

**Día Internacional de
la Enfermería**

Cuidados contra la pobreza

La Enfermería es básica para
mejorar la salud de las poblaciones
empobrecidas **PAG. 22**

Mari Paz Mompart

"Las enfermeras son la mejor
solución para muchos problemas
de la sanidad" **PAG. 28**

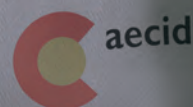
Fibrosis quística

Cuando los cuidados van más allá

PAG. 37



Fuden
Cooperación
Enfermera



aecid



Presentación

Una revista de las enfermeras

Seis claves para entender la nueva publicación de la Enfermería

EN DESARROLLO

Poner en valor a la Enfermería así como todo aquello que realizan las enfermeras y prestigia a la profesión. Es el principal objetivo de vuestra nueva revista

1

Una revista para la Enfermería.

Dirigida al conjunto de las enfermeras y los fisioterapeutas y a los estudiantes de Enfermería, así como al colectivo científico sanitario, en general, y a la comunidad universitaria. Además, tiene en cuenta las inquietudes de los pacientes y de las asociaciones de pacientes.

2

Seguimiento de las novedades de la profesión.

Los contenidos abordan las principales novedades relacionadas con la Enfermería y la sanidad en los ámbitos nacional e internacional. También informa sobre la actualidad laboral de las enfermeras.

3

Aspectos valiosos del cuidado.

Las informaciones desarrollan todo aquello que realizan las enfermeras y que en muchas ocasiones no se difunde, a pesar de que prestigian al colectivo, que está asumiendo nuevos espacios y retos vinculados con los cuidados de salud.

4

Desarrollo profesional.

La revista ofrece el análisis en profundidad de temas de interés para la Enfermería y muestra los ámbitos y aspectos del cuidado en los que las enfermeras desarrollan nuevas competencias profesionales. Los estudiantes también tienen su espacio propio para expresar sus inquietudes.

5

La Enfermería en la sociedad.

Los temas exponen el punto de vista de los pacientes y asociaciones sobre los cuidados enfermeros y presentan a la Enfermería en el contexto social en el que realiza su trabajo, desde el punto de vista profesional y personal de cada enfermera.

6

Servicios profesionales.

La revista facilita los servicios profesionales que las enfermeras tienen a su disposición a través de las organizaciones que trabajan en defensa de sus derechos y, al mismo tiempo, impulsan el desarrollo profesional de las mismas.

Nº 0

Mayo de 2013
Día Internacional
de la Enfermería

**Enfermería y ODM Pág. 6**

La cooperación enfermera es básica para promover el cumplimiento de los Objetivos del Milenio antes de 2015.

Entrevista
MARI PAZ MOMPART
**En primera persona Pág. 28**

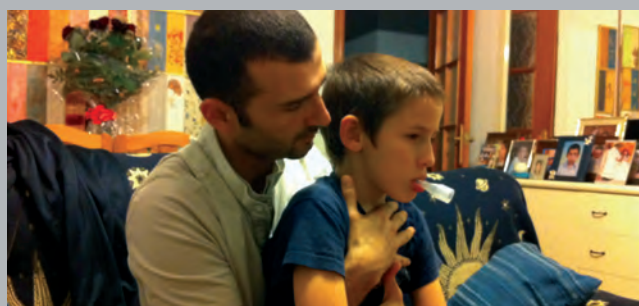
“Las enfermeras son la mejor solución para muchos problemas de la sanidad”, advierte la profesora Mompart.



Edita: Sindicato de Enfermería
Presidente: Víctor Aznar Marcén
Directora: Yolanda Núñez Gelado
Directora editorial: Amelia Amezcua
Redactor jefe: Juan Andrés Siles
Diseño: Carmen Castillo Delgado
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: Sergrim S.L.
Depósito Legal: M-15637-2013.

**Manos solidarias**

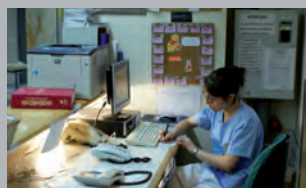
Las enfermeras Rocío López y María Luisa Grande nos relatan el trabajo y el voluntariado que realizan con organizaciones como Cruz Roja y Jaén Acoge para mejorar la vida de la población inmigrante.
Pág. 44

**Cuando los cuidados van más allá**

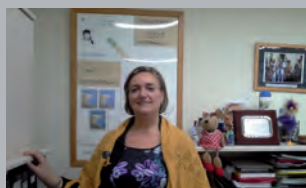
Enfermeras y fisioterapeutas son fundamentales para cuidar a los pacientes de fibrosis quística. Conocemos su realidad a través de la Federación Española de Fibrosis Quística.
Pág. 37

**Desarrollo profesional**
Pág. 16

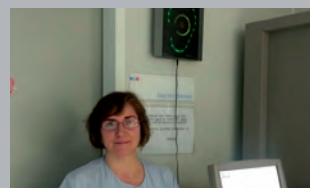
Enfermeras del hospital de La Paz canalizan vías periféricas con ecógrafo.

**Laboral**
Pág. 18

El Itinerario Laboral es una de las apuestas de futuro del Sindicato de Enfermería.

**Cátedra de Enfermería**
Pág. 24

María Teresa Lluch es la única catedrática de Enfermería en España en salud mental.

**Ecología del entorno**
Pág. 40

El Hospital de Guadarrama en Madrid reduce el ruido para cuidar a los pacientes.

Escriben en este número: Gloria Montenegro, Ana Gil Oliveres, Raúl Sánchez Cano, Pilar Marqués Sánchez, Tomás Castillo Arenal, Ángel María Herrera, Ana María Cecilia y Cristina Francisco del Rey.



**VÍCTOR AZNAR
MARCÉN**

Presidente de SATSE

La Enfermería cuenta

Hace unos días, leía que se celebraba el VII Seminario Internacional de Lengua y Periodismo en nuestro país bajo el título “El lenguaje de la crisis”. En él, prestigiosos expertos del mundo de la comunicación, la filosofía y la lingüística reflexionaban sobre la influencia de la crisis en el modo en el que los medios transmiten la realidad y cómo algunos términos de lenguaje especializado de economía o derecho, como prima de riesgo, dación en pago, o recesión... se han incorporado a las conversaciones habituales de los ciudadanos. En definitiva, se ha debatido sobre la influencia de las palabras, en muchos casos intencionadas, en la generación de la crisis como corriente de pensamiento en la sociedad. Y es que los discursos, el uso de determinadas palabras, e incluso la incorporación o recuperación de un determinado lenguaje al narrar los sucesos, los hechos acontecidos, al relatar las historias, juegan un papel determinante en cómo se vive la realidad generando corrientes de pensamiento que van ligadas a movimientos sociales.

En la mayoría de las ocasiones estas corrientes de pensamiento se generan desde unas experiencias negativas, como ha ocurrido con la crisis. Se construye en torno a ellas un sentir popular que conlleva cierto asociacionismo y necesidad de pertenencia al, llamémoslo, “grupo de afectados”; personas que se unen en una lucha común para mejorar su situación. Estas corrientes de pensamiento, que emergen en torno a una experiencia negativa, corren el riesgo de anclarse en esa situación desfavorable que, sin embargo, puede ser necesaria para la supervivencia misma del movimiento; sin víctima, no hay héroe ni causa que justifique su permanencia en el tiempo, salvo seguir generando un discurso catastrofista de la situación para alimentar ese movimiento. Esto también puede que le haya ocurrido a la Enfermería.

A lo largo de la historia de la Enfermería española, los enfermeros y enfermeras nos hemos unido en muchas ocasiones, hemos generado discursos y corrientes de pensamiento y hemos abanderado verdaderos movimientos sociales, pero casi siempre, hemos escrito esta historia desde el lado de la penosidad asistencial, que



Es hora de escribir la historia desde el bienestar que trasladamos a quienes cuidamos

hemos trasladado desde nuestras condiciones laborales a la seña de identidad de nuestro colectivo. Es hora de escribir la historia desde el bienestar que trasladamos a los que cuidamos, a toda la sociedad, desde los logros conseguidos y desde los beneficios que hemos aportado y que aportamos a todo el mundo. Es hora de que hablemos en primera persona de todas nuestras iniciativas y de nuestros valores porque sólo de este discurso enfermero, se generará una corriente de pensamiento sobre la Enfermería entre nosotros mismos, y en la sociedad.

He aquí un espacio en blanco para escribir nuestra historia como enfermeras.



**YOLANDA
NÚÑEZ GELADO**

Directora de Enfermería
en Desarrollo

Aprender a APRENDER

Las experiencias singulares que cada uno de nosotros acumula a lo largo de su trayectoria profesional no deben quedar en el olvido. Suponen una oportunidad hacerlas visibles, por un lado, como reconocimiento a aquéllos que han ido más allá de lo tradicionalmente establecido y, por otro, por la aportación que conllevan en cuanto a creación de conocimiento.

Son cada vez más los profesionales que se preguntan por la repercusión de las múltiples investigaciones sobre cuidados que se están llevando a cabo en las universidades, en las fundaciones de investigación y en las unidades de Enfermería. Pero son más, aún, los que comienzan a tener claro que la experiencia no es suficiente para los retos a los que se enfrentan y empiezan a formarse, a aprender y a contrastarla con la evidencia científica, transfiriendo estos conocimientos a su práctica clínica, mejorando sus resultados y contribuyendo al bienestar de sus pacientes.

Esta revista pretende recoger estas experiencias singulares de personas que un día decidieron abrir nuevos horizontes o que han dado forma a proyectos que nuestra profesión exigía y que la sociedad demandaba. Además, quiere crear un espacio donde compartir todo aquello que pueda suponer un estímulo a una profesión que está en su mejor momento de preparación, comprometida con los problemas de salud de la población, sensible a los retos de una sociedad en constante evolución y segura de la importancia de su papel como motor de salud y de cambio.

Las personas, a través del conocimiento que acumulan y generan, son nuestro principal activo. En estos momentos, más que nunca, es necesario preservar este valor, pues sabemos que las enfermeras no son parte del problema, sino de la solución.

¿Podemos vernos como una profesión segura de su contribución y consistente en sus planteamientos? ¿Con

un liderazgo capaz de generar compromiso? Para ello, necesitamos dejar de gestionar a las enfermeras como un coste y empezar a verlas como un activo, superar el monólogo profesional dominante por el diálogo profesional dirigido hacia resultados y a devolver a las personas el orgullo por el trabajo bien hecho. Estoy segura de que promover esta cultura y las condiciones que favorezcan la creatividad, la innovación, la cooperación, el trabajo en equipo, el aprendizaje y, en definitiva, la pasión por nuestra profesión, no nos puede resultar difícil si sabemos reconocer a las enfermeras que un día creyeron en los aspectos valiosos del cuidado e hicieron de ellos su carta de presentación, así como a los que hoy siguen buscando oportunidades de crecimiento en nuestro ámbito, sin olvidar a los aventureros que exploran por otras disciplinas, por otros entornos y siempre regresan para mostrarnos las novedades.

Me siento orgullosa de colaborar en la elaboración de esta revista, que nace con la intención de conectar los diferentes ámbitos profesionales, de conocer las tendencias, iniciativas y mejores prácticas utilizadas en los diferentes servicios de salud nacionales e internacionales, de conocer e impulsar la participación del ciu-

dadano en el sistema, así como la de los futuros profesionales, añadiendo una mirada fresca y diferente al valor del cuidado.

Uno de los grandes retos de nuestra profesión es compartir una misma ilusión, el altruismo, la cooperación y crecer sobre unas bases seguras que favorezcan la innovación, desde el respeto de la singularidad de cada uno de los profesionales, y apostar por la integración como colectivo, buscando siempre, en cada una de las acciones, la posibilidad de crecimiento personal y profesional. Nuestro principal objetivo es que esta revista contribuya a aprender a aprender durante toda la vida, como requisito fundamental para evitar la obsolescencia.

**La revista quiere crear un espacio
donde compartir todo aquello que pueda
suponer un estímulo a la profesión**

Día Internacional de la Enfermería
Enfermería en Desarrollo nace el 12 de mayo, Día de la Enfermería, este año dedicado a los Objetivos del Milenio. En las próximas páginas explicamos cuánto aportan las enfermeras a su consecución



Cuidados contra la pobreza

La cooperación enfermera es básica para promover el cumplimiento de los Objetivos del Milenio vinculados con la salud

TEXTOS: Juan Andrés Siles / FOTOS: Fuden

La Organización Mundial de la Salud considera a las enfermeras como profesionales imprescindibles para mejorar la salud de las poblaciones empobrecidas y promover el cumplimiento de los Objetivos del Milenio, establecidos por Naciones Unidas. Este 12 de mayo, Día de la Enfermería, se ha celebrado con la intención de mostrar el trabajo realizado por las enfermeras para promover su consecución antes de 2015.

Las enfermeras ejercen como agentes de cambio y transformación social en todos aquellos lugares en los que desarrollan su labor. En este sentido, la Enfermería aporta recursos humanos de salud básicos, puesto que sus profesionales promueven cambios en el ámbito de los cuidados para mejorar la salud de la población. Son profesionales eficientes y eficaces. Su principal herramienta de trabajo es la promoción de la salud. Al respecto, el hecho de asegurar un número suficiente de enfermeras, con formación cualificada, implica un impacto positivo en la salud de la población.

¿Qué pueden hacer las enfermeras para promover el desarrollo?

En los países empobrecidos, el acceso de la población a unos cuidados de salud dignos, llevados a cabo por las enfermeras, permite romper el binomio pobreza y enfermedad. La salud es un



**5****MEJORAR LA SALUD
EN LA MATERNIDAD****6****AVANZAR EN LA LUCHA
CONTRA EL VIH Y OTRAS
ENFERMEDADES**

derecho de todas las personas y un factor imprescindible para el ejercicio efectivo de los derechos humanos y la erradicación de la pobreza, un objetivo en el que la Enfermería es un instrumento eficaz.

A lo largo de los últimos años, las enfermeras han asumido de forma progresiva nuevos roles y funciones en las acciones solidarias, un hecho que las convierte en un agente de desarrollo esencial para lograr los Objetivos del Milenio, establecidos para 2015.

La Enfermería es básica para promover los ODM 4, 5 y 6 vinculados directamente con la salud: reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años, mejorar la salud materna y disminuir la incidencia de enfermedades como el VIH/Sida, la malaria y la tuberculosis. Así lo explica Victoria Núñez, cooperante de la Fundación para

el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN) con experiencia en Níger y Haití. “La enfermera es un punto clave para el desarrollo de las metas del milenio, porque estamos facultadas para desarrollarlos todos, tanto a nivel profesional como personal, asistencial y docente. Tenemos toda la formación que necesitamos y tenemos coraje y ganas de lograrlo”. La cooperación enfermera es esencial porque aporta conocimiento, experiencia y, sobre todo, fomenta la educación para la salud como un valor del ser humano.

En www.enfermeriatv.es

La Enfermería y los ODM

Programa en el que las enfermeras exponen su contribución a los ODM

Más del 80% de los problemas de salud los resuelven enfermeras

Juan José Fernández es cooperante de FUDEN en Guinea Ecuatorial. Afirma que “el 80% de la problemática de salud de las personas en los países empobrecidos son resueltos por la Enfermería. Así de claro. Tienes que hacer hincapié en estos profesionales para que el sistema sanitario público funcione”.

La Enfermería puede liderar estrategias para cumplir los ODM

Juan Valera es especialista en liderazgo con experiencia en cooperación en Níger. Asegura que “en lugares donde la mortalidad materna e infantil es alta, así como la incidencia de enfermedades como la malaria, la labor de las enfermeras es imprescindible, en cuanto a los cuidados y a la educación en salud”.

Educar a la población es una de las claves

Desirée Peraza es enfermera experta en sexualidad y planificación familiar, con experiencia en Nicaragua. A su juicio, las enfermeras tienen “una función docente y educativa muy importante con la población, porque hacemos un seguimiento de los pacientes y somos el primer contacto al que nos piden consejo y recomendaciones”.



Acto de graduación de las enfermeras latinoamericanas celebrado en la Universidad Autónoma de Madrid

Cooperación enfermera

Protagonistas de su propio desarrollo

Un grupo de 16 enfermeras de El Salvador, Guatemala y Nicaragua se han formado en España como expertas en cuidados neonatales

La promoción de los cuidados enfermeros es fundamental para mejorar la salud materna y neonatal. En lugares como Centroamérica, las enfermeras desempeñan un papel central para conseguir Objetivos del Milenio como la reducción de la mortalidad de las madres y de los niños menores de cinco años. Gracias a una beca de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), enfermeras de El Salvador, Guatemala y Nicaragua han cursado en España el Experto en Cuidados Neonatales de la Universidad Autónoma

de Madrid. Ha sido una de las actividades del convenio que FUDEN y AECID vienen desarrollando desde el año 2010 para mejorar la salud materna y neonatal en Centroamérica.

Durante seis meses, las enfermeras latinoamericanas han cursado el experto universitario en las aulas de

FUDEN y AECID trabajan en Centroamérica para reducir la mortalidad materna y neonatal

la Fundación, donde han recibido las clases teóricas, a través del campus virtual para los posgrados de FUDEN y la Universidad Autónoma de Madrid. La teoría la han reforzado con las sesiones presenciales impartidas en la Facultad de Medicina de la UAM y con las prácticas en la unidades de puerperio y neonatos del Hospital Universitario de La Paz de Madrid. De esta forma, han adquirido los mismos conocimientos y habilidades prácticas y han desarrollado las mismas competencias que el más de medio centenar de estudiantes

Ana Lisia Alfaro (El Salvador)



“Mi madre me dijo que no sólo de pan vive el hombre, sino de toda palabra sabia y he tenido seis meses para aprender esas palabras sabias. Todos estos conocimientos espero darlos a mis compañeras”.

Onelia del Socorro Galeano (Nicaragua)



“Un desarrollo personal, la convivencia con las compañeras, conocer otra cultura, otra manera de vivir, incluso de ver la salud, porque la enfermera en España es muy independiente en sus decisiones”.

Amada Elena Pinto de Vásquez (Guatemala)



“Muy buena la experiencia, muy bonitos los conocimientos. Fue un aprendizaje muy grande que nos servirá no sólo como profesionales de Enfermería, sino también para nuestra propia vida”.

españolas que también están cursando esta misma formación superior de la UAM.

Comprometidas por la salud

La directora de FUDEN, Amelia Amezcua, afirma que ahora comienza lo más difícil, una vez todas han concluido con éxito el experto. “Les queda el mayor reto, porque tienen que replicar la experiencia adaptándola, cada una, a sus realidades. Es un trabajo difícil, pero las personas que han venido están en posiciones estratégicas en sus países, son líderes, y eso les va a facilitar las cosas”.

