

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERIA
DE HUELVA



enfermería

AÑO X

nº 27 Septiembre 2007



El Colegio

organiza un curso
preparatorio para la

Oposición al SAS

Edita:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería
de Huelva

Consejo de Administración:

Junta de Gobierno del Ilustre Colegio
Oficial de Enfermería de Huelva

Consejo de Redacción

Presidente:

Gonzalo García Domínguez

Director Técnico:

Vicente Villa García-Noblejas

Jefa de Redacción:

Patricia Mauri Fábrega

Redacción:

Josefa Lorenzo Martín

Enrique Aguiar Mojarro

Eduardo Rico González

Martín Vázquez Bermúdez

Antonio Olid Torres

Carmen D. Beltrán Camacho

Asesora de redacción:

Eva M^a Lorenzo Martín

Fotografía:

Archivo del Ilustre Colegio de
Enfermería de Huelva

Redacción: Sede Colegial

Imprime: Technographic, S.L.

Depósito Legal: H-1996-43

I.S.S.N.: 1136-2243

Tirada: 2.750 ejemplares

Distribución gratuita



Domicilio de la sede colegial

C/ Berdigón, nº 33, pral. izq.

21003 Huelva

Tel. 959 54 09 04

Correo electrónico:

Línea Móvil 639/11 17 10

Página www: ocenf.org/huelva/

Coleg21@enfermundi.com

Fax: 959 25 62 70

Horario de Oficina:

De lunes a viernes.

De 9 a 21 h. ininterrumpidamente

Horario de la Asesoría Jurídica

Martes y jueves de 17,30 a 19 horas

Entrevista con el presidente:

Concertar cita

SUMARIO

3 Editorial

5 Curso preparatorio para la oposición al SAS

6/7 Disfrutad la Vejez

8/9 ¿Cómo quieres parir?

10/12 Comisión Centro Libre de Humos

13 Cuidarte

14/15 Conoce tu Hospital

16 Chare de Lepe

17 Premian a un equipo de Ríotinto

18 Asociación de Enfermeras de Hospitales Andaluces

19/25 Calidad de vida en enfermos respiratorios

26/27 Cuidando a niños saharauis

28/30 Sopa de Letras

31 Las balsas de Fosforyeso son ilegales



NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN EN DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA

Documentos de enfermería publica en sus distintas secciones trabajos sobre las diversas actividades de la profesión: atención hospitalaria, atención primaria, docencia, investigación, epidemiología, gestión y administración, ética, relaciones laborales, la formación, historia de la profesión y recursos humanos en el campo de la enfermería y la salud en general.

La presentación de un trabajo no implica la obligación por parte del Consejo Editorial de su aceptación para su publicación, ni compromiso respecto a la fecha de la misma.

El Consejo Editorial establecerá comunicación con los autores de los trabajos para manifestarles su recepción y si es precisa alguna normalización del mismo.

Los trabajos se presentarán en folios DIN-A-4, numerados, mecanografiados por una sola cara a doble espacio, dejando unos márgenes inferior y superior e izquierdo de 4 cms. y derecho de 2 cms.

Los dibujos, gráficos y fotos, así como sus leyendas irán a parte bien identificados y numerados.

La bibliografía, si la hubiera, se acompañará en folio aparte.

Si se tratara de resúmenes de ponencias o comunicaciones a congresos, el autor deberá indicar el nombre del congreso, fecha y lugar de celebración, así como si ha obtenido alguna mención.

Los trabajos irán acompañados de una carta de presentación donde se indica el deseo de publicarlo en Documentos de Enfermería, así como el título del trabajo, lugar y año de realización, nombre completo del autor o autores, número de colegiado, D.N.I., dirección completa y teléfono para posterior comunicación.

Los trabajos podrán ser remitidos por correo o entregados personalmente en la sede del Colegio de Enfermería de Huelva.

Los trabajos aceptados quedan a disposición del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva para su posterior utilización.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación por cualquier medio sin citar la fuente.

Documentos de Enfermería no se hace responsable ni comparte necesariamente las opiniones manifestadas en los artículos, siendo responsabilidad exclusiva de sus autores.

EDITORIAL

UN OTOÑO CARGADO DE GRANDES RETOS

El presente número de la Revista del Colegio de Enfermería de Huelva tiene el aliciente de combinar la actualidad más candente (en forma de la Oposición al SAS) con aquellos trabajos de reflexión profesional que ayudan a configurar un panorama tal y como se reproduce en la realidad diaria y normalizada que vive el colectivo. Es decir: la lógica ejecutoria cotidiana alimentada con la perspectiva de lo que sin duda constituye una auténtico "banco de pruebas" para la consolidación laboral de un buen número de profesionales y colegiados, dado que la última realización del concurso data ya de varios años atrás o lo que equivale a decir que enfermería padece de una grave bolsa de interinidad

Bien podríamos argumentar que el latido de la enfermería onubense puede detectarse en la configuración de las páginas que configuran el presente número de "DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA". El lector va a encontrarse con hechos y rostros conocidos, cercanos a su realidad más inmediata, con lo que cumplimos uno de los postulados fundacionales de esta publicación, cual fue el de servir a los intereses de la profesión en nuestra provincia al objeto de ir dejando plasmado en el archivo de estos "DOCUMENTOS..." un recorrido por sus peripecias, sus avances, éxitos y, por qué no decirlo, problemas a los que hacer frente.

El Colegio se felicita de que profesionales de la enfermería onubense logren reconocimientos en Congresos y Jornadas donde queda patente la pujanza de una profesión plena y absolutamente madura, cada vez más convencida de sus posibilidades y únicamente pendiente de que, de una vez por todas, los poderes públicos (sean del Estado como autonómicos) no le regateen ninguna posibilidad para avanzar en su propósito de servir, y además de forma elogiabile, a la sociedad desde su estricta responsabilidad sanitaria.

Para esta corporación, es clave la cita que, a la vuelta de pocos semanas, o incluso semanas, puede producirse

en forma de realización del tan esperado Concurso-Oposición para cubrir puestos en la Sanidad Pública regional. En un Sistema que entiende como algo "normal" la permanencia en la condición de interinos, supone un auténtico punto clave el desarrollo de una Oposición llamada a ser, primero, referencia para la fijez labora de quienes (no se olvide) llevan años demostrando sus capacidades profesionales. Y, después, la necesaria consecuencia en forma de contar con una enfermería que, en base a esa misma aspiración de fijez, ofrezca las cotas de calidad asistencial que los ciudadanos demandan.

Pero no quisieramos concluir este comentario editorial sin aludir al gran problema que, sin distinciones, atañe y afecta al conjunto de la enfermería española. Nos referimos al asunto, tan manido a nuestro pesar, de la prescripción de fármacos y a la realidad a la que se ha desembocado un año después de publicarse en el BOE y entrar en vigor la polémica Ley del Medicamento. Desde la Organización Colegial de Enfermería se ha tratado, desde el primer momento, de encontrar una salida que satisfaga a un colectivo (enfermería) que, desde la estricta perspectiva que otorga la citada Ley 29/2006, se encuentra en una grave situación de indefensión jurídica.

No lo decimos nosotros sino reputados Catedráticos de Derecho quienes han afirmado exactamente eso en rigurosos estudios encargados al efecto. En base a que enfermería realiza casi 200 actos diarios de prescripción de fármacos y productos sanitarios para los que no está legalmente autorizada. Desde el Consejo General de la profesión se ha fijado el mes de noviembre/07 como el límite a partir del cual no debería perdurar la presente situación. Ojalá que no haya lugar a lamentaciones pero la voz de la Enfermería, a través de sus Colegios representativos, ha sido tan clara como reiterativa: Es obligado arbitrar una fórmula, de consenso, para solucionar este delicado problema.

SEGURO

DE RESPONSABILIDAD CIVIL

TU COLEGIO
TE PROTEGE

CON **300** MILLONES
DE
PESETAS
(1.803.036 €)

¡No te olvides!
tu seguridad, ante todo



ORGANIZACIÓN
COLEGIAL DE ENFERMERÍA

HUELVA

EL COLEGIO DE HUELVA ORGANIZA UN CURSO PREPARATORIO PARA LA OPOSICIÓN AL SAS

El Colegio Oficial de Enfermería de Huelva ha dado la respuesta adecuada al interés despertado en la profesión ante la convocatoria del Concurso-Oposición a "Plazas básicas de enfermería en la Sanidad Pública Andaluza". Nada más conocerse la literalidad del decreto, esta institución colegial puso manos a la obra para organizar y desarrollar un Curso preparatorio que ayude a la superación de una, por qué no subrayarlo, compleja oposición. La fecha de inicio se prevé para finales del mes de septiembre y tiene como escenario, la propia sede colegial.

Tras publicarse en el BOJA (116 de 13 de junio/2007) la realidad del Concurso-Oposición, el Colegio de Enfermería de esta provincia trabajó para poner en pie un Curso preparatorio para aquellos profesionales especialmente interesados en su seguimiento. Hasta la sede colegial llegaron muchas peticiones en este sentido y, como confirmó el presidente Gonzalo García, "hemos tratado de estar a la altura de la circunstancia y, con el aval de la Es-

cuela Ciencias de la Salud, el Curso está ahí, listo para iniciarse y con el único propósito de colaborar en el objetivo que se persigue, es decir, intentar que el mayor número de enfermeras y enfermeros onubenses logren el ansiado aprobado y la estabilidad laboral dentro del Sistema".

