Enfermería Gaditana

REVISTA DEL EXCMO. COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE LA PROVINCIA DE CÁDIZ

AÑO VII Nº 21/2012

Los Colegiados aprueban por unanimidad los presupuestos para 2012

El Colegio de Enfermería de Cádiz el segundo más valorado de España

La salud mental de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en el punto de mira de las Matronas gaditanas

STAFF

EDITA
Excmo. Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Cádiz

DIRECTOR
Rafael Campos Arévalo

SUBDIRECTOR
Juan Luis García Arroyo

CONSEJO EDITORIAL
Susana Alba Chorat, Asunción Rubio Barranco, Antonio Moya Andrades, Carmen Rodríguez Arce, Victoria Valimaña Domínguez, José Luis Ramos Leiva, Ana Fuentes Castellano.

REDACCIÓN, DISEÑO Y MAQUETACIÓN
Inmaculada Martínez Aragón

REDACCIÓN
C/ José del Toro Nº 11
Tlf. 956 21 25 88
www.ocenf.org/cadiz
prensa@ duecadiz.com

IMPRESIÓN
Tecnographic, s.l.
Polígono Calonge
C/ Metalurgia, 87
41007-Sevilla

DEPÓSITO LEGAL
CA-157/06

ISSN
1887/6986

TIRADA
7.000 ejemplares

Sumario

3 EDITORIAL

4-8 ACTUALIDAD

10-15 ENFERMERÍA HOSPITALARIA

16-17 HISTORIA Y ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

18-20 ONG

21-28 3ª PARTE GUÍA DE DETECCIÓN DE MALOS TRATOS (DESPEGABLE)

29-32 MATRONAS

34-35 EL RINCÓN SALUDABLE

36-40 ENFERMERÍA MILITAR

41-43 AGENDA / CONVENIOS

44-46 AGENDA / CONGRESOS, JORNADAS Y CERTÁMENES

EN PORTADA

Los Colegiados aprueban por unanimidad los presupuestos para 2012

El Colegio de Enfermería de Cádiz el segundo más valorado de España

La salud mental de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en el punto de mira de las Matronas gaditanas

El Consejo Editorial no comparte necesariamente las opiniones vertidas en los diferentes artículos

Editorial

Unámonos sanitarios y pacientes contra los recortes, ejerzamos todos de ciudadanos

Rafael Campos Arévalo
Presidente del Excmo. Colegio Oficial de Enfermería de Cádiz

A finales de mayo, leo en la prensa provincial la noticia sobre las movilizaciones, un día más, de los sanitarios, en legítima defensa de sus derechos y en protesta por los recortes. A continuación, los comentarios intimidatorios e insultantes que han ido incorporando los usuarios y algunos profesionales: *"Ya os daréis cuenta cuando vengáis a consulta". "No podremos atenderos como antes. Recibiréis peor atención". "No atenderé a nadie sin cita". "Cada vez trabajáis menos y menos queréis hacer", "¿De verdad os interesa nuestra salud?". "Solo queréis dinero".*

Comentarios para todos los gustos, en mi opinión, desafortunados e inoportunos. Ataques dirigidos en direcciones equivocadas. Este enfrentamiento, al estilo de caza de brujas, entre ciudadanos y sanitarios no lleva a ninguna parte, porque la salud, la buena salud, no es solo responsabilidad de los trabajadores sanitarios; participan también el resto de los trabajadores y por supuesto el ciudadano, los gestores y los representantes políticos.

El derecho a manifestarse, aunque constitucional, ocasiona perjuicios y molestias a la ciudadanía, pero es un derecho de los trabajadores. Los ciudadanos no deberían interpretar estas protestas como actos de egoísmo de colectivos elitistas. Los recortes no solo afectan a los salarios, afectan al derecho a la salud, a la accesibilidad a los servicios, a los tiempos de espera, a la calidad del trato, a las posibilidades de curación, a la formación continuada, a la protección de los colectivos vulnerables, al acceso a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

No hace mucho tiempo nuestro sistema sanitario, con todos sus problemas, ha sido objeto de estudio por gobiernos de países avanzados, como modelo por su equidad, universalidad, calidad, accesibilidad y visión vanguardista. Consentir que se desarticule y perdamos este logro social, bajar las manos entendiendo que el problema afecta solo a los salarios de los sanitarios es una muestra más de ignorancia colectiva y desinterés social. Asustar, amenazar o incriminar al ciudadano por su supuesta desidia es errático y desafortunado.

Algunas familias apenas llegan a fin de mes, sin hipotecarse más. Usuarios, que han visto y están viendo cómo se juega sin el mínimo pudor con el derecho más preciado que cualquier persona puede tener: Su salud y los derechos sociales conquistados.

El dramatismo de lo que nos acontece lo estamos entendiendo y expresando como un regreso a las cavernas. Impotentes, convertidos en cazadores acosados, sanitarios contra ciudadanos y viceversa. Cada uno inmerso en la sinrazón de la supervivencia individual de "cada cual para su bolsa". ¿Qué estamos haciendo mal cuando muchos ciudadanos de forma tan clara como injusta nos juzgan y nos condenan, cuando la dotación y el salario medio de los profesionales andaluces están por debajo de los de la mayoría del resto del país?

De la vergonzante situación a la que nos han llevado, de la que nos toca sufrir y pagar sus consecuencias, no somos responsables ni sanitarios ni ciudadanos.

Nuestros pacientes deben saber, y los políticos ya lo saben, que a pesar de todo, los profesionales sanitarios, seguiremos dando lo mejor de nosotros mismos con independencia de las condiciones de trabajo y de los recursos, porque por encima de todo está nuestro nivel de compromiso con las personas. Esa es nuestra fortaleza, aunque algunos irresponsables lo interpreten como debilidad y se aprovechen de ello.

Unámonos, sanitarios y pacientes, hablemos, propongamos y exijamos soluciones más razonables y medidas de control, más democráticas, más saludables y sociales. Ejerzamos todos de ciudadanos.

Asamblea General Ordinaria 2012

Estimada/o compañera/o:

En el primer trimestre de este año, celebramos en la sede de nuestro Colegio de Enfermería de Cádiz la Asamblea General Ordinaria, cumpliendo con los Estatutos de nuestra Organización Colegial. En el transcurso de la misma todos los asistentes **aprobaron por unanimidad las cuentas anuales correspondientes al ejercicio 2010 (balance de situación y cuenta de explotación), así como los Presupuestos para el ejercicio 2012, en los que se contemplaba no incrementar la cuota mensual con respecto al año anterior,** una vez que nuestra Junta de Gobierno y nuestros asesores jurídicos, fiscales y contables, realizaran una exposición detallada sobre las actividades realizadas en el año 2011 y las proyectadas para el 2012, así como de la situación financiera.

El objeto de este artículo es informaros sobre los asuntos tratados y aprobados en ella, con la idea de que podáis estar al corriente de nuestra gestión.

Memoria de actividades desarrolladas en 2011

Formación: Indudablemente, la puesta en marcha por parte del Consejo General de Enfermería del proyecto de acreditación para la Prescripción Enfermera y el posterior acceso al Grado ha marcado la actividad docente colegial en este periodo. En ese sentido, han sido 2.995 Colegiados los que realizaron la 1ª parte en 102 cursos celebrados en las 11 sedes concertadas, que sumados a los que lo realizaron en el 2010, sobrepasan ya los 3.500 Colegiados.
Independientemente al desarrollo de este proyecto, se ha mantenido y en algunos casos aumentado la celebración de distintas actividades de formación demandadas por nuestros Colegiados, siendo 36 los cursos programados y 767 alumnos los que asistieron.

Gabinete de Comunicación: 3.874 Colegiados, más del 12 % del año anterior, recibieron a diario en su dirección de correo electrónico nuestro "Dossier de Prensa", un resumen de lo más importante que apareció en la prensa relacionado con nuestra profesión y su entorno.
Por otra parte, durante el pasado año, se realizaron 33.469 envíos por SMS, a los móviles de los 3.766 Enfermeros que así lo solicitaron, sobre noticias de cursos, ofertas de empleo y resoluciones, que deben ser conocidas por nuestros Colegiados.

Asimismo, a lo largo de todo el 2011, se contabilizaron 112 apariciones en prensa escrita, radio y TV sobre nuestro Colegio y sus actividades. Con relación a nuestra página Web, **www.duecadiz.com,** hemos incrementado la media de accesos exitosos mensuales que teníamos en el 2010, siendo 359.920 la de entonces y 530.350 mensuales la del pasado año.
En cuanto a la revista colegial "Enfermería Gaditana", se han afianzado secciones y se han creado otras de interés para la profesión. Seguimos recibiendo numerosas solicitudes para publicar en cada edición.

Gabinete Jurídico: El Responsable Jurídico del Colegio, Fernando Martín Mora, informó a los asistentes que durante 2011 han sido atendidos 491 Enfermeros en los despachos de Jerez, Cádiz y Algeciras. 248 Enfermeros recibieron asesoría por vía telefónica, y 212 precisaron ser acompañados en asistencia a juicio, declaraciones o reclamaciones.

Convenios: Seguimos trabajando para mantener y aumentar el número de Instituciones, y empresas de servicios con las que cerramos acuerdos de colaboración.
En ese sentido, hemos incorporado durante el 2011, acuerdos de colaboración con la Universidad Europea de Madrid, con importantes descuentos para nuestros Colegiados o sus familiares, con "Movi-Jerez" (BMW y Mini), Clínica de tratamientos médicos-estéticos "Makemedic" en Jerez, la Clínica oftalmológica "Tecnoláser" en Cádiz, la Clínica dental "Caredent" en Jerez, la Academia "Premier" en Rota, de preparación para oposiciones militares y prisiones, con "CBLINGUA" traductores e intérpretes jurados, y hemos renovado acuerdo con "AMA" la Mutua Aseguradora de los Profesionales Sanitarios. De todo ello y de la totalidad de los acuerdos y sus condiciones, puedes ampliar información en nuestra web, revista, o llamando a nuestras oficinas en Cádiz o Algeciras.

Subvenciones y ayudas sociales: Durante 2011 se ha subvencionado el alta colegial a 184 colegiados y 185 han recibido prestaciones por nacimiento, matrimonio o defunción.

Actos Institucionales: El homenaje a nuestros **Jubilados y la distinción a los nuevos Colegiados de Honor** fue el acto de mayor relevancia. Asistieron más de 350 personas, entre las que se encontraban numerosos familiares y amigos de los homenajeados.
5 Enfermeros y 2 Matronas recibieron la Insignia de Oro Colegial en reconocimiento a su trayectoria profesional y 53 Enfermeros recibieron la Insignia de Plata con motivo de su jubilación.
Una jornada, para muchos inolvidable, en la que tuvimos el honor de compartir nuestro tiempo con compañeros y compañeras que lo dieron todo por nuestra hermosa profesión.
En el mismo acto, tuvo lugar la **Jura o Promesa del Código Deontológico** de nuevos profesionales, así como la entrega del **Premio al "Alumno más Destacado"** de cada una de nuestras tres Escuelas y Facultades de Enfermería.

Finalmente, tuvo lugar la entrega de Metopa y Diploma del Colegio al **Hospital General de la Defensa de San Fernando y al Catedrático de Historia de la Enfermería Francisco Herrera** por su colaboración con nuestra Institución.

Como en años anteriores, nuestro Colegio asistió al **Campamento de verano Ciudad San Juan de Dios**, en Sanlucar de Barrameda, con la entrega de camisetas, mochilas y gorras, participando en distintas actividades y colaborando con el programa educativo que llevan a cabo los más de 40 niños con graves deficiencias físicas y psíquicas que disfrutaron de sus vacaciones, así como el apoyo y reconocimiento a sus cuidadores.

Más de un centenar de niños, hijos de Colegiados, participaron en el **"4º Concurso de Dibujos sobre La Enfermería y La Navidad"**, cuyos 3 primeros premios en los distintos grupos de edad, sirvieron para la elaboración de nuestra felicitación navideña.

Durante el 2011, nuestro Colegio estuvo presente y concedió premios a comunicaciones enfermeras en las **Jornadas Científicas, Congresos** y actividades relacionados con la Enfermería y con la Salud celebradas en nuestra provincia, destacando entre ellas:
XXIII Congreso Nacional de Enfermería en Urgencias y Emergencias
XVIII Congreso Nacional de Patología Digestiva
Jornadas de Continuidad de Cuidados en Villamartín
III Jornadas de Ética y X Certamen de Enfermería "Salus Infirmorum"
Clausura y premio alumnos mas destacados en UCA y Salus Infirmorum
Homenaje y entrega de Insignia de Oro Colegial a la Matrona Mª Teresa Montero
Jornadas de puertas abiertas de Salus Infirmorum
V mesa Redonda día mundial del Cáncer de Mama. Colaboración y participación en la Marcha
Jornadas sobre Salidas Profesionales
Lectura de la Constitución de 1812
V Concurso dibujo y pintura del Día Mundial sin Tabaco Hospital U. Puerta del Mar

Proyectos previstos para el ejercicio del 2012

Área de Matronas.- Se pondrán en marcha unas Jornadas en las que se trabajará en actualización de competencias. La primera se celebrará en Cádiz y tratará sobre "Actualización en prevención y abordaje de la Depresión Postparto" y la siguiente la celebraremos en el Campo de Gibraltar.
Al mismo tiempo, propondremos la realización de actividades de formación sobre Climaterio y Anticoncepción, Parto Humanizado y de Baja Intervención y suturas para Matronas

Área de Enfermería Joven: Mantendremos la importante presencia que nuestro Colegio tiene en la Universidad, celebrando las Jornadas de Salidas Profesionales. Seguiremos becando a los alumnos más destacados y subvencionando en su totalidad la cuota de ingreso en el Colegio.

Área del Jubilado y Colegiados de Honor.- Apoyaremos las propuestas que nos llegan sobre los Cursos de Informática, viajes culturales y de desarrollo y mantendremos el nombramiento de los Colegiados de Honor y el merecido reconocimiento a los Nuevos Jubilados.

Área de Enfermería Militar.- Dado los excelentes resultados obtenidos con la incorporación como Colaborador y Asesor en todo lo relacionado con la Enfermería Militar del Teniente Coronel Manuel Cano, seguiremos colaborando con el Hospital General de la Defensa en la formación de sus profesionales y con la "Academia Premier", para la preparación de oposiciones.

Área de Terapias Alternativas.- El grupo de Enfermeros interesados por este área, es cada vez más numeroso. Seguiremos con los Cursos y Talleres sobre Fitoterapia, Acupuntura y Auriculoterapia. Para este año, tenemos la propuesta de nuestro colaborador, José Luís Manzano, de organizar junto con la Universidad actividades de formación de mayor duración y reconocimiento. De ello y de todo lo relacionado con noticias, normativas, jornadas, etc. tendréis puntual información en la sección incluida en nuestra página web,

Actividades de formación.- La organización de Cursos y Talleres para mejorar los conocimientos de nuestros profesionales ocuparán nuestra agenda durante todo el año. A destacar los cursos de Expertos Universitarios en Urgencias y Emergencias, la Prescripción Enfermera y la puesta en marcha de distintas ediciones del curso "Catástrofes: Atención inicial al paciente crítico en situación de crisis" en colaboración con el Distrito de A.P. Bahía de Cádiz-La Janda.

Apoyar la Investigación para Enfermería, dentro del "Grupo para la Investigación Biomédica de la provincia de Cádiz" al que pertenece nuestro Colegio como miembro fundador y colaborar con la celebración de Congresos y Jornadas.

Mayor cobertura en el Seguro de Responsabilidad Civil, incluyendo las costas en la vía contencioso-administrativa, las actividades de voluntariado en O.N.G. y las responsabilidades en el tratamiento y protección de datos.

Convenios.- Seguiremos trabajando en la firma de acuerdos de colaboración con empresas de servicios que nos puedan ofrecer ventajas y descuentos para nuestros colegiados.

En definitiva, nuestro compromiso seguirá siendo el trabajo para la mejora de nuestro colectivo, centrando nuestro esfuerzo en la mayor **Accesibilidad, la Ventanilla Única y el Registro de Profesionales**

La Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Enfermería de Cádiz

Rafael Campos Arévalo
Presidente

El Colegio de Enfermería de Cádiz el segundo más valorado de España

El diario digital Redacción Médica realizó una encuesta entre sus lectores, llamada 'Top 10', a través de la que se destaca a instituciones y colectivos sanitarios

En esta ocasión el objeto de estudio fueron los Colegios de Enfermería de España, obteniendo el de Cádiz el segundo lugar "por la divulgación social de la labor de la Enfermería"

I.M.A.

El Colegio de Enfermería de Cádiz y sus 6.000 enfermeros gaditanos recibieron una grata noticia el pasado mes de abril tras haber sido elegida la entidad colegial como el segundo Colegio de Enfermería más relevante a nivel nacional por el diario digital especializado en salud, Redacción Médica.

Mediante encuesta, "*Top 10*", planteada a más de 85.000 lectores de este diario digital, las votaciones permitieron elegir a la institución u organización más relevante de un determinado ámbito sanitario entre 10 finalistas. El primer puesto lo obtuvo el Colegio de Enfermería de Cantabria y el de Alicante consiguió el tercero.

El ánimo de este estudio es contribuir con y por la sana competencia a la mejora de la sanidad en general. En anteriores ediciones, han sido objeto de encuesta hospitales, colegios de médicos, centros sanitarios y asociaciones de pacientes.

La institución colegial gaditana ha sido galardonada por "la divulgación social de la labor de la Enfermería, así como por su presencia en los principales foros de salud que se celebran en su provincia, donde es protagonista necesario en temas sanitarios".

Rafael Campos, presidente del Colegio de Enfermería de Cádiz, acudió al acto de entrega de premios y agradeció a Redacción Médica esta distinción, "que indudablemente supone un incentivo para nuestra Junta de Gobierno, pero que sobre todo es un premio y merecido reconocimiento para el personal de apoyo y administrativo de nuestro Colegio quien con su esfuerzo diario hace posible que nuestras propuestas se puedan llevar a la práctica, hacerse realidad y ser divulgadas. Mi agradecimiento a todos por su valiosa aportación para que nuestros Colegiados puedan recibir un servicio de calidad y que además así haya sido reconocido por expertos del mundo sanitario de nuestro país."

