



Enfermería rural

En las islas La Graciosa (Canarias)
e Ibiza (Baleares)

PÁG. 12

CREER

Centro nacional para personas
con enfermedades raras

PÁG. 46

Enfermería a 300 km/h

Enfermeros de gran premio

PÁG. 8

4 Opinión

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

8 Enfermeros de gran premio a 300 km/h

Tres enfermeros que trabajan en circuitos de velocidad comparten su experiencia en el cuidado de pilotos de MotoGp y Fórmula 1



12 Enfermería rural en las islas de La Graciosa e Ibiza

Marco A. Santana, Janet Betancor y Carmen Cuadra hablan de su experiencia como enfermeras en ámbitos donde la enfermería rural alcanza su máxima expresión



18 Calidad de vida

Entramos en la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital de Getafe, con las enfermeras y fisioterapeutas que trabajan con los pacientes con cardiopatía



22 Consultoras de lactancia

España cuenta con 119 consultas de lactancia con certificado IBCLC. Resuelven los problemas de lactancia



26 Triage en Primaria

Las enfermeras del Centro de Salud "La Chopera" de Alcobendas valoran a las personas sin cita previa



28 Entrevista a M^a Isabel Saracíbar

La profesora de la Universidad de Navarra expone las claves del Modelo de Enfermería Universidad de Navarra en el que está trabajando

32 La geriatría, necesaria en todos los ámbitos

La profesora de la Universidad de Barcelona Misericordia García analiza los retos de la Enfermería Geriátrica



34 Por un cuidado integral

Ainhoa Ulibarri Ochoa, doctora en Ciencias de la Enfermería, defiende la importancia del bienestar emocional del paciente oncológico y la necesidad de sistematizar esta atención

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

Foto de portada: Atención sanitaria en MotorLand Aragón
Redacción y administración: C/Cuesta de Santo Domingo, 6. 28013 Madrid
Teléfono: 915424410. **Fax:** 915422068
Correo electrónico: enfermeriaendesarrollo@fuden.es
Imprime: Rivadeneyra, S.A.
Distribuye: Jarpa Publicidad S.L.
Depósito Legal: M-15637-2013.

36 Hazlo bien, hazlo fácil

Metodología. Proceso de valoración enfermera.
Primera fase

40 Un ingreso más amable

La enfermera Marta Ramos crea un espacio para el ocio de las personas ingresadas en Oncología del Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza



42 El método Bobath, rehabilitación integral

La Fundación Bobath, en Madrid, trabaja desde hace décadas la rehabilitación de personas con parálisis cerebral



46 Conócelas, entiéndelas, difúndelas

CREER es el Centro de Referencia Estatal para Enfermedades Raras. Atiende a tres millones de personas

50 Rafael Arozarena, un escritor enfermero

El escritor canario Rafael Arozarena, autor de la popular novela Mararía, fue enfermero

Implicación

Marco Antonio Santana es enfermero de La Graciosa. Carmen Cuadra es enfermera de Sant Miquel de Balasant. No son solo enfermeros de un consultorio de salud de la isla más pequeña del archipiélago canario o de un área de interior de uno de los lugares con más turismo, Ibiza. Son profesionales con nombres y apellidos concretos que universalizan su trabajo gracias a la identificación e implicación con la comunidad donde lo desarrollan. Ambos son enfermeros rurales que han compartido con todos nuestros lectores su día a día, en un contexto muy complejo y delicado. Así es también el entorno en el que se mueven las enfermeras de los circuitos de velocidad, donde en muchas ocasiones tienen que atender a los campeones de las grandes competiciones de motos y Fórmula 1. Su funcionamiento como equipo es fundamental para resolver las situaciones que tienen que afrontar. Es la característica que destaca también en las enfermeras y fisioterapeutas de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Universitario de Getafe o del Centro de Referencia Estatal para Enfermedades Raras y en los profesionales de la Fundación Bobath que abordan de manera integral la parálisis cerebral. En todos estos casos, los pacientes reciben una atención integral y multidisciplinar, dos aspectos comunes en sus respectivos ámbitos de trabajo.

De nuevo, comprobamos que la investigación es otro entorno imprescindible para el desarrollo de la profesión. Así lo demuestran los resultados de los cuarenta años de docencia e investigación de María Ísabel Saracíbar, profesora de la Universidad de Navarra, las más de tres décadas definiendo la enfermería geriátrica de Misericordia García, profesora de la Universidad de Barcelona, o el testigo que toma Ainhoa Ulibarri, profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz, con su tesis doctoral sobre el cuidado de pacientes oncológicos. La necesidad de ampliar los conocimientos ha sido su principal motivación, la misma que encontramos en las 119 profesionales sanitarias españolas certificadas como consultoras de lactancia IBCLC. El proceso para obtener esta acreditación les permite resolver problemas de lactancia que no sabrían solventar sin sus nuevas capacidades. La razón última de todas sus inquietudes es el cuidado de sus pacientes. Esto mismo es lo que ha llevado a los enfermeros del Centro de Salud "La Chopera" de Alcobendas, en Madrid, a valorar a las personas sin cita previa, potenciando así el papel de la consulta de enfermería en Atención Primaria; o a la enfermera Marta Ramos a crear un espacio para el ocio de las personas ingresadas en Oncología del Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza.

De nuevo, os presentamos 52 páginas en las que destacamos el plus que las enfermeras aportan a la sociedad, en muchas ocasiones actuando sobre el entorno más cercano a través de su particular visión, como particular es el mundo creado por Rafael Arozarena en su obra literaria, con novelas como 'Mararía'. Protagonista del Día de las Letras Canarias 2017, Rafael fue enfermero en Santa Cruz de Tenerife.

ED revista

Descarga
nuestra app
para móviles
y tablets





**VÍCTOR AZNAR
MARCÉN**
Presidente de SATSE

SIN Enfermera

Lograr que las vidas de quienes necesitan cuidados sean lo más normales posibles. Cubrir sus principales necesidades para que las patologías con las que viven no impidan su desarrollo como personas. Contribuir a que sus circunstancias personales y su situación de vulnerabilidad no conlleven una desigualdad o una discriminación social. Todos estos objetivos forman parte del día a día, del trasfondo del trabajo de las enfermeras cuyo testimonio publica el presente número de la revista Enfermería en Desarrollo, que te dispones a leer.

La responsabilidad con el rol y el papel que la enfermería desempeña en la sociedad, la pasión por el cuidado y el compromiso por que llegue a todas las personas que lo necesitan, independientemente de sus circunstancias personales, son valores que identifican nuestro trabajo. Innumerables y valiosos son los ejemplos de enfermeras que tratan de ocupar con su presencia los espacios que la sanidad pública no cubre. Gracias a su dedicación están presentes allí donde nadie más llega. ¿Alguien puede dudar de la necesidad de contar con expertas en lactancia que solucionen los problemas que puedan tener las madres? ¿De la necesidad de contar con profesionales dedicados a la atención de los niños con alguna enfermedad rara que van a requerir cuidados específicos a lo largo de toda su vida? ¿O de la necesidad de buscar tratamientos específicos, como el método Bobath, para contribuir al desarrollo de los niños con parálisis cerebral?

En todas las situaciones anteriores sobresale la pasión por su trabajo de profesionales excepcionales. Son enfermeras que están presentes en realidades vulnerables, allí donde más necesarias son. Con su actitud y aptitud evitan la existencia de niños de tercera clase, como los calificó Gloria Fuertes en uno de sus poemas más sociales, dedicado a la infancia e inspirado en sus propios recuerdos y vivencias de niña:

Como el tren de mi infancia,/ niños de tercera clase,/ niños del cuarto mundo,/ niños del quinto color,/ niños sin casa,/ sin escuela,/ sin comida,/ sin enfermera./ Niños

sin lapicero,/ que dibujan con el dedo/ sobre el polvo del suelo, /un gato.

El poema de Gloria Fuertes manifiesta cómo la ausencia de enfermeras es una señal de carencia y de necesidad. Esta misma denuncia la podemos extrapolar a nuestra realidad actual, a pesar de que ya nadie sería capaz de poner en duda la estrecha relación entre salud y desarrollo. Es una evidencia, aceptada por todos, que una buena salud es imprescindible para el desarrollo pleno de la sociedad. Por este motivo, tenemos que seguir reivindicando la necesidad de que las enfermeras estén junto a los niños, como garantes de su salud y de sus cuidados, como promotores de sus hábitos de vida saludable, como puerta de entrada y contacto con un sistema sanitario público capaz de atender y resolver todas sus necesidades. Ningún niño sin enfermera, como reivindicaba el poema de Gloria Fuertes.



Cuidados de un niño con Epidermolisis Bullosa
(Foto Asociación DEBRA-PIEL DE MARIPOSA)



**YOLANDA
NÚÑEZ GELADO**
Directora de Enfermería en
Desarrollo

La atención sociosanitaria, un espacio para la enfermería

El progresivo envejecimiento de la población y el cambio en el patrón de las enfermedades han llevado a un considerable aumento del número de personas con un alto nivel de dependencia, así como a un incremento de las situaciones de cronicidad y pluripatología.

La atención a estas personas precisa de profesionales de variada formación, tal y como está recogido en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Esta norma define la prestación sociosanitaria como la atención que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

En algunas situaciones, la atención se inclinará más hacia aspectos que tienen que ver con lo social y otras veces lo hará hacia problemas sanitarios, lo que hace indispensable la coordinación entre ambos sectores.

¿Podemos, sin embargo, sentirnos orgullosos de cómo se está interpretando y poniendo en práctica la ley? ¿Se están realmente implementando las medidas necesarias para que sea una realidad? ¿Estamos demostrando, como sociedad y como profesionales, que las personas con necesidades especiales o con alto grado de dependencia son prioritarias para nosotros en su globalidad? ¿Estamos exigiendo que se utilicen todos los recursos necesarios para que la atención sea excelente y afirmar que formamos parte de una sociedad solidaria, donde la equidad y la igualdad de oportunidades son reales?

Hay que pensar muy bien las respuestas, ya que éstas definirán, en gran medida, el camino que estamos construyendo como sociedad y por el que, necesariamente, tendrán que transitar todas aquellas personas con necesidades especiales o con alto nivel de dependencia entre



Equipo de profesionales del Centro Estatal para Enfermedades Raras

las que, quizás en el futuro, nos encontremos nosotros.

En mi opinión, la enfermera, como profesional del cuidado, tiene el perfil competencial más acorde para entender y atender la problemática derivada de la dependencia y llevar a cabo una adecuada gestión de los servicios sociosanitarios.

Gestionar los cuidados implica realizar, en primer lugar, una valoración de las necesidades, identificando los problemas y estableciendo un plan de intervención específico para cada persona, coordinando las intervenciones con los profesionales y familiares implicados. La posterior evaluación de todo el proceso supone, de nuevo, el comienzo con la valoración de necesidades y la repetición de todo el procedimiento, en un continuado ejercicio de calidad.

Es el momento de que las enfermeras afrontemos los nuevos retos para dar respuesta a las demandas en materia de atención sociosanitaria.



Abierta la convocatoria de los premios Enfermería en Desarrollo

La revista Enfermería en Desarrollo abre la convocatoria de sus premios 2017 para apoyar el trabajo de enfermeras, enfermeras especialistas y fisioterapeutas. ¡Esperamos ya tu candidatura!

Las claves de los premios

¿Quién puede participar?

Enfermeras, enfermeras especialistas y fisioterapeutas, de los ámbitos asistencial, docente, investigador o gestor (en su nombre o en el de otras compañeras), colectivos profesionales, centros sanitarios, asociaciones de pacientes y estudiantes de estas disciplinas.

¿Qué finalidad tienen los premios?

Pretenden valorar el trabajo que realizan las enfermeras, enfermeras especialistas y fisioterapeutas, así como reconocer su aportación a la mejora profesional del colectivo.

Presenta tu candidatura en la web

Las candidaturas pueden presentarse a través del formulario que encontrarás en la web de la revista, donde puedes consultar las bases completas: www.premiosed.es

Plazo de presentación, hasta el 27 de julio

El plazo de presentación de candidaturas permanecerá abierto hasta el 27 de julio de 2017. Posteriormente, se constituirá un jurado que seleccionará dos finalistas por categoría.

La revista Enfermería en Desarrollo abre el plazo de presentación de candidaturas de sus premios para este año 2017. El objetivo de esta iniciativa es apoyar a las enfermeras, enfermeras especialistas y fisioterapeutas que trabajan por el desarrollo de sus profesiones, así como realizar un reconocimiento colectivo a su aportación y animar a todos ellos a seguir esforzándose, día a día, para mejorar su trabajo.

Los premios están dirigidos a todos los profesionales, colectivos e instituciones que tienen algún tipo de vinculación con la enfermería: enfermeras, enfermeras especialistas, fisioterapeutas, estudiantes de cualquiera de las disciplinas anteriores, asociaciones de pacientes o profesionales, colegios profesionales, asociaciones científicas, facultades universitarias, centros de atención primaria, sociosanitaria u hospitalaria, direcciones de enfermería, colectivos sociales y otras instituciones relacionadas con la profesión.

El certamen cuenta con siete categorías: calidad percibida, innovación y creatividad, premio Pascual a la promoción del autocuidado y de los hábitos de vida saludable, iniciativas corresponsables, ámbito universitario, trabajo enfermero y Enfermería Tv.

El plazo de recepción de candidaturas ya está abierto y se pueden presentar a través del formulario publicado en nuestra página web, www.premiosed.es.

Los ganadores se conocerán en el acto de entrega de los premios, previsto para finales de 2017, en el que recibirán un galardón conmemorativo.

¡Esperamos tu candidatura!

convocatoria de los enfermería en Desarrollo

► CATEGORÍAS QUE PREMIAN TU TRABAJO

Calidad percibida

Premia aquellas iniciativas que hayan servido para mejorar la percepción que el ciudadano tiene de los cuidados que recibe, y que promuevan, de esta forma, la mejora de los resultados en salud de la población.

Innovación y creatividad

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

Premio Vivesoy a la Promoción del Autocuidado y de los hábitos de vida saludable

Valora aquellas iniciativas que promuevan hábitos de vida saludables y la adaptación de los pacientes a su entorno, con el fin de conseguir la mejor calidad de vida posible, favoreciendo la integración de los pacientes en su ámbito habitual (familiar, educativo, laboral, social, etc...).

Iniciativas corresponsables

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

Universidad

Dos categorías: "Tesis Doctorales" y "Trabajos fin de Grado, Master y EIR". Apoya estudios realizados por enfermeras, fisioterapeutas y estudiantes de ambas disciplinas, que versen sobre temas de interés para nuestra profesión.

Trabajo enfermero

Premia las iniciativas surgidas tanto desde la práctica asistencial, docente o investigadora, como desde los líderes, representantes sociales, gestores o dirigentes, para mejorar las condiciones de trabajo de las enfermeras, enfermeras especialistas y fisioterapeutas.

► ¡Presenta ya tu trabajo!

Recuerda, ya puedes presentar tu trabajo, a través del formulario que encontrarás en la web de la revista, www.premiosed.es

El plazo de presentación de candidaturas permanecerá abierto hasta el 27 de julio de 2017

Si tienes alguna duda, puedes resolverla escribiéndonos al correo electrónico:

info@premiosed.es



En la foto de la izquierda, Silvia Rodríguez, enfermera del circuito MotorLand Aragón, con dos compañeros. En la fotografía del centro, Antonio Otaño, enfermero del



Enfermeros de Gran Premio a 300 km por hora

Silvia Rodríguez, Antonio Otaño y Pau Escoda son enfermeros en los circuitos de velocidad MotorLand, Ricardo Tormo y Catalunya. Los tres compaginan su trabajo asistencial habitual con la labor excepcional que realizan como miembros de los equipos sanitarios en pruebas de Fórmula 1 o MotoGP.

Motociclismo y automovilismo son deportes de riesgo. Alcanzan su máxima expresión en los campeonatos del mundo de motos o Fórmula 1, que tienen lugar en circuitos como los de Catalunya (Barcelona) Ricardo Tormo (Chestre, Valencia) o MotorLand Aragón (Teruel). Junto a pruebas profesionales, de ámbito mundial, europeo o nacional, sus pistas suelen acoger también rodajes de pilotos aficionados. En todas ellas, para garantizar la seguridad de los deportistas se despliega un equipo sanitario que suele estar integrado por varios enfermeros y médicos. Su trabajo es fundamental para garantizar la seguridad en caso de accidente, pues los vehículos de competición superan en muchos casos los 300 km/h. "Es un trabajo que engancha", coinciden Silvia Rodríguez, Antonio Otaño y Pau Escoda,



nero del Circuit Ricardo Tormo de Cheste. Y en la imagen de la derecha, Pau Escoda, enfermero del Circuit de Catalunya

enfermeros en los circuitos de velocidad de MotorLand, Ricardo Tormo y Catalunya, respectivamente.

