Enfermería Gaditana

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

AÑO VII Nº 22/2012

Otro año para olvidar

STAFF

EDITA
Excmo. Colegio Oficial de 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
Gema Freire Martell

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

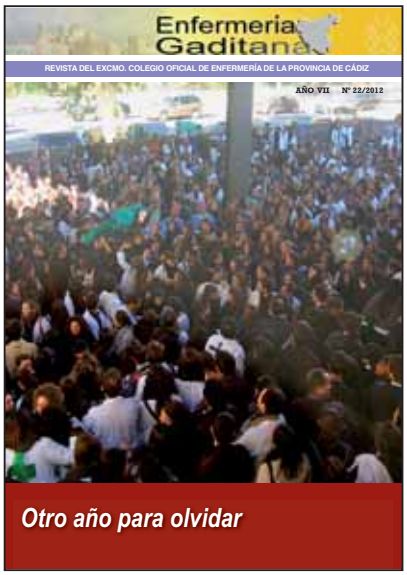
DEPÓSITO LEGAL
CA-157/06

ISSN
1887/6986

TIRADA
7.000 ejemplares

Sumario

3	EDITORIAL
4-10	ACTUALIDAD
11-14	ENFERMERÍA HOSPITALARIA
21-28	ENFERMERÍA COMUNITARIA
17-19	HISTORIA Y ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD
20-25	MATRONAS
26-28	ENFERMERÍA MILITAR
29-30	EL RINCÓN SALUDABLE
32-36	SALUD MENTAL
37-40	ENFERMERÍA HOLÍSTICA
40-41	AGENDA / CONVENIOS



EN PORTADA

OTRO AÑO PARA OLVIDAR

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

Editorial

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

Otro año para olvidar

Se nos va el año quedando los profesionales y ciudadanos, seriamente tocados por las medidas y recortes que, en los últimos tiempos, y particularmente este año, se han tomado en materia de salud.

Excusados por la crisis, nuestros gobernantes están destrozando nuestro Sistema de Salud. El ciudadano, y eso es más que preocupante, parece no darse cuenta de que resulta el más perjudicado, porque es la Salud de nuestro Sistema Sanitario Público y la garantía de asistencia sanitaria de calidad, la que está en juego. Los recortes están menguando gravemente la atención a la salud, devolviéndola a la precariedad de hace décadas.

En Atención Primaria se ha pasado de la captación activa, promoción y prevención, a la demanda de enfermos desesperados. Los ciudadanos se agolpan hacinados y desorganizados en las salas de espera para ser atendidos por un enfermero que ha sido degradado profesionalmente a trabajar por tareas. En los Hospitales, el aumento de las listas de esperas quirúrgicas y diagnósticas, la masificación de las urgencias, la falta de recursos y la tremenda presión asistencial, profesional y laboral a la que se ven sometidos los profesionales, nos ofrecen un panorama difícil y complicado.

Aún quedan demasiadas bolsas de ineficiencia sin depurar. Se han tomado medidas que atentan descaradamente contra los derechos de los profesionales, sin tener en cuenta su opinión y sin consenso previo, tal y como la normativa vigente obliga.

Estas medidas que a corto plazo, pueden suponer una disminución del gasto, a medio y largo plazo, van a significar un enorme retroceso costoso de reparar. Implicar de nuevo en la gestión de nuestro, ya añorado, Sistema de Salud a los profesionales, les resultará a los actuales dirigentes una misión imposible.

El orgullo de pertenencia al sistema ha desaparecido y ha dado paso a un sentimiento de incredulidad, rabia, frustración e impotencia, que difícilmente se casa con calidad, ante la imposición de quienes solo nos tienen en cuenta en sus discursos, aún a riesgo de salir con la cara roja o con la nariz crecida.

El olor de las excusas y mentiras resulta a éstas alturas nauseabundo. Se dicen barbaridades como “La situación sanitaria es la adecuada a la demanda y a los niveles de población”. Se debería pagar un precio por mentir descaradamente. En otras democracias sucede. En Andalucía la población enferma más vulnerable está sufriendo especialmente la política de recortes, y el Sistema está maltratando a los sanitarios de forma injusta y ensañándose particularmente con la Enfermería. Con diferencia, la más perjudicada.

La cultura de excelencia y el Plan de Calidad, ¿recordáis aquello del ciudadano, los profesionales, el equipo, espacios compartidos, investigación y desarrollo, la carrera profesional etc.?, ha muerto. Sin rumbo, la improvisación y la indolencia campean en nuestro Servicio Sanitario Público, que junto con la protección social y la educación, también ninguneadas, son los pilares básicos de desarrollo de la población.

El panorama no puede ser más desolador. El aumento de jornada laboral para eliminar contrataciones, nos ha devuelto a mantener irreconciliadas la vida familiar y laboral, precarizado las contrataciones de personal y dejado en paro a muchos profesionales. Y mientras, a los enfermeros jóvenes solo les queda, la opción de emigrar, según Del Corral, secretaria general de Inmigración y Emigración, “Por ese impulso aventurero”. Patético.

Quede claro que siempre apoyaremos desde éste Colegio las medidas en pro de los resultados y la eficiencia, pero siempre previa consulta y asesoramiento de los profesionales implicados en la asistencia, porque sencilla y llanamente, son los que más saben.

A pesar de las estrecheces, recortes de los recortes y denigraciones profesionales, bajo ningún pretexto deberíamos bajar los brazos. ¡Enfermeros y dignos!, procurando asistencia que garantice la seguridad clínica y dignifique a quien la recibe… y también, no hay que olvidarlo, a quien la da.

‘THE COFIA DAY’: Un grupo de enfermeros gaditanos vuelven al pasado para reivindicar el presente de la profesión

Gema Freire

El pasado mes de octubre un grupo de enfermeros de la Línea de la Concepción lideraron a través de las redes sociales una iniciativa con el nombre de ‘The Cofia Day’, con el objetivo de reivindicar el desarrollo de la Ley del Medicamento, cuya decreto lleva un retraso de tres años en su publicación. En apenas dos semanas consiguieron el apoyo de más de 800 enfermeros que llegado el día de la convocatoria, el pasado 10 de octubre, se colocaron este complemento, en un claro guiño a la enfermería de los años 70, y empezaron a ejercer como los ATS de entonces, esto es, dejando de administrar medicamentos que no tuviesen indicación por escrito del médico.

El objetivo era hacer ver a las administraciones la falta de cobertura legal que padece el colectivo en su trabajo diario. Esta propuesta surgió a raíz de la sentencia hecha pública por el Tribunal Superior de Justicia de Valencia en septiembre, en la que se condenaba a una enfermera por este motivo. El Colegio Oficial de Enfermería de Cádiz mostró públicamente su apoyo a esta iniciativa al considerarla “necesaria y justa”, puesto que la mayoría de los enfermeros en el ejercicio de su profesión se ven obligados a administrar tratamientos sin prescripción previa, pues lo contrario supondría el colapso de los centros sanitarios y, en muchos casos, importantes perjuicios para el enfermo. Además, ni el Gobierno central ni los autonómicos pueden obviar que se trata de una práctica diaria que cuenta con un alto grado de satisfacción, manifestada en numerosas ocasiones por la propia Administración, los profesionales y los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

Por este motivo, los enfermeros y sus representantes llevan años exigiendo que las administraciones no sigan trabajando de espaldas a esta realidad que pasa porque el enfermero es ya un profesional autónomo, con área propia de conocimiento, que administra, aún sin prescripción, distintos fármacos como parte de su trabajo, *“al que corresponde la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería, orientado a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”* con su propia área de competencia y de responsabilidad. (Ley Ordenación de Profesiones Sanitarias, artículo 7, apartado a.) Y todo lo hace por el paciente, para evitar trastornos y esperas innecesarias, porque no hay que olvidar que el profesional sanitario que está más tiempo en contacto con el usuario es, con diferencia, el enfermero.

Esta iniciativa nació sin ningún ánimo de confrontación ni de afectar a los pacientes, con el único objetivo de romper con el anacronismo jurídico que injustamente castiga al colectivo. Por eso contó con el apoyo, entre otros, del Colegio de Enfermería de Cádiz, del Consejo de Enfermería de la Comunidad de Valencia (CECOVA) y la Sociedad Española de Enfermería en Cirugía.

Tres enfermeros gaditanos destacan en el IX Congreso de la SENC celebrado en Cádiz

Gema Freire

El IX Congreso de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC), celebrado en Cádiz en el mes de noviembre, se saldó con un notable éxito gracias a la extraordinaria calidad de los trabajos presentados. Entre todos ellos, resultaron especialmente relevantes los estudios de dos enfermeros gaditanos, uno sobre el 'Impacto de la Intervención Educativa nutricional personalizada en el control glucémico de pacientes con diabetes en Atención Primaria', de María del Carmen de la Fuente Coria, miembro de la Unidad de Gestión Clínica Casines de Puerto Real; y otro sobre 'Concordancia en la estimación de la prevalencia de bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad, según diferentes parámetros en una población infanto-juvenil del sur de España', de José Manuel Martínez Nieto, profesor de Enfermería Familiar y Comunitaria de la Universidad de Cádiz.

A través del trabajo de María del Carmen de la Fuente Coria se pone de manifiesto, por medio de cuestionarios realizados a los pacientes, que existe un importante déficit en educación diabetológica. Sin embargo, se detecta una importante mejora después de la Enfermería en lo relacionado al conocimiento de su enfermedad y los hábitos de vida saludables. De esta forma, se establece como conclusión que la intervención educativa sobre pacientes diabéticos practicada por enfermería de Atención Primaria es efectiva en el control de la diabetes y, por tanto, en la prevención de complicaciones por esta enfermedad.

El encargado de entregar estos dos premios fue el presidente del Colegio de Enfermería de Cádiz, Rafael Campos, en nombre del Consejo Andaluz de Enfermería y del Colegio de Cádiz, quien agradeció a los enfermeros premiados su esfuerzo, porque como cualquier disciplina científica, la Enfermería sólo puede avanzar con investigación.

En el acto de clausura, la SENC hizo entrega a la enfermera gaditana María Luisa Castilla del premio 'José Mataix Verdú', por toda una trayectoria profesional volcada al estudio y la difusión de hábitos de vida saludables relacionados con la correcta alimentación de los pacientes. María Luisa Castilla es Diplomada en Enfermería por la Universidad de Sevilla. En 1982 empezó a trabajar y a formarse en educación diabetológica y en alimentación/nutrición en diferentes ámbitos y colectivos. Es coautora del 'Consejo Dietético de Atención Primaria' y de la Guía elaborada por este órgano, ambas publicaciones

María Luisa Castilla con el presidente del Colegio de Enfermería de Cádiz

editadas por la Junta de Andalucía. En 1996, publicó 'Platos andaluces para diabéticos', que pasó a denominarse 'Cocina andaluza para diabéticos', del que se han impreso tres ediciones. Desde 2004 colabora con la Consejería de Salud de Andalucía en el Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada y en el Plan Integral de Diabetes. Además, María Luisa Castilla es colaborada asidua de la sección de nuestra revista, El Rincón Saludable.

Como paso previo a la ceremonia de clausura del Congreso, el presidente de la Academia Española de Nutrición y Ciencias de la Alimentación, Luis Serra, procedió a la lectura del *Documento de Consenso de la SENC: Alimentación saludable en tiempos de crisis. Declaración de Cádiz,* donde se afirma tajantemente que la dieta mediterránea tradicional es compatible con los tiempos actuales de crisis. Serra hizo un llamamiento a todos los asistentes al Congreso para que sigan esforzándose por difundir las ventajas de esta dieta, que ha sido declarada recientemente Patrimonio Inmaterial de la Humanidad y que, por culpa de la crisis, está perdiendo predominio en Andalucía mientras adquiere mayor protagonismo en países nórdicos, donde cada vez cobra más importancia en la alimentación productos naturales como el aceite de oliva.

El Colegio de Enfermería amplía el convenio con Banesto para satisfacer las nuevas necesidades de los colegiados

El Colegio de Enfermería de Cádiz firmó recientemente un convenio con Banesto que permite ofrecer a los colegiados importantes ventajas en los productos de esta entidad bancaria. Entre las líneas de trabajo acordadas entre ambas instituciones, se encuentra el diseño de un Plan de Pensiones Asociado y específico para los colegiados de la provincia, dada la enorme preocupación por el futuro, ante la incertidumbre que el actual sistema de Seguridad Social presenta. Un Plan de Pensiones, que a diferencia de los Individuales, tendrán menos comisiones y mejores prestaciones.

Además, Banesto pone a disposición de los colegiados la obtención de una tarjeta prepago con 500 o 1.000 euros de saldo por el simple hecho de domiciliar la nómina y tres recibos. La cuantía de cada tarjeta dependerá del importe neto de la nómina domiciliada y puede emplearse para la financiación del proyecto Gradua2 o para cualquier otra cosa.

Por otra parte, al domiciliar la nómina con Banesto el colegiado tiene derecho a una cuenta corriente sin comisión de administración y mantenimiento, una tarjeta de débito 4B gratuita el primer año, y tarjeta de crédito 123 con descuentos en miles de establecimientos y gratuita el primer año. Además, la entidad ofrece condiciones especiales a los colegiados para la financiación de hipotecas y préstamos. Banesto se compromete también a subvencionar distintas actividades sociales y formativas organizadas por el Colegio.

El presidente del Colegio de Enfermería de Cádiz, Rafael Campos con los directivos de Banesto

Para el presidente de los enfermeros, Rafael Campos, “este acuerdo supone un paso más en el compromiso de poder ofrecer a nuestros Colegiados los mejores productos en las mejores condiciones, además de la satisfacción de colaborar con una entidad que apuesta por la formación y el crecimiento profesional de los Enfermeros”.

REENCUENTRO DE PLATA DE LA PROMOCIÓN DE ENFERMERÍA DEL 87

El pasado 10 de noviembre la promoción de 1984/1987 de la entonces llamada Escuela Universitaria de Enfermería perteneciente a la extinta RASSSA (ahora SAS) se reencontró en el Restaurante el Faro en un almuerzo que se prolongó hasta la noche. En total acudieron 50 personas incluidos varios profesores muy queridos. Esta iniciativa partió meses atrás de varios de los integrantes, quienes a través del facebook consiguieron localizar a la mayoría de los compañeros. De esta forma, 25 años después, Cádiz volvió a ser el lugar de encuentro de medio centenar de profesionales de enfermería llegados de diversos puntos de la geografía española.

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.

(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.

Banesto

www.banesto.es | 902 30 71 30

PREMIO NACIONAL AL MEJOR PÓSTER DE ENFERMERÍA HEMATOLÓGICA PARA CUATRO GADITANOS

Los enfermeros gaditanos Isabel Barea Jiménez, Carmen Sevilla Mota, José Manuel Montaño Barba y el técnico de laboratorio, Bernardo Cabeza Barrio, pertenecientes a la Unidad de Gestión Clínica de Hematología y Hemoterapia del Hospital de Jerez de la Frontera, han sido reconocidos con el primer premio al mejor Póster en el 17 Congreso Nacional de Enfermería Hematológica, celebrado en Segovia.

Los autores de este trabajo, que trata sobre la Consulta de Enfermería Pretrasplante de Médula Ósea, han querido manifestar el "profundo orgullo" que este premio supone para ellos como profesionales de la salud. En este sentido, aclaran que al tratarse de una consulta de nueva creación, con poco más de un año de existencia y pionera en España, en la que se incorpora a la Enfermería en la preparación de trasplantes hematopoyéticos dentro de la vía clínica, "hemos querido plasmar los resultados de nuestra consulta, resumiendo objetivos y conclusiones en el Póster".

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

CONSULTA DE ENFERMERIA PRETRASPLANTE DE MEDULA OSEA.

Isabel Barea Jiménez, Carmen Sevilla Mota, José Manuel Montaño Barba y Bernardo Cabeza Barrio.

COLABORACIÓN: Dr. Sebastian Garzón López (Jefe UGC Hematología y Hemoterapia).

Servicio de Hematología y Hemoterapia - Hospital S.A.S. Jerez de la Frontera (Cádiz).

HOSPITAL JEREZ

INTRODUCCIÓN

- Consulta de enfermería:

1.Nueva modalidad para gestionar el cuidado manifestando a la sociedad nuestra aportación específica.

2.Cuidados individualizados desde una visión integra de la asistencia, a través del proceso enfermero.

3.Producción de un crecimiento personal, tanto en el paciente como en el Profesional de enfermería tras analizar resultados de la consulta.

OBJETIVO

❑Facilitar cuidados individualizados y personalizados a los pacientes y familia, incluidos en la consulta pretrasplante.

❑Detectar necesidades socio-sanitarias y facilitar alternativas en la búsquela de posibles soluciones (conocimientos de paciente, grado de satisfacción y garantía, confianza y disminución de angustia....

❑Reducir tiempos de preparación y espera del trasplante.

MÉTODO

❑Acogida y valoración inicial.

❑Sesión informativa sobre el proceso. Petición y realización de pruebas diagnosticas.

❑Consultas a demanda.

❑Diagnosticos contemplados en el plan de cuidados.

1. Temor (00148), r/c: respuesta a la percepción de amenaza, m/c: informes de inquietud.
   Noc: Control del miedo (1404).
   Nic: Asesoramiento, enseñanza del procedimiento (5618), aumentar afrontamiento (5230)
2. Ansiedad (00146), r/c: cambio en el estado de salud, m/c: trastornos del sueño y expresión de preocupación.
   Noc: Control de la ansiedad (1402).
   Nic: Disminución de la ansiedad (5820) y fomentar el sueño (1850).
3. Riesgo de infección (00004) , r/c: procedimientos invasivos e inmunosupresión.
   Noc: Control de riesgo (1902).
   Nic: Protección contra las infecciones (6550).
4. Riesgo de baja autoestima situacional (00153) , r/c: alteración de la imagen corporal. Enfermedad.
   Noc: Imagen corporal (1200).
   Nic: Aumentar el afrontamiento (5230). Potenciar imagen (5220).
5. Conocimientos deficientes (00126), sobre el régimen terapéutico.
   Noc: Conocimientos del régimen terapéutico (1803).
   Nic: Enseñanza: proceso de la enfermedad (5602).

