



## Una enfermería de campeonato (rural)

Viajamos a Euskadi para conocer a la enfermera de emergencias  
y campeona del mundo en Sokatira Olga Artiñano  
pág. 14

### **Fisioterapia oncológica: vivir sin dolor**

La fisioterapeuta y técnico en radioterapia Ana Serrano Sanz nos explica  
los amplios beneficios de integrar la fisioterapia en estos tratamientos  
pág. 8

### **El paciente mayor, una voz silenciada**

Hablamos con Miriam Vázquez Campo, enfermera y doctora en  
psicología, para conocer los proyectos que desarrolla en este terreno  
pág. 22



4

## Opinión

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

6

## Cuidado a personas trans

Enfermero de urgencias y sexólogo, Alexander Cano ha decidido investigar una problemática silenciosa, pero latente en la profesión.

8

## Vivir sin dolor

La fisioterapeuta y técnico en radioterapia Ana Serrano Sanz nos explica los amplios beneficios de integrar la fisioterapia en el tratamiento de pacientes oncológicos.

10

## Las enfermeras de los sueños

Beatriz Tena García y María Eugenia Acosta Mosquera nos hablan de un nuevo enfoque en el manejo de la apnea del sueño: la poligrafía respiratoria domiciliaria.

14

## En profundidad: Olga Artiñano

Enfermera de emergencias y campeona del mundo en Sokatira. Después de 30 años, acompaña el cuidado con el deporte rural.

18

## Hazlo bien, hazlo fácil

Diagnóstico de enfermería.

22

## El paciente mayor: una voz silenciada

La unidad de Endoscopia del Miriam Vázquez Campo, enfermera y doctora en Psicología, es una de las fundadoras del Observatorio contra la Discriminación del Mayor en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

26

## Sello ED

El equipo de dirección de enfermería del Hospital Santa Marina de Bilbao es el segundo galardonado en el País Vasco con el distintivo que otorga esta revista.

28

## IV Premios Hygeia

Reconocida directora, guionista y actriz. Hablamos con la presentadora de la IV edición de los Premios Hygeia, Antonia San Juan.

30

## Un escape room que teje lazos

Diversión y aprendizaje pueden ir de la mano. Las enfermeras Marta Gil García y Pilar González Sánchez lo demuestran con su innovadora propuesta.

**Edita:** Fundación para el Desarrollo de la Enfermería, FUDEN

**Presidente:** Víctor Aznar Marcén

**Directora:** Yolanda Núñez Gelado

**Directora editorial:** Amelía

Amezcuca Sánchez

**Redactor jefe:** Amanda Avilés

Cabanillas

**Dirección de Arte y Diseño:**

Cano Yélamos

**Premaquetación:**

Alba de la Fuente

**Web:** enfermeriaendesarrollo.es

**Redacción y administración:**

C/ Veneras, 9. 2º. 28013 Madrid

**Teléfono:** 915474881

**Correo electrónico:**

enfermeriaendesarrollo@fuden.es

**Depósito Legal:** M-15637-2013

Son muchos los objetivos con los que esta revista sale a la luz, pero, sin duda, lo que el número 35 de Enfermería en Desarrollo ha conseguido plasmar, esta vez, ha sido la diversidad. ¿Hasta dónde somos capaces de llegar?, ¿cuánto podemos hacer? Es una cuestión de creer. De querer. De luchar.

Abrimos nuestras páginas con un reportaje sobre la atención sanitaria a personas transexuales. De la mano del enfermero de urgencias y sexólogo Alexander Cano Lozano, exploramos cómo los profesionales trabajan para proporcionar un entorno acogedor y sensible a las necesidades de cada persona, mimando, acompañando y respetando cada parte del proceso.

Sin perder el foco en esa atención integral, la técnico en radioterapia y fisioterapeuta Ana Serrano Sanz nos hace un análisis detallado sobre la importancia de la fisioterapia oncológica. En la lucha contra el cáncer, el cuidado al paciente abarca mucho más que la terapia convencional. Descubrimos, de este modo, cómo la fisioterapia no solo ayuda a mitigar los efectos físicos del tratamiento, sino también a brindar un apoyo invaluable para su bienestar general.

Hablando de bienestar, las enfermeras María Eugenia Acosta, Beatriz Tena y Trinidad Modesto han liderado un proyecto pionero que está cambiando la forma en que se aborda la apnea del sueño en el ámbito otorrinolaringológico: la poligrafía respiratoria domiciliaria. Mayor autonomía y tranquilidad para el paciente durante las pruebas son dos de sus objetivos prioritarios.

# Nuevas perspectivas

Avanzamos hacia el terreno de lo absolutamente extraordinario con el relato de una enfermera de emergencias que es, además, deportista de élite. Olga Artiñano nos recibe en su caserío de Llodio (País Vasco) para contarnos las peripecias de uno de sus días cualquiera. Una mujer todoterreno a la que nada le para los pies. Ya decíamos, sobre estas líneas, que en este número hablábamos de diversidad.

Y así continuamos con la entrevista de Miriam Vázquez Campo, enfermera y doctora en Psicología y una de las fundadoras del Observatorio contra la Discriminación del Mayor en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. Su lucha contra el edadismo se mantiene firme en un mundo ‘eternamente joven’ y en el que cuesta que nuestros mayores sean valorados a la misma escala. Afortunadamente, además de Vázquez, otras compañeras también están comprometidas con las personas de avanzada edad. Prueba de ello, el Hospital Santa Marina de Bilbao, cuyo equipo de dirección de enfermería ha logrado alcanzar el Grado 3 del Sello ED a los Equipos Excelentes que audita esta revista por, entre otras razones, su atención y cuidado al paciente mayor. Enhorabuena, de nuevo, por un reconocimiento más que merecido.

No le falta a este número, tampoco, el toque cultural. Se encuentra con la entrevista a la actriz, directora y guionista Antonia San Juan, presentadora de la IV edición del Festival de Cortometrajes de Enfermería y Fisioterapia ‘Premios Hygeia’, organizado por esta publicación. A ella, le damos las gracias por su generosidad y espíritu participativo con la propuesta. Si algo hemos aprendido a su lado es la importancia del trabajo diario.

Finalmente, nuestro recorrido culmina con una mirada fresca al campo de la formación. Las enfermeras Marta Gil García y Pilar González Sánchez lo demuestran con su innovadora propuesta: un escape room cargado de fantasía para formar a un equipo multidisciplinar y fomentar el respeto y admiración entre compañeros.

Esperamos que estas páginas os inspiren y motiven tanto como a nosotros a la hora de plasmarlas sobre el papel.



Víctor Aznar  
Marcén  
Presidente  
de Fuden

## Ser visibles

Los que me conocen me han oído decir aquello de que «40 años en la vida de una persona es media vida, pero, en una profesión, es apenas un instante». Y es que he tenido el privilegio de vivir de cerca el desarrollo de las enfermeras en España estos últimos cuarenta años, de acompañar e impulsar desde los diferentes ámbitos ese crecimiento y avance de la profesión. Tengo que confesar que mientras estás inmerso en la vorágine de la negociación y la creación de nuevas oportunidades pierdes la perspectiva de los enormes avances que se van sucediendo y de las conquistas históricas alcanzadas. Incluso, puedes perder de vista la transformación que cada profesional experimenta en sus capacidades y conocimientos, para luego desplegar en su día a día esos nuevos aprendizajes, esas nuevas formas de ser enfermera que, sin duda, impactan tan positivamente en la sociedad.

En mi opinión, una de estas grandes transformaciones que se ha gestado en primera persona desde cada profesional, y que marca la diferencia entre la enfermera del siglo XX y la del siglo XXI en nuestro país, es el desarrollo de las competencias investigadoras. Las enfermeras han pasado de participar en investigaciones a liderar proyectos de investigación. De ser parte de los equipos de investigación y recoger datos a ser

investigadoras principales y diseñar, dirigir, implementar y evaluar proyectos de investigación. De ser autoras secundarias de artículos científicos y comunicaciones en congresos a dirigir revistas científicas, generar conocimiento dentro de su propia disciplina y participar masivamente como primeras autoras y ponentes principales en congresos.

El plan Bolonia y el espacio europeo de educación superior fue, sin duda, un incentivo muy importante para que todo esto ocurriera, pero las enfermeras no habríamos podido aprovechar esta oportunidad de impulsar la actividad investigadora y generar conocimiento dentro de nuestra disciplina científica si no hubiera existido una red de profesionales en los espacios laborales y académicos apostando por esta enfermería investigadora.

Y ahora, nos encontramos en otro momento histórico que tenemos que aprovechar; la visibilidad que con la pandemia ha alcanzado la enfermería en los medios de comunicación hay que proyectarla más allá del momento de crisis y la atención directa y el espacio asistencial. Debemos hacernos presentes y visibles en los espacios de reconstrucción, de planificación de esa transformación de los sistemas de salud. En esas mesas de debate, debemos ocupar nuestras posiciones y aportar todo nuestro conocimiento y experiencia que es única. Así, no solo se tendrá en cuenta nuestro trabajo al lado de las personas, sino que también se pondrá en valor nuestro liderazgo y se mostrará nuestro activismo y capacidad de acción y transformación social. Seamos capaces de mostrar y desplegar esta visibilidad. ■



Yolanda  
Núñez Gelado  
Directora de Enfermería  
en Desarrollo

## No, ya no llevamos cofia

Es casi seguro que todos los que ahora leéis estas líneas habéis pasado muchas horas de vuestro tiempo de ocio disfrutando de la lectura de buenos libros, admirando obras de arte o excelentes interpretaciones teatrales. O tal vez hayáis preferido las series televisivas, las películas o cualquier otra de las muchas manifestaciones culturales en las que las enfermeras somos protagonistas destacadas y donde se muestra de manera veraz nuestro trabajo, destacando la alta cualificación y competencia profesional de todo el colectivo.