Las enfermeras latinoamericanas formadas son licenciadas en Enfermería y desarrollan su trabajo diario en áreas vinculadas con la salud materna e infantil, ya sea como enfermeras asistenciales o como docentes. Tras su regreso a El Salvador, Guatemala y Nicaragua, tienen el compromiso de impulsar la organización de iniciativas académicas similares con el fin de replicar la experiencia y transferir los nuevos conocimientos adquiridos. De hecho, durante el acto de graduación, que

UN OBJETIVO COMÚN

La promoción de los cuidados enfermeros es fundamental para mejorar la salud materna y neonatal. En España, las enfermeras de El Salvador, Guatemala y Nicaragua han convivido durante seis meses con el objetivo común de mejorar sus conocimientos sobre los cuidados de la madre durante la gestación, parto y puerperio y la atención del recién nacido y el lactante.

En www.enfermeriatv.es Protagonistas de su desarrollo

Puedes ver el reportaje con los testimonios y las experiencias de las 16 enfermeras formadas en cuidados neonatales

tuvo lugar en la Facultad de Medicina de la UAM, cada país expuso el trabajo final de experto, en el que plantean la forma en la que van a trabajar a partir de ahora en sus respectivos lugares de origen.

De forma paralela, con los conocimientos adquiridos durante el experto universitario, han elaborado una guía de consulta sobre cuidados de Enfermería materno-infantiles, que ahora van a poner en práctica en sus países de origen.

Comprometer a las enfermeras en su propio desarrollo y en la mejora de los cuidados maternos y neonatales es la meta final de la formación que han recibido. Tras superar con éxito el experto, son dieciséis enfermeras protagonistas de su propio desarrollo y de la salud de sus poblaciones.

Con estas actividades, FUDEN y AECID pretenden mejorar la salud materna e infantil en Centroamérica y reducir la morbilidad y la mortalidad en ambos grupos de población, enfocando todas las actuaciones hacia la salud sexual y reproductiva y la planificación familiar.



GLORIA MONTENEGRO

Coordinadora de la
Red Internacional de
Enfermería en Salud
Infantil. RED ENSI

Contribuyendo al logro de los ODM

Antecedentes RED ENSI

La Red de Enfermeras de Salud Infantil en las Américas fue creada en 2006, en Buenos Aires (Argentina), con el fin de promover la cooperación y comunicación entre las enfermeras de diferentes países para mejorar la práctica de la Enfermería en salud infantil. Los objetivos iniciales fueron elaborados para compartir conocimientos y experiencias relacionadas con la Enfermería de salud infantil en las Américas y promover la incorporación de las directrices relacionadas con la Estrategia de la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en los programas de Enfermería de toda la región.

Es importante destacar que a través de experiencias de socialización de sus resultados, se incorporaron colegas de España y Portugal, creando sus propias Red ENSI nacionales.

La red ENSI

La Red Internacional de Enfermería en Salud Infantil (Red ENSI) es la táctica de vinculación, cooperación y sinergia entre personas, instituciones, organizaciones y programas interesados en el desarrollo de los cuidados, la gestión, la investigación e in-



La red ENSI promueve la cooperación entre las enfermeras de diferentes países para mejorar la práctica de la Enfermería en salud infantil

formación, la educación inicial y permanente de la salud infantil, con la finalidad de contribuir a su promoción y protección así como a la mejora permanente de la calidad de los servicios y a promover el acceso universal y equitativo a la atención de salud. Los idiomas de comunicación de la red son el español y el portugués.

La Red ENSI se basa en la convicción que el trabajo en red supone: solidaridad, confianza y respeto intercultural por los conocimientos y experiencias como valores para la salud; que la excelencia y responsabilidad en la participación constituyen imperativos éticos cuando se trata del trabajo en salud; que el cuidado humano es esencial para la vida plena de los sujetos y las sociedades y que la contribución de las enfermeras es imprescindible para el desarrollo sostenido de las naciones.

La Misión de la Red ENSI

Somos un grupo de profesionales de Enfermería, docentes y de servicio, interesadas por la atención de las niñas y niños sanos o enfermos que necesitan de intervenciones de Enfermería con calidad y calidez, tomando en cuenta a los padres y su entorno.

La Visión de la Red ENSI

Ser un grupo de profesionales de Enfermería dedicadas a la docencia o servicios encargadas de la atención de la salud infantil y ser reconocidas local, regional e internacionalmente por su dedicación, interés, conocimientos científicos e integralidad entre sus miembros.

La importancia de esta red radica en que promueve una estrategia mundial para aumentar la capacidad de Enfermería en mejorar la salud de los niños y co-



La contribución de las enfermeras es imprescindible para el desarrollo de los Objetivos del Milenio (ODM)

labora en los ODM 4 y 5, de manera sostenida. Visibiliza el poder de Enfermería que trabaja en forma concertada para aumentar la capacidad de las enfermeras en el impacto del cuidado de la salud infantil.

Atención Integrada de las Enfermedades de la Infancia

La elaboración del Manual Clínico para el aprendizaje de AIEPI en Enfermería para promover la incorporación de conceptos de AIEPI en las escuelas de Enfermería en América Latina fue uno de los primeros proyectos de la red y continúa siendo un foco importante de la misma. Haciendo un especial énfasis en el aporte al 4 y 5 ODM, se plantea lo siguiente:

Cada año, más de 11 millones de niños menores de 5 años que viven en países de bajos recursos mueren. Alrededor del 70% de estas muertes ocurren como resultado de las cinco causas prevenibles y tratables: la neumonía, la diarrea, la malaria, el sarampión y la desnutrición, o una combinación de estos problemas. Muchos niños y niñas no están adecuadamente evaluados y tratados por los trabajadores de la salud. Probablemente, se deba a la falta de conocimiento, y no pueden ofrecer información suficiente o correcta, o no pueden proporcionar una educación sanitaria adecuada para el niño y la familia.

Enfermería tiene un papel fundamental en la educación, supervisión y coordinación de estos trabajadores de la salud en todo el mundo. De este concepto surge la necesidad de garantizar que el contenido de AIEPI sea incorporado a los programas de Enfermería tanto a nivel regional como mundial.

Para ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) han desarrollado la estrategia AIEPI, que se centra en promover la atención integral en los servicios de salud, y en la comunidad. El objetivo del programa es mejorar el crecimiento y el desarrollo de los niños y menores de 5 años de edad, y reducir la morbilidad y la mortalidad infantil en total concordancia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La Atención Integrada de las Enfermedades de la Infancia (AIEPI) incluye directrices para ayudar a las enfermeras a realizar evaluaciones integrales y holísticas de los niños y niñas, centrándose no sólo en sus problemas presentes, sino en otras posibles causas de morbilidad y mortalidad infantil, y asegurar la oportunidad de hacer las referencias apropiadas que contribuyen a solucionar los problemas de salud. La estrategia también incluye recomendaciones para priorizar los problemas, y proporcionar tratamiento y atención, según corresponda. Debido a que el sistema de clasificación de AIEPI no implica diagnósticos médicos específicos, pueden ser utilizados por las enfermeras y otros trabajadores de la salud, con la preparación adecuada.

Los resultados de numerosos estudios han indicado que la incorporación de las directrices de la AIEPI en los servicios de salud mejora la calidad de la atención sanitaria a los niños y sus familias. Por este motivo, se considera un gran avance la elaboración del texto específico para ser incorporado a los planes curriculares de la formación de Enfermería.



Nacer con raíces

En un lugar llamado “Laguna Seca” en el Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda (Madrid), crece desde hace un año un bosque con 300 árboles, plantado por los padres de los niños nacidos allí. Todo comienza en el control de Enfermería, donde recogen los datos de las familias interesadas en participar, quienes reciben la asistencia y las herramientas necesarias para realizar la siembra. Cada ejemplar, lleva el nombre y apellidos del bebé. Sus progenitores reciben un certificado como recuerdo de la experiencia, que pretende reforzar el lazo entre los ciudadanos y el hospital a través de la creación de un espacio verde sostenible con una fuerte carga simbólica.

Trabajo en equipo

La puesta en marcha de esta iniciativa ha sido posible gracias a la colaboración de los profesionales del Hospital Puerta de Hierro, entre los que ha destacado la implicación de las enfermeras, la Sociedad Concesionaria Hospital Majadahonda, el

Ayuntamiento del municipio y los viveros Dubagán y Escuela Río Guadarrama.

Santiago Moraleda, subdirector de Enfermería, ha sido el coordinador. “Ha superado nuestras expectativas. Los padres lo han recibido con mucho entusiasmo. Incluso han sido ellos quienes se dirigían a nosotros

300 árboles

plantados por los padres durante la primera fase del proyecto en el bosque llamado “Laguna Seca”

para participar, antes incluso de que naciera el niño”. Así lo confirma Roberto Bermúdez, responsable del servicio de viales y jardines del hospital. “Es maravilloso. Ves mucha alegría. Percibes la ilusión de ese padre, o de esa abuela, que además ya han ve-

nido varias. Desde que les ves llegar hasta que se van, te dan las gracias. Todos emanan ilusión”, narra Roberto. “Cuando el padre, el equipo directivo... llegan al jardín, la humildad se apodera de nosotros. Allí no hay sillas, ni camas de hospital, ni despachos, ni informes a superiores. Estás tú, son tus manos, tu azadón, tu niño y su árbol. Lo vas a hacer por él y para él, para que lo vea crecer.” A su vez, Braulio García, de la sociedad concesionaria, destaca que “cuando ves a un padre plantando un árbol el día que nace su hijo te sientes completamente arrastrado hacia trabajar con corazón, ilusión y ganas para superar cualquier aspecto técnico”.

Todos los implicados destacan que es un proyecto sostenible, sin grandes costes. Esperan que la idea se ponga en marcha en otros hospitales, para que la historia tome los nombres de nuevos niños. Mientras, los padres ya regresan al Puerta de Hierro para comprobar cómo crecen los árboles que plantaron el día que nacieron sus hijos.

UN BEBÉ, UN ÁRBOL

“Esta iniciativa es un intento de llegar otra vez a todos los valores que fomentan el respeto hacia el ser humano y hacia nuestro futuro”, afirma Roberto Bermúdez, responsable del servicio de viales y jardines del hospital Puerta de Hierro, encargado de cuidar el nuevo bosque



Un espacio de futuro

El bosque “Laguna Seca” es un monte resultante de acumular los escombros de la construcción del hospital Puerta de Hierro, inaugurado en 2008, que ahora se ha convertido en un espacio lleno de especies autóctonas como el olivo, la encina, el pino, el alcornoque y el quejigo, aportados por el vivero Dubagán. Su propietario, Luis Miguel Tarín Arienza, señala que “es una idea que viene marcada por la situación económica en la que vivimos. No hay presupuesto para estas cosas. Pero esta crisis está aquí, entre otros motivos, para humanizarnos más. Por eso acepté la propuesta. Santiago me inspira mucha confianza. Lo conozco desde que nacieron mis dos hijos en el Hospital La Paz, donde él era enfermero. A un proyecto como éste no le puedes decir que no. Además, tampoco supone una inversión muy

elevada. Es mayor el coste del trabajo de cuidar los árboles que el de los árboles en sí. Me siento muy orgulloso como persona”.

El objetivo final es la mejora de la relación de los pacientes con su hospital, según indica el subdirector de Enfermería, Santiago Moraleda. “El Puerta de Hierro ha nacido con una filosofía determinada. La creatividad y la innovación forman parte de nuestros proyectos. Creatividad es tener ideas e innovación, es convertirlas en valor para nuestra organización. Es muy importante escuchar para decidir qué es más adecuado, especialmente a nuestros compañeros de viaje: pacientes, colaboradores... Queremos un centro que se diferencie, además de por la competencia de sus profesionales, por las relaciones que establecemos y por el trato a todos nuestros pacientes”.

ANA GIL OLIVERES

**Enfermera del
Hospital Puerta
de Hierro**



Un paisaje cargado de ilusiones

El 17 de enero de 2012 iniciamos un proyecto en el Hospital Puerta de Hierro para reforzar los lazos entre nuestros pacientes y el hospital. En su nueva ubicación, el hospital ha crecido incorporando en su cartera de servicios, como los de obstetricia y pediatría. Nos parecía un buen momento para crear un espacio verde sostenible con una fuerte carga simbólica, en el que cada árbol se identificara con un niño nacido en el centro. En el proyecto se invitaba a los padres a plantar un árbol, tras el nacimiento de su hijo, y a transmitirle una serie de valores que a modo de ejemplo simbolizan este gesto:

El valor de la tierra, de las raíces, como vínculo de pertenencia, de la familia.

Una sensibilidad medioambiental, de contribución al mantenimiento de la naturaleza, de aportar sostenibilidad al planeta.

El espíritu de solidaridad, porque este regalo se quedará en el bosque de tu hospital, contribuyendo a crear un ambiente más sano, más humano y más participativo.

Más de 300 árboles de especies autóctonas dan vida hoy al bosque de la “Laguna Seca” y crecen al mismo ritmo que estos niños y niñas, gracias a que sus padres decidieron que traer un hijo al mundo es una experiencia vital para compartir con la comunidad y una oportunidad para contribuir creando un espacio para pasear, descansar debajo de una sombra y admirar un paisaje cargado de ilusiones.

Acreditación de calidad

Cuidados excelentes para los pacientes trasplantados

La Unidad de Trasplantes del Hospital Niño Jesús de Madrid obtiene la acreditación JACIE, cuya gestión es responsabilidad de la Enfermería



"Trabajar en equipo es importante"

Julia Ruiz Pato es enfermera de calidad y gestora de datos en el Hospital Niño Jesús. Es la responsable de mantener el sistema de gestión de calidad instaurado con la acreditación de la *Joint Commission* y evaluar sus resultados. "Quiero agradecer a la dirección, en especial a la supervisión, que pensaran en mí como enfermera y profesional para ser el hilo conductor del equipo y mantener los procedimientos que hemos implantado". Al respecto, Julia destaca el trabajo en equipo. "Es fundamental que todos se impliquen y cooperen. Hemos trabajado muy bien en este sentido".

Establecer y promover estándares de excelencia en el trasplante de progenitores hematopoyéticos en el ámbito clínico y en la investigación, son las principales finalidades de la acreditación JACIE (*Joint Accreditation Committee*) obtenida por la Unidad de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos y el Servicio de Transfusión en sus áreas de Obtención y Procesamiento del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid.

"Ya trabajábamos con altos niveles de calidad. La mejora está en que ahora lo plasmamos todo por escrito, lo que nos ayuda a unificar criterios", explica Julia Ruiz Pato, enfermera de calidad y gestora de datos de la unidad de trasplante, responsable ahora de la gestión y evaluación de los procedimientos implantados. "La acreditación supone que cumplimos todos los estándares de calidad, que caminan a la excelencia en el cuidado. Abarca todo el proceso de trasplante, desde el ingreso en la unidad, la obtención de progenitores mediante aféresis, la manipulación celular cuando es necesaria (estos últimos realizados en el servicio de transfusión), el acondicionamiento del paciente para el trasplante, la infusión de los progenitores, el servicio de transfusión y toda la fase postinfusión hasta el alta del paciente".

Cada año, el Hospital Niño Jesús realiza alrededor de 45 trasplantes. La acreditación establece al detalle todos los procedimientos implicados en cada intervención con el fin de conseguir los mejores resultados

clínicos y científicos, identificar y corregir las incidencias y cumplir con las normas de seguridad del paciente. "Por ejemplo, antes de infundir los progenitores existe un proceso de acondicionamiento que incluye la administración de quimioterapia durante varios días. Uno de los estándares de calidad establece que dos enfermeras validen su recepción y administración a pie de cama", explica Julia Ruiz Pato. De hecho, el centro sanitario optó por la acreditación de la *Joint Commission* porque establece unos procesos específicos para los trasplantes, algo que no ocurre con otras certificaciones.

Tres años de trabajo

Durante más de tres años, los equipos de Onco-hematología y de Calidad han trabajado en la implantación del nuevo sistema. En este tiempo, han mejorado la formación y han promovido la comunicación entre todos los profesionales. "Organizamos numerosas sesiones internas, en las que compartíamos nuestra visión sobre el trasplante. Hemos generado interés y ganas de participar e intercambiar información y métodos de trabajo. Lo enfocamos de forma que fuera fácil para todos. A principios de año establecemos un calendario de formación con el fin de que todos puedan cumplir sus horas y asistir".

En el caso de las enfermeras que forman parte de la unidad, como explica Julia Ruiz Pato, crearon "equipos de trabajo para preparar los protocolos, plasmar en un procedi-

Las enfermeras pueden gestionar los procesos de calidad porque tienen una visión amplia de los pacientes, del hospital y de los aspectos mejorables

miento escrito todo cuanto hacemos a diario. Esto requiere que busques bibliografía, que lo bases en la evidencia científica, es decir, que no cuidemos según creemos que hay que hacerlo sino que lo basemos en algo. Te fuerzas a evaluar y revisar tu forma de trabajar y adaptarla a los estándares de calidad”.

La acreditación es el inicio de todo, confiesa Julia, no el final. “Ahora nuestra responsabilidad es gestionar el sistema. Mi tarea es ser el hilo conductor. Es un papel que podemos desempeñar muy bien las enfermeras. Tenemos una visión amplia del paciente, del funcionamiento del hospital y de los aspectos que podemos mejorar”.



Julia Pato con otras profesionales del área de trasplantes

La enfermera de calidad, un nuevo perfil profesional

La acreditación es un proceso voluntario, basado en la formación continua de los profesionales, centrado en el paciente. Su meta es la incorporación de una cultura de la calidad y, con ella, una mejora en la seguridad de las prácticas asistenciales. Posteriormente, llegará el proceso de evaluación y certificación propiamente dicho, con el fin de analizar y comprobar el grado de desempeño logrado, según estándares predefinidos.

Desde este punto de vista, resulta relevante la visión sistémica que tie-

ne la Enfermería por su formación, su demostrada capacidad para la resolución de las dificultades cotidianas y la búsqueda de la calidad. Además, las enfermeras están durante las veinticuatro horas en contacto con el paciente y son quienes mayor relación tienen con los demás miembros del equipo multiprofesional.

Por todo ello, pueden considerarse como el profesional más adecuado para impulsar los procesos de acreditación de calidad en cualquier unidad de hospitalización.