En el Circuit de Barcelona-Catalunya, Pau Escoda compagina su profesión, la enfermería, con su pasión, el mundo del motor. "Llevo trabajando desde 2005. Primero como comisario. Cuando estudiaba pensé que nunca podría compaginarlas. Pero cuando terminé Enfermería, en 2012, necesitaban cubrir plazas, conocían mis estudios y me ofrecieron formar parte del equipo de intervención. No me lo pensé dos veces". Además, Pau es máster en enfermería crítica y emergencias y trabaja en hemodinámica en el Hospital Universitario Dexeus de Barcelona.

Antonio Otaño Piudo es enfermero del Circuit Ricardo Tormo de Cheste (Valencia) desde su apertura, en 1999. "Siempre me habían

gustado las motos y los coches. De hecho, tengo una moto, aunque no voy a circuitos de velocidad ni nada de eso. Voy muy tranquilo y procuro tener cuidado. Entonces, a través de unos conocidos y una compañera me propusieron venir aquí. Empezamos con una prueba del Mundial de Motos. Mi ilusión es jubilarme aquí", afirma Antonio, que además es enfermero en el Hospital Dr. Moliner de Valencia.

En el caso de Silvia Rodríguez Esteban descubrió el mundo del motor a raíz de comenzar a trabajar en el Circuito MotorLand Aragón, en Alcañiz (Teruel). "Fue hace seis años. Estaba en proceso de búsqueda de trabajo y me salió una suplencia de tres meses. Desde entonces, sigo en el circuito. Desde hace año y medio lo compagino con un trabajo en las urgencias de un hospital

de Barcelona. Me gustaría seguir así, porque el trabajo en el circuito, realmente, engancha", explica. "Son unas funciones diferentes. Cambias de aire y llevas a cabo muchas actividades vinculadas con la atención sanitaria".

Todos los circuitos cuentan con un centro médico, con las instalaciones y el equipamiento necesario para realizar una atención inmediata si es necesario. De un lado, boxes para consultas y atención de fracturas de costillas o clavícula, por ejemplo. De otro, una zona de cuidados críticos que suele estar equipada con carro de parada, electrocardiograma, ecógrafo, monitores, desfibrilador... Igualmente, disponen de una sala de rayos y, en ocasiones, de un quirófano con el fin de atender a heridos de gravedad. En todos los casos, cuentan con al menos dos



Circuit Ricardo Tormo. El enfermero Antonio Otaño atiende a un piloto en el centro médico



MotorLand Aragón. Un equipo de pista del circuito, integrado por médico y enfermero, acude a un accidente



Circuit de Barcelona. Equipo de intervención para extracción de pilotos durante la prueba del Mundial de Formula 1 celebrada este 2017

o tres puestos por espacio, con el fin de poder atender accidentes con varios pilotos implicados. Durante una competición, varias ambulancias, entre ellas UVI móviles, se distribuyen por distintos puntos del circuito, junto a un enfermero, un médico y un técnico. Por último, disponen de un helicóptero para evacuaciones a un centro sanitario.

Trabajo en equipo

"En competición, siempre estoy en el centro médico", indica Silvia Rodríguez. "Todos los pilotos que se caen pasan por nosotros. En caso de caída múltiple, tenemos establecido un protocolo para dividirnos por grupos. Estamos muy acostumbrados a trabajar en equipo. Con solo mirarnos, sabemos lo que tenemos que hacer. Todo está muy definido. Esto nos facilita el trabajo". La coordinación de todos es clave para afrontar con éxito las situaciones que se puedan producir, como subraya Pau Escoda: "Todos somos uno. La coordinación es muy buena y cada uno sabe su función".

Silvia, Antonio y Pau coinciden en el buen ambiente de trabajo entre todas las personas que componen los equipos, médicos, técnicos sanitarios y enfermeros. "Todos los compañeros son geniales. Tenemos muy buen ambiente y esto es importante para trabajar en equipo", señala Silvia. "Somos amigos y compañeros", destaca Antonio. "Somos siempre los mismos, como una familia", afirma Pau.

Durante un gran premio, la tensión forma parte del trabajo de los enfermeros.

"Siempre tienes mucha tensión, porque cuando te avisan de que ha sucedido un accidente hasta que no ves al herido no sabes realmente su estado. Además, tenemos nuestra particular competición de velocidad. Cuanto antes lleguemos, mejor para los pilotos e incluso para el circuito, pues cuanto antes evacuemos antes pueden volver a rodar con normalidad el resto de pilotos", afirma Silvia. Su compañero en el circuito de Barcelona, Pau Escoda recuerda el accidente de Fernando Alonso en los test de 2016 como una de las situaciones más estresantes: "Al final no fue nada, pero se montó un revuelo mediático muy grande, con noticias que no fueron ciertas. Sin olvidar, el trágico accidente de Luis Salom el año pasado, que aunque no fue en el punto donde estaba yo, lo vivimos todos muy mal. Son muchas horas de tensión pendientes de si pasa algo. Por suerte, no intervenimos en cada carrera". No obstante, los enfermeros están preparados para cualquier contingencia, como advierte Antonio Otaño: "Aquí hacemos de todo. A veces tenemos que poner trocánteres torácicos en pulmón y atender traumatismos craneoencefálicos, de los que he tenido ya varios, al igual que mis compañeros".

Los accidentes de moto suelen ser más graves que los de coche, pues los pilotos de automovilismo van más protegidos en el interior de sus vehículos. "Las motos son más peligrosas. A lo mejor hay días que no pasa nada, y otros que atiendes fracturas, esguinces, traumatismos diversos y poli-



A toda velocidad. Arriba a la izquierda, un momento de la evacuación de un piloto de motos en MotorLand Aragón. Arriba a la derecha, el enfermero Antonio Otaño Piudo junto al helicóptero de evacuación del Circuit Ricardo Tormo. Abajo a la izquierda, el enfermero Pau Escoda (tercero por la izquierda) con el equipo de intervención del Circuit de Barcelona preparado para atender a los pilotos de los vehículos de fórmula o turismos.

contusiones, sobre todo en clavícula, brazos y costillas", apunta Antonio Otaño. "Cuando se produce una caída, los compañeros más cercanos a ella acuden al lugar. Valoran al piloto. Lo sacan de la pista en la camilla de cuchara lo antes posible, también por nuestra seguridad, para que los pilotos que vengan detrás no nos arrollen. A continuación, lo trasladan a la ambulancia y lo traen hasta el centro médico, donde lo estabilizamos y tratamos".

En el caso del automovilismo, el proceso de atención cambia, pues hay que sacar al piloto del interior del vehículo. Para ello, el dispositivo de seguridad cuenta con uno o dos equipos de intervención especializados en esta tarea. De uno de ellos forma parte Pau Escoda, durante competiciones como la Fórmula 1. "De nuevo, es un trabajo en equipo. La función de enfermero no está muy diferenciada del resto. Es el equipo que llega posterior al coche con el médico (coche S) que hace la

FORMACIÓN ESPECÍFICA

La mayoría de los enfermeros que trabajan en circuitos de velocidad suelen tener también formación específica en urgencias extrahospitalarias y emergencias. A principios de temporada, en cada circuito, organizan un encuentro inicial de todos los profesionales para repasar los protocolos y estudiar las novedades, especialmente para evacuar a los pilotos de automóviles, ya que el interior de los vehículos puede cambiar. Los circuitos de Barcelona, MotorLand o Ricardo Tormo son una referencia tanto en España como en Europa en materia de seguridad y salud.

primera valoración y nos pide nuestra ayuda (coche K) para poder sacar al piloto sin sufrir ningún daño medular. Somos seis personas, entre médicos, enfermería y técnicos. Dependiendo del tipo de coche, sea fórmula o turismo, hay varios métodos de extracción. Podemos sacar el asiento con el piloto. Tenemos un material especial para realizarla con seguridad y después transferir al piloto al colchon de vacío. O, en turismos, podemos sacarlo con *fernokit* o utilizando métodos de urgencia con *boa* o maniobra de *rautek* si la situación lo requiere".

Junto a las características propias de los deportes de motor, el trato con los pilotos de élite es otra de las variantes que deben tener en cuenta los enfermeros de los circuitos de velocidad. "Cuando llegan al centro médico, vienen muy molestos porque se han caído, se van a perder la carrera y, encima, se han roto algo. Tienes que tener mucha mano izquierda y comprender cómo están. Aunque son personas normales, en muchos casos muy amables, en ese momento están muy fastidiados", explica Antonio Otaño. "El trato es cordial, pero hay que pensar que en ese momento estás tratando con alguien que está compitiendo. No le hace gracia caerse y perder, aunque se haya hecho daño", añade Pau Escoda. "Solo piensan en correr y competir. Tienen una condición física impresionante. Recuperan mucho mejor que cualquiera de nosotros. Una lesión que para ti supone tres meses de recuperación, ellos pueden volver a montar en moto en dos días. Tienen una gran tolerancia al dolor y, además, saben caerse. Pero cuando se rompen algo, no pueden correr, sí o sí, y esto hay que tratar de que lo entiendan, razonando con ellos", concluye al respecto Silvia Rodríguez. "Nuestra misión es hacer lo máximo para que puedan volver a pista lo antes posible. Eso sí, una vez entran en el centro médico tienes que verlos como un paciente, de una manera holística".

Enfermería rural

Un enfermero en la isla de La Graciosa

Marco Antonio Santana y Janet Betancor hablan de su experiencia como enfermeros en La Graciosa, la isla más pequeña del archipiélago canario, donde la enfermería rural se desarrolla en toda su dimensión



La Graciosa es la octava isla del archipiélago canario. Un estrecho de apenas un kilómetro, conocido como El Río, la separa de Lanzarote, cabildo al que pertenece. Desde allí parte su único acceso en barco, un trayecto de veinte minutos. Tiene una superficie de 29 kilómetros cuadrados, declarados Reserva de la Biosfera. Cuenta con dos núcleos de población, la Caleta del Sebo, donde viven sus 700 habitantes, y Pedro Barba, antiguo poblado de pescadores hoy reconvertido en casas de alquiler para turistas. Junto a la pesca, el turismo es su principal actividad



económica. En verano, la población llega a alcanzar las 4.500 personas. Éste es el ámbito laboral de Marco Antonio Santana Perera, uno de los dos enfermeros del consultorio local de salud. Residente en Lanzarote, cuando la administración ofertó la plaza no lo dudó. "Me gusta tanto el lugar como el tipo de trabajo. Por un lado, puedes hacer muchas más cosas que en un centro de salud normal. Por otro, vives con mucha tranquilidad. Es un pueblo pequeño. Sus calles ni siquiera están asfaltadas. Son de arena. Si te gusta pasear, correr, montar en bici, hacer senderis-

mo, ir a la playa... es el lugar ideal".

El consultorio local de salud cuenta con dos grupos de sanitarios, formados por un enfermero y un médico, que se van alternando cada siete días. Sus funciones son similares a las de un servicio de salud rural. "Trabajamos la semana completa. Por la mañana, tenemos el horario habitual de Atención Primaria. Posteriormente, estamos de guardia localizada todo el día. Tenemos un busca para que contacten con nosotros y debemos estar a una distancia máxima de 30 minutos de la población", explica Marco Antonio, que

trabaja desde 2015 en La Graciosa, hasta donde llegó procedente de las urgencias extrahospitalarias. "Tienes que saber cómo actuar ante una emergencia, porque cuando ocurre estás solo. No tienes el apoyo de una ambulancia medicalizada a los cinco minutos. Por este motivo, también tenemos autorizados determinados medicamentos que son de uso hospitalario y equipamiento específico como marcapasos externo, respirador, desfibrilador, etc.". Para completar su formación y actuar mejor en estos casos, Marco Antonio nos indica que está cursando el "Máster en





En la foto de la izquierda, el actual consultorio local de salud. En el centro, el enfermero Marco Antonio Santana con Fe Toledo Betancort, paciente de 91 años, según

Urgencias, Emergencias y atención de enfermería al paciente crítico" de FUDEN y la UCAV.

El estado del mar condiciona el modo de actuar, en caso de evacuación. "En barco, es una travesía de unos 25 minutos hasta Lanzarote. Allí, lo espera una ambulancia medicalizada que lo traslada hasta el hospital. En total, apenas una hora. Es incluso menos tiempo del que tardaríamos en llegar desde algunos municipios rurales de la Península hasta su centro de referencia. El problema llega cuando el mar está mal. Entonces, debe venir un helicóptero, desde Las Palmas o Fuerteventura y el traslado puede superar los 90 minutos", explica Marco Antonio. Para los desplazamientos en la propia isla, cuentan con el apoyo de una ambulancia de la Asociación de Voluntarios en Emergencias y Rescate de Lanza-



rote, Emerlan, quienes colaboran también en caso de emergencias, ya que sus técnicos están formados en técnicas como la RCP.

Según indica Marco Antonio, las urgencias habituales suelen ser "traumatismos vinculados con el trabajo en los barcos, amputaciones de dedos o fracturas, porque es un pueblo de pescadores; accidentes cerebrovasculares y patologías cardiovasculares ya que la población es mayor; y en verano casos de ahogamiento, debido al aumento del número de turistas, y traumatismos relacionados con la práctica de deportes como el surf".

Consultorio propio desde 2015

La inauguración del consultorio de salud en 2008 supuso un antes y un después en la atención sanitaria de la población de La Graciosa. Las instalaciones cuentan con



es, segunda persona mas longeva de la isla. A la derecha, evacuación de un paciente en helicóptero

una consulta de enfermería y otra de medicina y una zona de urgencias y valoración. El edificio también sirve como residencia del personal sanitario, pues se completa con un salón cocina y dos habitaciones, una para el enfermero y otra para el médico. Antes de su construcción, la consulta se llevaba a cabo en la sede de la cofradía de pescadores, como recuerda la enfermera Janet Betancor García, quien trabajó en la isla en 2007, sustituyendo a la monja que previamente hacía las funciones de enfermería. "No contábamos con ninguna infraestructura. Teníamos un local de la cofradía de pescadores, con un vestíbulo grande, un despacho para el médico, una sala de enfermería donde hacíamos todo y un cuarto pequeño donde estaban el autoclave y la zona de esterilización. Trabajábamos como podíamos, pues faltaba mucho instrumental y material qui-

Marco Antonio Santana Enfermero en La Graciosa

"Trabajar en una isla como La Graciosa te permite hacer más enfermería de la que puedes desarrollar en un centro de salud normal"

rúrgico. Llevábamos los registros y los protocolos a mano. Dormíamos en unas casas habilitadas por el cabildo y estábamos veinte días seguidos, descansando otros diez. Ni siquiera teníamos un sustituto fijo, pues nos relevaba quien estuviera libre en ese momento", recuerda.

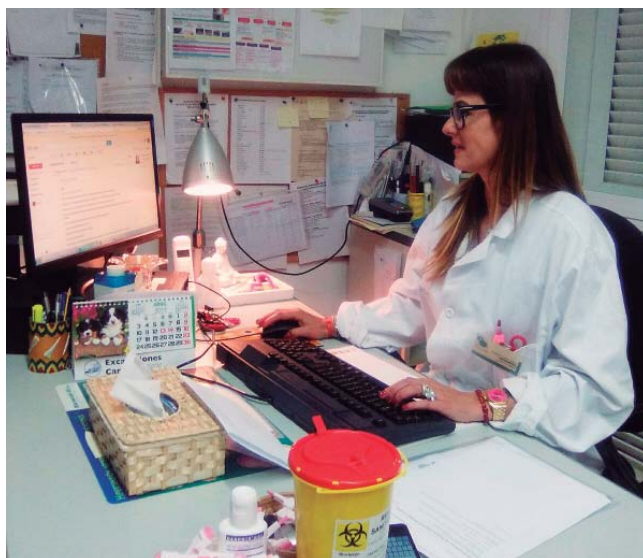
De su experiencia en La Graciosa, Janet destaca la acogida de la población. "A mí me conocían, porque mi familia es del norte de la isla. De hecho, todos te tratan como si

formaras parte de su familia. Es un trato estupendo. Ciertamente es que algunos son muy demandantes, porque confunden que tú estés allí viviendo con que tengas que estar las 24 horas pendiente de ellos y requieren asistencia aunque en realidad no sea urgente. Aún mantengo el contacto con ellos y guardo buenos recuerdos". En esta misma idea profundiza Marco Antonio Santana: "Son muy agradecidos. Los conoces a todos y el trato es muy personal. Con ellos puedes hacer toda la enfermería que quieras, porque sabes cómo es su entorno. Vamos al colegio a hacer educación para la salud sobre temas como la nutrición, el cuidado buco-dental... También tenemos un programa de aulas de salud en las que damos charlas sobre hábitos de vida saludable. Es un trabajo muy bonito y un lugar inmejorable para desarrollarlo".