Es casi seguro que, mientras leías el párrafo anterior, se ha puesto en marcha un proceso fisiológico por el que tus cejas se han levantado dejando a la vista unos ojos grandes y redondeados con unas pupilas ligeramente dilatadas, mientras tu boca es también muy probable que se haya abierto dejando caer ligeramente la mandíbula. Es decir, acabas de poner cara de asombro e incredulidad. Y no es extraño. La imagen de las enfermeras que el cine y la literatura han mostrado y parecen empeñados en mantener en la mayoría de sus representaciones es la de un personaje secundario, plano, cuya conducta sigue unos patrones estereotipados, y en la que se obvia su carácter de profesional competente, independiente y adecuadamente formada.

Según las autoras L. Yagüe y L. Almudéver, en las representaciones cinematográficas se establecen 3 modelos claramente diferenciados: la enfermera angelical destaca por su bondad, dulzura y capacidad de sacrificio, pudiendo llegar, incluso, a abandonar su propia vida en favor de los pacientes; la enfermera malvada, sádica, que abusa de su poder, sabe que tiene el control y se aprovecha de la vulnerabilidad de sus pacientes para causarles dolor; y la enfermera como objeto de deseo, ese personaje pasivo, sin vida propia, cuya función viene determinada por su capacidad para alegrar/satisfacer a médicos y pacientes o que se enamora o mantiene un romance con otro personaje.

El cine, el teatro y la literatura tienen el poder de construir y consolidar arquetipos que la población aceptamos y hacemos perdurar. Es el momento de contribuir a que la visión estereotipada y sesgada que la sociedad tiene de nosotras empiece a deshacerse hasta convertirse en un recuerdo propio de siglos pasados.

Con Hygeia, queremos poner nuestro granito de arena. Hemos invitado a la población a contarnos cómo nos ve, lo que sabe de nosotras, a través de cortometrajes que nos permiten reflexionar y puede que entender por qué muchos de nuestros perfiles y competencias permanecen ocultos para la ciudadanía. Hemos comprobado, además, que aquellos que se deciden a presentar un corto a nuestro concurso buscan enfermeras con las que documentarse, lo que aumenta su conocimiento sobre la profesión.

Y también os hemos pedido a vosotras, enfermeras, que mostréis cómo pensáis, lo que hacéis, lo que podéis hacer y lo que sentís. Que lo hagáis sin miedo, con humor y con amor, dejando de lado vuestros prejuicios y los estereotipos aprendidos y aceptados, porque merece la pena que nos conozcan tal y como somos. ¿Te atreves? ■



*Necesidad de formación  
enfermera*

# Cuidando a personas trans



Texto: **Amanda Avilés Cabanillas**

Enfermero de urgencias y sexólogo, Alexander Cano ha decidido investigar una problemática silenciosa, pero latente en la profesión: la atención a personas trans por parte de las enfermeras. Sin protocolos cerrados y con escasa formación, las conclusiones de su TFM reflejan que las profesionales se sienten 'desamparadas' para afrontar la situación.

**¿S**omos una consecuencia consciente, o causal? Esa pudo ser, quizá, la pregunta que Alexander Cano se hizo para adentrarse en el estudio de su Trabajo Fin de Máster (TFM). Alexander ya había transitado los pasillos de la urgencia del Hospital La Paz y conocía los entresijos del SUMMA 112 cuando decidió ampliar su formación con el Máster de Urgencias y Emergencias de Fuden y, después, con el Máster Universitario

Oficial en Sexología: Educación Sexual y Asesoramiento Sexológico de la Universidad Camilo José Cela. En ese punto, quería que su TFM aunase sus dos pasiones: la enfermería y la sexología.

Tenía clara la situación que quería visibilizar, porque ya se había topado con ella en el ejercicio de su profesión: la atención a personas trans por parte de las enfermeras de urgencias. Él sabía que había una problemática, pero ¿era intencionada o el resultado de una cadena de desinformación y pocas herramientas? Ahí estaba el quiz de la cuestión.

---

«La Paz es un hospital referente para personas trans que deciden hacerse intervenciones quirúrgicas de modificación genital, y muchas veces estos pacientes vienen a la urgencia con problemas después de la intervención (infecciones, etc.). Me di cuenta de que había dificultades a la hora de atenderles»

---

## **Legislación insuficiente**

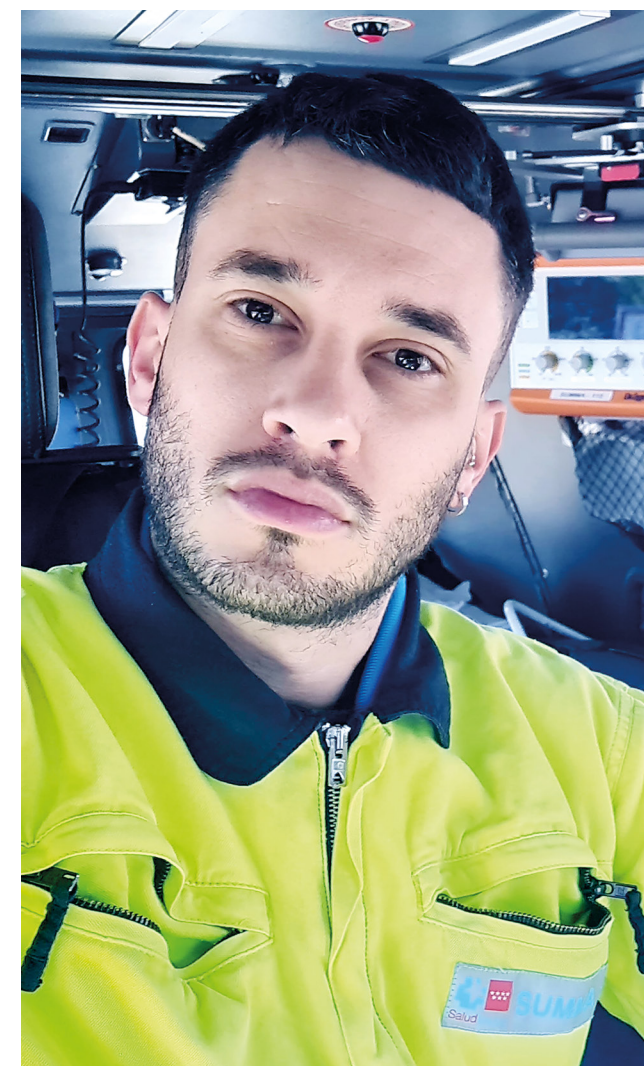
Aclara que con el término «dificultades» no se refiere a homofobia o transfobia (al menos dentro de su muestra, enfermeras que prestan servicio dentro de la Comunidad de Madrid), sino dificultades, por ejemplo, «a la hora de poner en una habitación a una

mujer cisgénero con una mujer trans», o a la hora de tratar con personas que no se identifican con ningún género. Matiza que «el mayor escollo surge cuando la persona manifiesta pertenecer a un género que no se corresponde físicamente con lo que socialmente estamos habituados a ver». No es tanto una problemática legal, porque «con la Ley Trans la disyuntiva de en qué habitación ubicar a alguien queda resuelta, ya que hay un artículo que tiene consideraciones sanitarias y esto quedaría solucionado, pero las enfermeras tienen que lidiar con el resto de pacientes para hacerles comprender la situación. Y eso no está reflejado en ningún artículo», explica.

Los momentos complicados empiezan desde el triaje. «Es un error que todavía pasa en muchos hospitales; se les llama por el nombre del DNI, y puede ser que no hayan hecho la modificación en el registro. En algunas comunidades, como Cantabria, hay protocolos que

exigen que el paciente tiene derecho a pedir que se le llame como desee, y desde admisión están obligados, al margen de ideologías, a poner una nota para respetar esta petición», cuenta. «Son situaciones emocionales complicadas, sobre todo cuando estás en una sala de espera y te sientes el foco de observación».

Nuestro entrevistado hace hincapié en la necesidad de capacitación y recursos para las enfermeras. Ellas mismas los demandan. «Quieren estar informadas, quieren saber tratar adecuadamente a estas personas», explica. De hecho, a pesar de las limitaciones encontradas, como el uso de cuestionarios obsoletos y la ausencia de protocolos claros en la Comunidad de Madrid, Alexander defiende que existe «un gran compromiso por parte de las enfermeras para mejorar su práctica clínica y garantizar una atención de calidad para todas las personas, independientemente de su identidad de género». ■



## «Buscan deconstruirse»

*Incluso las personas encuestadas que han mostrado algo de transfobia en sus respuestas «lo que demandan, realmente, es deconstruirse». Un aspecto positivo que se convierte en un punto de partida crucial para implementar cambios significativos en la profesión y garantizar que todas las personas, independientemente de su identidad de género, reciban el tratamiento digno y respetuoso que merecen. «A lo largo de mi trayectoria, he visto que cuesta hacer formaciones sobre electro, canalización de catéteres por ecografía... Sin embargo, con este tema, las profesionales están muy sensibilizadas y la predisposición a formarse en diversidad sexual es muy positiva».*

*Es por eso que el trabajo de Alexander no solo busca resolver problemas prácticos en la atención sanitaria, sino también promover una mayor comprensión y aceptación de la diversidad de género en la sociedad en general. Tiene claro que esto es solo el comienzo de un amplio viaje hacia una atención más inclusiva, y su compromiso con 'la causa' es firme. «Hice el máster con la idea de hacer un doctorado, para continuar explorando y abordando estos desafíos». Su objetivo: superar barreras y prejuicios para construir un sistema de salud que, realmente, nos proteja.*



# Fisioterapia oncológica

## Vivir sin dolor



Texto: **Amanda Avilés Cabanillas**

### La fisioterapeuta y técnico en radioterapia Ana Serrano Sanz nos explica los amplios beneficios de integrar la fisioterapia en el tratamiento de pacientes oncológicos.