EXCELENCIA EN EL CUIDADO

Conseguir la excelencia en el tratamiento y el cuidado del paciente es el objetivo final del proceso de calificación. “Tenemos unos indicadores, que evaluamos trimestralmente, para valorar nuestro nivel de excelencia en el cuidado. Si no cumplimos con los objetivos y estándares de calidad implantamos acciones de mejora”, explica la enfermera de calidad del Niño Jesús, Julia Ruiz Pato

Nuevas competencias

El ecógrafo, seguridad en la canalización de catéteres

Enfermeras del hospital de la Paz, en Madrid, emplean el ecógrafo para canalizar vías centrales de acceso periférico en niños (PICC)



Secuencias del proceso de canalización PICC con autoguiado por parte de un enfermero

Las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Universitario de La Paz, en Madrid, están empleando el ecógrafo para canalizar vías centrales de acceso periférico (PICC) en niños, en especial aquéllos con estancias más prolongadas o de inserción más complicada. El enfermero Héctor Morera explica que la iniciativa “surge desde el equipo médico, que observa la necesidad de instaurar este procedimiento por sus beneficios sobre los catéteres centrales. Los dispositivos que ahora empleamos son más fáciles de instaurar, más duraderos y tienen un menor riesgo de infección. A nivel terapéutico, se puede aplicar cualquier tipo de medicamento”.

La nueva práctica, realizada bajo sedación, se lleva a cabo en La Paz

desde hace un año, con un equipo médico y una enfermera. Posteriormente, un grupo se formó en la Clínica de Navarra y desde entonces realizan la técnica de forma individual, ecoguiándose ellos mismos.

Instituciones como el Instituto Europeo de Ultrasonido en Emergencias (EFHRE) forma a profesionales sanitarios como las enfermeras en el empleo del ecógrafo. Santiago Domenech, su presidente, destaca los beneficios para el paciente. “Siempre he defendido que el protagonista de nuestro trabajo es el paciente, no el médico o el enfermero. Debemos poner todas las posibilidades que tengamos para atenderlo mejor y que sufra menos. Nosotros estaremos más a gusto trabajando y lo haremos con mayor precisión y seguridad”.

ECOGUIADO



Las enfermeras de la UCIP del Hospital de La Paz, canalizan catéteres PICC en niños con accesos difíciles empleando el ecógrafo. Ellos mismos son los que se autoguián durante el empleo de esta técnica



Héctor Moreda canaliza una PICC ecoguiándose

Fácil aprendizaje

Las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de La Paz están elaborando un proyecto autoformativo. Héctor Moreda explica que la idea “es que todos seamos capaces de ecoguiarnos. El profesional que lleve al niño será el encargado de colocar la vía. Vimos que si sólo conocían la técnica un grupo de personas, podía aumentar la carga de trabajo en exceso para algunos e incluso afectar a la calidad, puesto que tendrían que dejar su trabajo habitual cuando fueran requeridos para una canalización. En un caso ideal, el catéter PICC se

Héctor Moreda

Enfermero de La Paz

“Empleamos las ecografías para niños con dificultad de acceso venoso y en los que se prevé una fluidoterapia larga, con estancia en UCIP”

Usos enfermeros del ecógrafo

Evitar errores y minimizar el dolor son los beneficios de la ecografía para localizar y acceder con exactitud a las venas, en especial en los pacientes de ingreso de larga duración, más de 15 días, los oncológicos y los niños en los que es más complicado realizar la punción venosa de forma adecuada. Sus usos son:

- Permite ver el diámetro, profundidad y dirección de los vasos.
- Mayor precisión y seguridad.
- Inserción de vías venosas centrales con acceso periférico.
- Canalización de vías periféricas para niños con accesos difíciles, porque se puede llegar a venas más profundas o de acceso más difícil.

–Toma de muestras de sangre para gasometría arterial.

–Pacientes en hemodiálisis. A veces, las fístulas arterio-venosas presentan estenosis, hematomas y otras complicaciones, que dificultan la punción.

–Exploración de úlceras y heridas quirúrgicas.

–Valoración y drenaje de un seroma ecoguiado.

–Apoyo al sondaje vesical: presencia de coágulos, fibrina, confirmación de localización adecuada, existencia o no de globo vesical...

–Confirmación de la localización adecuada de sonda nasogástrica y duodenal.

instaura en unos 15 ó 20 minutos.

En el Instituto Europeo de Ultrasonido en Emergencias (EFHRE), ya han formado a enfermeras como instructoras para que enseñen el empleo del ecógrafo. “Tiene una curva de aprendizaje muy rápida, independientemente del uso”, señala su director, Santiago Domenech. “Las enfermeras pueden emplearlas como apoyo para canalizar vías, otras técnicas de sondaje invasiva, como las sondas vesical y nasogástrica. Incluso para explorar y realizar curas de úlceras y heridas. El problema no es la resistencia que pueda haber entre compañeros, médicos o enfermeros, sino romper la barrera de la misma persona por saber que es capaz de aprender y usarlo en su beneficio”.

Itinerario laboral, apuesta de futuro para la profesión

SATSE ha incluido este objetivo en el acuerdo suscrito recientemente con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

TEXTO: Raúl Sánchez Cano



Turnos, rotaciones, guardias, trabajo nocturno y en fines de semana... Todo nuevo profesional de Enfermería es plenamente consciente de que las condiciones laborales de su profesión no serán nada fáciles y pondrán a prueba todos los días su salud física y psíquica.

En lo que quizá no haya reparado, en un primer momento, es en que su "desgaste" personal lógicamente se irá acrecentando con el paso de los años o la permanencia en centros y servicios especialmente penosos.

Su vida laboral, la de cualquier enfermero, está sometida a un elevado nivel de presión y estrés derivado no sólo del contacto permanente con el dolor, el sufrimiento y la muerte sino también por la complejidad del propio ámbito sanitario donde confluyen el interés de los ciudadanos por tener una atención sanitaria de

calidad con sus lógicas expectativas de mejora profesional. Sin duda, trabajar en estas condiciones laborales se traduce en la aparición temprana, y a lo largo de toda la vida laboral, de distintos problemas de salud.

Un reciente estudio del Sindicato de Enfermería concluye que seis de cada diez profesionales de Enfermería sienten en España el síndrome de *Burnout*, o del profesional "quemado"; ocho de cada diez, estrés, y cerca de nueve considera que el ambiente laboral se ha deteriorado.

La realidad se contradice con las directrices que marcan organismos, como la Organización Mundial de la Salud, que en su trabajo denominado

"Entornos laborales saludables: Fundamentos y Modelos de la OMS", de 2010, parte de la base de que el éxito del trabajo, y la mayor eficiencia y eficacia del mismo, se consiguen contando con trabajadores mental y físicamente saludables.

Otros organismos como la Organización Internacional del Trabajo, la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo o el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, también han hecho recomendaciones bajo la premisa de que la mejora de las condiciones laborales debe ser uno de los ejes centrales de las políticas sanitarias y de la gestión de los recursos humanos.

Recomendaciones que desde siempre y, en estos momentos más si cabe, se convierten en "papel mojado", al incumplirse en cualquier servicio de salud en el que nos fijemos los tres conceptos básicos en torno a los que gira la eficacia del sistema:

- Para que un usuario esté satisfecho es fundamental que los profesionales estén satisfechos.
- Para que un profesional esté satisfecho es necesario un entorno laboral saludable.
- Para que un entorno laboral sea saludable hay que intervenir sobre la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores.

Si bien es cierto que a lo largo de los años, fruto de la justa reivin-

La realidad de la profesión enfermera se contradice con las directrices que marcan organismos como la OMS o la OIT

dicación de los profesionales, se han producido mejoras en las condiciones laborales del colectivo, la crisis económica que sufre España con especial virulencia desde 2010, ha conllevado un significativo paso atrás.

Es indudable que el entorno y situación laboral de los profesionales de Enfermería ha empeorado debido a la reducción de las plantillas, aumento de la jornada laboral, sobrecarga de trabajo, mayores dificultades para conciliar la vida laboral y personal... Consecuencias todas ellas de la política generalizada de "recortes" impuesta desde el Gobierno con el único objetivo de reducir los gastos a toda costa.

Ante esta realidad, el Sindicato de Enfermería ha trasladado distintas propuestas a los responsables sanitarios que propicien una mayor eficiencia y mejor gestión de los centros y servicios sanitarios, entendiendo que éstas conllevarán una mayor racionalización de los gastos, y, por ende, la sostenibilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Una de las principales propuestas, que cumple la premisa de mejor entorno=profesional más satisfecho=mejora de la atención, es el desarrollo de un Itinerario Laboral que establezca una serie de actuaciones que conlleven una mejora

directa de las condiciones de trabajo de los profesionales, así como de la organización en los centros sanitarios, sin suponer aumentos de costes inasumibles.

Muchas de estas medidas son de aplicación progresiva a lo largo de la vida laboral de los profesionales, con una mayor incidencia conforme ésta avanza. Esto no supone que su aplicación se haga exclusivamente en las últimas etapas de vida laboral, ya que dicha progresividad hará que los

acuerden distintas actuaciones de mejora de la profesión. El grupo relativo a Recursos Humanos abordará el desarrollo del Itinerario Laboral, para, en caso de llegar a un acuerdo, plantearlo en el Consejo Interterritorial de cara a su implantación en todas las comunidades autónomas.

Una vez que hubiera una decisión política de desarrollar el Itinerario Laboral, debería crearse en cada centro sanitario o ámbito, según corresponda, una Comisión de Mejora

El Itinerario Laboral está basado en la máxima: mejor entorno=profesional más satisfecho=mejora de la atención

profesionales se comiencen a beneficiar de parte de ellas desde los primeros años de ejercicio profesional.

Acuerdo

Para hacer realidad estas medidas es necesario concienciar a las partes implicadas, profesionales y empleadores. Fundamentalmente a estos últimos para que faciliten la negociación que haga posible su desarrollo.

SATSE ha incluido este objetivo en el acuerdo suscrito con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que conlleva la creación de diferentes grupos de trabajo que

de las Condiciones de Trabajo, que vele por su cumplimiento y proponga medidas propias.

Decía un buen conocedor de la labor de la Enfermería, el escritor y humanista José Luis Sampedro que "las enfermeras no son meras técnicas ni colaboradoras, sino compañía, esperanza, alivio, seguridad y confianza". El Itinerario Laboral supondría un paso muy importante para unos profesionales muy bien valorados por los usuarios, pero aún no suficientemente reconocidos ni justamente tratados por autoridades y gestores sanitarios.

PROPUESTAS

Algunas de las propuestas del Itinerario Laboral son las siguientes:

- Reducción individual del número de fines de semana, noches o guardias anuales a trabajar en función de determinados criterios.
- Planificación de turnos más adecuados a las necesidades de los profesionales.
- Estudio exhaustivo de los puestos de trabajo. Catalogación de los puestos de Enfermería con menor carga asistencial o de trabajo
- Participación de la Enfermería en el diseño de los centros y espacios de trabajo.
- Mejoras organizativas y en las infraestructuras sanitarias.

GARANTÍAS

Las mejoras que conlleva el Itinerario Laboral contarán con garantías como:

- Presupuesto asignado para la realización de la medida concreta.
- Garantía de sustitución siempre que la medida suponga reducción o redistribución de jornada o exención de la realización de determinados turnos, jornadas o actividades concretas.
- Contratación del personal necesario para la adecuada cobertura.

En la sección sobre derechos y deberes de las enfermeras damos respuesta a preguntas relacionadas con la normativa laboral, la conciliación familiar, etc.

Por **Gabinete Jurídico de SATSE**

¿Cómo afecta a mis retribuciones como personal estatutario la última modificación legal sobre Incapacidad Temporal?

La incapacidad temporal (en adelante, IT) es la pérdida de capacidad para trabajar por causas personales, patológicas y sobrevenidas, de carácter involuntario y limitado en el tiempo, que determina la protección de la Seguridad Social a través de la percepción de la prestación contributiva correspondiente. Tanto el inicio del cobro de la prestación, como la cuantía de la misma y quién se hace cargo de su abono, dependen del tipo de contingencia.

Hasta el año pasado, la totalidad de los servicios de salud complementaban desde el primer día el abono del 100% de la base reguladora, tanto en las situaciones de IT derivada de enfermedad profesional y accidente laboral, como en las de enfermedad común y accidente no laboral.

Sin embargo, el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de ju-

lio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, modifica el régimen retributivo durante la situación de IT del personal al servicio de las Administraciones Públicas, organismos y entidades dependientes y órganos constitucionales.

Según dicha norma, cada Administración Pública determinaría los complementos retributivos que en concepto de mejora voluntaria de la acción protectora de la Seguridad Social correspondería en las situaciones de IT. La práctica totalidad de las administraciones autonómicas aplican los mismos complementos que el Go-

bierno ha establecido para la Administración General del Estado. Sin analizar las pequeñas diferencias entre comunidades autónomas se reconocen tres complementos por Incapacidad Temporal.

Casi todas las comunidades autónomas han decidido aplicar los mismos criterios que la Administración General del Estado

Supuestos contemplados por IT

1 Cuando la situación de IT derive de contingencias comunes, durante los 3 primeros días, el personal estatutario percibirá un complemento retributivo del 50% de las retribuciones del mes anterior a la incapacidad. Desde el día 4 al 20, ambos inclusive, el complemento que se suma a la prestación económica reconocida por la Seguridad Social será tal que, en ningún caso, sumadas ambas cantidades, se supere el 75% de las retribuciones percibidas en el mes anterior

a la incapacidad. Entre los días 21 y 90, ambos inclusive, se reconocerá la totalidad de las retribuciones básicas y complementarias, incluida la prestación por hijo a cargo, en su caso.

2 Cuando la situación de IT derive de contingencias profesionales, la prestación reconocida por la Seguridad Social será complementada, desde el primer día, hasta alcanzar como máximo el 100% de las retribuciones que vinieran correspondiendo

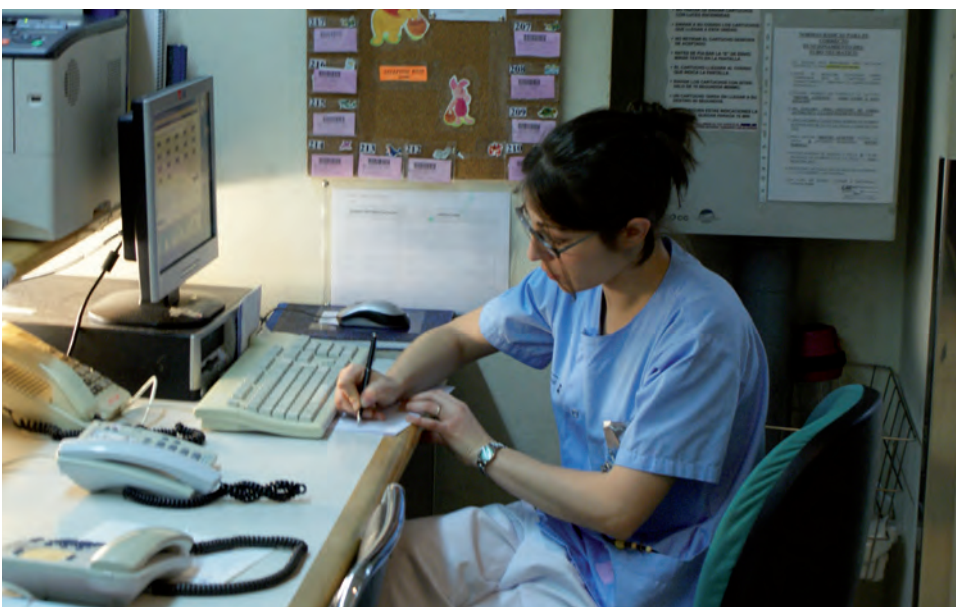
en el mes anterior al de causarse la incapacidad.

3 Cada Administración Pública podrá determinar los supuestos en que, con carácter excepcional y debidamente justificados, se pueda establecer un complemento hasta alcanzar el 100% de las retribuciones que se vinieran percibiendo. A estos efectos, se considerarán en todo caso debidamente justificados los supuestos de hospitalización e intervención quirúrgica.

Este espacio plantea propuestas de organización del trabajo enfermero que hacen la vida más fácil a las profesionales. Comenzamos con el turno anti estrés.

Por **Yolanda Núñez Gelado**

Alternativas para reducir el **ESTRÉS**



La organización del trabajo desde el punto de vista de la planificación de turnos es uno de los temas que más preocupan tanto a trabajadores como a directivos, por tener una relación directa con la satisfacción laboral y la motivación.

Lo más habitual es dividir el trabajo diario en jornadas de mañana, tarde y noche y asignar los turnos siguiendo un proceso rotatorio. En los sistemas tradicionales, o de rotación lenta, los turnos rotan semanalmente; es decir, a una semana de trabajo nocturno, le siguen dos de trabajo de mañana/tarde o una de mañana seguida de otra de tarde. En el sistema de rotación rápida, también llamado “anti estrés” o “ecológico”, sólo se trabajan uno, dos o, como mucho, tres días consecutivos en cada turno –si la rotación se establece entre los tres turnos– o cuatro o cinco días de

Al trabajar durante periodos cortos en el mismo turno, el reloj biológico se desajusta menos que con semanas seguidas en turno de mañana, tarde o noche

trabajo diurno seguido de una o dos noches, en aquellos centros donde la rotación se realiza únicamente entre dos turnos (M/N–T/N).

Los turnos ecológicos tienen varias alternativas, aunque el modelo más conocido es muy simple, basándose en la continua repetición

del siguiente ciclo: M M T T N N L L L L; o bien M M M M N N L L L L.

Con este tipo de turnos, se asegura el reparto de días libres y noches de la misma forma para todos los profesionales y se pueden añadir días libres en cada ciclo completo, en fines de semana o festivos, en función de la disminución o no de puestos de enfermera en dichos periodos.

Cada vez son más las unidades que, desde hace unos años, están adoptando este tipo de rotación, basados en la idea de que al trabajar durante periodos cortos en el mismo turno, el reloj biológico tiende a desajustarse menos que cuando se trabajan semanas seguidas en turno de mañana, tarde o noche.

Por otro lado, al estar agrupados los días libres, se tiene una “sensación de descanso” mayor, pudiendo constituir este hecho un factor determinante del atractivo de este tipo de turnos.

La mayor dificultad para implantar estos turnos viene determinada por la habitual desconfianza ante los cambios entre el colectivo profesional. Esto se ha solucionado pactando periodos de prueba. La realidad se impone, en la inmensa mayoría de los casos, nadie quiere volver a lo anterior.