Compatible

Como en recuadro aparte se indica, este Curso presenta una modalidad semi-presencial lo que le hace ser compatible con el horario de trabajo. El programa, a cargo de expertos docentes, se estructura en varios bloques:

- **Exposiciones teóricas.**
- **Entrenamiento para la resolución de cuestionarios tipo-test.**
- **Simulacros de exámenes parciales y finales.**
- **Aplicación de técnicas de estudios personales asociadas a las habilidades de cada alumno para facilitar el aprendizaje.**

- **Planificación y estructuración del tiempo real de que dispondrá cada opositor.**

Escuela

Capítulo importante es constatar la larga experiencia que la Escuela de Ciencias de la Salud, responsable de la formación continua que se sigue en la Organización Colegial, tiene en ediciones de esta índole por las diferentes regiones españolas.

"Ciertamente-apunta- Gonzalo García- el rigor y la solvencia del cuadro de profesores está garantizado lo cual es un buen punto de partida para que el alumno-profesional pueda afrontar la realidad de una prueba que, no se debe ocultar, es algo compleja dado que, en la presente Oferta Pública de Empleo, la administración ha añadido un punto concreto referido a la evaluación de las competencias que necesitará de reflexión y detenimiento a lo largo del programa".

Información

De cualquier modo, en la secretaría de este Colegio de Enfermería (Tfno.959 54 09 04) se encuentra la práctica totalidad de la información sobre este importante curso que espera un amplio sector de la enfermería onubense.

Líneas del Curso

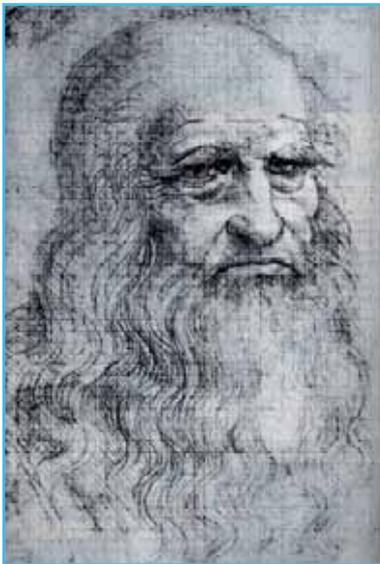
El curso preparatorio para la Oposición tiene estas características principales:

- DURACIÓN:** 225 horas lectivas
- MODALIDAD:** Semi-presencial (150 horas en aula y 75 h de tutorías)
- HORARIO:** Semanal de 5 horas de lunes a viernes, horario de mañana /tarde.
- MATERIAL:** Programas, libros, test, simulación exámenes, CD-rom
- DIPLOMA:** Modulares con créditos nacionales e internacionales de F.C.
- PRECIO:** 615 euros (material incluido)

DISFRUTAR LA VEJEZ

AUTORA: Alicia Rosado Suárez.
Enfermera

Cierto día trabajando en el Hospital a punto de rendirme al estrés y la ansiedad, una paciente anciana que al parecer llevaba tiempo observándome llamó mi atención y me invitó a sentarme y charlar con ella. Sinceramente creo que nunca en tan breve conversación fue posible tanta sabiduría, pues en tan poco tiempo trazamos lo que podría ser el rumbo de nuestras vidas. Me instó a ralentizar el ritmo vital y a no desear que todo transcurriera tan deprisa para alcanzar no se sabe bien qué metas, esta forma transcurren los minutos, las horas, los días, las semanas, los meses, los años y sin darnos cuenta de la velocidad que le imprimimos a la vida. De repente un día sin saber cómo ni por qué frenamos y nos guste o no hacemos balance.



Dichosos aquellos que pueden estar orgullosos con los resultados, pero lo cierto es que a la mayoría nos llega el momento del *"ubi sunt"*. Tomamos conciencia del ritmo veloz al que hemos vivido lamentándonos de haber quemado tan rápido las etapas previas y pre-

guntándonos a dónde fueron nuestra frescura, espontaneidad, ideales, juventud...

Existe un dicho popular que dice: "las cosas se ven según el cristal con que se mire", breve y acertado, pues en la vida la perspectiva cambia según la etapa en la que uno se encuentre. La evolución nos impone una asimilación de los cambios y de esta forma casi sin darnos cuenta se comienza un largo y duro proceso de adaptación.

Durante la infancia y la adolescencia la vitalidad y el exceso de energía hace posible el desarrollo y la maduración en todos los aspectos que culmina con la crisis final de esta etapa, tras la cual se llega a la siguiente caracterizada por la plenitud física y mental, es esta la etapa a la que todos los poetas le "cantan" en sus obras: "la Juventud". Pero por desgracia el silogismo aquel que dice: "lo bueno y breve dos veces bueno", aquí no se cumple, pues cuando estamos disfrutando de nuestra apoteosis comienzan a aparecer lenta pero inexorablemente los primeros signos de decadencia. Hay quien pudiera pensar que después de todo la NATURALEZA no sea tan perfecta, ya que no ha sabido desarrollar los mecanismos necesarios para frenar el proceso en este momento.

A partir de aquí se inicia una discordancia entre nuestra plenitud mental y el deterioro físico, la mente que se encuentra perfectamente lúcida añora el rostro y el cuerpo de la juventud. De repente una mañana te despiertas y al mirarte al espejo descubres una nueva arruga que por supuesto no estaba ahí cuando te acostaste la noche anterior, o que las esplendidas entradas de tu cabello se están aproximando cada vez más a las salidas, o que ahora adquiere sentido para

ti la "maldita manzana de la Ley de Newton", estos y otros muchos cambios comienzan a formar parte del vivir cotidiano.

Por otra parte la desmesurada importancia que nuestra Sociedad le da hoy en día a la apariencia física agrava mucho más el rechazo a estos cambios, es en esta etapa de la vida cuando algunos se empeñan en una batalla perdida de antemano, no se asimilan los cambios tan rápido como ocurre y se puede entrar en una dinámica de consumo de productos para conservar la juventud, cuya última fase para aquellos que no se rinden es entregarse a una nueva y exigente religión "LA ESTÉTICA" con sus sacerdotes "LOS CIRUJANOS".

En el inconsciente colectivo de la especie humana persiste el temor a la decadencia física y a la vejez, son con estos miedos ancestrales con los que juega la publicidad y el marketing actualmente y así hacemos creer que ya está al alcance de todos un cambio radical vía quirúrgica. De este modo se convierte en el objetivo principal para un elevado número de personas, el hecho de ocultar lo que por la ley de la naturaleza es evidente y se empeñan en reparar los estragos del paso del tiempo. Queda para los idealistas el gozar con salud de la vida y dejarse llevar por el romanticismo evocador de las glorias y felicidades pasadas.

Hasta hace poco tiempo era suficiente llegados a esta etapa sentirnos dichosos por contar con unos hijos, un trabajo, un cónyuge, salud, etc., pero en la actualidad imperiosamente y por encima de cualquier otra consideración es imprescindible conservar el mismo aspecto lozano que nuestros hijos aún a riesgo de la propia vida.

Debemos reconocer que es tre-

mendamente difícil para aquellos que dispongan de los recursos necesarios y del valor suficiente, no caer en las redes de los mensajes publicitarios que prometen un ancestral anhelo de la humanidad: "LA ETERNA JUVENTUD". Constantemente vemos a nuestros mitos inmunes al paso del tiempo y lamentamos no poder beber de su misma fuente.

El consumo de intervenciones estéticas comienza a ser un aspecto diferenciador entre las clases sociales, aunque aún no se ha sacudido el estigma de frivolidad y vacuidad. Esta es la razón por la cual se critica en público ridiculizando un comportamiento que muy pocos admiten pero que la mayoría sueñan y fantasean con realizar. Quizás sea esta la razón por que en los últimos años las clínicas de estética y el número de cirujanos plásticos se haya multiplicado, para satisfacer la demanda creciente no sólo del "stars system" sino de toda la sociedad sin discriminación de edad, género o posición.

Resignémonos a considerarlo como una característica actual, pues al igual que hoy tenemos asumido como una necesidad el mantenimiento de una dentadura perfecta, pronto llegará el momento en que interioricemos el aspecto eternamente joven como un sinónimo de salud y bienestar.

Hasta ahora lo descrito sobre el proceso de envejecimiento en sus primeras manifestaciones, puede resultar inmaduro, cínico y quizás hasta hipócrita, pues con todo, lo peor de la vejez llega cuando la afectación se aprecia no sólo en el aspecto estético, sino también en el estado físico y psíquico, mostrando su lado más cruel. Es ahora cuando aparece su temida y perversa aliada: "la Soledad", que no hace sino empeorar más la situación, pues como si de una mala jugada del destino se tratara, cuando realmente necesitas ayuda te

das cuenta que tus hijos te han abandonado, que las fuerzas con que contabas las ido agotando durante el trayecto de tu vida y al final te descubres impedido, necesitado y abandonado.

Nuestros hijos se educan en la idea de que lo viejo es sinónimo de caduco e improductivo, es este el primer paso en la pérdida de respeto y consideración a los viejos, en un intento de conjurar el temor al resultado final de la propia existencia. Resulta irónico que la tendencia de la población se dirija hacia el envejecimiento gracias a la mejora de las condiciones de vida y que sea precisamente esta etapa la más devaluada y rechazada, tal vez sea esta la causa de tan escasa previsión en la planificación no sólo de la tercera edad, sino también de la cuarta edad.



El cambio profundo en nuestra sociedad en las dos o tres últimas décadas con la incorporación masiva de la mujer al mundo laboral, ha dejado sin el soporte tradicional a la vejez y simultáneamente no se ha sabido articular dispositivos alternativos, dándose la paradoja que el momento de mayor prosperidad económica coincide con un aumento alarmante de los trastornos mentales. Somos más ricos sí, pero no podemos metabolizar el remordimiento que nos produce el abandono de nuestros mayores.