**E**l cáncer es un camino espinoso que nadie pide recorrer. Se cruza, aparece, y hay que hacerle frente como se pueda. Pero es un viaje que puede realizarse de muchas formas, y hay factores que pueden ayudar a transitarlo mejor. Hablamos, en este caso, de la fisioterapia oncológica. Una disciplina que sigue sin ser todo lo visible que debiera. Así nos lo cuenta la fisioterapeuta y técnico en radioterapia Ana Serrano Sanz, toda una autoridad en el mundo de la rehabilitación de pacientes oncológicos que, confiesa, también fue víctima de la falta de información en este terreno. «Al principio, solo asociaba la fisioterapia oncológica con el linfedema, pero, con el tiempo, comencé a explorar más el campo y me formé en diversas áreas relacionadas. Quería integrar la fisioterapia en el paciente oncológico». Algo que no fue fácil, ya que había muy pocas referencias. «Cuando yo empecé a tener curiosidad, los estudios en España eran muy escasos. Me ofrecieron un tra-

bajo de técnico en radioterapia en Asturias y, allí, el director del centro médico me dijo que quería hacer algo integral; había trabajado en el Memorial Sloan Cancer Center (EE. UU.) y eso le dio un concepto que no se tenía en España».

De por sí, Ana es consciente de que «la población en general asocia la fisioterapia a masaje en la espalda, o a un esguince, pero que la fisioterapia puede ayudarte en una recuperación en la UCI, no. No se conoce la fisioterapia respiratoria, no se conoce la fisioterapia en neurología... y la base de la recuperación de un paciente con una lesión neurológica es la fisioterapia». Lo asume, pero le preocupa más que, en el ámbito hospitalario, «aunque se sabe que es una rama muy importante, hay muchos aspectos que se desconocen y algunos, incluso, nos ponen en duda. Nos asocian a poner TENS (estimulación nerviosa eléctrica transcutánea), infrarrojos, y es mucho más que todo eso».

#### **A contra reloj**

En el caso de la oncología, no es que haya un 'lugar desconocido' dentro de la fisioterapia, explica, sino que hay que 'moldear' y encauzar las herramientas que ofrece la disciplina y combinarlas con una formación más específica. «Evidentemente, hay que estar formado en drenaje linfático manual y, a partir de ahí, técnicas manuales, estiramientos y ejercicio tera-

péutico. Lo que hay que tener muy en cuenta son las particularidades del paciente. No es lo mismo tratar a un paciente superviviente de hace cinco años que a uno en tratamiento con quimio, fisioterapia en fases agudas, o pelviperineal, respiratoria... todo hay que hacerlo en base a las herramientas habituales, pero adaptadas a sus circunstancias».

Recuerda, en este punto, su reciente experiencia con una paciente joven, con cáncer de mama bilateral, operada de las dos mamas. «Me encontré muy pronto, recién operada, y no solo ha recuperado su movilidad, sino también su estado de ánimo. Estaba muerta de miedo y esto la bloqueaba para hacer absolutamente todo en la vida», dice nuestra entrevistada, orgullosa de haber participado en su recuperación emocional casi más que de la física. «Aún no ha terminado la quimio, pero, con cuidado y prudencia, es la mejor etapa en la que puedes coger a un paciente. Además, le acompañas en el proceso».

Y es que una parte crucial de la fisioterapia oncológica, insiste, es el manejo del tiempo. «Me he encontrado a pacientes de cáncer de mama que no podían subir los brazos, e incluso que no podían adoptar la postura correcta para el tratamiento con radioterapia y tenían que ir a rehabilitación antes de empezar las sesiones». Una situación que, explica, es una consecuencia de la falta de prevención y atención personalizada. «Es necesario valorar, primero, en qué situación está la paciente antes de empezar radioterapia porque, derivadas de la cirugía, algunas empiezan a movilizar bien, pero otras no. Esto es lo que se llama prehabilitación». Primeros pasos que pueden marcar una sustancial diferencia en la calidad de vida de los pacientes. «Según las intervenciones que se van a llevar a cabo, ya se sabe qué consecuencias van a tener, y hay que tomar cartas en el asunto cuanto antes».

#### **Cifras de éxito**

Una cadena que, si se desarrolla con éxito, revierte positivamente en el propio sistema de salud. «Si los pacientes no tienen complicaciones, evidentemente van a necesitar menos rehabilitación o menos ayudas farmacológicas u ortopédicas. Estudios recientes sobre el cáncer de pulmón, por ejemplo, avalan que la fisioterapia oncológica supone un ahorro de 54,4 millones en estos casos. Es fácil: reducir las complicaciones supone menos ingresos y, eso, menos gastos». Y continúa: «los supervivientes de cáncer de cabeza y cuello tienen muchísimos problemas de disfagia, múltiples secuelas que, en su mayoría, se tratan con medicación. Sabemos que el 80% va a tener dolor, pero con fisioterapia se puede reducir un 50% y, con ello, los fármacos».

Unos números que ratifican su eficacia, pero que, según Ana, no terminan de ser suficientes para que más hospitales integren la fisioterapia oncológica. «Realmente pienso que es por desconocimiento. Los médicos deben conocernos y yo creo que de esto todavía falta un poco. Al no derivarse, no se integra». Añade, también, que la investigación sigue siendo escasa en nuestro país. «Falta evidencia científica porque, hasta ahora, en España -a diferencia de EE. UU., Italia o Francia- no hay muchos estudios relacionados con la fisioterapia en oncología. Eso no nos ayuda. Debería incrementarse la bibliografía».

Ana hace un llamamiento al enriquecimiento que supondría para la atención al paciente que un equipo multidisciplinar trabajase en sintonía. Alude, en este caso, a las enfermeras. «Si pudiéramos estar más en comunicación, sería fantástico, porque son un pilar fundamental para el paciente en este proceso tan importante y tan traumático».



**«La población en general asocia la fisioterapia a masaje en la espalda, o a un esguince, pero que la fisioterapia puede ayudarte en una recuperación en la UCI, no»**

◀ La técnico en radioterapia y fisioterapeuta Ana Serrano Sanz



# Las enfermeras de los sueños



Texto: **Amanda Avilés Cabanillas**

**Beatriz Tena García y María Eugenia Acosta Mosquera nos hablan de un nuevo enfoque en el manejo de la apnea del sueño: la poligrafía respiratoria domiciliar para mejorar la atención al paciente y agilizar el sistema sanitario**

**T** tiempo. Ese valioso y apreciado tesoro que, todavía, no hemos conseguido dominar. Rápido cuando queremos ir despacio, y lento cuando deseamos que pise el acelerador. A ese a veces enemigo se ha enfrentado un equipo de tres enfermeras del servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, dando un paso hacia adelante en la búsqueda de una atención más integral, ágil y personalizada a sus pacientes. María Eugenia Acosta, Beatriz Tena García y Trinidad Modesto López han liderado un proyecto pionero que está cambiando la forma en que

se aborda la apnea del sueño en el ámbito otorrinolaringológico: la poligrafía respiratoria domiciliar. «No existe ninguna otra consulta de exploración de la patología del sueño en otorrinolaringología, o al menos que conozcamos, que integre la visión de las enfermeras más allá de la realización de las pruebas. Con nuestro trabajo no sólo se hace un primer cribado donde detectar o definir los pacientes con apnea obstructiva respiratoria», cuentan. «Es una oportunidad para aprender a trabajar de otra manera, para fomentar las capacidades de las familias o de los padres (cuando se trata de pacientes infantiles). Además, se consiguen reducir los ingresos hospitalarios y abaratar los costes».

## **Cifras que avalan su éxito**

El proyecto, que se gestó en 2021, consta de tres 'fases'. En la primera visita, las enfermeras se dedican a proporcionar a las familias toda la información necesaria sobre la prueba de la apnea del sueño y su manejo en casa. Este enfoque meticuloso no solo garantiza la comprensión del procedimiento, sino que también aumenta significativamente la adherencia de los pacientes a la prueba. «Se les hace una valoración inicial y se les da todo tipo de información -verbal y escrita- sobre en qué consiste la prueba: el manejo del kit de la poligrafía respiratoria domiciliar, de los



▲ Kit que las enfermeras entregan a los pacientes para la prueba

sensores, del cableado y de las alertas o de señales luminosas que puede tener. Este kit se lo llevan al domicilio y, al día siguiente, lo devuelven». En esa segunda visita de 'retorno', «las enfermeras valoramos si el registro ha sido válido y hacemos un feedback con la familia». El resultado de la prueba y valoración enfermera se remiten al otorrinolaringólogo, «quién establecerá el diagnóstico y definirá qué tipo de tratamiento será necesario y si el paciente requiere intervención quirúrgica o no». Después, se realiza una tercera visita posquirúrgica «pasados seis meses, cuando el paciente ha sido diagnosticado o intervenido -si es su caso- para hacer un seguimiento».

Este 'modus operandi' lo han desarrollado ya con cerca de 900 pacientes (una media de cuatro al día), y un nivel de adherencia del 80%. Cifras que avalan su éxito y tras las que se esconde un ingrediente nada misterioso, aunque poco utilizado: «nuestra baza es que en nuestra consulta no hay prisa, no hay premura; se hace todo en los tiempos que el paciente va requiriendo».

La inquietud que generaban las listas de espera fue lo que motivó a este equipo de enfermeras a ponerse en acción. «Eran pacientes que se demoraban casi un año para ser intervenidos, por ejemplo, de una amigdalectomía». Su afán no era «restar pacientes» a ningún servicio, sino agilizar los tiempos y descongestionar el sistema. «Tuvimos una reunión multidisciplinar con los servicios implicados para explicarles nuestra intención», detallan, y el resultado -a la vista está- fue positivo. «Todo el circuito queda dentro de 'casa'. Tratamos con pacientes atendidos en el Servicio de Otorrinolaringología en los que se trata de hacer un cribado para ver si la apnea es obstructiva o es central. Si es obstructiva, sigue con nosotros. Si la apnea no fuera obstructiva, se deriva a otro tipo de especialidades, bien neurofisiología, pediatría o neumología».