Al estar agrupados los días libres, con el turno anti estrés se tiene una “sensación de descanso” mayor

FAECAP

Por el desarrollo de la especialidad

La Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria tiene como principal línea de trabajo el desarrollo real de la especialidad, según nos indica su presidenta, Lucía Serrano Molina. “Es decir, que se pongan en marcha y se definan los puestos de trabajo para los especialistas que ya acaban; que se reconozca, al menos como un primer paso, en las bolsas de empleo, ya que hasta ahora no está ocurriendo; y que lleguemos al momento en que se puedan ir ocupando los huecos que van quedando en atención primaria con enfermeros especialistas. Ahora termina la primera promoción de 132 especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria. La realidad con la que se encuentran es que no existe una definición de puestos de trabajo y, por lo tanto, pasan a las listas empleo para primaria, hospital o cualquier otro campo”.

Vía extraordinaria

La presidenta de FAECAP señala la necesidad de que se cumpla con la definición de competencias de la especialidad. “De entrada, el puesto de trabajo es el de enfermero en un centro de salud, con actividad comunitaria. Entendemos que esto no puede ser inmediato, sino que se tiene que hacer de forma paulatina. Junto a la primera promoción que ahora termina, el Ministerio de Sanidad tiene encima de la mesa alrededor de 40.000 solicitudes de enfermeros que ya estamos en atención primaria y queremos acceder a la especialidad por la vía extraordinaria. Esto está pendiente de resolver”. De hecho, aún se desconoce la fecha de la convocatoria de la prueba de acceso.

La Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria demanda la definición de la especialidad y su pleno reconocimiento en las bolsas de empleo



Lucía Serrano, presidenta de FAECAP, y Jerònia Miralles, presidenta de ABIC

Por otro lado, la federación colabora con el Ministerio de Sanidad en diversas estrategias de salud como las de los enfermos crónicos, que cuenta por primera vez con una enfermera, Carmen Ferrer, como uno de sus coordinadores.

Además, FAECAP también está presente en otros foros sanitarios como la Comisión Nacional de Prevención del Tabaquismo, en el Comité Español para la Prevención Cardiovascular y en otros grupos de trabajo para la atención de los pacientes renales, la salud mental y la estrategia del dolor.

Lucía Serrano Molina Presidenta de FAECAP

“Ahora termina la primera promoción de 132 especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria. Se van a encontrar con que no existe una definición de puestos de trabajo y van a pasar a las listas empleo para primaria, hospital o cualquier otro campo”



El paciente crónico, una prioridad

FAECAP acaba de celebrar su VIII congreso nacional en Palma de Mallorca

La atención del paciente crónico y de los adolescentes, así como el empleo de las nuevas tecnologías han sido los principales debates del VIII Congreso de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria, celebrado entre el 8 y el 10 de mayo en Palma de Mallorca. "Fundamentalmente se ha trabajado el tema de la atención al paciente crónico. Con la situación demográfica que nos vamos a encontrar, de cronicidad y fragilidad por el aumento de la esperanza de vida, y, por lo tanto, mayor gente en su domicilio con patologías crónicas", explica Lucía Serrano. "También hemos tratado los cuidados de la adolescencia, entendiendo que si atendemos correctamente a nuestras personas jóvenes

desde edades tempranas, evitaremos luego muchas de las patologías crónicas que suelen aparecer".

Internet y salud ha sido el tema de una de las mesas del congreso, con el fin de abordar de qué manera influye en los cuidados y cómo deben incorporar las enfermeras el uso de las nuevas tecnologías. "Tenemos una población informada, que no formada, a través de las redes sociales. Esto origina una demanda en las consultas de cuidados que te hacen dirigir tu información en una línea u otra. Tenemos que adaptarnos a esta realidad. Internet es amplio y tiene información válida y otra que no. Cuando un paciente llega con datos de internet, tenemos que saber reconducir la situación. Para ello, como profesionales, es fundamental estar al día en las últimas evidencias sobre cuidados, para informar correctamente a la población y rebatir cualquier documentación errónea que ellos aporten. Yo creo que la base fundamental es nuestro conocimiento científico, tenerlo actualizado al máximo".

Más voz y representación

La Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria cuenta en la actualidad con 3.000 asociados. Está presente en trece comunidades autónomas españolas, en las que existen sociedades de ámbito regional, ya que en algunas no existe colectivo constituido. Uno de sus objetivos es aumentar su implantación territorial.

La presidenta de FAECAP, Lucía Serrano Molina, destaca la importancia de que las enfermeras de la especialidad se asocien. "De esta manera podemos conseguir una mayor voz y representación en las instituciones, de forma que seamos cada vez más visibles. Para ello, es importante contar con sociedades en cada una de las comunidades autónomas españolas que puedan trabajar por nuestros propósitos comunes".

Entre las líneas de trabajo de la federación sobresale su funcionamiento como sociedad científica, "ya que es donde mayor apoyo podemos aportar a las enfermeras", subraya su presidenta. Para ello, cuentan con grupos de trabajo específicos e imparten diferentes cursos a través de su plataforma formativa virtual.

Además, mantienen iniciativas editoriales como la publicación de la revista de formación continuada "EFC-Enfermería Familiar y Comunitaria".

FAECAP

Web:

www.faecap.com

Facebook:

www.facebook.com/groups/144259235591683/

Correo electrónico:

secretaria@faecap.com



María Teresa Lluch en su despacho de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona

La Enfermería y la salud mental

María Teresa Lluch es Catedrática de Enfermería Psicosocial y Salud Mental

María Teresa Lluch Canut (Pobla de Segur, 1959) es Catedrática de Enfermería Psicosocial y Salud Mental de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona desde 2003. "Las cátedras aportan conocimiento y desarrollo a la profesión. Cuanto más estudias, más contribuyes al crecimiento de la Enfermería".

Falta reconocimiento social, en especial en el área de las ciencias de la salud. "Todavía parece como si no existiéramos. Mucha gente no nos conoce. A veces, cuando dices que eres catedrática de Enfermería, te preguntan '¿de qué?'".

Salud mental positiva. En su tesis doctoral, en Psicología, María Teresa definió una escala para valorar la sa-

GRUPOS Y REDES DE INVESTIGACIÓN

Desde 2004, en Cataluña dirige la red de investigación en salud mental, formada por ocho grupos de trabajo. Siguiendo este modelo, ha creado dos redes nacionales. La primera sobre lenguaje estandarizado (REITE) con la Asociación Nacional de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico (AENTDE). La segunda sobre cuidados de enfermería en salud mental y adicciones (REICESMA) con la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM).

lud mental positiva. "Es la vertiente de la promoción de la salud mental. Está muy implicada dentro de los cuidados de la Enfermería. La enfermera, al cuidar de forma integrada, promueve la salud de los pacientes mentalmente, les da fuerza, les orienta a salir adelante. La intervención psicosocial pretende que la persona mantenga su equilibrio mental".

La salud mental positiva tiene muchos ámbitos. "Recibo peticiones de todo el mundo. Se aplica en los sitios más insospechados, como la horticultura. En Colombia, unos grupos la están aplicando en adolescentes que trabajan en canteras". En la actualidad, la catedrática Lluch participa en varios grupos de investigación con tesis doctorales sobre la salud mental en las enfermeras, en cuidadores, en pacientes crónicos y en enfermos mentales.

El valor del doctorado. "En el ámbito asistencial hay quien se pregunta ¿para qué? Es un error. Todas las políticas europeas están diciendo que la empresa debe darle más valor al doctorado en todas las áreas. En el futuro, el mundo de la Enfermería cambiará. Los hospitales universitarios y docentes tendrán que tener su cuerpo de doctores en Enfermería".



Último congreso celebrado en la Facultad de Enfermería de Santiago de Compostela

Más presencia institucional

La Asociación de Estudiantes de Enfermería quiere integrarse en los foros de la profesión

Integrarse en los foros institucionales de la profesión, aumentar la presencia en los medios de comunicación y las redes sociales e incrementar el número de delegaciones de alumnos que forman parte de la Asociación Estatal de Estudiantes de Enfermería son los principales propósitos de su nueva junta directiva, presidida por Sandra Tejedor, estudiante de Segundo de Grado, en la Universidad del País Vasco. Su elección tuvo lugar en el XXVI Congreso del colectivo, celebrado el 13 de abril en Santiago de Compostela.

A las jornadas asistieron 200 estudiantes. Su nueva presidenta, Sandra Tejedor, cuenta que hablaron sobre “los temas que nos preocupan, qué podemos mejorar, qué problemas tenemos. Compartimos todo e intentamos una solución común que nos pueda servir a todos”.

Emigración

Entre los temas, destacó el debate sobre el futuro de la profesión. “Cada vez más enfermeras se están marchando a trabajar fuera. Nos preocupa mucho eso porque nos esta-

ASOCIACIÓN ESTATAL DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Web:

www.estudiantes-enfermeria.com

Blog:

asociaciondeestudiantesdeenfermeria.blogspot.com.es

Facebook:

www.facebook.com/pages/AEEE-Asociación-Estatal-de-Estudiantes-de-Enfermería/99265800143

Twitter:

@AEEEnfermeria

mos formando aquí, ves que no hay trabajo y te tienes que ir. ¿Por qué?”, pregunta Sandra Tejedor. “Mientras siga habiendo recortes en sanidad y educación esto no va a tener ninguna solución”.

El trabajo en equipo es otro de los aspectos que preocupa a los estudiantes de Enfermería. “Cada vez se trabaja menos en equipo, entre los propios enfermeros. O sea, hay más trabajo individual y menos colectivo. Tenemos que potenciar el equipo para desarrollar la Enfermería. Fue otro de los asuntos importantes que abordamos en nuestro congreso”, explica Sandra Tejedor.

Enfermería y nuevas tecnologías

La próxima cita importante de la asociación será en Jaén, entre el 7 y el 9 de noviembre, con la organización de unas jornadas sobre Enfermería y nuevas tecnologías y Enfermería basada en la evidencia.

Para finalizar, Sandra Tejedor anima a los estudiantes a incorporarse a la asociación, “porque realmente es importante conocer de primera mano qué está pasando en la Enfermería, luchar por el avance de la profesión y la defensa de tus propios derechos, los que tienes como estudiante y como enfermero”.



PILAR MARQUÉS SÁNCHEZ

Escuela Cc. de la Salud
Dto. de Enfermería y
Fisioterapia, Universidad de
León (Campus de Ponferrada)
Grupo de Investigación SALBIS

El ARS como método para valorar el liderazgo enfermero

INTRODUCCIÓN

Las personas son seres sociales que buscan establecer lazos de identidad y de amistad con otras personas y que, en su entorno de trabajo, utilizan esas relaciones para conseguir apoyo social y así lograr sus objetivos (Mehra *et al.*, 1998). Por tanto, parece lógico pensar que estos vínculos podrían ser optimizados en las organizaciones, y no obviarlos como es la respuesta actual por parte de los directivos y de las propias políticas de gestión sanitaria. En este sentido, se podría incorporar la experiencia que otros contextos organizativos han experimentado con la utilización de estas redes informales para mejorar el rendimiento, el clima laboral o la motivación de sus trabajadores. Ciertamente, los trabajadores informan, preguntan, piden ayuda o transmiten afecto más allá de lo que supone un organigrama formal, generándose una estructura social rica en líderes que transfieren recursos. Esta estructura social es la denominada red social. ¿Qué es una red social? Se define como

“un conjunto de nodos y de lazos, representando éstos últimos la existencia o la carencia de alguna relación entre los nodos” (Brass *et al.*, 2004: 795), pudiendo ser los nodos individuos, grupos u organizaciones. La perspectiva de red y de los recursos que se pueden intercambiar a través de ella es el punto de partida de este estudio que, en última instancia, pretende aportar un trabajo exploratorio que permita extraer recomendaciones para mejorar la gestión enfermera.

EL LIDERAZGO A TRAVÉS DE LAS REDES

El presente estudio está enmarcado dentro de la Teoría de Redes. Se analizó la posición del profesional de Enfermería dentro de la red de su equipo de trabajo, en el que se incluyeron médicos y auxiliares de Enfermería. Dicha

posición fue cuantificada aplicando el método ARS, el cual es un conjunto de conceptos matemáticos, derivados de la Teoría de Grafos, utilizados por los investigadores de redes. Su axioma fundamental es la noción de que los actores que forman parte de una red no son independientes, sino que influyen unos en otros en función de las relaciones que mantienen entre sí (Borgatti y Li, 2009).

En esta línea, el profesional de Enfermería parece ser un nodo central, que establece intercambios de recursos de forma bidireccional con distintos departamentos y estamentos. Por ejemplo, una enfermera pide información al departamento de cocina, de farmacia, al médico, al celador, etc. Por otra parte, también le piden información o ayuda el médico cuando quiere conocer la evolución del paciente, el celador cuando pregunta qué paciente ha de trasladar, el departamento de ingresos cuando necesita

conocer dónde debe ingresar un nuevo paciente, etc. Todas estas relaciones no están delimitadas formalmente en los servicios o unidades de un centro

sanitario y, sin embargo, generan una estructura o red donde los aspectos colaborativos desempeñan un papel fundamental a la hora de traducirse en eficacia de resultados.

A la vista de esta justificación y del rol social del profesional de Enfermería, se ha llevado a cabo un estudio para averiguar cómo se comportan las redes sociales en las que la enfermera está inmersa, qué tipo de recursos transfiere y cuál es su liderazgo en cuanto a los vínculos con los distintos profesionales y estamentos. A partir de estos objetivos, apoyados en la literatura especializada en redes sociales en el campo organizativo, se propusieron las respectivas variables independientes y dependientes con las que se recogió evidencia empírica. Fueron:

Existe un liderazgo de la Enfermería con respecto a otros estamentos, en las redes sociales de los equipos sanitarios

- Variable dependiente: el rendimiento evaluado por el individuo.

- Variable independiente: la posición de liderazgo en la red.

Para la medida del rendimiento, se recurrió a trabajos empíricos similares donde los criterios del rendimiento están vinculados con aspectos relacionales (Sparrowe *et al.*, 2001, Oh *et al.*, 2004). También se consideraron las contribuciones específicas de las organizaciones sanitarias que contemplan parámetros como la satisfacción del paciente (Filipe y Dyson, 2008; Patel *et al.*, 2008) y el clima organizativo (Filipe y Dyson, 2008; Patel *et al.*, 2008).

En cuanto al liderazgo se definió como la reputación de un actor en la red. En este sentido, la reputación de un actor puede analizarse y hacerse operativa desde dos puntos de vista. Por una parte, el número de conexiones directas que recibe el actor, denominado en el ARS como *indegree* (Mehra *et al.*, 2006). Por otra, la capacidad de influencia que se tiene sobre los contactos de tus contactos, componente denominado *eigenvector* (Bonacich, 1987; Borgatti, 2005). Esta última forma de entender el

de una forma u otra, estaban presentes en el equipo. Sin embargo, los resultados de la investigación demuestran que ambos estamentos, personal médico y de Enfermería, están en un mismo equipo atendiendo a la estructura formal, pero se comportan como redes poco interrelacionadas. Tal conclusión se extrae con la representación de algunas redes, donde se observa que la separación de los estamentos es manifiesta (Figuras 1 2). Los datos de las redes se leyeron utilizando el programa especializado UCINET 6.182 (Borgatti *et al.*, 2002).

Por otra parte, en ambos gráficos es visible el rol de intermediación del personal de Enfermería, de forma que si elimináramos determinados nodos, aparecerían dos subredes desconectadas. Esto pone de manifiesto el liderazgo del profesional de Enfermería entendido como un liderazgo que responde a una posición de intermediación

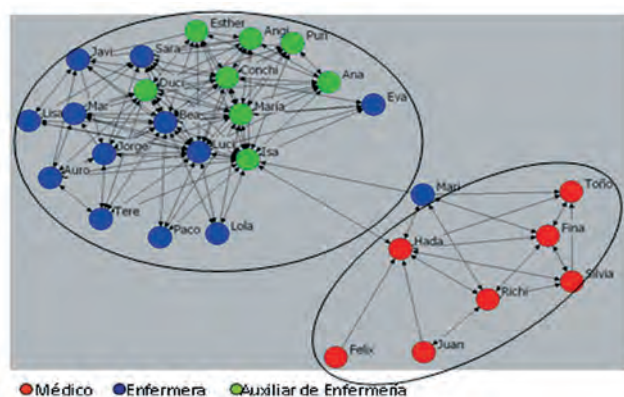


Figura 1. Red Social del Consejo de Medicina Interna

prestigio es la contemplada en este estudio por considerarla más rigurosa y forzar más la medida de liderazgo.

El liderazgo fue estudiado atendiendo al intercambio de consejo, ayuda y motivación generado entre los profesionales que trabajaban en un mismo servicio o equipo de salud. De esta forma se analizaron las tres redes sociales correspondientes: Red Social del Consejo, Red Social de Ayuda y Red Social de la Motivación (Marqués, 2010).

En un análisis descriptivo, la media de respuesta en cuanto a la valoración del rendimiento fue de 3,9 (entre 1 y 5) con una desviación típica de 0,64. Nadie puntuó a su servicio por debajo de 3. Este resultado podría reflejar que, en general los profesionales consideran que trabajan de forma satisfactoria y consiguen buenos resultados.

Como se ha expuesto, este trabajo analiza el liderazgo del profesional de Enfermería dentro de su servicio. Sin embargo, para contextualizar su comportamiento relacional hubo que incluir a los demás estamentos porque,

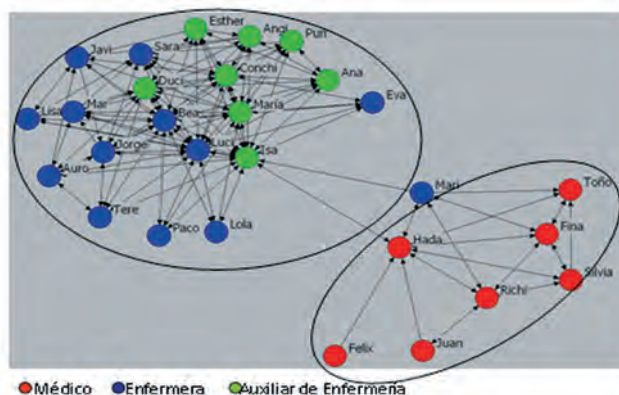


Figura 2. Red Social del Consejo de Cirugía

en la red. Es decir, a través de determinados nodos líderes pasa la información procedente de unos nodos para alcanzar a otros profesionales. Es lo que denominamos un puente, en este caso entre los dos estamentos: profesionales de Enfermería y médicos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los resultados demuestran que sí existe un liderazgo mayor del personal de Enfermería con respecto a otros estamentos, en las redes sociales de los equipos sanitarios, tal y como se evidencia con su posición central en los gráficos de las redes. Además, estos profesionales consideran que ayudarse entre ellos y ser capaz de motivarse son los aspectos más relevantes para que un servicio o una unidad sean eficaces en su rendimiento. Por tanto, el presente estudio exploratorio demuestra dos puntos importantes: el liderazgo del personal de Enfermería sobre otros profesionales y los aspectos relacionales prioritarios para definir el buen rendimiento de su equipo: la ayuda y la motivación, basada en la confianza y en el buen compañerismo, tal y como reflejó el Manifiesto de Espinosa de Compludo en cuanto a los valores para la práctica enfermera (Mompert *et al.*, 2003).