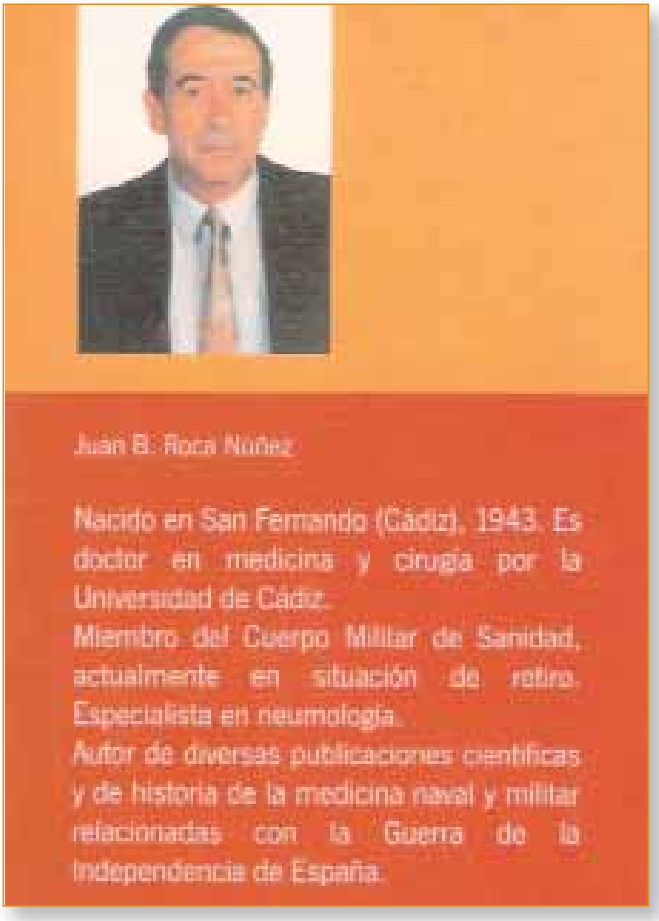
Los Otros de Trafalgar

El doctor en Medicina y Cirugía y neumólogo gaditano, Juan B. Roca Núñez, ha publicado recientemente su última obra 'Los Otros de Trafalgar' en la que refleja de forma brillante el papel desarrollado por médicos, sangradores, enfermeros, boticarios, socorristas, víctimas y hospitales durante la batalla de 1805

Inmaculada Martínez A.

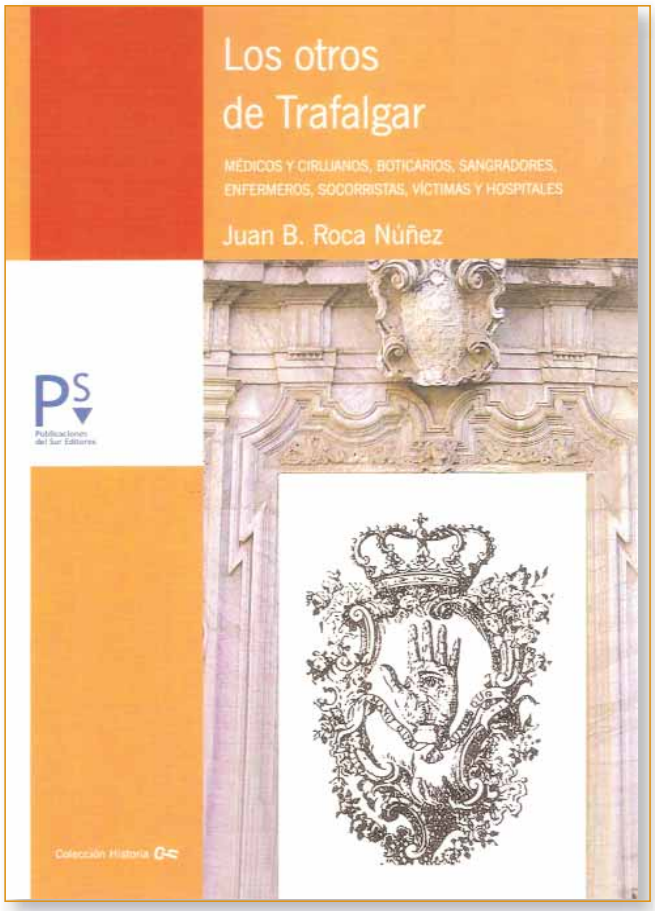
El autor ha querido mostrar con esta obra la importante participación, en el combate de Trafalgar, de un personal que aparentemente está en la sombra y que en pocas ocasiones se ha hecho referencia a él. Podría también llamarse en la sombra de un combate.

Roca Núñez es autor de diversas publicaciones científicas y de historia de la medicina naval y militar relacionada con la Guerra de la Independencia de España.



Juan B. Roca Núñez

Nacido en San Fernando (Cádiz), 1943. Es doctor en medicina y cirugía por la Universidad de Cádiz.
Miembro del Cuerpo Militar de Sanidad, actualmente en situación de retiro.
Especialista en neumología.
Autor de diversas publicaciones científicas y de historia de la medicina naval y militar relacionadas con la Guerra de la Independencia de España.



Enfermería Gaditana.- ¿En qué escenario se desarrolla?

Juan Roca.- El escenario es el Océano Atlántico desde el cabo Trafalgar al cabo Espartel, hasta Cádiz y sus pueblos costeros.

E.G.- ¿En qué estado se encontraba la asistencia sanitaria en esta época?

J.R.- La asistencia sanitaria en esta época era adecuada para su tiempo, no obstante, resultaba insuficiente por la falta

de medios necesarios cuando se trataba de atajar los enormes problemas que acompañaban a las grandes catástrofes, como es el caso del combate naval del 21 de octubre de 1805 y los naufragios posteriores.

E.G.- ¿Qué papel jugaban los distintos profesionales de la sanidad?

J.R.- Podemos decir que cada uno jugaba el suyo propio, indicado en las normas de su profesión y en las Reales Ordenanzas de la Armada, en el caso de España, así sucedía en Francia con la Reglamentación de la República y en Gran Bretaña con las Reales Ordenanzas de su Majestad. Todo ello puede irse descubriendo a lo largo de la obra.

E.G.- Cuéntenos, ¿qué podemos conocer a través de *Los Otros de Trafalgar*?

J.R.- Este libro describe la tragedia de las víctimas del combate naval del 21 de octubre de 1805 entre la flota aliada, franco-española y la flota británica que tuvo lugar entre Cabo Trafalgar y Cabo Espartel. En ayuda de dichas víctimas, el personal de sanidad, constituido por médicos-cirujanos, sangradores y boticarios que ejercieron su función tanto en la mar como en tierra en los distintos puestos de socorros y en hospitales militares y civiles. Un gran número de improvisados socorristas se encargaron de auxiliar a los náufragos heridos, salvándolos de morir ahogados en muchos casos, trasladándolos a los hospitales disponibles en aquellos trágicos momentos. Participan militares de la armada y del ejército, pescadores, miembros de la hermandad de la Caridad, familiares y vecinos. También tienen que cumplir con el triste deber de dar sepultura a los muertos. El clero lleva la asistencia espiritual a las víctimas en una España que por tradición es creyente y católica.

E.G.- Háblenos de los profesionales sanitarios que intervinieron en la Batalla.

J.R.- Los médico-cirujanos de la Armada española proceden del Colegio de Cirugía de Cádiz, los de la Armada francesa, en su mayoría proceden de la Escuela de medicina naval de Rochefort, mientras que en Gran Bretaña la mayoría han hecho su preparación en la clínica de un cirujano privado y después se han examinado en una universidad capacitada para dar la titulación. Posteriormente, mediante otro examen, han ingresado en la Armada de Su Majestad. Los sangradores en España son los primeros antecesores de la enfermería, pudiéramos decir, y prestaban una valiosa ayuda al médico-cirujano, acompañándolos en la visita a la enfermería de los buques con dos cuadernos, en uno anotaban los remedios tópicos y en el otro los regímenes alimenticios. En el combate de Trafalgar y en los acontecimientos posteriores se distinguieron los sangradores, y tenemos constancia de algunos, así podemos citar:

Juan M. Soto y Francisco I. González, del Monarca

José Carles, del San Francisco de Asís

Agustín de la Torre y Ramón Figerina, del Bahama (apresado por los ingleses)

Miguel García Bos y Francisco Fontán, del San Leandro

En Francia los equivalentes son los *matelots fraters*, y en Gran Bretaña los *loblolly boys*, o muchachos del lodazal. Según algunos autores ingleses, toman este nombre de una gacha que se repartía en la enfermería, pero puede deberse al estado del suelo, pues muchas veces se esparcía arena, para no resbalar, que después, mezclada con agua, líquidos y sangre, podría ofrecer un aspecto pantanoso. Es un cuerpo de una alta preparación, pues son capaces de aplicar torniquetes y de hacer ligadura y, distribuidos por distintos puestos de socorro del buque, dándole una mayor movilidad a la sanidad inglesa.

El libro se divide en dos partes: La primera toca temas como la organización de la Armada español en la época, el buque de guerra, la vida a bordo, la situación de la sanidad en el combate, la higiene, el Colegio de Cirugía de la Armada, el jardín botánico y la botica, entre otros.

La segunda parte está dedicada al conflicto y su fatal desenlace, con los acontecimientos posteriores. Se hablará sobre los hospitales militares y civiles disponibles de la batalla del Cabo Finisterre y la estancia de la flota en Ferrol y Coruña, posterior estancia en Cádiz e Isla de León hasta el momento de la batalla y desarrollo de esta, siempre enfocado desde los problemas quirúrgicos presentados. Después, el naufragio posterior y rescate de náufrago, con evacuación a los hospitales. Se mostrarán, pruebas del comportamiento del personal de la sanidad. Un capítulo dedicado a la herida de Federico Gravina y su trágico final. También se tratará de Francia e Inglaterra, sobre todo, su personal sanitario. Para finalizar: Un elogio a las víctimas.

La obra se acompaña de abundante iconografía, donde se combinan elementos muy diversos, algunos, obra del propio autor, otros cedidos por distintos colaboradores.

Trafalgar, es un episodio bélico. También es un episodio humano, con numerosas víctimas. El personal de sanidad: curó todas las veces que pudo, alivió mucho y consoló siempre.

DEJA QUE **BANESTO CUIDE DE TI**

Consigue tu título de **Grado en Enfermería** sin que te cueste nada

EXCMO. COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE CÁDIZ

Domicilia tu nómina y llévate una tarjeta prepago cargada con 1.000 € [1] para pagar tu título de grado o lo que tú quieras.
Para nóminas inferiores consulta compromiso de permanencia y resto de condiciones de la campaña en cualquier oficina de la provincia de Cádiz.
Cuéntanos tu caso y te ofreceremos soluciones para ti y los tuyos.

Banesto

www.banesto.es | 902 30 71 30

(1) Para domiciliaciones de nómina superiores a 2.100 €. Gastos fiscales por cuenta del cliente, 21% (210 €) que se cargarán en su cuenta previamente a la emisión de la Tarjeta prepago.
Curso incluido en el Programa Gradua2 de la Organización Colegial de Enfermería.

Enfermería de Prácticas Avanzadas en Urgencias del Hospital Universitario de Puerto Real

Historia y definición de la Enfermería de Práctica Avanzada

La reciente sentencia del tribunal de apelación de California (Estados Unidos) donde se ratifica que las enfermeras tituladas anestesistas pueden ejercer su profesión sin necesidad de supervisión médica ha puesto de nuevo en la palestra la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA)[1].

La EPA se caracteriza por ofrecer un nivel avanzado de práctica enfermera, maximizando las competencias especializadas y de conocimiento enfermero con el objetivo de responder a las demandas, necesidades de los usuarios de salud.

La EPA surge en Estados Unidos para responder a las demandas sociales de la población, consolidándose gracias al desarrollo de diferentes estructuras a nivel organizacional, estructural y de investigación.

El termino 'Enfermería de Práctica Avanzada' comienza a aparecer a finales de los años setenta en Estados Unidos y a principio de los años noventa en Canadá. Dicho término viene a sustituir al de "especialización" que se utilizaba desde principios del siglo XX para describir las funciones de ciertas enfermeras en el ámbito hospitalario que trabajaban estrechamente con el médico. El desempeño de sus funciones con cada vez mayor grado de autonomía por parte de las enfermeras favorece la aparición de un nuevo rol de enfermera "practicante", con distinta connotación a la que se tiene de dicha palabra en nuestro país, a finales de los años 60 apareciendo a finales de dicha época las primeras evidencias de la eficiencia de su labor. En la época de los setenta comienza a utilizarse el término de"Enfermería de práctica avanzada" como reconocimiento social de las funciones de la enfermera y estableciéndose la normativa legal y jurídica para su reconocimiento[2]. Posteriormente en Canadá la Enfermería respondiendo a las mismas demandas sociales de la población sufre similar evolución[3]. Es desde estos contextos donde la Enfermería de práctica avanzada da el salto a los sistemas sanitarios de los países europeos siendo en nuestro país el Sistema Sanitario Público Andaluz quién inicia dicha práctica en nuestro sistema de salud a principios del siglo XXI.

La Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) se ha desarrollado en numerosos contextos clínicos: anestesia, dolor, oncología, salud mental, gestión de casos en hospital y comunidad. La definición de EPA es heterogénea y está condicionada por el nivel de desarrollo de los países y por factores específicos de cada Servicio de Salud. En todos los casos se conjugan cuatro elementos que la caracterizan[4] (Tabla 1)

- Modelo y metodología enfermera, relación de ayuda y enfoque holístico
- Técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Uso avanzado del conocimiento en base a evidencia
- Liderazgo institucional

Tabla I. Características de la EPA[4]

Formación
– Formación postgrado de alto nivel (master o doctorado). – Programas formativos estructurados, reconocidos y acreditados. – Sistema formal de regulación, acreditación, registro, certificación y de credenciales.
Naturaleza de la práctica
– Integra la investigación, la formación, la práctica y la gestión. – Alto grado de autonomía profesional, con una práctica independiente. – Gestión de casos / cartera de pacientes propia. – Habilidades avanzadas de valoración del estado de salud, de toma de decisiones y de razonamiento diagnóstico. – Ejercicio permanente de una práctica reflexiva, basado en un amplio abanico de conocimiento obtenido de la Enfermería y de otras disciplinas. – Reconocimiento de su competencia clínica avanzada. – Ofrece servicios de consultoría a distintos proveedores de salud. – Planifica, implementa y evalúa programas. – Punto de entrada al sistema sanitario reconocido por los ciudadanos.

La Enfermera de práctica avanzada es definida por el Consejo Internacional de Enfermería como aquella profesional que ha adquirido la base de conocimiento de experto, cuyas características se ajustan al contexto y/o al país en donde está autorizada para trabajar, siendo el título de máster el más recomendado como nivel de entrada[5].

Se trata pues de enfermeras de elevado nivel de experiencia en la evaluación de situaciones complejas y con gran competencia clínica. Realizan una amplia gama de actividades prácticas y técnicas basadas en evidencia científica y su práctica se caracteriza por una gran autonomía, un alto grado de responsabilidad[4, 6,7] y compromiso con seguridad clínica.

Enfermería de Práctica Avanzada en Urgencias del Hospital Universitario Puerto Real

El Hospital Universitario Puerto Real (HUPR) es un centro sanitario situado en el municipio de Puerto Real (Cádiz) e integrado en el Servicio Andaluz de Salud (organismo autónomo adscrito a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía) del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

El HUPR abarca una población como Hospital Comarcal de más de 300.000 habitantes censados; cantidad que se triplica en periodos vacacionales, para un territorio de 2.100 km2.

Las Urgencias del Hospital Universitario Puerto Real, atiende diariamente una media de 264 pacientes al día; entre Urgencias Generales, Pediátricas, Obstétrico-Ginecológicas y Traumatológicas.

El personal de Enfermería de dicho servicio corresponde a 64 profesionales, de los cuales 39 son Diplomadas en Enfermería. Las enfermeras trabajan en turnos rotatorios, desempeñando su trabajo de forma rotatoria/reglada por las cinco áreas del servicio de urgencias del HUPR: Clasificación de Pacientes; Traumatología; Críticos; Tratamientos cortos y Observación.

El escenario de las Urgencias hospitalarias ha cambiado en los últimos tiempos. Además del envejecimiento poblacional, existe un cambio cultural donde la persona que acude a un servicio de urgencias espera la mejor calidad científico-técnica y coordinación de la asistencia, y un abordaje integral de su problema. Espera un diagnóstico certero y una atención rápida, y que se le informe de su situación, se le facilite su tránsito administrativo por el sistema e incluso se le garantice un retorno exitoso a su domicilio.

Las evidencias existentes han mostrado como valor determinante en dicho escenario la clasificación de pacientes (Triaje). El área de Clasificación es el primer contacto del usuario con el Servicio de Urgencias, el primer eslabón de la Enfermería de Práctica Avanzada.

La clasificación de pacientes en urgencias garantiza la accesibilidad del ciudadano, mejora la capacidad de respuesta y la calidad en la atención siendo determinante para la gestión efectiva de los servicios de Urgencias y Emergencias modernos. Un sistema de clasificación no solo busca garantizar la accesibilidad del ciudadano al sistema, sino que provee también de una herramienta muy potente para ajustar estos sistemas tan complejos, mejorar su capacidad de respuesta, monitorizar su evolución y entender su dinámica a pesar de que en los sistemas de clasificación siguen existiendo colapsos.

Esta situación origina en la Consejería de Salud a través de la Dirección de Estrategias de cuidados (DECA), la organización de un grupo de trabajo encaminado a analizar y elaborar estrategias para mejorar esta realidad dando origen a la Clasificación Avanzada en Puntos fijos de Urgencias de AH y AP.

La Recepción, Clasificación y Atención Sanitaria inicial del paciente, desde un punto de vista metodológico se define como un subproceso orientado a la organización de la demanda asistencial, mediante una valoración rápida y normalizada por profesionales con las competencias necesarias para ello[8]. De manera que cada paciente reciba la atención adecuada, en el lugar adecuado, por el profesional adecuado y en el momento adecuado. Se considera que la enfermera puede aportar un valor añadido a la clasificación de pacientes si junto con la gravedad valora además la complejidad y la vulnerabilidad del paciente[9].

La clasificación de pacientes comprende tres partes:
- **Recepción y acogida**: Primer contacto con el sistema.
- **Clasificación**: establecimiento del nivel de atención requerida por el paciente y su derivación al circuito de atención correspondiente según los criterios normalizados por la institución.
- **Intervención:** incluye todas las acciones realizadas, directas e indirectas, para la provisión del servicio anteriormente descrito.

Los destinatarios de la clasificación de pacientes son los pacientes y familiares que demandan asistencia urgente en cualquier punto de la cadena asistencial de Cuidados Crónicos del SSPA, así como facultativos, enfermeras y auxiliares que ejercen en dicho sistema y tienen relación directa con la asistencia en el ámbito de las urgencias.
Sus objetivos se centran en:
- 1. Mejorar la accesibilidad, la percepción de seguridad y de intensidad de cuidados de la población, en el caso de la demanda urgente.
- 2. Dinamizar el flujo de pacientes en estas áreas de atención.
- 3. Proveer de un modelo de Clasificación orientado a la excelencia, basado en criterios normalizados que disminuyan la variabilidad y mejoren la calidad de la atención.
- 4. Mejorar la satisfacción de todos los usuarios de los servicios de Urgencia.
- 5. Gestionar de forma eficiente los recursos disponibles para la atención a los ciudadanos en estos escenarios.