Enfermería rural

Una enfermera en la isla de Ibiza

Carmen Cuadra García es enfermera rural en Sant Miquel de Balasant, en Ibiza. Desde hace 22 años trabaja por la salud de cerca de 2.000 personas, la gran mayoría población anciana a la que visita en sus domicilios



Carmen Cuadra García es enfermera rural en Ibiza. Desde el consultorio de San Miguel, se desplaza a diario a los domicilios rurales. Destaca también el trabajo de prevención y educación para la salud que realiza habitualmente en los colegios del municipio de Sant Joan de Labritja

Carmen Cuadra García es enfermera rural en Ibiza. Tiene a su cargo las alrededor de 1.900 cartillas de San Miguel de Balasant, una parroquia perteneciente al municipio de Sant Joan de Labritja. La mayoría de la población vive diseminada por el término municipal, un hecho que define el trabajo de enfermería realizado por Carmen. "Nuestro horario es de 8 de la mañana a 3 de la tarde, salvo el miércoles que es de 1 a 8 de la tarde. Cada día tengo una serie de salidas programadas. Tenemos mucha población mayor que no se puede desplazar al consultorio, por lo que visitamos sus domicilios aunque no necesiten una atención inmediata. Hago una valoración de enfermería y compruebo cómo se encuentran. Con ellos trabajamos mucho la prevención. En este sentido, tengo muy claro mi objetivo final. Quiero que las personas no vengán a la consulta por una patología concreta y que los pacientes nos conozcan más por la salud que por la enfermedad". Para llegar a cada domicilio, emplea su propio coche, que lleva equipado con todo el material necesario para realizar una consulta. "Es importante llevar todo lo necesario para curas, suturas... No puedes ir a la montaña y encontrarte con que tienes que coser y tener que volver al centro a por el material. Es una pérdida de tiempo. Por eso, tengo una serie de ma-

letines clasificados con todo lo que puedo necesitar", explica Carmen. Contar con un coche a disposición del médico y del enfermero de San Miguel es una de sus principales reivindicaciones, pues ahora se desplaza en su propio vehículo.

Hace veintidós años, cuando Carmen aprobó la oposición y eligió la plaza del municipio de San Joan de Labritja, ni siquiera había consultorio. "Era la única enfermera para Sant Miquel y Sant Joan, que sí contaban con su propio médico. En Sant Miquel, teníamos una casa alquilada, con una habitación para cada profesional, pues el consultorio estaba construyéndose". De aquellos primeros años guarda muchas anécdotas, como las dificultades iniciales para localizar los domicilios rurales y otras muchas más. "Tenía que estar localizada durante las 24 horas. En aquella época los teléfonos móviles eran un tocho y carísimos. Me gasté 100.000 pesetas y puse el número en ambos consultorios para que pudieran localizarme. En una de las urgencias, subí a poner un suero en un domicilio, pero no teníamos soporte. Entre el familiar y yo preparamos una cuerda y la enganchamos a una lámpara". El vínculo que se establece con la población es otra de las características destacadas de su trabajo. "Son un amor. Nos conocen, nos invitan a sus casas. Te ofrecen

lo que tienen. Son muy cercanos, hay mucha empatía. Para nosotros, son como una gran familia", reflexiona Carmen.

Hoy, esta realidad ha cambiado y el consultorio de Sant Miquel cuenta con equipos como un carro de parada, gracias también a la continua demanda realizada por la propia enfermera. Junto a ella y al médico, cuentan con una administrativa facilitada por el Ayuntamiento, lo que les ha permitido ser la primera unidad que gestiona los trámites relacionados con la tarjeta sanitaria. "De esta manera no tienen que ir al centro de salud de Santa Eulalia, que está a unos 25 minutos en coche", explica la enfermera.

La enfermería comunitaria siempre ha sido la pasión de Carmen. "A mí no me pueden meter en un hospital ahora. La salud pública es una de mis pasiones. Mi predilección siempre ha sido salir a la comunidad, para que no nos encasillen a las enfermeras en la consulta. No solo tomamos la tensión y ponemos inyectables. Podemos trabajar la alimentación, con niños y madres, los primeros auxilios, la higiene y la sexualidad con los escolares". Y así un largo etcétera de temas, abordados por Carmen en las charlas que ofrece en los colegios de la zona, donde se ha convertido en un referente de la salud.



Calidad de vida

Entramos en la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Universitario de Getafe para conocer el trabajo de enfermeras y fisioterapeutas con los pacientes con cardiopatía

"Es un programa que tiene una incidencia brutal en los pacientes. La calidad de vida aumenta de forma que les cambia la vida, valga la redundancia", afirma María Nogueira, fisioterapeuta del Hospital Universitario de Getafe, sobre el trabajo que realizan en la Unidad de Rehabilitación Cardíaca, destinada a la recuperación y rehabilitación de pacientes con cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, cardiopatías congénitas, valvulopatías y vasculopatía periférica. "Es fundamental que las personas con este tipo de patologías realicen una rehabilitación de este tipo para que haya una continuidad en el tratamiento", asegura Beatriz Kindelán, supervisora de fisioterapia. "La enfermedad cardíaca es una de las



principales causas de mortalidad en España. Tenemos mucha población a tratar, por lo que la existencia de este tipo de servicios es muy importante para la población", subraya María Nogueira.

La unidad del Hospital de Getafe está formada por un equipo multidisciplinar integrado por una enfermera, un fisioterapeuta, un cardiólogo, un médico rehabilitador y un psicólogo. Cuenta con un espacio común de unos 70 metros cuadrados, ubicado en el Área de Consultas Externas, distribuido en dos consultas, un vestuario y un gimnasio equipado con cinco cicloergómetros y una cinta continua. Al programa de rehabilitación acceden grupos de seis pacientes, La duración aproximada de las se-



Las unidades de rehabilitación

La Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Universitario de Getafe funciona desde el año 2014. Este tipo de servicios está muy extendido en todos los hospitales españoles, pues es evidente que el trabajo realizado en ellos por los profesionales sanitarios aumenta la calidad de vida de los pacientes con cardiopatías, tanto a nivel físico como social y psicológico. De forma complementaria, también mejoran el pronóstico de la patología cardíaca a través de un mayor control de los factores de riesgo, la optimización del tratamiento y los beneficios relacionados con el ejercicio físico.

siones es de ocho semanas, en la que realizan entrenamiento físico, educación en hábitos de vida saludable y psicoterapia. "Llevamos a cabo un trabajo muy bonito, con resultados excelentes, que sobresale por el trabajo en equipo. Estamos en continuo contacto. Por ejemplo, enfermería y fisioterapia trabajan muy conectadas", señala Beatriz Kindelán.

Junto al ecocardiograma, cada persona realiza un test de esfuerzo que consiste en seis minutos de marcha. "De esta forma, objetivamos la frecuencia cardíaca antes de comenzar el entrenamiento. Sobre estos datos, el primer mes tienen que llegar al 75 % de la frecuencia cardíaca máxima y el segundo al 85, siempre adaptándonos a las características de cada paciente", explica la fisioterapeuta María Nogueira. "El primer día, realizamos una entrevista personal y les facilitamos una hoja de marcha, para que vayan registrando el ejercicio físico que realizan en casa. A partir de ahí, comienza el entrenamiento, lunes, miércoles y viernes, dos horas cada día, de 8 a 10. En los cicloergómetros realizamos un ejercicio interválico, con un mi-



EL PERFIL DE LOS PACIENTES

El perfil de los pacientes con cardiopatías está cambiando en los últimos tiempos, pues cada vez son más jóvenes. "Antes eran mayores, pero cada vez tienen menos edad. Esto es debido al estrés considerable de sus trabajos, a malos hábitos como el tabaquismo y a la falta de ejercicio físico en su vida cotidiana. Son factores de riesgo que influyen en la aparición de

las patologías relacionadas con el corazón", explica María Nogueira, fisioterapeuta del Hospital Universitario de Getafe.

"La respuesta que obtenemos de ellos es muy buena", completa Beatriz Kindelán, supervisora de fisioterapia. "Una vez concluyen la rehabilitación, pueden seguir haciendo su vida normal y reincorporarse a su trabajo".

nuto de carga máxima y otros tres al 50 %. Mientras que en la cinta rodante vamos aumentando la inclinación y la velocidad a medida que pasan las semanas, incrementando el tiempo hasta llegar a los 45 minutos al final del programa. Conforme avanzamos, la frecuencia se estabiliza y la bomba cardiaca es más eficaz, que es el objetivo final del entrenamiento". La actividad física se lleva a cabo con un control individualizado y la monitorización continua. En este seguimiento participan las enfermeras, según indica Beatriz Kindelán. "Realizamos un estudio previo del paciente, vigilando los niveles de glucosa, tensión... Durante las sesiones comprobamos el electrocardiograma, las tomas de tensión y de saturación de oxígeno, comprobando que la información de las máquinas se corresponde con las tomas de tensión". Precisamente la falta de personal enfermero es lo que impide al Hospital de Getafe ampliar el número de grupos que acceden al programa de rehabilitación cardiaca.

Charlas formativas

Junto al entrenamiento, los pacientes reciben charlas formativas de cada uno de los profesionales y sesiones de relajación con la psicóloga. "Son ocho sesiones de educación sanitaria para enseñar a cada persona a manejar su enfermedad, prevenir recaídas, mejorar sus hábitos de vida y reforzar el cumplimiento terapéutico", enumera Beatriz Kindelán. En el caso de enfermería se fomentan los hábitos de vida saludable y la nutrición y la fisioterapia profundiza en la integración del ejercicio físico en las rutinas diarias y en el uso del pulsómetro para que controlen los esfuerzos que realizan.

Tanto Beatriz como María destacan la gran respuesta de los pacientes, quienes realizan un esfuerzo importante para participar en el programa durante más de

Beatriz Kindelán

Supervisora de Fisioterapia del Hospital Universitario de Getafe

"Es un trabajo muy bonito, pues obtenemos resultados muy satisfactorios con los pacientes gracias a la colaboración de todo el equipo multidisciplinar de la unidad"

dos meses seguidos. "Llegan con un miedo enorme, porque han visto la muerte de cerca. Pasan de no moverse porque temen hasta subir una escalera a hacer ejercicio diario intenso. Esto les cambia considerablemente la vida. A veces les cuesta al principio. Depende mucho de su personalidad, por eso es importante la presencia de la psicóloga. Pero, realmente, al final todos cambian para bien", analiza María Nogueira.

Los resultados obtenidos con los pacientes son muy satisfactorios, como demuestra la ergometría final. "Los datos son excelentes, pues mejora la fuerza muscular, la reacción del corazón a cada esfuerzo, la frecuencia cardiaca, la tensión arterial, etc.", evalúa Beatriz Kindelán.

Continuidad en Primaria

Una vez finaliza el programa, la continuidad con la Atención Primaria es fundamental, para que los pacientes no retrocedan en lo avanzado y mantengan la adherencia al tratamiento. En este aspecto es donde están trabajando en el Hospital de Getafe, a través de la enfermera de enlace, como explica Beatriz Kindelán. "Remite el informe de alta de enfermería y fisioterapia a la enfermera de Primaria, para que sigan controlando al paciente, promoviendo que cumpla con las recomendaciones que aquí les realizamos, fomentando así la adherencia al tratamiento".

María Nogueira forma parte del Comité de Rehabilitación Cardíaca del Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid. "Entre nuestras líneas de trabajo está la coordinación entre la Atención Primaria y los Ayuntamientos para mejorar el seguimiento de los pacientes. Una de nuestras propuestas es que tengan a su disposición los polideportivos municipales donde un profesional pueda controlarlos".

AHORRO DE COSTES



La fisioterapeuta María Nogueira subraya la importancia de este tipo de unidades. "A largo plazo, el trabajo que realizamos con los pacientes ahorra muchísimos gastos al sistema sanitario".



“Este tipo de unidades son muy importantes porque mejoran la calidad de vida de los pacientes y disminuyen los gastos sanitarios”

MARÍA NOGUEIRA

Fisioterapeuta del Hospital Universitario de Getafe

Rehabilitación respiratoria

La Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Universitario de Getafe también se emplea para la rehabilitación respiratoria de pacientes con EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) y enfisema. En concreto, los martes y jueves, son los días que las personas con patología cardíaca reciben charlas formativas o participan en sesiones de relajación con la psicóloga. En esta ocasión solo intervienen los fisioterapeutas, que en este centro son María Nogueira y Araceli López, apoyados también por Neumología, para el caso de que ocurra algún imprevisto.

Este servicio lleva funcionando desde hace más de un año. La fisioterapeuta María Nogueira explica el trabajo que realizan: "Seguimos el mismo sistema. Monitorizamos su frecuencia cardíaca, saturación... Vemos el electrocardiograma que tienen en todo momento, la tensión cada cinco minutos... Si bien, nuestros objetivos son diferentes. En lugar de las cargas, trabajamos el tiempo para que en su vida diaria sean capaces de mejorar, aunque sea un poco, y puedan subir escaleras sin tanta sensación de disnea, puedan dar un paseo más largo... Son pacientes crónicos, con muchas limitaciones, en los que también conseguimos aumentar su calidad de vida con pequeños cambios. Muchos no salen de casa y gracias a esta rehabilitación comienzan a hacerlo. Al principio usamos oxígeno. Hacemos técnicas de limpieza bronquial, con ejercicios que sirven de calentamiento, posteriormente el entrenamiento y, finalmente, los estiramientos".



FORMACION ESPECÍFICA Y NECESARIA DE FISIOTERAPIA

La mejora de la formación de los fisioterapeutas que integran este tipo de unidades es una de las cuestiones en las que aún queda mucho por avanzar, a juicio de María Nogueira: "Yo me he formado por mi cuenta, con un máster de rehabilitación cardíaca y respiratoria, pero no todo el mundo lo hace. Es

un problema de nuestra profesión. Necesitamos personal especializado. No cualquier persona puede hacer de todo, porque son pacientes con los que a veces pueden surgir dificultades e imprevistos para los que tienes que estar preparado. Tenemos mucha población que tratar y somos muy pocos".

Consultoras de lactancia

España cuenta con 119 consultoras de lactancia con certificado IBCLC. Su figura aún no está muy extendida ni reconocida por la administración, si bien resultan fundamentales para promover la lactancia materna y solucionar los problemas que puedan surgir

Son 119 profesionales en España y 18.500 en el mundo. Están presentes en 102 países. Su misión es proteger, promover y apoyar la lactancia materna mediante una intervención de calidad. Son profesionales de la salud preparados y formados para proporcionar ayuda cualificada a las madres lactantes y sus bebés. "La formación que nos dan en enfermería o en la especialidad de obstetricia y ginecología es limitada. Estudias los conceptos básicos y más importantes, pero nadie te explica cómo debes proceder si el bebé abre bien o no la boca o cómo valoras si la posición del lactante es correcta. Sentía la necesidad de saber más, sobre todo a la hora de resolver problemas", explica Elena Palacio Forcat. En el caso de Belén Abarca Sanchis todo surge "a raíz de mi interés por la lactancia y de la necesidad que sentía de ayudar a las madres y ofrecerles una aten-

ción más especializada y específica". Elena es enfermera y matrona. Belén es enfermera pediátrica. Ambas son IBCLC, acrónimo inglés para desig-

Elena Palacio Forcat

Enfermera, matrona y consultora de lactancia IBCLC

"Tenemos que mejorar nuestra formación para resolver todos los problemas de lactancia materna"

nar a las consultoras que están certificadas en lactancia materna.

Belén Abarca es enfermera especialista en pediatría en cuidados medios de neonatología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. "Mis conocimientos como

IBCLC me permiten tener herramientas para atender a madres que están en una situación mucho más compleja que quienes han tenido un hijo a término y están en su casa. Es muy difícil mantener una lactancia cuando estás separada de tu bebé prematuro o enfermo, al que no puedes poner al pecho. Ahí es donde suelo intervenir, porque son niños que necesitan aún más la leche materna que un recién nacido sano". Además, Belén forma parte del comité de lactancia materna de su centro sanitario, donde colabora en la elaboración de guías y protocolos y participa en la mejora de las prácticas e intervenciones hospitalarias. "Las IBCLCs producen un impacto positivo, pues mejoran la tasa de lactancia materna, disminuyen el gasto sanitario y el absentismo laboral y aumenta la satisfacción de las mujeres con su maternidad, con la atención que reciben



A la izquierda, Belén Abarca Sanchis. A la derecha, Elena Palacio Forcat

de los profesionales sanitarios y de nuestras instituciones", asegura.