Mari Paz

MOMPART

“Las enfermeras son la mejor solución para muchos problemas de la sanidad”

Ha sido responsable de la formación de generaciones de enfermeras con las que ha protagonizado el desarrollo de la Enfermería española durante los últimos cuarenta años

TEXTO: Yolanda Núñez Gelado / Juan Andrés Siles

La Enfermería está en su mejor momento de preparación, con el Grado. Hasta lograrlo, han transcurrido cuatro décadas de cambios profundos y radicales, desde una enseñanza técnica y subordinada a otra universitaria y autónoma. En este proceso han destacado enfermeras que, por su implicación y preparación, han facilitado el camino al resto, en especial a las nuevas generaciones. Queremos analizar con una de ellas, Mari Paz Mompart, las circunstancias que han rodeado este desarrollo.

“Una mejor formación, para una mejor sanidad” fue el objetivo de la primera manifestación de enfermeras en 1976.

Fue la primera manifestación de enfermeras. Llenaron el centro de Madrid, con el lema: “Por una mejor sanidad, ATS a la universidad”. Fue muy importante. Por primera vez, las enfermeras salimos a la calle, vestidas de enfermeras, no a demandar

mejoras salariales, ni de trabajo, sino a reclamar una mejor educación en función de una mejor sanidad. Había dos grupos fundamentales. Uno en Barcelona, liderado por Rosa Blasco y Rosa María Alberdi, y otro en Madrid, con Milagros Herrero, Pilar Arroyo y yo. En el 77 sale el decreto de transformación. Realmente no era transformar, cambiar una denominación, sino modificar profundamente el plan de estudios. Tuvimos muchos apoyos de las universidades, como la de Barcelona y la Autónoma de Madrid, para tener una mejor Enfermería para una mejor sanidad. Ahí estuvimos, desde finales de los 70 a principios de los 80, cuando ya el plan de estudios estuvo asentado. Fue un trabajo complicado.

¿Por qué se optó por la diplomatura y no por la licenciatura?

La estructura de los estudios era así, de mayor y menor longitud, en función de las características de la

disciplina. Desde el año 71, la Ley General de Sanidad estableció que Enfermería se transformaría en formación profesional o en diplomatura. No daba otras posibilidades. La verdad, seguramente el salto hubiera sido demasiado grande, de ser una enseñanza técnica, muy subordinada a la medicina, a ser una licenciatura. Seguramente la estructura universitaria no lo hubiera permitido. Pero ya en los planes de estudio se hablaba del progreso de diplomatura, licenciatura y doctorado. Había diseños curriculares que tendían a conseguir los máximos niveles para la enseñanza de la Enfermería. Pero no era posible, ni siquiera legalmente, y no hubiera sido bien visto. La diplomatura no tuvo el general consenso de las enfermeras. Hubo muchos frentes abiertos, desde quienes tratábamos de llevar adelante el plan de estudios hasta las enfermeras que tenían que apoyar, desde el



Una vida impulsando la Enfermería

El nombre de la profesora Mompart está vinculado con el desarrollo de la Enfermería en España. Aunque trabajó como enfermera asistencial, ha dedicado la mayor parte de su vida a la docencia, comenzando en la Escuela de ATS de la Clínica Puerta de Hierro de Madrid, que transformó en escuela universitaria. En 1981, participó en el curso de nivelación de ATS de la Universidad a Distancia (UNED). Como directora, fundó la Escuela de Enfermería y Fisioterapia de Toledo, donde ha sido profesora hasta su jubilación. Ha recibido el Premio Nacional de Enfermería San Juan de Dios a su trayectoria profesional. Es directora de proyectos editoriales de DAE, profesora del Máster de Gestión de Servicios de Enfermería de la UNED y vicepresidenta de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE).

punto de vista de la enseñanza, la práctica y demás. Hubo muchos problemas. Había quien tenía miedo al cambio, porque pensaban que las diplomadas las iban a desbancar, a ser sus oponentes. En los hospitales había cierto recelo contra los alumnos. Cuando llegó la transformación, que se había pedido con tanto entusiasmo, las enfermeras lo vieron con algún inconveniente. Por otro lado, la administración no ponía los medios. En las escuelas, teníamos que poner en marcha un plan de estudios distinto, con renovadas expectativas y nuevas necesidades. Y las administraciones, tanto las educativas como las sanitarias, de las que dependían muchas escuelas, no daban facilidades. Existía la imposibilidad legal de que las enfermeras enseñáramos. Al ser una enseñanza universitaria, quienes teníamos el título de ATS no podíamos enseñar. Hubo una nueva movilización. Al comenzar el curso 78-79, comunicamos a los estudiantes de las escuelas de la Autónoma de Madrid (La Paz, Puerta de Hierro...) que no les podíamos dar clases.

TRES MOMENTOS CLAVE

Varias fechas históricas jalonan el cambio en la enseñanza de ATS a Diplomado en Enfermería

1976

Primera manifestación de enfermeras

1977

Integración de las escuelas en la Universidad

1981

Comienza la nivelación de 100.000 ATS

Se constituyeron en comité de huelga para informar a los medios, presionar al Insalud. Fue una movilización de todos, algo que ahora hemos perdido. En aquel tiempo de postdictadura fue efectiva. Conseguimos una disposición transitoria para que los profesionales pudiéramos enseñar en las escuelas universitarias. Fue un movimiento coordinado. Las cosas no suceden nunca por casualidad, sino que van sumándose unas a otras. La transformación de los estudios, la disposición transitoria que permitió a las enfermeras enseñar, el curso de nivelación que capacitaba a las ATS para tener el título universitario, la disposición para crear las direcciones de Enfermería... Supuso una mayor presencia de las enfermeras en la vida de la sociedad para hacer ver que era necesaria una mejor formación, una mejor situación en las estructuras de los hospitales... Ahora, yo creo que la sociedad española ha perdido esa capacidad de movilización. No sólo las enfermeras, pero sí muy especialmente. Lo que les está ocurriendo en sus puestos de

trabajo, yo lo considero inconcebible.

¿Cuáles fueron los momentos de cambio más importantes?

La publicación del decreto de integración de las escuelas en la Universidad, en julio del 77. Dijimos: “Hemos estado trabajando por esto y ya está”. El curso de nivelación también fue un elemento de aglutinación. En aquel momento había censados 150.000 profesionales. Hubo quien lo hizo porque no tenía más remedio, otros a disgusto. Pero hubo gente que lo aprovechó. Fue una oportunidad para hacer los primeros libros de texto escritos por enfermeras españolas con conceptos nuevos de atención primaria, teorías de Enfermería, de las que nunca habíamos oído hablar. En diez años se nivelaron casi 100.000 enfermeras. Es un hecho académico y administrativo poco conocido, que contribuyó a transformar la profesión. Una vez alcanzado un nivel de conocimientos y aplicados, lo lógico fue que la Enfermería mejorara y que consiguiéramos ser una profesión a la que se empezó a tener en cuenta. Antes, no podíamos alcanzar las direcciones de las escuelas y se vio como algo natural que fuéramos sus directoras. Hablábamos de tú a tú con otros profesores universitarios y con los directivos. Fue un proceso que ha finalizado, de alguna forma, ahora, con el Grado.

¿Qué paralelismos y diferencias observa con la transición al Grado?

No existen paralelismos, sino continuidad. Aquello fue el inicio de un camino y esto es su culminación. La transformación no es la misma en ningún caso. ATS era una enseñanza técnica y subordinada. La diplomatura fue una enseñanza universitaria y autónoma, que ha seguido creciendo. Aquel cambio sí fue rotundo y radical. Los grados han cambiado poco los contenidos académicos, porque ya la diplomatura estaba muy asentada. El Grado ha permitido tener una estructura didáctica distinta, la posibilidad de que los alumnos estén un año más en la Universidad, lo que contribuirá mucho a la cohe-



“Tenemos que saber leer investigación”

La investigación se alcanza cuando se tiene madurez de conocimiento, que lleva a hacer preguntas. Ahora, no soy partidaria de que todas investiguemos. Tenemos que ser buenas consumidoras de investigación, saber dónde está bien hecha, los resultados que podemos aplicar. Hay que saber leer y utilizarla. Debemos tener formación en investigación. ¿Hacer investigación? Es una segunda etapa.

sión social. En tres años era muy difícil socializarse como enfermera. Se conseguía, pero con un esfuerzo enorme. Cuatro años van a permitir ese marchamo enfermero y un mejor asentamiento de los conocimientos.

Sobre las especialidades, con ATS se mantuvieron, luego desaparecieron y ahora se retoman. ¿Cómo ha afectado esto desde el punto de vista académico?

Soy muy escéptica, tengo que decirlo. Las especialidades, como están ahora, no aportan demasiado a las enfermeras ni a la Enfermería como profesión. No se pusieron en marcha entonces porque la administración

no lo vio claro. Se han creado ahora por la presión, fundamentalmente, del Consejo General de Enfermería. Pero soy muy escéptica de que mejoren el trabajo enfermero.

Entonces, ¿son necesarias?

Sí. Creo que las enfermeras precisan una mayor formación en algunas áreas de trabajo. La forma de conseguirla, pues, no sé si es la mejor. Es una enseñanza que no está, en absoluto, vinculada con la formación previa. La enfermera sale como graduada de la Universidad y entra en un sistema distinto, por la práctica. Aprender haciendo es una máxima estúpida de la enseñanza, pero no sé si es bueno desvincularlo tanto del inicio de la formación. Por supuesto, se pierden muchos recursos, que están ya formados, pues profesores de las universidades, que son además prácticos, podrían colaborar perfectamente. Además, la formación es muy variable en las diferentes unidades docentes. No sé si es útil una formación que no tiene luego una salida laboral, que ya desde su definición dice que no tiene que ver con tener un puesto de trabajo. No tiene ningún sentido. No tiene ningún sentido, si no hay redefinición de los puestos de Enfermería. Habría que pensar si una enfermera de cuatro años graduada va a hacer lo mismo que otra de tres años diplomada. No sé si lo ha planteado alguien, pero yo lo hago constantemente. Habría que redefinir las responsabilidades de las enfermeras graduadas y, al hilo de eso, definir qué hace una enfermera especializada, qué marca la diferencia, qué retribución. No se puede pedir a una persona que estudie seis años para tener un sueldo de mínimos. Conozco muchas unidades docentes en las que las enfermeras de los hospitales o los centros de salud a los que van los EIR preguntan “y ¿éstos qué hacen?”. Va a ser un especialista por encima de mí, qué hago

Hemos vivido cuatro décadas de cambios profundos y radicales, desde una enseñanza técnica y subordinada a otra universitaria y autónoma



Mari Paz Mompart y Yolanda Núñez Gelado durante la entrevista

con él, qué le enseño. ¿Qué lo define? Pues no lo tenemos. No podemos decir que tiene un nivel X por encima del generalista, va a tener estas responsabilidades en el cuidado en los ancianos, los niños. Es un ejercicio interesante, está bien que haya personas que se formen, pero tengo algunas dudas respecto a la validez de esa formación, porque tampoco se evalúa excesivamente y, sobre todo, tengo muchas dudas en cuanto a que realmente mejore la calidad de la asistencia. Lo lógico es que sea una formación laboral, que sirva para acceder a un puesto de trabajo. Hemos querido asimilarlo al modelo MIR, olvidándonos de que las enfermeras no trabajan igual que los médicos, ni tienen las mismas estructuras de responsabilidades, no digo ni más ni menos, sino diferentes. Hemos hecho una mezcla que no creo que sea excesivamente útil. Los médicos tienen que estudiar el MIR para entrar al sistema nacional de salud. Las enfermeras no. Estudian las especialidades a ver si en algún momento alguien necesita una enfermera, pero ahora mismo puestos de trabajo para las especialidades no hay. Alguno ha salido para salud mental, pero de los demás no, excepto las matronas.

¿Cuáles son las debilidades y fortalezas de la Enfermería en España?

Fortalezas. Somos una profesión más conocida. Tenemos buenas herramientas de conocimiento disponibles, como profesión y como disciplina. Tenemos una presencia, y eso es

Las enfermeras no nos valoramos como profesionales y como disciplina, no somos conscientes del poder de influencia que tenemos

una fortaleza que al mismo tiempo no sabemos utilizar. Tenemos una fortaleza en número. Somos muchísimos, estamos en todos los sitios. Todos los ciudadanos son usuarios potenciales de las enfermeras. Eso es una fortaleza indiscutible. ¿Y debilidades? Pues que no nos valoramos como profesionales y como disciplina, no somos conscientes del poder de influencia que tenemos, porque el conocimiento, la presencia y el número dan poder de influencia. Somos una profesión muy fraccionada, con enemistades grupales muy fuertes y persistentes. A veces nos dicen: "No, es que están desunidos". Es otro de los argumentos de la administración, pero también falso, porque no creo que ninguna profesión sea una piña. En Enfermería hay mucha diferencia entre las del servicio y los

educadores. No nos encontramos frecuentemente. No nos consideramos participantes de los éxitos los de la academia con los del servicio y los del servicio con los de la academia. La fragmentación es una debilidad y, sobre todo, la desunión activa, hay grupos enfrentados y, además, se sabe. No sabemos olvidar en momentos importantes que todos estamos por una profesión fuerte, seria y un mejor servicio. Una debilidad es que no sabemos vendernos, presentarnos a la sociedad. Lo hablaba con mis estudiantes. Uno se tiene que presentar... desde la enfermera que se presenta al usuario y le dice "buenos días, soy fulanita..." No soy Maripepi. No. Soy la enfermera Mompart. Es algo que las enfermeras, en función de la cercanía que queremos tener con los pacientes, nos pasa mucho. No nos sabemos presentar ni individual ni colectivamente. No nos sabemos presentar como defensores de los derechos de los usuarios. Eso es lo que más éxito les ha dado a las

enfermeras de otros países, como las británicas, que son elemento imprescindible en el sistema de salud. Pero yo soy una persona muy positiva. Las cosas están muy mal, pero lo están para todos. De las dificultades hay que intentar sacar beneficios. Las enfermeras tienen que reivindicar que son las mejores soluciones para muchas de las cosas que están pasando en sanidad. Si se amplía el rol de la enfermera debidamente se podría ahorrar mucho dinero, liberar a los médicos de una cantidad de trabajo que supuestamente tienen. Hacer más fuerte el papel de la enfermera y, sobre todo, mejorar la atención a los usuarios, que eso es muy importante. Todo lo hacemos para dar una buena atención. Las enfermeras debemos insistir en poner primero el beneficio del usuario.

Hazlo bien, hazlo fácil es un apartado del Observatorio de Metodología de FUDEN en el que sus integrantes muestran la importancia de la disciplina para mejorar los cuidados de las enfermeras.

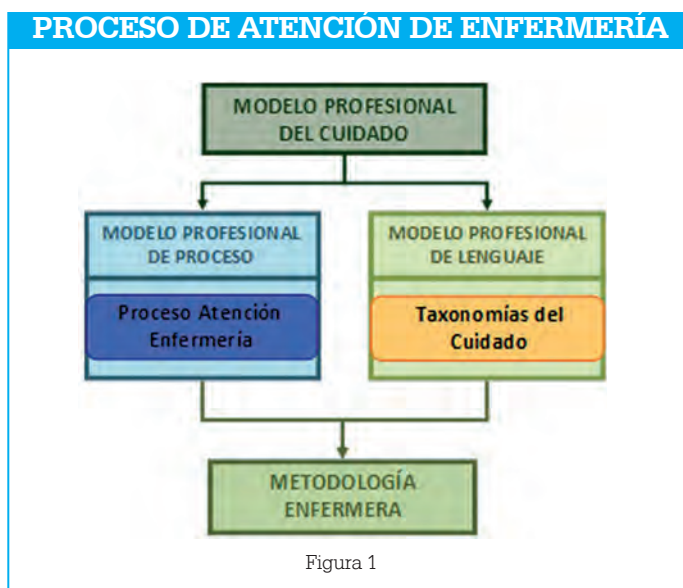
Por **Observatorio de Metodología de FUDEN**

El modelo profesional del cuidado según la metodología enfermera

Si existe un aspecto sobre el que haya un amplio consenso tanto en la comunidad científica, como en la académica y en la profesional del mundo de la Enfermería, es en la necesidad que tiene esta disciplina y profesión de atender y resolver las demandas de cuidados surgidas en la sociedad en cada momento, desarrollando para ello sus actuaciones con la mayor seguridad y eficiencia posible.

En este sentido, cabe recordar que el reconocimiento social conseguido por una profesión constituye el elemento fundamental de apoyo o de freno en su desarrollo, y que este reconocimiento viene asociado a la capacidad resolutoria de los problemas demandados por la propia sociedad en el ámbito de actuación de cada profesión. Por lo tanto, de la capacidad de adaptación de la Enfermería para la atención y resolución de las nuevas demandas de cuidados y retos planteados va a depender su futuro como profesión y disciplina.

Para atender estas nuevas demandas de cuidados, la Enfermería debe asumir nuevas competencias dentro de un marco de práctica avanzada de los cuidados, donde la actualización y desarrollo continuado en sus conocimientos y aplicaciones clínicas a través de las herramientas que ella misma ha desarrollado a su medida y que tiene en estos momentos a su disposición, tiene un valor fundamental e imprescindible. Es decir, la utilización del modelo profesional del Cuidado definido por nuestra metodología enfermera.



Esto supone la utilización de conocimientos contrastados y actualizados, dotados de la mayor evidencia posible, a través del modelo profesional de lenguaje definido por las taxonomías del cuidado, y su desarrollo mediante una estructura segura y eficaz, a través de nuestro modelo profesional de estructura, definido por el Proceso de Atención de Enfermería (ver figura 1).

Sin embargo, y a pesar de este consenso, la realidad en la práctica

clínica es que no todas las enfermeras utilizan de manera sistemática este modelo en su práctica asistencial. Para ello se han definido numerosas razones, conocidas por todos los profesionales, tales como la falta de conocimientos, la complejidad, la falta de tiempo, etc.

