetivos comunes a todos los centros y otros específicos de cada unidad", explica María Sierra Fernández. "Es una filosofía de dirección distinta. Hacemos todo en común y decidimos en equipo". En esta misma línea se manifiesta María Fernanda Piñango: "Todos trabajamos para todos. Aumenta la implicación del conjunto de profesionales, que pueden participar en la elección de los objetivos específicos y trabajar con más ganas para lograrlos. De esta manera, también tenemos más autonomía y libertad para adaptarnos a las necesidades reales de salud de la población". María Fernanda es la responsable del centro de atención primaria más grande de Dos Hermanas, con una población diana de 45.000 personas. Ha afrontado la crisis "con imaginación. Ha aumentado la presión asistencial porque hay menos recursos, pero no podemos retroceder en los logros obtenidos en cuanto a la gestión".

Mª Sierra Fernández y Mª Fernanda Piñango reciben la acreditación como unidad de gestión

Gestión entre iguales

Concepción Martínez Lara es enfermera y profesora integrante del grupo de investigación "Innovación en Cuidados y Determinantes Sociales en Salud". En su tesis doctoral ha estudiado el nivel de satisfacción laboral de las enfermeras que integran las unidades de gestión clínica de los hospitales Virgen Macarena y Virgen del Rocío de Sevilla. "He encontrado un nivel medio de satisfacción entre una escala Likert de 1 a 5. El resultado obtenido ha sido de 3,17". Para su trabajo, Concepción midió diez dimensiones, basadas en el cuestionario validado Font Roja al que añadió nuevos ítems, por lo que lo denominó 'G-Clinic', "en referencia al Hospital Clinic de Barcelona, el primero en introducir las unidades de gestión en España". Concepción defiende el modelo de gestión basado en estas unidades. "Antes no estábamos en el mismo lugar en lo que a gestión se refiere. Ahora hemos pasado de tener un jefe de servicio y una supervisora a contar con un director y una responsable de cuidados, que siempre es una enfermera. Los dos trabajan de manera conjunta y toman las decisiones por consenso. Estamos en primera línea". Durante su estudio, la profesora Concepción Martínez Lara comprobó la desinformación que aún existe sobre el funcionamiento de las unidades de gestión. "Me llamó la atención el desconocimiento. Cuando preguntas por qué están a favor o en contra no saben responder".

RESPETO DE LOS COMPAÑEROS

Como directora de la UGC "Los Montecillos" de Dos Hermanas, Mª Sierra Fernández asegura que siempre ha tenido el respeto de todos los compañeros. "Cada uno asume su papel. La gestión de la consulta clínica es médica, de la enfermera es de enfermería y la del centro es de la dirección. Eso está asumido por todos". Por su parte, Mª Fernanda Piñango advierte que "te tienes que ganar el respeto del equipo. Debes ganarte el prestigio y demostrar que estás haciendo las cosas bien. Si lo consigues, cumples los objetivos y alcanzas los resultados previstos no hay problema". Para ambas, su formación enfermera es un plus. "Pones un foco muy especial en los cuidados, por ejemplo en la fragilidad de los cuidadores en los domicilios. Estamos muy pendientes, porque en ocasiones se nos escapa sin querer. La enfermería está muy bien considerada por los pacientes".

Educación para la salud

Abuelos preparados para ayudar a ser padres

La matrona madrileña Isabel Durand Rincón ha integrado a los abuelos en las clases de preparación al parto que imparte en Parla

El embarazo son nueve meses. El parto unas horas, quizás un día... Pero la crianza es toda la vida. Es una de las principales ideas que la matrona Isabel Durand Rincón transmite en sus sesiones de preparación al parto en el centro de salud Isabel II de Parla (Madrid). En ellas integra a los abuelos, con el fin de que aprendan a criar a los nietos y sepan desempeñar su rol para evitar la aparición de conflictos con los padres. Así lo viene haciendo desde el año 2010. "Cuando empecé a impartir las clases profundizaba en los contenidos habituales como ejercicios de relajación y respiración, anestesia epidural... Era lo que todo el mundo pedía. Pero ¿qué ocurre cuando llegas a casa con el niño y comienza la etapa más exigente, la crianza? En las consultas de posparto me di cuenta de que la familia era una fuente de problemas, en concreto los padres y suegros y los integré en las sesiones. Los abuelos se relajan, aprenden habilidades que en su momento no adquirieron y son conscientes del cambio sustancial en la crianza respecto a su época".

"Debemos preparar a los padres para criar a sus hijos y no limitarnos a la preparación física para el parto"

Isabel Durand
Matrona

"Solo aprendemos a ser hijos cuando somos padres y solo aprendemos a ser padres cuando somos abuelos"

ABUELOS, UN REENCUENTRO CON SU MATERNIDAD Y PATERNIDAD

"Abuelos, un reencuentro con su maternidad y paternidad" ha sido el título de la ponencia presentada por Isabel Durand en el XIV Congreso de la Federación de Asociaciones de Matronas de España, celebrado en Madrid en mayo. Con el lema "Ser matrona es mucho más", el encuentro abordó temas como la educación para la salud con el fin de profundizar en el significado de la profesión en el s. XXI.

Los abuelos se integran en la cuarta sesión sobre el posparto. "Los nuevos padres suelen trabajar los dos y los abuelos se ofrecen para desempeñar el rol de cuidador. Lo complicado es entender que sus funciones como padres se han relajado y tienen que aprender otras propias de los abuelos. Por el contrario, los nuevos padres deben entender que los abuelos tienen un tiempo para cuidar de los niños y otro para dedicarse a ellos mismos, ya que se lo han ganado", explica Isabel. Además, en ocasiones, las abuelas participan en la sesión sobre lactancia materna. "Intento quitar los mitos de los años 70-80 de los suplementos de biberón y las lactancias artificiales. Les explico cómo pueden apoyar a sus hijas, porque el éxito de la lactancia materna depende del apoyo de la pareja y los abuelos".

De la autoridad al afecto

En apenas tres décadas, la educación de los niños ha cambiado del principio de autoridad al de afecto, según explica la matrona Isabel Durand Rincón. "Los padres que ahora son abuelos criaban a sus hijos con normas y límites para que pudieran enfrentarse a la vida. Las frustraciones y errores servían de aprendizaje. Ahora se da más prioridad a la parte afectiva de la crianza, al apego, a que el hijo no sufra, esté tranquilo y no se agobie. Los padres llegan a casa a las nueve de la noche y son más permisivos y no riñen. Esto lo hablamos en clase, porque los niños se acomodan y tienen una baja tolerancia a la frustración".

Situaciones reales que modifican comportamientos

Durante las sesiones con padres y abuelos, surgen numerosas situaciones reales cuyo análisis sirve para modificar comportamientos futuros. "Los padres actuales se implican más en las responsabilidades del hogar. Todos están de acuerdo en el reparto del cuidado y la crianza de los hijos. Es más, los abuelos reviven la paternidad que no pudieron realizar, bien por motivos culturales, sociales o laborales. En cambio, la mayoría de las abuelas tienen el problema de que no dejan de ser madres, no quieren abandonar ese papel", explica la matrona Isabel Durand. "También debatimos sobre las visitas a los nuevos padres, cómo deben ser en el hospital y en casa. Al principio, breves y pocas, respetando los períodos de descanso y comida de la madre y el bebé. Luego, ofrecemos algunas pautas para que los abuelos no agobien a los padres, respeten su espacio y colaboren en tareas que sí resultan útiles como la compra o la comida".

La relación con la suegra es otro punto de interés. "Les pregunto si es lo mismo ser madre de él o de ella. Generalmente responden que sí, pero en la práctica compruebas que no es así. Puedes llevarte muy bien con la suegra, pero habitualmente falta profundizar en la confianza que sí estableces con tu propia madre. Para evitar conflictos, se les invita a que cada uno dialogue y controle a sus propios padres".

Clase de educación maternal y paternal impartida por Isabel Durand Rincón en el centro de salud de Parla (Madrid)

Educación sanitaria

Ejercicio como terapia

'Mesana' es un proyecto pionero en Galicia para personas que deben realizar ejercicio físico como parte del tratamiento de su enfermedad

Enfermería y fisioterapia

En su trabajo diario en Mesana, Anxela Soto Rodríguez aplica su formación como enfermera y fisioterapeuta para fomentar la educación sanitaria entre los pacientes.
FOTOS: Ramón Novoa

Anxela Soto Rodríguez es fisioterapeuta y enfermera, un perfil cada vez más demandado. Todos sus conocimientos y habilidades los pone en práctica en 'Método Mesana', una empresa pionera en Galicia puesta en marcha a principios de 2015 en Orense. El programa está dirigido a personas que tienen prescrita la actividad física como parte del tratamiento de algunas de las enfermedades más prevalentes en la actualidad: enfermos del corazón, personas con hipertensión o diabetes... "El objetivo es responder a la demanda de pacientes a los que el médico les recomendó realizar actividad física, pero no saben muy bien dónde acudir o cómo realizarla, con qué intensidad, duración y frecuencia", explica Anxela. La iniciativa facilita la integración del ejercicio como parte del tratamiento prescrito a los pacientes.

Anxela Soto Rodríguez
Fisioterapeuta y enfermera de 'Método Mesana'

"Ejercicio físico, educación sanitaria y bienestar emocional son aspectos que cuidamos con los pacientes"

Ejercicio físico, educación sanitaria y bienestar emocional son los tres pilares de Mesana. El programa tiene una duración de seis meses, con el fin de lograr la adherencia al ejercicio. "Como enfermera, mi principal papel es la educación. Motivamos a los pacientes a realizar cambios en su estilo de vida, a estar más activos, a realizar una dieta cardiosaludable, a reducir los hábitos tóxicos como el consumo de tabaco y alcohol... También supervisamos el ejercicio físico que realizan, junto con el fisioterapeuta, los instruimos en reconocer los signos y síntomas de cada enfermedad, los factores de riesgo modificables y no modificables, los aspectos básicos de farmacología...", explica Anxela.

Poco a poco, los pacientes ganan autonomía para realizar el ejercicio físico y comienzan a trabajar en casa, siempre controlados por un pulsómetro y un podómetro. Cuando llevan tres meses en 'Mesana', pueden acceder a otro tipo de actividades físico-deportivas disponibles en las instalaciones, siempre con la supervisión de un profesional. "Para mí es muy enriquecedor y gratificante. El contacto directo me permite ver la evolución de cada persona a todos los niveles, físico y psicológico. Mejoran sus parámetros fisiológicos y su calidad de vida".