Elena Palacio es matrona en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos de Móstoles, donde es responsable de la consulta de lactancia materna. "Hago un seguimiento completo de las madres hasta que se resuelve su problema. Por desgracia, seguimos siendo pioneros. Somos una de las pocas consultas que tiene a su frente a una IBCLC. Tenemos una formación práctica profunda a la que añadimos la evidencia científica obtenida al superar el proceso de certificación". De hecho, Elena Palacio está colaborando con un estudio de otra compañera del Gregorio Marañón, Laura Frías "para demostrar la eficacia de las consultas llevadas a cabo por una IBCLC, pues mejoran las perspectivas y tasas de lactancia y, con ello, la salud pública".

CERTIFICADO DE IBCLC

El certificado de consultora en lactancia, IBCLC en su acrónimo inglés, lo concede un organismo internacional independiente.

En España, las consultoras están agrupadas en una organización nacional, a través de la que se puede contactar con las 119 IBCLC existentes en nuestro país.



Enlace a
IBCLC internacional



Enlace a
IBCLC España

Emprendimiento personal

La formación y la experiencia como consultora de lactancia ha llevado a Belén Abarca a realizar un emprendimiento para atender a madres con niños prematuros y también formar a otros profesionales, en colaboración con otra enfermera e IBCLC Maisa Martínez de Alegría. "Es un proyecto personal que nos permite llegar a muchas más personas y desarrollar diversas actividades formativas". Un ejemplo de todo ello son los cursos sobre entrenamiento en lactancia materna impartidos con organizaciones como el Centro Raíces con Carmela Baeza o FUDEN. Además, cuentan con una web, lactancia-prematuros.com, donde publican casos prácticos y responden a preguntas como ¿qué supone para una madre un parto prematuro? ¿es posible la lactancia si mi bebé

ha nacido enfermo? ¿cómo puedo extraer leche si mi pecho está duro y doloroso? ¿cuándo podré retirar todos los suplementos que está tomando mi bebé? ¿puedo hacer algo para aumentar la leche que produzco? ¿es posible amamantar si nunca inicié la lactancia? ¿puedo continuar con la lactancia si mi bebé está ingresado? ¿por qué me cuesta despertar a mi bebé? ¿está comiendo lo suficiente?

Respuesta adecuada

Precisamente, ofrecer una respuesta adecuada a este tipo de preguntas fue lo que motivó a Elena Palacio a ampliar su formación. "Lo que tenemos las matronas es que estamos en contacto continuo con mujeres con dificultades de lactancia. Siempre acuden a nosotras. Estaba tratándolas sin una formación específica y por eso comencé a profundizar en el tema. Vi que solo existían cursos muy genéricos, de pocas horas. Fue entonces cuando conocí a Carmela Baeza, IBCLC, con la que comen-

CONOCIMIENTO Y RECONOCIMIENTO



"La consultora de lactancia es una profesión poco conocida en España y, también, poco reconocida por las administraciones, al contrario de lo que ocurre en otros países, como Estados Unidos o Alemania", afirma Belén Abarca Sanchis.

cé a estudiar y gracias a la que decidí acreditarme también como consultora". Sobre los problemas que suelen presentar las madres, Elena tiene una visión clara: "Un porcentaje importantísimo de dificultades en la lactancia están relacionadas, sencillamente, con una mala posición del bebé, con la tendencia existente a ponerlos en la posición tradicional de cuna, con la mamá muy levantada. Esto no favorece que el lactante ponga en funcionamiento sus reflejos. La mayoría de problemas como el dolor al amamantar, las grietas que lo provocan, que son la mayoría de los casos, se resuelven corrigiendo la postura, con la mamá recostada. Es lo que conocemos como *biological nurturing*, la posición verticalizada, la mamá recostada y el bebé encima. De esa manera, el niño puede extender un poco el cuello, abrir más la boca y coger mejor la areola. Pero esto no es tan sencillo de generalizar. Llevo muchos años haciendo formación a todos los profesionales y me cuesta

La necesaria figura de la consultora de lactancia

Raquel Granados fue madre de un bebé prematuro con 26 semanas de gestación. Hoy su hijo, Víctor, tiene seis meses de edad cronológica y tres de corregida. Ambos ya están en casa. Víctor permaneció ingresado en la unidad de hospitalización neonatal durante sus primeras diez semanas de vida. En este período fueron fundamentales los cuidados de las consultoras de lactancia y enfermeras, Belén Abarca y Maisa Martínez, y la enfermera pediátrica M^a Luz Vázquez. Para Raquel "su apoyo, sus consejos y toda la

información que me dieron fueron muy importantes. Me enseñó las técnicas de extracción y el empleo del sacaleches, me indicaron las extracciones diarias recomendables, cómo poner al bebé en contacto con el pecho para que se vaya familiarizando aunque no mame. Y, sobre todo, una vez vine a casa me ayudó a realizar la transición de las tomas en biberón al pecho para lograr la lactancia". Además, Raquel recuerda cómo también le aclaró muchísimas dudas e incluso le sacó de errores debido a la desinforma-



mucho que crean que esta posición es realmente mágica y lo es. Sin embargo, los profesionales y las madres siguen poniendo siempre a mamar a los bebés en posición de cuna. No es que sea mala. Ninguna posición es incorrecta si no hay dolor. Todas son buenas, pero cuando aparece el dolor hay que buscar otras alternativas y ésta, en concreto, suele funcionar muy bien, porque ayuda a que el bebé haga su parte, a que no le caiga una teta de arriba. Si la madre está erguida y el bebé en posición de cuna, está como inválido".

Tanto enfermeras como matronas pueden acceder al certificado IBCL. Para ello, en primer lugar deben cumplir una serie de requisitos, como ser profesional de la salud, tener al menos 1.000 horas de experiencia específica en lactancia materna y otras 90 de formación complementaria en la materia. Posteriormente, hay que superar un examen con el que se obtiene la acreditación, válida durante un período de cinco años que hay que renovar superando una nueva prueba.



Arriba, Belén Abarca Sanchis. Abajo, Elena Palacio Forcat. Ambas, con dos madres y sus hijos



Raquel Granados fue madre de un bebé prematuro de 26 semanas. La ayuda de las consultoras de lactancia fue fundamental para normalizar todo el proceso de lactancia materna

ción existente sobre el tema. "Yo tenía mucho miedo a las tomas de leche con biberón. Yo quería que siguieran dándosela por sonda. Sin embargo, Belén me explicó que los prematuros no se confunden como ocurre con los niños a término. Lo que necesitan es tener fuerza y madurez para poder succionar y hacer tomas efectivas. Y así ha ocurrido".

A raíz de su experiencia, Raquel Granados considera muy necesaria la figura de la consultora de lactancia. "Debería estar en todos los hospitales, dedicada exclusivamente a la lactancia materna en las unidades de neonatología y obstetricia, porque las madres tenemos siempre muchas dudas y miedos y existen numerosos mitos que se resuelven con la información adecuada".

Triage del paciente sin cita previa por enfermería

Potenciando a la enfermería de Primaria

Las enfermeras del Centro de Salud "La Chopera" de Alcobendas, en Madrid, son las responsables de valorar a las personas que acuden sin cita previa. De esta manera, identifican los casos que sí son urgentes, aumentando la seguridad del paciente y mejorando la visibilidad de la profesión.

Solucionar un problema recurrente en el ámbito de la Atención Primaria como es el paciente sin cita y potenciar, con ello, el papel de la Enfermería Comunitaria. Es la intención de la iniciativa emprendida por los profesionales del Centro de Salud "La Chopera" de Alcobendas, en Madrid. Los enfermeros son los responsables de valorar a los pacientes sin cita previa. Carlos Santos, responsable de enfermería, explica la dinámica: "Cuando llegan, en administración le dan una cita inicial con su enfermera y otra posterior con su médico. Primero, nosotros valoramos el motivo de la consulta, a través de la anamnesis, toma de constantes y otras pruebas diagnósticas. Clasificamos la prioridad de la atención, si puede esperar o no, y lo derivamos al médico, si es necesario".

Una de las particularidades de la iniciativa es que todos los enfermeros, 16 en total, reciben en sus consultas a pacientes sin cita. "El triaje no se emplea de manera habitual en Atención

Primaria, solo en momentos puntuales como en la epidemia de Gripe A. Instaurar una consulta de enfermería para clasificar a todos los pacientes sin cita es un recurso excesivo, pues la demanda diaria de este tipo de pacientes

Carlos Santos

Responsable de Enfermería del Centro de Salud "La Chopera"

"Queremos que la enfermera pueda hacer una consulta finalista con capacidad de resolución"

oscila mucho. Esto supone, al mismo tiempo, dejar desatendida a la población que le corresponde en su consulta habitual. En nuestro caso, todos vamos



Parte del equipo de enfermería del Centro de Salud "La Chopera"

intercalando nuestras citas programadas con los pacientes sin cita que pertenecen a nuestro cupo", indica Carlos Santos. ¿Cómo consiguen no demorar todo? "Pues hemos introducido 'horarios colchón' que dejamos libres para poder atender a los pacientes que llegan sin cita, exceptuando la primera hora, cuando sólo nos dedicamos a las extracciones o a las visitas domiciliarias previstas".

Este modelo ha aumentado por encima de la veintena las consultas de enfermería al día. "Rentabilizamos nuestro trabajo y le damos nuevos contenidos. Hasta ahora, veíamos al paciente crónico: hipertenso, diabético... Ahora, abordamos al agudo, que solo veía el médico. Con la educación sanitaria y el aumento del autocuidado, disminuye la atención diaria, por lo que debemos ser capaces de captar aquella población que habitualmente no acude a la consulta de enfermería y hacerla rentable en términos de eficacia y eficien-



Chopera" de Alcobendas (Madrid)

cia, evitando que se amorticen plazas. Cuando vemos una persona sin cita, por ejemplo, si tiene obesidad podemos hacer con él educación para la salud. O incluso sensibilizarlo para que acuda a una consulta programada y no utilice la vía de acceso sin cita". Además, en muchos casos, son las propias enfermeras quienes resuelven la consulta. "Hay procesos que pueden ser atendidos con autonomía por enfermería, es decir, una consulta finalista, en casos como heridas, TCE leves..."

Este método de trabajo funciona desde 2015. Desde la implantación de este protocolo, no se ha puesto ninguna reclamación por espera innecesaria, hemos incrementado la seguridad del paciente y en la encuesta de satisfacción ha aumentado la valoración de la enfermería. "Además, detectamos varios casos de urgencias reales que atendimos correctamente al haberlos visto con celeridad. Solo por eso, ya ha merecido la pena", concluye Carlos Santos.

La seguridad del paciente

"El proyecto nace ante la preocupación por garantizar la seguridad del paciente, para atender de manera correcta todas las urgencias reales", subraya Carlos Santos, responsable de enfermería del Centro de Salud "La Chopera". Además, su puesta en marcha no requiere recursos humanos o materiales adicionales, según la experiencia planteada por el centro de Alcobendas.

Visibilidad enfermera

"Gracias a esta iniciativa, el paciente ha percibido que la enfermera no solo está para tomar una tensión... Éramos hacedores de técnicas. Ahora no, ahora somos nosotros quien lo vemos primero y valoramos", subraya Carlos Santos.

Autónomos

Potenciar la labor de enfermería, reconociendo su autonomía y su capacidad para resolver y gestionar la demanda indomable de procesos agudos es una de las principales aportaciones del trabajo que están realizando las enfermeras del Centro de Salud "La Chopera" de Alcobendas.

Consulta de alta resolución

Para Carlos Santos el final de este camino es la puesta en marcha de la consulta de alta resolución, "donde seamos capaces de valorar, establecer un diagnóstico enfermero y dar una solución a la demanda planteada sin necesidad de intervención médica".

María Isabel **SARACÍBAR RAZQUIN**

"El conocimiento y el respeto son claves para cumplir las expectativas del cuidado"

María Isabel Saracíbar Razquin es profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Navarra. Más de cuarenta años jalonan su trayectoria, tanto en la Clínica Universitaria como en la Facultad, de la que ha sido decana. En la actualidad, trabaja en el Modelo de Enfermería Universidad de Navarra, una experiencia única en España que pretende sentar las bases comunes de la docencia, la práctica y la investigación enfermeras, según los valores de la propia universidad navarra.

¿Cómo debo acercarme al paciente? ¿Qué datos necesito conocer de él para realizar un buen trabajo de enfermería? La necesidad de responder a estas preguntas ha sido la motivación que ha llevado a la profesora María Isabel Saracíbar Razquin a plantear el Modelo de Enfermería Universidad de Navarra, un paradigma que traslada los valores humanistas de esta institución a la enfermería y al cuidado de los pacientes. "Es una oportunidad para definir qué enfermería queremos y qué es esencial para nosotros. Esto tendrá un gran impacto en nuestro futuro", asegura María Isabel.

Tras conocer de manera directa, entre finales del siglo XX y principios del siglo XXI, el pensamiento de enfermeras anglosajonas como Callista Roy, Dorothy A. Jones, Mar-

garet Newman, Patricia Benner o Jean Watson y doctorarse con una investigación sobre la naturaleza de la relación entre la enfermera y la persona enferma, María Isabel Saracíbar emprendió en el año 2011 una línea de trabajo denominada 'Innovación para un cuidado centrado en la persona' con el propósito de objetivar este tipo de enfermería: "Es un modelo conceptual, teórico, que pretendemos que ilumine los valores, la forma de hacer enfermería. Se centra en la interrelación de la enfermera con la persona o familia cuidada, promoviendo un entorno de práctica profesional saludable tanto para ellos como para los profesionales. Para ello, estamos profundizando en estos momentos en tres pilares: la investigación, la docencia y la práctica asistencial".

Investigación

Esta primera línea pretende acercarse a la naturaleza de la enfermería y a los paradigmas actuales del concepto de salud y del entorno. "Para nosotros la esencia está en la interrelación. Intentamos conocer qué está experimentando la persona en el ámbito de su salud, con enfermedad o sin ella. Queremos saber qué está significando en su vida, por ejemplo, tener que adoptar hábitos de vida más saludables. Por ejemplo, qué significa en la vida de la familia que uno de sus miembros esté muriendo en el hogar, acercándonos siempre desde el conocimiento, el respeto, la presencia intencional. Para ello, hemos definido las características de esa interrelación, la forma de preguntar por cada situación. Gracias a ello, obtenemos un



La profesora María Isabel Saracíbar Razquin, con el edificio de Ciencias de la Universidad de Navarra al fondo

El Modelo de Enfermería de la Universidad de Navarra

"Está centrado en la interrelación de la enfermera con la persona o familia cuidada, promoviendo un entorno de práctica profesional saludable para ambos"

conocimiento que con otra mirada no hubiéramos obtenido. Así es cómo nuestros valores nos iluminan en la manera de acercarnos a los pacientes y a sus familias y nos están llevando a qué tipo de intervenciones necesitan por parte de la enfermería", describe María Isabel Saracíbar. "Sobre estas bases, estamos planteando cuatro líneas de investigación que pretenden seguir desarrollando el modelo. Estamos trabajando en los aspectos nucleares que he indicado anteriormente: conocimiento de la persona y la familia, respeto y presencia intencional de la enfermera. También hemos comprobado que este núcleo de relación se desarrolla en un entorno de enfermería, que puede ser una unidad clínica, la atención primaria... A su vez, este contexto

EXPERIENCIA ÚNICA EN ESPAÑA

El Modelo de Enfermería de la Universidad de Navarra es una experiencia única en España, no así en otros países de nuestro entorno. Se trata de una guía para remodelar el sistema de cuidados de salud como marco para la educación y la investigación en este ámbito y para dotar de una amplia perspectiva teórica con el fin de mejorar la práctica profesional de las enfermeras y la atención centrada en la persona cuidada y su familia. El modelo se encuentra en pleno desarrollo.

es más amplio, está condicionado por cuestiones sociales y políticas que se interrelacionan de manera directa con el núcleo de los cuidados. Teniendo en cuenta todo ello, estamos potenciando un modelo de práctica profesional a través de aspectos como la toma de decisiones, el liderazgo, las narrativas de enfermería... Todo ello siempre centrado en que nosotros queremos que el núcleo de nuestra práctica profesional y de ese entorno sea la relación con la persona o la familia cuidada. Esto va a influir de manera directa en las decisiones clínicas que tomemos. La tercera línea es la aplicación del modelo, de manera concreta, al cuidado de personas con patologías como la insuficiencia cardíaca o la enfermedad avanzada y a sus familias.

Por último, la cuarta línea aborda la innovación educativa".