En el fondo, subyace la necesidad que tiene el profesional de Enfermería de que esta herramienta no sólo

le sirva como elemento de ayuda en la toma de decisiones seguras, sino que también le agilice su labor, que sea útil para que pueda integrarlas de manera sencilla en su tarea asistencial.

Por este motivo, desde estas páginas el Departamento de Metodología e Innovación de FUDEN pretende abordar el modelo profesional de los cuidados de

una manera práctica, desarrollando algunas de las cuestiones más frecuentes que los profesionales nos planteamos en nuestra práctica asistencial.

Para ello, los profesionales de Enfermería pueden colaborar en este espacio remitiendo sus inquietudes, du-

De la capacidad de adaptación de la Enfermería para la atención y resolución de las nuevas demandas de cuidados y retos planteados va a depender su futuro como profesión y disciplina

das o sugerencias al respecto para unificar actuaciones y aclarar conceptos a toda la comunidad profesional. Esta participación puede realizarse a través del correo electrónico **enfermeriaendesarrollo@fuden.es**.

Independientemente de la aportación de los profesionales, en esta sección se publicará en cada número un desarrollo práctico para su aplicación en la clínica. Comenzaremos, siguiendo el orden lógico establecido en nuestro Proceso de Atención de Enfermería, por la fase de Valoración.

El desarrollo práctico de la valoración describirá las herramientas que dispone el profesional de Enfermería para su realización y la forma de realizar su registro e interpretación.

De cara a que sean lo más prácticas posibles para la asistencia, se publicarán unas fichas basadas en la publicación “Herramientas y técnicas sanitarias para la va-

loración enfermera” del Departamento de Metodología e Innovación, y con la siguiente estructura:

–Dato sanitario de valoración enfermera. Concepto y descripción.

–Herramientas sanitarias validadas que dispone el profesional de Enfermería para su realización (técnicas, instrumentos, escalas, etc.), diferenciadas según condicionantes (edad, colaboración, movilidad, etc.), incluyendo:

1. Descripción.
2. Técnica de utilización.
3. Lectura de resultados obtenidos.

–Registro del resultado. Variable normalizada del cuidado que permite reflejar el resultado obtenido de manera normalizada en cualquier protocolo sanitario.

En este número se publica la ficha nº 1 dedicada a la “Agudeza auditiva”.

HERRAMIENTAS Y TÉCNICAS SANITARIAS PARA LA VALORACIÓN ENFERMERA

Ficha de valoración enfermera nº 1

AGUDEZA AUDITIVA

Concepto y descripción

La agudeza auditiva es la medida del umbral auditivo de la persona o, lo que es lo mismo, del estímulo sonoro de menor intensidad que es capaz de percibir un determinado oído.

Determina la capacidad del sistema de audición de la persona para captar, transmitir o reconocer los sonidos, e identificar detalles acústicos ante estímulos sonoros adecuados.

Herramientas y técnicas sanitarias de valoración

Dependiendo fundamentalmente de la edad y la colaboración de la persona existen diversas técnicas:

1. Valoración objetiva, sin colaboración de la persona en su realización.

a) Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral (PEATC):

Descripción. Miden la actividad del nervio auditivo y de la vía auditiva, provocada por una estimulación acústica hasta su entrada en el encéfalo. Están presentes en el ser humano desde la 25 semana de edad gestacional y no se afectan por el sueño ni la sedación o atención, por lo que permiten una valoración de la agudeza auditiva neurosensorial. Especialmente útil en cribado

neonatal y en pacientes sedados.

Técnica de realización. Se colocan unos auriculares alrededor del pabellón externo y se emite un estímulo sonoro seleccionado que activa las neuronas de la vía auditiva y se registra un trazado promedio de la actividad neuroeléctrica del nervio auditivo y de las vías auditivas centrales.

Interpretación de resultados. Se considera como normal una respuesta adecuada a 40 dB en ambos oídos (Figura 1).

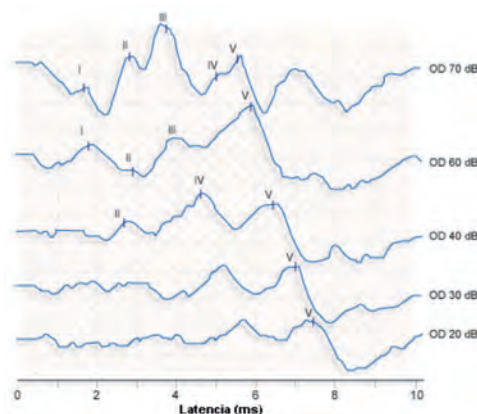


Figura 1.

Gráfica de potenciales evocados auditivos (PEATC)

b) Emisiones otoacústicas (EOA):

Descripción. Miden la energía acústica generada en la cóclea ante la presencia de un sonido, por lo que pueden ser espontáneas o provocadas, pero para la medición de la agudeza auditiva se utiliza la medición de las emisiones otoacústicas provocadas, ya que pueden ser detectadas en el 98% de los oídos. Se pueden obtener a partir de las 48 horas del nacimiento, incluidos los nacidos prematuros y permiten conocer la funcionalidad auditiva aérea, aunque no permite evaluar la funcionalidad auditiva neurológica, por lo que ante cualquier sospecha en este sentido es necesario realizar una medición mediante los PEATC.

Técnica de realización. Se coloca en el conducto auditivo externo una sonda que tiene un auricular y un micrófono a través del cual se realiza una estimulación acústica moderada para evocar las EOA que son registradas en una gráfica. No es una prueba invasiva ni que requiera colocación de electrodos, por lo que puede ser realizada por personal sin una alta cualificación, aunque es necesario una serie de precauciones para asegurar la certeza de los resultados obtenidos:

- Adaptar correctamente la sonda al conducto auditivo.
- Existencia de un bajo nivel de ruido ambiental.
- Ausencia de problemas obstructivos en el conducto auditivo externo.
- El oído medio tiene que actuar con eficacia para transmitir las pequeñas vibraciones cocleares hacia el tímpano (Ver figura 2).

Interpretación de resultados. Se considera una EOA como respuesta válida si presentan intensidades de 3dB a 6 dB por encima del ruido, en 2 o 3 bandas de media entre 1 y 4 KhZ.

c) Impedanciometría.

Descripción. Aporta información sobre el funcionamiento del sistema de transmisión aéreo del sistema auditivo. Miden la resistencia ejercida al fenómeno auditi-

vo por los elementos que intervienen en el sistema de transmisión aéreo del sonido en el oído.

Técnica de realización. Se introduce una sonda, con tres conductos en su interior, en el conducto auditivo externo, sellándolo y convirtiéndolo en una cavidad hermética. Uno de los conductos está conectado a una bomba de presión que permite cambiar la presión que hay en esta cavidad artificial. El segundo conducto está conectado a un generador de un tono puro, generalmente de baja frecuencia y a una intensidad constante. El tercer conducto está conectado a un micrófono que recibe la porción del tono de prueba que se refleja transformándolo en una señal eléctrica que se visualiza en la aguja de un voltímetro.

Interpretación de resultados. En un oído normal y en condiciones basales, la presión dentro de la cavidad artificial es igual a la de la cavidad timpánica, por lo que la movilidad del complejo tímpano oscilar es máxima, o sea la impedancia es mínima, y la cantidad del tono de prueba reflejada es mínima. Esto se puede graficar en lo que llamamos un timpanograma (Ver figura 3).

2. Valoración subjetiva, con la colaboración de la persona en su realización.

a) Acumetría.

Descripción. Permite comprobar el funcionamiento de la agudeza auditiva mediante la utilización de diapasones, que son instrumentos metálicos que al vibrar producen un tono puro, y mediante los cuales es posible realizar las siguientes exploraciones:

Test de Rinne

Descripción. Permite comparar la audición de cada oído por vía aérea y por vía ósea.

Técnica de realización. Se coloca en primer lugar el diapasón en vibración en el hueso mastoides, y cuando la persona indica ya no percibe ningún sonido, se le coloca cerca del conducto auditivo de ese mismo oído.

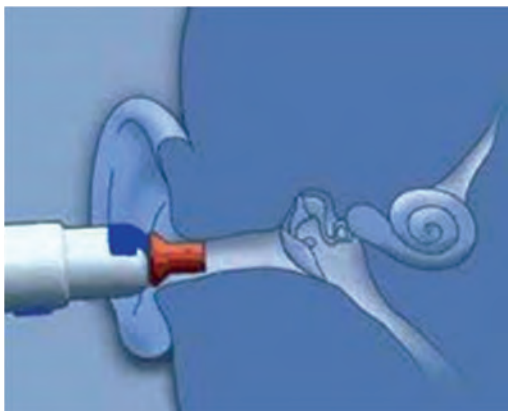


Figura 2.
Técnica Emisiones Otoacústicas (EOA)

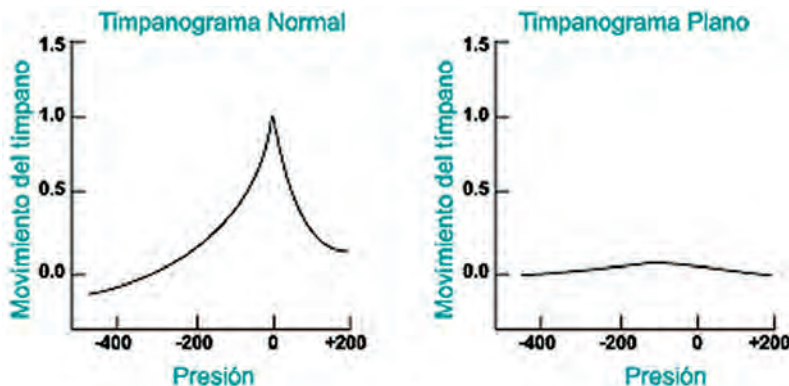


Figura 3.
Timpanograma

Interpretación de resultados. Lo normal es oír mejor o por más tiempo por vía aérea que por vía ósea (Ver figura 4).

Test de Weber

Descripción. Permite comparar la audición por vía ósea entre ambos oídos.

Técnica de realización. Se coloca el diapasón en vibración en la línea media del cráneo (frente, huesos nasales o incisivos superiores) y se solicita que indique la persona el lado por el que escucha mejor el sonido.

Interpretación de resultados. Lo normal es que el sonido se escuche en el interior de la cabeza o igual en ambos oídos, Weber no lateralizado.

b) Audiometría.

Descripción. Es la medición de la agudeza auditiva mediante la utilización de instrumentos que permiten detectar el umbral auditivo, denominados audímetros. Los audímetros son instrumentos eléctricos capaces de producir o reproducir estímulos sonoros a intensidades (-10 dB a 120dB) y frecuencias (120 a 16.000 Hz.) controladas.

Técnica de realización. El explorador emitirá tonos controlados, cada vez de mayor intensidad en una misma frecuencia, hasta que la persona indique que es capaz de percibirlos, consiguiendo establecer el umbral de audición en esa frecuencia, pudiendo explorar con la misma sistemática todas las frecuencias deseadas. Permite detectar los umbrales auditivos tanto por vía aérea como por vía ósea. Con los umbrales de audición de cada frecuencia es posible establecer una gráfica de audición de la persona.

Interpretación de resultados. Se considera normal una audición por debajo de los 20-25 Db.

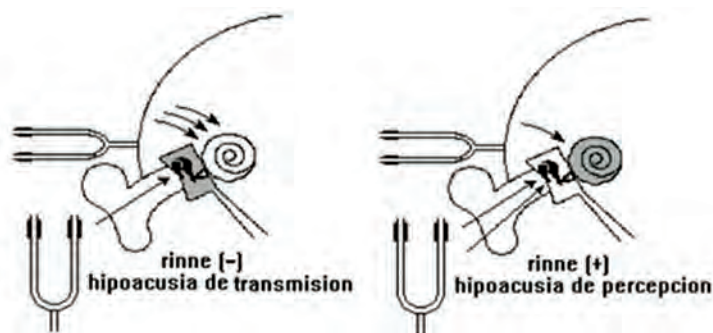


Figura 4. Test de Rinne
Prueba de Rinne. Bernal Zafra, S. – UCA 2000

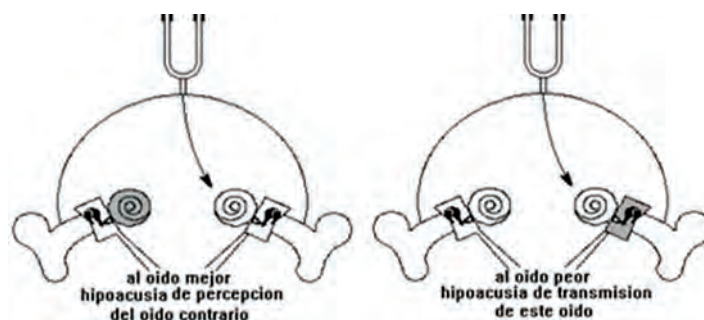


Figura 5. Test de Weber
Prueba de Weber. Bernal Zafra, S. – UCA 2000

Registro normalizado. Variables del cuidado

–0801 Alteraciones sensoriales.

Variable del tipo “Si/No” para reflejar la existencia de problemas en la funcionalidad de alguno de los sentidos corporales de la persona.

–0802 Problemas de visión.

Variable del tipo “Si/No” para registrar la presencia de alteraciones en el sentido de la vista (disminución de la agudeza o el campo visual de la persona, alteración cromática, etc.).

FICHA RESUMEN DEL DATO CLÍNICO

DATO CLÍNICO	HERRAMIENTAS SANITARIAS	REGISTRO NORMALIZADO CÓDIGO/DESCRIPCIÓN
Agudeza auditiva	Valoración objetiva: –Potenciales evocados auditivos de tronco cerebral (PEATC) –Emisiones otoacústicas (EOA) –Impedanciometría Valoración subjetiva: –Acumetría: Rinne Weber –Audiometría	0801 Alteraciones sensoriales 0804 Problemas de audición

Fibrosis quística

Cuando los cuidados van más allá

Enfermeras y fisioterapeutas son fundamentales para el tratamiento y la calidad de vida de los enfermos de fibrosis quística

TEXTO: Juan Andrés Siles / FOTOS: Federación Española de Fibrosis Quística

Fernando Moreno tiene 43 años. Le diagnosticaron fibrosis quística a los 17, cuando la enfermedad ni siquiera tenía esa denominación. Hace quince años le trasplantaron los dos pulmones. Ahora hace vida normal. Es voluntario de una asociación de personas con autismo, es actor y forma parte de la Asociación Madrileña de Fibrosis Quística, una enfermedad degenerativa que afecta a los pulmones y al sistema digestivo. Fernando conoce bien todos sus estadios, en cuyos cuidados las enfermeras son imprescindibles, en especial en un caso como el suyo con un diagnóstico tardío. “Cuando es algo que te viene tan de sorpresa, tienes unos hábitos que debes cambiar por completo. Consiguieron que llevara un tratamiento tan complicado con naturalidad y buen ánimo, incorporándolo a mi vida como una rutina, igual que te lavas los dientes”.

Sobre el trabajo de la Enfermería, Fernando subraya que “es algo a lo que no damos la importancia que tiene, que te enseñen a ponerte el tratamiento intravenoso en casa. Es fundamental para la calidad de vida. No es lo mismo estar ingresado en un hospital a seguir con tu vida, tus estudios, tu trabajo, tus amigos, y tu familia”. La labor de las enfermeras es enseñarles a realizar adecuadamente el tratamiento y fomentar la adherencia al mismo, como explica Águeda Ibáñez, enfermera coordinadora de la unidad de fibrosis quística infantil del hospital La Fe de Valen-



cia, con 30 años de experiencia. “Les explicamos sus tratamientos, la nutrición, cómo realizar la aerosolterapia, la fisioterapia y la utilización de intravenosos”. Es importante mantener el contacto personal con los enfermos y coordinar todo. “Por ejemplo, las distintas especialidades que deben visitar cuando van al hospital para sus revisiones ordinarias como análisis, recogida, farmacia, neumólogos, gastroenterólogos, etc”.

Desde pequeños, los enfermos de fibrosis quística deben tener un control exhaustivo y realizarse pruebas respiratorias para conocer al detalle sus constantes. Todo ello es una labor de las enfermeras.

GRUPO DE ENFERMERAS

La Federación Española de Fibrosis Quística, con sede en Valencia, pretende crear un grupo de Enfermería destinado a profesionales interesados en ampliar sus conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento. Las enfermeras interesadas pueden ampliar la información sobre la iniciativa en la web www.fibrosisquistica.org

TOMÁS CASTILLO ARENAL

Pte. de la Federación Española de Fibrosis



El incierto futuro de la fibrosis quística

La calidad de vida de las personas con Fibrosis Quística ha mejorado mucho en los últimos años, gracias, en gran medida, al fomento de la investigación, algo fundamental que nos acerca a una posible cura y a la mejora en los tratamientos. La reducción de la inversión en investigación, junto con los recortes en las prestaciones sanitarias y sociales, ponen en peligro la calidad y esperanza de vida de las personas con enfermedades graves como la nuestra.

Ésta es una enfermedad que está a punto de ser manejable. El esfuerzo de varias generaciones de investigadores y médicos puede dar su fruto en los próximos años. Pero las autoridades sanitarias deben ayudarnos para que todos los españoles con Fibrosis Quística y sus familias reciban el mismo trato. Conseguir la equidad en los tratamientos, medicación e instrumentos en todas las comunidades autónomas es muy importante para que no haya niños que tengan una peor calidad de vida que otros dependiendo del lugar en el que hayan nacido. Para ello es imprescindible la implantación del cribado neonatal en todas las comunidades.

Es fundamental que se garantice un sistema sanitario universal, de calidad, público y gratuito, totalmente accesible para las personas con enfermedades crónicas, como la Fibrosis Quística. Su privatización supone un deterioro de la atención médica, en la que priman los beneficios económicos sobre la salud del paciente, quien, no debemos olvidar, es el centro y razón de ser de nuestro sistema sanitario.



Fisioterapia, un trabajo imprescindible

La fisioterapia es uno de los tres pilares del tratamiento, junto con la indicación y aplicación de los antibióticos y el control nutricional de los pacientes. Así lo subraya Antonio Tomás Ríos Cortés, coordinador del grupo español de fisioterapeutas para la fibrosis quística. “Los fisios enseñan, corrigen, supervisan, adaptan y perfeccionan las técnicas de fisioterapia respiratoria a lo largo de las diferentes etapas de la vida y la evolución de los pacientes. Nuestra labor incluye el aprendizaje de las técnicas de fisioterapia respiratoria, la elección y educación en el uso correcto de los dispositivos de terapia inhalatoria, el fomento de

la actividad física proporcionando programas de ejercicio adaptados y estimulantes y la educación para la salud continua y actualizada de los pacientes y sus familiares”.