CONCLUSION

La incorporación de los profesionales de Enfermería a la preparación de los trasplantes hematopoyéticos, ejerciendo un papel central o coordinador, dentro de una vía clínica, redundará en una mayor seguridad y efectividad para los pacientes, aportando un trato más cercano, generando mayor confianza y menor angustia, aumentando su beneficio en calidad asistencial. Además aumentamos el rol de Enfermería en consultas con autonomía y disponibilidad propias de nuestra titulación.

El Colegio de Enfermería imparte cursos de Primeros Auxilios en Afanas para los trabajadores, voluntarios y familiares

Rafael Campos, junto al presidente de Afanas, Anselmo Torrecilla y los profesores David Revuelta y Álvaro Gónzalez

Gema Freire

El Colegio de Enfermería de Cádiz y Afanas firmaron un convenio de colaboración el pasado mes de junio con el que se persigue promover el desarrollo socio-sanitario tanto de las personas con discapacidad, como de su entorno más cercano. Fruto de este acuerdo, en el mes de noviembre el Colegio empezó a impartir cursos de formación en Primeros Auxilios dirigidos a trabajadores del centro, voluntarios, alumnos y familiares. El objetivo es proporcionar las herramientas básicas para el análisis de las situaciones de riesgo y la adopción de medidas preventivas; aportar los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas necesarias para afrontar una actuación de urgencia con eficacia y de forma adecuada, y enseñar a manejar un botiquín de primeros auxilios. De este modo, se consigue minimizar los riesgos de accidentes domésticos frecuentes, y ofrecer pautas de actuación ante quemaduras, cuerpos extraños, traumatismos, heridas, etc.

El Colegio también tiene previsto realizar un curso de Educación sexual orientado especialmente al alumnado adolescente y a sus familias. El objetivo de este curso es conseguir que vivan su sexualidad de una manera saludable, sin dejar de lado el papel que juegan las familias. Además, se organizarán otros cursos para tratar asuntos relacionados con la correcta manipulación de medicamentos y hábitos de vida saludables.

El presidente del Colegio de Enfermería de Cádiz, Rafael Campos, aseguró en el acto de inauguración del taller de Primeros Auxilios, que “los enfermeros somos gente sensible y comprometida con los problemas de las personas, y por este motivo no podemos permanecer ajenos cuando los demás nos necesitan. Con estos cursos esperamos contribuir a la mejora en hábitos saludables de todo el colectivo que integra esta asociación”.

Desde Afanas, por su parte, agradecen a los enfermeros la colaboración desinteresada que han mostrado desde el principio en un momento de crisis, en el que la convocatoria de ayudas públicas se recortan y los apuros económicos para sacar sus proyectos adelante no hacen más que crecer. Por este motivo, la asociación ha iniciado una campaña de captación de socios-protectores con el fin de seguir financiando sus programas y continuar así atendiendo a las más de 300 personas y familias que dependen directamente de esta entidad.

Acto de entrega de premios del V concurso de dibujo infantil 'La Enfermería y la Navidad'

I.M.A.

Por quinto año consecutivo, tuvo lugar la celebración del Concurso de Dibujo Infantil 'La Enfermería y la Navidad'. Un concurso en el que todos ganan ya que tan sólo por participar reciben un regalo.

Como en cada edición, se establecieron tres categorías en las que han participado niños de edades comprendidas entre los 4 y 12 años. Los premiados han sido, Óscar Rodríguez Saavedra (1º Premio categoría 4-5 años, localidad Puerto Real); Raúl Vázquez Calo (1º Premio categoría 6-8 años de Cádiz) y Julio Estapia Fernández (1º Premio categoría 9-12 años de Jerez de la Frontera).

Al acto de entrega de los premios, celebrado el 10 de diciembre en la sede colegial, acudieron los ganadores en compañía de sus padres y hermanos. Todos ellos obtuvieron una consola de videojuegos.

El presidente del Colegio de Enfermería, Rafael Campos, junto a la vocal, Ana Fuentes recibieron a los pequeños en compañía de los patrocinadores: el gerente de CareDENT Jerez, Alejandro Parra y el gerente de CareDENT Cádiz, Ramón Aguado quiénes pidieron que interpretaran sus dibujos.

Los pequeños, relataron a los presentes los motivos por los que habían realizado ese dibujo e interpretaron la percepción que poseen de la Enfermería a través de la figura de sus padres y el desempeño de su trabajo en estas fechas navideñas.

El gerente de CareDENT Cádiz, Ramón Aguado, hace entrega del premio a uno de los premiados en compañía del presidente del Colegio, Rafael Campos y la Vocal, Ana Fuentes.

VIRGINIA GONZÁLEZ GUERRA, DIRECTORA DEL ÁREA DE CALIDAD DEL HOSPITAL SAN JUAN GRANDE DE JEREZ

"Las enfermeras sabemos convertir las dificultades en oportunidades de mejora"

Desde enero de 2012, Virginia González Guerra es la directora del área de Calidad del Hospital San Juan Grande de Jerez de la Frontera. Como enfermera y fiel defensora de los valores de esta profesión, su principal máxima es promover la hospitalidad, garantizando el respeto a la dignidad del paciente, a su vivencia de la enfermedad y a su calidad de vida y de muerte.

Enfermería Gaditana: ¿Qué visión puede aportar la enfermería a esta área? ¿Cuál es la diferencia con la visión médica o puramente empresarial?

Viginia González: La política de calidad y medioambiente que está llevando a cabo el centro sigue una máxima muy clara: la orientación al paciente. Un sistema de gestión redunda en la mejora de la organización del trabajo, en la formación del personal y, en definitiva y lo más importante, en la mejora de la percepción por parte del paciente.

Como enfermeras podemos aportar mucho en un sistema de gestión. Las enfermeras sabemos convertir las dificultades en oportunidades de mejora. Nunca ha sido tan necesaria nuestra vitalidad como ahora, cuando los entornos de salud tratan de dispensar servicios equitativos, seguros y eficaces y a la par contener los costes. Las enfermeras ocupamos una posición privilegiada que nos permite identificar las necesidades, dar información sobre el modo de satisfacerlas y promover los beneficios de hábitos de vida más saludables. Nuestra aportación sigue estando motivada por el deseo de mejorar los resultados de los cuidados dispensados a los pacientes.

El logro de certificados nos ayuda en la medida en que impone plazos y metas, pero nuestro fin último no pasa por conseguir "sellos" de calidad. El reto en adelante radica en mantener año tras año el sistema de gestión que hemos iniciado y alcanzar la excelencia en la práctica asistencial. El valor añadido que nos aporta este sistema de gestión carecería de sentido si no repercutiese directamente en el principal beneficiario de nuestra asistencia: el paciente.

E.G. ¿Cuánto tiempo llevas a cargo del área de Calidad del Hospital Juan Grande? ¿Ha tenido que adquirir formación en el área de Gestión?

V.G. Como representante de la Dirección para la Calidad del Hospital Juan Grande de Jerez de la Frontera (Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios), llevo desde enero de 2012. Evidentemente, hay que prepararse para ocupar este puesto y para ello he cursado un Máster en Investigación en Cuidados de Salud por la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de Cádiz, soy Experta en Gestión de Cuidados por la Universidad de Granada y actualmente, estoy cursando un Máster en Gestión Integral de un Centro Sanitario Excelente.

E.G. ¿En estos momentos debe ser sumamente difícil compatibilizar calidad y recursos económicos y humanos?

V.G. La difícil realidad actual ha supuesto al Comité de Dirección tener que reflexionar profundamente sobre el futuro del Hospital San Juan Grande y plantear dónde queremos posicionarlo respecto del entorno socio-sanitario local, autonómico y nacional, respetando siempre los valores que la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios impulsa. Valores y calidad están íntimamente ligados, como ocurre en cualquier organización sanitaria en la que ética y calidad son conceptos inseparables. Somos conscientes de la realidad, pero también estamos convencidos que nuestra apuesta, la de todos, tiene que ser por la mejora continua. Intentamos promover la Hospitalidad, garantizando el respeto a la dignidad de la persona, a su vivencia de la enfermedad y a su calidad de vida y de muerte.

Virginia González acompañada de miembro del equipo de dirección

E.G. ¿Qué diferencias hay entre un centro público y uno privado a la hora de trabajar en el área de Calidad? ¿Cuáles son las ventajas y los inconvenientes?

V.G. El sistema público permite el desarrollo de estrategias que en la sanidad privada están menos accesibles, sobre todo aquellas ligadas directamente a los recursos: las enfermeras de práctica avanzada por ejemplo, que han llegado a desempeñar una función importante en la prestación de cuidados desde sus inicios; la formación y el desarrollo de competencias…

No obstante, la sanidad privada presenta ciertas ventajas que influyen directamente en la puesta en marcha de otras estrategias y en la capacidad de adaptarnos a nuevos requerimientos: nuestra organización es capaz de adaptarse a nuevos planteamientos con mayor flexibilidad; la menor complejidad a la hora de aplicar nuevos cambios; la facilidad con que los profesionales pueden poner en marcha estrategias y observar los resultados, etc. Organizaciones con estas ventajas son modelos eficientes para dispensar cuidados de buena calidad a los pacientes.

E.G. ¿Cuáles son los proyectos futuros?

V.G. Nuestro camino se orienta a consolidar una cultura de calidad, liderada por la Dirección y que fomente los valores y la misión de la Orden Hospitalaria. Pretendemos crear e implantar un sistema de trabajo que promueva la participación de todos los profesionales y colaboradores a todos los niveles, que mejore la eficiencia, promueva la innovación y que consiga el cumplimiento y mantenimiento de todas las acreditaciones exigibles. Y para recorrer esta andadura, emplearemos tanto el standard internacional ISO 9001 como el modelo SEP (Sanidad Excelente Privada) que permite la integración de los modelos de gestión de calidad y excelencia: Modelo Europeo EFQM, Standard ISO 9001 y requisitos de la U.S. Joint Commission.

No debemos olvidar el mantenimiento de los requisitos que ya iniciamos en el año 2005, obteniendo el reconocimiento de Acreditación Avanzada, a través de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y la certificación ISO 14001 en nuestra preocupación constante en todo lo referente a los aspectos Medioambientales. Con estos modelo el Hospital integrará en su sistema de mejora continua todos los elementos que el centro necesita para su gestión, su seguridad y su calidad y la protección del medioambiente.

La Unidad de Cirugía Torácica del Hospital U. Puerta del Mar obtiene unos resultados excelentes en su primer año de funcionamiento

Competencia, especialización, profesionalidad, dedicación y actitud. Sello de calidad de un equipo de Cuidados

Equipo de la Unidad de Cirugía Torácica del Hospital Universitario Puerta del Mar

Gema Freire

Diez meses de Cirugía Torácica en el Puerta del Mar, más de 200 intervenciones quirúrgicas, un porcentaje de éxito que roza el 100% y una estancia media de hospitalización de apenas cuatro días. Ése es el balance de la nueva unidad que entró a formar parte de la cartera de servicios ofertada por el hospital desde el pasado 13 de febrero.

El objeto de la cirugía torácica es el estudio y tratamiento quirúrgico-médico de los procesos patológicos que afectan al tórax, tanto a su continente como a su contenido (pared torácica, pleura, pulmón, mediastino, árbol traqueobronquial, esófago y diafragma), aportando soluciones definitivas o paliativas en patologías como tumores malignos y benignos de pulmón o la pared torácica, lesiones de diafragma, malformaciones congénitas o adquiridas como hiperhidrosis, neumotórax, hemotórax o derrames pleurales. La filosofía de la Unidad de Cirugía Torácica del Hospital Universitario Puerta del Mar es la de satisfacer las necesidades integrales y las expectativas de los ciudadanos que atiende, mediante una atención sanitaria segura, equitativa, personalizada, eficiente y orientada hacia la excelencia.

En el equipo asistencial de hospitalización trabajan 9 enfermeros con conocimientos muy específicos en esta rama de la especialidad médico-quirúrgica y todos coinciden en destacar la importancia que supone para los gaditanos la puesta en marcha de este

Enfermeras de Quirófano de Cirugía Torácica del Hospital U. Puerta del Mar

servicio en el Puerta del Mar, ya que de esta manera se evita que una media de 300 pacientes al año tengan que trasladarse con sus familiares a los hospitales de Sevilla o Córdoba, hasta hace un año los únicos que practicaban en Andalucía este tipo de intervenciones.

La mayoría son programadas, aunque también asumen las urgencias (heridas torácicas penetrantes y traumatismos: "apuñalamientos", fracturas costales con complicaciones pulmonares, …).

La calidad y metodología de los cuidados en planta garantizan la continuidad con los de la Unidad de Cuidados Intensivos, tanto durante la estancia prequirúrgica como en el postoperatorio, culminando el proceso de atención de enfermería con la educación- preparación del paciente para el alta y prescripción de cuidados en domicilio.

Actualmente, la Unidad está desarrollando la cirugía mínimamente invasiva que consiste realizar la cirugía convencional a través de 2 o 3 incisiones con el apoyo de videotoracoscopio, que sirve de guía. Este tipo de cirugía, menos agresiva, permite una recuperación más temprana de los pacientes y reduce significativamente las complicaciones y el dolor postoperatorio, con los mismos beneficios que el tratamiento estándar.

El día a día del equipo de enfermería de ésta unidad está basado en la calidad de los cuidados que suministran, atendiendo las necesidades básicas, las de desarrollo y las derivadas del proceso patológico y procedimiento quirúrgico, incorporando en el plan de cuidados al cuidador-acompañante, mediante sistemas de valoración dinámicos y planes de cuidados personalizados (NANDA, NOC, NIC), agilizados por sistemas informáticos de registros en la historia del paciente.

La especificidad de los cuidados viene determinada por la monitorización de la función respiratoria, el intercambio gaseoso, la hemodinámica, la prevención y abordaje precoz de las complicaciones potenciales, derivadas del procedimiento quirúrgico y del propio proceso que determinó la intervención quirúrgica.

Junto con los cuidados especializados, la atención a la prevención y tratamiento de la infección en el postoperatorio, la garantía del confort físico, abordando el dolor, y el trato humanizado, constituyen los pilares de la excelencia del cuidado en ésta unidad.

La competencia del equipo de enfermería pasa por una formación consolidada y actualizada como enfermeros generalistas y especialistas en Enfermería Médico-quirúrgica. Además de la demostrada cualificación inicial, previamente a su puesta en funcionamiento, el equipo de Enfermería de ésta Unidad compartió experiencia formativa avanzada con el equipo de enfermería de la Unidad homónima del Hospital Universitario Reina Sofía, de Córdoba, mediante estancia en dicha Unidad y se instauraron sesiones formativas y de coordinación entre Enfermería de Hospitalización y los Cirujanos Torácicos.

ÉXITO DEL X CONGRESO DE ASANEC

Cerca de 12.000 enfermeros de los dos lados del Atlántico asistieron, física o virtualmente

Gema Freire

El 40 por ciento de la población mundial padecerá en 2050 dos o más enfermedades de carácter crónico según los últimos informes de la Organización Mundial de la Salud, lo que pone de manifiesto que la cronicidad es un problema mundial que consume entre el 60 y el 75 por ciento del gasto sanitario, un dato a tener en cuenta dada la situación económica actual. La intensidad de la crisis, junto a la deficiente gestión de los recursos, están propiciando la aprobación de continuos recortes que ponen en peligro la sostenibilidad del sistema sanitario actual, por lo que se hace necesario aportar alternativas, y que la Atención Primaria y la Enfermería reivindiquen su papel y su entrada en los órganos de gestión. Éstas han sido algunas de las conclusiones extraídas del 10º Congreso ASANEC de Enfermería Familiar y Comunitaria celebrado en Torremolinos, que contó con la asistencia y participación de los Presidentes de los Colegios de Enfermería de Málaga y de Cádiz.

Un total de 12.000 profesionales de la enfermería de más de 30 países asistieron presencialmente y vía on-line a este congreso, que marca un hito en este foro profesional al simultanear su celebración con el 1º Congreso Internacional Virtual de Enfermería Familiar y Comunitaria. A través de los 707 trabajos científicos presentados (de los que 409 provenían de Andalucía y 87 de ellos de Cádiz), los profesionales abordaron cómo mejorar la atención a pacientes con pluripatologías crónicas, otorgarles servicios de alta calidad y cómo mejorar los rendimientos entre costes y efectividad de los tratamientos que reciben en los servicios de Atención Primaria.

El programa de trabajo del Congreso se dividió en 14 mesas y una Plenaria donde se pusieron en valor las experiencias en la mejora del paciente crónico en enfermedades como la diabetes y las patologías cardiovasculares, entre otras.

En las diversos trabajos presentados se puso de manifiesto que el fomento de programas de hábitos y estilos de vida saludables, la promoción de grupos de autoayuda, el empleo de las redes sociales para mejorar el conocimiento y habilidades, el intercambio de experiencias propias que faciliten el autocontrol de las enfermedades crónicas, unido a la promoción de programas de alimentación saludable en los centros de educación secundaria, se convierten en herramientas esenciales en el manejo de las patologías crónicas y la mejora de los pacientes.

El jurado del Premio a la Experiencia, convocado por el comité científico del Congreso y financiado por el Consejo Andaluz de Enfermería, decidió otorgárselo a Ana Felicidad Egea Fernández, enfermera del Centro de Salud Zona Norte de Melilla, por su trabajo titulado *Cuidando en las Estrellas*. En él, la autora realiza un minuciosa reflexión sobre su labor profesional en un barrio especialmente frágil desde el punto de vista socio-económico. Egea Fernández se vale de una obra llena de metáforas para transmitir el esfuerzo que le supuso su proceso de integración, hasta lograr que una sociedad cerrada y distinta termine aceptando a los enfermeros como agentes de salud que son.