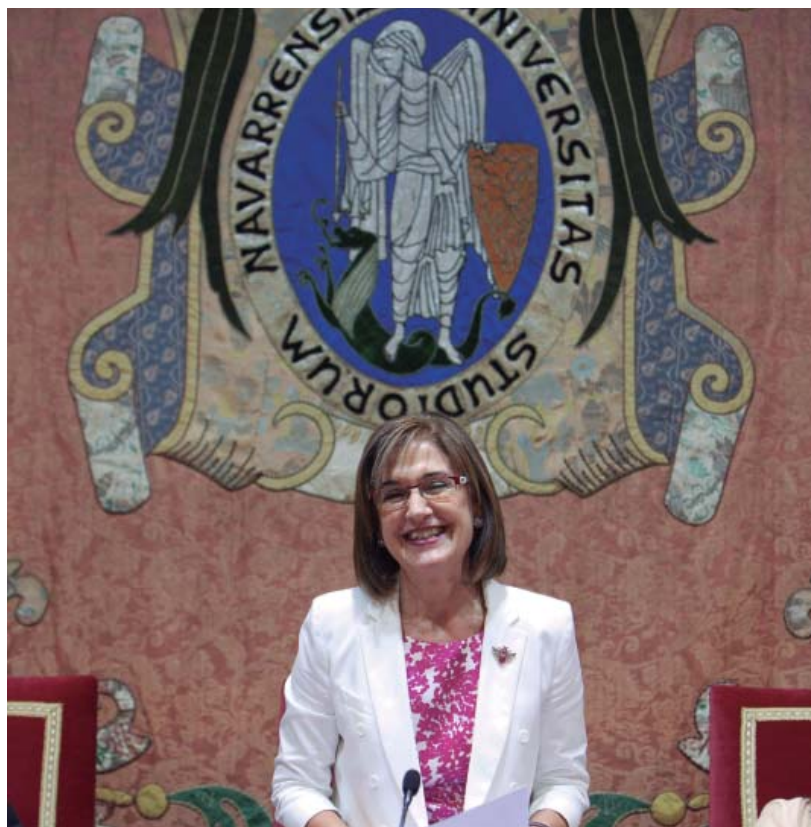
Práctica profesional

¿Cómo se pueden trasladar las bases conceptuales del modelo a la práctica clínica? Este es el eje sobre el que María Isabel Saracíbar está profundizando con las enfermeras de la Clínica Universitaria de Navarra, con su directora de Enfermería, Carmen Rumeu Casares, al frente. "Hemos incorporado al proyecto a las enfermeras asistenciales", indica la profesora Saracíbar. "Están diseñando un modelo de práctica profesional, que ya está casi estructurado y publicaremos pronto, que integra los valores de los que venimos hablando y que están incorporando a su práctica, junto con otros aspectos como, por ejemplo, la promoción de la autonomía, la respuesta y la responsabilidad enfermeras, empleando la evidencia y potenciando sus propias investigaciones sobre las cuestiones que plantean".

María Isabel Saracíbar considera que la integración del modelo en la asistencia será una de las claves de su éxito futuro. "Además de objetivar sus conceptos, tenemos que ser capaces de describirlos bien, porque entonces tendrán un gran impacto en la práctica enfermera", subraya. "Para mí es vital la colaboración, en general, entre la universidad y la práctica clínica. Supone un enriquecimiento mutuo. Cada uno tenemos nuestro foco, que se retroalimenta del otro cuando trabajamos juntos.

Educación

La docencia es el tercer pilar del trabajo que están realizando en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Navarra. "Una vez definido el modelo, hemos iniciado sesiones con el profesorado para que lo vayan conociendo y estudiando cómo trasladarlo a su área específica", expone María Isabel Saracíbar. "Tenemos unas bases, abstractas, que funcionan como un gran paraguas. Ahora, tenemos que ir descendiendo a cuestiones concretas, desarrollando teorías enfermeras más específicas y acordes con el modelo, que no contradigan sus presupuestos generales. Por



M^a I. Saracíbar durante un acto académico en el edificio central de la Universidad de Navarra

"Hemos incorporado al proyecto a las enfermeras asistenciales. Están diseñando un modelo de práctica profesional que promueve la autonomía, la respuesta y la responsabilidad enfermeras, empleando la evidencia y potenciando sus propias investigaciones"

ejemplo, estamos trabajando con la cronicidad. Hemos identificado cuestiones interesantes como el miedo a la muerte, la normalidad... Estos aspectos no hubieran cobrado la misma importancia desde perspectivas apoyadas en otros valores. Ahora queremos intervenir sobre ellos desde nuestro modelo de enfermería. Así, igual no podemos aplicar una teoría conductista, que es más positivista, pero sí una más humanista, que promueva la adaptación de la persona y/o la familia cuidada a la situación que están viviendo".

Estas mismas ideas se aplican también a la enseñanza que reciben los alumnos de la facultad. "Desde el primer año de Grado, cuando abordamos las bases conceptuales y filosóficas de la enfermería, queremos que vayan oyendo hablar del modelo, que se vayan impregnando, desde la teoría y la práctica, comprendiendo los valores generales de la Universidad de Navarra



Equipo del Área de investigación de la Facultad de Enfermería de Universidad de Navarra: Innovación para un cuidado centrado en la persona

y de su cultura. Por supuesto, también estudian críticamente otros modelos y teorías de enfermería. De esta forma, configuramos un perfil específico de nuestros egresados. Esto mismo también lo trasladamos al programa de postgrado (máster y doctorado). Les formamos para que cuando investiguen o bien quieran avanzar en la práctica de enfermería tengan, del mismo modo, esta misma mirada. Les hacemos ver esta diferencia, este plus que aporta el Modelo de Enfermería de la Universidad de Navarra".

Conocimiento y respeto

El conocimiento y el respeto son los dos aspectos que María Isabel Saracíbar destaca de todos los aspectos que están trabajando desde el equipo que dirige en la Universidad de Navarra. "A modo de conclusión, podríamos decir que nuestro

"El contexto social y político determina la forma en la que enfermera y paciente se relacionan"

modelo de enfermería está basado en la interrelación entre la enfermera y la persona o familia cuidada. La esencia de nuestra profesión es esa interrelación, que sucede en dos direcciones, de la enfermera hacia la persona o familia cuidada y al contrario. Ambas confluyen en las expectativas sobre la enfermería y el cuidado. Cuando estas expectativas se cumplen, todos están satisfechos. Esta relación ocurre en un núcleo definido por la esencia de la enfermería, que tiene unos valores muy concretos. Esto es lo importante. Estos valores son el conocimiento de la persona o familia cuidada, la autenticidad de la enfermera, la confianza y preocupación y la presencia in-

tencional. Desde mi punto de vista, el conocimiento y el respeto son los dos aspectos más importantes. Posteriormente tenemos la parte intencional de la enfermera, que genera confianza y muestra preocupación por la persona cuidada. Todo esto no se desarrolla en un contexto aislado, sino que tiene lugar en un entorno relacionado con la práctica enfermera y en otro, más amplio, de carácter social y político. Esto último también resulta clave, porque de él va a depender que verdaderamente esta relación interpersonal se efectúe tal y como unos y otros esperan, ya que puede potenciarla o anularla", advierte la profesora de la Universidad de Navarra.

Imprescindible en la atención socio-sanitaria

La geriatría, necesaria en todos los ámbitos sanitarios

La profesora de la Universidad de Barcelona Misericordia García Hernández analiza los retos de la Enfermería Geriátrica

Más de treinta años impartiendo Enfermería Geriátrica en la Universidad de Barcelona (UB) avalan la trayectoria de la profesora Misericordia García Hernández. Comenzó en 1984, cuando la diplomatura en enfermería estaba dando sus primeros pasos y esta asignatura no era obligatoria, si bien en la Escuela de Enfermería de la UB sí tuvo esta consideración desde el primer momento. "La evolución ha sido gigante. Cuando empezamos, la geriatría era muy poco conocida en España, era una especialidad médica relativamente nueva. Por descontado, la especialidad de enfermería no existía. Se tenían que hacer muchas cosas en ese momento, porque no había ningún programa de atención específico para el anciano, ni desde el mundo de la salud ni desde el ámbito social. Era un momento de grandes descubrimientos e innovaciones. Había un gran aumento de las personas mayores de 65 años y una tendencia al sobreenvjecimiento de la población. Sin embargo, casi nadie elegía este trabajo. Hoy, tenemos nuestro reconocimiento, conocemos la importancia de trabajar con las personas mayores. Existen numerosas instituciones y programas y vamos a más. Lo que entonces ya se veía ahora está claro, el gran envejecimiento de la población", analiza Misericordia.

La consolidación de la especialidad es uno de los principales retos actuales de la enfermería geriátrica, reconocida como tal en 2005. "Lle-



MÁS DE TREINTA AÑOS DE TRAYECTORIA

Junto a su trayectoria como profesora de Enfermería Geriátrica en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona (UB), Misericordia García Hernández, ha sido presidenta de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontología, que precisamente en 2017 cumple treinta años. En la actualidad, es responsable de su grupo de especialistas. Además, también ha sido presidenta de la Comisión Nacional de Enfermería Geriátrica y Comisionada de Acción Social y Envejecimiento de la UB. En la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN), fue una de las coordinadoras de la Línea de Especialización en Enfermería Geriátrica y Gerontológica.

vamos años formando especialistas. A las comunidades autónomas les decimos que son los profesionales idóneos para determinados puestos de trabajo, por lo que deben crear estos perfiles. Pero, claro, esto es un problema de voluntad política. Si no quieren, no hay ninguna ley, a nivel del estado español o de Europa, que

obligue", demanda. "La Geriatría es necesaria en todos los ámbitos, no solo en las unidades específicas. En un hospital te encuentras personas mayores en todos los servicios, salvo Pediatría y Obstetricia. Y en Primaria, debe haber enfermeras geriátricas para dar soporte cuando estamos ante grandes dependencias".

Las enfermeras especialistas en geriatría favorecen el autocuidado de las personas dependientes y potencian sus capacidades residuales para evitar que crezca su dependencia. Por eso son tan necesarias

Interés de los estudiantes

Lograr el interés de los estudiantes es una de las asignaturas que debe superar la Enfermería Geriátrica en la Universidad. "Como profesores, nuestro gran objetivo debe ser que cuando finalicen su formación, los alumnos cambien su visión de la vejez, pues llegan con los mismos estereotipos que tiene la sociedad. Al principio les cuesta. Luego, son más receptivos. es normal que les atraigan otros aspectos de la enfermería. Yo les digo que primero se consoliden como enfermeros, en un hospital, que es el gran aprendizaje, y luego ya opten por la especialidad", explica Misericordia García. En la actualidad, desde la Universidad de Barcelona, está tutorizando una tesis sobre el dolor del paciente de Alzheimer en casos avanzados. En la suya, estudió la incontinencia urinaria en las personas institucionalizadas, con una incidencia del 92 %.



Enlace a la tesis doctoral



El ámbito socio-sanitario y la Ley de Dependencia

En muchos casos, el ámbito socio-sanitario, de las residencias de mayores, no reconoce la necesidad de contar con cuidados expertos. Para Misericordia García esta realidad debe cambiar. "Antes ingresaban personas válidas. Sin embargo, ahora son grandes dependientes, con necesidades de atención sanitaria, no solo sociales. Aquí es donde un enfermero especialista en geriatría puede hacer su trabajo, favorecer que la persona pueda autocuidarse, dentro de sus posibilidades, potenciando y gestionando sus

capacidades residuales para no hacerla más dependiente. Por ello, es necesario que el sistema socio-sanitario dependa de Sanidad y no de Servicios Sociales", argumenta Misericordia, apuntando también a la Ley de la Dependencia. "Tiene una gran amplitud de miras, pero se ha implementado con la crisis y no se cumple ni una cuarta parte. Es necesario que haya instituciones con plazas suficientes para atender a las personas con dependencias. Nuestro reto es comenzar a ver en ellas a los especialistas".



Ainhoa Ulibarri Ochoa

Ainhoa Ulibarri Ochoa

Profesora en la Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz

"Es necesario avanzar en un cuidado más integral de los pacientes de Oncología, que ayude a sobrellevar el tratamiento de la mejor forma posible"

Avances en enfermería

Por un cuidado integral

Ainhoa Ulibarri Ochoa, doctora en Ciencias de la Enfermería, defiende la importancia del bienestar emocional del paciente oncológico y la necesidad de sistematizar esta atención

TEXTO: Olatz Rincón

Las vivencias de Ainhoa Ulibarri Ochoa al cuidado de pacientes oncológicos hicieron que centrarse su tesis en la falta de atención a la parte emocional y social. "Es necesario avanzar en un cuidado más integral, que ayude a sobrellevar el tratamiento de la mejor forma posible".

Gracias a la colaboración de otras compañeras, esta doctorada en Enfermería consiguió reclutar a 247 pacientes con cáncer de mama, colon y pulmón tratados con quimioterapia

en hospitales de día. Así comenzó su estudio, que ya ha sido premiado por la Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO), la Fundación Ángel Muriel y finalista en los premios de GEPAC (Grupo Español de Pacientes con Cáncer).

La tesis se centra en pacientes que reciben quimioterapia sistémica ambulatoria. Este tratamiento es uno de los momentos más duros, ya que dificulta realizar actividades de la vida diaria. Además, sus efectos los

viven en casa, donde se reducen las posibilidades de atención especializada y pueden sentirse solos.

El estudio confirma que, a medida que avanza el tratamiento, empeora el estado emocional de las personas, con un descenso de las emociones positivas y un aumento de las negativas. Además, del inicio al final del tratamiento, los pacientes perciben una ligera disminución del apoyo social. Cada vez buscan menos apoyo, descargan menos sus emociones y disminuye su capacidad de resiliencia.

Otra de las novedades reside en la observación de diferentes comportamientos, según la localización del tumor. En este sentido, el grupo de cáncer de pulmón es el más vulnerable. Aunque los grupos de mama y colon, también sufren un empeoramiento al final del tratamiento.

"El avance del tratamiento aumenta la supervivencia de los pacientes, pero afecta de forma cada vez más negativa a su bienestar emocional". La enfermera defiende la necesidad de valorar la afectación desde el inicio del tratamiento: "tenemos que adelantarnos al posible decaimiento que puedan sufrir".

El motor de la investigación

“Como investigadora novel, ha sido todo un reto llevar a cabo un estudio tan ambicioso”. Ainhoa Ulibarri, se doctoró el pasado año con una calificación Sobresaliente Cum Laude. Es enfermera del Hospital de Día Oncológico del Hospital Universitario de Álava, aunque actualmente desarrolla su profesión como profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz. Relata que la tesis han sido 4 años de intenso trabajo, pero también una experiencia enriquecedora: “pensar que estaba investigando sobre algo útil para los pacientes y el compromiso adquirido con un gran equipo de investigadores colaboradores, me ha dado mucha fuerza”. Se siente satisfecha por haber llegado a resultados importantes que permitan conocer cómo viven y afrontan las personas con cáncer este tratamiento. “Mi idea es materializar estas conclusiones en intervenciones para mejorar la atención de estas personas. Son el verdadero motor y estímulo de esta investigación”

Desde la disciplina enfermera, para Ulibarri realizar un doctorado es una forma de hacer progresar a la profesión. “Una manera de avanzar en las evidencias disponibles, lo que contribuirá a una mayor profesionalización del cuidado y al avance de la Enfermería”. Anima a las enfermeras de todos los ámbitos a realizar estudios, “que ayuden a conocer mejor la realidad de nuestros pacientes, para una mejora progresiva de la atención”. De cara al futuro, tiene intención de avanzar en su investigación y hacer un seguimiento de estas personas después del tratamiento. “Nos gustaría completar esta investigación desde una perspectiva cualitativa, con entrevistas en profundidad”.

“Debemos sistematizar una atención integral de los pacientes oncológicos”

Esta doctora en Ciencias de la Enfermería cree en la necesidad de establecer un protocolo de valoración y seguimiento, que abarque también la atención psicosocial. “Que no dependa sólo del buen hacer y actitud de cada profesional o en el más o menos tiempo del que dispongamos. Es importante planificar y formalizar esta atención”.

Ulibarri insiste en que es necesario comenzar a trabajar estos aspectos desde el momento del diagnóstico: “identificar cuál es el estado emocional de estas personas y, a partir de ahí, detectar precozmente a aquellas más vulnerables”.

La enfermera propone hacer un seguimiento más continuado e individualizado, para ayudar a los pacientes a desarrollar una actitud más positiva, que les ayude a mantener la

autonomía y la sensación de control de la situación.

Asimismo, recalca la importancia de ayudarles a adecuar sus expectativas ante la enfermedad: “esto puede contribuir a sobrellevar mejor las limitaciones físicas del tratamiento”.

Otra de las conclusiones de la tesis, es que se necesita una mayor coordinación entre todos los profesionales implicados, contemplando además el importante papel de las asociaciones.