Para definir los espacios considerados de Práctica Avanzada y poner en marcha las expectativas de los profesionales implicados desde la Dirección de Estrategia de Cuidados de Andalucía se organizo un grupo multidisciplinar de expertos que elaboran para la Consejería de Salud, dentro del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, un documento de apoyo a la Clasificación avanzada en puntos fijos de Urgencias con las siguientes propuestas:
- **Desarrollo de circuitos específicos por proceso** sobre todo en los más prevalentes y en lo referidos a pacientes frágiles/complejos/vulnerables (identificación precoz) o abordaje de circuitos específicos concita la intervención de otros profesionales, destacando por su relevancia las consultas de especialistas ubicadas en las Urgencias Hospitalarias (Oftalmología, ORL y otras)
- **Manejo de pruebas complementarias** (Trauma menor)
- **Coordinación con la Gestión de Casos**

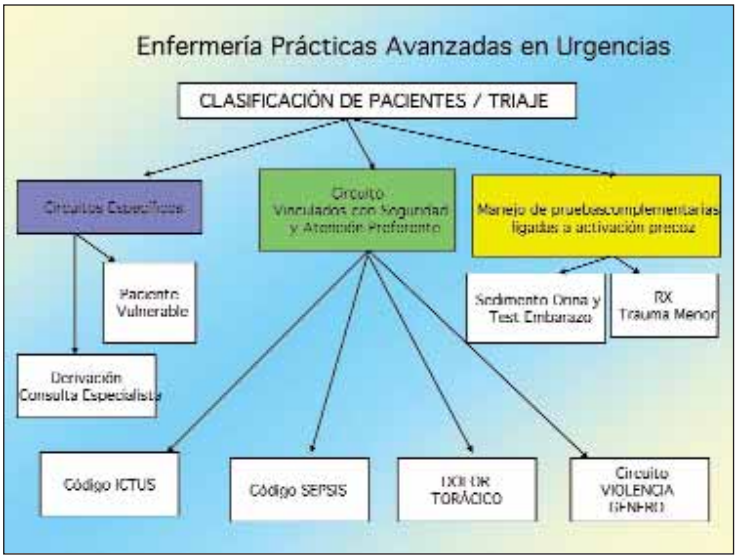
- **Activación de circuitos específicos vinculados con la seguridad**:
  - Código Ictus
  - Código Sepsis
  - Violencia (género, niños, ancianos).
  - El proceso Dolor Torácico no se considera una novedad ya que entiende inherente a la atención urgente.

En Julio de 2010 se propone a nuestro hospital por parte de la Dirección de Estrategia de Cuidados de Andalucía participar en el pilotaje de estas prácticas avanzadas enfermeras. En el HUPR se elabora un plan operativo (Tabla II) por parte de la dirección de Enfermería junto con la jefatura de Bloque de Cuidados Críticos y Urgencias y la Supervisión de Enfermería se realiza una primera sesión informativa a los profesionales. Posteriormente se organizaron grupos de trabajo multidisciplinar con los profesionales del Área de Urgencias para elaborar, planificar el modo de implantación de dichas prácticas avanzadas (Tabla III) identificándose a una enfermera referente de cada una de las mismas. De manera simultánea se convocaron reuniones con los responsables del Área de Cuidados de la Consejería de Salud.

Como actividad formativa se realiza la acreditación en la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) de la formación que reciben los profesionales para la implantación de las prácticas avanzadas. De igual manera en 2011 se celebraron 2 actividades formativas del curso básico: Actuación de las Enfermeras en el Ámbito de la prestación Farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, que fue autorizada por resolución de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional y acreditadas por la ACSA recibiendo los profesionales enfermeras los talonarios para la indicación y prescripción farmacéutica.

Tabla II. Plan operativo dirección enfermería HUPR

Tabla III. Enfermería de prácticas Avanzadas implantadas en urgencias del HUPR



El objetivo como se puede comprobar por las acciones realizadas ha sido dotar a todas las enfermeras del área de Urgencias del HUPR de las competencias necesarias y capacitación para desarrollar las prácticas avanzadas implantadas en el área.

Los cambios propuestos por el grupo multidisciplinar van orientados a la modificación de los circuitos, haciendo responsable al enfermero de práctica avanzada en urgencias de la recepción y acogida de pacientes, la identificación de los pacientes con pulseras personalizadas, la realización de una valoración focalizada en la que se determine el nivel de vulnerabilidad y fragilidad, se asigne el nivel de prioridad, se activen circuitos preferentes en los PAIs dolor torácico, ictus, sepsis y dolor agudo, se preste atención sanitaria inicial con petición de pruebas diagnósticas en procesos leves (Radiología simple y analítica básica), se activen subcircuitos de atención específica para pacientes con traumatismos menores, violencia en mujer, niños, y ancianos y pacientes vulnerables y se realice la coordinación con enfermeros gestores de casos.

De forma simultánea se realiza una modificación del turno laboral con la consiguiente redistribución de puestos de trabajo para dar cobertura a la consulta de clasificación de pacientes las 24 horas (turnos de mañana, tarde y noche).

Dentro de los PAE implantados es el de Paciente Vulnerable (Tabla IV) uno de los de mayor peso por la complejidad (clínica, cognitiva, social y funcional) de la población atendida que nos demanda cuidados más próximos, cercanos, accesibles, adecuados y continuos.

El personal de Enfermería del área de Urgencias del HUPR está altamente sensibilizado con estos pacientes. El trabajo en equipo favorece la coordinación dentro del área con la implicación de todos los profesionales y la complicidad y participación del resto de las áreas del hospital, aspectos que también está presente en otros EPA (Tabla V) al trabajar de forma cooperativa con las áreas diagnósticas de laboratorio y RX.

La adecuada administración de cuidados a estos pacientes requiere un manejo multidisciplinar clínico y social, donde la continuidad asistencial es imprescindible. Una buena relación y comunicación entre distintos niveles asistenciales, la utilización de instrumentos útiles en la valoración integral del paciente y la detección precoz de los pacientes frágiles, permiten, sin duda, mejorar la atención a nuestros pacientes. Aspectos todos ellos coordinados por las enfermeras de prácticas avanzadas del HUPR.

Toda esta actividad realizada es mensualmente evaluada por la dirección del HUPR y de forma trimestral por la Consejería de Salud. Se disponen de indicadores de calidad para cada una de las EPA.

Así podemos decir que durante el primer trimestre de 2012 de las 20474 asistencias a usuarios realizadas en urgencias del HUPR en 2106 casos se activó el EPA de Trauma Menor; en 171 el de dolor torácico; 26 de Paciente frágil/vulnerable; 9 Código ICTUS; 17 Violencia; 7 código SEPSIS, datos que corroboran la importante labor realizada (Gráfico I, Gráfico II).

Conclusiones

En una situación como la actual, en la que presenciamos una complejidad creciente de los cuidados y en la que cada vez se presta más atención a criterios como la calidad o la eficiencia, la PAE debe ser la piedra angular sobre la que construir el futuro de la Enfermería española. Es importante la existencia de un marco que defina y recoja dichas prácticas avanzadas enfermeras. Las prácticas avanzadas enfermeras conllevan una agilización del flujo de pacientes en el área de urgencias y con ello una disminución de los tiempos de espera siendo fundamental resaltar como la práctica avanzada enfermera permite brindar a los usuarios los recursos que necesitan según su nivel de asistencia en los tiempos adecuados, optimizando los recursos existentes.

Las enfermeras de práctica avanzada en urgencias agilizan el flujo de pacientes, disminuyen los tiempos de espera y la presión de las consultas médicas.

Tabla IV. Circuito del Paciente Vulnerable en urgencias del HUPR

Tabla V. Circuito del Trauma Menor en urgencias del HUPR

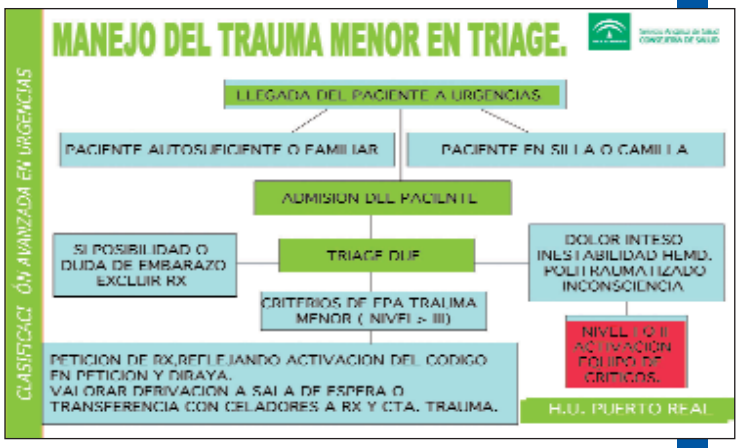


Gráfico I. Asistencias realizadas durante 1 Trimestre 2012 en Urgencias del HUPR

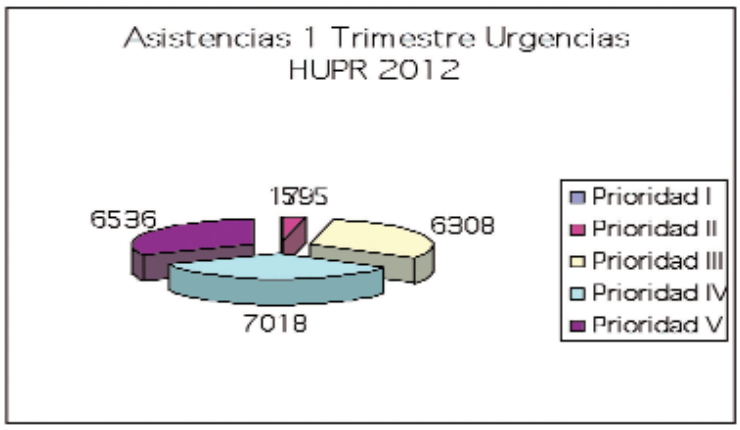
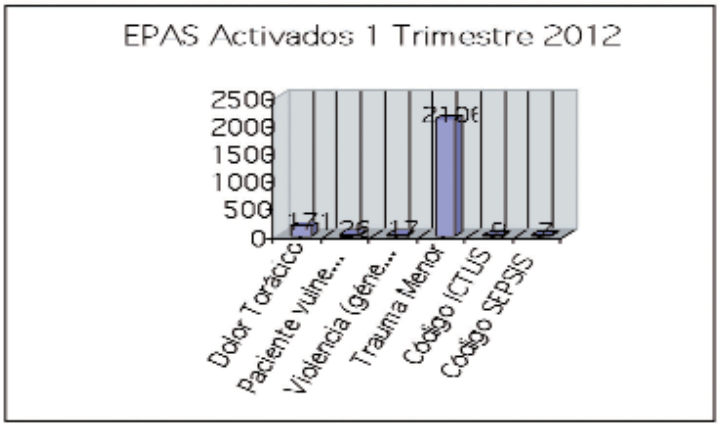


Gráfico II. EPAS activados durante 1 Trimestre 2012 en Urgencias del HUPR



Bibliografía

1.- California nurse anesthetists don't need doctor supervision, court rules. American medical news 2012 April 23; Sect. Profession: News in brief. Disponible en: http://www.ama-assn.org/amednews/2012/04/23/prbf0423.htm#1

2.- Bigbee JL, Amidi-Nouri A. History and evolution of advanced nursing practice. En: Hamric AB, Spross JA, Hanson CM, editors. Advanced Nursing Practice. An integrative approach. Philadelphia: WB Saunders, 2000: 15-30.

3.- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada. La pratique infirmière avancée. Cadre National. Ottawa: AIIC; 2000.

4.- Morales Asencio JM, Morilla Herrera JC, Gonzalo Jiménez E, del Río Urenda S, Martín Santos FJ, Terol Fernández FJ. La larga y penosa travesía de los cambios en los hospitales: Enfermería de práctica avanzada en atención especializada en el entorno anglosajón. Evaluación de una revisión cualitativa. Evidentia 2006; 3(7). Disponible en: http://www.index-f.com/evidentia/n7/185articulo.php. Consultado el 14 de Mayo de 2012.

5.- International Council of Nurses Regulation Network. Regulation terminology, 2005. Disponible en: http://icn.ch/regterms.htm (Consultado el 19.5.2012).

6.- Registered Nurses Association of British Columbia. Towards a definition of advanced nursing practice. Vancouver: RNACBC; 1997.

7.- Hamric AM. A definition of Advanced Nursing Practice. En: Hamric AB, Spross JA, Hanson CM, editors. Advanced Nursing Practice. An integrative approach. Philadelphia: WB Saunders Company, 2000: 53-70.

8.-Manual de Competencias de la/del Enfermera/o de Emergencias y Urgencias Extrahospitalarias. (MIE1 52_02). Septiembre 2010. Edita Agencia de Calidad sanitaria de Andalucia. ISBN: 978-84-92466-43-6. Depósito Legal: SE 6196-2010.

9.- Safford M. Patient Complexity: More Than Comorbidity. The Vector Model of Complexity. J Gen Intern Med , 22(Suppl 3) 2007:382–90.

10.- Padilla Marín, C et al. Clasificación avanzada en puntos fijos de Urgencias de Atención Hospitalaria y Atención Primaria. 2010.

Autores

Nélida Ramírez Flores[1]
Inmaculada Rivas Felices[2]
Francisco Javier Paz Sánchez[3]
Manuela Lacida Baro[4]

[1]Enfermera. Supervisora Unidad de Urgencias del HUPR
[2]Enfermera. Jefatura de Bloque del HUPR
[3]Enfermera. Unidad de Urgencias del HUPR
[4]Enfermera. Directora de Enfermería del HUPR

Ana María Bernal premiada por la realización de un caso clínico de seguimiento de heridas crónicas

I.M.A.

La enfermera gaditana Ana María Bernal, que desarrolla su práctica profesional en el Hospital de Día Quirúrgico de Urología-CRL, perteneciente a las Unidades de Gestión Clínicas de Urología y CRL del Hospital Universitario Puerta del Mar, ha recibido el Premio Coloplast 2011 por su trabajo realizado bajo el título 'Cuidado clínico de las Heridas Crónicas. Competencia profesional mediante el conocimiento'.

Se trata de la única andaluza que obtiene este galardón entre los diez premiados a nivel nacional y que ha contado con una participación de más de 200 casos clínicos presentados.

2011 un año de recompensa e intenso trabajo

El pasado 2011 ha sido un año fructífero para Ana María Bernal ya que además consiguió su acreditación, para el ejercicio profesional avanzado, en la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Además, completó su formación con la asistencia al Congreso de Enfermería Urológica en el que presentó una comunicación oral, además de participar en la elaboración, acreditación, coordinación y docencia en los cursos 'Intervenciones enfermeras en pacientes con dispositivos urológicos' y 'Aplicación de técnicas de relajación en pacientes quirúrgicos'. Además, Ana María, ha tenido a su cargo la elaboración y presentación de tres sesiones de enfermería en la Unidad a la que pertenece, cuyos temas han versado sobre la Disfonía Espasmódica; Sordera súbita, e Instilaciones de Mitomicina C en el cáncer vesical. Finalmente, ha asistido como discente a los cursos acreditados de RCP avanzado, Investigación básico, así como por el que ha sido premiada, el curso de Cuidado Clínico de las Heridas Crónicas.

Bernal, reconoce que este galardón ha supuesto un estímulo para seguir en su formación y práctica diaria al sentirse recompensada por tantas horas de trabajo y dedicación.

RESUMEN DE CASO CLÍNICO PRESENTADO AL CERTAMEN 'CUIDADO CLÍNICO DE LAS HERIDAS CRÓNICAS'

Ana María Bernal

Paciente de 80 años que presenta un proceso inflamatorio con componente flemonoso y zona central abcesificada en el espacio cervical posterior izquierdo y musculatura laterocervical, fundamentalmente en el músculo esternocleidomastoideo.

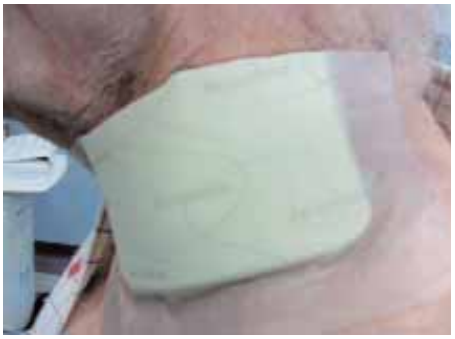
Ingresa en la UGC de Otorrinolaringología. Tras estudio radiológico, el 28 de marzo de 2011, se le realiza intervención quirúrgica y se procede a su excisión y biopsia.

La biopsia de tejido cervical subcutáneo confirma que no existe malignidad, resultando ser tejido fibroadiposo con inflamación aguda y crónica inespecífica.

Sigue ingresado en la Unidad de hospitalización de CRL porque el cuadro se complica con un sangrado que se resuelve con sutura. El 13 de abril se le realiza un nuevo estudio radiológico observándose persistencia de colección abscesificada en el espacio posterior izquierdo que se extiende hacia la piel y un pseudoaneurisma dependiente de una rama del tronco tirocervical izquierdo.

Se le da el alta hospitalaria por mejoría y el 20 de abril acude al Hospital de Día Quirúrgico de Urología-CRL, en donde conozco al paciente, y decido hacerme cargo del cuidado de su herida.

Considero que es una herida crónica porque lleva casi un mes de evolución. Me encuentro con una herida profunda de afectación parcial, con el lecho color negro y cicatrización retrasada con bajo nivel de exudado. Junto a la herida principal presenta dos pequeñas heridas, que se corresponden con dos puntos de sangrado, una de ellas con un punto de seda.



El seguimiento fotográfico comienza con una valoración inicial de la herida seguido de los distintos cambios de apósito, que van del cambio nº 0 (26/04/2011) al cambio nº 9 (27/05/2011). Por otro lado, se describen, en un tríptico proporcionado por Coloplast, los antecedentes del paciente, así como, las características de la herida y las incidencias que se observaban en cada cambio.

El cuidado clínico de esta herida comienza con una cura en ambiente húmedo con apósito hidropolimérico con plata iónica para el tratamiento de la cicatrización retrasada con tejido de granulación inactivo y de pobre aspecto.

Posteriormente, cuando la cicatrización mejora paso a un apósito hidropolimérico sin plata. Y, por último, utilizo un apósito hidrocoloide transparente para favorecer la reepitelización de la lesión.

Para finalizar, me gustaría manifestar la satisfacción de paciente y familiares con la rápida y favorable evolución de la herida, y, las intervenciones enfermeras utilizadas, totalmente indoloras y cómodas en su ejecución (2 curas por semana). Con todo esto se consigue un aumento en la calidad asistencial y una mejora en la práctica enfermera.

CareDENT Clínica Dental
30 Prestaciones GRATIS

20%
DESCUENTO
EN TODOS LOS TRATAMIENTOS...
... Y VUELVA A SONREIR
CareDENT Jerez
Avda. de Méjico, 11 - Edif. Urbis - Local 2.2
Plaza del Caballo / 11405 Jerez de la Frontera
Telef. 956 185 828 *20% dto. promocion apertura
Avda. Cayetano del Toro, 17. CÁDIZ – Tel.: 956 27 35 10

EL PENSAMIENTO de *San Juan de Dios* y los CUIDADOS

Fco. Ventosa Esquinaldo.
Hospital San Juan de Dios
Bormujos – Sevilla.