Líneas de trabajo

En la ceremonia de clausura, que fue presidida por Rafael Campos, en representación del Consejo Andaluz de Enfermería, el hasta entonces presidente de ASANEC, Juan Pedro *Batres*, tuvo unas emotivas palabras de agradecimiento a su junta por la colaboración que en todo momento había recibido en sus funciones como máximo responsable de la asociación. A continuación se presentó la nueva junta directiva de ASANEC, presidida por Yolanda Gómez Narváez, quien subrayó que se trata de una candidatura continuista con respecto a la anterior, "pero con ideas refrescantes y de manos tendidas para todos aquellos que quieran colaborar". En este sentido, Gómez Narváez destacó que sus principales líneas de trabajo pasan por potenciar los lazos de cooperación con sociedades como ASENOHA, SEEC, SEMERGEN o SADECA, entre otras; establecer estrategias permanentes de cooperación y desarrollo con asociaciones de pacientes y de consumidores; potenciar los grupos de trabajo en aquellas áreas temáticas más demandadas y ofertar un plan de formación amplio "virtual" que posibilite la accesibilidad de todos sus asociados y especialmente aquellos que no tengan una continuidad laboral permanente o que tengan dificultades de aislamiento demográfico. Además, se potenciará la investigación con una formación reglada, con premios, y apostando por el desarrollo de proyectos.

El Presidente del Colegio de Enfermería de Málaga (en el centro), junto al Gerente del SAS y la Presidenta de ASANEC

NUEVA JUNTA DIRECTIVA DE ASANEC

Yolanda Gómez Narváez
Presidenta

Mª Ángeles Arteaga Mena
Vicepresidenta

Francisco Manuel Peregrina Palomares
Vicepresidente 2º

Alejandra Adalid Ortega
Secretaria

Máximo Juan Sánchez Ruiz
Tesorero

Eugenio Contreras Fernández
Vocal de Relaciones Institucionales y Sociedad

Ceferino Prieto García
Vocal de Formación

José Luis Gutiérrez Sequera
Vocal de Investigación

María del Carmen Saucedo Figueredo
Vocal de Grupos de Trabajo

María Dolores Masot Montserrat
Vocal provincial de Cádiz

VALORACIÓN NUTRICIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

La detección y abordaje precoz de la desnutrición y déficit de deglución, en atención domiciliaria, mejora la calidad de vida y reduce el gasto sanitario

Mónica Casado Daza
Roberto Fernández Ruiz
Enfermeros Gestores de Casos del Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar

La Enfermería en Atención Primaria, y dentro del contexto de las visitas domiciliarias programadas a la población anciana, está capacitada para *detectar precozmente* problemas de salud derivados de la alimentación (fundamentalmente la desnutrición y las alteraciones en la deglución), y establecer soluciones o medidas paliativas de dichas situaciones, en la vertiente independiente o colaborativa (mediante planes de cuidados enfocados al paciente o su cuidadora o en colaboración con otros profesionales de la salud).

En la mayoría de las ocasiones la intervención del equipo de atención primaria tiene lugar tras el alta hospitalaria del paciente, cuando ya han comenzado las *complicaciones*, de ahí la importancia de realizar una valoración enfermera focalizada del paciente y/o su cuidadora para detectar problemas de salud existentes (Diagnósticos reales) o potenciales (Diagnósticos de riesgo).

La Población en la que aparecen con mayor prevalencia estos problemas y sus posibles complicaciones incluye los siguientes grupos:

- Pacientes en situación de cuidados Paliativos, generalmente de origen oncológico aunque no es condición “sine qua non”
- Paciente de edad avanzada, con enfermedades crónicas que conllevan a un deterioro físico/cognitivo progresivo con alto riesgo de complicaciones (úlceras por presión, desnutrición, deshidratación, etc…)
- Pacientes con necesidades nutricionales elevadas (personas encamadas con úlceras por presión de estadio III-IV, postquirúrgicos, etc…)
- Pacientes con demencias en estadio avanzado (generalmente aparece desnutrición añadida a deterioro de la deglución)
- Pacientes con sondas de nutrición enteral (nasogástricas o de gastrostomía endoscópica percutánea P.E.G.)
- Pacientes con alteraciones neurológicas con deterioro de la deglución.

A fin de priorizar establecemos un triple criterio basado en la prevalencia en la población diana, su repercusión en la calidad de vida y en la existencia de medidas para modificar la causa o el efecto. Consideramos que la valoración de Enfermería debe investigar la presencia de tres problemas de salud, en la mayoría de los casos interrelacionados entre sí, como causa o consecuencia:

- Alteración en la deglución
- Pérdida de peso
- Déficit en la ingesta de líquidos

Por otra parte, no debemos pasar por alto el doble coste que supone que pasen desapercibidos estos problemas de salud, sin implementarse, por lo tanto, medidas de prevención (implantar y evaluar periódicamente), o que sean detectados tardíamente: Por un lado el coste emocional por la repercusión negativa en la calidad de vida del paciente y su cuidadora (empeoramiento del estado de salud, aumento de la complejidad de los cuidados), y por otro el coste sociosanitario (reingresos hospitalarios y tratamiento de complicaciones).

Actuación de los Enfermeros Gestores de casos de la Zona Básica de Salud de la Línea de la Concepción:

CAPTACIÓN

Estos casos nos llegan por tres vías principalmente:

- Captación directa mediante valoración integral de necesidades en el domicilio o instituciones.
- Derivación de Médico de Familia
- Derivación de Enfermera de Familia
- Derivación de Cuidados Paliativos
- Altas hospitalarias derivadas por Enfermera gestora de casos del Hospital

PLAN DE CUIDADOS

- Valoración de necesidades básicas de Virginia Henderson. Enfocada sobre todo en las necesidades nutricionales (entrevista nutricional); estado de la deglución (exploración básica sin bolo), estado de piel y mucosas (presencia de heridas crónicas, hidratación), eliminación (hidratación), movilidad y estado cognitivo.

- Uso de escalas de valoración multidisciplinares y validadas (Mini Nutricional Assessment (M.N.A.), Norton, Braden).

- Los Diagnósticos que nos encontramos con mayor prevalencia son:

  - Riesgo de aspiración
  - Deterioro de la deglución
  - Desequilibrio nutricional por defecto
  - Riesgo o Deterioro de la integridad cutánea/tisular
  - Deterioro de la mucosa oral.
  - Conocimientos deficientes (de la cuidadora)

GESTIÓN DE CASO

El abordaje del problema debe ser multidisciplinar. La Toma de decisiones debe contemplar tres acciones:

- Establecimiento de Plan de cuidados de Enfermería, enfocado al paciente, cuidadora o ambos. Etiqueta diagnóstica NANDA.
- Posibilidad de derivación o coordinación con otros profesionales, si el problema requiere intervención multidisciplinar, incluyendo sugerencias para problemas de salud interdependientes (empleo de espesantes, aporte nutricional complementario o suplementario, actualización de perfil analítico nutricional, etc.).
- Establecimiento de revaloraciones con periodicidad establecida.

Nuestra actuación debe ir encaminada a la detección precoz y al establecimiento de Planes de Cuidados para cuatro situaciones posibles:

- **Riesgo de aspiración** en pacientes con alimentación por sonda nasogástrica. Se establece Plan de cuidados enfocado a precauciones para evitar la aspiración mediante enseñanza a la cuidadora.

- **Riesgo de aspiración por deterioro de la deglución**. Plan de cuidados enfocado a precauciones para evitar la aspiración, adaptación de consistencia de alimentos, terapia de deglución y prescripción de espesantes para asegurar ingesta de líquidos.

- **Riesgo de malnutrición o malnutrición** con posibilidad de mantener la vía oral. Se prescribe enriquecimiento de dieta casera. Si ésta no es efectiva (no es tolerada, no induce cambios en el estado general o se evidencia persistencia de alteración del perfil analítico nutricional) se procede a prescripción de nutrición enteral adaptada.

- **Conocimientos deficientes:** Plan de cuidados para las cuidadoras enfocados al asesoramiento oral y escrito sobre: Consejos sobre triturados y su enriquecimiento, Precauciones para evitar la aspiración y dificultad para tragar los alimentos.

Centro de Estudios
Premier Rota

Excmo. Colegio Oficial de Enfermería de Cádiz

¿Quieres aprender inglés para ampliar tus POSIBILIDADES en el mercado laboral?

Gracias al acuerdo con el Centro de Estudios Premier Rota y a la subvención de tu Colegio, ahora puedes conseguir la certificación del Nivel A2, B1, B2, C1 o C2 en Inglés.

Estos cursos subvencionados por el Colegio de enfermería de Cádiz, están dirigidos a todos aquellos que quieren obtener el certificado de KET (A2), PET (B1), FCE (B2), CAE (C1) y CPE (C2), de la Universidad de Cambridge, título de reconocimiento internacional que acreditará su nivel de conocimiento del idioma y les ayudará en sus estudios o en su trabajo.

. Clases a todos los niveles
. Cuatro horas lectivas a la semana
. Niveles A2, B1, B2, C1 o C2
. Turnos de mañana o tarde
. Material formativo incluido

54 euros/mes si estás colegiado

Si estás interesado, infórmate en nuestra web www.duecadiz.com, y preinscríbete (*).

(*) Los grupos se formarán con un mínimo de alumnos imprescindible. Matrícula 60€.

Notas sobre la enfermería española en la Segunda República

Francisco Herrera Rodríguez. Universidad de Cádiz

He aquí una nueva entrega de esta serie de artículos divulgativos de Historia de la Enfermería, esta vez toca el turno al repaso de la Segunda República española. En estos años se debatió sobre si el ejercicio de la enfermería debía estar en manos de religiosas o de enfermeras laicas. En 1931, Manuel Usandizaga, director de la "*Escuela de Enfermeras de Valdecilla"* (Santander), y autor del excelente "*Manual de la Enfermera"* (editado en 1934, 1938, 1940)[1], opinaba sobre esta cuestión lo siguiente:

"...tan equivocados están los sectarios de la izquierda cuando niegan a las religiosas el derecho a cuidar los enfermos como los sectarios de la derecha cuando creen que esta función debe ser un monopolio de las órdenes religiosas".

Al margen de este debate se observa que en los años treinta se produce una creciente actividad legislativa, asociativa y docente que repercute en el desarrollo profesional de la enfermería; por ejemplo, la Orden de 20 de mayo de 1932 publicó el programa oficial para la enseñanza de las enfermeras y en 1933 se fundó la "*Escola d'Infermeres de la Generalitat de Catalunya"*, institución en la que los estudios se realizaban en dos cursos, con un tercero de especialización, en el cual se podían cursar las enseñanzas de enfermera visitadora, especialista en enfermedades internas, en cirugía, puericultura, enfermedades nerviosas y mentales, dando como resultado estos estudios el título de "*enfermera superior"*. Son muchos los aspectos a estudiar en el contexto de la sanidad en la Segunda República, pero sólo tenemos espacio para plantear dos aspectos concretos: el de las Enfermeras Visitadoras y el de la enfermería psiquiátrica. Vamos por partes.

Si importante fue el papel desempeñado por la *Escuela Nacional de Puericultura*[2] como institución pionera en incorporar la figura de la visitadora puericultora, no lo fue menos el que le tocaría jugar a la *Escuela Nacional de Sanidad*. El objetivo de formar en España un *"Cuerpo de enfermeras sanitarias"*, como bien han indicado Bernabeu y Gascón, aparece ligado desde sus inicios a la misma creación de la primera Escuela de Salud Pública de España, la Escuela Nacional de Sanidad (1924). La promulgación de un nuevo reglamento de la Escuela en 1930 y sobre todo la llegada a la Dirección de Gustavo Pittaluga Fattorini[3] (figura 1), proporcionaron el impulso definitivo al proyecto de creación de un Cuerpo de enfermeras sanitarias; pero las primeras actividades docentes de la Escuela, orientadas a la formación de Enfermeras Visitadoras, no se pondrían en marcha, con carácter provisional, hasta febrero de 1933[4].

En 1934 se dieron pasos muy importantes a nivel profesional: Mercedes Milá Nolla impulsó en Madrid la *Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias*[5]. En el mismo año se publicó el primer número de "*La Visitadora Sanitaria"*, órgano oficial de la citada Asociación Profesional. Este Boletín[6], de publicación trimestral, ofrece noticias profesionales (vacantes, oposiciones, exámenes, congresos, etc.) y artículos técnicos, con el fin de elevar el nivel de las Enfermeras Visitadoras españolas. En el primer número de esta publicación se destaca al ya citado Gustavo Pittaluga como figura fundamental en la creación de la Escuela de Enfermeras de Sanidad, la organización de cursillos, el servicio de Visitadoras en algunas consultas de la Facultad de Medicina de Madrid, *"y a cuanto tiende a demostrar la importancia social de la enfermera en la sanidad moderna…"*. El propio Pittaluga en las páginas de la recién nacida publicación manifiesta que *"…las Enfermeras Visitadoras están llamadas a desempeñar una misión fundamental en la difícil empresa de llevar a su máxima eficacia la sanidad nacional"*[7]. En los Estatutos de la Asociación, en su artículo 1º, queda claro que se entiende por Visitadoras Sanitarias a las enfermeras cuyas actividades se desarrollan en el campo de la medicina preventiva[8]. Esta Asociación observamos que nace vigorosa porque en la primera relación de asociadas contabilizamos nada menos que 109 de diferentes localidades del estado español, encontrando entre las mismas a dos enfermeras que realizaban su labor en la provincia de Cádiz: Josefa Núñez Ligero (Dispensario Antituberculoso de Jerez de la Frontera) y María González Oyarzábal (Dispensario Antituberculoso de Cádiz)[9]. La sección de noticias de este Boletín ofrece in-

Gustavo Pittaluga Fattorini (Fuente: Díaz-Rubio, 2000)

LA VISITADORA SANITARIA
ORGANO OFICIAL DE LA
ASOCIACION PROFESIONAL
DE
VISITADORAS SANITARIAS
NÚM. II Publicación trimestral AÑO II

Número 2 de "La Visitadora Sanitaria" (Biblioteca Nacional de España, Madrid)

formaciones de enfermeras como, por ejemplo, Aurora Más (Vicepresidenta de la Asociación) e Isabel Rodríguez que realizan viajes de ampliación de estudios a los Estados Unidos, concretamente esta última en el *Teachers College en Columbia* (Universidad de Nueva York)[10]. O que Encarnación Luque recién regresada de los Estados Unidos, después de dos años de ampliación de estudios bajo los auspicios de la Fundación Rockefeller, impartió una conferencia sobre *"La higiene rural en Birmingham"*[11]. Igualmente este importante Boletín ofrece información sobre el "*Congreso Internacional de Enfermeras Católicas"* que tuvo lugar en Roma en 1935, al cual acudieron 800 enfermeras de Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Inglaterra, Irlanda, España, etc.[12] Dado el interés de esta publicación reproducimos el encabezamiento de uno de los números publicados (figura 2).

Pero volvamos a la Asociación: entre sus objetivos, encontramos el fomento de las actividades encaminadas a mejorar la salud pública, la mejora de la formación técnica de las enfermeras y conseguir de los poderes públicos los apoyos necesarios para garantizar el progreso de la profesión[13]. Recientemente Bernabeu Mestre, uno de los estudiosos más solventes de la historia de la salud pública española en general y muy particularmente del origen y desarrollo de la figura de la Enfermera Visitadora y del Boletín que estamos comentando, ha profundizado aún más en el asunto al estudiar cómo las autoridades sanitarias de la Segunda República utilizaron la divulgación radiofónica de la alimentación y la higiene infantil: *"…se trataba de una acción de propaganda y divulgación que tenía su continuidad en el medio familiar y comunitario a través de la actuación de las enfermeras visitadoras, contemplando a las madres como población diana"*. La alta mortalidad infantil, la diarrea, la enteritis, el llamado *"peligro alimentario"* hacían que la situación fuera insostenible y en la lucha contra los mismos debía jugar un papel importante la educación sanitaria y por tanto las Enfermeras Visitadoras[14].

Veamos algunos ejemplos concretos referidos a Granada y Valencia: un repaso al organigrama de enfermería, en 1934, del "*Servicio de Higiene Infantil"* de Granada nos da una idea del personal de enfermería y de las tareas que realizaban en este contexto[15]: una enfermera visitadora titular; una enfermera auxiliar; una matrona puericultora; una enfermera practicante puericultora; cinco enfermeras puericultoras tituladas y ocho enfermeras alumnas. En 1928, tres años antes del período republicano, se inauguró la "*Escuela Provincial de Puericultura"* de Valencia con un curso de cuatro meses en el que se matricularon maestras, matronas, alumnas de Niñeras y de Enfermeras Visitadoras de Niños. Al establecerse la Escuela se impartían materias como *"Puericultura intrauterina"*, *"Primera y Segunda Infancia"*, *"Higiene Tercera Infancia e Higiene Escolar"*, *"Enseñanza de Enfermeras Visitadoras y de Laboratorio"*, *"Enseñanza de Higiene Dental"* y *"Enseñanza de Higiene Ocular"*. Incluso se estableció una cátedra ambulante de Puericultura para realizar una campaña a favor de la Higiene Infantil en el medio rural. Estas sesiones divulgativas comenzaron a finales de 1929 y tuvieron continuidad al menos hasta febrero de 1934, según la documentación que hemos manejado, impartiéndose las conferencias en cines o teatros, además de repartirse impresos y cartillas de higiene infantil. La *Escuela Provincial de Puericultura*, con su Dispensario de Higiene Infantil, administraba vacunaciones "antivariolosas", antidiftéricas, antitíficas y antituberculosas, observándose un incremento de las mimas desde 1929 a 1934[16] (figura 3).