Sobre las necesidades de los pacientes, Antonio afirma que es una cuestión difícil de entender y fácil de responder. “Más fisioterapeutas, con formación y conocimientos suficientes, más cerca de ellos. Si es esencial que haya un fisioterapeuta en cada unidad de referencia, es difícil comprender y aceptar cómo algunas aún no lo tienen, en otras no con dedicación exclusiva, y otras presentan otro tipo de problemática local como la falta de formación”.

Servicio al paciente

Educación y adaptación

El Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo enseña a los pacientes, familiares y cuidadores a adaptarse a sus nuevas necesidades



Grupo de pacientes, familiares y cuidadores durante una de las formaciones de la escuela del Hospital de Paraplégicos de Toledo

“¿Qué debo saber sobre la lesión medular espinal? Autocuidados” es el nombre del programa de educación para la salud dirigido a pacientes, familiares y cuidadores del Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo. La enfermera jefe del Servicio de Atención al Usuario, Laura Plaza Rivas es la coordinadora de las formaciones. Explica que el principal objetivo de la iniciativa es que el paciente “pueda valerse por sí mismo y que los cuidadores y familiares sepan atenderlos cuando salgan de aquí. Les entrenamos y educamos en las cuestiones necesarias para que ellos, en su medio y con sus recursos, puedan salir adelante”.

El programa formativo, que en junio alcanzará su trigésima edición, se organiza de forma reglada en el hospital desde 2002, cuando Laura

EL PROGRAMA FORMATIVO

1. ¿Qué supone tener dañada la médula espinal?
2. ¿Qué es y cómo se forma una úlcera por presión? Prevención.
3. Educación para la salud ante las alteraciones urinarias.
4. Educación para la salud ante las alteraciones intestinales.
5. Fisioterapia. Cinesiterapia (terapia del movimiento) y terapia respiratoria.
6. Rehabilitación psíquica del lesionado medular.
7. Terapia ocupacional en la lesión medular.
8. Avances recientes en la investigación sobre la lesión medular.

Plaza Rivas llegó al servicio de atención al usuario, si bien ya habían llevado a cabo experiencias anteriores similares. Los talleres se organizan tres veces al año, antes de Semana Santa, del verano y Navidades, coincidiendo con las altas de los pacientes por vacaciones. Las clases las imparten ocho enfermeras, dos fisioterapeutas, una médico psiquiatra, una terapeuta ocupacional y el grupo de investigadores sobre médula espinal del hospital. Al finalizar la formación, distribuyen entre los asistentes una guía de cuidados elaborada por los propios profesionales “para que ellos, en su domicilio, tengan un refuerzo de todo lo que han aprendido”.

El programa obtuvo en el año 2007 el premio de la Fundación Farmaindustria a las mejores iniciativas de servicio al paciente.



“Nuestro trabajo con los pacientes, familiares y cuidadores es muy gratificante porque salen muy satisfechos de la formación”



Grupo de profesionales responsable de las formaciones

Objetivo, mejorar la calidad de vida

El grado de satisfacción de los pacientes, familiares y cuidadores que participan en la formación es muy alto, según explica Laura Plaza Rivas. “El último día les pasamos una encuesta. Siempre salimos muy bien parados. Nos ponen por las nubes. Tenemos una media de satisfacción que ronda el 9. Es una buenísima valoración. Les explicamos cosas que desconocen y que pueden mejorar su calidad de vida. A nivel personal también es muy gratificante porque nos lo agradecen mucho. Es algo que tienes que vivir para poder entenderlo”, confiesa Laura.

Una vez tienen el alta, los pacientes nunca llegan a desvincularse totalmente del hospital, ya que suelen acudir a revisiones una o dos veces cada año. Igualmente, tienen el contacto de Laura, como enfermera jefe del servicio de atención al usuario, para resolver cualquier duda o inquietud que les pueda surgir. “Cuando ingresan yo soy la responsable de recibir a los familiares. Posteriormente, cuando se marchan sigo a su disposición para cualquier necesidad que puedan tener. De hecho, suelo atender muchas llamadas telefónicas de pacientes”.

Formación de los padres

El Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo cuenta con una planta de niños. Por ello, una vez que ingresan enseñan a los padres a cuidar a sus hijos. “Cuando ingresa un niño pequeñito comenzamos el entrenamiento de la madre desde el primer momento, por ejemplo en el manejo de los respiradores, ya que, de lo contrario, no podríamos dar altas como las damos ahora”.

Pautas de alimentación

Uno de los aspectos en los que inciden durante las clases es en la necesidad de cambiar los hábitos de vida de los pacientes. “En sus domicilios tienen que cambiar costumbres y hacer cosas que antes no realizaban, pero la lesión es así y tienen que vivir de una forma distinta, ni mejor ni peor, siempre decimos distinta. Hacemos hincapié en la alimentación. Si comía carne o embutidos todos los días ahora hay que modificarlo. No es que se le prohíba, sino que tendrá una dieta más rica en fruta y verdura, muy importantes para el intestino”.

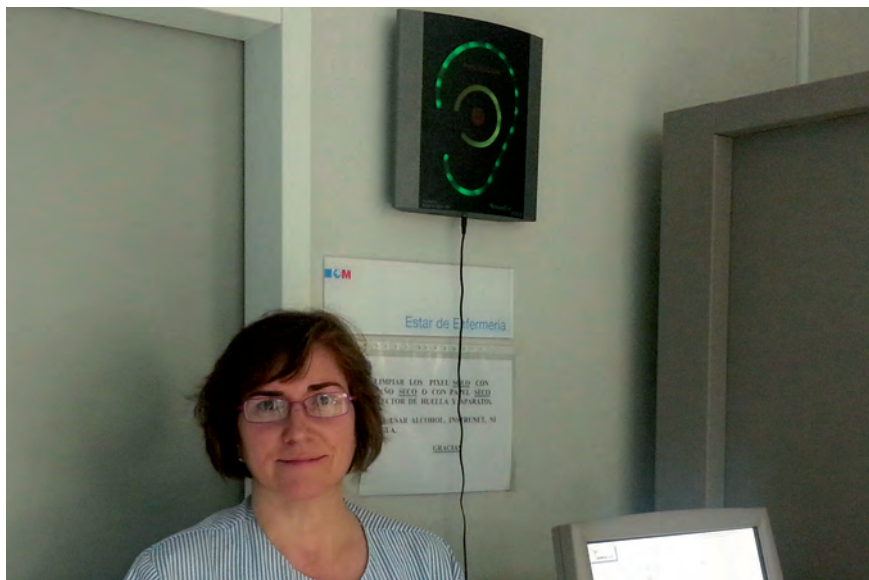
Modificaciones en los domicilios

Durante la formación, el terapeuta ocupacional orienta a los pacientes y familiares sobre las modificaciones que pueden realizar en los domicilios particulares. “Obras que a lo mejor a cualquiera les parecen monumentales se solucionan con un trazado de dos líneas y te preguntas cómo es posible. Es un trabajo muy bonito por parte de la terapeuta”.

Igualmente, la última sesión sobre los avances en las investigaciones es una de las que más interés despierta entre los pacientes.

Un hospital sin ruidos

El Hospital de Guadarrama ha reducido sus niveles de ruido, gracias a un proyecto liderado por sus profesionales



Sonómetro luminoso en el puesto de Enfermería, donde está Julia González Soria

Guardar el orden en los cambios de turno; no hablar en voz alta en los pasillos; sustituir los carros de alimentación y lencería por otros menos ruidosos; poner burletes en las puertas; emplear una señal luminosa como aviso de la llegada de ambulancias; o instalar un sonómetro en todas las plantas son algunas de las medidas adoptadas por el Hospital de Guadarrama, en Madrid, para reducir sus niveles de contaminación acústica. Con ellas han disminuido en diez decibelios sus niveles de ruido y han eliminado los picos superiores a 70.

La última iniciativa, emprendida este año, ha sido la creación de la figura de un testigo de ruido por planta y turno. “Son compañeros, enfermeras y auxiliares, que nos recuerdan que nos estamos yendo de voz o que estamos haciendo alguna práctica molesta. Han sido las personas más ruidosas las que se han comprometido con esta tarea”, cuenta Julia González Soria, la enfermera responsable de coordinar el proyecto, desde su nacimiento en 2010.

“La idea nace en la comisión de calidad. Analizamos las reclamaciones y sugerencias. No somos un hospital especialmente ruidoso, pero con cierta frecuencia los pacientes nos decían que su descanso se veía



El proyecto pretende cuidar el bienestar de los pacientes ingresados en el hospital

alterado, sobre todo, por el ruido, que hacemos nosotros. Me pareció importante abordar el problema porque en un centro pequeño, como éste, los pacientes son de media estancia, están bastante tiempo y tenemos que procurar su máximo bienestar”.

Medidas sin coste añadido

Dicho y hecho. Constituyeron varios grupos de trabajo para estudiar el marco normativo de la Organización Mundial de la Salud y realizaron una valoración de la situación ambiental con encuestas a pacientes y familiares, mediciones de decibelios y observación subjetiva por parte de los profesionales. Con estos datos, elaboraron un mapa acústico que identificó los agentes generadores de ruido, entre los que destacaban los propios profesionales. Para concienciarlos, organizaron talleres de sensibilización. También convocaron un concurso para elegir un logotipo, en el que participaron los pacientes y sus familiares e incluso los colegios. Los dibujos decoran hoy el hospital. Con el ganador, editaron un folleto, carteles, chapas y pegatinas. “Estas medidas no tienen coste, forman parte del gasto habitual, como los folletos. Todos estamos poniendo de nuestra parte”, concluye Julia.



Exposición de carteles contra el ruido organizada en el hospital de Guadarrama

Consejos para reducir el ruido

El Hospital de Guadarrama cuenta con un documento de recomendaciones, dirigido a sus profesionales. Éstas son algunas de las normas de comportamiento sugeridas:

1. Acércate para hablar.
2. Habla más bajo.
3. Respeta los horarios sensibles.
4. Utiliza el móvil con discrección.
5. Recuerda al hablar en los pasillos que los pacientes pueden escuchar los comentarios.
6. Disminuye el ruido en los cambios de turno.
7. Utiliza un calzado adecuado.
8. Deambula por la planta sólo lo necesario.
9. Deja las puertas de las habitaciones entornadas.
10. Propicia un ambiente tranquilo y acogedor.
11. Utiliza los ascensores externos a los pasillos de las plantas.
12. Recuerda que la escalera amplifica el volumen.

Compromiso de todos los profesionales

La enfermera Julia González Soria destaca el compromiso de todo el personal del hospital, esencial para reducir la contaminación acústica. “Vamos avanzando. Es necesario

sentirte implicado para producir un cambio real. Cuantas más personas observen, apuesten por ello, den sus ideas más implicación hay y más motivación para mejorar todo lo que estamos haciendo”.

Lo más complicado de conseguir son los cambios de hábito, reconoce Julia. “Cuando identificas los agentes generadores y descubres que la persona es el elemento fundamental, pues trabajar los cambios de compor-

El papel de coordinación

La enfermera Julia González Soria es la coordinadora del proyecto. “Mi papel es proponer y recoger ideas, organizar los trabajos para que todo el mundo participe, mantener el espíritu para que no decaiga, inventar nuevas actuaciones que puedan resultar atractivas, al mínimo coste”.

El trabajo enfermero

“Tenemos una doble visión. Por un lado, estamos cercanas a los pacientes. Por otro, alguna vez hemos sido pacientes o nuestros familiares lo han sido. Estamos en esa situación intermedia en la que vemos con globalidad nuestro entorno. Como pacientes, nos damos cuenta de las cosas que hacemos que son molestas y de las que no somos conscientes cuando trabajamos”.

La satisfacción de los pacientes

“Cuando repartimos los folletos, lo que sobre todo sienten es que hay alguien que les escucha y que hay una apuesta por ellos clara que va a mejorar su estancia aquí”.

tamientos, las actitudes es un trabajo más costoso. No puedes ir por la parte, de alguna manera, restrictiva, sino que tienes que manejarte desde la motivación, desde el encuentro de aspectos positivos”. “Sobre todo”, explica la enfermera Julia González Soria, “hemos buscado que los profesionales seamos los protagonistas del cambio”. Es el ejemplo de los profesionales del Hospital de Guadarrama en Madrid.

Enfermería y violencia doméstica

Una sensibilidad especial

El hecho de ser enfermero permite a personas como Javier Ascaso, policía de Zaragoza, afrontar las situaciones especiales en su trabajo

“La Enfermería me ha ayudado a tener una sensibilidad especial, a ver en mi trabajo policial, como agente de seguridad ciudadana, cómo tratar con la gente, ayudar a ciertas víctimas y manejar determinadas situaciones”. Son las palabras de Javier Ascaso Sánchez, policía de Zaragoza y graduado en Enfermería, unos estudios que cursó porque “antes de ser policía me gustaba el mundo de las emergencias. Había trabajado como técnico de emergencias en una UVI móvil. Fue una experiencia muy instructiva. Aprendí muchísimo de todo, de la vida, de la muerte... Esa vocación se me quedó y tenía la espinita clavada de estudiar Enfermería”.

Violencia machista

Durante el primer año del Grado, una profesora de la Universidad Europea de Madrid pidió a Javier que realizara un trabajo sobre su experiencia como policía vinculada con la violencia machista. “Me pareció interesante, lo fui desarrollando, ampliando información, hablando con la policía científica y la judicial. Tuve la oportunidad de dar charlas en centros de salud y hospitales de Madrid y Zaragoza”. Así fue como convirtió su investigación inicial en trabajo final de carrera sobre la percepción de los adolescentes del maltrato.

Javier Ascaso colabora como docente en la Universidad de Zaragoza. Ha dado charlas en la asignatura de Enfermería Comunitaria y en un máster sobre la materia, en las que ha abordado la actuación sanitaria en caso de detección o sospecha de violencia machista. Se trata de un asunto sobre el que todavía existe



POLICÍA DE ZARAGOZA Y ENFERMERO

Javier Ascaso Sánchez (Zaragoza, 1973) es policía de Zaragoza y Graduado en Enfermería. En su trabajo de final de carrera, realizó un estudio sobre la violencia machista entre los adolescentes. Como experto en este asunto, ha impartido clases a alumnos de Enfermería en la Universidad de Zaragoza.

desconocimiento. “Los compañeros con los que hablo o los enfermeros a los que doy clase me dicen que el conocimiento que tenían era mínimo o ninguno”.

Ante las sospechas o detección de casos de maltrato, el personal sanitario tiene la obligación de actuar. “A veces pensamos que si la víctima no quiere denunciar no tenemos que hacer nada. Pero, la ley obliga al sanitario a comunicar el caso, lo antes

posible, a las autoridades”. Para ello, existe un protocolo del Ministerio de Sanidad, actualizado en 2012, para emplear los recursos existentes. Una vez descubierto, hay que cuidar la actuación con la víctima. “Sufren una situación de opresión y limitación total, de dependencia psicológica en la que se acepta el maltrato o no se responde a él. Entonces hay que tratar que la víctima no se vuelva en contra del sanitario”.

El conocimiento y la confianza de las enfermeras con las pacientes les ayuda a detectar casos de violencia machista, sobre todo en atención primaria

Pautas contra la violencia machista

Prevención, educación, detección y tratamiento son cuatro actuaciones que las enfermeras pueden realizar contra la violencia machista, según la experiencia de Javier Ascaso.

1. Prevención. “Es un problema de salud comunitaria, sobre todo a nivel de los centros de salud. No sólo existe desconocimiento entre el personal sanitario, sino también entre los ciudadanos. Las mujeres ignoran los niveles de protección que tienen, los mecanismos de ayuda, los organismos existentes, etc”.

2. Educación. “Hay que tener en cuenta que en ocasiones es como un trabajo social contra la cultura machista, que en muchas situaciones sigue existiendo”.

3. Detección. “Tenemos que conocer qué actuación hay que hacer; qué pautas y procedimientos; cómo se debe comunicar; distinguir qué caso es urgente y cuál no, en qué situaciones puede esperar esa comunicación y cuándo hay que avisar inmediatamente a la policía o al Ministerio Fiscal”.

4. Tratamiento y seguimiento. “Es necesario llevar a cabo un tratamiento multidisciplinar de la víctima de violencia machista”.



Detección en el centro de salud

El centro de salud y la consulta de la enfermera en atención primaria son lugares en los que Javier Ascaso considera que se puede potenciar la detección de la violencia machista. A su juicio, las enfermeras son profesionales que pueden dar una respuesta adecuada a las situaciones de maltrato de la mujer.

“En la consulta de la enfermera, donde ya hay más que una toma de contacto, con una cierta confianza, puede informar a la enfermera de su situación de maltrato. Incluso, aunque la mujer no llegue a comunicarlo a su enfermera, ésta en ocasiones sí que tiene mecanismos para sospe-

char, tener dudas sobre lo que está pasando. Los profesionales tienen que saber que están en disposición, tienen la obligación de intentar indagar, más o menos sutilmente, de saber en qué situación se encuentra la mujer que sufre maltrato”.

No obstante, en muchas ocasiones los profesionales sanitarios con los que ha trabajado Javier Ascaso le confiesan la incapacidad que sienten para afrontar este problema. “Muchos me han contado sus experiencias, su impotencia ante no saber qué hacer, cómo actuar, qué decirle a la víctima, si tenían que denunciar o no, etcétera”, afirma Ascaso.



Manos solidarias

TEXTO: Juan Andrés Siles / FOTOS: Marcos Moreno

Tarifa, en Cádiz, y la provincia de Jaén son dos lugares en Andalucía donde la atención a la población inmigrante es una de las tareas de las que se ocupan las enfermeras. Hasta las costas andaluzas por el estrecho de Gibraltar siguen llegando, procedentes de África, personas en pateras a las que atienden enfermeras como Rocío López Blanco, integrante del equipo de respuesta inmediata de emergencias de Cruz Roja. “Lo primero que hacemos es un triaje y, después, el cambio instantáneo de la ropa mojada. Llegan con la hipotermia de estar en alta mar, que se puede acentuar si no les cambiamos las prendas que traen mojadas. Posteriormente, empiezan, uno a uno, a ser valorados por mí. Les tomo las constantes, ya con más tranquilidad”.

En el interior de Andalucía, colectivos como Jaén Aco-ge son los que ayudan a la población inmigrante. En esta asociación colabora como voluntaria e integrante de su junta directiva María Luisa Grande Gascón, profesora de Enfermería en la Universidad de Jaén. “Les asesoramos y orientamos sobre todo lo relacionado con los trámites para conseguir la tarjeta sanitaria, el empadronamiento y la intermediación con los servicios sanitarios”, explica.