Los modelos de Enfermería no son otra cosa que la representación resultante de las distintas miradas que las enfermeras han dirigido y dirigen hacia el proceso de cuidar. Podría decirse que los modelos muestran qué es la Enfermería y, a la vez, permiten llegar a desarrollar, a modificar y a recrear su contenido disciplinar.

Adquieren su verdadero significado cuando se trasladan a la práctica y son sometidos a la prueba de la experimentación. Dado que cada Modelo es único, porque tienen sus propios criterios, estos han sido desarrollados unos en mayor medida que otros. La incorporación de un Modelo de Enfermería a la práctica profesional, deberá hacerse desde el análisis de la realidad donde se vaya a implantar.

Los Modelos de Cuidados, como construcciones teóricas sobre el pensamiento enfermero, empiezan a desarrollarse a mediados del siglo XX, fundamentalmente en los Estados Unidos y Canadá.

La reforma de nuestra carrera, en julio de 1977, conocida hasta ese año con el nombre: Ayudantes Técnicos Sanitarios, es cambiada por Diplomado/a Universitario/a en Enfermería. Este hecho, esta realidad, fue el motivo de hacerme muchas preguntas respecto a la profesión; como docente y como Director de la nueva Escuela Universitaria de Enfermería, en Ciempozuelos (Madrid), dado que el nuevo Curriculum a impartir tenía nuevas materias: Enfermería Fundamental donde se incluía nuestra Historia de la Profesión, la relación Orden Hospitalaria y Enfermería, fueron algunas de ellas.

Pasados unos años (1980), me formulé la pregunta siguiente: ¿El legado de San Juan de Dios y sus herederos, obra Juandediana, no constituirá un Modelo de Cuidados?

Hay razones que pueden llevar a pensar que esto no es posible; dado que la procedencia del autor y sus herederos es católica y por otra parte esta obra Juandediana se desarrolla al margen de lo académico, que en cierto modo es lo que da "carta de naturaleza" a la práctica totalidad de las autoras conocidas como teorizadoras actuales.

En el año 2007 me matriculo en la Universidad Complutense de Madrid, para hacer el Master de Investigación en Cuidados, como paso previo al Doctorado en Enfermería. El título de mi tesina fin de Master quedó así: "Conceptos y Valores presentes en el pensamiento de San Juan de Dios y la Orden Hospitalaria y su relación con la disciplina y la profesión de Enfermera en la actualidad".

Un año más tarde 2008, inicio el Doctorado con este título: "Pensamiento de San Juan de Dios y la Orden Hospitalaria y su relación con la Enfermería: Conceptos y valores". El día 17 de octubre de 2011 defiendo mi Tesis Doctoral ante un Tribunal, obteniendo la calificación Sobresaliente Cum Laude.

Han pasado 32 años de aquella pregunta: ¿"El legado de San Juan de Dios y sus herederos, obra Juandediana, no constituirá un Modelo de Cuidados"?, y por fin he dado respuesta, sobre todo, elevándola a la Comunidad Académica.

Juan de Dios comienza por pensar, por reflexionar sobre la palabra o concepto caridad, en el cuidado y le da tanto valor que la caridad como cuidado la eleva al nivel más alto, Dios. Dios es Amor.

Llega a intuir el gran amor que Dios tiene a la humanidad, el gran amor que le tiene a él. No solo es intuición; es experiencia que le mueve a darse plenamente a los demás. El amor es la tendencia, o, según los casos, el acto que trata de conducir cada cosa hacia la perfección de valor que le es peculiar y la lleva afectivamente, mientras no se interponga nada que lo impida.

No son las cosas que le son cognoscibles las que determinan y circunscriben su mundo de valores, sino que es el mundo de sus valores esenciales lo que determina, circunscribe el ser cognoscible de Juan de Dios. Quien tiene amor ama y ve en el amado algo más que lo que tiene y posee en sus manos. Puede fatigarse el impulso que lo desencadena; pero el amor mismo no se fatiga.

Juan de Dios intuye el fundamento de las cosas de los hombres sintiendo la presencia, la potencia de Dios en ellos y lo mantiene recreándolo de continuo. La certeza de que tras de cualquier fenómeno o acontecimiento, enfermedad, muerte, nacimiento, pobreza, riqueza, se esconde un Dios providente, un sentido profundo que nunca había alcanzado a ver ni sus ojos ni su entendimiento.

Le asalta un propósito de vivir el Credo que solía decir en sus oraciones, se veía aplicándolo en su entorno, con los hombres y mujeres; no sabe, aún, como ayudarles, ponerse a su servicio, cómo acertar a socorrerlos, cómo practicar las obras de misericordia, que se le figuraban como un programa de acción insustituible donde cabían todos.

No sabe aún como lograrlo, pero en sus adentros lo tenía decidido está seguro que lo conseguirá. Siente que la mejor cura para el enfermo es encontrase en lugar apacible, limpio. Verse atendido personalmente, tratado como importante, como persona y no como una enfermedad. Por eso, en un principio cuida personalmente, creando un ambiente propicio, de amorosidad, consuelo, paciencia sin límite, bondad alargada.

Cuando Juan de Dios cuida, tiene presente la naturaleza del ser humano, de ahí su cuidado integral a la persona en lo interior y en lo exterior. Para él, cuidar de un ser humano es algo más que paliar sus necesidades somáticas. Juan de Dios percibe todas sus necesidades y así, vela y responde a ellas.

La variedad de su acción es una de las cosas que sorprende en Juan de Dios; la diversidad de situaciones con las que se encuentra o en las que se mete, son expresión de su actitud universal, de la riqueza de su corazón.

Cuando descubre que lo decisivo en la vida acontece entre el "yo" y el "tu" y lo asume, su compasión y su preferencia por recrear la vida de los demás desde ellos mismos, sin juzgarles ni reprochar nada, comienza a dar y darse con espontaneidad y desinterés.

Juan de Dios sabe que solo no puede hacer nada. Es necesario una buena organización y para ello se apoya en los primeros Hermanos, Trabajadores, Bienhechores y la Limosna. Son estos los Pilares donde se cimienta el carisma recibido, "su carisma"; son la fuerza donde cimienta y afianza, hasta nuestros días, su modo de aplicar cuidados, un singular estilo de implicar a las personas para compartir su propio carisma; pero no condiciona, no impone. El comprendió y vivenció que la caridad le lleva a misericordia y la materializó, la expresó en hospitalidad, de ahí su grandeza.

Sobre Juan de Dios no decidieron influencias de modelos observados, sino que quería algo nuevo, estaba siendo fiel a sus impulsos de aventura, le atraía lo desconocido.

Los primeros Hermanos que siguieron su estilo de vida aprendían de él a acoger, servir y amar a los pobres y enfermos con los gestos que le vieron practicar y que luego recogieron en las Constituciones de la Orden, para perpetuar el modelo de Hospitalidad heredado de Juan de Dios Fundador. Admirable la valentía y actuación de aquellos Hermanos. Ellos tenían muy presente, y así lo han transmitido, que eran-son hospitalarios cuando están con la persona enferma, la reconocen, la defienden de los peligros que sufren.

Cuando se sitúan ante el dolor y tratan de disipar la angustia y de asegurar bases sólidas a la vida física y psíquica, se convierten, gracias a su competencia y convicción en instrumento del Espíritu. No se trata de mayor eficacia de actividad nueva, sino de un estilo nuevo de presencia posible, aliviando el sufrimiento humano a través del cuidado.

"En Kentaja pensamos que el futuro de un país comienza con la formación humana y profesional de sus niños y jóvenes"

Entrevista a Manuel Castañeda Romero, Enfermero del Hospital Universitario de Puerto Real y miembro de la ONG Kentaja

Inmaculada Martínez Aragón

Manuel Castañeda Romero es un enfermero del Hospital Universitario de Puerto Real. Lleva dos años colaborando con la ONG Kentaja, una asociación sin ánimo de lucro creada en Camerún en 1991 que trata de responder a las necesidades de niños huérfanos o con necesidades extremas y en situación de desamparo.

Camerún está situada en el Golfo de Biafra, hace frontera por el sur con Guinea Ecuatorial y el Congo. Cuenta con una población cercana a los dieciocho millones de habitantes, un alto índice de nacimientos y de SIDA. En ella se pueden encontrar los tres climas y regiones típicas de África en un derroche de diversidad paisajística y cultural: la selva tropical; la sabana y, en la parte alta, el desierto.

La ONG Kentaja trabaja actualmente con tres grupos diferentes de ninos, dando respuestas individualizadas, según cada situación personal, familiar y de su entorno ambiental.

El objetivo de esta ONG es acoger, proteger y acompanar a todos ellos en su desarrollo integral desde ninos hasta adultos, proporcionándoles además de cuidados de salud, alimento, ropa y asistencia al colegio, una formacion universitaria o profesional para que puedan tener un futuro estable.

Por las Casas de Acogida que Kentaja tiene abiertas han pasado ya mas de seiscientos ninos que se han convertido en jovenes que actualmente trabajan de albaniles, fontaneros, mecánicos, enfermeros, médicos y otras profesiones.

Enfermería Gaditana.- ¿Quiénes integran Kentaja?

Manuel Castañeda.- En estos momentos Kentaja desarrolla su labor apoyada sólo por personas voluntarias que dedican su tiempo y esfuerzo tanto en labores de gestión como de organización de actividades y definición de proyectos. La sede social está en Puerto Real.

E.G.- ¿Con qué recursos contáis?

M.C.- Nuestros recursos proceden de las cuotas de los socios, de donaciones privadas y de algunas subvenciones públicas.

E.G.- ¿Cómo comenzaste a formar parte de Kentaja?

M.C.- Hace dos años cuando me enteré que Julio Lozano, el presidente de la Asociación, iba a Camerún para la evaluación y seguimiento de los proyectos que se estaban llevando a cabo en las casas de acogida de Badzuidjong, Bakou y Nkongsamba.

E.G.- En Kentaja trabajáis dando respuesta personal a diferentes grupos de niños, en función de su situación personal, familiar y de su medio ambiente.

M.C.- Efectivamente. En primer lugar, y con especial atencion y dedicacion, estan los ninos que tienen unas necesidades muy especiales: huerfanos o aquellos que de ninguna forma pueden estar con sus familiares, debido a que ni siquiera tienen lo mas basico para darles de comer o un techo bajo el que cobijarse. Para ellos Kentaja tiene abiertas tres casas de acogida, situadas en poblaciones diferentes y muy distantes unas de otras con el fin de que la cobertura

territorial sea superior, y segun el lugar atender mejor su formacion profesional.

La primera de las casas esta dedicada a los mas pequenos, hasta los 8 anos. En la segunda conviven hasta los 14 anos, y en la ultima estan los mayores, es decir, hasta que terminan sus estudios o formacion laboral y encuentran su primer trabajo formando su propia familia. En total forman una familia de 130 chicos, además de los cuidadores y personal dedicado ellos.

En segundo lugar, tenemos aquellos ninos que aun teniendo una familia y un techo, sus padres no tienen posibilidades de alimentarles. Es el caso de tantos ninos pequenos que al alba se ven por los caminos de la selva acompanando a sus madres, machete en mano, camino de los campos para cortar algo de fruta que llevar al mercado o vender por las carreteras. Con estos ninos, Kentaja se compromete con los padres a proporcionarles de una forma controlada todo cuanto necesitan para comer y asistir al colegio. En esta situacion proporcionamos todo lo suficiente a un total de 40 ninos.

Y en tercer lugar, atendemos aquellas familias que disponen de los medios necesarios para tener a sus hijos en casa, proporcionandoles todo lo que necesitan, pero que de ninguna forma pueden costearles las matriculas y material suficientes para ir al colegio. Con estas familias, y de una forma tambien totalmente controlada, se les ofrece todo lo necesario para que puedan asistir al colegio. En esta situacion atendemos a más de 150 ninos. Y es que en Kentaja se piensa que el futuro de un pais comienza con la formacion humana y profesional de sus ninos y jovenes.

E.G.- El objetivo de su anterior viaje fue la construcción de una instalación de agua potable para una parte de la población de Camerún.

M.C.- He de destacar que disponer de agua potable es un lujo en Camerun, y como consecuencia de esta carencia las enfermedades, especialmente gastrointestinales, tienen una alta incidencia. En este sentido me he sentido enormemente satisfecho en mi anterior viaje, puesto que el objetivo era la dotación de agua potable para una poblacion perdida en la selva.

Nuestro fin en Kentaja no es trasladar a estos ninos de su lugar de origen. Pensamos que no debemos traerlos a Espana ni siquiera en unas vacaciones. Ya que es muy duro poner la miel en los labios y despues retirarsela. Creemos que debemos prepararlos para que sean ellos los que en un futuro contribuyan a levantar su país, desde su cultura. Y para ello todos nuestros esfuerzos van dirigidos no sólo a cubrir sus necesidades básicas sino encaminados a que puedan ocupar un lugar en su sociedad.

E.G.- ¿Qué proyectos han llevado a cabo hasta el momento?

M.C.- Se han construido tres casas de acogida, que dan alojamiento a los niños a lo que hice mención en la pregunta anterior. La primera

en Dkongsamba, donde tenemos a los mas pequenos, desde recien nacidos hasta los 7 años; otra en Badzuidjong, en la que se encuentran chicos de entre 8 y 14 anos, y la tercera en Bakou, donde conviven los mayores.

Por otro lado, con la ayuda entre otros de la Diputacion de Cordoba hemos levantado una granja de pollos con capacidad para 1500 en el pueblo de Bakou. Gracias a ello, los ninos comen, por fin, carne de pollo todos los domingos, algo inasequible hasta el momento, debido al precio desorbitado de esta carne en Camerun.

Asimismo, se han construido consultorios medicos no solo en pueblos donde tenemos Casas de Acogida, sino tambien en otras poblaciones cercanas en los que de una forma totalmente gratuita intentamos dar una respuesta a las necesidades sanitarias de la poblacion.

Además se ha creado una prensa para sacar aceite de palma y se ha instalado agua potable para el consumo de la población de Badzuidjong, lo que está permitiendo reducir considerablemente las infecciones gastrointestinales.

Es de destacar el concepto de igualdad de género que procuramos inculcar en la formacion de nuestros chicos en un pais donde esta permitida la poligamia en detrimento de la igualdad entre el hombre y la mujer. Desde muy pequenos les enseñamos a realizar todas las actividades de la casa desde la igualdad de género: lavar la ropa, fregar, barrer, hacer camas, limpiar, y otras labores domésticas. Los resultados ya los estamos recogiendo: Cuando salen de nuestras Casas formando una familia rechazan la poligamia y el trato es de igual a igual.

Finalmente, el proyecto desarrollado el pasado año tuvo lugar entre los dias 29 de noviembre y 28 de diciembre, con el siguiente planning de trabajo:

En las tres casas de acogida anteriormente nombradas, realizamos un screening a todos los ninos y jovenes, asi como a las poblaciones adyacentes a las mismas, llevándose a cabo una actuacion sanitaria y de educacion para la salud a toda la poblacion de la zona, con especial atención a los afectados de diabetes e hipertensión. Además nos invitaron a conocer el hospital de referencia de la ciudad de Bagan, con graves carencias estructurales, materiales y equipamiento quirúrgico, así como graves problemas con la asepsia. Observando que, debido al gran uso de las motocicletas como medio de transporte personal y colectivo, existe una alta tasa de traumatismos graves. Del mismo modo, se les ha ensenado a tratar las heridas y quemaduras, proceso muy comun en la zona.

E.G.- En estos momentos estáis preparando el viaje de este año que realizaréis tan pronto tengáis preparado el contenedor de trasporte con la mercancía necesaria, ¿qué tipo de material necesitáis?; ¿Adónde puede acudir la gente que quiera colaborar?

M.C.- Necesitamos cualquier tipo de material, siempre y cuando esté en buenas condiciones de uso, especialmente material, instrumental y mobiliario sanitario, sábanas, toallas, pijamas, menaje de cocina, material ortopédico (bastones, sillas de ruedas), productos de higiene personal, ropa deportiva, bicicletas, carritos de limpieza, pañales, fregonas y cubos, material escolar (cuadernos, lápices, bolígrafos,…), botas de agua, zapatillas, chanclas, chubasqueros, etc.

Para aquellos que quieran colaborar con la ONG Kentaja
Julio Lozano Lorenzo, presidente Asociación Kentaja:
607 63 68 65/ 956 83 73 21
www.kentaja.org; E-mail: info@kentaja.org

"PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES"

Servicio de Urgencias. Hospital de Cabueñes (Gijón, Asturias)

3ª PARTE

REVISADO Y ADAPTADO PARA SU PUBLICACIÓN POR LA REDACCIÓN DE ENFERMERÍA GADITANA

Enfermería Gaditana publicará en tres partes, a través de los números 19, 20 y 21, la guía 'Protocolo de detección de malos tratos a personas mayores' elaborada por profesionales sanitarios del Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes de Gijón. Se trata de un protocolo en el que se ofrecen la herramientas necesarias para filtrar los malos tratos a nuestros mayores y poder darles solución.

AUTORES: Mª del Carmen Álvarez Baza (Enfermera del Servicio de Urgencias[1]). **Adolfo Suárez González** (Presidente de la Comisión de Investigación Área Sanitaria V). **Guadalupe de la Riva Miranda** (Coordinadora Médica del Servicio de Urgencias[1])

REVISIÓN: Mª Mercedes López Díaz (Trabajadora Social[1]). **José Mª Fernández Rodríguez** (Coordinador de Salud Mental[1]). **Mª Teresa Olmo Yáñez** (Subdirectora Médica[1]). **Felicidad San Feliz Sánchez** (Directora de Enfermería[1]). **José Antonio Vecino** (Director Médico[1]). Médicos, Enfermeros y Auxiliares de Enfermería del Servicio de Urgencias[1].

([1]) Hospital de Cabueñes (Gijón, Asturias)

8. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALOS TRATOS EN PERSONAS MAYORES

Este problema social y sanitario, es ignorado por amplios sectores de nuestra población y las medidas legislativas, administrativas y de prevención que se adoptan son escasas en comparación con las que se acometen para proteger a otros sectores de la población como mujeres y niños.

La sociedad debe tener conciencia de que muchas personas de edad sufren malos tratos físicos, vejaciones, insultos, violencia económica y desatención a sus necesidades básicas. Circunstancias que se producen tanto en instituciones, como en el entorno familiar.

La instauración del marco normativo para proteger los derechos de las personas mayores, la formación de los profesionales, la educación ciudadana y la investigación se revelan como medidas interdependientes, capaces de prevenir y abordar el maltrato de forma íntegra. El éxito de la acción integral de prevención y atención a las víctimas mayores debe descansar sobre una coordinación estrecha de la intervención jurídica, educativa y médico-social.

Los malos tratos demandan una atención multidisciplinar integrada por médicos, trabajadores sociales, enfermeras/os, auxiliares de enfermería, geriatras, psicólogos-psiquiatras, expertos en derecho y policías.