El estudio destaca por varios aspectos novedosos. Se trata del primer estudio del Estado, que realiza un diseño controlado (longitudinal y multicéntrico) sobre pacientes con quimioterapia sistémica ambulatoria. Asimismo, se ha realizado desde la disciplina enfermera, introduciendo aspectos sanitarios y psicológicos.



Sección elaborada por el Departamento de Metodología de FUDEN, con el objetivo de hacer visible la relevancia de los cuidados profesionales en la salud de la población y facilitar su aplicación en la labor asistencial.

Por **Antonio A. Arribas Cachá**

Proceso de valoración enfermera.

Primera fase

Una vez revisados en el capítulo anterior los cuatro primeros subprocesos para la “Obtención de la información”:

1ª Fase: OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN	
1ª Sub-Fase Obtener datos sanitarios	1º Sub-proceso Determinación información sanitaria
	2º Sub-proceso Recogida y anotación datos
2ª Sub-Fase Interpretar datos sanitarios	3º Sub-proceso Validación datos sanitarios
	4º Sub-proceso Elaboración/organización información
3ª Sub-Fase Obtener información sanitaria	5º Sub-proceso Comprobación de la información
	6º Sub-proceso Registro de la información sanitaria

Estructura desarrollada de la Fase de “Obtención de la información”

En este capítulo se van a desarrollar aspectos generales relacionados con uno de los marcos generales de valoración enfermera más conocidos y utilizados, los Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

PATRONES FUNCIONALES de Marjory Gordon

Este marco general de valoración parte del principio de que el profesional de enfermería precisa conocer la respuesta de la persona a la presencia de problemas de salud o de procesos vitales relevantes, reales o percibidos, para determinar su efectividad y establecer medidas correctoras, en caso necesario, mediante la aplicación de un plan de cuidados en base al establecimiento del diagnóstico de enfermería existente.

Para llegar a conocer esta información, la enfermera dispone de una herramienta de ayuda para la valoración que puede utilizar independientemente del modelo disciplinar enfermero seguido y que está constituido por el sistema de valoración a través de Patrones Funcionales de M. Gordon (1982).

Los Patrones están definidos como una configuración de comportamientos, habitualmente comunes a todas las personas, y que contribuyen a la salud, la calidad de vida y al logro de su potencial humano. Estos patrones van apareciendo de una manera secuencial a lo largo del tiempo en la persona, según avanza su proceso de maduración y el ciclo vital en el que se encuentre.

Su utilización permite la realización de una valoración enfermera sistemática y premeditada, mediante la que se obtiene una importante cantidad de datos sanitarios del paciente relevantes para el cuidado (datos físicos, psíquicos, sociales y del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos. Cumple, por tanto, con todos los requisitos establecidos para la realización de una valoración enfermera eficaz.

El sistema de valoración a través de Patrones Funcionales establece la existencia de 11 patrones de actuación con importancia para la salud de los individuos, las familias, los grupos o las comunidades, sobre los que enfoca su atención.

Define cada uno de los patrones de manera independiente a nivel teórico para facilitar su estudio, su análisis y su comprensión, aunque establece que en la realidad son totalmente interdependientes entre ellos ya que interactúan en una única unidad que es el ser humano, que no puede dividirse en partes independientes sino que confirma una unidad de funcionamiento. Por este motivo, la valoración de cada uno de los patrones debe evaluarse en el contexto de los demás, ya que ningún patrón podrá comprenderse totalmente sin el conocimiento de la situación en la que se encuentran los restantes.

Los patrones que define este sistema de valoración surgen de la evolución en la interacción que se establece entre la persona y su entorno, por lo que están directamente influenciados y modificados por la existencia de factores biológicos, del desarrollo, culturales, sociales y espirituales.

El sistema de valoración a través de Patrones Funcionales tiene como objetivo determinar el perfil funcional del individuo, buscando la existencia de alteraciones o

de elementos de riesgo que aumenten la vulnerabilidad de aparición de alteraciones en alguno de ellos, lo que permitiría determinar posteriormente, en la siguiente fase del Proceso de Atención de Enfermería (fase diagnóstica), el diagnóstico de enfermería existente que describe la situación. El establecimiento de diagnóstico es un elemento imprescindible para el desarrollo de las medidas terapéuticas que ayuden a eliminar o controlar la disfuncionalidad detectada.

En este marco general de valoración no sólo permite cumplimentar y desarrollar la sub-fase de “organización de la información” establecida en la primera fase de la estructura del proceso de la valoración enfermera, sino que también facilita la realización del “análisis de la información” mediante la emisión de un juicio clínico sobre la información obtenida.

El juicio que finalmente establece el profesional en relación a la funcionalidad del patrón, lo realiza en función de la comparación de los datos obtenidos en la valoración de la persona, con los datos de referencia anteriores, las normas establecidas según la edad, sexo y ciclo vital del individuo, las normas sociales o culturales, etc.

Además de la información específica que aportan estos patrones funcionales, también permiten disponer de una visión global de la salud de la persona a partir

de sus cuidados, de forma que la presencia de un patrón disfuncional puede ser ocasionado por una enfermedad, o puede conducir a ella.

Todo esta dinámica definida a través de este marco general de valoración busca la determinación del perfil funcional del individuo y la localización de aquellos patrones funcionales que están alterados, o en los que exista un aumento en la vulnerabilidad para estar alterados, para posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación.

Los 11 patrones funcionales que define este sistema de valoración, son:

- Patrón 1: Percepción de la salud.
- Patrón 2: Nutricional/metabólico.
- Patrón 3: Eliminación.
- Patrón 4: Actividad/ejercicio.
- Patrón 5: Sueño/descanso.
- Patrón 6: Cognitivo/perceptivo.
- Patrón 7: Auto percepción/auto concepto.
- Patrón 8: Rol/relaciones.
- Patrón 9: Sexualidad/reproducción.
- Patrón 10: Adaptación/tolerancia al estrés.
- Patrón 11: Valores/creencias.

HERRAMIENTAS Y TÉCNICAS SANITARIAS PARA LA VALORACIÓN ENFERMERA

Ficha de valoración enfermera nº 7

VISIÓN ESTEREOSCÓPICA (I)

Concepto y descripción

La visión estereoscópica es la visión en estéreo en la que convergen los campos visuales de ambos ojos, fusionando las imágenes y que permite disponer de una única imagen tridimensional, en profundidad, de un objeto al superponer las imágenes aportadas por ambos ojos.

La visión simple es la imagen que se obtiene a través de la información aportada por un solo ojo, y en la que no se dispone de la percepción de profundidad. Por su parte, la visión binocular o estereoscópica es la imagen que se obtiene a través de la información aportada por ambos ojos, donde sí se dispone de visión profundidad que permite calcular las distancias y volúmenes del entorno que nos rodea.

Para que se pueda producir una visión estereoscópica es necesario que los dos ojos enfoquen su atención coordinadamente al mismo objeto.

Algunos animales mueven sus ojos independientemente, lo que les permite aumentar el campo de visión,

mientras que el hombre, y otros animales, mueven sus ojos coordinadamente, reduciendo su campo de visión en favor de la estereopsis (fenómeno por el que el cerebro procesa e interpreta las diferencias entre las dos imágenes aportadas por ambos ojos de un mismo objeto, percibiendo la sensación de profundidad). Pierde amplitud de campo visual para ganar profundidad.



Campo visual simple y binocular

En la visión estereoscópica se ve una sola imagen a pesar de que cada ojo tiene su propio punto de vista de cualquier objeto.

Una persona con una buena agudeza estereoscópica es capaz de discernir detalles del entorno situados en planos diferentes y a una distancia mínima.

Para que exista visión estereoscópica es requisito imprescindible que la visión y la fusión binocular estén conservadas, por lo que entre las principales causas de una ausencia de dicha visión figuran:

- Ausencia de visión por uno de los ojos, ambliopía.
- Problemas de alineación ocular.
- Problemas de corrección visual.

Relevancia para el cuidado. La realización de pruebas de visión estereoscópicas, no sólo sirven de screening en la detección de problemas visuales, sino que aporta por sí mismo una información fundamental en el cuidado de la persona por la repercusión en las actividades de la vida diaria y en la movilidad la falta de sensación de profundidad y la dificultad en el cálculo de las distancias.

Herramientas y técnicas sanitarias de valoración

1. Test de Lang o estereotest de Lang.

a) Descripción.

Test de valoración de la visión estereoscópica (en relieve) especialmente indicado para niños, aunque puede ser utilizado en toda la población, del que existen dos tipos, el test de Lang tipo I y el tipo II, que se desarrollan bajo los mismos principios. Se basa en la combinación de los principios de los puntos al azar de JULESZ y las rejillas cilíndricas:

-Los puntos al azar de JULESZ permiten la elaboración de estereogramas de puntos aleatorios, que cuando se ven con un solo ojo no representan indicios de su forma, mientras que en visión binocular se pueden reconocer formas estereoscópicas. La desventaja es que generalmente requieren lentes rojo/verde o polarizados.

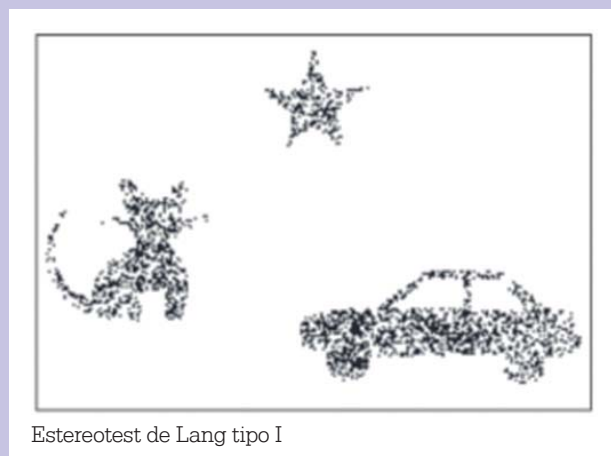
-Las pantallas cilíndricas permiten que las imágenes de los dos ojos se separen por medio de un sistema de finas tiras cilíndricas paralelas.

Estos dos métodos se combinaron por primera vez en la prueba estereoscópica de Lang, que tiene la ventaja de que no necesita de ninguna lente y los movimientos oculares de los niños pueden observarse fácilmente.

Dispone de dos tarjetas rígidas, una para el test de Lang tipo I, y la otra para el test de Lang tipo II. En las tarjetas se reflejan una serie de imágenes (estrella, luna, coche, elefante y gato) que no se perciben a simple vista.

En el estereotest de Lang tipo I, todas las imágenes que contiene (estrella de cinco puntas, coche y gato) son binoculares, por lo que sólo pueden ser visualizadas mediante visión estereoscópica:

En el estereotest de Lang tipo II, la tarjeta contiene imágenes binoculares (luna, elefante y coche) que sólo pueden ser visualizadas mediante visión estereoscópica, y una imagen monocular (estrella de cinco puntas), que puede ser



Estereotest de Lang tipo I

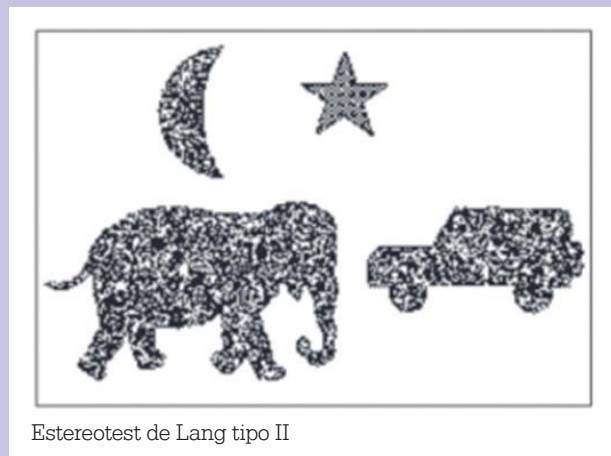
visualizada mediante visión simple.

La presencia de una imagen monocular facilita la realización del test completo al servir de ayuda para asegurar la visualización o no de las imágenes binoculares.

b) Técnica de realización.

La exploración se realiza mostrando las tarjetas y valorando la visualización o no de las imágenes, teniendo en cuenta las siguientes pautas.

- La prueba debe realizarse colocando las tarjetas frente



Estereotest de Lang tipo II

a la persona que se va a examinar, paralelas a su frente, y a una distancia aproximada de 40 cms., con una buena iluminación y en una posición que no interfiera el reflejo de la luz.

-Se debe evitar que la persona maneje las tarjetas, ya que podría cambiar su orientación para tratar de detectar las figuras, aunque se puede permitir que cambie ligeramente la posición de la cabeza si eso es más cómodo para él.

-No se puede sugerir el objeto que debe reconocer con frases tales como "¿Dónde se ve el coche?". Se deben localizar y nombrar las figuras de manera espontánea.

-Es importante proteger las tarjetas de fuentes de calor que puedan provocar su deformación y en ese caso puede que no sean visualizadas todas las imágenes.

-En el caso de los niños, es necesario valorar esta visualización de las imágenes según su reacción ante ellas.

Las demostraciones variarán dependiendo de la edad, el desarrollo, grado de confianza, etc.

En niños pequeños se puede valorar:

- Que dirijan sus ojos simétricamente hacia los objetos.
- Cambios en los gestos de la cara.
- Señalar el objeto con el dedo.
- Intentar coger el objeto.
- Intentar acariciarlo.
- Etc.

En niños más mayores, además de señalarlos con los dedos:

-Denominarlo con su nombre

-Para evitar que se aprendan los resultados y se pueda falsear el resultado, se recomienda utilizar de forma alternativa los dos tipos de estereotest, una en posición horizontal correcta y la otra al revés, en posición vertical donde los objetos tridimensionales no pueden ser visualizados.

-En el estereotest de Lang tipo II el hecho de que un niño identifique únicamente la estrella de cinco puntas en principio requeriría una atención especial ya que podría ser un test patológico.

c) Interpretación de resultados.

-Resultado positivo: localización e identificación correcta de los objetos ocultos (objetos de tres dimensiones). Fijación repetida de los tres elementos uno después del otro.

Para confirmar un resultado positivo, se puede solicitar a la persona que cierre un ojo y mire las figuras, debiendo constatare la desaparición inmediata de la visualización de las mismas.

-Resultado negativo: ninguna evidencia de localización de los objetos ocultos (objetos de tres dimensiones). Los movimientos de los ojos no indican reconocimiento de los objetos 3D, deambulan por el panel de forma rápida sin fijar su interés en ninguna zona concreta.

Los pacientes que no tienen visión estereoscópica ven puntos negros o grises y no distinguen las imágenes. En este caso es necesario determinar la causa de la ausencia de visión estereoscópica.

-Resultado dudoso: la persona examinada puede ver "algo", pero sin llegar a reconocerlo. Puede llegar a encontrar e identificar un elemento oculto, moviendo sus ojos a continuación de forma rápida por la placa en busca de otras imágenes, sin ser capaz de detectarlas. En este caso, se debe hacer un examen más exhaustivo. Es necesario recordar que esta prueba no sustituye a la medición de la agudeza visual.

2. Test de Titmus.

a) Descripción.

Test de valoración de la visión estereoscópica diseñado para una detección rápida de la ambliopía, estrabismo y otros problemas de binocularidad en el que interviene la

estereopsis, tanto para niños en edad escolar como adultos.

Se basa en la utilización de imágenes bidimensionales capaces de producir un efecto tridimensional a través de filtros polarizadores que producen percepción de profundidad. Está compuesto de tres estereogramas: el test de la mosca, el de los círculos y el de los animales

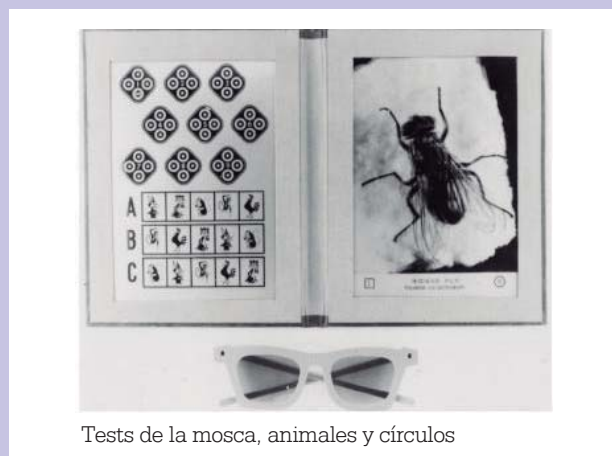
b) Técnica de realización.

La exploración se realiza mostrando los estereogramas frente a la persona que se va a examinar, paralelas a su frente, y a una distancia aproximada de 40 cms., con una buena iluminación y en una posición que no interfiera el reflejo de la luz.

En primer lugar se muestra el test de la mosca y a continuación se colocan las gafas polarizadas, solicitando que describa los cambios que ha percibido.