El ritmo frenético de la vida actual sometida a una loca carrera cuya principal norma es la competitivi-

dad, hace imposible que nos planteemos la posibilidad de mantener a nuestros abuelos en casa y sin embargo la mayoría anhelamos la calidez, la seguridad y la experiencia que esos abuelos aportaban a los hogares de un pasado aún próximo y no aceptamos una rendición, aunque sólo sea por puro egoísmo, que suponga aparcar a nuestros viejos en instituciones indignas para ellos y deshonrosas para nosotros. pues no olvidemos que pese a todo muy pocos están dispuestos a abandonar el camino y renunciar a llegar algún día a convertirse en ancianos.

En realidad somos nosotros los que debemos empezar a trabajar en ello, no sólo enseñando a nuestros hijos unos valores donde la figura del mayor vuelva a tener su sitio en nuestra sociedad, sino dándole forma desde este preciso instante a la materialización de esas prestaciones, residencias y otras aportaciones de cualquier otra índole que en un futuro próximo nos serán precisas y útiles a todos. Deberíamos asumir, para de este modo transmitirlo a nuestras futuras generaciones, que ser anciano no es sinónimo de inutilidad, pues ésta como cualquier otra etapa de la vida lleva consigo algunas virtudes, como la experiencia, la capacidad de saber escuchar, la serenidad, etc., y que no es sino otra etapa más en la vida por la que todos tenemos que pasar sabiéndola comprender, amar y respetar.

Sí, la Naturaleza no nos trató del todo bien, fue injusta y se comportó en este caso como una cruel madrastra. No se conformó con la necesidad de extinguirnos, sino que tan siquiera nos dotó de algún antídoto contra el deterioro que supone el paso del tiempo.

Pero ya se sabe "adaptarse o morir" y en un alarde de adaptación comparto la opinión de aquel antiguo dicho que afirmaba que lo único malo que tiene la vejez es no llegar a disfrutarla.

“¿Cómo desea usted parir?”

AUTORES

Antonio Manzano Solís. Manuel Prieto Santana
Matronos del Hospital Infanta Elena de Huelva.



A lo largo de la historia el proceso del parto, algo tan fisiológico, se ha ido adaptando a dos circunstancias: por una parte a las necesidades de los profesionales que lo atienden, para evitar que surjan complicaciones o para hacer su trabajo más fácil y por otra a las propias mujeres para que el trabajo de parto les resulte menos doloroso y más satisfactorio.

A lo largo de mi experiencia profesional como matrona, he conocido distintas formas de asistir a las gestantes en su trabajo de parto. En mis comienzos las tendencias las marcaba el parto EVA (estimulación, ventosa y analgesia), donde una vez comenzada la dilatación, se estimulaba con oxitocina, se anestesiaba a la gestante con “Pen-

total” y se solía acabar el expulsivo con ventosa, dejándole a la señora la sensación de no haberse enterado de nada y preguntando que había ocurrido, hasta el punto de despertarse en algunas ocasiones sin ser consciente de que se le había practicado una cesárea, porque el parto no se había podido realizar por vía vaginal.

Posteriormente hubo una etapa que lo que imperaba era que la mujer, viviese su parto de forma natural, con la ayuda de ejercicios de relajación, respiraciones adecuadas a cada momento del parto y en caso de poca dinámica de parto se estimulaba con oxitocina.

En el año 1998, creemos recordar, se comenzó a aplicar una nueva ley por la cual, la gestante tenía derecho a un

acompañante durante su proceso de parto y si ella lo deseaba y no estaba contraindicado administrarle anestesia epidural. Esto supuso una revolución para todos los profesionales involucrados en el proceso; para las matronas suponía trabajar mucho más, pues al tener la gestante un catéter epidural se necesitaban más controles de constantes, sondajes uretrales, había más posibilidades de hipotensiones y bradicardias fetales... y los expulsivos se hacían más largos al tener la gestante disminuida la sensación de pujo. Para los anestesiólogos también suponía un incremento de su trabajo, porque en la mayoría de los hospitales no aumentaron la plantilla, y para los ginecólogos también, porque parecía que según algunos estudios aumentaba el número de cesáreas.

Después de algunos años las matronas nos hemos adaptado a trabajar en los partos con epidural, los anestesiólogos están más integrados en el parto y los ginecólogos se han dado cuenta que no tiene porqué haber un aumento de cesáreas, si se prolongan los tiempos de espera del expulsivo.

Actualmente existen otras tendencias a la hora de parir, promovidas por grupos que consideran que el parto está demasiado medicalizado y promueven un parto natural sin ningún tipo de intervención, solamente existiría una vigilancia continua de la matrona a lo largo del proceso de parto, para detectar complicaciones y asesorarla en cada momento. Ello supondría que la mujer iría dilatando de forma natural, adoptaría las posturas que le resultasen más cómodas y beneficiosas para cada momento del parto, sin necesidad de estar continuamente monitorizada y en la cama, minimizando el número de tactos, apoyada emocionalmente por su marido y alguien de su entorno, para darle confianza.

A esto se uniría la supresión de la posición de litomía a la hora de la expulsión, que sería sustituida por la silla de partos donde la mujer pare sentada, para favorecer el efecto gravitatorio. Otra forma de expulsivo sería en un medio acuático (bañera, piscina...), para que la gestante se sienta más relajada y la expulsión del bebé al exterior sea menos traumática. Así mismo se podrían utilizar otras posturas que favorecerían el descenso y la expulsión de la presentación dependiendo del tipo de pelvis y acomodación de la presentación (en cuclillas, de rodillas con las manos apoyadas en el suelo...).

Una alternativa de esto es lo que se hace en los países más progresistas de Europa, como Holanda o Reino Unido, donde se está dando la posibilidad a las gestantes desde hace algunos años de parir en su casa, para ello se requiere que el domicilio de la gestante reúna unas condiciones determinadas en cuanto a cercanía a un centro hospitalario, teléfono, acceso adecuado para una ambulancia... con el fin de poder evacuar a la parturienta en caso de una complicación. Por supuesto esto supone una ampliación de la plantilla de matronas, puesto que sería necesario una matrona para ca-



da mujer de parto, lo que implica un incremento económico.

Finalmente están surgiendo asociaciones de mujeres, como la asociación "el parto es nuestro" que han tenido una experiencia insatisfactoria en su parto y que promueven que sea la gestante la que decida como desea que sea su parto. Para ello elaboran un informe o plan de partos, dirigido al hospital, donde marcan las directrices en distintos aspectos (no deseo que me rasuren, ni me partan la bolsa, no deseo que me pongan enema, no quiero que me cojan vía ni me pongan oxitocina, no quiero estar monitorizada, quiero cambiar de postura adoptando la más cómoda, no quiero que se me practique episiotomía, quiero permanecer siempre al lado de mi bebé...). Estos serían algunos ejemplos de sus solicitudes, y se deberían de cumplir siempre que no existiese algún acontecimiento adverso a lo largo del parto que lo contraindicase.

Si observamos la evolución en la atención a los partos en los últimos años, esta evolución se ajusta al movimiento de un péndulo, pasando del extremo en el que se utilizan fármacos para eliminar o calmar el dolor, al otro extremo en el que se utilizan medios más naturales.

Creemos que tal como avanza la sociedad, el futuro de la asistencia de los partos vendrá marcado por los deseos de cada mujer. Estamos en la sociedad

de la información, y nos encontraremos cada vez a más a gestantes que una vez conocidas todas las opciones, quieren implicarse en la toma de decisiones de las distintas alternativas de parto. Esto no implica que se tenga que llegar hasta el final con la decisión tomada en un principio, como en caso que haya optado por un parto natural y desee posteriormente la epidural porque no soporta el dolor, o que sea necesario cambiar su plan de parto porque aparezca alguna complicación.

Lo que si está claro, es que igual que en otras etapas la matrona ha estado al lado de la mujer enseñándole a respirar, a relajarse, calmándole el dolor con los distintos medicamentos en boca, asesorándole en el parto natural y controlando la evolución de su parto en todo momento para garantizar su bienestar y el de su bebé, sabrá adaptarse una vez más, informando desde atención primaria a la mujer de forma ecuánime de todas las posibilidades de parto, y estando actualizada para poder preguntar a la gestante cuando acuda al paritorio ¿Señora, por qué tipo de parto va a optar usted?

BIBLIOGRAFÍA

Página Web de la Asociación Andaluza de Matronas. Congreso de Roquetas de Mar marzo de 2007.

Página Web Asociación "el parto es nuestro".

COMISION CENTRO LIBRE DE HUMO DEL HOSPITAL INFANTA ELENA

Es evidente que el consumo de tabaco está estrechamente relacionado con el grado de desarrollo de un país. El tabaquismo es, sin duda, una de las primeras causas de mortalidad y morbilidad que pueden ser evitables. Está científicamente demostrado que el consumo de tabaco es el causante de una larga lista de problemas de salud.

Según la Organización Mundial de Salud (OMS) el consumo de tabaco es el causante directo del 90 por ciento de las defunciones por cáncer de pulmón, del 95 por ciento de las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), del 50 por ciento de la mortalidad cardiovascular y del 30 por ciento de las muertes que se provocan por cualquier tipo de cáncer (laringe, cavidad oral, esófago..). Estos datos hacen referencia a fumadores activos, pero en ningún momento hay que olvidar a los fumadores pasivos. El consumo involuntario o exposición al aire contaminado con humo de tabaco resulta ser muy perjudicial, pudiendo causar enfermedades e incluso la muerte.