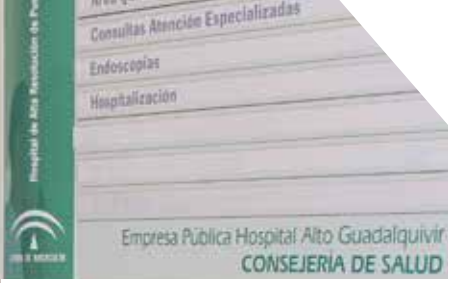
La importancia del ejercicio

Programas como 'Mesana' promueven entre la sociedad el ejercicio físico como parte del tratamiento. Así lo defiende Miguel Aragón Fitera, principal promotor de la idea, profesor de Fisioterapia y asesor en el ámbito cardiovascular del Colegio de Fisioterapeutas de Galicia. A su juicio, "el ejercicio es un arma terapéutica con una evidencia científica tremenda, con una recomendación de tipo 1. En esta línea es donde debemos seguir trabajando para lograr que algún día sea una realidad su prescripción, tal y como ocurre con cualquier medicamento". Profundizando en esta línea, Miguel Aragón Fitera matiza que no se trata sólo de los beneficios de la actividad física. "Todo el mundo sabe que es buena para la salud. Lo fundamental es que tomemos conciencia de que forma parte del tratamiento y de que los pacientes sepan que tienen un hándicap si no reciben o no siguen una pauta de ejercicios".

Coordinación de todos los recursos

Países como Alemania o Reino Unido ya cuentan con un modelo sanitario que integra, de alguna manera, el ejercicio físico como parte del tratamiento de determinadas enfermedades. "En cambio, en España, no está incluido dentro de la prescripción. Sólo existen recomendaciones para caminar o para ir a un gimnasio", afirma Miguel Aragón Fitera. "Lo ideal sería que existieran instalaciones deportivas específicas a modo de centros de referencia para tratar a las personas con determinadas enfermedades. Existen pautas de ejercicio para pacientes con patología cardiovascular, diabetes... Lo que ocurre es que se desconocen y no se están desarrollando en España. Además, sobre el ejercicio existe más evidencia científica y está más recomendado que otras medidas terapéuticas que sí se están llevando a cabo y que son mucho más costosas para el sistema público. Lo ideal sería que hospitales, centros de salud e instalaciones deportivas integraran este tipo de proyectos en su funcionamiento"; defiende Miguel.

De forma paralela, el profesor gallego está trabajando en un estudio universitario que pretende analizar los resultados de integrar el ejercicio físico a nivel terapéutico con los pacientes.



Un ejemplo para la enfermería

Antonio Díaz, Mª Jesús Valle y Pedro J. Carmona esperan que su ejemplo sirva para que la enfermería tome conciencia de que está capacitada para desarrollar proyectos de investigación

Investigación enfermera

La inquietud profesional convertida en bienestar

'Farmaoliva Oleicopiel" es una solución de aceite de oliva virgen extra desarrollada por tres enfermeros para prevenir las úlceras por presión

Demostrar que el aceite de oliva es una alternativa válida al empleo de los ácidos grasos hiperoxigenados para prevenir las úlceras por presión. Éste fue el punto de partida de la investigación de Antonio Díaz, María Jesús Valle y Pedro Jesús Carmona, enfermeros del Hospital de Alta Resolución de Puente Genil (Córdoba). El resultado final ha sido 'Farmaoliva Oleicopiel', un producto elaborado con aceite de oliva virgen extra. "La idea surge del trabajo diario. Te das cuenta que los ácidos grasos hiperoxigenados son aceites con cierto olor a rancio", recuerda Antonio Díaz, investigador principal. Todo comienza en 2003, cuando trabajaba en el Hospital Alto Guadalquivir de Andújar (Jaén). "Vi que sus habitantes emplean aceite para todo. Lo aplican a heridas y llagas. Entonces te planteas la posibilidad de ofrecerle al paciente una opción diferente a los ácidos grasos hiperoxigenados, un producto con un precio alto que no receta la Seguridad Social".

En 2009, la idea inicial se convirtió en el proyecto final del máster en metodología de la investigación que estaba realizando Antonio. "Fue muy bien acogido por los directores. Me dijeron que tenía posibilidades de obtener financiación". Así fue como en el año 2010 obtuvo 17.000 euros, tras presentar la correspondiente solicitud a la Fundación Progreso y Salud de la Junta de Andalucía. Una vez constituido el equipo de investigación, integrado por los enfermeros María Jesús Valle y Pedro Jesús Carmona, uno de los hitos más importantes fue el análisis químico realizado para comparar el nuevo producto con

CIEN POR CIEN ENFERMERO

La investigación que ha creado 'Farmaoliva Oleicopiel" es un trabajo cien por cien enfermero. "Primero por el tema. El resto de disciplinas han derivado las úlceras por presión a la enfermería, porque son complejas y no les interesa. Segundo porque somos todos enfermeros. Esperé a desarrollar la idea a la creación del Grado en 2009, porque antes hubiera tenido que recurrir a un investigador principal de otra disciplina", explica Antonio Díaz.

El objetivo de la investigación era mejorar los cuidados de las úlceras por presión

Los tres enfermeros en el acto de entrega de la medalla de plata de Andalucía

los principales ácidos grasos del mercado. "Este proceso evidenció dos diferencias a nuestro favor. La primera, referida al nivel de polifenoles que tienen cualidades antioxidantes. En los ácidos grasos hiperoxigenados desciende de manera significativa. En el aceite de oliva se mantiene alto. La segunda, relacionada con el nivel de peróxidos que puede llegar a ser tóxico para el consumo humano. Bajo en el aceite de oliva y muy alto en los ácidos grasos hiperoxigenados". Ante estas evidencias, con la ayuda de la Oficina de Transferencia Tecnológica, han obtenido la patente en España y están tramitando la europea.

A continuación, cedieron los derechos de explotación a la almazara 'Potosí 10', en la Sierra de Segura (Jaén), que produce un aceite de oliva virgen extra de alta calidad y cuenta con una línea de dermocosmética. "Nuestro objetivo era mejorar los cuidados a los enfermos. No teníamos un fin comercial, pero en el ámbito de la investigación sabes dónde comienzas y desconoces los caminos por los que te va a llevar", matiza el enfermero Pedro Jesús Carmona.

La siguiente fase fue la realización de un estudio multicéntrico en las residencias de ancianos de la provincia de Córdoba, con 560 pacientes. "Estuvimos tres años recogiendo datos. Era un doble ciego. Durante un mes aplicábamos nuestra solución a una parte de la muestra y con un grupo control empleábamos el mejor ácido graso hiperoxigenado del mercado, Mepentol. Los resultados han sido bastante satisfactorios", describe Pedro Jesús Carmona. El corte intermedio ya demostró la ausencia de efectos adversos y adelantó los primeros resultados positivos. El ensayo clínico conllevó un gran esfuerzo para los investigadores, como señala María Jesús Valle. "Lo hemos ejecutado fuera de nuestra jornada laboral y de nuestro hospital. Nos hemos tenido que desplazar a centros sociosanitarios a más de 100 kilómetros de nuestras casas. Las personas mayores tienen un alto riesgo de padecer úlceras por presión. Durante el estudio, hemos ido a valorarlas como mínimo una vez a la semana. En ocasiones hasta tres y cuatro veces".

En la actualidad, están redactando el artículo con los resultados definitivos, que van a presentar en una revista especializada. Mientras tanto, 'Farmaoliva Oleicopiel' ya se emplea con éxito en los centros de la agencia sanitaria Hospital Alto Guadalquivir. Tambien se puede adquirir en cualquier farmacia de España.

Medalla de plata de la Junta de Andalucía

Antonio Díaz, María Jesús Valle y Pedro Jesús Carmona recibieron en 2014 la Medalla de Plata de Andalucía, concedida por el gobierno autonómico. "Es uno de los reconocimientos más importantes que hemos tenido y que podamos tener por la labor profesional, el trabajo y el esfuerzo que hemos desarrollado. Es la mayor satisfacción que hemos tenido", reconoce Antonio Díaz. También en 2014, lograron el premio a la mejor comunicación oral del Congreso Nacional Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Ulceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). "La satisfacción personal es muy grande, ya que somos un referente para otros compañeros y eso es muy grato", confiesa María Jesús.

Un producto innovador

Los beneficios del aceite de oliva y la eficiente aplicación gracias al envase con pulverizador son las principales novedades

'Farmaoliva Oleicopiel' es una solución de ácidos grasos de aceite de oliva virgen extra, enriquecida con antioxidantes y extractos de plantas. Favorece la regeneración de la piel, la hidrata y tonifica, protegiéndola y aumentando su resistencia. "Es un producto innovador por el empleo del aceite de oliva y por su aplicación, que es muy cómoda ya que el envase emplea un pulverizador que evita frotar en las zonas de riesgo de las úlceras, donde está contraindicado", explica Pedro Jesús Carmona.

El problema de la comercialización

Un producto generado por el sistema público de salud que el propio sistema no puede emplear

La comercialización es una de las principales barreras que está encontrando el producto. "Al principio piensas que va a tener muchas posibilidades para que se extienda, primero, al Sistema Andaluz de Salud y, luego, al nacional. Es más económico y efectivo y nace de una investigación del propio sistema sanitario. Después te das cuenta de que la salud es un negocio y que hay una serie de intereses económicos y comerciales que obstaculizan todo. Es un sinsabor que nos ha quedado", reflexiona Antonio Díaz. En la actualidad, está reconocido como producto de dermocosmética y están llevando a cabo los trámites necesarios para lograr la autorización de la Agencia del Medicamento y optar a los concursos públicos. Pero esto, es otro camino, al margen de la investigación.