# Cuentos para dormir más que nunca

Este equipo ha conseguido instaurar y priorizar un ambiente acogedor y amable en su consulta, especialmente pensado para los niños que necesitan someterse a la prueba. Tanto es así que han creado un cuento como herramienta didáctica para poder explicar el proceso de una manera sencilla para que los pequeños puedan entenderlo y sentirse cómodos. «No solo reduce el miedo y la ansiedad en los niños, sino que también promueve una experiencia positiva para toda la familia», matizan. ‘El sueño del astronauta Prim’ narra la historia de un astronauta que tiene una ‘máquina del sueño’ y que la envía a la Tierra para ver cómo sueñan los niños terrícolas, y explica que el cableado rojo, negro y blanco guarda un «paralelismo con los planetas y los satélites del Espacio». «Además, proporcionamos unas láminas de dibujo que los niños nos colorean y nos traen. Ellos vienen contentos a consulta y a nosotras nos encanta definirnos como ‘las enfermeras de los sueños’. Así es como nos presentamos cuando los conocemos».

La consulta de Apnea del Sueño no solo ha sido bien recibida por los pacientes y sus familias, sino también por los propios colegas de profesión. El proyecto ha recibido premios por su excelencia en la adherencia al tratamiento y ha sido numerosas veces elogiado en congresos nacionales de enfermería por su enfoque centrado en el paciente. Con su dedicación, nuestras entrevistadas vuelven a poner sobre la mesa que el cuidado de la salud va más allá de un diagnóstico; se trata de brindar apoyo, comprensión y esperanza. «La parte positiva de no haber tenido dónde reflejarnos, porque no había otra consulta igual, es que la hemos ido diseñando y modulando con nuestro sello de identidad», apuntan.

Consideran que su consulta es, en pocas palabras, «una oportunidad para innovar y humanizar los cuidados desde una forma mucho más amable y con una visión fundamentalmente enfermera». Y esto es solo el principio. «La patología del sueño es un área que tiene un campo de actuación enorme y queda mucho por hacer», y una de ellas apostilla: «si quieren contar conmigo, yo me quedo para siempre». ■



«Hemos creado un cuento para poder explicar el proceso de una manera sencilla para que los pequeños puedan entenderlo y sentirse cómodos. No solo reduce el miedo y la ansiedad en los niños, sino que también promueve una experiencia positiva para toda la familia»

▲ Las tres enfermeras que conforman la consulta de Apnea del Sueño  
A raíz del cuento, las enfermeras han diseñado un concurso de dibujo para los más pequeños ▶



«La parte positiva de no haber tenido dónde reflejarnos, porque no había otra consulta igual, es que la hemos ido diseñando y modulando con nuestro sello de identidad»



**Olga Artiñano**

# El encuentro entre mundos paralelos

Texto: **Amanda Avilés Cabanillas**

Enfermera de emergencias y campeona del mundo en Sokatira. Después de 30 años, compagina el cuidado con el deporte rural y se enorgullece de lo que le aportan ambas pasiones. Su mayor secreto, la disciplina.

**N**o hay un truco de magia, ni rituales secretos que realizar para conseguirlo. Que Olga Artiñano haya llegado a ser Campeona del Mundo en Sokatira compatibilizando su profesión enfermera (primero, en pediatría; después, en emergencias), incluyendo la docencia, y que, ahora, se dedique a

competir y hacer exhibiciones de deporte rural junto a su equipo, Urtza HKT, no es gracias a las diosas. Es, simplemente, porque ha seguido un método: no procrastinar, organizar cada minuto de su semana y ser disciplinada.

Un esfuerzo que no todos creemos -o queremos, quizá- poder hacer. Ella misma se quita mérito, porque considera que no hace «nada extraordinario». Sin embargo, cuando el equipo de Enfermería en Desarrollo visitamos su caserío en Llodio, un municipio a 20 minutos de Bilbao, pudimos darnos cuenta de que sí lo es. Aunque no sea magia, sí es impresionante.

El deporte rural, nos explica, «incluye muchas disciplinas». Una de ellas, y en la que está más enfocada, es la modalidad de *Tronza*. Con su equipo, intenta

«coincidir, al menos, una vez a la semana para entrenar todos juntos».

Corte de tronco

en vertical y horizontal (*Tronza*, en euskera), arrastre de piedra, levantamiento de peso (*Harrijasotze*, en euskera)... un circuito que no deja tregua y que supone una implicación considerable. «El mejor entrenamiento es subir el monte y luego bajarlo», bromea Olga. Su sentido del humor es elocuente, perspicaz y, además, sin ninguna intención -lo cual consigue que sea aún más desternillante-. «Es un trabajo de todos los días. Aunque nos juntamos en grupo, cada uno tiene su entrenamiento individual». Coincidir es complicado; como Olga, el resto compagina su pasión deportiva con su profesión.

Mientras nos enseña su caserío, con caballos, perros y un gato cariñosísimo, ahondamos en el mérito que tiene llevar una vida como la suya. «La organización es una cosa muy de enfermeras. Cuanto más organizada y más *txukuna* (cuidadosa, en castellano) seas, mejor». Por supuesto, «también es muy importante tener un buen apoyo logístico».

## Ganar en todo

Trabajó sus primeros cuatro años en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid, alejándose de esa naturaleza que forma parte de su ser. Era cuestión de tiempo que volviese al norte. Lo hizo para trabajar en la Unidad Neonatal del Hospital de Cruces (*Barakaldo*), donde cursó la especialidad de pediatría y estuvo 14 años. Después, quiso convertirse en enfermera de emergencias de *Osakidetza* (en la UVI móvil terrestre y en el helicóptero), su actual puesto. Mientras todo eso llegó a ocurrir, entrenaba cada día valiéndose de ese apoyo. «Primero, de mis hermanas y de mi madre, y luego de mi marido. Yo no me puedo marchar 10

días a Sudáfrica si no tengo un marido que me dice *vete y yo me cojo las vacaciones para estar con nuestros hijos*. Eso ha sido vital». Por supuesto, también el de sus compañeras. «Me han ayudado muchísimo con los turnos y nunca me han pedido nada a cambio».

Olga no es una persona de medias tintas. Se retrotrae a su cambio de especialidad. «Cuando empecé en la emergencia, la decisión fue porque no estaba dando todo lo que yo creía que tenía que dar de mí. No me sentía con las ganas y la ilusión con las que yo había empezado. Me dije: «es el momento de cambiar».

Con la Sokatira, logró dos oros en el Mundial de China. También fue al Mundial de Sudáfrica en septiembre de 2018 y el que acogió Getxo en 2021. Durante tres décadas estuvo dedicada en cuerpo y alma a ese deporte. Sin embargo, con el tiempo, comprendió que había cumplido un ciclo que debía cerrar. Hace un año, ese palmarés se convirtió en una -preciosa- muesca en su historia, aunque ese deporte forma y siempre formará parte de su ser.

Más allá de la gestión del tiempo, también hace malabares con los números. «En la mayoría de las ocasiones, las exhibiciones del deporte rural son a fondo perdido, aunque te aporten visibilidad», sin contar el material que necesitan para entrenar. «En el corte de tronco, la madera con la que entrenamos es la de pino porque es más barata y es más fácil de conseguir, pero se tiene que cortar madera de haya, que es bastante más cara». El lado positivo es que todo se aprovecha. «El resultado del entrenamiento nos sirve para madera de la chimenea, o por si algún abuelito o vecino cercano no tiene».





### Un mismo objetivo

A Olga no le sorprende nada de lo que cuenta porque encuentra un paralelismo evidente entre su faceta enfermera y su faceta deportiva. «Aquí, conocemos las fortalezas y debilidades de cada uno, y las salvamos para ir todos a una. En la enfermería es igual. Aquí, nuestro objetivo común es ganar los campeonatos y, allí, nuestro objetivo es llevar al paciente en las mejores condiciones de salud al hospital de referencia que le corresponda». Así de sencillo.

Desde el caserío, nos vigilan Goikogane Kamaraka, Ganekogorta, Untzuetta y, al fondo, Gorbea, los montes de Santa Marina. En medio de esa paz, hablamos de prejuicios. Pese a la percepción casi generalizada de que el deporte rural es 'a lo bruto', Olga insiste en que conlleva trabajo y, especialmente, técnica. Su sentido del humor vuelve a aflorar. «No es un: «aquí tengo una piedra. Dámela, que te la lanzo encima»». Sobre todo, para evitar lesiones. «No llevamos protección en casi ninguno de los deportes que componen el circuito. Solo la espalda, cuando arrastramos la piedra, pero poco más». Eso supone un riesgo que se solventa -todo lo posible- con conocimiento, aunque confiesa que en más de una ocasión ha sobrepasado sus propios límites. «En las modalidades que se compite de manera individual sí que he llegado a forzarme mucho. Siempre piensas que puedes hacer una vuelta más». De nuevo, esa autoexigencia que va en su ADN.

Es inquieta, pero transmite calma. Y las personas a las que atiende lo perciben, especialmente cuando le toca trabajar 'en el aire'. «Siempre les digo «estoy aquí, te estoy viendo», y normalmente acabamos dándonos la mano. Me centro tanto en la persona que me olvido del paisaje, me da lo mismo. Ya puede estar pasando la mayor maravilla del mundo que cuando llevo un paciente, estoy con el paciente». Se define, muy acertadamente, «apasionada» de su profesión. Es realista, «nadie vive del aire», pero considera que esa parte vocacional «es importantísima, porque te hace progresar».