Según nuestra Constitución, el artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud, así como otorga a los poderes públicos la tutela de la salud pública y prevé la puesta en marcha de medidas de carácter preventivo. Es evidente que el consumo de tabaco constituye uno de los principales problemas de salud pública, y es por ello que, desde hace años, se vienen implantando diferentes medidas encaminadas a la prevención y a la disminución de su consumo. Prueba de ello son los diferentes Decretos aprobados a nivel estatal, el Real Decreto 192/1988 y su posterior modificación mediante el 1293/1999 sobre limitaciones en la ven-

ta, el Real Decreto 510/1992 que regula el etiquetado, el Real Decreto 1185/1994 por el que se actualiza el régimen sancionador en materia de tabaco, el Real Decreto 1079/2002 por el que se regulan los contenidos máximos en nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, así como las medidas relativas a ingredientes.

Todas estas medidas contempladas en la legislación Española no persiguen otra cosa que reducir el consumo de tabaco, potenciar el abandono de este hábito y, sobre todo, prevenir. Medidas que se ven

AUTORA: Ana Gómez Rodríguez.

Supervisora de Calidad Asistencial del Hospital Infanta Elena



reforzadas con las actuaciones contempladas en la Estrategia Europea para el Control del Tabaquismo 2002 de la Región Europea y con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, hecho en Ginebra en mayo de 2003 y ratificado por España el 30 de diciembre de 2004.

Es en 2005, con la aprobación de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, cuando las medidas se endurecen de forma más visible. Esta Ley regula las limita-

ciones a la venta, suministro y consumo de tabaco. En cuanto a las limitaciones de la venta dice que sólo podrá realizarse en máquinas expendedoras y en estancos, quedando prohibida la venta a menores de 18 años. En relación al suministro la ley establece lugares donde queda totalmente prohibido fumar y otros en los que se podrá habilitar una zona para fumadores. En Andalucía, en 2002 la Conserjería de Salud inicia, en el marco del II Plan Andaluz de Salud, un plan de actuación sobre el tabaquismo para abordar este grave pro-

blema de salud pública. Los objetivos marcados contemplan: prevenir el consumo entre adolescentes y escolares, y retrasar la edad de inicio, informar y sensibilizar a la población general sobre las consecuencias asociadas al consumo de tabaco y sobre las ventajas de no fumar, asistir y ayudar a las personas fumadoras a dejar su adicción, crear espacios "libres de humo de tabaco", garantizar el cumplimiento de la normativa vigente. Las medidas adoptadas en este plan han posibilitado la definición del presente **Plan Integral de Tabaco**

quisimo en Andalucía 2005-2010.

Este plan tiene entre sus objetivos el disminuir la incidencia y prevalencia del tabaco en Andalucía, mejorar la calidad de vida de los fumadores y aumentar el grado de conocimientos e información a la población en general sobre el tabaquismo, especialmente en los colectivos de relevancia social como son los adolescentes y los de especial vulnerabilidad. Prevenir el tabaquismo en el ámbito escolar con diferentes programas se convierte en un punto fuerte de trabajo.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

En nuestro centro, cuyo lema es Centro Libre de Humo, las actuaciones que se han llevado a cabo y sobre las que deben redoblar los esfuerzos en los próximos años van encaminadas a:

Prevenir la incorporación de nuevos fumadores, evitando que los no fumadores comiencen a hacerlo, especialmente los más jóvenes. Es fundamental el papel de la información y de la educación desde edades tempranas, para ello el ejemplo y la ayuda de los padres, de los profesores y de los sanitarios se hace imprescindible.

Retrasar la edad de inicio del hábito tabáquico resulta una medida necesaria, especialmente aconsejada para jóvenes y adolescentes. Disminuir la probabilidad de comenzar y consolidar el hábito y dependencia se convierte en todo un reto.

Ayudar a la población fumadora al abandono de la dependencia tabáquica. Los profesionales sanitarios por su papel educador y asistencial tienen en sus manos una herramienta de gran valor.

Potenciar los espacios sin humo, se debe conseguir hacer realidad que en los centros sanitarios no se fume.

Facilitar la participación social, colaborando con otros profesionales, informando a la población de los daños que ocasiona el tabaco, fomentando la concienciación social y apoyando a los colectivos interesados en la prevención y control del tabaquismo.

ACTUACIONES EN NUESTRO CENTRO

Prevenir el tabaquismo en el ámbito escolar, retrasar la edad de inicio y potenciar estilos de vida saludables para adolescentes, se convierte en un punto estratégico de trabajo. En este sentido y buscando la participación ciudadana, la Comisión "Centro Libre de Humo" y el profesor del Aula Hospitalaria han invitado a los centros educativos de primaria y secundaria a colaborar en las actividades encaminadas a la sensibilización de los alumnos para prevenir hábitos tabáquicos y educar en la salud. Para ello se enviaron 62 cartas a los centros de esos municipios de los que somos hospital de referencia.

Se les sugería que, con motivo del Día Mundial sin Tabaco (31 de mayo), pidieran a los alumnos que realizaran cualquier tipo de trabajo relacionado con el tema: dibu-

jos, textos carteles, etc... Esos trabajos serían expuestos en nuestras instalaciones para que tanto profesionales como usuarios pudieran contemplarlos y conocer lo que piensan nuestros hijos. Recibimos alrededor de unos doscientos dibujos que expusimos en el pasillo de las consultas externas, cerca de la cafetería, frente a los ascensores y en el pasillo de Rayos.

Para potenciar el abandono del hábito y recordar las ventajas de dejar de fumar, colocamos, en todas las Unidades, en los rellanos junto a los ascensores y en el vestíbulo, un tríptico tamaño DIN A3, donde se explicaban las ventajas de dejar de fumar, lo que se gana dejándolo y, sobre todo, que dejarlo es posible.

Con motivo del Día Mundial Sin Tabaco se monta un stand en el vestíbulo del hospital con folletos informativos, guías para dejar de fumar, pegatinas y caramelos para cambiar por cigarrillos.

A la vez que se ofrecía información a los usuarios se les invitaba a asistir a la char-

la que tendría lugar ese mismo día a las trece horas en el salón de actos, a cargo de un facultativo que hablaría del tema haciendo hincapié en los tratamientos existentes que facilitan la deshabituación. Se hizo llegar, a los controles de cada unidad de hospitalización, vestíbulo, consultas externas y servicio de atención al usuario, cajitas con folletos diversos para que la información abarcara un campo más amplio y fuese más directa. Con esto se conseguía que, mientras nuestros usuarios esperaban a ser atendidos o visitaban nuestras instalaciones, tuvieran la información al alcance de la mano.

Nuestros profesionales, haciendo uso de su papel educador, valoran el grado del hábito tabáquico de los pacientes ingresados e nuestras unidades y planifican intervenciones encaminadas a ayudarlos en el abandono.

Para potenciar los espacios sin humo y garantizar el cumplimiento de la normativa (somos centro libre de humo) se hace

imprescindible recordar continuamente que en el interior de las instalaciones está prohibido fumar, esto se consigue con la distribución de carteles prohibitivos o informativos por zonas estratégicas de nuestro centro: vestíbulo, rellano de las escaleras, pasillo de consultas, cafeterías, salas destinadas a los pacientes y familiares, entrada al centro y en aquellos lugares que nuestro personal estime oportuno. Colaborar con otros colectivos profesionales para apoyar y reforzar sus actuaciones nos parecía de gran importancia. Aprovechando que en los centros educativos también trabajan el tema del tabaco en sus aulas, nos pusimos en contacto con los responsables de diferentes institutos para ofertarles la posibilidad de organizar una jornada en la que un facultativo del hospital se desplazara al centro y pudiera hablar a los chavales y hacerles ver lo perjudicial del tabaco, esto nos iba a permitir acercarnos a ellos y así poder impactar más. Se elaboró una encuesta para pasar a los alumnos con idea de sacar algunas conclusiones, en base a las cuales poder enfocar la charla.

Para agradecer a los profesores y alumnos la participación y colaboración con nuestro centro les enviamos un CD con las fotografías de la exposición y una nota en la que nos ofrecemos a colaborar con ellos en cualquier tema que resulte importante tocar. Queremos que esta actividad sea el inicio de otras encaminadas a EDUCAR EN LA SALUD

ANÉCDOTAS

El contacto con los usuarios que visitaron el stand que se instaló el día Mundial Sin Tabaco y con los pequeños que nos mandaron sus dibujos fue fruto de muchas anécdotas interesantes:

Madres y esposas preocupadas, solicitando información, querían saber qué hacer para que su hijo o su marido se animaran a dejar el tabaco, se iban cargadas de folletos.

Lo que más impactó fue un señor que iba en silla de ruedas, con una traqueotomía con su mascarilla de oxígeno puesta, se acercó pidiendo que le pusieramos una

pegatina bien grande, quería que todos supieran que el estado en el que se encontraba era debido al tabaco, este le había provocado un cáncer de laringe.

Las notas o textos que acompañaban a los dibujos eran muy llamativas e impactantes tales como: "papa o yo o el tabaco", "fumar mata", "el tabaco deja huella" "piensa en ti y en los que están a tu alrededor", otros nos hacían reflexionar: "si dejas de fumar es mejor para ti", "vivirás mejor" "el tabaco el mejor amigo de la muerte"... Los niños dañan claro que conocen los daños del tabaco para el que fuma pero también son conscientes de lo perjudicial para los que no fuman y están expuestos al humo del tabaco, y prueba de ello son frases tales como: "piensa en ti y en los que están a tu alrededor", "fumar afecta a los niños", "fumar perjudica la salud de tu bebe"....