Rocío y María Luisa son dos enfermeras solidarias que dedican su trabajo y esfuerzo a mejorar la situación de la población inmigrante que llega a España con la intención de labrarse el futuro que en sus países de origen no tienen.



TARIFA, TIERRA DE ACOGIDA

La serie de imágenes del fotógrafo Marcos Moreno ilustran el trabajo realizado por enfermeras como Rocío López Blanco, que ofrecen cuidados de emergencia a los inmigrantes que llegan a las costas de Tarifa. Su labor humanitaria es imprescindible para que se recuperen de la travesía que han superado por el Estrecho

María Luisa colabora como voluntaria en Jaén Acoge desde principios de los 90. En la asociación realiza, sobre todo, temas de gestión. En la actualidad, es vocal de su junta directiva, en la que también ha sido secretaria. Su labor está estrechamente ligada con su trabajo como docente en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Jaén, desde 1991, donde imparte las asignaturas de 'Enfermería en la cooperación para el desarrollo' y 'Cultura, género y cuidados de salud'. "De un lado, la cultura tiene que ver con la atención y los cuidados de Enfermería a los inmigrantes. De otro, muchas de las personas que llegan a España proceden de países con los que se hace cooperación internacional para el desarrollo. Se complementa bastante con mis funciones en Jaén Acoge. Por desgracia, ahora estamos volviendo a tiempos pasados. La po-

Rocío López Blanco

Enfermera de Tarifa

"Todos somos humanitarios, pero las enfermeras somos especiales porque nuestra profesión es ayudar a las personas y eso nos diferencia de los demás"

blación inmigrante está perdiendo derechos sanitarios. Cuando surge algún tema relacionado con la salud me consultan o me incluyo en algún grupo de trabajo, no tanto de atención directa al inmigrante, como de proponer medidas y actuaciones de cara a la administración".

Rocío comenzó como voluntaria en Cruz Roja hace trece años, antes de diplomarse en Enfermería. "Me

gustaba la rama sanitaria. Empecé en los servicios de playa y haciendo servicios preventivos cuando había algún acontecimiento. En esa época hubo mucha inmigración en Tarifa. Poco a poco me fui involucrando dentro del equipo... y hasta ahora". Tras obtener la titulación, en 2003, comenzó a trabajar en el equipo de respuesta inmediata de emergencias de Cruz Roja. Durante el día a día, "cuando tenemos una activación, nos dedicamos a la atención inmediata del inmigrante que llega a la costa. Me encargo del trabajo sanitario, hacer el triaje, las valoraciones... Cuando no hay activaciones, trabajo en la asamblea revisando todo el material, la ambulancia, la documentación, los partes, etc."

En Jaén, inmigrantes asentados no hay muchos. Cada año, llegan para trabajar en la campaña de la



La salud de la población inmigrante

La población inmigrante tiene las mismas necesidades de salud que todo el mundo, no hay diferencias significativas, subraya María Luisa Grande Gascón, integrante de la junta directiva de Jaén Acoge y

profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Jaén. "Las diferencias vienen de su estilo de vida, están más relacionadas con la pobreza y las condiciones precarias con las que desempeñan su trabajo, más que con enfermedades vinculadas por el hecho de ser inmigrantes. Para trabajar viene gente sana, porque el trayecto migratorio es muy duro. Proceden de sitios donde la cultura es tradicional, el estilo de vida es colectivo. Sus familias y sus

comunidades son muy extensas. Emigran porque saben que el dinero que van a mandar va a servir para toda la familia. De todos, viene el que está más sano, porque si no, no soportan la dureza del trayecto migratorio. Son personas sanas, adultas, en edad de trabajar".

Así pues, las necesidades sanitarias de la población inmigrante están más vinculadas con los trámites burocráticos para obtener documentos como la tarjeta sanitaria.



AYUDA ADMINISTRATIVA Y LINGÜÍSTICA

Las barreras que sufre la población inmigrante que llega a España es uno de los temas en los que María Luisa Grande Gascón profundiza en sus clases de la Escuela de Enfermería de Jaén. “Cuando recurren al sistema sanitario deben superar trabas administrativas, lingüísticas, culturales... porque provienen de una cultura diferente, con otra forma de entender la salud y la enfermedad. En consecuencia, se producen choques culturales, un hecho normal cuando hay un desconocimiento mutuo”.

recolección de la aceituna, entre los meses de noviembre y enero. María Luisa explica que son “temporeros, con unos problemas muy concretos derivados de encontrar un alojamiento, trabajo y contrato. Participamos de manera activa, con la Junta de Andalucía, en la puesta en marcha de un sistema de albergues, destinado a quienes no encuentran empleo y vivienda y duermen en los parques, las estaciones de autobuses y plazas de los pueblos. En esa época la administración autonómica amplía el horario de los centros de salud y refuerza los equipos sanitarios para atender a la población inmigrante. Nosotros participamos en la puesta en marcha de esos dispositivos para atender las necesidades de la población inmigrante”.

Aunque en Andalucía la Junta ha mantenido los derechos de los inmigrantes, como la tarjeta sanitaria, la crisis económica está golpeando a los colectivos más vulnerables, advierte María Luisa. “Son muchos los que están en paro y no pueden hacer frente al pago de las medicinas o no pueden ir a una consulta de un

María Luisa Grande Gascón Profesora de Enfermería de Jaén

“Estamos viviendo tiempos en los que, por desgracia, la población inmigrante está perdiendo sus derechos sanitarios debido a los recortes y al paro”

centro de salud o desplazarse de un pueblo pequeño al hospital”.

Mientras tanto, a Tarifa siguen llegando inmigrantes, señala Rocío. “Ahora tenemos una etapa, desde el año pasado, desde octubre de 2012, en la que sí están viniendo más. Tuvimos un parón en el Estrecho, un tiempo en los que cesó un poco. Ahora ha vuelto a resurgir. Es raro el día que no acceden inmigrantes a las costas”.

Voluntariado social

Al margen de su trabajo en el equipo de emergencias, Rocío también colabora como voluntaria en los programas de intervención social de la Cruz Roja, como el programa de duchas, en el que tres veces en semana las personas que no tienen hogar o medios acuden a la asamblea local de Tarifa, donde se duchan, les proporcionan ropa y merienda. “Voluntariado y enfermería van unidos. El papel de la enfermería es cuidar por nuestros pacientes, es humanidad. La labor social es ayudar, colaborar con alguien que no está enfermo al que ayudas a mantener cubiertas las necesidades básicas de su vida”.

Jaén Acoge también dispone de un programa de voluntariado vinculado con actividades concretas como las clases de castellano, la sensibilización y el trabajo social. También cuenta con el apoyo de los estudiantes, a través del programa formativo en cooperación de la Universidad de Jaén, en el que los alumnos, entre ellos los estudiantes de Enfermería, hacen prácticas en organizaciones solidarias, trabajan en terreno con organizaciones no gubernamentales en Latinoamérica, gracias a una beca y terminan integrándose en colectivos locales.

“Todas las personas tenemos humanidad y corazón. Somos sensibles a las diferentes situaciones, pero es cierto que las enfermeras somos especiales. Nuestra profesión consiste en ayudar a los demás. Eso nos diferencia. Somos más humanas”, explica Rocío López.



ÁNGEL MARÍA HERRERA

Fundador de Bubok.
Su mujer es enfermera de
servicios críticos

Pasión, vocación y devoción

Hoy día estamos muy de moda los emprendedores y andamos en boca de todos, en especial de los políticos, porque parece ser que vamos a ser la solución a todos los problemas. Por eso aparecemos continuamente en los medios, pero a dichos medios se les olvida que los empresarios no somos nadie sin nuestro equipo, sin la gente que realmente trabaja y está en el día a día, esas personas de las que no se suele hablar nunca. Creo que con la enfermería pasa algo similar, no hay más que ver la cantidad de series de televisión que hay de médicos, que parece que son los salvadores del mundo, pero ninguna serie de enfermeras, que, personalmente creo, son una de las partes fundamentales dentro de un hospital. Y aunque yo por mi trabajo tenga la suerte de salir en radio, prensa y televisión, la que realmente se lo merecería es mi mujer,

aparte de por aguantarme a mí, por ser una persona apasionada de su trabajo, mostrando vocación y devoción en lo que hace. Creo firmemente que cualquiera puede ser empresario, pero pocas personas pueden ser enfermero. Cuando mi mujer me cuenta algunas de las cosas que hace se me pone un nudo en la tripa. Por eso nunca he entendido por qué su trabajo está tan mal remunerado. Tengo la sensación de que no se entiende que están tratando con vidas humanas y que suelen ser las más cercanas a los pacientes, la primera línea de cuidados. Lo que más me sorprende es que a pesar de la baja retribución, que según mi punto de vista percibe con respecto a su labor, esto no impide que la siga realizando con el mismo esfuerzo y profesionalidad.

Creo firmemente que cualquiera puede ser empresario, pero pocas personas pueden ser enfermeras



Es cierto que convivir con una enfermera tiene complejidades, como los turnos, nunca tener claro cuando vas a tener las vacaciones o vivir de primera mano las historias dramáticas de muchos pacientes... Pero ver a mi mujer feliz haciendo lo que realmente desea, ayudar a los demás en esos momentos tan complicados y sabiendo que tiene un impacto directo en las personas, lo compensa con creces. Cuadrar mi agenda con sus planillas y las actividades de los niños es casi imposible, pero una veces haciendo malabarismos, otras con ayuda de los abuelos y,

sobre todo, con mucho sacrificio por su parte, conseguimos seguir adelante. Mi mujer aún no tiene plaza fija, con lo cual tenemos que sumar la inestabilidad

laboral de esta profesión, esa incertidumbre continúa de traslados, bolsas de empleo y demás.

Realmente me siento orgulloso de ella. Es como esa hormiguita que no se queja de la dura labor encargada y sabe que es una pieza más, pequeña, pero fundamental dentro de la cadena. Me gustaría que en general la Enfermería fuera consciente de su poder y estuviera más unida. Tengo la sensación de que falta cierta cohesión, en especial a la hora de reivindicar algunos derechos o cosas básicas. Por eso confío que esta nueva revista sirva de vehículo de unión para esta profesión tan hermosa y digna de mi admiración. Sin duda la Enfermería es una profesión aún poco reconocida, pero está en vuestras manos cambiarlo. ●



San Lázaro, un hospital con historia

TEXTO Y FOTOS: Ana María Cecilia

Un hospital que viene realizando su función como tal desde el siglo XIII cuando su uso era acoger a los leprosos. A pesar del paso del tiempo y las restauraciones que ha sufrido, aún se conservan peculiaridades del edificio que plasman el paso del tiempo y la historia, como es la iglesia que alberga y uno de los mosaicos que aparece en la fachada como símbolo a los enfermos de lepra.

El Hospital de San Lázaro, declarado monumento histórico-artístico en 1964, es el centro hospitalario más antiguo de la provincia de Sevilla. Un edificio datado en el siglo XIII, fundado por Fernando III y, posteriormente, puesto en funcionamiento por el rey Alfonso X para albergar a los leprosos, siendo durante años un hospital dedicado a atender a la población más desfavorecida que padecía enfermedades infecciosas.

Es un hospital que ha perdurado en el tiempo y que aún en la actualidad está en activo, manteniendo gran parte de su edificación y su esencia, así como muchos otros aspectos que recuerdan los motivos que



El hospital conserva su iglesia primitiva, así como un mosaico de azulejos de San Lázaro



llevaron a su levantamiento. Tal es el caso del mosaico de azulejos del siglo XVII que permanece en la fachada y que representa a los enfermos de lepra, donde se puede ver a San Lázaro leproso y cuyas llagas son lamidas por los perros.

También hay que destacar la iglesia del hospital, situada junto al mismo. Es un templo de estilo mudéjar, que actualmente muestra una imagen castigada por el paso del tiempo y que se conserva en estado ruinoso a la espera de ser restaurada. Aún así, el hospital de San Lázaro ha necesitado de rehabilitaciones en su distribución a medida que ha ido pasando el tiempo.

A lo largo de su historia, el Hospital de San Lázaro ha tenido diversas funciones, siendo utilizado como geriátrico, como centro para prestar atención a enfermos terminales, como psiquiátrico e incluso como hospital penitenciario. Actualmente, pertenece al Área del Virgen Macarena y realiza funciones de psiquiatría, cirugía mayor y menor ambulatoria y medicina interna.

Han sido su historia y sus vivencias las que han hecho del hospital de San Lázaro una institución para la ciudad, destacando fundamentalmente por su uso hospitalario desde la Edad Media hasta nuestros días. Es evidente que han sido miles los

profesionales que han desempeñado su labor entre los muros de San Lázaro. Profesionales que han tenido que amoldarse y sobreponerse a las dificultades planteadas ante las circunstancias que rodeaban a la época, por lo que el hospital ha albergado no sólo a todo tipo de pacientes, sino también a todo tipo de trabajadores que han ido evolucionando con el paso de los siglos, de la mano de la sociedad y de la tecnología.

Es mucha la historia que este centro hospitalario tiene a sus espaldas, y así lo plasman los pequeños detalles que persisten en el edificio, pero también mucha la historia que le queda por vivir.



CRISTINA FRANCISCO DEL REY

Profesora de la Facultad
de Enfermería de Alcalá
de Henares (Madrid)

«Buenas tardes. Soy Virginia, su enfermera»

ETHOS PROFESIONAL

Virginia llevaba a cabo sus cuidados con los conocimientos y habilidades pertinentes, pero además con esas actitudes profesionales que Benner considera como nivel de experto y desde la ética se describen como el *ethos* profesional

«Buenas tardes. Soy Virginia, su enfermera».

Esta frase la pronunció, hace un año, una enfermera del hospital de Guadalajara cuando entró, a las tres y pico de la tarde, en la habitación en la que mi hermano se reponía de una cirugía importante e iba asimilando una nueva imagen con la que tendría que convivir el resto de su vida. Y al escucharla sentí satisfacción de ser su colega, de pensar que alguna vez yo, también, podía haber transmitido a algún enfermo o algún familiar un sentimiento de confortación y de seguridad como el que Virginia me transmitía en ese momento, y que iba mucho más allá de sus palabras. Su presencia, el tono de su voz y su actitud comunicaban que estaba, aquella tarde, allí para mi hermano y su compañero de habitación.

Supe quién era nada más entrar. Era la enfermera a la que mi hermano se había referido en varias ocasiones. Además, Virginia había sido “mi alumna” hace más de quince años.

—Ha estado hoy una enfermera que te gustaría mucho —me había dicho mi hermano.

—¿Por qué? ¿Qué tiene de especial? —le pregunté.

—No sé. Nada en concreto. No sé... Pero da mucha seguridad, te hace sentir bien —me respondió.

—¿Es especialmente habilidosa, con las curas, “al cogerte la vía”...? —insistía yo, tratando de precisar la singularidad de esta enfermera tan especial.

—No, no es eso. Eso lo hace como las demás. Es ella —explicaba mi hermano.

Y ella estaba allí, dirigiéndose, verbal y físicamente, al compañero de habitación que acababa de ingresar aquella mañana.

—Soy Virginia, su enfermera. Estaré con ustedes toda la tarde. ¿Cómo se encuentra? ¿Cómo va el suero? ¿A ver el brazo? —preguntaba, escuchaba y comprobaba el estado del enfermo.

—Dentro de un rato, con la merienda, le traeré la medicación que tiene que tomar. ¿Necesita algo ahora? —insistía Virginia.

El enfermo contestó que se encontraba bien y que no necesitaba nada en ese momento. Fue entonces cuando se dirigió a mi hermano.

—¿Cómo estás pasando el día? —Y casi sin terminar la frase, reparó en mí.

—¡Anda, pero si es Cristina, mi profesora! ¡Qué sorpresa...! —Sentí que se alegraba y me gustó.

Con sus «Buenas tardes. Soy Virginia, su enfermera», Virginia transmite disponibilidad, seguridad y confortación

Después de un escueto trámite de por dónde marchaban nuestras vidas profesionales, cerrado con un «luego te busco y tomamos un café, ahora quiero ir a ver a los enfermos», volvió con mi hermano. Porque Virginia, cuando hablaba con el enfermo, estaba con él y para él, le hacía sentirse el centro, el protagonista...

—¿Cómo has pasado el día? ¿Cómo tienes la bolsa? ¿Necesitas que la cambiemos? —Dijo «la cambiemos», no que «te la cambie», como si la bolsa de la colostomía de mi hermano fuera cosa de él y de ella, de los dos.

Y en ese momento supe qué tenía de singular Virginia, por qué era tan especial, porque sabía decir «buenas tardes» como si fuera lo mejor que podía hacer para que una tarde fuera buena: estar allí cuidando a los enfermos. Porque, cuando decía «soy Virginia», se estaba responsabilizando en primera persona de lo que hacía. Porque, cuando decía «soy su enfermera», estaba poniendo a disposición de los enfermos y de la familia recursos profesionales que son necesarios y dan seguridad cuando se está vulnerable por estar enfermo o porque lo están personas allegadas.

Mi hermano no necesitaba, en ese momento, compartir con «su enfermera» el cambio de la bolsa y Virginia salió de la habitación a transmitir, con sus «buenas tardes. Soy Virginia, su enfermera», disponibilidad, seguridad y confortación. Y a



ofrecer los cuidados y atenciones que precisaban sus pacientes, y estoy segura, porque tuve la oportunidad de comprobarlo, que los llevaba a cabo con los conocimientos y habilidades pertinentes, pero además con esas actitudes profesionales que Benner considera como nivel de experto y desde la ética se describen como el *ethos* profesional.

—¿Has visto cómo es especial, cómo normaliza las cosas? —Dijo mi hermano, y yo supe a qué se estaba refiriendo.

Porque el que una enfermera se ofrezca, aunque sea su obligación, sin tenerlo que pedir, a cambiar, o ayudar a cambiar, una bolsa que contiene algo tan íntimo como son los propios excrementos, con naturalidad y hasta como suyo, hace que la dignidad de quien necesita ese cuidado no se resienta.

Gracias Virginia. Con este recuerdo a ti, y a las enfermeras que ejercen la profesión como tú, pretendo visibilizar lo que es invisible en los cuidados enfermeros y, sin embargo, muy satisfactorio cuando se percibe.

ed

NUEVA

La revista de las
enfermeras que pone en
valor la profesión



ED · ENFERMERÍA EN DESARROLLO
enfermeriaendesarrollo@fuden.es