Otro aspecto que debemos plantear sobre la enfermería en el período republicano es, sin duda, la aparición del título de *Enfermero Psiquiátrico*. El 16 de mayo de 1932, Casares Quiroga firmó una orden ministerial, influenciada por el médico Gonzalo Rodríguez Lafora, con la que se pretende que desaparezca *"el estado de cosas que entregaba a los enfermos psíquicos al cuidado de personas sin preparación alguna previa"*. Esta normativa determinó *"el personal sanitario subalterno"* en los psiquiátricos:

- *Practicantes en medicina y cirugía* con el diploma de *enfermeros psiquiátricos*. El practicante "realizará en todo momento las funciones de su cargo, de acuerdo siempre con lo que le indiquen los médicos".

- *Enfermeros y enfermeras psiquiátricos*. Estos serán "*el elemento auxiliar principal de la asistencia psiquiátrica intramanicomial"*.

- *Jefes de Taller* (laborterapia) y *sirvientes o mozos* (limpieza del establecimiento).

Enfermeras en Valencia vacunando contra la viruela y la difteria (Fuente: Memoria de los servicios Sanitarios provinciales: Valencia, 1933)

El programa de estudio de Enfermero Psiquiátrico (Orden de 17 de mayo de 1932) fue protestado por los practicantes, ya que estos consideraban que se estaba propiciando el intrusismo profesional. Se desató entonces una campaña de críticas a uno de los impulsores de la reforma, Gonzalo Rodríguez Lafora, que se puede leer en las páginas de "*El Practicante Gaditano*". Este pulso dialéctico no resultó infructuoso para los practicantes, ya que a través de una Orden de 30 de diciembre de 1932, consiguen que con un año de estancia en un establecimiento adecuado y un examen posterior se les otorgue el título de *Practicante Psiquiátrico*. Son años en que aparecen textos para la formación de los enfermeros psiquiátricos como, por ejemplo, el excelente libro de los psiquiatras suizos Morgenthaler y Forel (1936), cuya primera edición española corrió a cargo de G. Capó Balle y E. Irazoqui Villalonga, médicos del Manicomio de San Baudilio de Llobregat, bajo la dirección de B. Rodríguez Arias, profesor de Neurología de la Facultad de Medicina de Barcelona (figura 4)[17].

Muy resumidamente hemos intentado narrar algunas de las cuestiones abordadas por las autoridades sanitarias republicanas para mejorar la situación de la mortalidad infantil, de la educación sanitaria y de los enfermos mentales. Aquí lo dejamos, pero como suelo decir no descarto volver sobre estas cuestiones u otras diferentes en futuras entregas, ya que este complicado periodo de nuestra historia está lleno de matices.

Portada del Manual del Enfermero para pacientes nerviosos y mentales de Morgenthaler y Forel

NOTAS

[1] Herrera, F. (1995): "El manual de enfermería de Manuel Usandizaga (1938)". *Qalat Chábir*: 3, pp. 101-105.

[2] Como vimos en un número anterior de *Enfermería Gaditana* la Escuela Nacional de Puericultura se creó en 1923, aunque su reglamento provisional no se publicó hasta 1925, cf. Herrera, F. (2011): "Enfermeras y practicantes en el reinado de Alfonso XIII". *Enfermería Gaditana*: 20, pp. 29-31.

[3] Sobre el papel jugado por Pittaluga cf. a Rodríguez Ocaña, E. (2000): "La intervención de la Fundación Rockefeller en la creación de la sanidad contemporánea en España". *Revista Española de Salud Pública*: 74, pp. 28-29. Y también el esbozo biográfico sobre su figura realizado por Díaz-Rubio, M. (2000): *100 médicos españoles del siglo XX*. Industrial Farmacéutica Cantabria. Madrid, pp.148-149.

[4] Bernabeu, J. y Gascón, E. (1999): *Historia de la enfermería de salud pública en España (1860-1977)*. Universidad de Alicante. Murcia, pp. 56 y ss.

[5] J.G.A. (1986): "Entrevista a Dª. Mercedes Milá Nolla: la mujer en la guerra: Enfermeras". En *Los médicos y la medicina en la Guerra Civil española*. Monografías Beecham. Madrid, pp. 303-308.

[6] El domicilio social de esta publicación se encontraba en la calle de Recoletos, 19 (Madrid).

[7] Cf. *La Visitadora Sanitaria* (1934): 1, pp. 1 y 2. (Biblioteca Nacional de España. Madrid).

[8] Ibidem, p. 6.

[9] Ibidem, pp. 24 y 25.

[10] Ibidem, p. 22.

[11] Ibidem, p. 27. Sobre la importancia de la Fundación Rockefeller véase el ya citado trabajo de Rodríguez Ocaña, E. (2000), 74, pp. 27-34.

[12] Cf. *La Visitadora Sanitaria* (1935): 4, p. 8 (Biblioteca Nacional de España. Madrid.).

[13] Bernabeu, J. y Gascón, E. (1995): "El papel de la enfermería en el desarrollo de la salud pública española (1923-1935): la visitadora sanitaria". *Dynamis. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus., 15*, pp. 151-176. Sobre el Boletín que comentamos cf. también a Pedraz Marcos, A. et al (2007): "La Visitadora Sanitaria. Órgano oficial de la Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias". *Temperamentum*: 6. Disponible en **http://www.index-f.com/temperamentum/tn6/t6466.phpConsultado** el 25 de marzo de 2012.

[14] Recomendamos la lectura del excelente artículo de Bernabeu Mestre, F.; Trescastro López, E. y Galiana Sánchez, ME (2011): "La divulgación radiofónica de la alimentación y la higiene infantil en la España de la Segunda República (1933-1935)". *Salud Colectiva*: 7 (supl 1), pp. 549-560.

[15] Herrera, F. (1992): "La enfermería en la realidad social de los últimos años". En: Crespo, J. y Ignacio, J. (dirs.): *Seminario sobre concepto y objetivos docentes en Enfermería*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz e I.C.E. Puerto Real (Cádiz), pp. 79 y 81-82 Sobre la situación en Cataluña véase a Domínguez Alcón, C. (1986): *Los cuidados y la profesión enfermera en España*. Editorial Pirámide. Madrid, pp. 116-117.

[16] Cf. sobre la situación en Valencia la *Memoria de los servicios sanitarios provinciales* (1933). Imprenta Hijo de F.Vives Mora. Valencia.

[17] Herrera, F. (1992): "La enfermería en la realidad social de los últimos años", pp. 79-81; Herrera, F. (1990): "La titulación de Enfermero Psiquiátrico en la II República española". Minutos Menarini, 167, pp. 4-8; Herrera, F. (2000): "Un manual de Enfermería Psiquiátrica (1936)". Híades. Revista de Historia de la Enfermería, 7, pp. 127-135. Véase también sobre las publicaciones de enfermería psiquiátrica en el período republicano a Ventosa Esquinaldo, F. (2000): Cuidados psiquiátricos de enfermería en España –siglos XV al XX- Una aproximación histórica. Editorial Díaz de Santos. Madrid, pp. 231-248.

Arroyo Molina y Riesco González tras el conocimiento de la mujer y los patrones sexuales inefectivos

Su trabajo ha sido presentado en el XV Congreso Nacional de Matronas, en Madrid

La salud integral de la mujer vuelve a ser objeto de atención y estudio por parte de Juan Antonio Arroyo y Francisco Javier Riesco, especialistas en Enfermería Gineco-Obstétrica (matronos) del Hospital del SAS Punta de Europa, de Algeciras.

Conocidos por su liderazgo profesional, en el ámbito de su especialidad, y como promotores de la salud de la mujer, vuelven a aportar sus experiencias y conocimientos en el XV Congreso nacional de matronas, celebrado el pasado mes de junio en Madrid. Con la presentación de su trabajo: CUIDADOS DE LA MUJER CON PATRONES SEXUALES INEFECTIVOS: INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN, ponen a disposición de enfermeros generalistas y especializados una herramienta metodológica científica y precisa.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN:

TÍTULO: Cuidados de la Mujer con Patrones Sexuales Inefectivos: Instrumentos de Valoración Integral.

CONCEPTO: Se incluyen todas aquellas alteraciones que se producen en cualquiera de las fases de la respuesta sexual y que impiden o dificultan el goce satisfactorio de la sexualidad femenina.

CAUSAS: Las causas de las dificultades sexuales en la mujer pueden ser físicas, psicológicas o ambas.

CLASIFICACIÓN: En Cuatro Categorías: Trastornos del Deseo Sexual, Trastornos de la Excitación Sexual, Trastornos del Orgasmo y Trastornos de Dolor Sexual.

OBJETIVOS: 1.- Dar a conocer los cuidados a mujeres con disfunciones sexuales.

2.- Describir el funcionamiento de la valoración integral sexual.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión Bibliográfica en las Bases de Datos CUIDEN y MEDLINE utilizando las palabras claves: Disfunción Sexual y Valoración Integral. Se consultan los Protocolos de Actuación de las Sociedades Científicas y de la Administración Sanitaria.

DESARROLLO: Valoración Integral: Las alteraciones de la función sexual son frecuentes, aunque el motivo de consulta de la paciente no sea claramente por esa causa. El diagnóstico del Problema puede ser derivado del motivo propio de la consulta, de la evaluación clínica, o bien, por otro trastorno que nos desencadene la alteración de la función sexual.

Es importante tener en cuenta que los factores relacionados con el profesional sanitario, la actitud de la paciente y/o el modelo de intervención /entrevista, están interrelacionados.

DxE (NANDA). Criterios de Resultados (NOC). Intervenciones (NIC).

Diagnóstico de Enfermería (NANDA) Patrones Sexuales Inefectivos: Definición, Características Definitorias, Factores Relacionados. Criterios de Resultado (NOC). Intervenciones de Enfermería (NIC): Asesoramiento Sexual, Enseñanza, Educación Sanitaria sobre Métodos Anticonceptivos, Cuidados Prenatales.

CONCLUSIÓN: La valoración sexual tiende a describir el funcionamiento sexual general y posibles características disfuncionales de la paciente. Debe diferenciarse si la paciente consulta por una alteración concreta de la función, o si es un problema secundario a la desinformación y persistencias de los mitos y las creencias erróneas de origen socio cultural.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA:

Guyton A, Hall J. Tratado de Fisiología Médica. McGraw-Hill Interamericana de España, Décima Edición. 2001.

Manual Merck de diagnóstico y tratamiento. Harcourt. Décima Edición 1999.

Master W, Johnson V and Kolodny R. La Sexualidad Humana, Barcelona, Grijalbo, vols. I, II, III, 1987.

Molina R, Sandoval J, Luengo X. Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente 2ª ed. Asunción, Paraguay: EFACIM-EDUNA; 2000. p. 158-63.

CORRESPONDENCIA: arroyomolina@hotmail.com

XV- CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS
Madrid, 21 al 23 de Junio de 2012 "Mucho por encajar"

"Cuidados de la Mujer con Patrones Sexuales Inefectivos: Instrumentos de Valoración Integral"

Introducción:

El concepto de Sexualidad, en esencia, es tan complejo como el ser humano. La Sexualidad es una realidad muy rica y compleja, en la que se mezclan el erotismo, la afectividad y la capacidad de reproducción. Es pues, una fuente de placer y descarga de las tensiones, pero también nos brinda la oportunidad de comunicarnos y de intercambiar ternura y afecto.

Concepto de Disfunción Sexual:

Se incluyen todas aquellas alteraciones que se producen en cualquiera de las fases de la respuesta sexual y que impiden o dificultan el goce satisfactorio de la sexualidad femenina.

Causas:

Factores Emocionales	Factores Físicos
•Problemas Interpersonales. •Depresión. •Miedo. •Culpas Sexuales. •Trauma Sexual Previo.	•Drogas. •Medicamentos. •Lesiones Espalda. •Daño Neurológico. •Enfermedades.

Clasificación en Cuatro Categorías:

Trastornos del Deseo Sexual	Trastornos del Dolor Sexual	Trastornos de la Excitación Sexual	Trastornos del Orgasmo
•Causa Hormonal •Edad Fatiga Embarazo •Medicamentos •Enfermedades Psiquiátricas	•Dispareunia •Vaginismo •Lubricación Insuficiente •Vulvodinia o Vestibulitis vulvar	•Frigidez •Aversión •Rechazo al Contacto Sexual •Falta de Placer •Causas Médicas •Enfermedades Crónicas	•Retraso del Orgasmo •Ausencia Persistente del mismo •Toma Antidepresivos ISRS

Material y Método:

Revisión Bibliográfica en las Bases de Datos CUIDEN y MEDLINE utilizando las palabras claves: Disfunción Sexual y Valoración Integral. Se consultan los Protocolos de Actuación de las Sociedades Científicas y de la Administración Sanitaria.

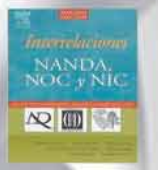
Desarrollo:

Las alteraciones de la función sexual son frecuentes, aunque el motivo de consulta de la paciente no sea claramente por esa causa. El diagnóstico del Problema puede ser derivado del motivo propio de la consulta, de la evaluación clínica, o bien, por otro trastorno que nos desencadene la alteración de la función sexual.

Es importante tener en cuenta que los factores relacionados con el profesional sanitario, la actitud de la paciente y/o el modelo de intervención /entrevista, están interrelacionados.

Instrumentos de Valoración Integral:

Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Criterios de Resultados (NOC)	Intervenciones de Enfermería (NIC)
•Patrones Sexuales Inefectivos. •Definición: Expresión de preocupación respecto propia sexualidad. •Características Definitorias: Manifestaciones de Dificultad. •Factores Relacionados: Deterioro de Relaciones con la persona significativa	•Demostrará Adaptación Psicosocial. •Demostrará tener conocimientos adecuados. •Control de riesgo de embarazo no deseado. •Control de riesgo: enfermedades de transmisión sexual. •Realizará conductas de prevención.	•Asesoramiento sexual. •Enseñanza. •Educación sanitaria sobre métodos anticonceptivos. •Cuidados prenatales.



Objetivos:

1.- Dar a conocer los cuidados a mujeres con disfunciones sexuales

2.- Describir el funcionamiento de la valoración integral sexual.

Conclusión:

La valoración sexual tiende a describir el funcionamiento sexual general y posibles características disfuncionales de la paciente. Debe diferenciarse si la paciente consulta por una alteración concreta de la función, o si es un problema secundario a la desinformación y persistencias de los mitos y las creencias erróneas de origen socio cultural.

Autores: Juan Antonio Arroyo Molina1, Francisco Javier Riesco González2.
1 Matrón Hospital Punta Europa de Algeciras, 2 Matrón Hospital Universitario INGESA de Ceuta. E-mail: arroyomolina@hotmail.com

Mejora en los Cuidados del embarazo

Estefanía Bueno Montero, Matrona

Una de las preocupaciones de las mujeres y de los profesionales que asisten al parto es cómo evitar los desgarros perineales y episiotomías, ya que generan una alta morbilidad.

En la actualidad, el conocimiento del suelo pélvico sigue siendo un tema desconocido para la mujer, a pesar de que más de la mitad de la población femenina sufre algún tipo de disfunción a este nivel. Tanto es así que muchas siguen aceptando y pensando que dichas disfunciones son una consecuencia normal e inherente al parto, a la menopausia o asociadas a la edad.

Existen factores susceptibles de modificación por parte de la matrona o el obstetra, como son: el tono y la elasticidad del periné, que pueden beneficiarse con técnicas de preparación perineal (Masaje perineal, ejercicios de Kegel, vasculación pélvica, aplicación de compresas calientes, baños de asiento, control de la salida de la cabeza fetal en el expulsivo, maniobras de protección perineal, posturas que reduzcan la presión y distribuyan la fuerza por igual (decúbito lateral, silla de partos…)

Por ello, es muy importante recomendar el ejercicio moderado en la gestante, controlar el aumento de peso y considerar uno de los pilares fundamentales en favor del mantenimiento de la integridad del periné, sin desgarros, tras el parto, el fomento de la educación sanitaria promoviendo la **técnica del masaje perineal (MP).**

OBJETIVOS

Objetivo General:

Dar a conocer las ventajas del MP como método de prevención de desgarros y disminución de la necesidad de episiotomía.

Objetivo Específico:

Fomentar la inclusión de la enseñanza y adiestramiento del masaje perineal en la educación sanitaria a la embarazada, en los centros de atención primaria.

INTRODUCCIÓN

Numerosos estudios demuestran la eficacia del masaje perineal para la prevención de desgarros durante el parto, como método de protección del suelo pélvico, y disminución de incontinencias urinarias durante el postparto, entre otras.

A partir de los años cincuenta, la tasa de episiotomía aumentó en todo el mundo coincidiendo con una mayor medicalización del parto normal.

El porcentaje de partos con episiotomía es muy variable y difícil de referenciar. Desde un 62,5% en EEUU, a un 30% en Europa (que oscila entre países como Holanda que registra un porcentaje del 8% a otros países que casi están en el 100%). España se sitúa, aproximadamente, en un 60%, muy alejada de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que son de un máximo de episiotomías del 20% - 30%. El índice de incisiones quirúrgicas de este tipo varía según los centros asistenciales y los profesionales que asisten los expulsivos. Durante años se realizaron episiotomías rutinarias, sobre todo si la mujer era nulípara, hasta que se evidenció los mayores beneficios de la episiotomía restrictiva versus la rutinaria ya que, en ocasiones, esta última produce más lesiones, dolor y secuelas que las que intenta prevenir.

Los traumatismos en el periné durante el parto son muy comunes y ocasionan problemas a corto y a largo plazo. Inmediatamente después del parto causan pérdida hemática, problemas de cicatrización y dolor, que persiste en casi una cuarta parte de las mujeres a las 8 semanas post parto y en algunas de ellas el dolor se alarga hasta el año postparto.