Los programas de intervención tienen por objetivos, prevenir la aparición de la violencia, detectar las situaciones de abuso y facilitar el tratamiento adecuado de víctimas y agresores. Antes de realizar la intervención debe plantearse cuestiones de seguridad de la víctima, valoración geriátrica global (estado cognitivo, estado psíquico), accesibilidad para intervenir, recursos sociales y posibilidades de financiación y la frecuencia, severidad e intencionalidad del maltrato.

Ante esto es preciso garantizar la seguridad y la autonomía del anciano. Evidentemente, la intervención supone una disrupción e intromisión en la dinámica familiar e institucional y constituye un arma de doble filo. Por ello, la decisión de intervenir se basa en distintos aspectos, entre los que están los éticos y legales.

Cualquier forma de intervención requiere el consentimiento del paciente. Si este no acepta la ayuda, debe valorarse si dispone de la adecuada capacidad de juicio para dar validez a su rechazo a dicha intervención:

Si la víctima es competente, el profesional sanitario le ofertará las opciones disponibles (recursos institucionales y sociales), para que elija la que prefiere *Anexo 15*.

Anexo 15

☎ TELÉFONOS Y DIRECCIONES DE ASISTENCIA A VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA

- Emergencias: 112
- Consejería autonómica de Bienestar social
- Concejalía municipal de Bienestar social
  - Dirección General de Atención a Mayores
  - Discapacitados y Personas Dependientes
  - Concejalía de Atención y Centros Sociales
- Cruz Roja Española

Si la víctima no acepta la intervención, hay que sopesar la posibilidad de que la persona sea incapaz de actuar en su propio interés por coacción o miedo a represalias o por miedo de abandono.

En el caso de ancianos no competentes y cuando hay riesgo de daño grave, se debe separar a la víctima del agresor. En ocasiones hay que iniciar la solicitud de incapacidad legal o bien comunicar al juez la necesidad de institucionalización. Si no hay riesgo de daño grave se plantearán otras soluciones como descansos, centros de día o trabajadores familiares, ante un conflicto de sobrecarga del cuidador y tratamiento psiquiátrico en caso de enfermedad mental o toxicomanía del cuidador.

Las soluciones serán muy variables dependiendo de los recursos sociales disponibles en el lugar del suceso, la capacidad y disponibilidad de los profesionales envueltos en el mismo y la normativa legal aplicable en cada caso.

A un anciano que presenta un riesgo potencial de sufrir daños no debe permitírsele volver al medio donde vive, hasta que se haya solucionado la cuestión del abuso o el abandono. Cuando se considere apropiado, el paciente debe ser hospitalizado, dado de alta bajo los cuidados de un familiar o un amigo de confianza o remitido a un centro de refugio cualificado para el cuidado de ancianos maltratados**.**

9. PROTECCIÓN JURÍDICA DE LAS PERSONAS MAYORES

Aunque el ordenamiento jurídico se refiere de forma esporádica a las personas mayores, contiene elementos suficientes para reprimir y castigar los actos de abuso y negligencia que se hayan cometido contra este colectivo.

El texto constitucional español garantiza derechos fundamentales, (derecho a la vida, a la libertad, a la propia imagen, seguridad de la persona, etc.), que no pueden ser restringidos en ninguna sociedad libre y democrática y que son aplicables a todos los ciudadanos, independiente de su edad. Tan solo el artículo 50 hace referencia específica a las personas mayores *(Anexo 16).*

El Código Penal no se posiciona específicamente contra los malos tratos padecidos por las personas mayores, sino que, de forma genérica, se aplica a todos los ciudadanos y tipifica delitos y faltas de agresiones, robo, fraude, extorsión, abuso de confianza, etc. Este texto jurídico no define el abuso y la negligencia como maltrato infligido voluntariamente a una persona mayor, produciéndole daños físicos y emocionales. Tampoco realiza una definición operacional del abuso como intimidación, humillación, agresiones, violencia económica, inadecuada administración de medicamentos, violación de correspondencia, privación de libertad, etc., ni define la negligencia como causa de daños físicos o psicológicos a la persona mayor o a sus bienes *Anexo 16*.

El Código Civil tampoco hace referencia expresa a la violencia ejercida contra las personas mayores. Sin embargo la reforma llevada a cabo en 1983 supone un cierto avance, especialmente en el campo de la incapacidad, la tutela, el internamiento involuntario, etc., que no se utilizan como medidas de represión o de control de las personas mayores sino como figuras jurídicas de protección al enfermo *Anexo 16*.

Anexo 16

NORMATIVA LEGAL RELACIONADA CON LOS MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES

- **Constitución Española:** Artículos: 14, 15, 17, 18, 24, 29, 50.
- **Código Penal:** Artículos: 147,148, 153, 163, 169, 173, 178,195, 196, 226, 229, 252, 619, 620.
- **Código Civil:** Artículos: 142-153, 199, 200, 222, 223, 269, 270.
- **Ley de Enjuiciamiento Civil (1/2000, de 7 de enero):** Artículos: 262-355, 756-763.

En el contexto internacional, solo unos cuantos países han desarrollado marcos normativos destinados a proteger a las personas mayores contra los malos tratos, aunque su eficacia, todavía, no ha sido contrastada.

Es necesario realizar una profunda revisión legislativa para articular un marco normativo que contemple todas las variables que influyen en la aparición del maltrato y la negligencia y dote a la sociedad de los recursos y medios apropiados para combatirlos. El futuro marco normativo debe buscar el equilibrio entre la protección jurídica del mayor y su derecho a tomar sus propias decisiones y preservar su autodeterminación. El maltrato nunca tiene justificación y cada caso requiere la aplicación de medidas legales apropiadas y la persona mayor tiene derecho a elegir libremente su modo de vida, respetando siempre los derechos de los demás.

Un marco normativo avanzado debe considerar a las personas mayores como grupo vulnerable diferenciado y velar porque la sociedad apoye a las víctimas de malos tratos y autonegligencia, ofreciéndoles modelos de atención multidisciplinares y de atención integral.

Vivir hasta llegar a viejo es uno de los logros más extraordinarios del siglo XX. Ser viejo y vivir con dignidad, libre de cualquier forma de abuso o violencia, debe ser una meta común para todas las sociedades del siglo XXI. Con estrategias como concienciación y educación de la población, mejora de las relaciones intergeneracionales, formación de los profesionales, mayor autonomía de las personas mayores, cambiando el papel de los medios de comunicación, más recursos para el ocio, mejores soluciones estructurales, más investigación en este campo, podría prevenirse el maltrato al mayor, según la perspectiva de los mayores.

Los profesionales sanitarios de los SUH, tenemos la obligación moral de formarnos en el cuidado del anciano enfermo, de prestar atención a cualquier señal que sugiera la existencia de maltrato, abandono y encarnizamiento terapéutico, abandono socio-familiar y paternalismo en el trato a los pacientes ancianos; así como de realizar las actuaciones oportunas para corregir esta situación y evitar cualquier otro posible, con una mayor coordinación entre todos los niveles asistenciales, sociales y sanitarios.

10. BIBLIOGRAFÍA

Bazo MT; Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001; 36(1): 8-14.

Davies M.; Detección del maltrato: una herramienta de evaluación para los profesionales de la enfermería. Decalmer P, Glendenning F. El maltrato a las personas mayores. Barcelona. Paidós. 2000. Cap 6: 137-54.

Jiménez Navascues L, Ballesteros García M, Hijar Ordovas CA.;¿Qué sabemos de los malos tratos en los ancianos? Revista Enfermería Científica 2001; 236-237:7-12.

Jimémez P, Jiménez-Poyato I.; Algunos aspectos legales sobre el maltrato a las personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol 2003; 38(1):46-53.

Larrión Zugasti JL, Paul Ochotorena J.; El síndrome del anciano maltratado. Revista Medicina Clínica 1994; 102: 216-19.

Lázaro del Nogal M.; Abusos y malos tratos en el anciano, responsabilidad del médico. Anales de Medicina Interna 2000; 17:37-45.

Martínez- Maroto A.; Malos trato y personas mayores. Un enfoque jurídico. Rev Esp Geriatr Gerontol 2003; 38(3): 129-31.

Moya A, Barbero J.; Malos tratos en personas mayores: marco ético. Rev Esp Geriatr Gerontol 2003; 38(2): 177-85.

Muñoz Tortosa J.; Malos tratos en personas mayores. En: Psicología del envejecimiento. Madrid. Psicología Pirámide 2002. cap 9: 133-48.

Naciones Unidas; Plan de acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento 2002. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37(S2): 12-36.

OMS/INPEA.; Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre el abuso y maltrato al mayor. Rev Esp Geriatr Gerontolo 2002; 37(6): 319-31.

Peg Gray-Vickrey, RN,C,DNS.; Como reconocer los signos de abuso en los ancianos. Nursing 2000; 18(2): 18-19.

Peg Gray-Vickrey, RN, C, DNS; Protección de los ancianos. Nursing 2000; 18(10): 8-12.

Peralta A.; “La hoja roja”: abusos a ancianos. Gerokomos 1998; IX (1): 12-15.

Pérez Melero A.; Aspectos éticos del cuidado de los ancianos. En: Pastor García LM, León Corre FJ. Manual de ética y legislación en enfermería. Madrid. Mosby. 1997. Cap 22:144-47.

Rosario de Menezes M, Rodríguez Xavier Manco A, Partezani Rodríguez R.; Violencia contra el anciano. Silenciar es complicidad. Revista Rol de Enfermería 1999; 22(1): 35-38.

Ruiz Sanmartín A, ConmeSolé M, Boncompte Vilanova P, Altet Torner J, Porta Martín N, Duaso Izquierdo P, Postigo Lastrada P.; El médico de familia y el síndrome de los malos tratos a ancianos. Atención Primaria 2000; 26(9): 641-46.

Ruiz Sanmartín A, Altet Torner J, Porta Martín N, Duaso Izquierdo P, Conme Solé M, Requeséns Torrellas N.; Violencia doméstica: prevalencia de sospecha del maltrato a ancianos. Atención Primaria 2001; 27(5): 331-34.

Sánchez del Corral F.; Maltrato a las personas mayores: alguna respuesta a algunos interrogantes. Rev. Esp. Geriatri. Gerontología 2004; 39(3): 151-3.

Sanchéz del Corral F, García- Armesto S, Pajares G, Otero A, Ruipérez I.; Estudio cualitativo SEGG-INSERSO: la perspectiva de los mayores españoles sobre el maltrato al anciano. Rev Esp Geristr Gerontol 2004; 39(2): 72-93.

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. La percepción de los profesionales sobre negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores. Rev Esp Geristr Gerontol 2004; 39(4): 240-54.

Tabueña M.; Consejo para la prevención de los malos tratos y abusos en las personas mayores. Revista Medicina Clínica 2001; 116(Supl 1): 137-39.

Kruger RM, Moon CH.; ¿Puede describir los signos de maltrato de ancianos? Maltrato de ancianos. Posgraduate medicine 2000; 4(4): 65-73.

CONSULTADOS

El maltrato a las personas mayores. Copiladores.**Peter Decalmer, Frank Clendenning.** Paidós. Trabajo Social 8.

Violencia contra personas mayores. Isabel Iborra Marmolejo. Ariel.

Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación. **Antonio Moya Bernal y Javier Barbero Gutiérrez.** Colección Manuales y Guías. Serie Personas Mayores. M y G. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Protocolo regional de prevención y detección de violencia en la mujer mayor de 65 años. José Mª Barba Martínez, Virtudes Ferrer Prior, Amor Gea Serrano, Rosa Mª Guillén Martínez, Catalina López Asensio, Marina Tourné García. Instituto de la Mujer. Región de Murcia.

Guía de intervención rápida en Enfermería Geriátrica. Cristina Castanedo Pfeiffer, Misericordia García Hernández, Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontología. Difusión Avances de Enfermería (DAE).

La salud mental de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en el punto de mira de las Matronas gaditanas

Medio centenar de matronas, reunidas en una Jornada organizada por el Colegio de Enfermería de Cádiz, han elaborado un documento de consenso para mejorar el tratamiento integral de la depresión en el transcurso del embarazo, parto y puerperio (EPP)

I.M.A.

Las propuestas de mejora del Plan de abordaje integral de la Depresión en el EPP, del Colegio de Enfermería de Cádiz, constituye una llamada de atención a la sociedad en general y a los profesionales de la salud en particular sobre la gravedad e impacto del problema y una propuesta a las autoridades sanitarias para que sea incluido en la cartera de servicios.

Con frecuencia, la Depresión Postparto (DPP) no es tenida en cuenta como problema potencial en las intervenciones de las matronas durante el embarazo, parto y periodo postnatal, siendo abordada puntualmente tan solo en los casos en los que se detecta, por lo que se configura esencial la actualización en conocimientos, técnicas y habilidades para la detección precoz y el tratamiento efectivo. Se deben incluir en la rutina de valoración durante el embarazo y puerperio sistemas de detección de signos de predisposición de la mujer a desarrollar una DPP.

La Depresión, segunda causa de enfermedad y de discapacidad laboral

Isabel Muñoz, conductora de esta Jornada y directora de los debates comenzó su intervención llamando la atención sobre este episodio "no psicótico" que, afecta aproximadamente entre el 13% y el 50% de todas las madres en nuestro entorno. Según la Organización Mundial de la Salud, la Depresión constituye la segunda causa de enfermedad y de discapacidad laboral en el mundo. Las mujeres con especial predisposición al estrés, la ansiedad o depresión podrán desarrollar DPP, trastorno que también viene influenciado por factores biológicos, fisiológicos, psicosociales y familiares y que puede originarse o extenderse desde el embarazo hasta el primer año de postparto.

Esta alteración importante del equilibrio de la salud, constituye un proceso despersonalizador, regresivo e incapacitante para las mujeres que lo padecen. Pueden concurrir síntomas como baja autoestima, pérdida de energía vital, debilidad física, tristeza, falta de atención, susceptibilidad, labilidad emocional, insomnio, pensamientos suicidas, etc., pudiendo ser mediada la gravedad del problema por expectativas irreales respecto del embarazo, parto y puerperio, por aspectos relacionados con el desarrollo personal, coexistencia de depresión latente previa, no aceptación del embarazo, desavenencias con la pareja y otros factores.

Conclusiones y propuestas del encuentro

La jornada, que se celebró el pasado 26 de abril en el salón de actos del Colegio de Enfermería de Cádiz, siguió metodología de panel de profesionales concluyéndose sobre la necesidad de hacer aflorar el problema de la DPP por la gravedad del impacto sobre la salud física y mental de la madre y del recién nacido; no solo durante el desarrollo del embarazo, sino también durante el trabajo del parto y fundamentalmente durante el periodo postnatal.

Entre las conclusiones de la Jornada de estudio del grupo de expertos destacan: La necesidad de elaborar un Programa Puerperal Integral por parte de todos los profesionales de la salud que intervienen en el proceso tanto en los centros de salud como en el hospital. La importancia de trabajar los aspectos afectivos durante el embarazo, parto y puerperio con la mujer y su familia. El liderazgo que debe asumir la Matrona y las propias mujeres en la prevención y detección de este problema. La conveniencia de hacer aflorar el problema informando y sensibilizando a la sociedad sobre la importancia de la DPP, su prevención y tratamiento y la necesidad de dotar a los profesionales de habilidades relacionales y de entrevista clínica.

En el acto de clausura, el presidente del Colegio de Enfermería, Rafael Campos, agradeció a los asistentes su participación y el excelente trabajo realizado, al tiempo que se comprometió desde la organización colegial, a continuar el trabajo iniciado, incorporando un programa de formación para las Matronas con el fin de mejorar en habilidades de comunicación y abordaje de situaciones complicadas, elaborando y divulgando folletos informativos, guías sobre la Depresión Postparto y vehiculizando propuestas de mejoras a la Administración.

Por su parte, Victoria Valimaña, vocal matrona y organizadora de la Jornada para el Colegio de Enfermería, destacó la importancia de la presencia de las Matronas en todos los procesos de salud de la mujer y la necesidad de que sean ellas las referentes en todo el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Posteriormente se sirvió un cóctel a los asistentes por gentileza de Air Liquide Medicinal, grupo farmaceútico que presentó a los asistentes las ventajas del uso del Oxido Nitroso « Kalinox » como la analgesia inhalatoria en obstetricia.

Musicoterapia en la sala de parto

María Cantos, Matrona

RESUMEN

El efecto beneficioso de la música en el feto ha sido demostrado gracias a los procedimientos diagnósticos de última generación. El adecuado uso de la música de forma terapéutica durante la gestación y en el parto aumenta el grado de satisfacción de las pacientes. El papel de la matrona como formadora y aplicando el sonido como técnica beneficiosa para la gestante es crucial para conseguir objetivos de salud.

INTRODUCCIÓN

¿Quién no se ha sentido una persona diferente escuchando su melodía preferida? y ¿quién no se ha aislado del mundo que le rodeaba mientras se deleitaba con una hermosa canción?

Aunque no es imprescindible para la supervivencia del hombre, forma parte de su vida desde antes de nacer, porque los fetos escuchan la música y los sonidos. Con procedimientos diagnósticos de última generación la ciencia ha comprobado el efecto de la música en el útero materno.

Para Edith Lecourt, musicoterapeuta francesa; **es la aproximación sensorial sonora con intención terapéutica a cierto número de dificultades psicológicas y patológicas mentales…"** Para la Asociación Catalana de Musicoterapia; **es la aplicación científica del arte de la música y la danza con finalidad terapéutica y preventiva, a fin de poder ayudar a incrementar y restablecer la salud mental y física del ser humano, mediante la acción del profesional.** Para la American Music Therapy Association (AMTA); **"Es el uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos: la restauración, mantenimiento y acrecentamiento de la salud tanto física como mental. Es la aplicación sistemática de la música, dirigida por el musicoterapeuta en un ámbito terapéutico para provocar cambios en el comportamiento…"** Buscando en el diccionario Larousse Ilustrado encontramos que; **Musicoterapia: Utilización de los efectos de la audición o de la interpretación musical para fines psicoterapéuticos.**

Cuando asociamos musicoterapia con embarazo y parto debemos tomar los tres elementos básicos que nos permiten conseguir e incrementar la comunicación con el bebé por nacer. Estos son: **la conducción de la vibración de la música desde donde sale hasta que llega al bebé, las posibilidades auditivas del bebé por nacer y lo que le transmite la madre mientras escucha la música.**

Desde lo terapéutico, la futura mamá se compenetra mucho más en las tres áreas fundamentales del embarazo: la física, psíquica y emocional; mientras que el feto se irá relacionando con melodías que reconocerá dentro del útero y que estimularán su sistema neurovegetativo, brindándole diferentes experiencias.