A continuación se muestra el test de los animales, y se solicita que indique cuál de ellos se encuentra más cercano.

Por último se muestra el test de los círculos, solicitando que indique cuál de ellos sobresale sobre los demás.



Tests de la mosca, animales y círculos

C) Interpretación de resultados.

-En el test de la mosca, al colocarse las gafas debe percibir como las alas translúcidas parecen dirigirse hacia fuera. En el caso de los niños se puede solicitar que coja las alas.

-El test de los animales es el más utilizado en los niños pequeños.

En este test, en cada fila existe un animal que sobresale con respecto al resto. Será positivo cuando se detecten correctamente los tres animales.

-El test de los círculos es el que permite discriminar de forma más fina el nivel de agudeza visual estereoscópica.

Consta de 9 cuadrados con cuatro círculos en el interior, de los cuales sólo uno de ellos sobresale del resto, y se solicita que vaya detectando en cada cuadrado cual es el círculo que sobresale.

La estereoagudeza va aumentando progresivamente desde el cuadrado 1 al 9, por lo que si visualiza el círculo que sobresale del cuadrado 9, se considera una agudeza estereoscópica normal.

Sala de actividades en Oncología

Un espacio propio para hacer más amable el ingreso

La enfermera Marta Ramos Fernández ha convertido la sala de estar de la planta de Oncología Médica y Cuidados Paliativos del Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza en un espacio destinado a su ocio



A la izquierda, Marta Ramos Fernández en el rincón de ocio creado en el Servicio de Oncología Médica y Cuidados Paliativos de adultos del Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza. A la derecha, vista general del espacio que pueden emplear pacientes y familiares

El Servicio de Oncología Médica y Cuidados Paliativos de adultos del Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza cuenta con una sala de estar para los pacientes y sus familiares, como ocurre habitualmente en todas las plantas de un centro de estas características. Como es común, también estos espacios son poco utilizados. En este contexto es donde comienza el trabajo de la enfermera Marta Ramos Fernández, en septiembre de 2015. "Apenas llevaba un año aquí. Los pacientes siempre estaban en su habitación. No salían de ella. Lo único que hacían era ver la tv. Fue entonces, cuando se me

PROMOCIÓN DE LA SALUD

La formación como enfermera de Marta Ramos Fernández ha sido esencial para crear la sala de esparcimiento en la planta de Oncología. "Hace unos años realicé un experto en promoción de la salud, donde aprendí a hacer proyectos de salud. Esto me sirvió para plantear la iniciativa en mi hospital".

ocurrió la idea de utilizar la sala de estar que tenemos al final de la planta. Estaba vacía. Teníamos unos sillones y poco más. Planteé el proyecto a la dirección y me lo aprobaron. Propuse mejorar este espacio para convertirlo en un lugar más especial, que pudieran hacer suyo y al que pudieran ir todos los días para tener algún momento de esparcimiento", explica Marta Ramos. "Al principio tenía un poco de miedo, porque no sabía si les iba a parecer interesante y si estaba planteando cuestiones que no me correspondían a mí. Pero la verdad es que gustó mucho y todo ha ido sensacional".



**Enfermería Tv:
Entrevista a Marta
Ramos Fernández**



Cambios que mejoran la vida de los pacientes

Los cambios introducidos por la enfermera Marta Ramos han mejorado el estado emocional de los pacientes. "Antes de emprender el proyecto, pasamos una encuesta donde el 80 % nos indicó que habían aumentado sus niveles de ansiedad. El 60 % manifestaba su apatía y el 55 %

no encontraba ningún divertimento y pasaba el día viendo la tv. Tras el primer año, volvimos a preguntar. Todos respondieron que la iniciativa había mejorado su estado emocional, el 64 % había disminuido su ansiedad y el uso de la biblioteca superaba en un 43 % al de la televisión".

La iniciativa no ha supuesto ningún coste adicional para el hospital. "Los servicios técnicos nos hicieron las estanterías para la biblioteca y el resto ha sido a base de donaciones de otros compañeros. Muchos nos dieron libros, otra compañera las plantas para la decoración, en la que hemos incluido mensajes positivos... También me ayudan en el día a día, pues cuando yo no estoy hay compañeras que se ocupan, por ejemplo, de llevar el periódico del día". Además del Heraldo de Aragón, que envían todos los días, la sala cuenta con alrededor de 350 libros de diversas temáticas, juegos de mesa, televisión y radio". El espacio está abierto las 24 horas del día.

La iniciativa está reportando muchas satisfacciones a Marta Ramos. Por ejemplo, el libro de sugerencias y agradecimientos va ya por su segunda edición. "El proyecto es muy gratificante, especialmente cuando ves que los pacientes utilizan la sala. Ahora salen mucho más de su habitación e interactúan entre ellos. Se conocen y comparten su experiencia. Esto es muy bueno para ellos. Cuando ves estos resultados, quieres seguir adelante e ir renovando todo. Cada día surgen nuevas ideas que pretendemos llevar a cabo poco a poco. Por ejemplo, hace unos días cambiamos la decoración y pusimos un panel para que los pacientes recomienden los libros que más les han gustado".

Atención integral de las pers

La Fundación Bobath, en Madrid, trabaja desde hace décadas la rehabilitación de personas con parálisis cerebral

"El método Bobath es la mejor manera de tratar a un niño con parálisis cerebral". Esta afirmación pertenece a Luisa Fúnez Díaz, presidenta de la Fundación Bobath. El concepto, creado en Londres por la fisioterapeuta Berta Bobath y su marido, el neurólogo Karel Bobath, considera que la lesión neurológica compromete a la globalidad del niño, por lo que el tratamiento debe llevarse a cabo desde un equipo interdisciplinar. A través de técnicas específicas de manejo y facilitación prepara y guía a la persona en la actividad funcional, ajustándose a sus necesidades individuales para que pueda participar lo más plenamente posible en las actividades de su vida. "Un parálítico cerebral es un pluriafectado. Todo niño con lesión neurológica, hasta los tres años, tiene un cerebro inmaduro. Es cuando se lesiona. Si esto ocurre, no solo va a tener implicaciones en sus movimientos, sino también en su desarrollo cognitivo, social, comunicativo... Por eso es rico e

importante el método Bobath, porque considera a la persona en su conjunto. De ahí, la importancia del equipo interdisciplinar. Como fisioterapeuta, yo voy a trabajar a nivel motor, pero en coordinación con otros profesionales".

Luisa Fúnez Díaz

Presidenta de la Fundación Bobath

"El método Bobath mejora la calidad de vida de las personas con parálisis cerebral y permite el desarrollo de sus capacidades"

En la Fundación Bobath trabajan logoterapeutas, terapeutas ocupacionales, maestros, psicólogos y enfermeras. "Entre todos, mejoramos la calidad de vida, los niveles de desarrollo de cada persona, dependiendo de la gravedad de sus lesiones, teniendo en

cuenta sus necesidades, con el fin de que puedan llegar a tener la capacidad de elegir lo que quieren ser".

Los testimonios del equipo

Con cada niño, los integrantes del equipo lo valoran desde su especialidad. Posteriormente, ponen en común todo y fijan objetivos alrededor de los problemas que localicen. Desde Fisioterapia, nos indican que participan "sobre todo, en lo concerniente a las alteraciones de la postura y el movimiento, que es la característica que diferencia a la parálisis y daño cerebral de otras patologías neurológicas". Desde Logoterapia, por su parte, "intervenimos en los problemas de alimentación como en las dificultades de comunicación y lenguaje". Además, en Fisioterapia asumen "la formación del equipo interdisciplinar de la Fundación e impartimos los cursos para profesionales externos de otras instituciones". Como Luisa Fúnez, los profesionales de estas áreas inci-



Luisa Fúnez Díaz, presidenta de la F. Bobath



Equipo trabajando en actividades manipulativas a través del juego

Personas con parálisis cerebral

den "en el enfoque global y la manera de trabajar con Bobath". El equipo se completa con una enfermera que controla la salud de los niños y atiende sus necesidades asistenciales.

La Fundación, con sede en Madrid, atiende a unas 200 personas. Cuenta con un centro de atención temprana para niños de 0 a 6 años; un colegio de educación especial, de 3 a 21; un centro de formación e inserción socio-laboral; un centro de adultos; y un centro de formación de profesionales en el concepto Bobath.

"En España hay muchísima gente formada. El método se conoce, pero no se practica porque es muy costoso, no solo desde el punto de vista económico sino también organizativo del equipo implicado", concluye Luisa Fúnez, presidenta de la Fundación Bobath. En este sentido, desde el equipo de fisioterapia y logoterapia indican que "el conocimiento y la práctica son fundamentales para trabajar adecuadamente con estas patologías".



Fisioterapia

La introducción del método Bobath en España



Equipo fisioterapeuta y logoterapeuta

Luisa Fúnez Díaz descubrió el método Bobath mientras estudiaba fisioterapia. Fue hace cincuenta años. No lo dudó, y tras formarse adecuadamente, viajó hasta Londres para conocer la metodología directamente desde sus creadores, Berta Bobath y Karel Bobath. En 1982, junto a una compañera, creó en España un colegio para niños con parálisis cerebral. Fue el germen de la actual Fundación Bobath, que puso

en marcha en 2002 para facilitar el acceso del mayor número de personas posible a este tipo de tratamientos. "Me gustaría que hubiera más gente valiente y más centros de este tipo, porque los resultados obtenidos con los niños son más que evidentes", afirma Luisa Fúnez.



Enlace a la web
de la Fundación
Bobath

Los resultados del método Bobath

"Gracias al tratamiento tengo una vida normalizada"

Agustín Calvo Flores tiene una parálisis cerebral debido a un parto prematuro. Estudió informática y trabaja en una consultora de marketing. Es patrono de la Fundación Bobath

Agustín Calvo Flores tiene una parálisis cerebral debido a un parto prematuro de 26 semanas. Un médico rehabilitador del Hospital Universitario La Paz de Madrid recomendó a su madre el método Bobath, pues conocía el trabajo de Luisa Fúnez y la sanidad pública carecía de este tipo de recursos. Desde los tres años recibe este tipo de terapia. Hoy, Agustín tiene 39 años. Es ingeniero informático y trabaja en una consultora de marketing. Además, es secretario del Patronato de la Fundación Bobath. "La parálisis cerebral me afecta, sobre todo, a los miembros inferiores y, en menor medida, a los superiores y a la vista. Ando con muletas y llevo silla de ruedas. El método Bobath me ha permitido tener una vida completamente normalizada. Lo que no puedes hacer de una manera parecida a los demás, te ayuda a que busques

un camino para acercarte a tu propósito lo más posible. Por ejemplo, yo aprendí a escribir a máquina, lo que me abrió muchas posibilidades escolares y profesionales. Aprendí a vestirme, a manejarme en el baño, a ser una persona independiente en la mesa... De pequeño, los ordenadores me facilitaron mucho la vida, ya que mi vista y mi escritura son deficientes. Por este motivo estudié Ingeniería Informática", explica Agustín.

En la actualidad, sigue recibiendo rehabilitación en la Fundación Bobath. "Cuando tienes una patología como la mía debes hacerla de manera permanente. Voy dos días a la semana. Está centrada en la parte física, para evitar contracturas y problemas posturales. Está destinada a conseguir que esté de pie el mayor tiempo posible. Ahora combino la silla de ruedas con las muletas.

Sobre la forma de trabajo del método Bobath, Agustín Calvo destaca su globalidad. "No se centra solo en la parte física. En muchas ocasiones, llegas con un niño que no anda y lo único que quieres es lograr que camine, a toda costa. A veces no se puede y no pasa nada. Sin embargo, la globalidad que tiene Bobath de enseñarte a cómo socializar y cómo comunicar sí puedes lograrlo. Hay distintas afectaciones, porque hay gente que hace determinadas cosas y otras que no. Aunque no puedas andar, sí puedes vestirme, ducharte, escribir... Toda esa globalidad. Todo esto lo trabaja muy bien este método. Consigues independencia y te ayuda, como en mi caso, a tener un empleo. Esto es una meta muy importante. Lógicamente, cada uno llega hasta donde puede, pero Bobath te enseña técnicas que te permiten vivir mucho mejor.



Terapia de lenguaje en la Fundación Bobath

A mí esto es lo que más me gusta. Lo tengo claro porque lo he vivido en mi propia persona y estoy muy agradecido por todo ello". De hecho, Agustín es patrono de la Fundación Bobath. "Hablé con Luisa (Fúnez) cuando supe que quería crear la fundación. Ya era lo suficientemente adulto como para saber que el método Bobath me había dado mucho y creía que podía aportar muchas cosas, desde la perspectiva de alguien que se ha beneficiado de la terapia. A Luisa le pareció buena idea y llevo más de diez años como secretario".

Afortunadamente, el acceso a tratamientos como Bobath hoy es más fácil que hace treinta años. "Los médicos, cuando tienen a un niño prematuro con parálisis cerebral, enseguida te derivan a este tipo de métodos. Además, ahora, gracias a las nuevas tecnologías el acceso a la información es más fácil. Todo es más sencillo que antes", explica Agustín,

quien también ha notado un cambio de sensibilidad en la forma en la que la sociedad trata a las personas con parálisis cerebral. "Cuando alguien se comunica con una persona con una patología complicada la trata con menos paternalismo que antes. Se ha normalizado esa relación entre una persona que tiene una afectación y el resto de gente. O sea, antes la sociedad te trataba con más lástima. Esto sigue ocurriendo, pero mucho menos, aunque estamos muy lejos de lograr un trato normal. No obstante, poco a poco estamos consiguiendo que las personas con discapacidad se incluyan de una manera natural en gran parte de las actividades de la vida cotidiana. Hay más información. Yo lo noto. Voy bastante por la calle y solo de la manera en que la gente te muestra ayuda es más normalizada que a lo mejor hace diez años, que se aproximaban a ti con mucho cuidado".

"El método Bobath me gusta por su globalidad. No se centra solo en la parte física, sino que te enseña a socializarte y comunicarte. Sus técnicas permiten que lleves una vida lo más normalizada posible"

Enfermedades raras

Cónocelas, entiéndelas, difúndelas

En España, más de tres millones de personas conviven con una de las 7.000 enfermedades raras que hay descritas en estos momentos. Para mejorar su calidad de vida, en 2009 se inauguró en Burgos el Centro de Referencia Estatal de Enfermedades Raras (CREER), donde enfermeras y fisioterapeutas se integran en un equipo multidisciplinar de profesionales.

Tener confianza en alguien. Es uno de los significados que el diccionario de la RAE atribuye al verbo *creer*. Es lo que hacen en el Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedades Raras y sus Familias de Burgos (CREER), dependiente del IMSERSO: promover la autonomía de las personas con estas patologías, ya sean niños o adultos, y de sus cuidadores. En España, más de tres millones de personas conviven con alguna de las más de 7.000 enfermedades raras descritas en la actualidad. "Desarrollamos talleres y atención desde el equipo multidisciplinar que plantean pautas, recomendaciones, guías y asesoramiento para mejorar la calidad de vida de las personas con alguna enfermedad rara y sus familias en sus lugares de origen", describe el director gerente del centro, Aitor Aparicio García. De este equipo forman parte tres enfermeras y otras tantas fisioterapeutas. "Cuando llegamos en 2009 tuvimos que cambiar nuestra mentalidad", indica la enfermera M^a

Inmaculada Arroyo. "Veníamos del ámbito asistencial. Pero aquí, además de asistencia, hacemos mucho soporte y apoyo a los pacientes y sus cuidadores, gestionamos sus casos y su estancia con nosotros e impartimos docencia. Aún es un mundo

Socio-sanitaria

El trabajo socio-sanitario que realizan las enfermeras y fisioterapeutas de CREER es fundamental para que los pacientes y sus familias se sientan bien cuidados

por descubrir, con mucho que hacer, en el que aprendes continuamente y puedes desarrollarte profesionalmente". En la misma línea trabajan desde fisioterapia: "Les damos herramientas

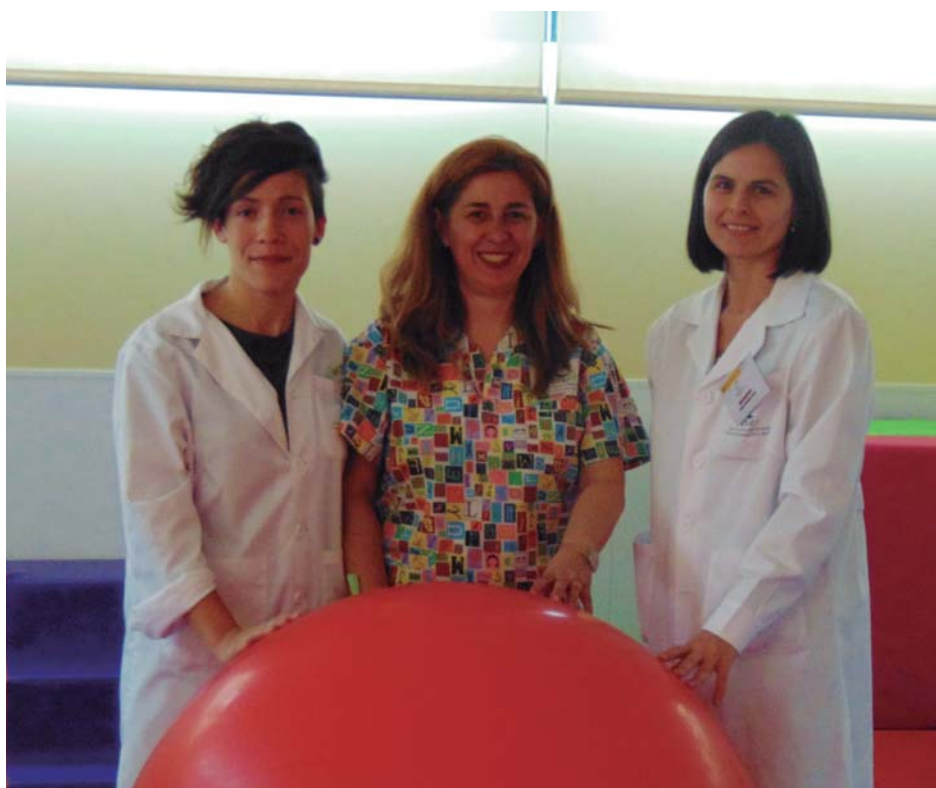


En la foto de la izquierda, las enfermeras María Inmaculada Arroyo y Sonia Fernández Justel.

para que mejoren su calidad de vida, los entrenamos, de manera individualizada, en ejercicios que pueden realizar ellos mismos o con la ayuda del cuidador", expone la fisioterapeuta Sonia Fernández Justel.