Se ha demostrado que existe relación entre el traumatismo perineal y la morbilidad postnatal como hemorragias, infecciones, dolor, incontinencia urinaria y fecal y disfunción sexual y por ello es importante reducir estas lesiones.

La evidencia encontrada recomienda mantener el periné intacto durante el periodo expulsivo del parto, reduciéndose la práctica de episiotomía solo a las estrictamente necesarias, debiéndose indicar métodos efectivos para prevenir o reducir el trauma sobre el periné.

La técnica del masaje perineal favorece la elasticidad y el tono muscular del periné consiguiéndose disminuir el número de desgarros y episiotomías.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado búsqueda bibliográfica exhaustiva (Pubmed, Uptodate, Cochrane, Medline, Asociación Española de Fisioterapeutas, Sociedad Española de Fisioterapia en pelviperineologia). Palabras claves: Masaje perineal - desgarros perineales-disfuncionalidad del suelo pélvico – morbilidad perineal.

Criterios de inclusión:

La búsqueda se ha restringido a los años 1990 al 2012 seleccionando todos los estudios hallados sobre el tema, publicaciones en revistas científicas, trabajos de investigación realizados, monografías, exposiciones en congresos nacionales e internacionales, en el idioma español e inglés.

EVIDENCIA

Se observa que existen beneficios con la aplicación del Masaje Perineal (MP) durante las últimas semanas del embarazo, mostrando que disminuyen los desgarros de II y III grado, las episiotomías y la incidencia de partos instrumentales:

- **Garretty y Kim et al. (1990 y 1993)** que sugieren que el MP aumenta la elasticidad del periné.

- **Shipman et al. (1996)** realizaron un estudio aleatorio controlado en una muestra multirracial de 682 mujeres nulíparas, con aplicación de MP 3-4 veces por semana durante 4 min., desde la 32-34 semanas de gestación.

- Se disminuyeron un 6,1% los desgarros perineales de II y III grado y de episiotomías (P=0.07), y un 6,3% los partos instrumentales (P=0.09).

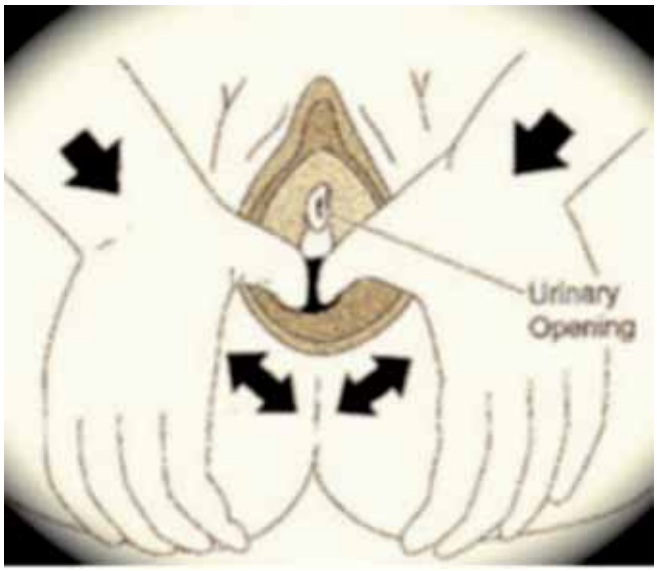
- En mujeres de 30 años, o más, la disminución de episiotomías y desgarros fue del 12,9% (P=0.02)

- Durante el año 2006, se publicaron cuatro revisiones sobre la aplicación de MP antenatal: Contemporany OB/GYN Jun, Clinical Advisor May, Birth Jun y The Cochrane library respectivamente.

Todas ellas coincidieron en que **la aplicación de MP antenatal en las 4-5 últimas semanas del embarazo reducía la probabilidad** *(hasta en un 15%)* de trauma perineal, incluida episiotomía, en los partos vaginales, siendo mayor el beneficio si la mujer no tenia un parto vaginal previo, y que generalmente éste es bien aceptado por las mujeres.

- **Gomme C, Sheridan M y Bewley S. (2004)** publican que el masaje perineal antenatal reduce el **trauma perineal en un 6%** según los resultados de una auditoria realizada tras la inclusión de la instrucción en masaje perineal a las mujeres nulíparas por parte de las matronas en la unidad de maternidad de Guy´s &St. Thomas NHS trust (Londres).

Se tuvieron en cuenta: la edad de la mujer (de 30 años), el origen étnico, la clase social, la paridad (nulípara o multípara) y el índice de masa corporal. Se excluyeron las mujeres con cesáreas programadas, a las que presentaban mutilación genital, mujeres que no entendían o leían ingles (ya que la instrucción del MP era a través de un folleto informativo) y a las que tenían sensibilidad al aceite se les recomendaba el uso de lubricante.



Analizando solo los partos vaginales, se observó:

La presencia de periné intacto pasó del 29.9 al 33.3%. La aparición de desgarros disminuyó de 53.9 a 53.3% y la realización de episiotomía disminuyó de 16.2 a 13.4%.

- Davidson et al. (2000) con un estudio descriptivo retrospectivo demostraron que el MP durante el embarazo, en mujeres nulíparas o en multíparas, con episiotomía anterior, es recomendable y beneficioso.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

El alargamiento del periodo expulsivo, las distocias de hombro, el parto instrumentado, la no colaboración con el personal que asiste el parto (como no seguir las instrucciones sobre los pujos cuando el bebé esta coronando y pujar con fuerza sin seguir las instrucciones que se le dan en ese momento), la fragilidad, elasticidad y resistencia de la piel, introducen factores condicionantes independientes o ajenos al entrenamiento en masaje perineal prenatal

Aún con todo ello, existen suficientes evidencias para la aplicación del MP a partir de la semana 32-34 de gestación hasta el momento del parto. Se recomienda que se realice con aceite de rosa mosqueta entre 3 a 4 veces por semana y con una duración entre 5 a 8 minutos, (evidencia científica).

El personal sanitario debe conocer la técnica e instruir sobre esta, especialmente desde la educación maternal en atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

Journal of the association of chartered physiotherapists in women's health spring 2008.102,8-11

Klein M, Janssen P, MacWillian L, Kaczowski J, Johnson B. Determinants of vaginal-perineal integrity and pelvic floor funtioning in childbirth. Am J Obstet Gynecol 1997; 176 (2): 403-410.

Shipman MK, Boniface DR, Tefft ME, McCloghry F. Antenatal perineal massage and subsequentperineal outcomes: a randomized controlled trial. British Journal of Obstetrics and Ginecology 1997; 104:787-91.

El masaje perineal ¿es efectivo para prevenir los traumatismos perineales? Editorial OB Stare. 2001Otoño; 2: 6-8.Autor.

New perspectives on perineal massage, and pushing. Contemporary OB/GYN 2006 Jun; 51(6):21.

Alper BS. Evidence-based medicine. Antenatal perineal massage reduces use of episiotomy. Clinical Advisor 2006 May; 9(5):118.

Beckmann MM, Garrett AJ. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Birth 2006 Jun; 33 (2):159.

Beckmann MM, Garrett AJ. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006 Issue 1.

Glomme C, Sheridan M, Bewley S. Antenatal perineal massage: part 2. British Journal of Midwifery 2004Jan; 12 (1):50-54.

Eason E, Labrecque M, Wells G, Feldman P. Preventing perineal trauma during childbirth: A systematic review. Obstet Gynecol 2000; 95 (3): 464-71.

Labrecque M, Eason E, Marcoux S. Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1999;180:593-600.

Labrecque M, Eason E, Marcoux S. Women´s views on the practice of prenatal perineal massage. Br J Obstet Gynecol 2001; 108 (5): 499-504.

Perineal massage for prevention of perineal trauma in childbirth. Lancet 2000; 355: 250-251.

Matronas del Campo de Gibraltar y Ceuta elaboran la 1º Guía Práctica de Valoración Básica en Obstetricia

El manual está orientado a facilitar los conceptos básicos en la exploración y valoración obstétrica de los enfermeros residentes

Gema Freire

Dos matronas del Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar y otras dos del Hospital Universitario de Ceuta han elaborado la primera Guía nacional práctica de bolsillo de valoración básica en Obstetricia, presentada durante el II Congreso de la Asociación de Matronas de la Región de Murcia y en el 11 Congreso de la Federación de Matronas con una excelente acogida por parte de los profesionales asistentes.

Antonio Fernández Caballero, Ana Becerra González, Luciano Rodríguez Díaz y Juana María Vázquez Lara han sido los encargados de elaborar este manual orientado a facilitar los conceptos en la exploración y valoración básica obstétrica a los Especialistas Internos Residentes en Obstetricia y Ginecología (matronas) de una forma ordenada, clara y concisa, de modo que su aprendizaje se realice de forma homogénea. No obstante, esta Guía también puede servir a matronas en ejercicio y para ginecólogos, bien para que mantengan los conocimientos adquiridos, o bien para que tengan un manual cómodo y transportable donde poder aclarar dudas en la valoración de la gestación, cómo sería la dilatación del cuello uterino, colocación de la cabeza del recién nacido, técnicas de exploración, etc.

Para poder elaborar el manual, estos enfermeros han tenido que realizar primero una búsqueda de material pedagógico y docente en lengua castellana, sin que se encontrasen resultados positivos que, en cambio, sí se hallaron en inglés. A continuación, procedieron a ordenar los conceptos que querían tratar presentándolos de una forma amena, con dibujos explicativos que fueran de fácil comprensión.

Según los autores, hasta la fecha no existía un material de estas características, con esa orientación para la formación y para la embarazada, por lo que se trata de un instrumento didáctico muy útil y de fácil manejo.

Los autores de la Guía práctica de bolsillo de Obstetricia

La publicación de esta guía supone un avance en la formación de residentes de matronas y de ginecología, matronas nacionales, ya que se puede disipar múltiples dudas que puedan surgir en su quehacer diario.

Múltiples asociaciones de matronas y unidades docentes españolas han mostrado gran interés por hacerse con el manual, que aspira a convertirse en todo un referente. Para adquirir la guía de forma gratuita deben ponerse en contacto con el email epitarch@sfera.es

Otras comunicaciones

Al margen de este manual de bolsillo, los profesionales del Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar presentaron en estos congresos otra serie de comunicaciones. Entre ellas, por ejemplo, el proyecto que se lleva a cabo en el Hospital Punta de Europa desde hace dos meses y que pretende garantizar el descanso y la intimidad de la mujer y del bebé durante todo el proceso del parto, desde la dilatación hasta el puerperio. Esta presentación ha estado a cargo de la residente Carmen Hurtado. Igualmente, se presentó otra comunicación sobre los aspectos legales de la actividad de la matrona, realizado por Margarita Fernández.

Dos enfermeros gaditanos superan con éxito las oposiciones para el Cuerpo Militar de Sanidad

Gema Freire

Todo esfuerzo tiene al final su recompensa. Después de dos años de estudio y concentración máxima para la consecución de un único objetivo, Vicente Carlos Muriel y Alejandro Vilar, han conseguido obtener plaza en las últimas oposiciones de Enfermería de la Defensa, y además lo han hecho a lo grande, con la primera y tercera mejor nota, respectivamente. Estos dos jóvenes gaditanos empezaron en septiembre una nueva etapa personal y profesional, con la tranquilidad, en estos tiempos de crisis, de tener un empleo estable y bien remunerado para toda la vida. Tal y como ellos señalan, el Centro de Estudios Premier de Rota ha jugado un papel fundamental en el logro de esta meta, un centro con el que el Colegio Oficial de Enfermería de Cádiz tiene firmado un convenio de colaboración que permite a los colegiados beneficiarse de ventajas importantes para ampliar su formación y las oportunidades de futuro.

Enfermería Gaditana:¿Cuánto tiempo llevan soñando con este momento?
V.C.M.: Pues desde hace más de dos años. Cuando me interesé por el ámbito militar y cómo era el trabajo de un enfermero en el ejército.

A.V.: Desde hace dos años pero, sobre todo, cuando suspendes por primera vez y eres realmente consciente de lo que quieres y cuál es tu objetivo.

E.G. ¿Qué significa para ustedes ser enfermeros del Cuerpo Militar de Sanidad?
V.C.M.: Para mí es un orgullo poder servir a mi país, ejerciendo la profesión que he elegido, la de enfermero. Además, te permite una variedad de formas de trabajar que no encuentras en ningún otro ámbito.

A.V.: Es un placer formar parte de la escala de Oficiales de Enfermería del Cuerpo Militar de Sanidad. Supone una oportunidad profesional y laboral que la vida civil no te puede proporcionar.

E.G. ¿Cuánto esfuerzo os ha supuesto conseguir vuestra meta?
V.C.M.: A mí personalmente me ha supuesto dos años de sacrificio, esfuerzo y constancia. En los momentos duros y delicados, la familia, los amigos y la academia siempre han estado ahí para apoyarme.

A.V.: Dos años de estudio y esfuerzo diario, con una formación fantástica en el Centro de Estudios Premier de Rota, aprobando la oposición a la segunda después de mucha preparación y constancia.

E.G. ¿Cuántas pruebas habéis tenido que superar en las oposiciones?
V.C.M.: Una primera prueba teórica tipo test de 250 preguntas con 4 respuestas, para la que hacía falta acertar un mínimo de 125 preguntas para aprobar; dos exámenes de inglés tipo test, uno de gramática y vocabulario y otro de comprensión de textos; un test de personalidad, las pruebas físicas, el reconocimiento médico, y un examen oral sobre un supuesto práctico, que tienes que redactar y luego defenderlo ante el tribunal.

Alejandro Vilar (izquierda) y Vicente Carlos Muriel (derecha)

E.G. Qué se le pasa por la cabeza a un joven de poco más de 20 años cuando le dicen que tiene su futuro profesional resuelto?
V.C.M.: Sientes una tranquilidad y una sensación parecida a que te ha tocado la lotería, sobre todo en estos tiempos en que la salida laboral, y en concreto en Enfermería, está muy complicada. Es difícil describiros tantas emociones.

A.V.: En un principio es difícil de asimilar y más teniendo en cuenta la situación del mercado laboral. Somos conscientes de que el camino recorrido ha sido duro, pero al final lo hemos conseguido.

E.G. ¿Cuáles han sido sus primeras impresiones al llegar a la Academia General Militar de Zaragoza?
V.C.M.: Con muchos nervios y con ganas a la vez. Al principio estábamos un poco perdidos y no sabíamos qué hacíamos allí, pero en seguida coges el ritmo y disfrutas mucho.

A.V.: Una vida totalmente nueva. Mucha actividad y formación desconocida, pero esto engancha. Tienes la oportunidad de conocer gente nueva, de muchas especialidades, y aprender de cada uno de ellos. Con esfuerzo y ganas se pasa realmente bien en todas y cada una de las actividades de la academia.

E.G. ¿Pensaban incorporarse al Cuerpo Militar cuanto estudiaban la carrera o se han decantado por esta opción como consecuencia de la situación laboral actual?

V.C.M.: Siempre me ha gustado la vida militar. He vivido siempre en San Fernando, que es de tradición militar, y he crecido en un ambiente militar. Aunque fue al año de terminar la carrera cuando me decanté por presentarme, después de haber probado trabajando como enfermero civil, y me informé de cómo era el trabajo de un enfermero militar. La verdad es que me llamó bastante la atención.

A.V.: Contemplaba la opción en la carrera, pero no teníamos suficiente información sobre las pruebas y los métodos de ingreso.

E.G. ¿Cómo suena en vuestra cabeza ser oficiales de la Armada con poco más de 20 años?
V.C.M.: A mí en principio me suena extraño. Es un honor poder ser Oficial Enfermero, y no me imaginaba llegar hasta aquí. Después de los años en la facultad y preparándome la oposición, veo que tiene recompensa. Aún nos quedan unos meses duros de estudio y preparación para ser verdaderos oficiales, así que habrá tiempo para adaptarse y ser conscientes de lo que hemos conseguido.

A.V.: Es un orgullo, pero siendo conscientes de que representamos a una Institución tan importante como las Fuerzas Armadas. Desempeñamos nuestro empleo como oficiales de enfermería con la mayor ilusión y empeño.

E.G. ¿Qué condiciones hay que reunir para ser un enfermero militar?
V.C.M.: Primero, te tiene que gustar la vida militar, su filosofía. Estar lejos de casa nunca es fácil, ni tampoco lo es cambiar de ciudad de residencia cada pocos años. Es aconsejable tener una buena forma física y que te guste el deporte, porque aquí en Zaragoza estamos todo el día corriendo de un sitio para otro. También que te guste la aventura y las emociones fuertes. En lo concerniente a lo sanitario y de la Enfermería, es importante que te atraigan las urgencias extrahospitalarias.

A.V.: El empleo de un oficial de enfermería se parece bastante a la extrahospitalaria en el entorno civil, pero además hay que reunir ganas, mentalidad, sentido de compañerismo, esfuerzo, sacrificio y espíritu aventurero. Tener disponibilidad para representar a esta Institución las 24 horas del día los 365 días del año.

E.G. Fuisteis alumnos del Centro de Estudios Premier de Rota, ¿hasta qué punto ha sido importante para lograr vuestro objetivo?
V.C.M.: Yo creo que sin la Academia me hubiera sido bastante difícil aprobar esta oposición. Ha sido fundamental a la hora de afrontar las pruebas, y preparar a conciencia los exámenes con supuestos prácticos, inglés, formación física, psicotécnicos y conocimientos generales de Enfermería. Aunque hemos aprobado nosotros, la verdad es que la academia pone siempre todo de su parte y la plaza obtenida es en gran parte debida a la preparación y los conocimientos que obtuvimos en ella.

Vicente y Alejandro acompañados por Rafael Campos, Manuel Cano, y el director, profesores y alumnos de la Academia Premier.