Antes de nacer los bebés perciben las vibraciones a partir del cuarto mes, a través del líquido amniótico; después comienzan a oír sonidos. Todos los fetos que antes de nacer y también después de su nacimiento son acostumbrados a tener como compañía la música, crecen y se desarrollan con importantes ventajas: suelen ser mucho más tranquilos, más sociables, muy simpáticos, no tienen problemas para su alimentación, duermen mejor, poseen gran imaginación y son curiosos y sensibles; suelen hablar fluidamente y lo acompañan de un tono musical.

Algunos de los efectos negativos que pueden darse durante la gestación y por diversos motivos son la ansiedad y el estrés emocional, ante las circunstancias y las incógnitas que rodean todo nacimiento, y en especial gestaciones no deseadas, de riesgo o de adolescentes. La ansiedad y el estrés emocional afectan al feto y pueden llevar al aborto espontáneo (Grimm). Según McDonald (1968) existe una relación entre el aumento de catecolaminas y la disminución de la eficiencia uterina. En 1978, Lederman, Work y McCann encontraron que el aumento de los niveles de ansiedad afectan fisiológicamente incrementando la epinefrina plasmática; se asocian a la disminución de contractilidad uterina y por tanto contribuyen a un parto más prolongado.

En 1991 Liebman y McLaren impartieron sesiones de musicoterapia a un grupo de adolescentes en su tercer mes de gestación y encontraron que fue evidente que aquellas adolescentes que recibieron sesiones de música y relajación fueron capaces de mantener un bajo nivel de ansiedad, al contrario de las que no recibieron dicho tratamiento. Estas sesiones consistían esencialmente en ejercicios de relajación física y audición musical. El tipo de música tiene que ser relajante, y la condición esencial es que guste a la oyente. Puede elegirse entre música clásica, romántica, de películas, etc. La música moderna puede estar indicada siempre y cuando, dado su carácter repetitivo en muchos casos, no resulte enervante. Es conveniente no fiarse de la propaganda comercial. Es imprescindible probar y experimentar en uno mismo los efectos que produce cada composición musical.

Evitar el predominio de instrumentos que exciten, como la flauta, el violín y parecidos. O la música con ritmo marcado de fondo, dado que resulta excitante, mientras que lo que se desea es conseguir efectos sedantes. Es imprescindible fomentar los sentimientos de aceptación plena y de amor hacia el hijo que se espera.

OBJETIVOS

Objetivo General:
Mejorar la calidad asistencial ofertada a las mujeres que acuden al Hospital Infanta Sofía (Comunidad de Madrid) para ser atendidas durante el proceso de parto.

Objetivos Específicos:
Aumentar la satisfacción percibida por las mujeres gestantes durante su ingreso en la unidad de paritorio.
Disminuir el grado de ansiedad y estrés que pueda presentar la gestante durante su ingreso en la unidad de paritorio.
Valorar el efecto de la música sobre el estado fetal durante el proceso de dilatación y expulsivo.

MATERIAL Y MÉTODO

Esta investigación se llevó a cabo en el Bloque Obstétrico del Hospital Infanta Sofía (San Sebastián de los Reyes).

Se realizó una sesión formativa para las matronas que forman parte de la plantilla del Hospital Infanta Sofía sobre la adecuada elección de la música durante el proceso de dilatación y expulsivo. Dicha sesión fue impartida por una matrona formada en musicoterapia. Duró 45 minutos y fueron resueltas dudas sobre qué tipo de música debe elegirse en cada situación.

Las salas de dilatación-parto-puerperio que forman parte de la estructura física de dicho hospital estaban abastecidas con equipos de música con la posibilidad de conectar CDs, ipod o radio. Además el personal del Bloque Obstétrico realizó una selección de 80 horas de música variada (pop, rock, clásica, instrumental, bandas sonoras,…) que se ofertaban a las mujeres que ingresaban en la unidad cuando ellas no traían su propia música.

El diseño se realizó de forma aleatoria y anónima, sin tener en cuenta nacionalidad, edad, estatus social, estado civil, acompañamiento,… y demás factores que puedan influir en el estado de ánimo de la mujer. Fueron elegidos partos eutócicos atendidos por matronas, se descartaron partos instrumentales, cesáreas o partos eutócicos atendidos por médicos que no habían dirigido el proceso de dilatación ellos mismos, ya que no habían recibido formación sobre la aplicación de la música en la sala de partos.

Tras la expulsión del recién nacido y durante el puerperio inmediato (período en el cual las gestantes permanecen en el bloque obstétrico), se les entrega un cuestionario para valorar el grado de satisfacción producido por la música (ANEXO I). Este cuestionario se lo entregará la matrona que haya realizado el expulsivo y alumbramiento tras haber dejado a la madre descansar durante una hora.

RESULTADOS

Un dato significativo en los resultados obtenidos es que un 87% de las mujeres cuestionadas no conocen los beneficios de la música en la aplicación durante el embarazo y parto. El 47% desconocían que los paritorios del Hospital Infanta Sofía cuentan con equipos de música para su uso personal. Un 92% de las mujeres que fueron atendidas refieren desear ser formadas para el uso de la música en futuros embarazos.

Dentro de los resultados obtenidos tras la valoración de los cuestionarios contestados por las gestantes se desprende que, un 83% de las gestantes expresan estar muy satisfechas con el uso de la música durante el proceso de parto, un 7% expresan estar satisfechas, un 6% refiere no sentir mayor ni menor satisfacción y un 4% refiere no haber usado el equipo de música.

El 90% de las gestantes que respondieron al cuestionario expresan recomendar el hospital Infanta Sofía para la atención al parto.

DISCUSIÓN

Los resultados señalan claramente una gran satisfacción con el uso de música durante el proceso de dilatación y parto, siendo necesaria y aconsejable una formación previa a las gestantes para el adecuado uso de la misma.

La matrona tiene un papel fundamental en la educación maternal y podríamos aprovechar dicha actuación para preparar a las futuras madres en el uso adecuado de la música durante la gestación, parto y puerperio.

Clark, McCorkle y Williams defienden la utilización de la música junto con las técnicas de preparación al parto por las siguientes razones:

La música es un medio muy eficaz como foco de atención (Sears, en 1968)

- La música es un medio de distracción que no reduce la experiencia subjetiva del mismo, pero aleja la atención del dolor (Davenport-Slack 1976). El sonido es la menos controlable de todas las modalidades de nuestros sentidos.
- La música es un estímulo placentero. En el acto de nacer se dan a la vez dos sentimientos distintos: dolor y gozo. La música puede adecuarse mejor que ningún otro estímulo a reflejar estos dos sentimientos contrarios.
- La música como estímulo condicionado para la inducir relajación. Los ejercicios de relajación son importantes porque ayudan a una adecuada oxigenación en áreas vitales del cuerpo con un mínimo de fatiga fisiológica y psicológica. Investigaciones realizadas han demostrado que la música clásica gusta más y despierta creciente interés con las audiciones repetidas, mientras que otros tipos de música, como la popular o para la danza, hacen que decrezca el interés con la repetición (Lundin, 1967)
- Método de imaginación guiada: consiste en escuchar música y con ella tratar de provocar un estado alterado de conciencia parecido a soñar estando despierto.

Se recomienda continuar la investigación sobre este campo en el cual se incluyan factores que puedan influir en la satisfacción de la mujer durante su ingreso en las unidades de paritorio.

DESCUENTO 10% PARA COLEGIADOS Y FAMILIARES

OFERTÓN PUENTE DE OCTUBRE

PARÍS 920€

Salida el 10 y vuelta el 14 de Octubre de 2012

CATEGORÍA 4*Céntrico—Salida desde Sevilla

5 Dias/4 Noches: 4 noches Paris Alojamiento y desayuno

Incluye tasas.

Visitas Incluidas: Excursión Castillos del Loira + excursión a París para visitar los lugares más destacados de la ciudad.

OFERTÓN PUENTE DE OCTUBRE

EGIPTO 910€

Salida el 6 y vuelta el 14 de Octubre de 2012

CATEGORÍA 5*o LUJO

Salida desde Madrid o Barcelona

9Dias/8Noches: 4 noches en El Cairo AD+4 noches en Crucero Nilo PC

Incluye tasas.

Visitas incluidas: Pirámides y Esfinge, Templo de Luxor, Templo de Karnak, Valle de los Reyes, Templo de Hathshepsut, Colosos de Memnon, Templo de Kom Ombo, Templo de Edfú, Templo de Filae, Alta presa y paseo en faluca.

CHINA – RÍO YANGTZÉ 2.620€

Salida el 4 y vuelta el 15 de Octubre de 2012

CATEGORÍA 5* --(Salida desde Cualquier punto de Andalucia)

TODO INCLUIDO: Pensión completa + Excursiones.

Incluye tasas y visado

13 Días / 10 Noches: 3 noches Beijing + 2 noches Xi'An + 3 noches Crucero Yangtzé + 2 noches Shanghai.

VIETNAM Y CAMBOYA 3.100€

Salida el 23 Noviembre y vuelta el 6 de Diciembre de 2012

CATEGORÍA 5* --(Salida desde Cualquier punto de Andalucia)

TODO INCLUIDO: Pensión completa + Excursiones.

Incluye tasas y visado

14 Días (2 noches ida-vuelta abordo en vuelo): 2 noches Hanoi + 1 noche Halong + 1 noche Hue + 1 noche Hoi An + 1 noche Saigon + 1 noche Can Tho + 1 noche Chau Doc + 1 noche Phnom Penh + 2 noches Siem Reap.

RUMANÍA Y BULGARIA 1.590€

Salida el 15 y vuelta el 25 de AGOSTO de 2012

CATEGORÍA 4* --(Salida desde Cualquier punto de Andalucia)

TODO INCLUIDO: Pensión completa + Excursiones

Incluye tasas

11 Días / 10 Noches: 3 noches Sofía + 1 noche en Plovdiv + 1 noche en Veliko Tarnovo + 1 noche en Sinala + 1 noche en Brasov + 1 noche en Sibiu + 2 noches en Bucarest

EGIPTO LAGO NASSER 1.370€

Salida el 7 y vuelta el 18 de SEPTIEMBRE de 2012

CATEGORÍA 5*o LUJO

Salida desde Madrid o Barcelona

12Dias/11Noches: 4 noches en El Cairo AD+4 noches en Crucero Nilo PC + 3 noches en Crucero por el Lago Nasser PC

Incluye tasas.

Visitas incluidas: EL CAIRO: Pirámides y Esfinge, CRUCERO NILO: Templo de Luxor, Templo de Karnak, Valle de los Reyes, Templo de Hathshepsut, Colosos de Memnon, Templo de Kom Ombo, Templo de Edfú, Obelisco inacabado y paseo en faluca. CRUCERO LAGO NASSER: Templo de Kalabsha, Hemi Speos de Beit el Wali, Kiosko de Kertassi, Templo Amada, Hemi Speos de Derr, Tumba de Penout, Wadi el Seboua, Templo de Amón, Templo de Dakka, Templo de Meharakka, Kasr Ibrim y Abu Simbel.

2012 Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la solidaridad intergeneracional

María Luisa Castilla Romero

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el Envejecimiento Activo como el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez.

Al aumentar la esperanza de vida, las edades de jubilación se están retrasando, y a muchos nos preocupa no tener la capacidad necesaria para permanecer en el trabajo hasta entonces, y si la pensión de jubilación nos va a permitir llevar una existencia digna y activa, porque jubilarse no significa quedarse mano sobre mano.

Hay mucha vida después de los 60, y cada vez, se aprecia más la contribución de las personas mayores a la sociedad. Tendemos a aprovechar más la vida, tanto en el trabajo como en casa o en la comunidad y esta circunstancia puede suponer nuevos logros individuales y para la sociedad.

Las contribuciones de las personas mayores a la sociedad no están suficientemente reconocidas, ya sea como cuidadores de otras personas (generalmente de sus propios padres, sus cónyuges o sus nietos), o en actividades de voluntariado.

El Año Europeo del Envejecimiento Activo quiere que se reconozca en mayor grado lo que las personas mayores aportan a la sociedad y crear unas condiciones, poner medios, para que al envejecer, podamos mantener nuestra autonomía y productividad social el máximo tiempo posible.

Nuestra preocupación por el propio envejecimiento o por el papel que desempeñaremos debe estar fundamentada en el activismo.

¿Qué podemos aportar la Enfermería a todo este proyecto?

Existe una relación directa entre el estilo de vida de una persona con el tipo de envejecimiento que experimenta. Cuando una persona mayor lleva un estilo de vida equilibrado y saludable, y mantiene un buen nivel de actividad, es decir, se mantiene ocupado, interesado por cosas y con ganas de aprender, es muy posible que conserve un mayor nivel cognitivo y de salud, mayor capacidad intelectual, competencia psicosocial, y mejor adaptación a su entorno (calidad de vida).

Dentro de nuestras competencias está la educación para la salud y como ya sabemos que el proceso no es fácil, de ahí la importancia de las estrategias para alcanzar mejoras en el comportamiento sobre estilos de vida saludables.

Las intervenciones más efectivas son las que combinan la educación multifactorial (nutrición y ejercicio físico) y el consejo orientado a la conducta, para ayudar a las personas a adquirir habilidad, motivación y apoyo necesario para modificar los patrones no saludables.

Por un lado, promocionar una alimentación saludable, basada en alimentación variada e ingesta acalórica adecuada para mantener el peso normal: -Hidratos de carbono (HC): 45-50% de aporte calórico, en forma de carbohidratos complejos con abundantes antioxidantes y fibra (legumbres, verduras, frutas enteras...). -Solo dejaríamos un 5% o un 10% para HC simples (azúcar, miel, zumos de frutas…). Los hábitos alimenticios que incluyen frutas, verduras, aceite de oliva, y productos lácteos desnatados se asocian con una menor incidencia de enfermedad vascular (grado de recomendación A). - Se aconseja reducir la ingesta de sal. -La ingesta de un 15% de alimentos proteicos (carne, huevos, pero sobre todo pescado). -Respecto al consumo de grasa, 30 o 35% de la ingesta acalórica total, con claro predominio de los ácidos grasos monoinsaturados (aceite de oliva), un 10% de polinsaturados como los derivados del pescado y man-

tener un consumo lo más bajo posible de ácidos grasos saturados (< 7% de la ingesta calórica total) como la grasa derivada de las carnes, la mantequilla, nata, quesos), así como tratar de eliminar o reducir al mínimo la ingesta de grasas hidrogenadas (margarinas, bollería industrial, palomitas).

Por otro lado, está demostrado que el deterioro funcional que ocurre al envejecer puede retrasarse en las personas habitualmente activas. La actividad física contribuye a conseguir un "envejecimiento con éxito", es decir un proceso de envejecimiento en el que la capacidad funcional se mantiene más eficazmente que en las personas inactivas. Consiguiendo vivir más años con mayor calidad de vida y bienestar psicológico y lo que es muy importante, prolongando el periodo de tiempo libre de dependencia. La actividad física adecuada nos aportará "años a la vida y vida a los años".

Los adultos sanos necesitamos realizar ejercicio físico aeróbico de intensidad moderada, durante un mínimo de 30 minutos al día, 5 días a la semana o ejercicio intenso durante al menos 20 minutos al día, tres días a la semana (grado de recomendación A) o una combinación de ambas (grado de recomendación B).

He recogido algunas recomendaciones de un análisis crítico sobre las actividad física en España (WojtekJanChodzko-Zajko, AndiaraSchwingel y Vicente Pomo-Pérez; a) Department of Kinesiology and Community Health, University of Illinois at Urbana-Champaign, Illinois, USA; b) Facultad de Ciencias de la Educación y del Deporte, Universidad de Vigo, Pontevedra, España).

Entre las que destaco que: La actividad aeróbica se practicará en sesiones de 10 minutos como mínimo. Para obtener mayores beneficios para la salud, se debe incrementar la actividad aeróbica a 300 min. semanales de intensidad moderada o 150 min. de intensidad vigorosa o una combinación de ambas. 2 o más veces por semana se realizarán actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares. Cuando las personas mayores no puedan realizar la actividad física debido a su estado de salud, se mantendrán físicamente activas en la medida en que se lo permita su estado. Los sujetos con movilidad reducida realizarán actividades físicas que incidan sobre el equilibrio, para mejorarlo y evitar las caídas.

Además de la alimentación y la actividad física son muchas otras las intervenciones que se pueden llevar a cabo como mantenerse intelectual, lúdica y socialmente activos, evitando adicciones. La perspectiva subjetiva de calidad de vida del adulto mayor considera cuatro variables: autonomía, soporte social, salud mental y actividad física recreativa (Gusti, 1991).

En los tiempos que vivimos y en los que quedan por llegar (recortes, falta de personal, agendas saturadas, etc.), un terreno abonado para la desilusión, pienso que los profesionales de la salud debemos continuar incorporando estrategias, actividades e intervenciones eficaces según las últimas evidencias, con el objetivo de cuidar, curar, prevenir enfermedades y mejorar la calidad de vida de nuestra población y en este caso de las personas mayores.

No olvidemos, que la proyección de población de Naciones Unidas para el año 2050 asigna a España el segundo lugar en el mundo, con un 35% de personas mayores de 65 años (más de 13 millones), por detrás de Japón (36,5).

¿Creéis que merece la pena aportar nuestro granito de arena?

LA RECETA

Alcachofas y pimientos rellenos con guarnición

Para 2 raciones, aportan unas 270 calorías, aproximadamente, por cada racion.

2 Alcachofas
1 Pimiento rojo grande o 2 pequeños
200 g Champiñones
160 g Judías verdes
1 Cebolla
4-5 Dientes de ajos
2 cucharadas soperas de aceite de oliva
200 g de carne picada (pollo o pavo preferentemente)
1 Huevo
2 Lonchas de jamón serrano
Perejil
Laurel
Pimienta negra.

Se pican los ajos, la cebolla, el perejil, el jamón y se mezclan con el huevo batido y la carne picada.
Se rellenan con esta pasta, los pimientos y las alcachofas ya limpiados previamente.
Se refríen unos ajos y un poco de cebolla y se colocan en la olla las alcachofas y los pimientos rellenos, se le añade las judías verdes y los champiñones laminados por separados, se añade el perejil, laurel, la pimienta y un poco de sal.
Finalmente, se vierte un vaso de agua y se cocina durante unos 15 ó 20 minutos (en el caso de usar la olla a presion).

MISIÓN ASPFOR XXVII: Destino a Afganistán

Sobre el autor, Alférez Enfermero Rufino Sabao Cliva

Manuel Cano Leal

Es un placer para mí presentaros a Rufino, y lo es, entre otras cosas, porque me llena de satisfacción y de orgullo leer el artículo que podréis conocer a continuación. En el mismo se puede apreciar con la profesionalidad que está viviendo sus primeros pasos por esta vida militar. Unos primeros pasos que se me antojan bastante duros para cualquier joven de su edad, pero que los relata con sencillez como una bonita experiencia.

Tengo que reconocer que con Rufino me une "la debilidad" de haber sido, en cierta forma, su mentor. Estudió la carrera en la Escuela de Enfermería Salus Infirmorum en Cádiz (1999-2002) y las prácticas las realizó en el Hospital General de la Defensa en San Fernando (San Carlos). Allí coincidimos y ya apuntaba para ser un buen profesional y buena persona.