Usuarios que buscaban el dibujo de algún familiar o conocido o, simplemente, querían ver aquello que habían hecho los alumnos de su pueblo.

CONCLUSIONES

Todos hemos sido espectadores de las diferentes políticas de control del tabaquismo puestas en marcha por nuestro país:

- Política de impuestos sobre el tabaco (precio)
- Prohibición de fumar en lugares públicos y en el trabajo
- Prohibición de la publicidad
- Advertencias antitabaco en los paquetes
- Ayudas para dejar de fumar (programas de deshabituación)

Para algunos, estas medidas que se vienen tomando para reducir el consumo de tabaco, pueden parecer desorbitadas, sin embargo para muchos otros son necesarias y, sobre todo, que estén respaldadas por ley.

Los centros sanitarios y los profesionales que trabajan en ellos deben ser colaboradores y facilitadores para que estas me-

didias de control puedan llevarse a la realidad.

Como hospital, atendemos a personas con problemas de salud tanto en nuestras consultas externas y de urgencias, como en nuestras unidades de hospitalización. Importante es atender a personas enfermas, pero tan importante o más es prevenir e inculcar hábitos saludables y programar actividades encaminadas a sensibilizar a la población de lo perjudicial y dañino que resulta el hábito tabáquico. Cuando los usuarios visiten nuestras instalaciones tienen que percibir que somos generadores de salud, que potenciamos estilos de vida saludables, que disponemos de recursos para mejorar la atención a la personas fumadoras y que podemos poner en marcha intervenciones que ayuden al paciente en su proceso de abandono. **Nuestro centro quiere curar y cuidar pero también quiere educar en salud.**

AGRADECIMIENTOS:

- Don Manuel Bort, profesor del aula docente del centro
- Doctor Don Manuel Gómez Entrena, especialista en neumología.
- C.E.I.P. Lora Tamayo de Bonares
- C.E.I.P. Nuestra Señora del Rocío de Almonte
- C.E.I.P. Concepción Arenal de Cartaya
- C.E.I.P. Manuel Siurot de La Palma del Condado
- I.E.S. Delgado Hernández de Bollullos Par del Condado

BIBLIOGRAFIA:

- Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía, 2005-2010
- Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

“CUIDARTE”:

UN GRAN HITO EN LA REORIENTACIÓN DE LOS CUIDADOS EN ANDALUCÍA

AUTOR:

Fernando Jesús Robledo Cárdenas.
Colegiado 3200. Hospital de Riotinto.

El pasado día 13 de junio de este año, fue presentado el nuevo documento de la Consejería de Salud, titulado: **“CUIDARTE. Una estrategia para los cuidados en la Andalucía del siglo XXI”¹** que contó con la asistencia de más de 1500 profesionales² llegados de toda la Comunidad Autónoma. Este documento aspira a convertirse en piedra angular y referencia del futuro de los cuidados.

Desde el año 2002, las enfermeras y enfermeros andaluces, estamos asistiendo a todo un macroproceso conocido como *“Reorientación de los cuidados en Andalucía”*. Nuestras mentes y nuestra práctica profesional se han ido modificando, a partir de las ideas y planteamientos surgidos desde las distintas iniciativas y propuestas que se han ido sucediendo en estos más de cinco años: Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas, II Plan de Calidad, Plan de Cuidadoras, Continuidad Asistencial, Personalización, Asignación Primaria, Enfermera Referente, Sectorización, Informes de Continuidad de Cuidados, Comisiones de Cuidados de Área, Paciente frágil, vulnerable, Telecontinuidad y tantos otros. Estas ideas, unas más novedosas que otras, unas más deseadas que otras, han ido conformando un doble puzzle: Por una parte el personal e interiorizado de cada profesional y por otro, el grupal, el que se ha elaborado en cada hospital o en cada centro de salud. Para poder dar forma e integrar todas estas ideas, se ha hecho necesario articular una larga y compleja tarea mental y de comprensión; requiriendo, entre otros elementos, de la interpretación de documentos de orden general como el II Plan de Calidad o la operativización del Plan de Cuidadoras que ha permitido el abordaje de este colectivo.

La importancia de **“CUIDARTE”** se debe a varios motivos:

En primer lugar, se trata de un escrito netamente enfermero, elaborado mediante un largo consenso entre un buen número de profesionales andaluces, que incluyen todas las vertientes, desde la teórica a la puramente práctica, pasando por la docente y gestora.

En segundo lugar, reúne las implicaciones directas que se desprenden de las grandes líneas estratégicas en materia de calidad, partiendo de un análisis reflexivo de la práctica profesional.

En tercer lugar permite que los casi 20000 profesionales que en Andalucía se ocupan de los cuidados de la población, tengan un referente claro de cual es la línea planteada. El hecho de disponer de un documento que expone el planteamiento futuro de los cuidados de un modo global y comprensible, permite la integración en el día a día de los nuevos conceptos.

Desglosar aquí su contenido supondría minimizar la importancia que tiene, por ello, os invitamos a su lectura y posterior reflexión.

Todos los profesionales podemos felicitarlos por disponer de un documento, elaborado por enfermeras y para uso de las mismas, que marca la línea a seguir, evitando las situaciones de incertidumbre y falta de visión global. Permite lo que en un símil de física sería que al poder tirar todos en una misma dirección, la resultante de fuerza pueda ser mayor. Esperemos que la fecha del 13 de junio de 2007, suponga un punto de inflexión positivo en el **CUIDADO DE LOS CIUDADANOS ANDALUCES**.

¹ Consejería de Salud. Junta de Andalucía. “CUIDARTE. Una Estrategia para los cuidados en la Andalucía del siglo XXI”. Sevilla 2007.

² <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/noticia.asp?codcontenido=5089>. Consultado por última vez, el 24 de junio de 2007.

PROGRAMA “Conoce tu hospital”

AUTORES:

Antonio Minchón Hernando. Enfermero. Director de Enfermería. Hie

Cinta González Pérez, Enfermera, Supervisora de Formación Continuada. Hie

Carmen Rodríguez Jara. Lic. En Ciencias de la Información. Responsable del Departamento de Comunicación Hie

JUSTIFICACIÓN

Acercar a los ciudadanos de los municipios de referencia a los profesionales e instalaciones de su hospital es, hoy en día, una línea de trabajo de demostrada eficacia en la generación de confianza y respeto hacia la institución en si misma y, sobre todo, hacia sus profesionales.

Incluida dentro de sus líneas prioritarias de actividad, el Hospital Infanta Elena se encuentra desarrollando un programa de participación ciudadana general con el firme propósito de establecer vínculos de colaboración y relación con la población a la que presta servicio.

Y nada mejor para intensificar esos lazos de cooperación que fomentar el conocimiento de las situaciones cotidianas que se viven en el Hospital y que ayudarán a sus usuarios a comprender el esfuerzo importante que tantos profesionales de la salud y de otros ámbitos, realizan por y para los ciudadanos.

Es por ello que el Hospital ha querido iniciar, con este proyecto cuyas líneas de trabajo se exponen más adelante en colaboración con los centros escolares de Educación Secundaria y Bachillerato centrarse en un programa de visitas al centro que ayude a los alumnos a desmitificar los hospitales desdramatizando tanto la enfermedad en si misma como el proceso de hospitalización.



Conocer el funcionamiento y el complejo entramado de un centro de este tipo a la vez que profundizar en la confianza y el respeto hacia la institución sanitaria y sus profesionales ya desde la juventud y la adolescencia, puede ser una buena manera de enfocar un nuevo sistema de relaciones entre Administración y ciudadanos, entre trabajadores y usuarios, más cercano, comprensivo y con un mayor nivel de comunicación.

OBJETIVOS:

- Acercamiento de niños y jóvenes al Hospital como un centro promotor de salud
- Fomento de hábitos de salud entre los jóvenes y adolescentes
- Desmitificar la imagen previa que los usuarios tienen sobre los hospitales desdramatizando la enfermedad eliminando posibles fobias a la hospitalización
- Ayudar a la elección en la orientación académica y profesional de los jóvenes.
- Fomentar las relaciones de respeto y confianza entre los profesionales sanitarios y la población del futuro.

ESTRATEGIAS

Oferta a los centros escolares de Educación Secundaria y Bachillerato de los municipios adscritos al inicio del curso escolar de un programa de visitas para su incorporación al mismo.

Organización, en grupos de 20 a 25 escolares, de grupos de visitas al Hospital para conocer en profundidad algunas de las unidades del mismo de forma que puedan comprender el funcionamiento interno del mismo.

Inclusión de una charla sobre Educación para la Salud en un entorno más sanitario, que ayude a reforzar la información recibida.

Participación de diferentes profesionales del Hospital en la atención a los escolares (directivo, médico, enfermero y celador), de forma que comprendan cómo el trabajo coordinado de cada uno de ellos permite el funcionamiento de un sistema tan complejo como un hospital.

Incluir información sobre la vía de acceso al hospital y uso adecuado de las Urgencias hospitalarias que ayuden a su mejor utilización tanto de la Unidad en sí como del sistema sanitario en general.

Organización de un segundo programa de visitas al Hospital más enfocado a los alumnos del Bachillerato de Ciencias de la Salud o de módulos de formación profesional encaminados al trabajo en salud.

DISEÑO VISITAS AL HOSPITAL

RECEPCIÓN:

- a) Correrá a cargo de un directivo del Hospital y, en el Salón de Actos, ofrecerá una primera charla de unos 10-15 minutos sobre:
 - funcionamiento general del SAS
 - diferencia básica entre A. Primaria y A. Especializada y sus especiales funciones.