A.V.: Sin haber acudido a este Centro ahora mismo no sería oficial de Enfermería. La Academia te proporciona todas las herramientas y medios, y ya cada uno, de forma individual, tiene que poner las ganas y el esfuerzo para conseguirlo. Pone toda su ilusión y empeño en que cada uno de sus alumnos consiga el objetivo de conseguir la plaza.

E.G. ¿Qué recomendaciones hacéis a aquellos enfermeros que se estén planteando esta opción como salida profesional?
V.C.M.: Ahora mismo, en los tiempos que corren es una de las salidas que te garantizan un empleo estable y justamente remunerado, de por vida. Visto de este modo es bastante apetitoso, pero también hay que decir que requiere sacrificio y constancia en el estudio, e ir mentalizado y preparado a la oposición. Profesionalmente te ofrece bastante más que cualquier otro tipo de empleo. Te permite viajar y ver mundo, tener experiencias y emociones que en otros sitios no vivirías. Permite promocionarte y que se reconozcan tus méritos.

A.V.: Las oportunidades profesionales y la estabilidad personal que ofrece esta profesión no las encontramos los enfermeros a día de hoy en lo civil. A aquellos que les guste la extrahospitalaria que no se lo piensen.

E.G. Ahora que estáis dentro del Cuerpo Militar, ¿hasta dónde queréis llegar?
V.C.M.: En la carrera militar a lo máximo que podemos llegar por ahora es a Teniente Coronel Enfermero, aunque esperamos que se amplíen las expectativas en un futuro cercano. Yo me conformo con llegar a jubilarme, mirar hacia atrás, y ver que he hecho cosas que poca gente puede hacer, y que he tenido multitud de experiencias inolvidables que no las suelen vivir otras personas.

A.V.: Por ahora quiero ir paso a paso y terminar el periodo de formación. Una vez finalizado intentaré elegir un destino que me dé la oportunidad de viajar y que esté relacionado con la extrahospitalaria y la urgencia.

VIII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE LA DEFENSA

Los expertos reclaman la creación de la especialidad en Enfermería Militar

Gema Freire

La ciudad de Toledo acogió el pasado mes de octubre la celebración del VIII Congreso Nacional de Enfermería de la Defensa. Este encuentro reunió a un numeroso grupo de expertos, tanto nacionales como internacionales, que pusieron en común los últimos avances de la enfermería militar a todos los niveles: científico, académico, tecnológico, logístico, etc.

Durante el transcurso del Congreso se extrajeron importantes conclusiones, entre las que destacó que la función básica y fundamental de la Enfermería Militar es la logística-operativa, que la hace propia y que la diferencia, por tanto, de la Civil. Por ello, los ponentes contemplaron la necesidad de que la enfermería Militar se convierta también en una especialidad al margen de las ya existentes. Asimismo, se destacó que el Ministerio de Defensa tiene una especial preocupación en alcanzar las más altas cotas posibles de seguridad y salud de su personal, y para lograrlo, es imprescindible que se declare la especialidad de Enfermería del Trabajo de interés para la Defensa, lo que permitiría que los profesionales militares con esta formación concreta realicen la vigilancia de la salud del resto de sus compañeros.

Los expertos resaltaron la necesidad de integrar los distintos servicios de emergencias civiles y de las fuerzas armadas, a la vista de los buenos resultados obtenidos cuando se han tenido que aplicar los protocolos de actuación de manera conjunta.

Entre los invitados de excepción sobresalió la asistencia de Su Alteza Real la Princesa de Asturias, quien hizo entrega de los galardones correspondientes al primer y segundo Premio de Mejor Fotografía, otorgados por votación de los asistentes al Congreso; y los premios Mejor Póster Defendido y Mejor Comunicación Oral, otorgados por el Comité Científico. A continuación, Doña Letizia resaltó la importancia de la investigación y la innovación y añadió que "ser un buen enfermero, ya sea en el ámbito militar o civil, significa que en una persona se reúnen cualidades brillantes y entrega garantizada, valores humanitarios y profesionales, y una cualificación sobresaliente. Sois imprescindibles, no sólo por vuestro papel dentro de las Fuerzas Armadas, también como miembros activos de una sociedad que os respeta y os agradece vuestra labor".

S.A.R. la Princesa de Asturias acompañada de miembros del Comité Organizador

Estos encuentros sirven, entre otras cosas, para establecer un foro conjunto entre la Sanidad militar y la civil, con el fin de buscar un enriquecimiento profesional a través de las diferentes ponencias y experiencias y dar a conocer el trabajo diario de ambas a la sociedad.

"Inculcar a la población hábitos de vida saludable para la prevención de la enfermedad cardiovascular"

María Luisa Castilla
luisacastillar@yahoo.es

En esta ocasión, ofrecemos un artículo de Juana Delgado Pacheco sobre cómo cambia la vida de un paciente después de sufrir un infarto de miocardio. Juana ha trabajado como enfermera en los hospitales de La Línea, Jerez, Cádiz y en el Centro de salud de la Merced, en la capital gaditana. Actualmente, presta sus servicios en el Hospital Universitario Puerta del Mar, en la Unidad de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardiaca. Ha participado en diversos estudios de investigación, estando acreditada por la Agencia de calidad Sanitaria con nivel de experto en Atención Especializada y Atención Primaria. Colabora además con asociaciones de pacientes y en programas de Salud promocionando hábitos de vida saludable.

Juana Delgado Pacheco

"He tenido un infarto de miocardio. ¿En qué cambiará mi vida a partir de ahora?" Ésta y otras preguntas se la hacen casi todos los pacientes que han sufrido algún tipo de evento coronario.

A estas preocupaciones le podemos añadir la angustia, el miedo a que le vuelva a ocurrir, la ansiedad y otras dudas que pueden plantearse como "qué tengo que comer", "qué actividad física puedo hacer", o "cuándo puedo volver a tener relaciones sexuales", etc...

El presidente de los Estados Unidos, Franklin D. Roosevelt, falleció en 1945 por un ataque cerebral hemorrágico y muy poco se sabía sobre cuáles eran los factores que conducían a la enfermedad. Tres años más tarde, un organismo público, el entonces Instituto Nacional del Corazón (USA), decidió empezar un estudio sobre la salud de los habitantes de Framingham, un pueblo situado a 32 Km al oeste de la ciudad de Boston.

"Mi objetivo fundamental, además de cuidar a las personas para mejorar su salud, es inculcar a la población hábitos de vida saludable para la prevención de la enfermedad cardiovascular, con especial preocupación en niños y jóvenes."

A pesar de la evidencia de los beneficios de un cambio en los hábitos En 1960 salieron las primeras conclusiones de este estudio y se evidenció que fumar cigarrillos aumentaba la posibilidad de presentar enfermedades cardiovasculares. Posteriormente se descubrió que la vida sedentaria, el sobrepeso, la diabetes, la hipertensión arterial y la dislipemia también elevaban dicha probabilidad. Todos ellos forman parte de los llamados factores de riesgo de arteriosclerosis.

La prevención coronaria basada en una evaluación de los factores de riesgo de forma global, permite tomar decisiones más eficientes que el abordaje de dichos factores de forma aislada. El objetivo principal del tratamiento y la prevención secundaria del paciente con cardiopatía isquémica debe ser reducir su riesgo, lo que ha sido señalado como prioritario por las recomendaciones de las sociedades científicas.

de vida y el abandono de las prácticas nocivas para la salud, el cambio resulta muy difícil para las personas. A este respecto un gran número de especialistas han elaborado programas de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca, que incluyen estrategias para combatir los factores de riesgo, así como directrices a los profesionales de la salud con el fin de ayudar al paciente a adoptar nuevos comportamientos.

Los Programas de Rehabilitación Cardiaca intentan conseguir un doble objetivo: mejorar la calidad de vida del paciente, y el pronóstico de la enfermedad (Prevención secundaria de la Cardiopatía Isquémica). El logro de resultados sólo es posible con el trabajo conjunto de distintos profesionales: Cardiólogos, médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales, nutricionistas, enfermeros, etc.

La enfermería cada vez tiene una participación más significativa en estos programas, desarrollando acciones en cada una de sus áreas de competencias: administrativa, docente, asistencial, y de investigación. Las intervenciones de enfermería de enlace y de atención primaria se consideran elementos claves para asegurar la continuidad de cuidados del paciente tras el alta hospitalaria.

Fases de los programas de rehabilitación cardiaca

Fase I: Hospitalaria. Incluye el periodo de hospitalización hasta que se produce el alta, con intervenciones tanto en la unidad de cuidados intensivos coronarios, como en la planta de hospitalización. La intervención, lo más temprana posible, debe asegurar la movilización precoz y el comienzo del proceso educativo, atendiéndose además el deterioro psicológico, las inquietudes personales y las amenazas de las expectativas de futuro del paciente.

Fase II: Ambulatoria. Este periodo se inicia tras el alta del paciente y constituye el periodo donde se realizarán las actividades más intensas, desde todos los aspectos, que determinan los cambios en los nuevos hábitos de vida del paciente. Es conveniente incluir al paciente y a la familia.

La duración del programa de Prevención y Rehabilitación Cardíaca (PyRC) en esta fase tiene una duración de entre dos a seis meses según la patología y evolución clínica del paciente. En función de la estratificación de riesgo (alto, medio y bajo) los pacientes pueden ser incluidos en dos tipos de programas:

1. SUPERVISADOS: Se desarrollan en los centros hospitalarios o clínicas de rehabilitación con presencia de personal sanitario entrenado (cardiólogo, médicos, enfermeros, fisioterapeutas, psicólogos…) bajo la dirección de un cardiólogo incluyendo habitualmente a pacientes de moderado y alto riesgo.
2. NO SUPERVISADO: Se realizan de forma ambulatoria en domicilio con asesoramiento del cardiólogo y del equipo de PyRC dirigidos principalmente a pacientes de bajo riesgo. Estos pacientes tienen que pasar necesariamente por la unidad del hospital, por un periodo corto de tiempo, para adiestrarlo en los contenidos nucleares de la intervención.

En las sesiones de estos programas se incluyen: Valoración cardiológica, desarrollo del plan de cuidados, realización de entrenamiento físico, aprendizaje del paciente de signos y síntomas para el manejo de su enfermedad y técnicas de relajación.

Las charlas educativas van dirigidas al paciente y familia tratando temas como alimentación sana, actividad sexual, hipertensión, diabetes, medicación y reinserción laboral.

Fase III: Mantenimiento. Comprende el periodo no vigilado de los programas, desarrollándose durante toda la vida del paciente. Aquí y a través de los Centros de Atención Primaria, debe asegurarse la continuidad del proceso asistencial y de las recomendaciones y actividades aprendidas sin limitación de tiempo.

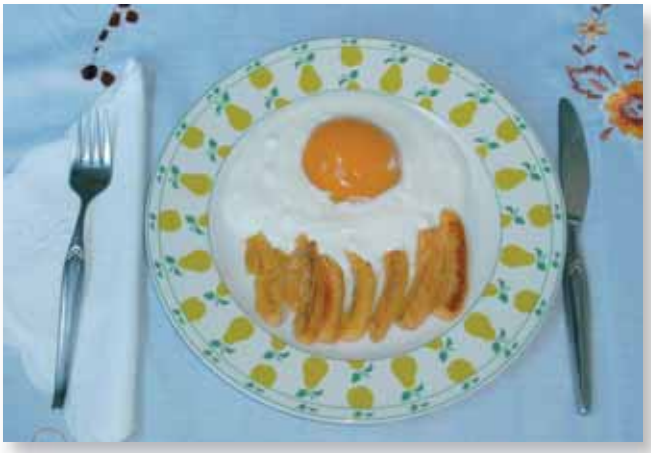
ASOCIACIONES DE PACIENTES: Constituyen, junto con los Centros de Atención Primaria, una herramienta esencial para la consolidación de las actividades en la fase III.

Es importante reseñar que el mantenimiento de los hábitos de vida saludable de la población como elementos preventivos de eventos cardiovasculares es difícil de conseguir y supone un proceso de aprendizaje, desarrollo y puesta en práctica de habilidades que deben mantenerse toda la vida. Esto constituye un verdadero reto en el que muchos elementos de la sociedad, deben estar implicados.

Juana Delgado Pacheco

LA RECETA

Huevo frito dulce



Ingredientes:

Un yogur natural desnatado y edulcorado.

1/2 melocotón en su jugo o en almíbar escurrido.

1 plátano pequeño (60) gr.

Una cucharadita de aceite de oliva (5 cc).

Elaboración:

El plátano se corta en bastoncitos, como si fueran patatas para freír y se rehogan en una sartén manchada con el aceite.

El yogur simula la clara del huevo y el melocotón la yema.

Este postre contiene aproximadamente 220 kc.

María Luisa Castilla

DERMATOLASER®

Depilación Médica Láser

CONVENIO COLEGIO DE ENFERMERÍA DE CÁDIZ

20% de descuento en
depilación médica láser y láser de pigmento

Además podrás disfrutar de condiciones preferentes en nuestros servicios

Primera consulta gratuita

956 320 151

www.dermatolaser.es

Nuestros centros: **Jerez, Cádiz, Puerto de Santa Mª, Chiclana, Rota, Algeciras y Sevilla**

Si perteneces al Colegio Oficial de Enfermería de Cádiz, ya puedes disfrutar de todas las ventajas de nuestra tarjeta CareDent totalmente gratis.

Infórmate en el Colegio Oficial de Enfermería de Cádiz o en la clínica dental CareDent situada en:

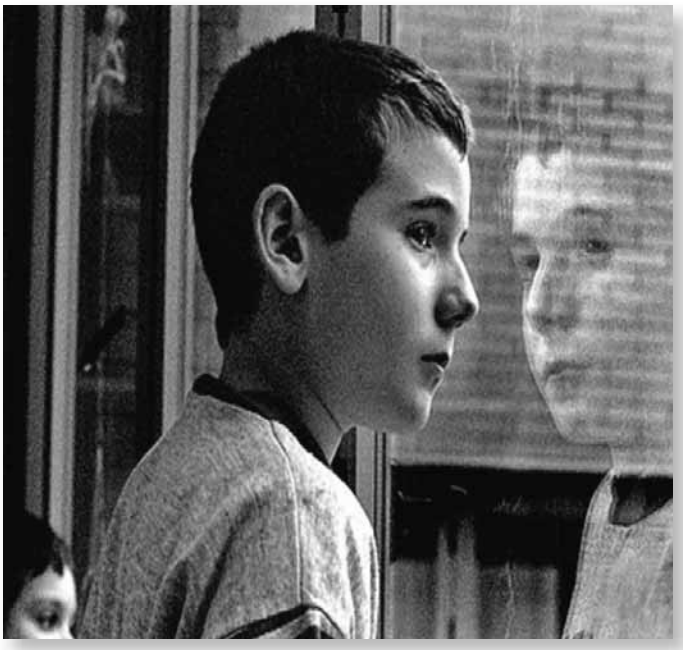
Excmo. Colegio Oficial de Enfermería de Cádiz

CareDENT CÁDIZ. Cayetano del Toro, 17. Cádiz - Tel.: 956 27 35 10
CareDENT JEREZ Avda. de Méjico, 11 - Edif. Urbis - Local 2.2
Plaza del Caballo/11405 Jerez de la Frontera. Tfno. 956 18 58 28

INFANTO – JUVENIL

Las emociones en la Salud Mental

Mercedes Cano Valero
Enfermera Especialista en Salud Mental
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Cádiz



En los últimos años, nuestra sociedad ha comenzado a valorar el papel de las emociones en los aspectos psicosociales de los individuos y de los grupos. Aparecen términos como: control emocional, empatía, autocontrol, autoestima, habilidad social, inteligencia emocional. Por otro lado asistimos a una disminución del grado de competencia emocional en niños y adolescentes, relacionados con aspectos tan diversos como:

- Marginación y problemas sociales.
- Ansiedad y problemas afectivos.
- Problemas de conducta y de atención .
- Delincuencia o agresividad.

DEFINICIÓN

Las emociones mediatizan la capacidad de adaptarse y de responder a una variedad de experiencias. Preparan al organismo para responder rápidamente a las amenazas del mundo circundante.

Emociones como la tristeza, alegría, miedo, o ira, que corresponden a expresiones faciales concretas y que son reconocidas por personas de diversas culturas, pueden considerarse como ejemplos relevantes de los infinitos matices de nuestra vida emocional. Por ello, autores como Paúl Ekman aconsejan pensar en las emociones en términos de familias o dimensiones.

COMPRENSIÓN DE LAS EMOCIONES EN EL DESARROLLO EVOLUTIVO

Desde el mismo momento del nacimiento podemos observar **en los bebes** claras reacciones de agrado y desagrado ante determinadas situaciones. Estas reacciones globales dejan paso desde muy pronto a emociones específicas, que al principio son de alegría o malestar, más tarde cólera y sorpresa y finalmente miedo y tristeza.

El mecanismo básico que está implicado en la comprensión infantil de las emociones es la capacidad del niño de pensar a medida que crece sobre sus propios estados mentales, lo que podríamos llamar "autoconciencia emocional" y la capacidad de imaginar que las demás personas también experimentan emociones.

Existen dos elementos que debemos conocer para entender el desarrollo emocional en la infancia: el descubrimiento de uno mismo y la adquisición del lenguaje.

Al final de **la primera infancia (2-3 años),** tiene lugar un logro importante en relación con el desarrollo emocional, el descubrimiento de uno mismo. Las emociones más relacionadas con esto son la vergüenza, el orgullo y la culpa. Su aparición tiene mucho que ver tanto con el desarrollo del yo y la autoconciencia, como con la relación con otros y la adaptación a las normas.