El esfuerzo de investigar

Los tres enfermeros coinciden en el esfuerzo personal que han realizado para sacar el proyecto adelante. Incluso tuvieron que aportar alrededor de 3.000 euros propios para fabricar la última partida del producto y finalizar el estudio multicéntrico. "Tienes que investigar en tu tiempo libre. Es complicadísimo que te liberen y te financien. Te das cuenta de las condiciones precarias en las que debes investigar, a pesar de que estás generando evidencias e innovación", advierte Antonio Díaz. "Es una reflexión importante. Si quieres fomentar este tipo de trabajos, que van a generar beneficios a largo plazo, debes invertir y facilitar el desarrollo de los estudios. En España, el diseño de la investigación no está bien orientado", concluye. "Ha sido un proceso con altibajos", afirma María Jesús. "Cuando miras atrás: ¿Merece la pena tanto esfuerzo extra? ¿Llegar a casa a las once de la noche y volver a comenzar?".

PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

La práctica diaria ya demuestra que la enfermería puede indicar medicamentos. Conocemos a continuación algunos ejemplos

Susana, mujer de 66 años, acude al servicio de urgencias de su centro de salud tras haber sufrido una caída mientras montaba en bicicleta. La enfermera, tras la exploración, limpieza y valoración de las características de la herida, decide suturarla. Comprueba que no existe contraindicación alguna, lava la herida con solución antiséptica y realiza una infiltración local de mepivacaína antes de suturar. Una vez finalizada la sutura, explica a Susana los cuidados de la herida y los signos y síntomas de alerta por los que debería volver, si apareciesen, y le cita en la consulta de su enfermera para revisión. Además, indica a la paciente que tome paracetamol si tiene dolor y, tras comprobar en su historia las vacunaciones previas, administra una dosis de antitetánica.

Por su parte, Marta, enfermera con 15 años de experiencia, acude al domicilio de Agustín, de 84 años de edad, para realizar la cura de una úlcera en sacro. Tras la limpieza y valoración de la herida, que es muy exudativa, decide utilizar para el lecho de la úlcera un alginato, mientras que en la piel perilesional emplea una crema con óxido de zinc. Al terminar, la esposa de Agustín le comenta que el paciente lleva cinco días sin hacer deposición. Marta revisa la alimentación de Agustín, así como la ingesta de líquidos. Explica y se asegura de que la esposa entiende la importancia de la dieta y el movimiento, tanto para mejorar la cicatrización de las úlceras como para prevenir y corregir el estreñimiento. Le indica la conveniencia de ponerle un microenema. Igualmente, le explica la idoneidad de ponerle la vacuna anti-gripal, programando su administración para la siguiente visita.

Las anteriores son dos situaciones, figuradas, que las enfermeras abordan con frecuencia en su trabajo. Son ejemplos de indicación terapéutica en los que la enfermería ha mostrado sobrada competencia. "En una cura, tenemos la capacidad necesaria para saber la crema y el parche

"Sólo queremos prescribir de manera legal aquellos medicamentos que manejamos en nuestro día a día"

Rafael Escobar en su consulta de enfermería en el centro de salud de Soto del Real (Madrid)

que poner o qué productos farmacéuticos prescribir" afirma Rafael Escobar, enfermero del centro de salud Soto del Real de Madrid responsable de las visitas domiciliarias. "A día de hoy, en Atención Primaria lo hacemos. Es lo corriente. No creo que sea un inconveniente o algo anormal. Es más, administramos fármacos como las vacunas sin tener que preguntar nada. Simplemente seguimos nuestro protocolo. No hay debate sobre prescripción. Ya la hacemos con la evidencia científica necesaria".

Elena Revilla acabó la carrera hace tres años. Tras dos años haciendo suplencias en Atención Primaria, considera que tiene la formación suficiente para prescribir. "Estoy preparada para indicar determinados fármacos. Podemos resolver diversas necesidades de salud de los pacientes de manera autónoma".

Durante los cerca de diez años que ha trabajado en las urgencias pediátricas del Hospital La Paz de Madrid, la enfermera María José Pinto también ha vivido situaciones profesionales en las que ha indicado medicamentos. "Cuando el paciente llega, es la enfermera la primera persona que lo ve en el triaje. Si viene con fiebre, intentas que el pediatra vea al niño sin ella, porque en ocasiones pasa mucho tiempo hasta que llega a la consulta. O si viene con una urticaria, le administras un antihistamínico". Basada en su experiencia, María José asegura que "las enfermeras no tienen un especial interés en prescribir aquello que no es habitual en su práctica. Al contrario, sólo queremos indicar de manera legal aquello que ya manejamos en nuestro día a día: antitérmicos, vacunas...".

De la misma opinión es Esther Gorjón, enfermera de una unidad de soporte vital avanzado de las Emergencias Sanitarias de Castilla y León, vicepresidenta tercera y vocal nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. "Cada uno tiene que saber cuál es su trabajo. Yo no voy a administrar una digoxina sin una receta médica, porque no es un fármaco que le vaya a salvar la vida. Pero tampoco voy a pedir permiso para desfibrilar a un paciente o ponerle una adrenalina. Tienes que saber qué puedes hacer, si puedes esperar a recibir confirmación o no... Es algo que me llama la atención. Yo no puedo indicar ni prescribir, pero tengo que saber que lo que me mandan está bien, porque si la dosis o la vía pautada es incorrecta y lo administro, entonces sí tengo que asumir la responsabilidad".

A modo de conclusión, Rafael Escobar afirma: "La enfermera tiene capacidad para prescribir. Puede y debe hacerlo, no sólo por el bien de la enfermería sino también del cuidado del paciente".

El problema del desconocimiento

Esther Gorjón es autora del blog signosvitales20.com. En él ha defendido con rotundidad la prescripción enfermera, frente a la oposición de la Organización Médica Colegial. "El problema es que realmente desconocen lo que pretendemos. Piensan que

vamos a pautar tratamientos y no es así. Me desagrada la lucha continua de clases profesionales", asegura. "Quieren ponerle puertas al campo, cuando hemos demostrado que tenemos las competencias para prescribir y es un bien para el paciente".

Formación universitaria suficiente

La decana de Enfermería de la Universidad de Castilla La Mancha, Carmen Prado Laguna, defiende que las enfermeras ya tienen la formación necesaria para indicar medicamentos. "Los estudiantes terminan con la formación suficiente para prescribir. La metodología enfermera nos concede la base para realizar un diagnóstico determinado, la farmacología y los cuidados". En las aulas, los estudiantes de Grado reciben la instrucción necesaria con asignaturas como Diagnósticos de Enfermería, Farmacología o Enfermería Médico-Quirúrgica, entre otras.

A modo de conclusión, Carmen Prado Laguna afirma: "Tenemos la base y los conocimientos para prescribir. Hay que regularla de una vez por todas. ¿Por qué un auxiliar de farmacia puede indicar y nosotros no? En países de nuestro entorno ya prescribimos y no hay ningún problema al respecto".

La enfermería prescriptora en Inglaterra

Celia Díez de los Ríos es diplomada en Enfemería por la Universidad Complutense de Madrid desde 2007. En la actualidad estudia un master sobre oncología en la Universidad de Southampton (Inglaterra), gracias a una beca de la fundación Macmillan Cancer Support. Además, trabaja como enfermera especialista en oncología médica en el University Hospital Southampton NHS Foundation Trust. De forma paralela, está realizando el curso Nurse Prescribing. "Forma parte del desarrollo normal de mi trabajo. Ahora mismo valoro a mis pacientes, tomo decisiones y sé qué medicaciones quiero administrar pero, de momento, si no forma parte de un protocolo aceptado no puedo administrarlas sin que las prescriba un médico, otra enfermera o un farmacéutico con el curso ya hecho. Esa persona, en principio, no conoce al paciente y, por tanto, debe repetir el proceso de valoración y toma de decisiones retrasando el tratamiento al enfermo, perdiendo su tiempo, el mío y el del paciente, haciendo más largas las esperas y empeorando la calidad del servicio. Cuando apruebe esta formación podré prescribir cualquier medicamento del Vademécum. Esto impone mucho respeto, pero en la práctica prescribes medicamentos relacionados con tu trabajo habitual. Todos deberíamos conocer los fármacos que vamos a dar, así que somos conscientes y solo prescribimos si conocemos bien sus usos, propiedades, dosis, etcétera".

El curso se divide en un bloque teórico, sobre farmacología, y otro práctico, que profundiza en la prescripción. Una vez lo finalice, Celia podrá prescribir medicamentos para evitar o tratar efectos adversos de la quimioterapia y de otras complicaciones en pacientes con cáncer: antieméticos, antibióticos, algunos anticoagulantes, muchos medicamentos para el dolor de difícil manejo… "Prescribiré en principio en ámbito hospitalario ya sea a pacientes en consulta, en la planta o en urgencias. A partir de ahí iré decidiendo según mi trabajo".

CELIA DÍEZ DE LOS RÍOS

Celia Díez de los Ríos (segunda por la derecha) considera que la enfermería española tiene las competencias y los conocimientos suficientes para prescribir. "Nos falta decidir qué y cómo vamos a enseñar y evaluar, qué mínimos harán falta para prescribir y regularlo en todas las autonomías. Por supuesto, tenemos que creer en nosotras. Cuando sales fuera te das cuenta lo maravillosa que son nuestra educación y sanidad, lo mucho que nos valoran y cuánto nos infravaloramos nosotros".

Prescripción. Experiencia en Andalucía

AUTORAS

Maribel Casado Mora,
Plan Integral de cuidados de Andalucía
Susana Rodríguez Gómez,
Plan Integral de cuidados de Andalucía
Nieves Lafuente Robles,
Directora del Plan Integral de cuidados de Andalucía

UN ASPECTO MÁS DEL **CUIDADO**

La prescripción enfermera hay que concebirla como un aspecto más del cuidado integral del paciente. Cuando una enfermera indica o aplica algún producto sanitario o fármaco lo hace centrando su atención en la necesidad alterada y como una intervención en el plan de cuidados para obtener los resultados esperados.

Se han cumplido ya cinco años desde que se hizo efectivo el Decreto 307/2009 de la Junta de Andalucía que define las actuaciones de la enfermería en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Este Decreto pretendía mejorar la accesibilidad del ciudadano dando una respuesta finalista por parte de todos los profesionales en aquellas actuaciones que derivan de su campo de conocimientos, así como respaldar, legalmente, intervenciones que las enfermeras venían desarrollando y que quedaban desamparadas tras la aprobación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Debido a esta ley, los enfermeros españoles quedábamos expresamente desautorizados para realizar cualquier tipo de prescripción farmacológica y de productos sanitarios. Afortunadamente, tras el Decreto Andaluz, se publica la Ley 28/ 2009, que modifica la "Ley del Medicamento" permitiendo dar una restringida cabida a la prescripción enfermera.