(En la visita para bachiller y módulos sanitarios, se ampliará con información sobre su futuro cometido en un hospital)

- b) La segunda parte de la charla será ofrecida por personal de enfermería, en la que, con la proyección de imágenes y cortos vídeos, se ofrecerá información sobre:
 - Vías de entrada al hospital (uso urgencias, derivaciones A. Primaria, etc...)
 - Circuito de atención
 - Objetivos generales y funciones

VISITA GUIADA POR EL CENTRO HOSPITALARIO:

Tres o cuatro profesionales (máximo 7 alumnos por profesional) recorrerán algunas de las Unidades del Hospital explicando de manera resumida sus funciones y su aportación a la actividad general del centro.

El itinerario deberá incluir, entre otras unidades: Radiodiagnóstico, Archivo, Esterilización, Quirófano, Laboratorio, Consulta (Cardiología/ Respiratorio), Pediatría, Neonatos, Biblioteca.

CHARLA "EDUCACIÓN PARA LA SALUD". Correrá a cargo de un profesional sanitario y podrá versar sobre:

- Sexualidad responsable
- Hábitos de vida saludable (Alimentación/Ejercicio físico)
- Tabaquismo
- Donación de órganos y sangre
- Reanimación cardiopulmonar (solo para Bachiller y módulos sanitarios)

Despedida. Los alumnos podrían realizar una mini encuesta sobre algunos de los temas abordados en la visita y sobre el propio hospital como un elemento de evaluación del programa.

Para mas de 80.000 habitantes

SALUD SACA A CONCURSO EL CHARE DE LEPE

Huelva Redacción

La Consejería de Salud ha anunciado el inicio del proceso administrativo que, en su día, desembocará en el Centro Hospitalario de Alta Resolución (Chare) de la Costa Occidental de Huelva. El escenario concreto de ubicación estará en el termino municipal de Lepe y, una vez entre en funcionamiento, prestará atención sanitaria a una población que se estima cercana a los 82.000 personas. El presupuesto que se contempla para esta obra asciende a casi 17 millones de euros.

El futuro Chare de la costa occidental onubense, ha comenzado a andar. Una larga reivindicación social puede ser realidad en los próximos años, aunque no a corto plazo sino con la vista puesta, como mínimo, en el 2011, dado que el plazo de ejecución de la obra tendrá una duración estimada en 36 meses desde el momento en que entren las máquinas en acción en el terreno destinado para este importante equipamiento sanitario. Las poblaciones que podrán beneficiarse de esta demandada instalación son, además de Lepe, las localidades de: Cartaya, Isla Cristina, Ayamonte, Sanlúcar de Guadiana, San Silvestre de Guzmán y Villafranca.

La superficie donde se levantará el Chare lepero ocupa una extensión de 19.000 metros cuadrados y en ella se configurarán un un total de 23 módulos que contengan consultas de atención especializada, 6 salas de exploraciones, área de diagnóstico por imagen (TAC incluido) así como un área de Urgencias y otra de hospitalización con capacidad máxima de hasta 60 camas. En el bloque quirúrgico se contemplan 3 quirófanos y una sala de reanimación.

El Chare de Lepe se corresponde con los que la Consejería de Salud y la Junta vienen potenciando en el conjunto de provincias andaluzas tras la inauguración del existente en El Toyo (Almería) cuyo modelo se ha repetido en otros lugares tales como, por ejemplo, el de Utrera. Este tipo de instalación responde al concepto de "alta resolución" en el que prima la cirugía mayor ambulatoria (CMA) así como las consultas por acto único. El presupuesto económico que se contempla en el concurso de la construcción asciende a los 16,8 millones de euros y las bases para la adjudicación de las obras han sido publicadas tanto en el B.O.E. como en el DOCE (Diario Oficial de las Comunidades Europeas).

El "Acoso laboral" será falta muy grave

El acoso moral o laboral, también conocido por el termino anglosajón de "mobbing" podrá tener, en un futuro cercano, una repercusión y consecuencias muy distinta a la que hoy se contempla en el ordenamiento jurídico. Así, al menos, se puso de manifiesto en el transcurso de los Cursos de Verano de la Universidad Internacional de Andalucía (UNIA) y, en concreto, en su sede onubense de La Rábida. Un especialista en este capitulo, el letrado Juan Lorenzo de Membiela, aseguró que el Estatuto para el Empleo Publico contemplará el acoso moral como falta "muy grave".

De Membiela, que ejerce como jurista en la Administración de la Seguridad Social, intervino en el Curso "La reforma de la Funcion Pública: el Estatuto básico del Empleado Publico". En el transcurso de su intervención, este experto se mostró a favor de que se contemple esa consideración hacia el "acoso moral" porque, dijo, "es contradictorio en una administración que se encuentra sometida a los preceptos de la Constitución".

El aumento del número de casos del "acoso moral" o "mobbing" es algo que preocupa a la sociedad y, en consecuencia, a los poderes públicos del Estado. De ahí que en el futuro Estatuto del empleado publico se pueda contemplar esa falta con una consideración de "muy grave" o falta "per se". El acoso moral, también catalogado por los expertos como "psicoterror"- fue definido por la Unión Europea, hace varios años del modo que sigue: "Es un comportamiento negativo entre compañeros o entre superiores e inferiores jerárquicos a causa del cual el afectado es objeto de acoso y ataque sistemático durante mucho tiempo, de forma directa o indirecta, de parte de una o mas personas con el objetivo y/o efecto de hacerle el vacio".

Congreso nacional de enfermería oncológica

PREMIAN UNA COMUNICACIÓN DE UN EQUIPO DEL HOSPITAL RÍOTINTO

HUELVA-REDACCIÓN

En el Congreso Nacional de enfermería Oncológica, celebrado en Granada, un trabajo realizado por un equipo de Huelva obtuvo el premio a la Mejor comunicación oral. La distinción recayó en el "Guía de cuidados a pacientes y cuidadores tras la administración de quimioterapia" que suscriben Mario Merino Casto, Juana Rocío Reyes, Juan Carlos Mateos y Fernando Robledo Cárdenas.

Hasta Granada llevó el equipo de enfermería de Hospital de Río Tinto su apuesta en forma de comunicación oral que, defendida por Mario Merino, acabó logrando esta distinción que, sin duda, habla del grado de preparación y actitud del equipo. La exposición corrió a cargo de Mario Merino quien, manifestaba la satisfacción de los cuatro integrantes "porque la dotación económica, 600 euros, queda relegada ante este reconocimiento a nivel nacional de nuestro quehacer diario". La Guía de Cuidados, sostiene Merino, "es consecuencia de la necesidad de abordar los diag-

nósticos de enfermería 00126 Conocimientos deficientes r/c falta de exposición y 00062 riesgo de cansancio en el rol del cuidador, falta de experiencia en cuidados y/o curso imprevisible de la enfermedad o inestabilidad de salud del receptor de los cuidados. En base a estas consideraciones se estimó la NIC 5606 enseñanza individual como intervención estrella para los diagnósticos detectados, elaborándose un documento que sirviera de referente para los cuidados domiciliarios".

Para la elaboración de la Guía, los autores hicieron una revisión de la bibliografía existente "y nos sorprendió la casi total ausencia de este tipo de apoyo a los cuidadores": A partir de ahí surgió la idea de acudir al Congreso nacional de enfermería Oncológica "como marco idóneo -prosigue Merino- para presentarla con el resultado ya conocido. En su elaboración tardamos dos meses aunque esta idea no se ha acabado por cuanto queremos ha-

cer una guía audiovisual para que el enfermo vea su contenido mientras recibe su tratamiento y que llegue el conocimiento a los cuidadores. Para lo cual, estos deberán cumplimentar un cuestionario".

Una vez conocida la Guía, las reacciones que está teniendo han sido varias y positivas: "Además de aparecer en medios de comunicación, numerosas revistas de enfermería se han interesado y nuestro Hospital hizo una presentación oficial ante numerosos profesionales. La dirección de enfermería mostró su orgullo por este trabajo al que dió su apoyo permanente". Este equipo acumula experiencia en diferentes congresos y jornadas. Todo dentro del llamado "estilo Río Tinto" al que Mario Merino, en nombre de los compañeros, define así: "Cuidar es un arte y como tal hay que desarrollarlo a base de esfuerzo diario, alimentándolo con la satisfacción de lo bien hecho y empapándose de lo trascendente de nuestra disciplina enfermera".



Mario Merino junto al trabajo presentado

El pasado mes de junio

NACIÓ LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERAS DE HOSPITALES ANDALUCES

Huelva. -Redacción

H surgido una nueva entidad relacionada tanto con la profesión como con el ámbito de la atención especializada en la región. La Asociación de Enfermeras de Hospital de Andalucía (ASENHOA) acaba de aparecer con la vocación y el propósitos de, entre otras argumentaciones, promover el conocimiento, mejorar la calidad de los cuidados hospitalarios y preservar y hacer compatible los avances tecnológicos con la humanización que esperan los pacientes. Como presidenta figura la enfermera gaditana Rosario García Juárez y para la provincia de Huelva se ha elegido como vocal a José Rafael García Martín, del hospital de Riotinto.



Enfermera prestando asistencia en un centro hospitalario.

Fue el pasado 20 de junio/07 cuando, en el transcurso de un acto celebrado en el Hospital Virgen del Rocío, tomó carta de naturaleza la ASENHOA, entidad que se define como "democrática, de carácter profesional y sin ánimo de lucro" que busca como objetivo principal "el desarrollo de la enfermería en la atención especializada". Este nuevo organismo quiere promover el conocimiento enfermero mediante la formación y la investigación, para contribuir a "la mejora de la calidad en la prestación de los cuidados" a través de la "incorporación" de cualquier hallazgo que, de índole científico, reporte beneficios a la práctica profesional.