Para que pueda sentirse vergüenza u orgullo, es necesario el conocimiento de las normas y valores sociales, la evaluación de la propia conducta en relación con estas normas y valores, y la atribución de responsabilidad a sí mismo ante el éxito o el fracaso por ajustarse o no a las mismas. Hay que tener en cuenta, ahora más que nunca, que la comprensión de las emociones depende también de ciertos procesos psicológicos que tienen que ver con la capacidad de representar los estados mentales propios y ajenos y con ciertos procesos de aprendizaje social en los que el niño adquiere modos de hablar sobre las emociones, de comprenderlas y experimentarlas, que son propios de la cultura a la que pertenece.

El aprendizaje y dominio del lenguaje, que tiene lugar hacia los 3-4 años, va a tener también una importante influencia sobre el desarrollo emocional, siendo un instrumento preciso para expresar y comunicar los propios estados emocionales (tristeza, miedo, etc.).

En un estudio realizado con niños de *uno a dos años*, algunos respondieron a la congoja de otros niños con una expresión de sentimientos empáticos e intentos directos por ayudar, mientras que otros se limitaron a observar y expresar más interés que preocupación. Un tercer grupo mostró una reacción negativa ante el dolor de otros

niños, algunos se retiraron de los que estaban llorando y otros incluso regañaron o golpearon al niño que se lamentaba.

Entre los *dos y los seis años*, las situaciones que suelen provocar este tipo de emociones tienen que ver principalmente con los conflictos que se mantienen con los iguales. Los cambios más importantes a partir de los 3-4 años en el desarrollo emocional no tienen que ver sólo con las manifestaciones externas, sino también con la comprensión y el control de los estados emocionales.

A los *seis años* comienza la etapa de la empatía cognoscitiva: la capacidad de ver cosas desde la perspectiva de otra persona y actuar en consecuencia. La comprensión de las emociones ajenas se produce cuando el niño es capaz de simular en su imaginación la emoción que experimentará otra persona ante una situación determinada.

Hacia el final de la niñez**, entre los diez y los doce años**, los niños expanden su empatía más allá de aquellos quienes conocen, para incluir a grupos de gente que no conocieron nunca.

La adolescencia ha sido considerada desde antiguo como una etapa de crecimiento emocional. Aristóteles describió a los jóvenes como seres "apasionados, irascibles, y propensos a dejarse llevar por sus impulsos" (citado por Fox, 1977). La hipótesis que se postula es que los adolescentes, probablemente a causa de los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que sufren en este periodo de edad, experimentan situaciones emocionales más extremas, sujetas a cambios más rápidos y que resultan menos predecibles que las experimentadas en las fases anteriores o posteriores de su desarrollo.

FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

El modelo de psicopatología del desarrollo considera que la dimensión multicausal del enfermar psíquico infantil, incluye análisis de *factores de riesgo y protección*, así como sus interacciones mutuas (Tsiantis y Macri, 1995).

Los factores de riesgo están asociados con una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud.

Los **factores de protección** se refieren a las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y trastornos. Han sido definidos como aquellos factores que modifican, aminoran o alteran la respuesta de una persona a algunos peligros ambientales que predisponen a una consecuencia de inadaptación (Rutter, 1985).

En su mayoría, los factores individuales de protección son idénticos a las características de salud mental positiva, tales como la autoestima, fortaleza emocional, pensamiento positivo, destrezas sociales y de resolución de problemas, habilidades para el manejo del estrés y sentimientos de control. Por esta razón, las intervenciones preventivas dirigidas a fortalecer los factores de protección se superponen en gran medida con las de promoción de la salud mental. *(OMS 2004: Prevención de trastornos mentales e intervenciones efectivas y opciones políticas).*

La integración de los condicionantes biológicos (genéticos, orgánicos cerebrales y temperamentales) de la dinámica intrapsíquica (lo experiencial), y del contexto sociocultural (familia, escuela y grupo sociocultural) son fundamentales para comprender la psicopatología infantil.

FACTORES DE RIESGO

Los factores que influyen sobre los niños y adolescentes, son numerosos y permanecen interactuando entre sí a lo largo del desarrollo evolutivo.

Contexto Familiar:

El marco que envuelve a los miembros de una familia y permite su desarrollo personal no siempre es un lugar tranquilo y sosegado y por supuesto nunca es estático.

Al ser un punto de referencia clave en el desarrollo emocional del niño y adolescente, es el lugar privilegiado a través del cual se hace una idea de sí mismo y del mundo. Fuente de seguridad y de sentido de pertenencia, es también una fuente socializadora por excelencia. Se constituye como el factor de protección más importante y también uno de los factores de riesgo a tener en cuenta.

Entre los principales factores de riesgo que favorecen el desequilibrio familiar estarían los relacionados con la economía, la vivienda, la salud mental o física de los cuidadores, hábitos nocivos para la salud, los culturales y los relacionados con relación de los padres y las pautas de educación.

Contexto Escolar:

La escuela constituye un contexto de desarrollo crucial en el periodo de la infancia y la adolescencia, uno de los fines últimos del contexto escolar es la socialización y preparación del niño para la vida adulta, sin embargo y paradójicamente, en ocasiones las propias características y exigencias de la escuela pueden contribuir a desencadenar consecuencias contrarias.

Entre los principales factores escolares de naturaleza individual que pueden modular la presencia de trastornos emocionales destacan las percepciones de los niños hacia la escuela, la autoimagen académica, la competencia académica autopercibida, el estilo de aprendizaje y el rendimiento académico.

Contexto Sociocultural:

Según informe de la OMS, los costos de los desórdenes de la niñez pueden ser muy altos y permanecer ocultos (Knapp et al, 1999). El comienzo precoz del trastorno mental afecta la educación y a la carrera temprana profesional. Las consecuencias en la edad adulta pueden ser enormes si no se proveen intervenciones efectivas adicionales que no solo se relacionan con la salud, como sería de esperar, sino con los sistemas de educación y justicia, lo cual crea riesgos económicos Podríamos nombrar entre algunos factores de riesgo para la salud mental:

- En general un aumento del estrés ambiental, que facilita la aparición de cuadros de ansiedad.
- El aumento del desempleo juvenil y la falta de expectativa para el futuro.

- Nuevos modelos familiares, adopción, trasculturalidad.
- Actos delictivos y asesinatos en edades cada vez más tempranas.
- Testigos de catástrofes, victimas de terrorismo.
- Aumento de la adicción a drogas en adolescentes.

FACTORES DE PROTECCIÓN

Frente a estos factores de riesgo, la persona tiene una capacidad de adaptación en las tareas de desarrollo, como resultado del proceso de interacción entre sujeto, la adversidad y los factores de protección (psicología del desarrollo).

Esta capacidad humana para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado, se ha denominado RESILIENCIA (Grothberg, 1996).

La resiliencia es algo más que la aptitud de resistir a la destrucción preservando la integridad en circunstancias difíciles; es además la aptitud de reaccionar positivamente a pesar de las dificultades y la posibilidad de construir basándose en las fuerzas propias del ser humano.

Los factores de protección, por tanto, están relacionados con la resiliencia y se considera que todos los seres humanos nacen con la capacidad para:

- Hacer frente a las demandas de su medio.
- Desarrollar habilidades sociales y comunicativas.
- Adquirir una conciencia crítica, autonomía y propósitos para el futuro.

Entre los factores que contribuyen a la construcción y el fortalecimiento de la resiliencia en las personas podemos considerar:

- Inteligencia.
- Autoestima.
- Capacidad Académica.
- Sentido del humor.
- Habilidades para la vida.
- Afrontamiento y resolución de problemas.
- Autonomía.

La adquisición y el desarrollo de estas habilidades durante la infancia y la adolescencia requieren, sin duda, la intervención y el apoyo de los adultos (especialmente los padres y los maestros).

AMBIENTES QUE FAVORECEN LA RESILIENCIA

El efecto protector de los factores expuestos depende de su interacción con el medio, dado que bajo determinadas circunstancias y en diferentes estadios de la vida pueden perder su efecto de resistencia.

Cuando las características individuales y las variables protectoras del medio interactúan coordinadamente, pueden promover un desarrollo sano y positivo, independientemente de las dificultades y adversidades.

1. Uno de los factores protectores primordiales es *el apoyo de los otros*, incluyendo los miembros de la familia nuclear o extensa, maestros, grupo de pares, profesionales de salud, vecinos, etc.

2. También las familias pueden ser consideradas resilientes cuando son capaces de *afrontar la adversidad* o los momentos significativos de tensión, desarrollando su fuerza colectiva para responder a los cambios futuros.

3. Las *condiciones familiares* asociadas con una respuesta resiliente incluyen: la estabilidad, la cohesión, la flexibilidad y la comunicación. Otros atributos son la adaptabilidad y disponibilidad de apoyo interno y externo, tanto de la familia extensa como de amigos u otros agentes.

RESILIENCIA EN EL NIÑO Y ADOLESCENTE

Los niños suelen ser más proactivos en la resolución de problemas, más eficaces, flexibles y sociables; son capaces de construir su vida reforzándose en experiencias positivas y de mostrar control ante los acontecimientos cotidianos conflictivos. Con frecuencia presentan características de personalidad o habilidades como las siguientes:

- Capacidad de control interno.
- Sólida autoestima.
- Mayor control de impulsos y capacidad para tolerar la frustración y postergar la gratificación.
- Habilidades cognitivas para una adecuada toma de decisiones.
- Mayores habilidades comunicativas y sociales.
- Mayor capacidad para enfrentar constructivamente la competencia y aprender de los propios errores.
- Mejores y más eficaces estilos de afrontamiento de conflictos.
- Capacidad para recurrir al apoyo de los adultos cuando es necesario.
- Actitud orientada al futuro.
- Optimismo y mayor tendencia a manifestar sentimientos de esperanza.
- Mayor cociente intelectual.
- Capacidad empática.
- Accesibilidad y buen sentido del humor.

De igual manera, en lo que se refiere a los adolescentes resilientes es frecuente que encontremos los siguientes rasgos:

- Capacidad para enfrentar activamente los problemas cotidianos.
- Adecuado control de emociones en situaciones difíciles o de riesgo, demostrando optimismo y persistencia ante el fracaso.
- Habilidad para manejar de manera constructiva el dolor, el enojo, la frustración y otros afectos perturbadores.
- Capacidad para obtener la atención positiva y el apoyo de los demás, estableciendo amistades duraderas basadas en el cuidado y apoyo mutuos.
- Competencia en las áreas social, escolar y cognitiva que les permiten solventar creativamente los problemas.
- Mayor autonomía y capacidad de autoobservación.
- Gran confianza en una vida futura positiva y significativa, con la capacidad para resistir y liberarse de estigmas negativos.
- Sentido del humor y condescendencia.

¿Cómo promover la resiliencia?

Los niños y adolescentes que están capacitados para enfrentar situaciones de conflicto y dolor, son aquellos que:

- Tienen a alguien que los quiere incondicionalmente.
- Saben que cuentan con su familia cuando la necesitan.
- Conocen las reglas y límites familiares.
- Se sienten identificados y aceptados en su colegio.
- Conocen a alguien a quien les gustaría parecerse.
- Son premiados por hacer cosas por sí mismos.
- Saben al menos 3 de sus características positivas
- Se esfuerzan para conseguir lo que intentan o desean.
- Saben soñar y proyectarse en el tiempo.
- Están aprendiendo a controlar sus impulsos.
- Son capaces de construir juicios de valor.
- Tienen sentido del humor.
- Tienen fe o creen en algún poder superior.

IMPORTANCIA DE LAS EMOCIONES EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL INFANTIL

La mayoría de niños y adolescentes que son atendidos en la unidades de salud mental Infanto-juvenil presentan dificultades emocionales y conductuales, acompañadas de alteraciones en su desarrollo cognitivo, psicomotor o emocional.

Ayudar a los niños a identificar y expresar sus emociones es importante para el desarrollo de la identidad, la autoestima, y para impulsar el control y la autonomía. Con este objetivo, en nuestras unidades de salud menta infanto-juvenil venimos desarrollando desde hace tiempo, grupos de habilidades sociales, técnicas de control emocional, técnicas de relajación y control de ansiedad, taller de emociones, expresión corporal. etc.

ASPECTOS A CONSIDERAR DESDE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA COMPRENSIÓN DE LAS EMOCIONES

Actualmente el profesional de enfermería que desarrolla su trabajo en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil, es consciente de la necesidad de una mejora en el conocimiento y comprensión de las dificultades emocionales y de la conducta en los niños y adolescentes. Existen una serie de cuestiones que deben ser tenidas en cuenta para obtener los resultados esperados:

1. Tener presentes nuestros conocimientos de una intervención básica de enfermería en salud mental, a la que siempre hemos llamado “la libre expresión de sentimientos” *(ahora incluida en la NIC como: facilitar la expresión de sentimientos de aflicción, apoyo emocional etc.)*. El reconocimiento de los sentimientos y emociones y su relación con el pensamiento y la acción sería objetivo de nuestros cuidados en la relación emocional con los niños.
2. Tener presente que la finalidad de nuestros cuidados no es otra que aumentar la destreza y capacidad de los niños y adolescentes para manejarse en su proceso de desarrollo personal y autonomía.
3. Reconocer la importancia que en la relación tiene la observación de las emociones y sentimientos del niño y que éstas se presentan en la mayoría de las técnicas exploratorias y de comunicación que realizamos con ellos.
4. Planificar entre nuestros cuidados actividades y herramientas que le permitan identificar y expresar sus emociones es de suma importancia para el desarrollo de la identidad y autoestima y para impulsar el control y la autonomía.
5. Tener presente la compresión y control de nuestras de nuestras propias emociones y sentimientos, pero quizás esto merecería un tema de estudio aparte.

¿COMO ACTUAR?

Debemos enseñarles a aceptar sus emociones y sentimientos negativos que no conviene reprimir sino expresar adecuadamente y cambiar en la dirección deseada. Enseñarles que no se deben expresar las emociones sin control, con cualquiera y en cualquier momento.

Debemos darles mecanismos para expresar las emociones, hablar de ellas, compartirlas con alguien y que puedan sentirse comprendidos comprender, orientar no juzgando precipitadamente.

La expresión verbal de las emociones es terapéutica, sin embargo requiere una reflexión previa de con quién se van a compartir y cuándo y cómo se va a proceder.

Sobre las emociones, en definitiva, se puede actuar de dos formas: actuando sobre sus manifestaciones fisiológicas o conductuales o bien sobre los pensamientos.

BIBLIOGRAFÍA

Cyrulnik B., Los Patitos Feos, La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Gedisa editorial, 2002.

Ezpeleta. L. ED. Masson. Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo. *ED. Masson 2005*

Marceli D. Brannconier A. Psicopatología del adolescente 2º Edición ED. Masson 2005

Michael L. Blooquist Ed Guilford.Skills training for Children with behaviour disorders (a parent and Therapist guidebook). 1996

Jadue J., Gladys factores psicológicos que predisponen al bajo rendimiento, al fracaso y a la deserción escolar. Estudios pedagógicos., 2002, No. 28, pp. 193-204. ISSN 0718-0705.

Goleman, D. (2003). La inteligencia emocional. Barcelona. Kairós.

Goleman. D. (2004)la práctica de la inteligencia emocional. Barcelona. Kairós.

Reeve, J. (1994). Motivación y emoción. Madrid. Mc Graw Hill.

Maria Victoria del Barrio, Emociones infantiles: Evolución, evaluación y prevención. Madrid: Pirámide, 2002.

Avances en salud mental relacional vol.3 noviembre 2004 revista internacional on line

Francisco Xavier Méndez, El niño que no sonríe: Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil. Madrid: Pirámide, 2002.

Tony Attwood, El Síndrome de Asperger: una guía para la familia. Barcelona: Ed. Paidós, 2002.

Davis Flora. La comunicación no verbal. Alianza editorial.1984

Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificaciones 2003-2004 Ed. Elsevier.

Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas 2004.

La acupuntura china, su desarrollo en occidente, su incorporación al proceso enfermero en españa y la usurpación de competencias

Juan Luis García Arroyo / José Luis Manzano Doña

Lento y doloroso el parto y regularización legal de la acupuntura en occidente. Aunque, como método terapéutico en la medicina oriental, cuenta con una historia milenaria, (las primeras agujas metálicas datan de la época Han, siglo II AC), desde que se inició su práctica en occidente, no ha superado aún el estado embrionario, a pesar de múltiples iniciativas y pronunciamientos particulares, institucionales y gubernamentales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), que recomienda la acupuntura como tratamiento de primera elección en numerosos problemas de salud concretos, o el National Institute of Health de EEUU, que publicó en 1997 las "Conclusiones de Consenso General sobre la Acupuntura".

Veinticinco científicos de diversas áreas del conocimiento expusieron en Bethesda (EEUU), ante 1200 especialistas, en noviembre de 1997, sus conclusiones basadas en evidencias científicas: "Se han deducido resultados prometedores que demuestran la eficacia de la acupuntura, en las nauseas o vómitos de la quimioterapia y postquirúrgicas, así como en el dolor dental postoperatorio. Existen otras situaciones como las adicciones, la rehabilitación de los accidentes vasculares cerebrales, el dolor de cabeza, los dolores menstruales, el codo del tenis, la fibromialgia, el dolor miofascial, la osteoartritis, el dolor de espalda, el síndrome del túnel carpiano, y el asma, en los que la acupuntura puede ser útil como tratamiento complementario o como alternativa aceptable para ser incluida en programas de tratamiento.

La reunión de Bethesda, arrojó luz sobre la realidad de la acupuntura y apuntó como propuestas de desarrollo: Mejorar la ortodoxia, la calidad y la cantidad de los ensayos y de la investigación en acupuntura, traducir los modelos de síndromes y síntomas occidentales de los síndromes y síntomas chinos, optimizar la financiación para la investigación y promover el crecimiento de cultura investigadora de acupuntores, entre otros.