El equipo de trabajo, compuesto por 34 personas, lo completan profesionales de medicina de familia, logopedia, psicología, terapia ocupacional, trabajo social, pedagogía, enseñanza infantil, documentación, auxiliares de enfermería, educadora social, administradora, personal de administración y responsables de las áreas asistencial y técnica. "Intentamos orientar. No siempre los enfermos y sus familiares tienen estos especialistas de referencia en sus lugares de origen. Trabajamos de manera integral y transversal con todos", indica Aitor Aparicio.

En el centro, enfermería es el punto de entrada y núcleo de información de todos los pacientes, que dispone de apartamentos propios para que los enfermos y familias se puedan alojar



Inmaculada Arroyo, Cristina Gómez y Yolanda Balbás. En la derecha, las fisioterapeutas Marta Ordóñez, Sonia Martínez y Sonia Fernández

cuando sea necesario. "Cuando llega un paciente nuevo, vemos con ellos sus necesidades y los apoyos técnicos y humanos que van a necesitar. Recopilamos toda esa información y la transmitimos al resto de compañeros para que ofrezcan el soporte adecuado", expone la enfermera Cristina Gómez Cobo. "Enfermería es fundamental", completa Yolanda Balbás Gutiérrez, también enfermera. "Como gestora de casos, eres el enlace entre todos los profesionales, aquí en Burgos o en los centros sanitarios que atienden a personas con enfermedades raras. Puedes canalizar diversas situaciones y resolver las necesidades y problemas que surjan".

Desde el punto de vista de la fisioterapia, el centro cuenta con un espacio propio con gimnasio, una sala de psicomotricidad y otra multisensorial. El enfoque de los tratamientos es diferente al de las patologías convencionales, según explica Sonia Fernández. "Las patologías

NORMALIZACIÓN DEL CUIDADO

¿Cuáles son las claves para tratar una enfermedad rara? M^a Inmaculada Arroyo responde con claridad: "Hay que escuchar a la familia y a la persona con la patología. Son los grandes expertos, pues conviven con la enfermedad las 24 horas del día, los 365 días del año. Tenemos que dejar de tener miedo a estos casos, normalizar nuestra atención. Necesitan nuestros cuidados. No podemos perder la humanidad y la calidez. Debemos ser honestos, ponernos en su lugar y aplicar nuestros conocimientos de la mejor manera posible, adaptándonos a sus necesidades. Es un entorno muy especial".

agudas habitualmente suelen tener un tratamiento y una recuperación. En cambio, las enfermedades raras son crónicas y degenerativas. Nuestro objetivo no es la rehabilitación, sino facilitarles herramientas y recomendaciones para que afronten de la mejor manera posible las dificultades. Estos ejercicios los aprenden en sala y posteriormente los realizan en el domicilio o en las actividades de la vida diaria".

El cuidado de estos pacientes "es un reto diario, pues recibes mucha información y aprendizaje de ellos y eres consciente de que siempre queda mucho por aprender", reconoce Yolanda. "Establecemos una relación muy estrecha. Agradecen mucho que les escuches y les comprendas. Somos un punto de encuentro", añade Cristina. "Nuestra labor socio-sanitaria es muy necesaria", concluye M^a Inmaculada. De ahí programas como los de respiro familiar, encuentros y formación organizados desde CREER.



“Intentamos promover la autonomía de las personas con enfermedades raras y los cuidadores a través de pautas que mejoren su calidad de vida”

AITOR APARICIO

Director del Centro de Referencia Estatal de Enfermedades Raras

Abiertos a la sociedad

Junto a las familias y sus pacientes, el Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedades Raras y sus Familias de Burgos (Creer) también desarrolla programas dirigidos a los profesionales socio-sanitarios, investigadores o docentes universitarios. "Estamos abiertos a toda la sociedad, a través de nuestro servicio de información y asesoramiento", indica su director gerente, Aitor Aparicio. De esta filosofía parten proyectos como el desarrollo de un modelo holístico de trabajo de ámbito europeo para trabajar con los pacientes con enfermedades raras. CREER es el responsable de la coordinación de la iniciativa, promovida por la red de pacientes europeos EURORDIS y financiada por la Unión Europea. "Queremos que sea una iniciativa real y eficaz para mejorar la interacción entre los ámbitos sanitario y social", indica Aitor.

Igualmente, el centro ha colaborado con el Instituto de Salud Carlos III en la creación del Registro Nacional de Enfermedades Raras. Las enfermeras de CREER se han ocupado de la recogida de las muestras y la gestión y tramitación de los datos de los pacientes.

Por su parte, las tres fisioterapeutas del centro organizan jornadas de sensibilización, en colaboración con terapeutas ocupacionales y logopedas, enfocadas a otros profesionales, con el fin de promover la autonomía personal de los pacientes con enfermedades raras y difundir el trabajo que realizan desde centros como CREER. "En nuestro departamento prima mucho la atención de los pacientes, pero también trabajamos la parte de referencia para otros compañeros", explica Sonia Fernández Justel.

FORMACIÓN Y MEJORA DEL CONOCIMIENTO

Entre los proyectos más relevantes en los que está trabajando CREER destaca la creación de una asignatura sobre enfermedades raras en la Escuela de Enfermería de la Universidad Burgos. "A nivel sanitario hay mucho desconocimiento. Por eso, es necesaria una formación que ofrezca nociones básicas sobre este tipo de patologías", afirma la enfermera M^a Inmaculada Arroyo. "La divulgación, la sensibilización y la normalización son importantísimas. Es el lema que tenemos: 'Conócelas, entiéndelas y difúndelas'".





El Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedades Raras y sus Familias de Burgos (Creer) cuenta con diversos programas dirigidos a las personas con estas patologías y sus familias

Programa respiro familiar

Son estancias temporales para personas con enfermedad rara, entre julio y septiembre que permiten a las familias disponer de un tiempo de descanso en su actividad de cuidado o atención habitual. En Burgos, los pacientes participan en actividades formativas, educativas, de ocio y tiempo libre. "Es uno de los programas más innovadores. Es muy enriquecedor, pues comparten sus experiencias. El año pasado

hubo personas con hasta 60 patologías diferentes", indica Aitor Aparicio, director gerente de CREER. En esta iniciativa las enfermeras están muy presentes, pues asumen todos los cuidados. "Nos ocupamos de la higiene, alimentación, medicación, curas y otros procedimientos", enumera la enfermera Cristina Gómez. "El contacto directo con ellos, nos enriquece tanto a nivel profesional como humano".

Programa de cuidadores

Es un curso de autocuidados y calidad de vida que facilita pautas, conocimientos y técnicas de autocuidado para la mejora de la calidad de vida y la promoción de la autonomía. Está dirigido a familiares y cuidadores. Al cuidar de ellos mismos, mejoran la atención sobre las necesidades de las personas con enfermedades raras.

Programa de encuentros

Destinados a familias, cuidadores y personas con una enfermedad rara. Reciben una atención específica del equipo multidisciplinar, desde un enfoque socio-sanitario. Se desarrolla mediante estancias breves en el centro. Son un punto de encuentro para personas con situaciones similares, en el que intercambian experiencias. Facilitan información, recursos y asesoramiento sobre una determinada patología, a

través de mesas redondas, talleres y otras acciones de orientación y apoyo prestadas por profesionales sanitarios especializados. Así, a finales de año está prevista una edición destinada a la epidermolisis bullosa, cuya asociación es Debra. Precisamente son las enfermedades relacionadas con la piel las que más cuidados de enfermería requieren, según indican las enfermeras del centro, CREER.

Programa Nacer

Es un programa de estancia y acogida a familias de neonatos con enfermedades raras que residen fuera de Burgos, realizado en colaboración con el Complejo Asistencial Universitario de Burgos y su unidad de Neonatología. Está dirigido a los padres y familiares de recién nacidos y niños afectados o con sospecha de padecer una enfermedad Rara, mientras éstos requieran de consultas u hospitalización.

Protagonista del Día de las Letras Canarias 2017

El escritor que también fue enfermero

Rafael Arozarena, el escritor canario, autor de la popular novela *Mararía*, ejerció como profesional de enfermería casi cuarenta años

TEXTO: Rosy Díaz Jorge

FOTOS: Archivo hijas de Rafael

Arozarena. Agradecimiento especial a la Consejería de Turismo, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias

Rafael Arozarena es uno de los principales autores de la literatura canaria. Este año, 2017, el ejecutivo canario ha rendido homenaje a su vida y obra durante el Día de las Letras Canarias. Arozarena nació en Santa Cruz de Tenerife el 4 de abril de 1923 y falleció el 30 de septiembre de 2009. Era novelista, pero sobre todo poeta. Aunque su obra es muy extensa, la novela *Mararía*, finalista del Premio Nadal en 1971 y llevada al cine en 1998, con Goya Toledo interpretando a su misteriosa protagonista, le convirtió en un escritor muy popular. Sin embargo, Arozarena se consideraba más poeta que novelista. Él mismo explicó en una ocasión que tenía cinco años cuando descubrió en una revista que los textos estaban colocados en columnas y que preguntó a su abuela qué era eso. La abuela le respondió que eso era poesía y que "ser poeta es lo más alto que puede alcanzar un hombre".

Siempre vivió alejado de los "tumultos literarios". Tal vez, por ese motivo se enfadaba por ser reconocido como el autor de *Mararía* y no por su extensa obra poética. Perteneció al grupo fetasiano, un término inventado por él mismo y del que formaron parte varios escritores canarios de la década de los 50 y para los que era fundamental la esencia del hombre.



PERFIL BIOGRÁFICO COMO ESCRITOR

Rafael Arozarena fue un autor polifacético. En los años 40, publica sus dos primeros poemarios, *Romancero canario* y *A la sombra de los cuervos*. En ellos describe con metáforas los paisajes de la isla de Tenerife. En 1959 publica *Alto crecen los cardos* y en 1964, *Aprisa cantan los gallos*. Pero, sin duda, el cambio radical en su escritura se produce en 1971, con *El ómnibus pintado con cerezas*. Este libro mantiene el tema existencial, pero incorpora la escritura surrealista. Le

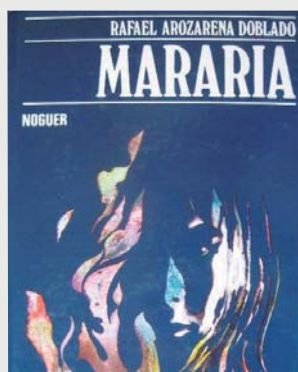
siguieron otros poemas como *Silbato de tinta amarilla* (1977) y el *Desfile otoñal de los obispos licenciosos* (1985). Como narrador escribe las novelas *Mararía* (1973) y *Cerveza de grano rojo* (1984). En su obra, también figuran dos novelas juveniles: *La garza y la violeta* (1996) y *Fantasmas y tulipanes* (1998). En el año 2008 publica la novela *Los ciegos de la media luna*. En toda su literatura "infunde en lo real la conveniente carga de misterio".

Los críticos dicen que, “más que un movimiento artístico literario, era el desarrollo de un estado de ánimo real, casi alegórico e irracional”. En esta especie de actitud vital influyeron las circunstancias históricas y culturales de la época, desde la marginalidad que supone vivir en un archipiélago, tan alejados de la España peninsular.

También fue un apasionado de la naturaleza, entomólogo aficionado. Fue un gran colector de insectos y escribió artículos y comunicaciones en decenas de revistas científicas especializadas. De hecho, es uno de los cofundadores del Museo de la Naturaleza y El Hombre de Tenerife y, aún hoy, sigue siendo socio de honor de la asociación de amigos del mismo.

Del Arozarena escritor, hay disponible mucha bibliografía. Sin embargo, de su profesión se sabe muy poco, a pesar de que ejerció casi cuarenta años como enfermero. Fue en la década de los cincuenta, cuando Rafael ganó unas oposiciones a practicante. En esa profesión trabajará hasta 1985 en el servicio portuario de Santa Cruz de Tenerife y, a partir de esa fecha, en la Residencia Sanitaria Nuestra Señora de la Candelaria, hoy convertida en hospital universitario.

MARARÍA



Mararía narra la historia de una anciana que sale a pasear en la oscuridad de la noche. En su pasado, había sido una hermosa joven pretendida por todos los muchachos del pueblo. El sufrimiento por sus desengaños amorosos, la pérdida de su verdadero amor y la muerte de su único hijo, la convierten en una especie de alma solitaria que tiene que soportar las burlas de sus vecinos. Su final es muy trágico.



**Publicación sobre
Rafael Arozarena**

Sus compañeros de entonces, la mayoría ya jubilados, coinciden en que era “muy buena persona y un gran profesional”. Dicen que trabajaba casi siempre en el turno de noche, haciendo guardias porque, según él mismo decía, “tenía otras ocupaciones que atender”. Sin embargo, quienes compartieron esas noches con él, aseguran que nunca hablaba en el trabajo de su faceta como escritor. Ejerció su labor profesional en la planta de neurocirugía y, según sus compañeros, “tenía mucha empatía con los pacientes, se implicaba mucho con ellos, sabía escucharles y les entendía”. Algunos de los profesionales que trabajaron con él también recuerdan que “era un hombre muy compasivo, afable, sosegado”. Rafael Arozarena deja de trabajar en el hospital en 1988, el mismo año en el que recibe el Premio Canarias de Literatura.

A pesar de su popularidad, nunca quiso estar en el primer plano de los foros literarios. Lo mismo pasó con su profesión. Lo hizo lo mejor que sabía, siempre pensando en sus pacientes. Del escritor que también fue enfermero, quienes le conocieron recuerdan que solía llevar a las tertulias del grupo fetasia una pequeña maleta para poner inyecciones.

Vínculo con la enfermería



Rafael Arozarena, segundo por la izquierda, en el Servicio Portuario de Santa Cruz de Tenerife

Rafael Arozarena gana unas oposiciones a practicante y empieza a trabajar en el servicio portuario de Santa Cruz de Tenerife en la década de los 50. Más adelante, se incorpora a la plantilla del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria de la capital tinerfeña, cuando todavía era la Residencia Sanitaria. Allí trabaja hasta 1985, tres años antes de su jubilación.

Desarrolló gran parte de su labor profesional en la planta de neurocirugía y sus compañeros, la mayoría ya jubilados, coinciden en que era un gran profesional y buen compañero. Falleció en el mismo hospital en el que, durante años, trabajó como enfermero. Estuvo afiliado a SATSE Tenerife, en la época en la que el Sindicato daba sus primeros pasos en el archipiélago.



Premios Enfermería en Desarrollo

**Reconocemos a los mejores profesionales
del año en siete categorías**

Calidad percibida

Innovación y creatividad

Premio Vivesoy a la promoción del autocuidado
y los hábitos de vida saludables

Iniciativas corresponsables

Ámbito universitario

Trabajo enfermero

Enfermería Tv

Consulta las bases en

www.premiosed.es

¡Participa!

**Abierta
convocatoria
2017**