El Decreto andaluz autoriza a las enfermeras y enfermeros a prescribir de forma autónoma a partir de su propio juicio clínico, efectos y accesorios y a usar e indicar medicamentos que, de acuerdo con la normativa vigente, no estén sujetos a prescripción médica. Puede colaborar en el seguimiento protocolizado de determinados tratamientos individualizados ajustando y modificando dosis en función de la evolución del paciente, establecidos en una previa prescripción médica u odontológica, siempre que el seguimiento protocolizado sea expresamente autorizado por éstos. Actualmente están en vigor cuatro protocolos de seguimiento del tratamiento farmacológico individualizado: sedación paliativa, diabetes tipo II, anticoagulación oral y riesgo vascular.

En 2014, se emitieron 3.130.236 órdenes enfermeras, por un total de 82 millones de euros. De estas órdenes tan sólo el 0,3% corresponden a fármacos, esto es consecuencia de que los fármacos autorizados a la enfermera son VINE, es decir, medicamentos no recomendados como de primera elección con valor intrinseco no elevado y escasa utilidad terapéutica.

En cuanto a los resultados, en términos de eficiencia y mejor sostenibilidad del sistema, actualmente podemos asegurar que desde la puesta en vigor de la prescripción enfermera en Andalucía, se está contribuyendo al control del crecimiento del gasto en la

Ha sido un medida puesta en marcha por el sistema sanitario andaluz con plena satisfacción del ciudadano y de los profesionales

En el centro, Nieves Lafuente Robles, directora del Plan Integral de cuidados de Andalucía

prestación farmacéutica, manteniendo sin incrementar el gasto realizado y mejorándolo en el caso de algunos productos. Por ejemplo:

Gasto en apósitos en 2009: 13.072.240 euros. En 2014: 11.861.221 euros.

Gasto en tiras reactivas en 2009: 39.521.814 euros. En 2014: 25.500.401 euros.

Además, hemos mejorado la accesibilidad a la prestación, al aumentar el número de profesionales que puede participar de la prescripción y jamás se ha puesto en peligro la salud de la ciudadanía con las decisiones tomadas por la enfermera, en términos de seguridad clínica. Ha sido un medida puesta en marcha por el sistema sanitario con plena satisfacción del ciudadano y de los profesionales.

Para avanzar en la prescripción enfermera en Andalucía, necesitamos ampliar el catálogo de fármacos de prescripción autónoma y prescripción protocolizada para ajustar las intervenciones de la enfermera dentro de un marco de referencia enfermero y según el ámbito de sus competencias y normalizar la prescripción colaborativa de forma que las enfermeras acreditadas puedan realizar el seguimiento individualizado de los tratamientos prescritos, una vez se registre en los sistemas de información la prescripción del fármaco autorizado en los protocolos.

La prescripción enfermera hay que concebirla como un aspecto más del cuidado integral del paciente. Cuando una enfermera indica o aplica algún producto sanitario o fármaco lo hace centrando su atención en la necesidad alterada y como una intervención en el plan de cuidados para obtener los resultados esperados. Es decir, las enfermeras aplican la prescripción como respuesta a las necesidades de las personas y en el ámbito de su competencia, con lo que, al igual que otros profesionales como los odóntólogos o podógos, deben ser incluidos junto a ellos en el el apartado 1 del artículo 77 de la normativa nacional, para que podamos dar una solución eficaz al desamparo legal al que estamos sometidos en el ejercicio de nuestra profesión dentro de nuestro sistema sanitario.

Los profesionales enfermeros son Grados Universitarios y en su formación se les capacita para desarrollar actuaciones relacionadas con la indicación y uso de fármacos y productos sanitarios en el ámbito de sus competencias. Esta formación no puede ser desacreditada y, por tanto, entendemos innecesario que las propuestas para la normativa estatal que autorice la prescripción enfermera, incluyan la necesidad de nuevos procesos formativos y de acreditación , que están sobradamente justicados con la formación de grado.

Hazlo bien, hazlo fácil es una sección del Departamento de Metodología de FUDEN que tiene como objetivo visibilizar la relevancia de la metodología enfermera en la mejora de la calidad asistencial de los cuidados de Enfermería.

Por **Antonio A. Arribas Cachá**

Integración de la indicación, uso y autorización de fármacos y productos sanitarios en la práctica asistencial de la enfermería

Figura 1. Desarrollo de la competencia de indicación, uso y autorización de fármacos y productos sanitarios por Enfermería

Fundamentos profesionales de la indicación, uso y autorización de fármacos y productos sanitarios en la práctica asistencial de la Enfermería (prescripción enfermera)

El análisis de esta competencia desde este ámbito va a permitir dar respuesta a las dos cuestiones básicas que siempre hay que plantearse el "qué" y el "cómo":

- Qué es la indicación, uso y autorización de fármacos y productos sanitarios por parte de la Enfermería

Para que esta competencia pueda ser considerada propia de la Enfermería, debe estar reflejada y desarrollada dentro del cuerpo propio de conocimientos de la disciplina establecido a través de las taxonomías del cuidado. Se trata de una actuación sanitaria enfocada a solucionar problemas de salud, es decir, dentro de los tratamientos. Al estar desarrollada como una competencia propia, debe reflejarse en la taxonomía de intervenciones enfermeras NIC.

Dentro de los tratamientos desarrollados para la Enfermería, se encuentra una intervención denominada "Prescribir medicación", y que se define como "Prescribir medicación para un problema de salud". No se trata de una intervención de reciente desarrollo, ya que su intro-

Lee el artículo completo en la web de la revista: www.enfermeriaendesarrollo.es

ducción fue aprobada como intervención enfermera en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) en la 2ª edición en 1996. Posteriormente, en el año 2004 fue revisada, y en la 5ª edición, en 2008, fue considerada como intervención central (las utilizadas con mayor frecuencia) en las siguientes áreas de especialidad:

- Enfermería comadrona.
- Enfermería de anestesia.
- Enfermería de salud escolar.
- Enfermería psiquiátrica de niños y adolescentes.

Además, las bases profesionales son únicas por lo que existen criterios de modulación para su aplicación en la práctica asistencial, habida cuenta de los diferentes niveles de desarrollo existentes, y la necesidad de garantizar la seguridad en su desarrollo. No todas las intervenciones pueden ser desarrolladas por todos los profesionales ya que se considera necesario, en cada caso, un nivel formativo mínimo, y en este sentido la intervención "Prescribir medicación" tiene especificado el mayor de los niveles formativos descritos: Nivel de formación 3: Formación o certificación de posgrado.

Por tanto, es posible dar contestación a la primera de las preguntas, diciendo que la indicación, uso y autorización de fármacos y productos sanitarios por parte de la Enfermería es uno más de los tratamientos que dispone el profesional de Enfermería para la atención de los problemas de salud de su competencia en la práctica asistencial.

- Cómo se realiza la indicación, uso y autorización de fármacos y productos sanitarios en la práctica asistencial del profesional de Enfermería

Como cualquier otro tratamiento de los que dispone la Enfermería, esta competencia se desarrolla a través de intervenciones enfermeras. En relación a la competencia de indicación de fármacos y productos sanitarios existe una intervención específica que da respuesta a esta competencia:

- Prescribir medicación: Prescribir medicación para un problema de salud.

Relacionadas con el uso y administración de fármacos existen 21 intervenciones enfermeras:

-Administración de analgésicos
-Administración de analgésicos: intraespinal
-Manejo de la quimioterapia: Ayuda al paciente y a la familia para que comprendan la acción y minimizar los efectos secundarios de los agentes antineoplásicos.
-Administración de medicación: Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.
-Administración de medicación enteral
-Administración de medicación interpleural
-Administración de medicación intraósea
-Administración de medicación oral
-Administración de medicación a través de reservorio ventricular
-Administración de medicación ótica
-Administración de medicación oftálmica
-Administración de medicación inhalatoria
- Administración de medicación intradérmica
- Administración de medicación: intramuscular (IM)
- Administración de medicación: intravenosa (IV)
- Administración de medicación por vía rectal
- Administración de medicación tópica
- Administración de medicación por vía subcutánea
- Administración de medicación por vía vaginal
- Administración de medicación por vía intraespinal
- Administración de medicación por vía nasal

En relación con la utilización y manejo seguro de la medicación existen 3 intervenciones enfermeras:

-Manejo de la medicación: Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.
- Control de la medicación: Comparación de las medicaciones que el paciente toma en casa con el ingreso, traslado y/o alta para asegurar la exactitud y la seguridad del paciente.
- Enseñanza medicamentos prescritos: Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.

La consideración de esta competencia como una intervención enfermera más conlleva la consideración de dos cuestiones esenciales que van a dar respuesta a cómo

desarrollarla en la práctica:

• En primer lugar, requiere diversas actuaciones concretas para completar su realización que vienen desarrolladas para cada una de ellas. En este caso, "Prescribir medicación", tiene desarrolladas un total de 24 actuaciones concretas o actividades de las que el profesional de enfermería seleccionará las que considere necesario en cada caso para la realización de la intervención.

Por tanto, la indicación, uso y utilización de fármacos y productos sanitarios por parte del profesional de enfermería requerirá la realización de una serie de acciones sanitarias concretas reflejadas en las actividades de la intervención 2390 Prescribir medicación de la taxonomía NIC.