"Sin embargo, si la acupuntura quiere tener su auténtico papel en el quehacer científico basado en la evidencia, tendr SEl arte y la ciencia de aplicar y manipular agujas en puntos selectivos de la piel, a determinadas profundidades, constituye

El profesor de acupuntura y terapias alternativas, José Luis Manzano, junto a los alumnos del curso organizado por el Colegio e Enfermería de Cádiz

una técnica terapéutica de tratamiento, completo, de primera elección o complementario, de determinados problemas de salud, aunque también es efectiva a nivel de prevención y promoción. La mayoría de las decisiones en política sanitaria occidental, incluyendo a España, han optado unánimemente por excluir de la cartera de servicios la promoción y prevención (Estados de bienestar).

La acupuntura ofrece soluciones alternativas a los problemas de salud, potenciales o reales, desde un paradigma teórico diferente, impregnado de filosofía racional oriental, que trata de comprender antes de explicar y proceder (Percepción holística).

En nuestro entorno, como argumento científico, José Luis de la Serna (Suplemento de Salud de ELMUNDO), señala: Está científicamente comprobado que la colocación de agujas en las zonas del cuerpo que constituyen los puntos de acupuntura incrementa el valor de las endorfinas. La técnica también modula los niveles de serotonina y, de ahí, su posible papel beneficioso en la depresión y la melancolía.

Giralt afirma que los canales que se describen en la acupuntura están íntimamente relacionados con el sistema nervioso

periférico. Hay una clara relación entre los puntos en los que actúan las agujas y los segmentos nerviosos. Cuando se pincha en un punto determinado de la pierna, se incide en una zona inervada por el mismo segmento que, por ejemplo, inerva el útero. Esta teoría tiene que ver con el desarrollo embrionario (origen y posterior migración para su especialización orgánica, de tejidos desde el ectodermo, mesodermo y endodermo) y los canales de biocomunicación que se mantienen, "Aunque hay leyes de la medicina tradicional china que no observan dichas biocomunicaciones o traslaciones al sistema nervioso".

Esa aguja, que se clava a distintas profundidades según qué se quiera tratar, aumenta la liberación de sustancias a nivel local, con efecto analgésico, antiinflamatorio o vasodilatador, y a nivel central, incluyendo la médula espinal y el sistema nervioso central, a través del sistema límbico. Una de las sustancias que estimula es el gaba, un aminoácido que actúa como neurotransmisor inhibitorio, presente prácticamente en todo el cerebro y que relaja, y además –y eso se ha podido ver con pruebas de diagnóstico por imagen–, aumenta el aporte de oxígeno a la zona que se quiere tratar.

Los acupuntores tratan con agujas, con electro-acupuntura (estímulo ampliado) o laser acupuntura (estímulo modulable no invasivo) todo tipo de dolencias. Pero sólo una parte de estas intervenciones recibe hoy el aval de medicina o enfermería basada en la evidencia científica.

Evidencia científica

Las bases científicas de la Acupuntura demuestran que ésta promueve cambios en las funciones sensitivas, motoras y autonómicas, con resultados terapéuticos a nivel visceral, inmune y hormonal y de la función cerebral en general, a través de la neuromodulación. Ésta es la capacidad que tiene el Sistema Nervioso de regular su propia actividad y la de todo el cuerpo. La Acupuntura repara las funciones anormales de los tejidos y órganos a través de la injerencia que ejerce en los reflejos neurológicos y neurohumorales. Estimula al Sistema Nervioso Central y Periférico para que desencadene sus mecanismos moduladores del dolor, de reparación y homeostasis a través de la liberación de neurotransmisores. Tiempo atrás se llegó a pensar en que su mecanismo de acción se debía al efecto placebo pero la respuesta exitosa generada en su uso en animales descartó esta posibilidad.

Tanto la Acupuntura como sus modalidades (Electro acupuntura, acupuntura, láser puntura y otras), tienen suficiente evidencia científica sobre su eficacia como para proponer a los responsables políticos de salud humana y animal, su inclusión en la cartera de servicios de salud.

Existen dos formas de explicar los efectos de la Acupuntura: La explicación Oriental y la Occidental.

La explicación occidental se basa en que la Acupuntura es una técnica de irritación de las terminaciones nerviosas que se encuentran en puntos denominados acupuntos. Estos puntos se encuentran sobre o cerca de terminaciones nerviosas por lo que son todos de origen neural. Los puntos selectivos de acupuntura (puntos de baja impedancia-baja resistencia), considerados como sistemas resonadores (Popp; Universidad de Marburg), coinciden anatómicamente con los glomus (acumulo de células glómicas o uniones arteriales, venosas y nerviosas, referenciadas por Cajal y Hasson). Los canales y bioconexiones orgánicas a distancia se establecen por ondas electromagnéticas de biofrecuencias específicas para cada uno de ellos, denominadas biofrecuencias de trabajo electromagnético (BfTE).

Su estímulo activa conexiones cerebrales con repercusiones centrales, autónomas, endocrinas e inmunes de carácter homeostático. Generan respuestas adaptativas estableciendo un nivel organizativo homeostático mayor, convirtiéndose en influencias fisiológicas de restauración. Esta restauración comprende estructuras y órganos como vísceras, y funciones como la audición. Pongamos el ejemplo del acupunto "SJ 5" (Sanjiao 5). Cuando éste acupunto es activado se genera actividad visible por Resonancia Magnética funcional y por Tomografía por Emisión de Positrones (PET), técnicas que generan imágenes del consumo de oxígeno y de la utilización de glucosa respectivamente, en este caso, en el centro de la audición en la Corteza Sensorial. Esta relación cortical de la Acupuntura es la que nos permite reconocer hoy día, que no solo es eficaz contra el dolor sino que también trata problemas de salud con etiquetas diagnósticas CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) y NANDA (North American Nurse Diagnosis Association). Los detractores negativistas que acuñaron el término peyorativo de "Agujas multiuso", van a tener que empezar a estudiar, entender y valorar el potencial terapéutico no solo de las agujas, sino de otras terapias energéticas no convencionales.

Valor terapéutico

La acupuntura posee un valor terapéutico demostrado en enfermos con etiquetas diagnósticas y síntomas como cefalea, migraña, dolor facial, musculo-esquelético, náuseas y vómi-

tos, colon irritable, Crohn, asma, broncoespasmo, estrés, pérdida de masa muscular y grasa en enfermos con SIDA e inmovilizados, espasticidad, inmovilidad, déficits de motilidad, parálisis, secuelas post traumatismo cráneo encefálico y accidentes cerebro vasculares, déficits de homeostasis (síndromes metabólicos, otros desequilibrios), retraso en recuperación (convalescencia) y procesos de reparación, plasticidad y procesos adaptativos, entre otros. Esto apoya el concurso de acupuntores no solo en atención primaria, también en unidades de cuidados de alta especialización y tecnología, como unidades del dolor, cuidados críticos e intensivos, quirófanos generales y de especialidades, cuidados médico-quirúrgicos, cuidados de pacientes con problemas neurológicos…, sin olvidar el diagnóstico de salud "Conductas generadoras de salud".

Tanto en Europa como en EEUU existen numerosas iniciativas de investigación y experiencias clínicas documentadas a favor de la eficacia terapéutica de la acupuntura. Así, la Base de datos Cochrane incluye ensayos e investigaciones: Melchart 2004, EZZO 2001, 2006, Proctor 2004…,

En los últimos años, sociedades occidentales como la inglesa, la alemana o la norteamericana, han ido implantando la acupuntura dentro de sus servicios de salud:"…el 90% de los servicios de tratamiento del dolor del Reino Unido y el 70% de Alemania incluyen la acupuntura entre los tratamientos que dispensan…" (Publicado por la OMS, el 22 de junio de 2004).

En España el Instituto Catalán de Salud y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía han financiado e incluido en sus carteras de servicios las técnicas de acupuntura. Así pues, el antiguo debate entre "acupuntura Si" o "acupuntura No", ha dado paso al debate actual sobre la regulación formal de la aplicación de estas técnicas y a despojar del derecho a su práctica independiente a una profesión como Enfermería, con más de 17.000 efectivos expertos, censados en España, dedicados a éstas terapias, que ven cómo sus capacidades para dirigir y tratar problemas de salud y síntomas para los que está capacitados y habilitados académica y legalmente, les son negadas.

Una de las dificultades a la hora de acreditar y formalizar el plan de estudios de ésta disciplina, en occidente, radica en que los acupuntores orientales más punteros y expertos no poseen titulación reconocida en nuestras academias y universidades. Ni son médicos, ni enfermeros, ni sus estudios de medicina tradicional china son homologables con nuestros sistemas de acreditación y homologación. El problema no es nuevo para el Ministerio de Educación y las Universidades, que en otras ocasiones, cuando han aparecido disciplinas o especialidades nuevas, han articulado Leyes, Disposiciones, Decretos, comisiones y nombramientos, y otorgado legalmente títulos, propiciando el germen docente. La primera hornada.

Ramón Mª Calduch, el 23 de noviembre de 2012, opinión interesada, se expresa: "…con la que está cayendo, por cuestión de prioridades, no veo intención alguna por parte de nuestro gobierno de entrar en la materia de regularizaciones". Sigo pensando que la regularización vendrá por una directiva europea". "…los estudios de medicina china deben ser estudios universitarios de grado"

El R.D. 1277/2003, donde se establecen las bases generales sobre autorización de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios y el Decreto de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 69/2008 de 26 de febrero, que lo desarrolla, definen a las unidades de terapias no convencionales (U-101), como unidades de asistencia en las que un médico es el responsable de realizar tratamientos, medicina naturista, medicina homeopática o técnicas de estimulación periférica con agujas u otros que demuestren su eficacia y su seguridad. El resto de profesiones sanitarias no aparecen acreditadas, o se deduce su "autorización bajo supervisión médica", sin especificar la cualificación del supervisor médico. El R.D. y el Decreto de desarrollo contravienen lo recogido en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, en su artículo 7: Corresponde a los Diplomados Universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados orientados a la promoción, mantenimiento y

recuperación de la salud, así como la prevención de enfermedades y discapacidades. La relación entre profesionales y la ética que debe conducir ésta relación también se ha vulnerado. ¿Se les va a permitir dirigir también el plan de cuidados PAE, el tratamiento de los problemas de salud diagnosticados por enfermeros (NANDA), con soluciones enfermeras NOC (Nursing Outcomes Classification), e intervenciones, actividades y tareas NIC (Nursing Interventions Classification), con agujas, y otros tratamientos no convencionales?. Las NIC comprenden actividades profesionales independientes. Se definen como todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería, para favorecer el resultado (NOC) esperado en el paciente. Ante tal desamparo legal, inspectores médicos, aplicando la Ley, escudriñan los centros privados en España, con especial ahínco y apercibimiento de cierre, con aquellos cuyos directores o propietarios son enfermeros. Ni que decir tiene que se ha cerrado una nueva puerta al desarrollo de nuestra profesión, pionera en la prestación de estas terapias. Un nuevo e inexplicable "Tu no eres competente".

Veinticinco científicos de diversas áreas del conocimiento expusieron en Bethesda (EEUU), ante 1.200 especialistas, en noviembre de 1997, sus conclusiones basadas en evidencias científicas

Papel de la Enfermería

La connivencia, no solo en España, a nivel internacional, algo menos acusada en Alemania, ha considerado oportuno regalar a los médicos, sin hacer referencia a la formación específica exigible, la competencia de dirigir y aplicar tratamientos de acupuntura y otras terapias no convencionales, lógicamente con el beneplácito de éstos, desde la ignorancia fácil de las competencias y habilitación legal de los enfermeros. Está claro que aún nos consideran ayudantes. Las opiniones de expertos en el Ministerio de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Junta de Andalucía, Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria de Andalucía y otras instituciones asesoras y decisoras respecto a la acupuntura y otras terapias no convencionales, han sido sesgadas, interesadas, desafortunadas y carentes de juicio, en detrimento de la profesión enfermera.

Lo que parece un amplio y documentado consenso internacional de ¿expertos?, no apoya su legalidad ni la ética de la dinámica que lo está propiciando. Legislan los legisladores, ¿mirando hacia otro lado?, con subjetividad parcialista, falta de conocimientos, incluso a nivel de costo-eficiencia, e interesada, en ésta cuestión. Juzgan los jueces aplicando las Leyes. En el mismo texto de la Ley y del Decreto Andaluz, hay un batiburrillo mareante de confusiones con la expresión "profesionales sanitarios", es decir médicos, enfermeros, farmacéuticos, veterinarios, odontólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, podólogos, ópticos, optometristas, logopedas y especialistas en nutrición y dietética. Aunque tienen especial cuidado con la expresión médico cuando van a lo sustancial. A nuestra profesión, ¡ya sabemos de nuestra valía social!, se le piropea desde las instancias más altas, en discursos protocolarios, pero a la hora del reconocimiento tangible se le sigue negando el pan y la sal en parcelas de demostrada competencia, entre la que se incluye, entre otras, la prescripción y capacidad de dirigir y aplicar el tratamiento con agujas y otras terapias no convencionales en condiciones de seguridad clínica.

BIBLIOGRAFIA

1. AETS de Andalucía. Análisis de la situación actual de las terapias no convencionales en Andalucía. Sevilla: AETSA, 2005.
2. Base de datos COCHRANE. CAM Field Glossary
3. CEMETC NORTE.
4. Complementary and alternative medicine terms. http://www.compmed.umm.edu
5. Ezzo JM, Richarson MA, Vickers A, Allen C, Dibble SL, Issell B F, et al. Estimulación por puntos de acupuntura par alas nauseas y los vómitos inducidos por quimioterapia. 2006. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas.
6. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr44/es/index.html
7. http://www.nlm.nih.gov/pubs/cbm/acupuncture.html
8. http://www.nlm.nih.gov/archive/20040823/pubs/cbm/acupuncture.html#10
9. http://www.lavanguardia.com/vida/20110116/54102561088/la-ciencia-avala-el-uso-de-la-acupuntura.html#ixzz2CwzgjW1n
10. Zapater García, F; León, F; Aplicación del proceso enfermero a la acupuntura: Simbiosis perfecta; Mayo 2012.

Excmo. Colegio de Enfermería de CÁDIZ

BANESTO

Domicilie su Nómina y llévese una Tarjeta Prepago cargada con hasta 1.000€* para pagar el curso de acceso de Grado o lo que usted desee.

Además por ser enfermer@ con **Banesto,** al domiciliar su Nómina tiene: - Cuenta Corriente sin comisión de administración y mantenimiento - Tarjeta Débito 4B gratuita el primer año - Tarjetas Crédito 123 con descuentos en miles de lugares y gratuita el primer año. Y si necesita finaciación en Hipotecas y Préstamos, infórmese de condiciones especiales en su oficina de banesto mas cercana y no olvide indicar su pertenencia al Colectivo o si es familiar de este.

Y PARA QUE SUS AHORROS ESTEN SEGUROS OBTENGA MÁXIMA RENTABILIDAD CON NUESTRA

(*) Consulte condiciones especificas de esta campaña o campañas vigente en cualquier oficina de Banesto indicando que pertenece al Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz.

Gama Depósitos BANESTO OLÍMPICOS

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

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 periodo igual o superior a un año y aquellas en las que el saldo sea igual o inferior a 150 euros.

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

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. **CÁDIZ.- La clínica está ubicada en Cádiz, en la Avda. Cayetano del Toro, 17-19**. Visite la 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.

Excmo. Colegio de Enfermería de CÁDIZ

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 de colaboración por el que los colegiados podrán benificiarse 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

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.

DERMATOLASER

DERMATOLASER, es una empresa formada por un equipo multidisciplinar compuesto por dermatólogos, cirujanos plásticos y médicos especialistas en laserterapias. Gracias al acuerdo firmado por el Colegio de Enfermería de Cádiz, los colegiados podrán beneficiarse de un **20% de descuento** para los tratamientos **DEPILACION MEDICA LASER Y LÁSER DE PIGMENTO**. Los servicios ofertados por Dermatolaser son: Depilación Médica Láser, Láser de Pigmento, Láser Vascular, Tratamientos Capilares, Medicina Estética, Dermatología, Cirugía Plástica y Estética.
Nuestros centros: Jerez, Cádiz, El Puerto de Santa María, Chiclana de la Frontera, Algeciras, Rota o Sevilla. Tlfno.: 956 10 44 70

Seguro de **Automóvil**

El seguro de auto que protege su vida

En **A.M.A.** queremos ofrecerle la mejor calidad de servicio del mercado. Por eso, hemos incorporado nuevas coberturas que van más allá de lo que ofrece un seguro de coche convencional:

COBERTURAS EXCLUSIVAS A.M.A.

- **Vehículo de sustitución** en caso de pérdida total del automóvil asegurado
- Le **valoramos su vehículo como nuevo los dos primeros años y el 115% del valor venal en el tercer y cuarto año** en caso de pérdida total del vehículo
- **Duplicamos la indemnización (42.000 €)** en caso de fallecer en accidente el conductor y su cónyuge, siempre que tengan hijos comunes y menores de edad
- **Reparación y sustitución de lunas a domicilio**
- **Servicio de desplazamiento gratuito** a nuestros talleres preferentes
- **Vehículo de cortesía** en nuestros talleres preferentes (según disponibilidad)
- **Asistencia Jurídica gratuita** para cualquier incidencia en su vida cotidiana

LA CONFIANZA ES **MUTUAL**

Infórmese sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

- A.M.A. Cádiz (Colegio de Médicos) 956 80 80 48
- Cervantes, 12 C.P. 11003
- cadiz@amaseguros.com

A.M.A.
agrupación mutual aseguradora
LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com **902 30 30 10**

SabadellAtlántico BancoHerrero SabadellSolbank SabadellGuipuzcoano

Sabadell
Professional

Ilustre Colegio de Enfermería de CÁDIZ

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 en tus principales recibos domiciliados, 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.

sabadellprofesional.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 cuotas al año.

El banco de las mejores empresas. Y el tuyo.