Propósitos

ASENHOA, igualmente, se propone establecer vínculos de colaboración con la Universidad y otras entidades docentes, la Organización Colegial de Enfermería y otras asociaciones y sociedades "que promuevan el desarrollo profesional" de la enfermería. También anuncia su disposición a colaborar con la Consejería de Salud de la Junta y resto de administraciones públicas en torno a aquellos asuntos que estén en relación con los objetivos de la Asociación. Capítulo a destacar es la decisión de intercambiar conocimiento a nivel de la enfermería hospitalaria y contribuir a mantener el entorno del hospital como un "espacio de relación" que haga com-

patible el aumento de las tecnologías con la "humanización del cuidado y la utilización ética".

Fundadores

En la reunión promotora de esta Asociación aparecen 16 miembros fundadores que representan a hospitales de siete provincias andaluzas. Así, hay presencia de la enfermería del Puerta del Mar (Cádiz), Virgen del Rocío (Sevilla), Riotinto (Huelva), Alto Guadalquivir (Andújar, Jaén), Carlos Haya (Málaga), Virgen de las Nieves (Granada) y Torrecárdenas (Jaén). Únicamente Córdoba no ha quedado reflejada en este capítulo de fundadores. Por lo que a Huelva se refiere, el vocal elegido para representar a la provincia es José Rafael García, del Hospital Riotinto quien, consultado por esta Revista del Colegio profesional, señalaba la "importancia de haber quedado constituida la ASENHOA como un nuevo vínculo que una a la profesión en el conjunto de la región".

La Asociación tiene previsto, para antes de que concluya 2007, realizar el que sería su I Congreso, con posible escenario en Cádiz. Para los interesados en integrarse, ha fijado una cuota anual de 30 euros y la información complementaria puede encontrarse en estas dos direcciones: correo electrónico del vocal onubense (joser.garcia.sspa@juntadeandalucia.es) o en la sede central de ASENHOA: Hospital Puerta del Mar (Infecciosos) 11.009 Cádiz.

Calidad de vida en pacientes respiratorios. Una contribución enfermera

AUTORES:

Leopoldo Palacios Gómez(1), Enriqueta Senín Boza (2), Isabel M^a Fernández González(2), Antonio Leiva Saldaña(3)

(1) Licenciado en Enfermería. Enfermero Comunitario de Enlace Z.B.S. Andévalo - Occidental Distrito Huelva – Costa.

(2) Diplomada en Enfermería

(3) Licenciado en Enfermería.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue evaluar la existencia de obstrucción pulmonar y la prevalencia de sintomatología respiratoria en la población adulta de Huelva capital, analizando la repercusión que dichos parámetros podrían tener sobre la autopercepción de la salud (calidad de vida). Para ello se diseñó un estudio de corte transversal seleccionando a un total de 600 sujetos con edades comprendidas entre los 30 – 54 años; Se obtuvo respuesta de 306 sujetos, a los cuales se les midió mediante espirometría su función pulmonar y se les pasó un cuestionario de preguntas sobre sintomatología respiratoria y calidad de vida (SF-36).

Se compararon las puntuaciones en el SF-36, en función de la presencia de sintomatología respiratoria o patrón respiratorio Obstrutivo, controlando por sexo, edad, tabaco y presencia de enfermedad crónica.

No se encontraron diferencias significativas para síntomas respiratorios con relación al sexo y edad. Los fumadores presentaron más pitos en el pecho ($p<0,01$), tos ($p=0,01$) y expectoración ($p=0,01$).

Respecto a la función pulmonar, el 5,9% de los sujetos presentaron un patrón respiratorio obstructivo, las mujeres ($p=0,05$) y los menores de 40 años ($p=0,02$) presentaron mejor FEV1, no encontrando diferencias significativas para el tabaco.

En cuanto a la percepción de la salud tanto el grupo de sujetos que refirió tener 2 ó más síntomas respiratorios como los que presentaron un patrón de tipo obstructivo, describieron su salud en general peor que los del grupo de asintomáticos y con función pulmonar normal ($p<0,000$).

Al analizar la calidad de vida, las puntuaciones obtenidas por el grupo que presentan sintomatología respiratoria

es inferior, tanto para la salud física ($p<0,01$) como para la salud mental ($p<0,05$), en el grupo de obstructivos las puntuaciones solo fueron inferiores para la salud mental ($p=0,05$).

En conclusión, la presencia de sintomatología respiratoria y de obstrucción pulmonar influyen sobre la calidad de vida, y en la percepción que de su salud tienen las personas. A pesar de tratarse de procesos que cursan con afectación física, las dimensiones de la calidad de vida más afectados fueron la vitalidad y el rol emocional, dimensiones relacionadas con las respuestas humanas al proceso vital que vive el sujeto y que deben ser tenidas en cuenta en la valoración que realice la enfermera, pues repercutirá en el resultado final de su nivel de salud y en la planificación de las distintas estrategias de actuación.

PALABRAS CLAVES: Espirometría basal. FVC. FEV1. TIFFENAU. Sibilancias, disnea EPOC.

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años hemos asistido al desarrollo y aceptación de un concepto relativamente nuevo y cada vez más importante, la calidad de vida y más concretamente la calidad de vida relacionada con la salud. Su progresiva introducción está dando lugar a cambios de actitudes entre las cuales cabe destacar el tener en cuenta al propio sujeto, no solo la patología que padece, sino ver como dicha patología le afecta la vida.

Pero el concepto "calidad de vida", es una entidad vaga y etérea, algo de lo que todo el mundo habla pero que nadie sabe exactamente de qué se trata, resultando incluso más fácil medirla que definirla y no existiendo un marco teórico general al que acudir. Algunos autores la describen como "los efectos funcionales de una enfermedad y su terapia consecuyente sobre un paciente



tal y como es percibido por este" (1). Según esto, parece que se trata de un concepto subjetivo, propio de cada persona, con una notable influencia del entorno en el que vive (la sociedad, la cultura, las escalas de valores...). Frases como "me encuentro bien, no me falta de nada, soy feliz, la gente me aprecia..." reflejan aspectos positivos, anhelos a los que aspiramos cada uno en la construcción de nuestro proyecto vital como persona.

Estos aspectos -físico, afectivo y social- que reflejan las frases anteriores, expresan las tres dimensiones fundamentales de la calidad de vida y que a su vez coinciden con las dimensiones del concepto salud establecido por la OMS (2).

Pero no siempre somos iguales de felices, ni siempre nos encontramos igual de bien... Por tanto, también podemos afirmar que la calidad de vida es, en cada uno de nosotros, un concepto dinámico; unas veces tenemos más y otras menos.

Sin embargo, si a un fenómeno tan complejo como es la vida humana se le despoja de su dimensión temporal (la cantidad), todos los atributos restantes corresponden a la calidad, por ello este concepto toma aún más relevancia en el seguimiento de pacientes con procesos patológicos crónicos como el asma o el EPOC donde la atención no solo debe centrarse en la supervivencia (cantidad de vida), sino también en la calidad de vida (3).

Otra característica importante es la interdependencia de un aspecto con otro, de tal modo que cuando alguien se ve afectado físicamente, esto repercute en los aspectos afectivo y social pero también a la inversa.

Por lo tanto cuando nos hallamos ante una persona enferma e intentamos medir su calidad de vida, no es suficiente evaluar la dimensión "física" sino que deben valorarse las tres dimensiones. Es decir, no debemos sólo basarnos en los datos clínicos y en los resultados de las pruebas objetivas que le realizamos a los pacientes para determinar que si estas han mejorado (menor nº de síntomas, menos cuadros de agudizaciones, mejor función pulmonar, menor nº de ingresos hospitalarios, menor consumo de fármacos etc.) concluir que su calidad de vida también ha mejorado.

Puede resultar que no siempre estos datos reflejan de modo real lo que siente el paciente y pudiera ser que no tuviera nada que ver con su calidad de vida que es algo subjetivo, que valora sus sentimientos, impresiones e integración social, y que sólo el afectado puede expresar.

En ocasiones, cuando el modelo biomédico no encuentra todas las explicaciones necesarias a una relación causa – efecto en sus límites paradigmáticos, se recurre a elementos como "lo emocional" o lo "psicosocial", elementos que están relacionados con las respuestas humanas a los procesos vitales que el sujeto está viviendo.

El desenmascaramiento de estas incógnitas muestra los mecanismos de afrontamiento, las creencias, los valores, la capacidad de aprendizaje....., en definitiva, respuestas humanas de la persona a los distintos procesos vitales que constituyen el elemento cen-



tral del trabajo enfermero y que deben ser tenidas en cuenta en el resultado final de su nivel de salud (4).

En este sentido, algunas publicaciones (5) empiezan a plantear la posibilidad de realizar la clasificación de la gravedad de las enfermedades respiratorias no sólo a partir de los datos sobre función pulmonar y síntomas respiratorios, sino también incluyendo la dimensión objeto de este estudio, la autopercepción de salud por parte del paciente.

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1. Describir la función pulmonar basal y la prevalencia de síntomas respiratorios, de la población adulta de Huelva capital.
2. Analizar dicha prevalencia en relación a factores como género, edad, tabaquismo.
3. Analizar la repercusión que la existencia de síntomas respiratorios, o de obstrucción pulmonar puede tener sobre la autopercepción de la salud (CALIDAD DE VIDA).