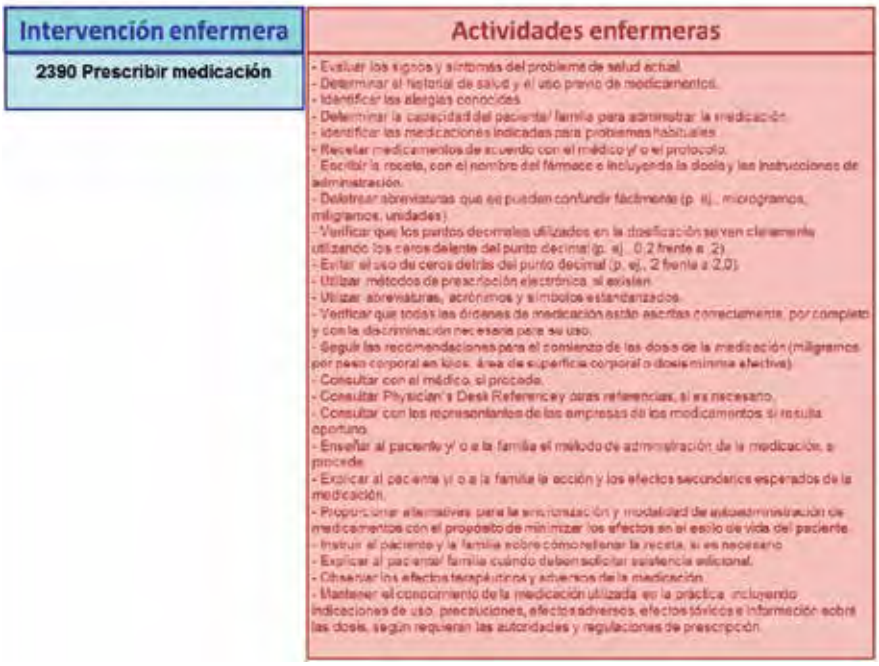


Figura 02. Actividades para la prescripción de medicación por parte de Enfermería

Figura 03. Proceso general de cuidados

• El desarrollo de una intervención enfermera no puede realizarse de manera aislada, sino de manera coordinada en el marco del proceso general de cuidados, garantizando la seguridad de paciente.

Este proceso describe la existencia de 5 fases interrelacionadas e integradas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Teniendo en cuenta que el desarrollo de estas fases debe realizarse siguiendo el orden establecido y que las intervenciones enfermeras se abordan en la fase de ejecución, el trayecto metodológico sería el siguiente:

- Obtención y análisis de la información sanitaria necesaria.
- Establecimiento del juicio clínico de cuidados a través de un diagnóstico de enfermería.
- Planificación de los objetivos del plan terapéutico.
- Ejecución de los tratamientos para la consecución de los objetivos y la resolución del problema de cuidados.

Es en esta fase donde el profesional de Enfermería pone en marcha sus tratamientos a través de las intervenciones enfermeras, pudiendo utilizar entre ellos la indicación, uso y utilización de fármacos y productos sanitarios cuando sea beneficioso para el problema de cuidados tratado.

Un ejemplo de utilización sería el que podemos observar en la **figura 4**.

Esta sistemática de integración de la indicación, uso y utilización de fármacos y productos sanitarios en la práctica asistencial de la Enfermería va a permitir además cumplir con los principios básicos definidos en el proceso de la terapéutica razonada reflejados en la Guía de la buena prescripción de la OMS:

- Definir el problema (diagnostico) del paciente.
- Especificar el objetivo terapéutico. Qué se desea conseguir con el tratamiento.

- Comprobar si el tratamiento es el adecuado. Comprobar la efectividad y seguridad.
- Comenzar el tratamiento.
- Dar información, instrucciones y advertencias.
- Supervisar el tratamiento.

Por tanto la indicación, uso y utilización de fármacos y productos sanitarios por parte del profesional de enfermería debe desarrollarse de manera coordinada con el resto de fases del proceso general de cuidados garantizando la seguridad de paciente y el cumplimiento de los principios básicos definidos en el proceso de la terapéutica razonada.

Como conclusión final, la indicación, uso y autorización de fármacos y productos sanitarios por parte del profesional de Enfermería no es otra cosa que un tratamiento más que dispone el profesional para la consecución de los objetivos de salud y cuidados de la población que debe aplicarlos según los principios de seguridad y eficiencia que garantiza el proceso general de cuidados.

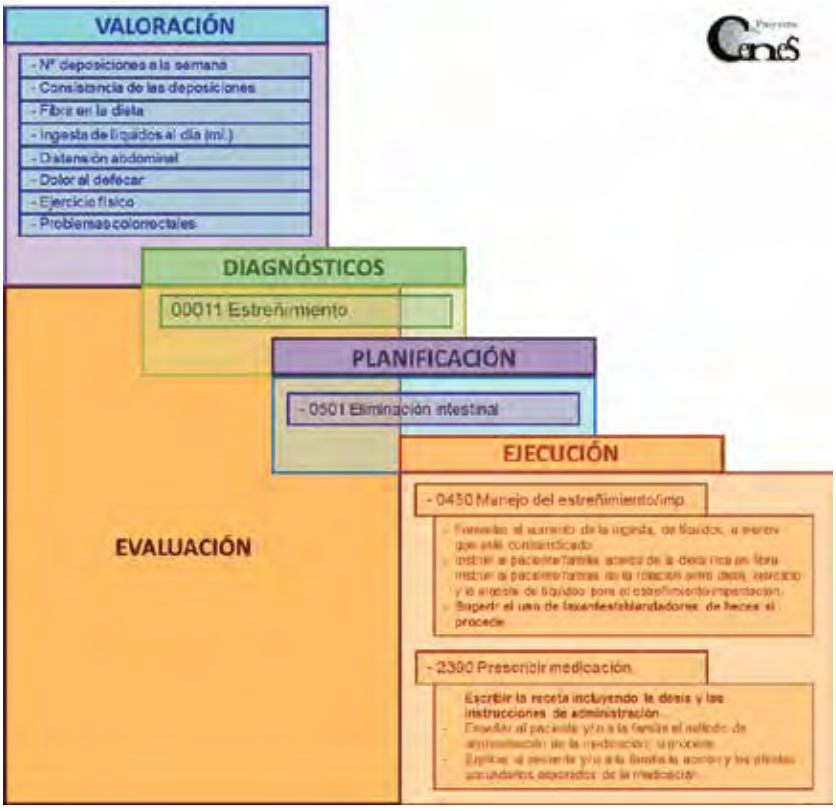


Figura 04. Trayecto metodológico con indicación de utilización de fármacos

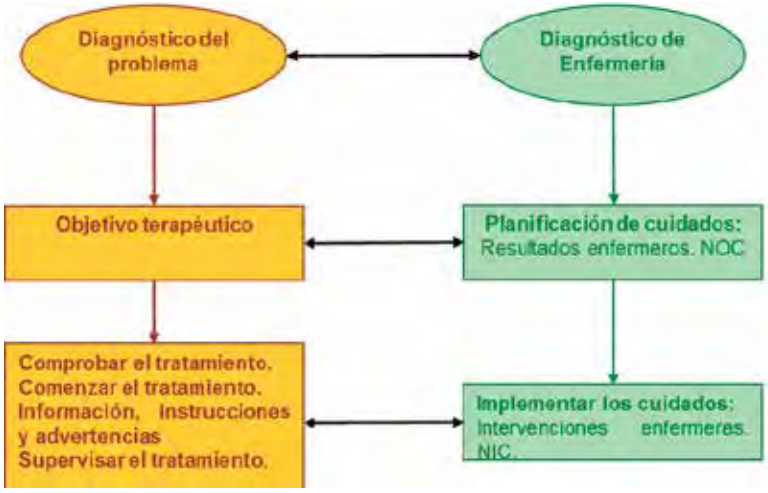


Figura 05. Proceso de la terapéutica razonada en Enfermería

Ventajas de la implantación de la competencia de indicación, uso y utilización de fármacos y productos sanitarios en Enfermería

La implantación de nuevas competencias se realiza fundamentalmente en función de los beneficios percibidos para la población, y en este sentido, algunas de las ventajas que se obtienen, son las siguientes:

- Facilitación del acceso a los fármacos y productos sanitarios a los usuarios.
- Continuidad en la atención sanitaria.
- Seguridad en el manejo y utilización de los fármacos y productos sanitarios.
- Confianza en el personal sanitario y seguimiento de las indicaciones terapéuticas.

Además, en este caso también aporta ventajas para el sistema sanitario, tales como la utilización racional de los recursos, tanto materiales como los humanos.

Asimismo también reporta beneficios para los propios profesionales derivados de la integralidad en la atención de los procesos de salud de su competencia y el aumento de la capacidad resolutiva de dichos problemas de forma autónoma, y a la propia disciplina de la Enfermería por el aumento de los servicios prestados a la población que influye directamente en su mayor reconocimiento social.

Un reto para el sistema público de salud

La necesidad del acompañamiento sanitario

Fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y sensibilidad química múltiple demandan mayor implicación en el cuidado de los pacientes

Fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y sensibilidad química múltiple son tres enfermedades multisistémicas. Quien padece alguna puede llegar a tener otra más o, incluso, las tres. Es lo que le ocurre a Patricia González Olivas, miembro de la Asociación de Ayuda a la Fibromialgia de Cataluña. "He adaptado mi día a día a la enfermedad", nos cuenta. "Ahora con la sensibilidad química múltiple me marcho cuatro meses al año a la Sierra de Segura y las Villas". Patricia fue diagnosticada de fibromialgia en 1995, tras una operación de columna. Hace cerca de una década, cuando le diagnosticaron la sensibilidad química múltiple perdió su trabajo en una empresa de farmacotecnia donde era ayudante técnico de laboratorio. "Sufres mucha incomprensión a nivel social y familiar, cuando estadísticamente está comprobado que somos personas muy activas".

Las tres enfermedades comparten muchos síntomas. Establecer un diagnóstico claro es una de las principales demandas de las personas que las tienen. "A mí me llegaron a decir que era muy inmadura, que no podía pasarme lo que estaba contando", señala Cristina Arroyo Castro, actualmente secretaria de la Asociación de Fibromialgia de Salamanca. Cristina tiene fibromialgia y síndrome de fatiga crónica. Tuvo que regresar a casa de sus padres desde Francia, donde vivía y trabajaba. Hoy trabaja como educadora de arte. "Uno de los problemas más importantes es el difícil diagnóstico. Yo sufrí mi primera gran crisis con 20 años y no me diagnosticaron hasta los 31. Estamos trabajando para que la valoración sea más clara y se reconozca la discapacidad que provocan. Nos gustaría que los profesionales sanitarios conocieran mejor las enfermedades. Afectan a cada persona de forma distinta y, además, la sufres de manera integral. Tienes insomnio, dismenorrea, problemas en la piel, los ojos...". En esta misma línea, María López Matallana, presidenta de SFC-SQM Madrid y enferma de síndrome de fatiga crónica, advierte sobre estas complicaciones. "Provocan un deterioro del organismo. Hay un fallo mitocondrial, muchísimas infecciones... Pero, como todo lo achacan a lo mismo, no se estudia. Por ejemplo, un 25 por ciento de las mujeres afectadas por síndrome de fatiga crínica generan cáncer de mama".