Lo ha demostrado, no le dan miedo los cambios. Ve un mapa inabarcable en su profesión, y quiere explorarlo. «Lo vivo tanto, y me da tanto... pienso que la enfermería no acaba nunca». ■

*«Soy una mujer que lucha por ganar en todo, siempre. No sé si es bueno o malo. En la enfermería también me pasa, quiero dar de mí lo mejor»*





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

# Diagnóstico de enfermería

## ARTÍCULOS METODOLOGÍA ENFERMERA

Historial de fichas de diagnóstico de enfermería:

- Concepto de diagnóstico de enfermería (I).
- Definición del diagnóstico de enfermería (II).
- Descripción y características del diagnóstico de enfermería (III).
- Descripción y características del diagnóstico de enfermería (IV).
- Otras características del diagnóstico de enfermería (V).
- Clasificación de los diagnósticos de enfermería. (VI).
- Taxonomías diagnósticas I (VII).
- Taxonomías diagnósticas. Nivel II (VIII)
- Taxonomías diagnósticas. Nivel III (IX)
- Tipos de diagnósticos de enfermería. (X).

### XI. Diagnósticos de enfermería como FASE del proceso general de cuidados

En el anterior capítulo se expusieron los diferentes tipos de diagnósticos de enfermería existentes en base a dos de los enfoques más relevantes, como son el estado o la situación en la que encuentra el problema de cuidados que describe el diagnóstico, y el foco principal de atención en el que se centra la atención del diagnóstico.

- En base al **estado o situación del problema de cuidados**, existen diagnóstico de enfermería focalizados en el problema, diagnóstico de enfermería de riesgo, diagnóstico de enfermería de promoción de la salud y diagnósticos de enfermería de síndrome.
- En base al **foco de atención del diagnóstico**, existen diagnósticos de enfermería individuales, diagnósticos de enfermería familiares y diagnósticos de enfermería comunitarios.

Pero existe un tercer enfoque relevante a la hora de analizar los diagnósticos de enfermería, este tercer enfoque es el basado en la frecuencia de utilización del diagnóstico de enfermería en las diferentes áreas de práctica avanzada.

- En base a la **frecuencia en su utilización** es posible definir la existencia de diagnóstico de enfermería centrales, definidos como aquellos diagnósticos de especial relevancia y utilización en la práctica enfermera habitual de determinadas áreas de práctica avanzada.

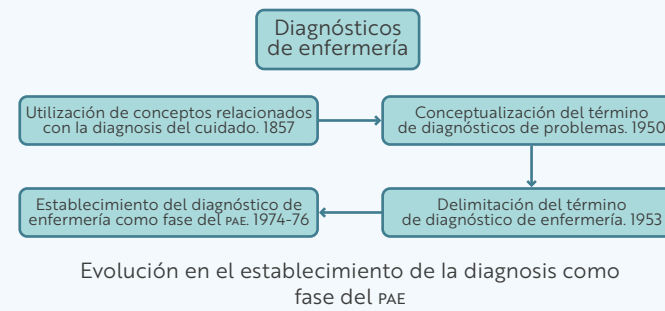
En la actualidad es posible definir la existencia de estos diagnósticos en base a los trabajos de campo realizados por las taxonomías nic y noc para determinar las intervenciones enfermeras centrales y los resultados de enfermería centrales de las diferentes áreas de práctica avanzada, y las relaciones establecidas entre las intervenciones y los resultados de enfermería y los diagnósticos de enfermería.

Una vez completada la revisión de los elementos básicos del diagnóstico de enfermería enfocado de manera aislado e independiente, es posible abordar su funcionalidad en integración con otros elementos metodológicos del proceso de atención a los cuidados de enfermería.

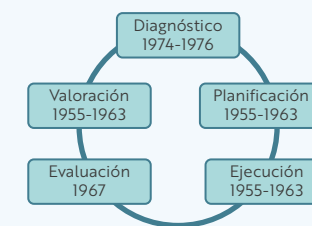
### Diagnóstico de enfermería. Fase del proceso general de cuidados

La conceptualización, definición y desarrollo del término de diagnóstico de enfermería ha sufrido una larga evolución a lo largo del tiempo, pasando por diversas etapas fruto de su análisis y experimentación, y que ha permitido que entre 1974-1976 pudiera ser establecida como fase dentro del proceso general de cuidados, posibilitando su posterior desarrollo como proceso independiente.

Entre las principales etapas de su evolución, se pueden destacar las siguientes:

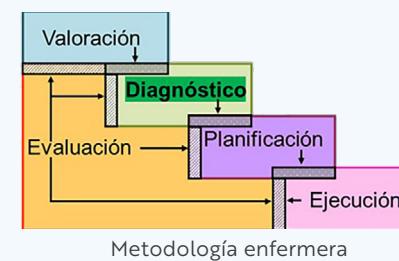


La inclusión e interrelación de la fase diagnóstica con el resto de las fases ya existentes en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) vino a completar su desarrollo, permitiendo conseguir el establecimiento del PAE como un ciclo de calidad completo de 5 fases:



Ciclo completo de calidad del PAE

La posterior integración de las 5 fases del ciclo de calidad completo del PAE, dio lugar al nacimiento de la metodología enfermera:



Metodología enfermera

Por tanto, el diagnóstico de enfermería es una **fase de la metodología enfermera**, ocupando en concreto la segunda de las fases definidas en el actual proceso general de atención de enfermería.

Constituye la fase que precisa de una mayor elaboración conceptual en su diseño, comprensión y utilización, motivo por el cual fue la última en desarrollarse sobre la base de la existencia de los desarrollos previos del resto de las fases.

Representa el **eje principal de la metodología enfermera**, alrededor de la cual giran, de manera directa o indirecta todas las actuaciones que se planifican y desarrollan en el resto de las fases del proceso general.

En este sentido, destaca la íntima relación y dependencia existente con la fase de valoración, primera de las fases establecidas en el proceso general de atención de enfermería y verdadero pilar sobre el que se sustenta la labor profesional de la enfermera. El diagnóstico comparte con la valoración la etapa de «Detección de problema de cuidados» del proceso general de atención de enfermería:

PROCESO GENERAL DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA				
1ª Etapa: Detección de problemas de cuidados		2ª Etapa: Tratamiento de los problemas de cuidados		3ª Etapa: Evaluación
1ª Fase Valoración	2ª Fase Diagnóstico	3ª Fase Planificación	4ª Fase Ejecución	5ª Fase Evaluación

Etapas y fases del proceso general de atención de enfermería

La fase diagnóstica del proceso general de cuidados se desarrolla a continuación, y sin solución de continuidad, de la fase de valoración, con la que está íntima y directamente relacionada, completando entre ambas la primera etapa del proceso general de cuidados de Atención de Enfermería.

PROCESO GENERAL DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
1ª Etapa Detección de problemas de cuidados	
1ª Fase Valoración	2ª Fase Diagnóstico

Fases de la primera etapa del proceso general de atención de enfermería

En esta fase, la enfermera profundiza en el análisis de la información sanitaria recopilada en la fase de valoración, hasta que sea capaz de confirmar la existencia de una situación que requiera la aplicación de cuidados profesionales, consiguiendo definir de manera concreta el problema de cuidados detectado mediante un diagnóstico de enfermería que defina el cuadro clínico.



## HERRAMIENTAS Y TÉCNICAS SANITARIAS PARA LA VALORACIÓN ENFERMERA

Ficha de valoración enfermera nº 14

# DISNEA

## Parte IV

Historial de fichas de valoración enfermera publicadas:

- Ficha 1. Agudeza auditiva.
- Ficha 2. Agudeza visual (I y II).
- Ficha 3. Desarrollo ponderal.
- Ficha 4. Peso corporal.
- Ficha 5. Estado ponderal (I y II).
- Ficha 6. Visión cromática.
- Ficha 7. Visión estereoscópica (I y II).
- Ficha 8. Alineación ocular.
- Ficha 9. Campo visual.
- Ficha 10. Estatura (I y II).
- Ficha 11. Estado nutricional (I, II, III, IV y V).
- Ficha 12. Coordinación motriz.
- Ficha 13. Desarrollo estatural.
- Ficha nº 14. Disnea (I, II y III).

### •Herramientas y técnicas sanitarias.

2. Escalas multidimensionales: En capítulos anteriores se han abordado escalas unidimensionales de valoración de la disnea, es decir, herramientas sanitarias que permiten valorar exclusivamente la magnitud que es capaz de provocar la aparición de disnea, por ejemplo, caminar, subir o bajar escaleras, ... En este capítulo se van a abordar escalas multidimensionales de valoración de la disnea.

Las escalas multidimensionales de la disnea nacen con el objetivo de ampliar y completar la información que aportan las escalas unidimensionales de valoración de la disnea. Mientras que las escalas unidimensionales aportan información exclusivamente de la magnitud de la tarea que es capaz de provocar disnea, las escalas multidimensionales, además de aportar esta información, aportan también información relacionada con dos aspectos nuevos relevantes:

- La magnitud o cuantía del esfuerzo.
- El deterioro o la alteración funcional que comporta ante la realización de diferentes actividades de la vida diaria.

Dentro de este tipo de escalas figuran las siguientes:

#### a) Índice de disnea basal (bdi) de Mahler.

- **Descripción.** Se trata de una escala multidimensional de valoración de la disnea que permite determinar la disnea basal en base a tres componentes:

1. La dificultad o magnitud de la tarea: En este sentido, las cataloga como actividades ligeras, actividades moderadas, actividades fuertes o reposo.
2. La intensidad del esfuerzo de la tarea: Para ello tiene en cuenta no sólo la propia intensidad de la tarea, sino también el tiempo que requiere la realización de la actividad.
3. El deterioro o incapacidad funcional que produce la tarea: Tiene en cuenta el deterioro que produce en el trabajo y/o en las actividades habituales de la vida diaria.

Entre las fortalezas de esta escala figuran las características de poseer de validez, reproducibilidad y no ser de difícil aplicación. Entre sus debilidades figura la característica de precisar de mayor tiempo para su implementación que otras escalas de valoración de la disnea.