Una vez terminado los estudios marchó a Tenerife donde trabajó en distintos hospitales de la isla y en pueblos cercanos de la capital chicharrera. Posteriormente lo hizo en Madrid, en el Hospital Monte Príncipe, regresando a Cádiz, a la Clínica de la Salud durante seis años, Hospital de ASISA en Jerez, Centro de Formación Profesional SIGLER impartiendo Cursos para auxiliares de Geriatría y algunos meses en la UCI del Hospital Universitario Puerta del Mar.

En las ocasiones que nos encontrábamos siempre lo animaba a presentarse para Sanidad Militar y al final lo conseguí y creo, por lo que aprecio en sus impresiones, que no se arrepiente de ello.

En 2009 aprueba las duras Oposiciones estudiando y trabajando a la vez en La Clínica de la Salud y en el Hospital de ASISA (Jerez), dando muestras de una gran madurez y de una enorme capacidad de superación.

Una vez terminado el periodo de Formación Militar en las distintas Escuelas pasó destinado al Grupo de Artillería de Campaña Paracaidista (GACAPAC VI), Unidad perteneciente a la Brigada Paracaidista, en Paracuellos de Jarama (Madrid), desde donde partió para cubrir su primera y peligrosa misión.

Rufino habría sido un buen profesional en cualquier ámbito laboral, pero son las Fuerzas Armadas las que tienen la suerte de tenerlo entre sus filas y un servidor de contarlo como amigo, muy buen amigo.

Manuel Cano Leal
Teniente Coronel Enfermero (Reserva)
Referente para Enfermería Militar del Colegio de Enfermería de Cádiz

Relato del Alférez Enfermero, Rufino Sabao, en su primera misión con destino a Afganistán. A través de esta crónica, Rufino pretende compartir su vivencia, y dedicarla como homenaje "a todos aquellos compañeros que han dejado su vida por España, desempeñando su trabajo y ayudando a conseguir la libertad y el progreso de todos aquellos pueblos amenazados por el hambre, la enfermedad y el terror".

Alférez Enfermero Rufino Sabao Cliva

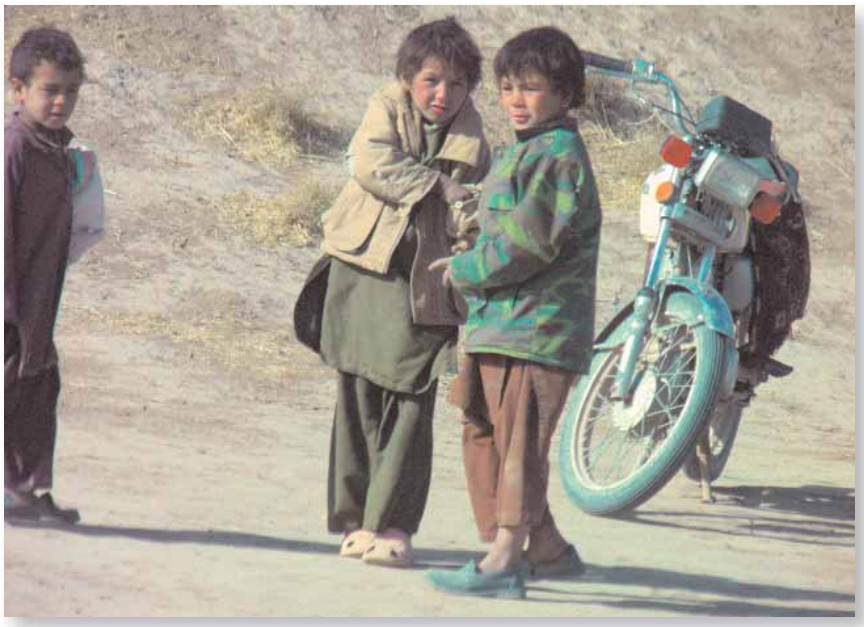
Sólo llevaba dos escasos meses desde mi incorporación al Grupo de Artillería de Campaña Paracaidista (GACAPAC VI), mi primer destino. Como cada mañana acudimos a formación. Sin esperarlo, sin aviso previo, durante la lectura de la orden, el Suboficial Mayor me comunicó que había sido asignado para una misión en Afganistán con la ASPFOR XXVII (Afganistán Spanish Force vigésimo séptima misión)

Confieso que, aunque me encontraba preparado para salir de misión, y comprendí y acepté en su momento el compromiso y la responsabilidad de pertenecer al Cuerpo Militar de Sanidad, llegado ese momento, un escalofrío recorrió mi cuerpo desde los pies a la cabeza.

Aquella sería mi primera misión. La tan comentada y esperada pocos meses atrás, cuando aún estábamos en las academias formándonos. Iban a ser fechas duras de llevar, ya que pasaríamos allí las fiestas navideñas, especialmente duras lejos de mis hijos.

Tuve la suerte de volver a coincidir, en esta misión, con compañeros de promoción de otras especialidades: enfermeros, médicos y farmacéuticos ya conocidos en la academia y de otros inestimables compañeros con los que lo hacía por primera vez, entre ellos el Capitán Veterinario C.A, persona de talante humano y gran profesional.

El 11 de noviembre del pasado año (2011), volábamos desde Madrid hacia tierras de la antigua Persia, junto con el resto del contingente, formado por la Brigada de Infantería Ligera Aerotransportable (BRILAT), el Comandante Médico R. I, Teniente Médico A. V, Teniente Enfermero J. C y el Alférez Enfermero Q. P.



Después de diez horas de vuelo y haciendo escala en el aeropuerto de Santiago de Compostela y en el de Otopeni de Bucarest, llegamos a Dushanbé, ciudad y capital de Tayikistán, país que perteneció a la antigua Unión Soviética y que es fronterizo con Afganistán por su parte noreste. Allí pernoctamos y al día siguiente salimos en vuelo militar en un C130 (Hércules) del Ejército del Aire destino Qala e Naw, ciudad perteneciente a la provincia de Badghis (Afganistán), donde se encuentra la Base española 'Ruy González de Clavijo'.

Llegamos a la Base a la hora de la comida, y allí estaban nuestros compañeros de ASPFOR XXVI, a los que daríamos el ansiado relevo. Éramos los cinco primeros, en suerte, en llegar de la rotación de ASPFOR XXVII. Y digo "en suerte", porque doy fe que la BRIPAC (Brigada Paracaidista) en la que estoy destinado es una buena muestra de llevar por bandera "hacer las cosas que se deben hacer bien hechas", con dedicación, competencia y ganas, algo extensivo a nuestras FFAA, de las que los españoles podemos sentir orgullo.

Nos alojaron en el Role 1, donde desempeñan su trabajo enfermeros y médicos militares que ofrecen asistencia tanto a personal militar y civil español que trabajan en la base, como a militares de países aliados pertenecientes a ISAF (International Security Alliance Force), y por supuesto a personal civil Afgano.

Por otro lado estábamos los que teníamos que desempeñar nuestro trabajo en Células de Estabilización, dando cobertura sanitaria en convoyes que salían para hacer patrullas de reconocimiento, escoltar trabajadores civiles, etc., además de apoyar durante nuestra estancia a los destacamentos Forward Operations Base (FOB). Traducido al español significa, Base de Operaciones Avanzadas en distintas zonas del país, que por entonces eran las FOB de Ludina y Moqur, esta última conjunta con el Ejército de los Estados Unidos.

Tras llegar, nuestro primer objetivo fue dar relevo a los compañeros que se marchaban tanto del role 1 como de células de estabilización, preparar nuestras respectivas mochilas de Soporte Vital Avanzado (Respiratorio y Circulatorio), y otros materiales que constituyen nuestro equipaje y equipamiento de trabajo.

Esencial resultó la coordinación con el Teniente Farmacéutico para que nos dispensara el material necesario (medicación, material fungible de todo tipo, etc.). Es importante resaltar que disponíamos de suficiente equipamiento material, entre ellos, los nuevos agentes hemostáticos que el Ejército de Tierra nos está proporcionando, el famoso CELOX, en todas sus presentaciones (gránulos, gauze, con aplicador para heridas penetrantes). Este producto está destinado a cohibir hemorragias y por lo tanto contribuye a evitar, la que podría ser la primera causa de muerte en combate: La hemorragia exaguinante de miembros. Ya tenía nociones sobre presentación y uso de estos productos, ya que en la Escuela Militar de Sanidad nos habían informado sobre ellos y habíamos tenido ocasión de manipularlos durante el curso de Soporte Vital Avanzado en Combate que nos imparten previo al despliegue.

Es importante resaltar que disponíamos de suficiente equipamiento material, entre ellos, los nuevos agentes hemostáticos que el Ejército de Tierra nos está proporcionando, el famoso CELOX. Este producto está destinado a cohibir hemorragias y, por lo tanto, contribuye a evitar la que podría ser la primera causa de muerte en combate: La hemorragia exaguinante de miembros.

El Ejército de Tierra ha diseñado un Botiquín de Uso Individual, parecido al que otros ejércitos aliados están usando. Cada soldado lleva consigo su botiquín individual y los conocimientos y entrenamiento necesarios. Para ello, en Enfermería, en la base de Qala e Naw nos ocupamos de instruir y adiestrar al personal de tropa y mandos.

Hay que destacar la figura de un antiguo conocido, que ha vuelto a salir del cajón del olvido para saltar a la primera línea de atención en lo que a prevención de muertes por exaguinación se trata. Me refiero al Torniquete que, ha demostrado con creces que, puede salvar vidas, sobretodo en situaciones extremas. El nuevo torniquete es bastante mejor que el modelo antiguo. Es muy similar al que usa el Ejército de los Estados Unidos, torniquete CAT (Combat Application Tourniquet), de fácil manejo y aplicación tanto en miembros inferiores como superiores.

Los compañeros que se marchaban, nos contaban sus experiencias y nos daban el relevo de todo aquel trabajo que habían estado llevando a cabo durante dos meses y medio en el Role y en los destacamentos. Nos dejaban material que no llevarían de vuelta a España, como linternas, colchonetas, ropa, productos de aseo... La alegría en sus rostros por volver a casa con sus familias y por la satisfacción del trabajo bien hecho saltaba a la vista, emociones que posteriormente, cuando nos tocó volver a nosotros, pude experimentar en primera persona.

Me asignaron a la Célula de estabilización número 6, junto al Comandante Médico A. M. Otra de las suertes que te depara la vida. Recibí de él continuas demostraciones de respeto y autodisciplina, no solo la relativa a la obediencia. Continúe aprendiendo junto a él sentido de la solidaridad, entrega, capacidad de liderazgo y sufrimiento. Desarrollé también conducta de afrontamiento positivo aún en situaciones vitales complicadas. Juntos desplegamos nuestros conocimientos y práctica clínica. Juntos compartimos dificultades. En lo profesional, personal y espiritual he sentido que he crecido. Le doy las gracias.

En lo profesional, personal y espiritual he sentido que he crecido. Le doy las gracias.

Siempre que era necesario colaboraba con el equipo del Role 1, en la medida de lo posible, cuando la demanda sanitaria superaba los recursos humanos disponibles en el mismo. En el Role se pasaba consulta médica y de enfermería diaria, y se atendían urgencias y emergencias.

Las instalaciones del Role consistían en dos consultas de reconocimiento médico; una sala de curas; una de reanimación; dos salas de hospitalización con un total de doce camas entre ambas; una sala de radiodiagnóstico; un almacén de farmacia; una sala de telemedicina que permite contactar en tiempo real con el Hospital Central de la Defensa 'Gómez Ulla' en Madrid, y una "sala de vida" para el personal sanitario de tropa que estuviera de guardia.

Las urgencias que más atendíamos de personal civil afgano son las ocasionadas por accidentes de moto, ya que es el medio de transporte más usado en la provincia de Badghis.

Por éste motivo, durante los primeros días de mi estancia, trasladaron al Role a un varón de unos 35 años, que había sufrido una luxación de articulación de falanges proximal-media del quinto dedo de la mano izquierda, con herida contusa y pérdida de sustancia, Le realizamos radiografías, le desinfectamos y limpiamos las heridas con Fiedrich, incluido, bajo anestesia loco-regional. Le suturamos, ocluimos e inmovilizamos con férula de Prim, y le perdimos para siempre se vista.

En la mayoría de los casos atendidos de población civil afgana, se pierde el seguimiento del paciente. Es característico en ellos no dar importancia prioritaria a todo aquello que rodea a la salud, debido a que carecen de educación sanitaria. Debido a ésta circunstancia acostumbramos a administrar grandes dosis profilácticas de antibiótico, porque el riesgo de infección por las deficiencias higiénicas es alto. Afganistán tiene uno de los peores indicadores de salud del mundo, con un promedio de vida de unos 47 años. Uno de cada cinco niños muere antes de cumplir los cinco años. Tienen poco acceso al agua potable y las condiciones de almacenamiento, distribución y conservación de los alimentos es muy precaria.

En la mayoría de los casos de población civil afgana, se pierde el seguimiento del paciente. Carecen de educación sanitaria y poseen uno de los peores indicadores de salud del mundo, con un promedio de vida de 47 años. Uno de cada cinco niños muere antes de cumplir los cinco años. Tienen poco acceso al agua potable y las condiciones de conservación de los alimentos es muy precaria.

Excelente coordinación de los cuerpos sanitarios

Hay que destacar el trabajo de cooperación de los países de la OTAN con la Policía y el Ejército afgano. Ellos carecen de un cuerpo militar de sanidad como el nuestro o el de otros países aliados, por ello se les da también apoyo sanitario.

Es de vital importancia el papel que desempeña el personal de tropa de sanidad. Perfectamente instruido a través de cursos impartidos en territorio nacional por parte del propio Cuerpo Militar de Sanidad, algunos de éstos sanitarios poseen el curso de conducción del RG31, vehículo blindado, de reciente incorporación en el Ejército de Tierra, dotado de inhibidores de frecuencia y detección de minas.

Garantiza una gran seguridad en cuanto a lo que blindaje se refiere y es el que usamos como vehículo de Soporte Vital Avanzado cuando salimos de la base.

Todos los sanitarios con los que coincidí en zona pertenecían a la BRILAT de Pontevedra y poseían los conocimientos necesarios para desempeñar su papel. Gente entregada al trabajo y con gran entusiasmo por superarse y aprender cosas nuevas cada día. A todos ellos, muchas gracias por las ganas, la lealtad y el entusiasmo desplegado. Siempre supe que no fallarían en ningún momento, sobre todo en los de mayor riesgo y fatiga.

Por supuesto no me olvido de aquellos soldados sanitarios pertenecientes a la BRIPAC, con los cuales coincidimos en el relevo y con los que tuve oportunidad de realizar diversas salidas en convoy. Sentí seguridad con ellos y orgullo de ellos. Caballeros y Damas Legionarios y Legionarias Paracaidistas con los que trabajaba día a día en mi unidad, por lo que constato su impecabilidad en el desarrollo de su tra-

bajo, desde los valores del respeto, disciplina, solidaridad... Allí estaban todos, la BPAC I, BPAC II, BZPAC VI, GACAPAC VI, GLPAC VI, trabajando codo con codo, sacando la misión adelante.

Cambios de clima y enfermedades asociadas

En el periodo del año que nos tocó estar en estos Lares, tuvimos un tiempo de lo más variado. Pudimos sentir el clima extremo de aquellas regiones, desde el calor bochornoso hasta nevadas y temperaturas que llegaban sobre todo durante la noche a -20º.

En esta época el riesgo de contraer Paludismo es bajo, ya que el mosquito Anopheles no sobrevive con temperaturas tan bajas, por lo que nos libramos de la profilaxis con el famoso Malarone (Atovacuona y Proguanil), cuya toma es una vez al día siempre a la misma hora, comenzándose un día antes de la partida hasta 7 días después de abandonar la zona de operaciones. Sus principales efectos adversos son cefalea, dolor abdominal, diarrea, úlceras en la boca y estomatitis, lo que tenido en cuenta resultó ser un regalo del frío extremo. De cualquier forma las medidas preventivas se llevaban a cabo: Utilización de mosquiteras alrededor de la cama impregnadas en Permetrina al 13,3 %; uso de insecticidas en todas las habitaciones y habitáculos; utilización durante todo el año de manga larga sobre todo al amanecer y al anochecer e impregnar los uniformes en Permetrina que ofrece una protección extra, además el uso de repelentes a base de Dietiltoluamida, recomendado por la Organización Mundial de la Salud. Se aplica en la zona de piel expuesta y repele igualmente a garrapatas y otro tipo de artrópodos, su efecto dura unas 6-8 horas según temperatura, sudoración, exposición al agua, etc.).

Por supuesto no solo disminuyó el Anopheles, sino que también fue menor la aparición de insectos como arañas, entre ellas la famosa Camel Spider, típica de aquel país o escorpiones y algunos tipos de víboras y serpientes cuya mordedura son de gran toxicidad llegando algunas a ser letales.

Célula de Estabilización en Faráh

Nuestra Célula de Estabilización recibió la misión de acompañar a un convoy hasta Faráh para recoger y escoltar a la OMLT (Operational Mentor and Liason Team/Grupo multidisciplinario de asesoramiento y enlace) de nuestra Legión, que acompañaba a una Brigada del ANA (Ejército Afgano). Esta provincia se encuentra al sur del país, al sur de la provincia de Herat. Durante una semana completa atendimos, a numerosos efectivos con diversos padecimientos. Más frecuentes los relacionados con el sistema músculo-esquelético como, contracturas lumbares, dorsales y cervicales, sobre todo en conductores, ya que todos esos kilómetros a lo largo de toda la semana, conduciendo con casco y chaleco antibalas, no es precisamente la forma más cómoda y ergonómica de conducir. La mayoría de los casos se resolvían sin mayor problema con antiinflamatorios y relajantes musculares en pequeñas dosis.

Recuerdo especialmente la noche del 5 de enero, acostado dentro del RG31 junto al Comandante médico y los dos sanitarios. Era víspera de Reyes y me pareció estar trasladado en tiempo y espacio a aquella época. En medio de una llanura desértica en Faráh, en mitad de la noche, los pensamientos en cascada te desbordan, sabía que no vendrían los Reyes esa noche. Mientras el cielo te regala deslumbrantes estrellas que jamás había visto. Ésta hermosa vivencia se me grabó en la mente y jamás podré olvidarla.

A la mañana siguiente, el Comandante nos volvía a sorprender con otro detalle que solo tienen aquellas personas excepcionales. Había comprado el día antes en la FOB (Free on board/libre de cargos e intermediarios) italiana de Sindán, unos llaveros típicos, con un escorpión disecado dentro, para cada uno. Estos detalles pueden parecer nimios, pero obtienen una gran dimensión en situaciones como estas, al igual que escuchar la frase: ¡Han venido los Reyes!, con la que el Comandante nos dio los buenos días.

Todos los valores que deseamos para nosotros y una gran humanidad, concentrados en esa persona me hicieron entender el significado de su compromiso y militancia con la Cruz de Malta. Gracias de nuevo.