María López Matallana
Paciente

"Los pacientes con estas enfermedades nos encontramos muy desvalidos y solos"

SFC-SQM Madrid
Web: www.sfcsqm.com
Correo: sfcsqmmadrid@gmail.com
Teléfono: 91 169 79 05

FUNDACIÓN AFECTADOS Y AFECTADAS FIBROMIALGIA Y SÍNDROME FATIGA CRÓNICA FF

Web: www.laff.es
Correo: comunicacion@laff.es
Teléfono: 93 467 22 22

La Fundación FF premia a los profesionales que se implican con estas enfermedades

Seguimiento para mejorar la calidad de vida

"Se puede hacer mucho, muchísimo por las personas con estas enfermedades. Sin embargo, no se está tratando. Como no sé la causa y no te puedo curar... Pero, ¿cuántas patologías hay que no tienen cura y se tratan? Si cuidas a los enfermos crónicos mejoras su calidad de vida". De esta manera defiende María López Matallana la necesidad de mejorar el seguimiento del colectivo de pacientes con fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y sensibilidad química múltiple. "Si quieres encontrarte un poco bien tiene que ser por tu cuenta", confirma desde Barcelona Patricia González. "Yo hago una serie de terapias alternativas como el chi kum, practico mucha relajación, cuido mi alimentación. Voy buscando alternativas porque no toleraba los tratamientos que me indicaban. Como no tenemos un medicamento concreto, es importante que nos faciliten más la medicina alternativa".

La importancia de la enfermería

La salmantina Cristina Arroyo tiene claro el papel importante que puede desempeñar la enfermera en su día a día. "Es una pena porque apenas tenemos contacto con la enfermería. Siempre nos dicen que somos un colectivo que necesita un seguimiento continuo, cada quince días. Pero, desafortunadamente, nadie asume esta tarea". María López Matallana afirma que "son enfermedades que aturullan mucho al paciente, lo abruman. Las enfermeras podrían acompañarnos y ayudarnos a saber qué nos pasa". Ese acompañamiento es el que realizan desde la asociación que preside María.

Apoyo a la investigación

El apoyo a la investigación, especialmente, para lograr un diagnóstico claro y mejorar la calidad de vida de las personas que sufren estas enfermedades es otra de las demandas que realizan las asociaciones de pacientes. En el ámbito de la fisioterapia, por ejemplo, la Escuela de Fisioterapia de la ONCE, en Madrid, está desarrollando un "fatigómetro" para medir el esfuerzo que pueden tolerar las personas con fatiga crónica mientras realizan ejercicio físico.

EMILIA ALTARRIBA ALBERCH
Pta. del Patronato de la Fundación FF

Lo que más nos duele es la incomprensión

Esta frase define el sentimiento de los enfermos de fibromialgia y síndrome de fatiga crónica, dos enfermedades caracterizadas por dolor generalizado y cansancio, con una alta prevalencia en la población y con gran deterioro de la calidad de vida, que cuentan con poco reconocimiento por parte de instituciones, profesionales y sociedad en general.

Según EPIFFAC, primer estudio epidemiológico realizado en España por la Fundación FF, los enfermos consideran que para mejorar su calidad de vida son prioritarios el reconocimiento de la enfermedad; el fomento de la investigación; la mejora de la atención sanitaria, la inserción laboral y el acceso a justas prestaciones sociales.

Con estos objetivos, la Fundación FF cuenta con el mayor banco de ADN de Fm/Sfc de toda Europa. Cada año convoca diversos premios de investigación, organiza un simposio internacional y cursos de formación online para profesionales y tiene un programa anual de formación de cuadros directivos de las más de cien asociaciones con las que tiene convenio de colaboración totalmente gratuito.

Todo ello para colaborar en conseguir la **NORMALIZACIÓN** de estas dos enfermedades en todos los ámbitos y para garantizar los derechos de los enfermos como ciudadanos y como enfermos.

Tesis doctoral

Malestares **en el margen**

La enfermera Almudena Alameda Cuesta ha estudiado el impacto de la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica y la sensibilidad química múltiple en la calidad de vida de las personas que las sufren

La problemática de las personas con fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y sensibilidad química múltiple es el eje de la tesis doctoral "Malestares en el margen", de la enfermera Almudena Alameda Cuesta, profesora de Enfermería Clínica en la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid. "Inicialmente, la investigación no abordaba estas enfermedades. Quería profundizar en el fenómeno de lo que se suele llamar 'hiperfrecuentación' a los centros sanitarios. Es un concepto muy relativo y una calificación moral que damos los profesionales sanitarios. Empecé a entrevistar a personas con fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y sensibilidad química múltiple. Contacté con sus asociaciones y encontré un perfil que no tiene nada que ver con la hiperfrecuentación. Algunas acuden con frecuencia, pero otras han dejado de recurrir al sistema al no encontrar una respuesta satisfactoria".

El carácter contestado es una característica común de las tres enfermedades. "Son procesos patológicos que se encuentran en discusión. Incluso se pone en cuestión su carácter como enfermedades biológicas, lo que genera problemas con los profesionales sanitarios, ya que existe un componente psiquiatrizador importante. Esto lleva a restar legitimidad a estas personas como enfermas reales".

La tesis concluye que estas enfermedades contribuyen a transformar la subjetividad de las personas que las sufren e incide en la necesidad de que el sistema sanitario se replantee las carencias en la atención que se les presta en la actualidad, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes y evitar convertirse en una fuente de iatrogenia.

Papel de enfermería

"Las enfermeras tienen un papel fundamental, ya que son enfermedades crónicas con un gran impacto en la calidad de vida", advierte Almudena Alameda. "Es importante el acompañamiento del enfermo para favorecer su toma de conciencia y fortalecimiento con el fin de construir un espacio legítimo en el que puedan depositar sus demandas de atención".

Consulta la tesis doctoral

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Tras realizar su tesis, Almudena Alameda se encuentra trabajando en la fase preliminar de una propuesta de intervención de cuidados de enfermería, para su futuro desarrollo en colaboración con la Unidad de Fibromialgia de la Clínica Universitaria de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.

Abordaje multisectorial

MAR RODRÍGUEZ GIMENA
Médica de Familia SERMAS

Desde hace diez años me dedico a la valoración de las personas con Sensibilidad Química Múltiple (SQM). Partía de un absoluto desconocimiento de esta nueva enfermedad relacionada con los químicos medioambientales. Gracias a la red de mujeres sanitarias entré en contacto con Carme Valls y asistí a uno de sus cursos de formación. Ya había leído en la revista Mujeres y Salud algo sobre las personas que, tras una exposición a algún pesticida o a disolventes en su lugar de trabajo, se sensibilizaban y enferman. Desde hace unos cuatro años también atiendo a personas con sensibilidad a campos electromagnéticos.

La SQM es un problema de salud complejo que precisa de un abordaje terapéutico multidisciplinar. Los cambios en la sintomatología se producen de manera rápida y la propuesta terapéutica debe adaptarse a este dinamismo. La comorbilidad debe ser atendida como parte del proceso terapéutico. Las diferentes profesionales que atendemos a las personas con SQM debemos intentar coordinarnos para evitar pruebas y visitas innecesarias.

La propuesta terapéutica debe adaptarse a los rápidos cambios en la sintomatología de la SQM

La SQM, en particular, y las enfermedades medioambientales, en general, precisan de un abordaje multidisciplinar, con protocolos que eviten la yatrogenia. Desde la soledad a la que me he enfrentado en las consultas de Atención Primaria, he detectado como necesarias algunas propuestas de cara a la atención en los centros de salud que enumero:

1. Procurar que los espacios de atención sean seguros, es decir, que estén exentos en lo posible de químicos. También nosotras debemos tener muy presente no usar productos químicos (perfumes, cosméticos, tintes recientes en el pelo, lavado de ropa con jabones no ecológicos y suavizantes...) cuando vayamos a valorar a estas pacientes, como indica el protocolo sobre SQM del Ministerio de Sanidad.

2. Formación básica del personal de medicina y enfermería de atención primaria. Debería impartirse en las formaciones curriculares y postgrado de medicina, enfermería, trabajo social, psicología y fisioterapia.

3. Seguimiento en las consultas de Atención Primaria, como ocurre con cualquier otra patología crónica, por parte del personal de medicina y enfermería, coordinadamente, tanto a nivel individual como grupal. Y una escucha libre de prejuicios de los síntomas que nos relatan las personas a las que atendemos. La atención grupal me parece imprescindible dado el aislamiento que provoca esta enfermedad.

4. Pamela Gibson, enfermera estadounidense que trabaja con personas con SQM y que ha publicado numerosas investigaciones sobre su impacto en la calidad de vida, señala que es muy importante tener en cuenta la frustración sufrida por las personas con SQM en su relación con los profesionales sanitarios, lo que debería servirnos para entender mejor las necesidades de apoyo de este grupo de personas y la importancia de aumentar su sensación de esperanza.

5. La consulta de enfermería debería hacer hincapié en fomentar entornos saludables aconsejando disminuir la carga química en el hogar, trabajo, agua, aseo personal... Aconsejar ejercicio físico regular acorde a las características de cada paciente y alimentación sana y ecológica según las posibilidades de la persona.

6. Seguimiento en las consultas de trabajo social porque la SQM va unida en muchos casos a discapacidad importante, que unida a la pérdida de trabajo en muchas ocasiones hacen que el empobrecimiento de este colectivo esté siendo casi la norma.

En algunos centros de atención primaria hay profesionales de fisioterapia y psicología. Dado que el dolor es un síntoma que aparece casi en el 100% de las personas, el tratamiento fisioterapeútico, sin emplear sustancias químicas, podría mejorar este síntoma. Sería importante que en la primera visita preguntaran por sensibilidad a campos electromagnéticos.

En cuanto a los problemas reactivos a la enfermedad en el ámbito de la salud mental, fundamentalmente ansiedad y depresión, deberían también ser atendidos en las consultas de psicología, a nivel individual y grupal.