En concreto, precisa de más tiempo que la escala modificada disnea mrc (Medical Research Council), por lo que es más utilizada en programas de rehabilitación pulmonar o en proyectos de investigación que en la práctica clínica habitual.

- **Técnica de realización:** Esta escala se implementa a través de una entrevista estructurada, mediante la realización de preguntas abiertas y respuestas cerradas para cada uno de los componentes a valorar.

En cada uno de los apartados se valoran los tres componentes (dificultad o magnitud de la tarea, intensidad del esfuerzo de la tarea y deterioro o incapacidad funcional que produce la tarea) mediante una escala de 5 grados, que va del 0 (nula) al 4 (muy intensa). Por tanto, la suma total de la puntuación de cada apartado oscila entre 0 y 12, considerándose generalmente como significativas las variaciones de 1 punto.

Valoración de cada uno de los tres componentes:

- El componente referido a la dificultad o magnitud de la tarea, valora la capacidad de esfuerzo de la persona. El grado 0 significa la aparición de disnea en reposo y el grado 4 indica la aparición de disnea en estadio máximo, es decir, que el paciente

siente disnea ante la realización de actividades extraordinarias como cargar pesos muy grandes, pesos ligeros cuesta arriba, o correr, pero no ante la realización de tareas corrientes.

- El componente referido a la intensidad del esfuerzo de la tarea, valora la capacidad de la persona de desarrollar tareas. El grado 0 indica que la persona no puede realizar ningún tipo de esfuerzo ya que le falta aire implemente en reposo, sentado o descansando. En el grado 4, la persona puede realizar esfuerzos extraordinarios, ya que sólo le falta aire ante el mayor esfuerzo imaginable.

- En el componente referido al deterioro o incapacidad funcional que produce la tarea, se valora la afectación funcional de la persona. El estadio 0 significa alteración muy grave. La persona es incapaz de trabajar y ha abandonado la mayoría de las actividades habituales debido a la falta de aire.

El estadio 4, la persona no presenta ninguna alteración, es capaz de realizar las actividades habituales y trabajar sin percibir falta de aire. Esta escala permite también recoger la posibilidad de respuestas no cuantificables, ya sea por información incierta, desconocida o debida a comorbilidad.

- **Interpretación de resultados:** En general, cuanto menor es la puntuación obtenida en la valoración de cada componente, mayor es la gravedad de la disnea en la persona.

La valoración del resultado obtenido en cada uno de los componentes valorados es la siguiente:

- Estadio 4: Ninguna disnea muy grave.
- Estadio 3: Disnea leve.
- Estadio 2: Disnea moderada.
- Estadio 1: Disnea grave.
- Estadio 0: Disnea muy grave.

Índice de disnea basal (BDI) de Mahler			
VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL DE LA DISNEA			
Fecha: _____		Nombre: _____	
Resultado final de la prueba: _____			
<b>Actuación:</b> Determinar el nivel de la persona en cada uno de los componentes valorados.			
<b>Instrucciones:</b> Formular y aclarar las preguntas de cada área para que la persona concrete su situación, registrando la puntuación correspondiente.			
Area	Nivel	Grado de disnea	Puntuación
MAGNITUD DE LA TAREA. CAPACIDAD DE ESFUERZO	4	<b>Extraordinario.</b> Aparece ahogo sólo al llevar a cabo el mayor esfuerzo posible.	
	3	<b>Mayor.</b> Aparece ahogo al llevar a cabo esfuerzos submáximos. Los esfuerzos se realizan sin pausa, a menos que sea un esfuerzo extraordinario que puede realizarse, pero con pausas.	
	2	<b>Moderado.</b> Nota ahogo con esfuerzos moderados. La realización de trabajos requiere pausas y más tiempo que la media.	
	1	<b>Ligero:</b> Aparece ahogo al realizar pequeños esfuerzos. Se llevan a cabo tareas que requieren pequeños esfuerzos o trabajos más pesados con frecuentes pausas y en más tiempo que la media.	
	0	<b>No esfuerzos:</b> Aparece ahogo en reposo, sentado o acostado.	
INTENSIDAD DEL ESFUERZO. CAPACIDAD DE TAREAS	4	<b>Extraordinario.</b> Aparece ahogo solo al realizar actividades extraordinarias, tales como transportar cargas muy pesadas por terreno llano o ligeras subiendo una cuesta o corriendo.	
	3	<b>Mayor.</b> Sufre ahogo al subir una cuesta empinada, subir más de tres pisos de escaleras o al transportar un peso moderado por terreno llano.	
	2	<b>Moderado.</b> Aparece ahogo al realizar un trabajo mediano o moderado, como subir una cuesta discreta, subir menos de 3 pisos o transportar un peso ligero en terreno llano.	
	1	<b>Ligero:</b> Aparece sensación de ahogo al desarrollar actividades ligeras como caminar en terreno llano, asearse o estar en pie.	
	0	<b>No esfuerzos:</b> Aparece ahogo en reposo, sentado o en la cama.	
DETERIORO FUNCIONAL. AFECTACIÓN FUNCIONAL	4	<b>Sin alteración.</b> Es capaz de realizar las actividades y ocupaciones sin dificultad respiratoria.	
	3	<b>Afectación ligera.</b> Está afectada al menos una actividad, aunque no están completamente abandonadas.	
	2	<b>Afectación moderada.</b> El paciente ha cambiado su trabajo y/o abandonado al menos una actividad corriente debido al ahogo.	
	1	<b>Afectación severa.</b> Es incapaz de trabajar o ha renunciado a la mayoría de las actividades diarias por ahogo.	
	0	<b>Afectación muy severa.</b> Es incapaz de trabajar y ha renunciado a la mayoría de las actividades diarias por ahogo.	
<b>- RESULTADO GLOBAL:</b>			



## El paciente mayor

# Una voz silenciada



Texto: **Amanda Avilés Cabanillas**

Miriam Vázquez Campo, enfermera y doctora en Psicología, es una de las fundadoras del Observatorio contra la Discriminación del Mayor en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. Hablamos con ella para conocer los proyectos que todo el equipo desarrolla con la misión de instaurar un trato más justo para quienes llegan a la etapa final de sus vidas.

**In**visibles. Como si, al mirarlos, en realidad, nadie viera nada. Sin voz. Así es como puede llegar a sentirse la vejez, también cuando se trata de la atención al paciente. «Todos hemos acompañado a un familiar mayor en un hospital y hemos observado que no se dirigen a él, sino a nosotros, solo porque somos más jóvenes». Lo cuenta Miriam Vázquez Campo, enfer-

mera y doctora en psicología, creadora del Observatorio Contra la Discriminación del Mayor en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, pero podría contarlo cualquiera. La realidad es esa: existe una clara tendencia a desacreditar las capacidades de las personas mayores solo por el hecho de serlo.

Por eso, ella y el equipo del Observatorio (compuesto inicialmente por ella, la psicóloga Yolanda Maroño y el médico internista Yago Mouriño) han decidido prestar su voz a los mayores para que se les siga escuchando con la intención de que haya un cambio en la imagen negativa que, socialmente, percibimos del envejecimiento. Imagen que, consecuentemente, se refleja en cómo los profesionales sanitarios atienden a este perfil poblacional. Ahora, el Observatorio también cuenta con Belén Piñeiro (trabajadora social), Carlos Bermelllo (periodista), Rebeca Gómez (enfermera), Ana Gómez (enfermera), el equipo de Radio Voz y el grupo de Teatro para Mayores «Aturuxo», de Ourense. «Hemos ido creciendo», dice orgullosa, aunque es consciente de que queda gran camino por recorrer.

«Hay una tendencia enorme a infantilizar a las personas mayores, muchísimo paternalismo, una muestra excesiva de cariño plagado de diminutivos y un trato con demasiada confianza, algo muy común en el contexto sanitario. Y lo peor es que es un lenguaje que ya sale de manera natural. La discriminación es tan sutil y la tenemos tan interiorizada que va a costar tiempo cambiarlo».

### La raíz del problema

Ante este ‘mapa’ de situación, y para elaborar una buena estrategia de acción, «hicimos un estudio de investigación en nuestro hospital, con una escala validada que mide el nivel de creencias estereotipadas hacia las personas mayores». La muestra, que englobaba a cerca de 400 profesionales, arrojó resultados preocupantes. «Indicaban que los sanitarios poseen muchas creencias estereotipadas y que, sobre todo, este nivel de creencias es más elevado cuando el profesional es más joven».

En ese momento, comprendieron la importancia de abordar el problema desde la formación. «Contamos con la colaboración de la UNED e hicimos un curso a nivel nacional vía online dirigido a profesionales sanitarios y sociosanitarios». También contaron con colaboración de la Subdirección de Humanización del Sergas y la Agencia Gallega de Conocimiento en Salud (ACIS). «Desde entonces (2020), hacemos dos cursos anuales sobre la prevención del maltrato al adulto mayor». Además, desde hace dos años, en la Facultad de Enfermería, «estamos abordando dentro de los seminarios de psicología el tema del edadismo, que antes no se incluía dentro del programa formativo, y el alumnado queda muy sorprendido».



## Consecuencias en la salud

Son términos duros, pero Miriam apoya sus palabras en que, si persisten estas actuaciones por parte de los profesionales sanitarios, «se continuará disminuyendo la autoestima de los mayores, creyéndose personas menos válidas. Esto está asociado a depresión, ansiedad, soledad... lo que, a su vez, deriva en menor actividad, conductas o hábitos más insanos y un consecuente aumento de la morbi-mortalidad». El término se conoce como la «profecía autocumplida: se creen lo que la sociedad cree de ellos».