Mi motivación fue en aumento el día que recibí un "Lotus" (E-mail) del Teniente Coronel Jefe del GACAPAC VI (Grupo de Artillería de Campaña Paracaidista). Me felicitaba la Navidad y me elevaba la moral infinitamente. Aquellas palabras que me dedicó, me hicieron sentir importante. Se me grabaron a fuego en la mente. Terminaba diciendo: Aquí te espera tu GACAPAC VI, ¡Desperta Ferro!

Los días fueron pasando y llegó nuestro relevo. Observé en sus caras los mismos semblantes que teníamos nosotros al llegar: Compañeros llenos de valores, preparados y organizados, centrados en el trabajo, que venían a desempeñar un cometido noble como es el la ayuda para el desarrollo.

Relevo y regreso a casa

El día 27 de enero salíamos de Qala e Naw dirección Herat, en un C130 (Hércules). Atrás dejábamos a nuestros compañeros desempeñando su trabajo y todo lo vivido en aquella región. Volvíamos con la cabeza bien alta, con la satisfacción del trabajo bien hecho, con las mochilas llenas de saberes nuevos, experiencias personales y rutinas vividas y con la felicidad de que en breve abrazaríamos a nuestras familias.

Al día siguiente volábamos desde Herat a Dushanbé, otra vez en C130, así dejábamos Afganistán. Y por fin, después de pasar el día en Dushanbé, a la mañana siguiente salíamos en vuelo comercial dirección Madrid, haciendo escala en Turquía para repostaje del avión.

Jamás olvidaré mi primera misión, mis compañeros, aquel país y sus gentes, las experiencias vividas, el día a día y todo aquello cuanto significa esa Cruz de Malta que llevamos en el pecho con orgullo el Cuerpo Militar de Sanidad.

Sirva mi experiencia y este relato como homenaje a todos aquellos compañeros que han dejado su vida por España, desempeñando su trabajo y ayudando a conseguir la libertad y el progreso de todos aquellos pueblos amenazados por el hambre, la enfermedad y el terror.

ROTAPREMIER.es
956.84.60.77
615.374.357

CUERPO MILITAR DE SANIDAD ENFERMERÍA

OPOSICIÓN
ACADEMIA PREPARATORIA

TEMARIO / SUPUESTOS PRÁCTICOS / PSICOTÉCNICOS / INGLÉS / EDUCACIÓN FÍSICA.

CENTRO DE ESTUDIOS
PREMIER ROTA
AVDA. DE LA MARINA Nº9
11520 ROTA (CÁDIZ)

PROMOCIÓN
2012
2013

Descuento para colegiados
Excmo. Colegio Oficial de Enfermería de Cádiz

Excmo. Colegio de Enfermería de CÁDIZ

SABADELL ATLÁNTICO

Ventajas exclusivas para nuestro colectivo. Disponen de una selección de servicios financieros exclusivos, adaptados a su actividad profesional y a su economía personal. Tarjeta Visa totalmente gratuita y con imagen corporativa; cuenta corriente sin comisiones ni gastos de administración[1], que también le permite acceder a descuentos y otras condiciones exclusivas. Contacte con la oficina más cercana o concierte una entrevista llamando al 902383666.

(1) Excepto cuentas inoperantes en un período igual o superior a un año y aquellas en las que el saldo sea igual o inferior a 150 euros.

PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

El acuerdo alcanzado entre el Colegio de Enfermería y Previsión Sanitaria Nacional (PSN), cuya política se encuentra fijada en la atención a profesionales de la salud, permite a los Enfermeros poder acceder a una amplia variedad de seguros de vida, ahorro, accidentes, pensiones, seguro de incapacidad laboral (idóneo para aquellos profesionales autónomos que necesitan que sus ingresos no se vean mermados en caso de baja laboral), etc., con precios muy competitivos.
Solicite una cita llamando al teléfono 956 228 907 o acudiendo los lunes por la tarde en horario de oficina a las sedes de nuestro colegio en Cádiz o en la Delegación de Algeciras.

HALCÓN VIAJES

Los Enfermeros Colegiados gaditanos disponen de condiciones muy ventajosas para viajar. Tras el último acuerdo firmado nuestro colectivo se beneficiará de un 5% de descuento adicional sobre todos los programas vacacionales, no incluye servicios sueltos. Además, ofrecen ofertas puntuales durante todo el año tales como 2x1, niños gratis, días gratis. Consulta las ventajas que ofrecen el club infantil "Halcón Junior" y "Halcón Señor", especialmente diseñado para nuestros Colegiados de la 3ª edad.
Visite la página Web personalizada para nuestro Colegio de Enfermería de Cádiz o llame al teléfono: 956 293.464

ASISTENCIA SANITARIA

El Colegio ha suscrito un acuerdo con las empresas de seguros de salud: Sanitas, Asisa y CareDent. Resumimos a continuación algunas de las prestaciones que se han conseguido:
Condiciones especiales para Colegiados:
Primas especiales para los titulares que podrán hacerse extensivas a su cónyuge, pareja de hecho e hijos, si desea incluirlos en su póliza (con descuentos sobre primas privadas de contratación que llegan hasta el 65 %).
Sin copagos/ Cobertura de Psicología/ Sanitas 24 horas/ Suplemento dental a coste 0 €
Para mayor información contacte con su agente de seguros exclusivo, Mª Jesús Vega en el teléfono: 667559371

Ofrecen ventajas y precios exclusivos para los Enfermeros Colegiados de las que podrán beneficiarse además su cónyuge, pareja de hecho e hijos, que convivan bajo el mismo techo.
Sin copagos/ Cobertura de Psicología/ Urgencias 24 horas/ Suplemento dental: coste adicional de 5.22 €/ Incluido Servicio de Asistencia Legal (Legálitas) para clientes de Asisa
Para mayor información contacte con su agente de seguros exclusivo, Esther Montero: 628278539 o Ana Isabel Carrasco: 637224827

Excmo. Colegio de Enfermería de CÁDIZ

CLÍNICA DENTAL CAREDENT CÁDIZ Y JEREZ

Los Colegiados que estén interesados recibirán subvencionada en su totalidad la tarjeta CareDENT con la que obtendrán gratuitamente servicios dentales, entre los que destacan el acceso a las consultas de especialistas, ortodoncia, implantes, periodoncia, fluorizaciones, radiovisiografía, curas odontológicas, extracciones, limpiezas bucales, prioridad en urgencias, y así hasta un total de 30 prestaciones de las que podrán hacer uso gracias al acuerdo firmado con el Colegio y sin coste alguno.
Además, obtendrán un 10% de descuento en todos los tratamientos, podrán pagar en 12 meses sin intereses o financiarlo en cinco años. **La clínica está ubicada en Cádiz, en la Avda. Cayetano del Toro, 17-19**. Visite nuestra página web o llame al teléfono 956.273.510.
AHORA TAMBIÉN EN JEREZ. CareDENT Jerez está ubicada en la Avenida de Méjico nº 11 y podéis contactar llamando al teléfono 956 185 828

MULTIÓPTICAS IGLESIAS

Con su carné de Colegiado obtendrá los siguientes descuentos que serán aplicados sobre la tarifa oficial: 20% de descuento en gafas graduadas y de sol, y 10 % de descuento en lentes de contacto y audífonos (descuento no aplicable a otras promociones).
Además, ofrecen gratuitamente servicios de Revisión de la Vista y Revisión Audiométrica. Se encuentran: Cádiz, Sacramento, 8 y Ana de Viya, 34. Chiclana: Plaza de Santo Cristo, 9.

MAKEMEDIC (MEDICINA ESTÉTICA Y BIENESTAR)

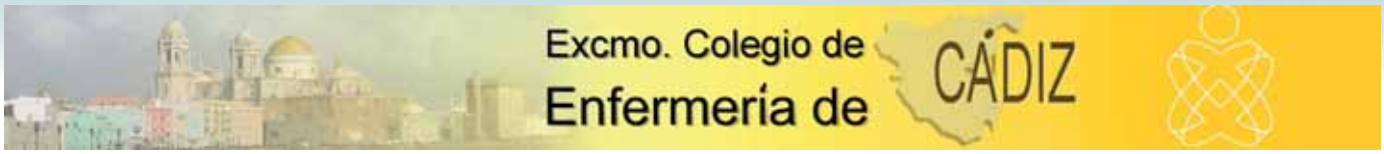
Clínica de medicina estética y bienestar ubicada en Jerez de la Frontera. Ofrece a colegiados y familiares de estos los siguientes descuentos:
ÁREA MEDICINA ESTÉTICA
1- Tratamientos médico-estético: 15% dto. (fotodepilación, botox, infiltraciones, rellenos, peelings, varices y fotorejuvenecimiento).
2- Diagnóstico facial gratuito.
ÁREA ESTÉTICA Y BIENESTAR
1- Tratamientos Bienestar facial y corporal: 15% dto.
2- Productos de tienda: 5% dto.
3- Tratamientos estético: 10%
Además, con la primera consulta de regalo una hidratación facial o corporal. Más información: Calle Santo Domingo, 16 Jerez de la Frontera.
Tlf. 956088163/956088168. www.makemedic.es /info@makemedic.es

CBLINGUA (TRADUCTORES E INTÉRPRETES JURADOS)

Ofrece a todos los enfermeros colegiados precios especiales en todos los servicios de traducciones que necesiten.
Realizan traducciones juradas para las certificaciones de estudios en el extranjero, traducciones técnicas, interpretaciones… Todo tipo de documentos y en todos los idiomas. Pida presupuesto sin compromiso.
E-mail: cblingua@cblingua.com; - TLF. 956 543 937 // 955 412 916
Visite página Web: www.cblingua.com/ www.traductoresoficiales.es/ www.traductorjuradocadiz.es

A.M.A. (AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA)

Antes de contratar su seguro consulte con A.M.A., la mutua de los profesionales sanitarios desde 1965 que ofrece cobertura de riesgos para particulares o profesionales a través de productos altamente competitivos en precios y calidad.
Entre otras ventajas, destaca el reparto de beneficios entre sus mutualistas y la posibilidade de participar en campamentos, cursos de idiomas u obtener descuentos a través del Club A.M.A., integrado por empresas de servicios con ofertas en turismo, viajes, formación y tiempo libre.



CENTRO DE ESTUDIOS PREMIER ROTA

El Colegio de Enfermería de Cádiz y el Centro de Estudios Premier Rota han firmado un acuerdo de colaboración con objeto de ofrecer a todos los enfermeros colegiados descuentos y condiciones preferenciales en los cursos que esta academia proporciona.
Este centro, ubicado en Avenida de la Marina Nº 9 de Rota, es una academia de formación que ofrece cursos de preparación para oposiciones, entre ellas, para Instituciones Penitenciarias o para el Cuerpo Militar de Sanidad de Enfermería.
TLF: 956.846.077/ 615.374.357
www.rotapremier.es

UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID

El Colegio de Enfermería de Cádiz y la Universidad Europea de Madrid han firmado un convenio de colaboración por el que los colegiados podrán beneficiarse de un 15 % de descuento sobre los diferentes estudios de Grado y Postgrado que ofrecen. Para más información: www.uem.es Teléfono: 902 23 23 50

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA TECNOLÁSER

Tecnoláser
CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
956 07 17 17 CÁDIZ

Los colegiados y familiares de primer grado pueden acudir a la clínica oftalmológica Teconláser, ubicada en Cádiz en la calle Miguel Martínez de Pinillos 3, lugar en el que se podrán tratar todos los problemas oftalmológicos, realizar revisiones oculares completas con graduación, control de tensión ocular y fondo de ojo. Para más información llamar al teléfono 956 071 717

MOVIJEREZ (CONCESIONARIO BMW-MINI)

Campaña especial con Movijerez, concesionario oficial BMW-Mini. Descuentos en vehículos nuevos y de KM 0. Ctra. Nacional IV Km. 633, Telf. 956185559/ Puede ver las ofertas a través del banner BMW situado en nuestra página Web: http: //www.duecadiz.com

VALENTIA TRAVEL

Agencia especializada en viajes a Egipto y Oriente Medio. Ofrece un 10% de descuento para Colegiados y familiares. Destinos a Egipto, Kenia y Tanzania, Croacia, China, entre otros. Teléf. 963.936.232/ www.viajesvalentia.com. Consulte los destinos y ofertas a través del banner de nuestra página Web: http: //www.duecadiz.com

HOTELES LOW COST

Hoteles Low Cost está formado por un equipo humano con una dilatada experiencia en el sector que han conseguido revolucionar el concepto de agencia de viajes convencional, ofreciendo a los clientes un programa de descuentos.
Ofrece a los colegiados y familiares la tarjeta Tarifa Plana por 75 euros con una validez de 30 meses, muy por debajo del precio para el público general que ronda los 120 euros por un periodo de un año.

Excmo. Colegio de Enfermería de CÁDIZ

VIII Congreso Nacional de Enfermería de la Defensa

Organizado por: Ministerio de Defensa-Subsecretaría de Defensa-IGESAN-DISAN E.T.

Lugar: Toledo, Academia de Infantería y Hotel Beatriz Toledo

Fecha: del 17 al 19 de octubre de 2012

Web: www.enfermeriadefensa2012.es

IX Congreso de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC)

Organizado por: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria

Lugar: Cádiz, Edificio de la Constitución de 1812 (antiguo aulario de la Bomba)

Fecha: del 7 al 10 de noviembre de 2012

Web: www.senc2012.com

VIII Congreso de Atención Sociosanitaria

Lugar: Ibiza, Palacio de Congresos

Fecha: del 24 al 26 de octubre de 2012

Web: http://www.sess.es/2012/www/

Enfermería Gaditana

4ª EDICIÓN PREMIO DE ENFERMERÍA SOBRE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA 2012

Convoca: Revista ROL de Enfermería con la colaboración de KCI y el aval de la AEEV (Asociación Española de Enfermería Vascular).

Plazo de entrega: 15 de septiembre de 2012

Dotación: Un premio de 1.500 €

Más información:

Revista ROL de Enfermería

Tel. (+34) 93 200 80 33

http://www.e-rol.es/cursos/resultado.php?tipo=Otros Eventos

o descargando el archivo PFD:

http://www.e-rol.es/cursos/pdf/Premio%20Terapia%20de%20Presion%20Negativa%20ROL%202012.pdf

4º PREMIO NOBECUTAN® DE ENFERMERÍA 2012

Convoca: Laboratorios INIBSA con la colaboración de "Revista ROL de Enfermería".

Plazo de entrega: 17 de septiembre de 2012

Dotación: 1er premio 2.000 € y un 2º premio 1.500 €

Más información:

Revista ROL de Enfermería

Tel. (+34) 93 200 80 33

http://www.e-rol.es/cursos/resultado.php?tipo=Otros Eventos

o descargando el archivo PFD:

http://www.e-rol.es/cursos/pdf/PremioNobecutan4edic.pdf

7º PREMIO BETADINE® DE ENFERMERÍA 2012

Convoca: MEDA PHARMA, S.A. con la colaboración de "Revista ROL de Enfermería" y el aval de GNEAUPP y de AEEV (Asociación Española de Enfermería Vascular).

Plazo de entrega: 28 de septiembre de 2012

Dotación: Único premio de: 1.500 €

Más información:

Revista ROL de Enfermería

Tel. (+34) 93 200 80 33

http://www.e-rol.es/cursos/resultado.php?tipo=Otros Eventos

o descargando el archivo PFD:

http://www.e-rol.es/cursos/pdf/PremioBetadine2012.pdf

Excmo. Colegio de Enfermería de CÁDIZ

4º PREMIO DE INVESTIGACIÓN ENFERMERA ANECORM

Organizado por: Asociación Nacional de Enfermería Coordinadora de Recursos de Materiales (ANECORM)

Fecha de finalización: 01 de octubre de 2012

Más información: Asociación Nacional de Enfermería Coordinadora de Recursos de Materiales (ANECORM)

Web: http://www.anecorm.org/actualidad/premios.php

Teléfono: 902 190 848

XI PREMIOS METAS 2012

Organizado por: Editorial Difusión Avances de Enfermería (DAE)

Fecha de finalización: 10 de septiembre de 2012

Más información: Difusión Avances de Enfermería (DAE S.L.) C/ Manuel Uribe 13-15, bajo derecha 28033 Madrid

Web: **http://www.enfermeria21.com**

PRIMER PREMIO ESTEVE DE INVESTIGACIÓN ENFERMERA

Organizado por: Laboratorios Dr. Esteve

Lugar de celebración: Barcelona

Fecha de finalización: 15 de octubre de 2012

Dotación: 12.000 €

Más información: Laboratorios Dr. Esteve

Avda. Mare de Deu de Montserrat 221 08041 Barcelona

Web: http://www.premiosesteve.com

Teléfono: 647573628

E-mail: premiosesteve@esteve.es

Elija ahorrar

Contrate ahora su seguro de automóvil con A.M.A.

Solo hasta el 30 de septiembre

HASTA

65%

DE DESCUENTO*

EN SU SEGURO

*Promoción válida para presupuestos de nueva contratación realizados del 1 de abril al 30 de septiembre de 2012. No acumulable a otras promociones. Consulte condiciones en www.amaseguros.com

Y además:

- Excelente red de talleres preferentes A.M.A.
- Gestión de recursos de multas
- Vehículo de sustitución (según modalidad contratada)
- Asistencia en viaje 24 horas desde el kilómetro cero (incluyendo reparaciones urgentes en carretera)
- Peritaciones en 24 horas
- Atención jurídica telefónica (para cualquier circunstancia de su vida diaria)

A.M.A. agrupación mutual aseguradora

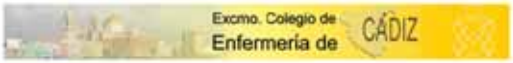
LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Infórmese sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

- A.M.A. Cádiz 956 80 80 48
- Cervantes, 12 C.P. 11003
- cadiz@amaseguros.com

SabadellAtlántico BancoHerrero SabadellSolbank SabadellGuipuzcoano

Sabadell
Professional



Una cosa es decir que trabajamos en PRO de los profesionales. Otra es hacerlo:

Cuenta Expansión PRO*.

Te abonamos el 10% de tu cuota de colegiado**.

---

0 comisiones de administración y mantenimiento.

\+ **3%** de devolución de tus principales recibos domésticos, hasta un máximo de 20 euros al mes.

\+ **Gratis** la tarjeta de crédito y de débito.

\+ Más de **1.300** oficinas a tu servicio.

Al fin y al cabo, somos el banco de las mejores empresas. O lo que es lo mismo,
el banco de los mejores profesionales: el tuyo.

Llámanos al 902 383 666, organicemos una reunión y empecemos a trabajar.

sabadellprofessional.com

*La Cuenta Expansión Pro requiere la domiciliación de una nómina, pensión o ingresos recurrentes por un importe igual o superior a 700 euros. Para menores de 25 años, no es necesario domiciliar ningún ingreso periódico.
**Hasta un máximo de 100 euros al año.

El banco de las mejores empresas. Y el tuyo.