Y para terminar recordar que :

Ellas son en nuestro mundo como "Los canarios en la mina de carbón. Lo que les ha sucedido a ellas sucederá a muchas otras personas a menos que limpiemos nuestro entorno".

ANTONIO BURGUEÑO CARBONELL
Ex director general de Hospitales de la Comunidad de Madrid

Aquellos practicantes con los que yo trabajé

Quiero comenzar manifestando lo feliz que estoy por poder escribir en una revista que reciben, y seguro leen, cien mil profesionales de enfermería. Y, como siempre, mi sublevación con este maravilloso idioma que tenemos, que no resuelve el "fallo" de aplicar el género a muchos oficios y pertenencias, sin tener la suerte del inglés, "nurse". Por ello en adelante, aplicaré, si se me permite, por íntimas razones y por mayoría el genérico femenino.

Nada mejor para iniciar esta apasionante tarea, que escribir a manera de homenaje personal y colectivo, si me sale bien, a los practicantes que durante una gran parte de los dos últimos siglos sirvieron con vocación y ejemplar dedicación a la atención de los pacientes y a sentar los cauces de la enfermería actual. Como esta revista se define, con gran acierto a mi entender, en "desarrollo" porque nada mejor que ponerse como titulo la propia exigencia de "mejora constante", ya que es una profesión inacabada a la que la sociedad le debe liberar sus grandes capacidades. Bueno es que empiece esta colaboración rindiendo homenaje a mis compañeros de juventud, los entonces llamados practicantes.

La primera noticia que tengo de mi vocación sanadora es una mezcla indefinida entre los personajes que acompañaron mi infancia. Mi padre, era mancebo de farmacia, con farmacéutico alejado, porque la oficina donde trabajaba era de una viuda de guerra, con dieciocho años de enseñanza de mancebo y tres de ellos de sanitario en los centros de atención de heridos en el frente de Madrid. Sus conocimientos, muy superiores a la función, abarcaban todas las prácticas al uso en los años de la posguerra, lo que era reconocido por médicos, practicantes, contertulios de rebotica y los vecinos, en particular, si bien el intrusismo profesional solo lo ejercía con sus hijos, a los que cosía con gran destreza las heridas, nos aplicaba las vacunas y suministraba los remedios, que siempre eran eficaces.

Con tan singular pertenencia, el recuerdo me lleva a recordar al primer médico que paraba en la puerta de la botica, para dar alguna instrucción a mi padre, sin bajarse del coche de un caballo, cuyo cochero "el tío muerte", tal era el mote que tenía su familia en mi pueblo. Don Eusebio Lumbreras, debía saber tanto que siempre supuse, que a él se le debía atribuir aquello de "saber tanto que es una lumbrera".

A mi primera enfermedad debió ir, también, Don Florentino, entrañable amigo de mi padre, médico titular, que al tercer día de anuria, diagnosticó mi glomerulonefritis postescarlatinosa, que aún me duró nueve días más. Pero si no me acuerdo de ver al médico, sí que me acuerdo de Gabino, el primer practicante que me ponía a diario ventosas en la espalda, cuyo efecto milagroso es que a los nueve días se inició la poliuria y con ello mi salvación. Gabino me había curado.

De ese escenario que me acompañó toda mi infancia, salió mi indefinida vocación de sanador, que podría haber sido aplicada a cualquiera de las tareas con las convivía. Así, cuando ejercí en mi primer trabajo de médico, confundía mi quehacer con el de Don Julián, el practicante, Doña Ángeles, la farmacéutica y Don Luís, el veterinario. Pero con el que compartía todos mis trabajos eran con Don Julián, el practicante. Así seguir, tras de su muerte en accidente, hasta que cuatro años después vino Don Ramón.

Desde Casarrubios del Monte, en Toledo, apruebo la entrada en la Sanidad del Aire que me llevó a mi primer destino en Calatayud, donde volví a encontrarme con otros ejemplares de acendrada vocación de sanar y cuidar: Don Tomás, practicante titular de Paracuellos de Jiloca, Don José, del Frasno, y el Brigada Abilio, a quien tanto quise, que le obligué a pedir destino a la capital para que pudie-

FOTO: Archivo del Sanatorio de Fontilles (Alicante)

ra mejorar su estatus profesional y familiar. Su entrega sin horas debió ser sustituida por dos magníficos profesionales, a la sazón de reciente ingreso en la Sanidad del Aire, cuyos destinos han sido de enorme especialización y de quien me llegan lamentables noticias personales, que deseo supere.

A Don José, el practicante titular de El Frasno me lo presento el médico del mismo pueblo, Don Pepico, que merece ser el protagonista en una novela costumbrista. Mira "maño", aquí te presento al practicante que, como ves, porque es tan serio y capaz la gente le llama Don José y a mí, médico, "Don Pepico". Y es que los enfermos del pueblo eran seguidos de continuo por el Practicante y, a saltos y a deshoras, por Pepico.

Pero, mi derrotero de personajes englobados en esa profesión que desarrolló y devino a ser ATS, que en su caminar pasó a ser Enfermería y más tarde DUE, para pasar a Grado y con Especialidad en la inmediatez, no ha terminado sin escribir de Don Tomás Montañés, el practicante titular de Paracuellos del Jiloca. Cuando llegué al pueblo, de médico titular, junto a Calatayud donde vivía, me fui a saludar al que iba a ser mi amigo y compañero. Me ofreció su consulta para pasar la mía. Allí compartíamos el quehacer que él mismo ordenaba y las tareas que él definía. Padecía un enfisema pulmonar con insuficiencia cardiorespiratoria y disnea de reposo. A mí me tocaban todas las tareas domiciliarias, ya fueran urgentes, programadas a diario o las que a él le parecía debía incluir. Así el día que me veía más aliviado, decía "suba a poner la cortisona depot a la abogada", apodo dado por la universidad del pueblo, que padecía una artritis reumatoide, en una cueva.A las horas en las que yo no estaba, él recibía los avisos y me llamaba para acudir en las condiciones de rapidez que me indicaba. Su sentido y su conocimiento de las personas, su historial y su gran pericia, le condujo a acertar siempre.

Jamás lo consideré mi ayudante, siempre entendí que había conseguido el sueño de mi infancia, en el que a ratos era médico, a ratos era enfermero, otras suministraba el medicamento del depósito de farmacia de Don Tomás y siempre ejercía, no sé con cuál de los papeles, mi pasión de sanador.

Más tarde, en un equipo de casa de socorro en Madrid, a mi amigo José Luis Gilarranz le ayudé a hacerse médico, el sueño de su corta y fructífera vida, a quien le debe el SAMUR su nacimiento. Y a mi amigo Pascual Serrano, que entró de ATS. Un día se fue de periodista. Con él compartí sueños e ilusiones y quizás una manera de compartir un mundo futuro común desde dos visiones diferentes.

A todos ellos les debo los mejores años de mi vida profesional, cuando compartimos el quehacer de nuestros enfermos y las ilusiones de volcarnos sobre ellos, sin niveles de atención.

A ellos, los practicantes, les debo los mejores años de mi vida profesional, cuando compartimos el quehacer de nuestros enfermos y las ilusiones de volcarnos sobre ellos, sin niveles de atención

Salud y prevención

Aprendizaje entre iguales contra alcohol y drogas

Los alumnos de Enfermería de la Universitat Internacional de Catalunya previenen el consumo de alcohol y drogas entre los adolescentes

'¿Qué pasa cuando te pasas?' es el lema y la finalidad de las jornadas de sensibilización de la población adolescente sobre las consecuencias del consumo de drogas y alcohol que organiza cada año, desde 2012, el Departamento de Enfermería de la Universitat Internacional de Catalunya en su campus de Sant Cugat. Su última edición, celebrada esta primavera, contó con la participación de 336 alumnos de bachillerato y ciclos formativos de escuelas de Cataluña y con el trabajo, voluntario, de 72 alumnos de los cuatro cursos del Grado de Enfermería de la UIC.

"Todo surge coincidiendo con nuestro décimo aniversario como Departamento de Enfermería. Queríamos celebrarlo dando protagonismo a nuestros estudiantes. En paralelo, asistimos a la presentación de un informe del Ayuntamiento de Sant Cugat sobre el consumo de alcohol y drogas entre los adolescentes. Nos llamó la atención que los jóvenes, cuando se pasan del límite, no llaman a sus padres o a los servicios de emergencias, sino que ellos mismos atienden a sus amigos. Ahí surgió la idea: dotarlos de herramientas para atender a los compañeros que se han excedido. Pensamos en unas jornadas para concienciar a los alumnos de enseñanza secundaria. Para llegar a ellos mejor, empleamos la metodología del aprendizaje entre iguales. Son nuestros estudiantes quienes imparten los talleres que diseñamos", explica Encarna Rodríguez, subdirectora del departamento de Enfermería.

ALUMNOS VOLUNTARIOS DE LA JORNADA

Una comisión organizadora de doce alumnos es la encargada de convocar a los voluntarios y diseñar la estructura de los talleres, con el apoyo de los profesores y del resto de estudiantes. David Martínez, Enric Muniente y Marc Stierle, estudiantes de tercero de Grado, forman parte de esta comisión. Es una experiencia "muy enriquecedora, porque trabajas con jóvenes como tú a los que transmites tus conocimientos de forma cercana y lúdica, lo que resulta muy efectivo", destaca David. "Logramos una conexión más próxima que los profesores y se identifican mejor con nosotros", completa Marc. "Aprendemos a trabajar en equipo, uno de los aspectos más valorados en enfermería", subraya Enric.

Durante una mañana, el campus de la UIC abre sus puertas a los alumnos de secundaria. Las actividades comienzan con una escenificación de abuso del alcohol. Posteriormente, participan en cinco talleres de 30 minutos sobre las consecuencias del alcohol, reanimación cardio-pulmonar, primeros auxilios, simulación de una discoteca y abuso de las nuevas tecnologías provocado por los excesos. "Estamos muy satisfechos, forma parte de nuestro compromiso social como departamento y universidad, realizamos nuestra aportación contando lo que sabemos, sensibilizando y mejorando el conocimiento de los jóvenes, por ejemplo, sobre RCP".