Miriam incide además en que, más allá de las consecuencias psicológicas, hay sendos estudios

anglosajones que revelan que no se trata igual ante la misma patología o el mismo diagnóstico a una persona mayor que a una persona joven. «En tratamientos oncológicos, reciben terapias distintas, tienen menos posibilidad de ingresar en una UCI, de recibir un trasplante... En tratamientos ante un infarto agudo de miocardio o de patología cardíaca tienen menos posibilidad

de recibir algunos fármacos», detalla, y recuerda a los y las profesionales que la edad no tiene que ser un criterio clínico. «Podemos tener una persona de 90 años totalmente autónoma, y una persona de 50 años que sea totalmente dependiente. Estas decisiones clínicas tienen que ir asociadas a otros múltiples factores, y no solo ser una cuestión de edad».

Miriam es consciente de que el Observatorio acaba de nacer y que eso conlleva que «aún no veamos cambios cualitativos en el ámbito de la enfermería», pero cree firmemente que «esto va a ser beneficioso porque los alumnos que vayan saliendo irán contagiando al resto, y en unos años, seguro, podremos ver resultados reales».

El proyecto ha ido cubriendo el ‘primer frente’, sensibilizando y formando a los profesionales desde sus primeros contactos con el paciente, pero no ha olvidado que sigue habiendo grietas en un contexto social muy amplio. Prueba de ello es ‘La rebelión de las canas’, un programa de radio creado desde el Observatorio y que emiten en ‘Radio Voz’, perteneciente a ‘La voz de Galicia’. «Pensamos... ¿cuál es la forma más intergeneracional de conectar con la población? La radio. Así que ahí fuimos. Conseguimos que nos dejaran un espacio de media hora cada dos semanas. Cada episodio es una pildorita para concienciar a la ciudadanía».

---

*«Hicimos un estudio de investigación en nuestro hospital (...) y los resultados indicaban que los sanitarios tienen muchas creencias estereotipadas y que, sobre todo, estas creencias crecen cuando el profesional es más joven»*

---

A ello, se suman más iniciativas intergeneracionales, como un concurso de dibujo dirigido a escolares de Educación Primaria que llevaron a cabo el curso pasado. «A futuro, tenemos pensado seguir con los cursos, seguir con el programa de radio, exposiciones... Este año, queremos hacer un concurso de fotografía para adolescentes. Tenemos muchas ideas, pero a

veces no son factibles por falta de recursos y tiempo». Un tiempo que, cabe destacar, le ‘roban’ a su vida personal, ya que lo desarrollan fuera de su jornada laboral. «Nuestra Gerencia, nuestra Dirección de Enfermería y el Área siempre nos apoyan y nos dan facilidad, pero, al final, muchas cosas las tenemos que hacer fuera: reuniones, redactar proyectos, etc. Invertimos muchas horas». Un esfuerzo que, sin embargo, Miriam asegura que le compensa. Quiere seguir haciendo el ruido que los mayores, a veces, no pueden. «Te llevas lecciones de vida, te enriquece como persona y como profesional, te llena muchísimo... y conoces a gente con unas tremendas ganas de vivir».

---

**«Podemos tener una persona de 90 años totalmente autónoma, y una persona de 50 años que sea totalmente dependiente. Las decisiones clínicas tienen que ir asociadas a otros múltiples factores que no son la edad»**

---





El Sello ED certifica,  
de nuevo

# La excelencia en Euskadi



Texto: Redacción

El equipo de Dirección de Enfermería del Hospital Santa Marina de Bilbao es el segundo galardonado en el País Vasco con el distintivo que otorga esta revista

**E**xcelencia, unidad y equipo caracterizaron el encuentro del pasado martes 12 de marzo en el Auditorio Mitxelena del Bizkaia Aretoa -UPV/EHU, donde se homenajeó a los profesionales que conforman la Dirección de Enfermería del Hospital Santa Marina de Bilbao.

Sus integrantes hicieron gala de su compromiso y vocación por los cuidados, unos valores que les han llevado a obtener el Sello ED a los equipos Excelentes que entrega la revista Enfermería en Desarrollo. Se trata de la segunda unidad en obtener el distintivo en el País Vasco y lo ha hecho en el máximo nivel de competencia: grado 3.

La directora de Enfermería en Desarrollo, Yolanda Núñez, inauguró el acto de entrega del galardón, donde explicó la filosofía del Sello ED y motivó a los asistentes a que analicen la gran importancia de los cuidados que prestan y se propongan materializarlo

con este distintivo. «Esto es un camino que avanza poco a poco. Hay que ser muy valiente para presentarse a este sello, porque se miran en el espejo, saben cómo están y eso les permite avanzar, con sus debilidades y sus fortalezas», acuñó en su discurso.

## Remar en la misma dirección

La directora de enfermería, Arantxa Picón, y el adjunto de dirección y responsable de I+D+i, Senda Ballesteros, fueron los principales protagonistas (en representación de todo el equipo de profesionales que conforman la Dirección de Enfermería) de un encuentro moderado por la redactora jefe de la revista, Amanda Avilés, en el que también participó una de las enfermeras auditoras del Sello ED, Inés Soto.

La emoción se pudo palpar durante la hora y media que duró la charla, especialmente con la proyección de un pequeño vídeo que aglutinaba parte del proceso de auditoría del Sello ED y que culminaba con las declaraciones de una paciente visiblemente agradecida por el trato recibido por parte del equipo galardonado. «Me cuidan, me dan de comer, me asean bien y me tratan con mucho cariño. Son unas personas maravillosas», decía, a sus 90 años. Un momento álgido que consiguió tornar vidriosos los ojos de Arantxa. «Día a día, trabajamos por y para estas personas. Es un orgullo escuchar algo así».

El proceso de auditoría del Sello ED a los Equipos Excelentes les ha permitido percatarse de «todo

aquello que hacemos bien, que es mucho», aseguraba Ballesteros. Tal y como han demostrado los resultados, entre sus fortalezas no solo está la solvencia con la que han pasado la auditoría, sino el compañerismo que les define. En este punto hizo hincapié Soto. «Algo que destaca de este equipo es su fortaleza y su unión. Reman todos en la misma dirección».

## Materialización del esfuerzo

Tras el coloquio, la secretaria general autonómica de SATSE Euskadi, Amaia Liaño, subió al escenario para hacer entrega del galardón. Para sorpresa de los asistentes, Picón pidió que fuese su gerente, Itziar Arechabaleta, quien subiese al escenario a recoger el distintivo y dedicase unas palabras al auditorio. «Como gestora y enfermera, he aprendido de equipos sólidos que me han ayudado a lo largo de mi carrera a captar lo mejor de las personas», aseveró.

Tras su intervención, la directora de la Escuela de Liderazgo de Fuden, Patricia Rebollo, reivindicó el compromiso de la organización con la excelencia y la visibilización de la enfermería, y consiguió transmitir la importancia de implementar nuevos liderazgos basados en la cooperación y el desarrollo mutuo.

La clausura corrió a cargo del viceconsejero de Salud del Gobierno Vasco, José Luis Quintas, quien mostró su orgullo «al contar con estos profesionales que hacen posible que la realidad asistencial en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud sea la que es». ■

«...Hay que ser muy valiente para presentarse a este sello. Son equipos que se miran en el espejo, y eso les permite avanzar, con sus debilidades y sus fortalezas»



▲ El equipo de dirección de enfermería del Hospital Santa Marina recoge el galardón de manos de Amaia Liaño, secretaria general autonómica de SATSE Euskadi



▲ El viceconsejero de Salud del Gobierno Vasco, José Luis Quintas, durante la clausura del acto



Entrevista a Antonia San Juan

# «El cine me ha dado más fama que trabajo»



Reconocida directora, guionista y actriz. Presentadora de la IV edición de los Premios Hygeia, Antonia San Juan repasa, junto a nosotros, su amplia carrera artística.

**T**res décadas de trayectoria a las espaldas. En su haber, papeles en películas tan aclamadas como 'Todo sobre mi madre', de Pedro Almodóvar. Agrado, su personaje, le permitió saltar a la fama internacional que, a su vez, le abrió camino para sus espectáculos unipersonales. Antonia San Juan se convierte en presentadora de la IV edición del Festival de Cortometrajes de Enfermería y Fisioterapia Premios Hygeia y, con la excusa, recorremos los pasillos del Cine Capitol para hablar de cine, de pasado, futuro y, sobre todo, presente.

Considera que la censura es, ahora, terrorífica, y que sentirse completamente independiente es una utopía. Subirse a un escenario es el sucedáneo más parecido que encuentra. «Mi teatro, el que yo escribo, me da casi toda la libertad que se puede tener. Lo que

yo digo ahí, no me lo dejarían decir ni en televisión ni en el cine». Sustenta sus palabras en el que considera «un sistema buenista y blanco que no nos deja cuestionar nada».