Prevención, consejos de salud, sensibilización y aprendizaje entre iguales son las características más importantes de las jornadas sobre consumo de alcohol y drogas de la UIC

Fomento del rol docente

Los estudiantes de enfermería son los responsables de impartir los talleres de la jornada, un hecho que les resulta muy enriquecedor para su futuro, como asegura David Martínez. "Desde el punto de vista formativo, esta experiencia me ha permitido, como coordinador, adquirir habilidades para saber liderar un equipo. Ahora tenemos una asignatura obligatoria que es el rol docente. Gracias a estas jornadas lo estamos desarrollando, ya que es muy distinto adquirir unos conocimientos en un aula a tener que explicarlos y transmitirlos a jóvenes de tu misma edad". En todo momento, los alumnos están acompañados por un profesor, según indica Encarna Rodríguez. "Siempre hacemos una exposición oral previa, ensayada, para que el estudiante se sienta seguro. En cada taller, siempre hay un profesor que sigue su desarrollo y que solo interviene al final, si es necesario, para realizar aclaraciones".

Taller de RCP impartido a adolescentes por los estudiantes de enfermería de la UIC

Creatividad de los estudiantes

La simulación de la discoteca se creó a propuesta de los alumnos de la comisión. "Primero se divierten bailando. Subimos su adrenalina. Después, proyectamos un audiovisual con las consecuencias de tomar la mala decisión de conducir en estado etílico. Ocurre el accidente. Entonces, un miembro de la Asociación de Prevención de Accidentes de Tráfico explica cómo perdió a su hijo", explica Enric. "Queremos que tomen sus decisiones con responsabilidad", añade Marc.

La importancia de la RCP

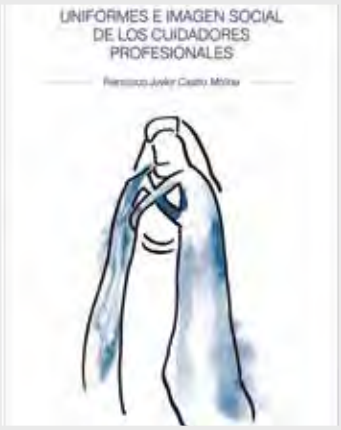
El taller de RCP tiene como objetivo mejorar el conocimiento de los jóvenes sobre las técnicas de reanimación. Para ello cuentan con la colaboración del Sistema de Emergencias Médicas de Cataluña. "La tasa de conocimiento que tiene la población es bajísima. Dices, hay que intentar hacer algo, porque mañana la víctima puedo ser yo. Dependemos de cuatro minutos, del conocimiento de la primera persona que te pueda atender", subraya la profesora Encarna Rodríguez.

De izquierda a derecha, imagen del Manicomio Provincial de Tenerife y fotografía de una enfermera en la farmacia del Hospital Civil de Santa Cruz de Tenerife en

La historia como aprendizaje

El trabajo del enfermero Francisco Javier Castro es una referencia indispensable para conocer la historia de la salud en las Islas Canarias

Año 1936. El consejero del Cabildo Insular de Tenerife, Manuel Bethencourt del Río, propuso un nuevo reglamento para el Hospital Civil de Santa Cruz. La norma creaba la figura de la directora de enfermeras, que aparece al mismo nivel del director médico. El documento se encuentra en el Archivo del Cabildo. Allí lo encontró el enfermero Francisco Javier Castro Molina, durante el curso de una de sus múltiples investigaciones sobre la historia de la enfermería. "Es el hallazgo que más me ha emocionado. Es un planteamiento muy innovador. Crea una directora de enfermería. A su cargo están las supervisoras y el resto de enfermeras. Además, en el consejo de administración se encuentra al mismo nivel que el director médico. Fue una lástima porque el reglamento apenas duró unos meses, ya que fue derogado en agosto, con la Guerra Civil. La figura de la dirección de enfermería ya no volverá a aparecer hasta los años 80 del siglo pasado".



Los uniformes y la imagen social de la enfermería es una de las múltiples publicaciones del enfermero canario Francisco Javier Castro Molina.

Los archivos históricos forman parte de la vida de Francisco Javier al mismo nivel que la planta de agudos del Hospital Universitario de Canarias, donde trabaja desde hace veinte años como enfermero especialista en Salud Mental. Los caminos de la historia y la enfermería confluyeron en la trayectoria de Francisco Javier hace veinte años. "En 1996 gané la plaza en oposiciones y empecé a estudiar otra carrera. Siempre había queri-

n 1949. En la página de la derecha, Francisco Javier Castro Molina

Vínculo profesional

Francisco Javier Castro es enfermero, historiador y antropólogo, máster en Docencia e Investigación en Educación Superior, tutor de prácticas de la asignatura de Enfermería de Salud Mental en la EUE de la Universidad de La Laguna y delegado para Canarias de la ANESM (Asociación Nacional de Enfermería Salud Mental). Es miembro de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería, la Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral, la Sociedad Española de Patología Dual, la Asociación Canaria de Historia de la Profesión Enfermera y la Sociedad Canaria de Historia de la Medicina. Con esta última entidad, junto a la Asociación Cultural Tu Santa Cruz, inauguró el ciclo de conferencias sobre la I Guerra Mundial con una ponencia sobre el papel de la enfermera en esta contienda. Dirige dos publicaciones, la revista EGLE sobre historia de los cuidadores profesionales y la revista Presencia, relacionada con la enfermería de salud mental (ANESM-Fundación INDEX).

do hacer Historia y elegí Historia del Arte porque me permitía combinar la arquitectura con mi profesión y aficiones. Así es como comienzo a investigar los espacios para el cuidado, cómo se había modificado a lo largo de los siglos en Canarias, desde que los castellanos pusieron por primera vez los pies aquí hasta la actualidad. Son cinco siglos, un corte transversal increíble en el que estuve trabajando diez años". Así configuró su "Arquitectura y medicina en Canarias. Dispositivos asistenciales y recursos sanitarios en Tenerife (s. XV-XX)", con la que obtuvo el título de doctor con calificación Cum Laude por la Universidad de La Laguna. "Diferencio tres períodos de la arquitectura. El momento del Antiguo Régimen, como lo llamo, con hospitales claustrales que se copian de las coronas de Castilla y Portugal. Ya en el s. XIX se desarrolla el modelo higienista, en el que destacan el antiguo Hospital Psiquiátrico, con planta de peine, y el Hospital Militar, en forma de espina. Los dos se ubican junto al principal barranco de Santa Cruz, Santos, para aprovechar la circulación del aire y eliminar los miasmas. Por último, ya en el s. XX tenemos el sanatorio antituberculoso de Ofra, un hospital monobloque, con grandes terrazas para la helioterapia y en forma de T". Así fue como la particularidad del clima de Canarias para curar la tuberculosis atrajo la atención de Europa. "En los años 10 del siglo pasado ya tenemos una expedición de alemanes para estudiar las facultades de las cañadas del Teide, con los sanatorios de altura. Posteriormente, llegaron los ingleses, interesados en los sanatorios relacionados con la toma de aguas", explica Francisco Javier, antes de regresar al origen de sus investigaciones para indicarnos que la referencia más antigua a los cuidados es del s. XVI. "En los libros de data encuentras los pagos por las intervenciones de los primeros cuidadores que vinieron con los primeros conquistadores. Tiene mucha importancia la orden de San Agustín. De hecho, el primer hospital de Tenerife fue el agustino del Espíritu Santo. Hoy no queda nada, sólo el convento reconvertido en un instituto de enseñanza media".

El Seminario Canario de Historia de la Enfermería es una de las iniciativas en las que colabora Francisco Javier Castro. Entre sus proyectos destaca la creación de un museo sobre la enfermería en Canarias. Ya cuentan con una biblioteca de 3.000 volúmenes de los ss. XVIII al XX. En noviembre organizarán el II Foro Canario de Historia de la Enfermería.

Recorrido por los edificios históricos
A continuación presentamos una muestra fotográfica con algunos de los edificios más significativos de la historia de la salud en las Islas Canarias, según la propuesta realizada por Francisco Javier Castro Molina

Hospital de San Sebastián
Es un hospital civil de La Laguna, construido en el s. XVI para las personas sin recursos.Hoy es un asilo.

Real Hospital de Ntra. Sra. de los Dolores y San Martín.
Construido en La Laguna. Protegido por la Corona, que pagaba su mantenimiento.

Sanatorio Enfermeria Antituberculoso de Ofra.
Imagen del año 1944 del sanatorio de Ofra, en Santa Cruz de Tenerife.

Hospital Ntra. Sra. de los Desamparados
En Santa Cruz de Tenerife. Se conserva parte de la pequeña infraestructura, hoy es un museo. Es un hospital ilustrado, inspirado en el Hospital de Fliarete en Milán.

FCO. JAVIER CASTRO MOLINA
Enfermero e historiador*

Un crisol de saberes

Durante siglos, las Islas han constituido un hervidero de culturas, que bien arribaron desde el Nuevo Mundo como lugar de paso, o que eran el fruto del recalo de europeos que partían hacia los confines desconocidos.

Las Canarias se convirtieron en un crisol de diferentes "tipos de saberes" entre los que se encontraban el botánico, el geológico, el astronómico, el etnoantropológico y, sobre todo, el conocimiento centrado en la salud.

El turismo sanitario, que buscaba cura a la tuberculosis pulmonar, fue una constante insular que obligó a la fundación de numerosos establecimientos que procuraban cubrir estas necesidades.

Venir a las Canarias, no solo significa sol y playa. Existen muchas posibilidades, entre las que destacan el contacto con la naturaleza, la riqueza de costumbre y el disfrute de más de cinco siglos de historia.

Historia que se aglutina en una considerable variedad de hospitales y sanatorios regados por todo el territorio insular que son de obligada visita.

***tenerifejavier@gmail.com**

www.enfermeriaendesarrollo.es

La revista de las enfermeras que pone en valor la profesión

ED · ENFERMERÍA EN DESARROLLO

enfermeriaendesarrollo@fuden.es

Premios Enfermería en Desarrollo

Reconocemos a los mejores profesionales del año en siete categorías

Calidad percibida
Innovación y creatividad
Promoción del autocuidado
Iniciativas corresponsables
Ámbito universitario
Trabajo enfermero
Enfermería Tv

Consulta las bases en
www.enfermeriaendesarrollo.es
¡Participa!

Abierta convocatoria 2015