## Una fórmula de la que vive

De forma sencilla, se define como «una actriz de teatro que se inventó una fórmula de la que vive». «Evidentemente», matiza, «siempre hay cosas de tu personalidad que te sorprenden». Su mayor catarsis fue la pérdida. «No supe lo valiente que era hasta que mi padre y mi madre murieron. Ese fue un momento donde me sorprendió mi actitud». Considera que ha sabido controlar la fama «porque he tenido herramientas, como el psicoanálisis, que me han hecho

«Mi teatro, el que yo escribo, me da casi toda la libertad que se puede tener. Lo que yo digo ahí, no me lo dejarían decir ni en televisión ni en el cine». Sustenta sus palabras en el que considera «un sistema buenista y blanco que no nos deja cuestionar nada»

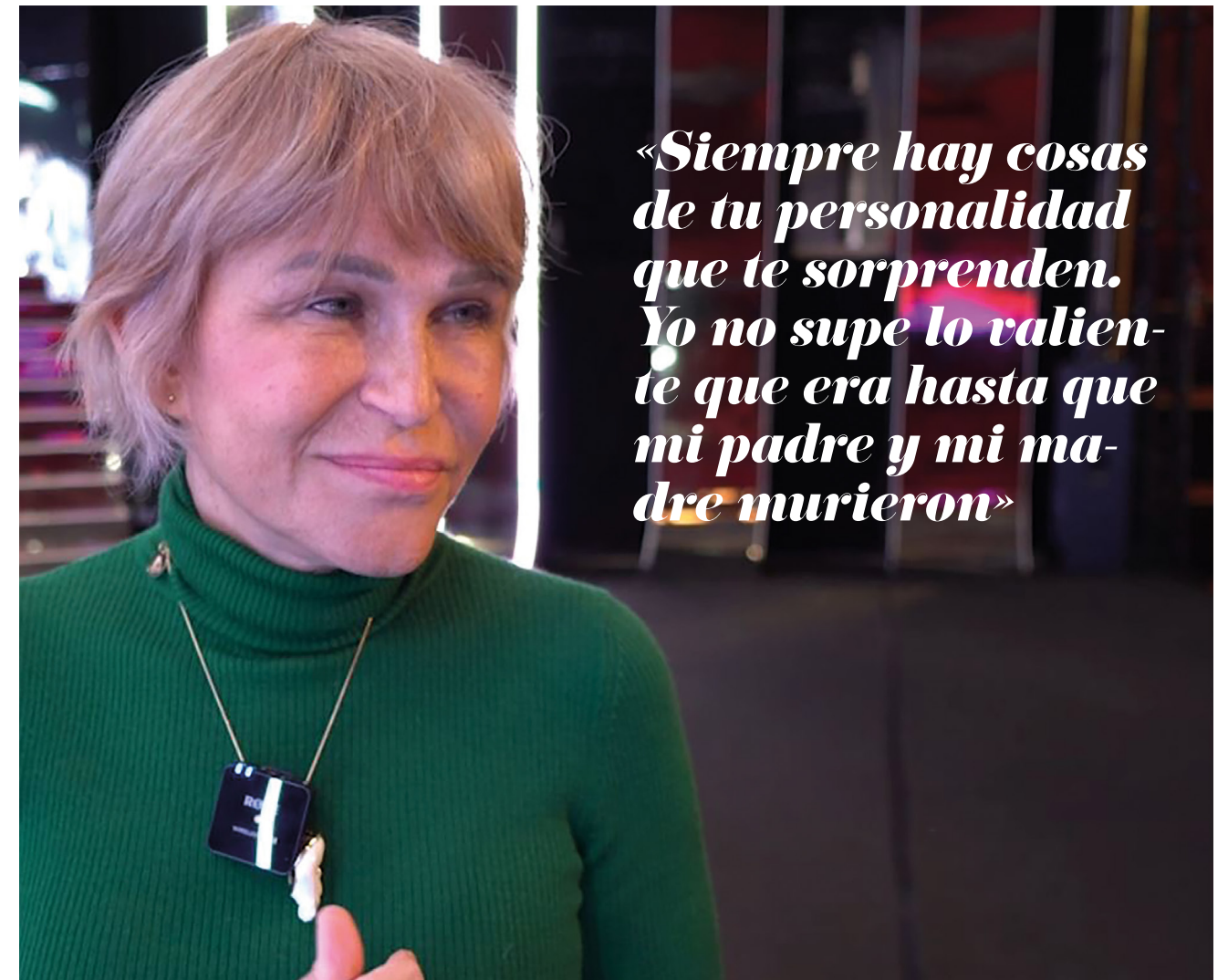
pisar tierra», aunque, de todos modos, distingue muy bien «entre fama y famoso». «Mi fama me la da mi trabajo, un esfuerzo diario y continuado. Soy bastante militar en ese sentido: escribo todos los días».

Si hablamos de otros personajes icónicos en su carrera, no podemos olvidar mencionar a Estela Reynolds, en 'La que se avecina', que ha contribuido a que sea una de las caras más queridas de la pequeña pantalla. Sin embargo, no ha logrado que la industria la encasille. Algo que cualquier compañero de profesión valoraría positivamente, pero ella no. «No he tenido esa suerte. Si la hubiera tenido, me habrían llamado para sucedáneos de Estela, y no ha sido así». Es muy consciente de que si no hubiera tenido «capacidad para escribir o elegir textos y hacer todo un circuito de teatro -dentro y fuera de España-», hoy en día «sería una olvidada». Porque el cine, dice, «me ha dado más fama que trabajo».

## «Quiéreme para casi siempre»

La palabra orgullosa no le va. Ser categórica, tampoco. «Me gustan mucho los 'casis'. Te quiero para siempre, mejor no; quiéreme para casi siempre, que con eso ya me vale». Se describe serena y, consecuentemente, feliz por haber alcanzado ese estado. Tenía 36 años cuando rodó con Almodóvar. Cuando lo hizo, aunque suponía lo que implicaba, no llegaba a imaginar el alcance. Ha sido una catapulta para otras cosas, pero, insiste, su vida está fundamentada en las tablas de un teatro.

Hemos recorrido casi todos los recovecos del Cine Capitol cuando llegamos al escenario, y subimos para hablar de futuro. Su respuesta es igual de enriquecedora que el resto de la charla. «Mi plan es vivir, que no es poco, e iremos viendo todo lo que vaya aconteciendo en el trayecto». ■



«Siempre hay cosas de tu personalidad que te sorprenden. Yo no supe lo valiente que era hasta que mi padre y mi madre murieron»



# Un escape room que teje lazos



Texto: **Amanda Avilés Cabanillas**

Diversión y aprendizaje pueden ir de la mano. Las enfermeras Marta Gil García y Pilar González Sánchez lo demuestran con su innovadora propuesta: un escape room cargado de fantasía para formar a un equipo multidisciplinar y fomentar el respeto y admiración entre compañeros.

**E**l Centro de Salud de El Casar (Guadalajara) fue su punto de unión. Marta era la R mayor de Pilar cuando la primera estaba en su último año de residencia. Un año y medio de trabajo conjunto haciendo la especialidad fue tiempo más que suficiente para que comprendieran que su visión de la enfermería era no solo compatible, sino complementaria. Un día al mes, dentro de la formación como EIR de Familia y Comunitaria, «tenemos lo que llamamos ‘viernes docente’. Nos reunimos y

hacemos sesiones para nosotros, intentando integrar al equipo de Atención Primaria médico-enfermera», cuentan. Es ahí donde vieron la posibilidad de plantear una transgresora idea de docencia: un escape room llamado ‘¿Pasaré Thor la ITV?’, haciendo un guiño a la saga Marvel y jugando con las siglas ITV-ITB (Índice Tobillo Brazo).

La propuesta convenció tanto a la Unidad Docente que consiguieron que el Centro de Salud Villanueva de Alcorcón (Guadalajara) sirviese, y sirva, como ‘escenario’. «Cierra esa mañana y redirige a los pacientes. Así, cada consulta es una estación del escape room». Reconocen que puede llevarse a cabo porque cuentan con la participación activa de médicos adjuntos que «consideran que es una buena forma de aprendizaje llevar la teoría al juego e implantar este tipo de dinámicas que buscan la mejora por y para el paciente». Es por eso que conlleva varias horas de trabajo. «Nos reunimos con nuestros compañeros de medicina para que ellos en sus estaciones tengan en cuenta a la enfermera no sólo como la enfermera técnica que va a coger la vía, va a poner la sonda, etcétera, sino en la valoración del paciente».

## De Marvel a J.K. Rowling

En ese primer escape room, «nosotras éramos Harley Quinn, y teníamos a Thor que se había descuidado un poco, se había golpeado la tibia y tenía una lesión. Los participantes, cuando entraban en la sala, tenían

que descifrar un jeroglífico en el que ponía la historia clínica de este paciente», narran. «A continuación, encontraban a Thor en la camilla, y tenían que explorar esa herida y hacer una valoración utilizando el triángulo de evaluación de las heridas: qué tiene en cuanto a bordes, el lecho de la herida, piel perilesional y demás».

Tal fue la acogida que, este 2024, repiten. Esta vez, enmarcando el escape room en una clase de herbología de Hogwarts, aludiendo a la aclamada obra de J. K. Rowling, ‘Harry Potter’. «Está enfocado en la fragilidad y el riesgo de caídas en las personas mayores. Ya lo tenemos prácticamente desarrollado», adelantan, confesando que, para ellas, es relativamente sencillo elucubrar todas las pruebas y desafíos. «Somos muy parecidas a la hora de trabajar y las ideas empiezan a surgir cuando estamos juntas. Sabiendo de qué vamos a hablar, vemos la película, cogemos detalles y empezamos a hilar».

## «Somos agentes activos»

Su intención con este proyecto es fomentar el trabajo de un equipo multidisciplinar y, también, romper barreras a la hora de enseñar. «En el centro de salud, tenemos esa facilidad de que todas las semanas hay reuniones en las que se fomentan sesiones clínicas sobre casos reales que hayan ocurrido, pero no deja de ser la formación típica de que una persona sale, expone y demás». El elemento diferenciador del escape room es, por ejemplo, la gestión del tiempo. «Tienen 20 minutos para salir desde el momento en el que los participantes entran en la sala. El juego es importante, pero no es el objetivo. Tienen que centrarse en el propósito de la estación».

Pese a que Marta, actualmente, trabaja en el Hospital de Guadalajara, tanto ella como Pilar tienen claro que quieren seguir adelante, aunque haya que cambiar turnos y hacer ‘encaje de bolillos’. «Ninguna de las dos quiere dejarlo. Las enfermeras somos agentes activos que podemos llevar a cabo proyectos y liderarlos con éxito. Queremos formar parte de esa motivación para las nuevas generaciones».■





**INSCRIPCIONES  
ABIERTAS.**

**10**

**¡Presenta tu trabajo!**

**PREMIOS ED**

**ed** ENFERMERÍA  
EN DESARROLLO

**fuden**