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización del presente estudio se optó por un diseño de corte transversal, la población de referencia a partir de la cual se realizó la selección muestral la constituían los adultos de Huelva capital, con edades comprendidas entre los 30 - 55 años de edad y que habían participado en la fase (I) del estudio europeo de salud respiratoria ECRCS(I) realizado en Huelva entre los años 1991 (n=600). Diez años después, los 600 sujetos fueron invitados a participar en el ECRHS(II), del que se ha obtenido la muestra para el presente estudio(n=306). (6)

Esta muestra de 306 sujetos estaba dividida en dos grupos: muestra aleatoria (n=204) y muestra sintomática (n=102) según respondieran en un cuestionario previo antes del estudio, de forma negativa o afirmativa, a características compatibles con asma, como despertares nocturnos por falta de aire, haber tenido ataques de asma o tomar medicación para el asma.

Las variables analizadas fueron edad, sexo, hábito tabáquico, presencia de síntomas respiratorios (tos, expectoración, sibilancias, disnea), función pul-

monar (FEV1, FVC, TIFENAU) y calidad de vida.

Para la clasificación de la función pulmonar y síntomas respiratorios se utilizaron los criterios establecidos por la Sociedad Española de Patología Respiratoria SEPAR (7), mientras que para la realización de las espirometrías se siguieron las normas de la AMERICAN THORACIC SOCIETY (8).

Para el análisis de la calidad de vida se utilizó un cuestionario de Autopercepción de salud (SF-36 Health Survey) diseñado por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston Massachusetts y validado científicamente.

Dicho cuestionario está diseñado para ser auto-administrado y a partir de 36 preguntas mide ocho conceptos genéricos sobre la salud, desglosados en dos áreas, el área funcional (función física, rol físico, función social y rol emocional) y el área de bienestar (dolor corporal, vitalidad, salud mental).

Estos ítems son codificados en una escala de 0 (peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud), además permite el cálculo de dos puntuaciones resúmenes mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión, una es la suma del estado de salud física y otra la del estado de salud psíquica. (9)

La recogida de datos de las distintas

variables se realizó mediante cuestionario en soporte informático (Epi-info) previamente validado por el estudio europeo de salud respiratoria (ECRH-SII) (6), adaptado al español mediante sistema de traducción – retraducción y concordante en las variables de síntomas con el cuestionario sobre síntomas respiratorios de la “Comisión for steel - Coal”.

El análisis se llevó a cabo con los programas estadísticos EPI-INFO 6.0 y SPSS, inicialmente se realizó la depuración de los datos y se establecieron los cálculos necesarios para obtener las puntuaciones resúmenes de las ocho dimensiones del concepto salud recogidas en el SF-36.

La comparación de frecuencias entre las distintas variables categóricas se realizó mediante el test de ji-cuadrado, para las variables cualitativas, y la comparación de medias (Anova, Kruskal-Wallis) para las cuantitativas.

En la calidad de vida la comparación de la media de puntuación obtenida en las distintas categorías de análisis se realizó mediante ANOVA en aquellos casos que se cumplían las condiciones de distribución normal y homogeneidad entre las varianzas, en los casos en los que no se daban dichas condiciones, se utilizó el test de la t-Student para varianzas desiguales.

4. RESULTADOS

Distribución de frecuencias:

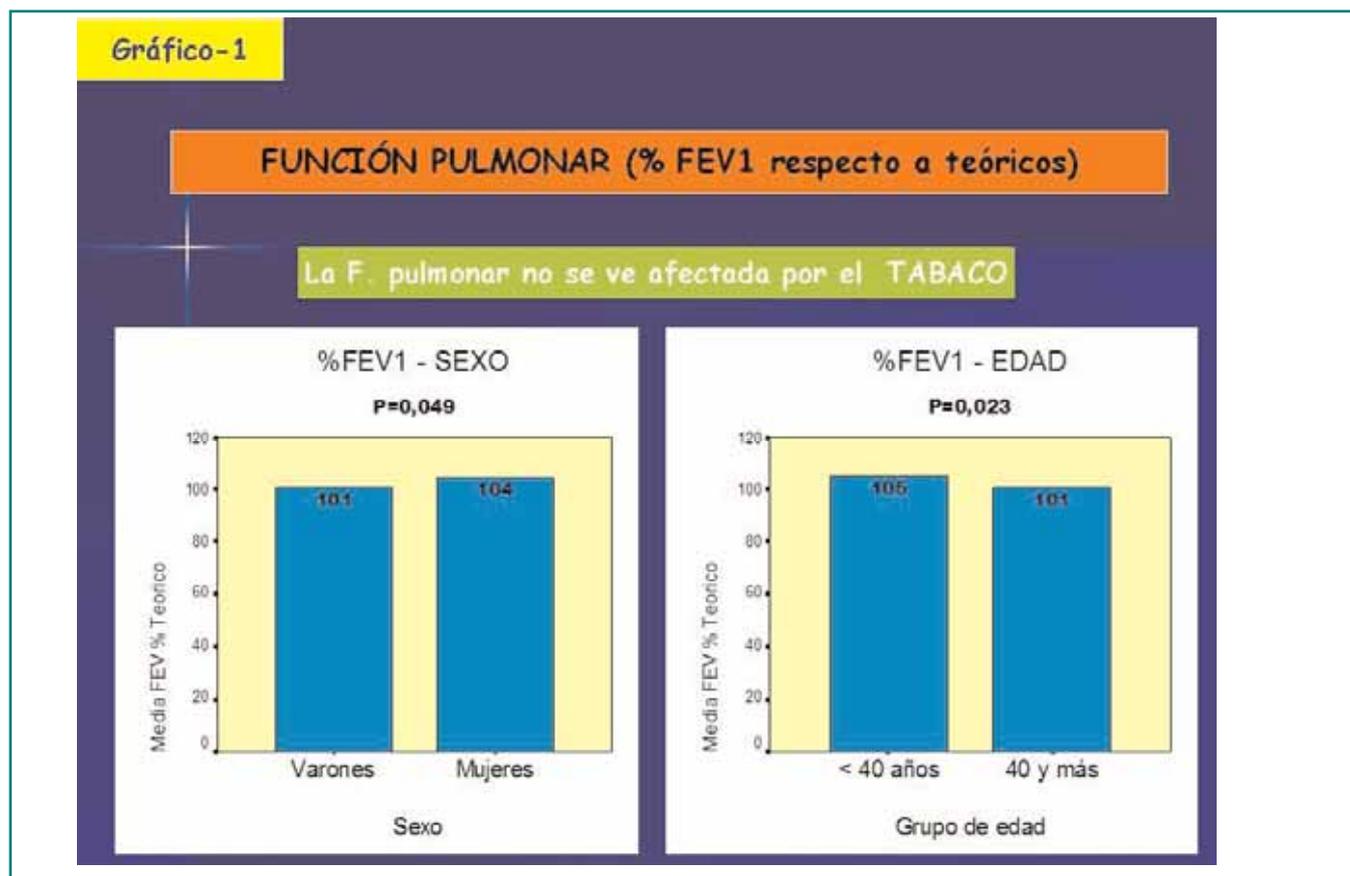
En cuanto a la distribución por sexo el 47% eran varones mientras que el 53% mujeres. La edad media fue de 40,6 años, para facilitar el análisis estadístico de los datos se transformó la variable edad en dos grupos: mayores o igual a 40 años (165 sujetos) y menores de 40 años (124 sujetos). Con respecto al tabaco se declararon fumadores un total de 135 sujetos (44%), no fumadores 108 (35,2%) y exfumadores 63 (20,5%). En cuanto a la distribución de síntomas estratificando por muestra (aleatoria y sintomática) los resultados son los que aparecen en la (tabla 1). De los 306 sujetos a estudio 148 (48,2%) declaró tener 2 o más de los síntomas analizados.

Análisis de prevalencia.

Función pulmonar: A partir de los valores de la CVF y del FEV1, se calculó el índice de TIFENAU para determinar la existencia o no de un patrón obstructivo y el grado de obstrucción, de los 288 sujetos a los que se les analizó su función pulmonar 17 (5,9%) presentaron un patrón obstructivo. Al comparar la función pulmonar con el resto de las variables a estudio (sexo, edad, tabaco) las mujeres ($p=0,05$) y los menores de 40 años ($p=0,02$) presentaron mejor FEV1, no encontrando diferencias significativas para el tabaco. (Gráfico-1)

Tabla 1: Prevalencia de síntomas respiratorios estratificado por muestra

	MUESTRA ALEATORIA (n= 204)			MUESTRA SINTOMÁTICA (n=102)		
	n	%	IC .95%	n	%	IC .95%
SÍNTOMAS (n= 306)						
Sibilios o pitos en el pecho	62	30,4	24,26 – 37,27	49	48	38,03 – 58,15
Despertares por opresión en el pecho	38	18,6	13,66 – 24,79	47	46,1	36,15 – 56,23
Ataque de falta de aire durante el día estando en reposo	24	11,8	7,83 – 17,18	32	31,4	22,54 – 41,31
Ataque de falta de aire después de hacer ejercicio físico	64	31,4	25,17 – 38,28	41	40,2	30,60 – 50,37
Despertar nocturno por ataque de falta de aire	24	11,8	7,83 – 17,18	37	36,3	26,98 – 46,38
Despertar por ataque de tos	74	36,3	29,75 – 43,31	49	48,1	38,03 – 58,15
Toser habitualmente al levantarse durante el invierno	60	29,4	23,36 – 36,25	33	32,4	23,42 – 42,33
Toser habitualmente de día o de noche en el invierno	56	27,5	21,56 – 34,20	31	30,4	21,62 – 40,28
Expectorar al levantarse por la mañana en el invierno	43	21,1	15,69 – 27,32	30	29,4	20,80 – 39,25
Expectorar durante el día o la noche en el invierno	37	18,1	13,10 – 24,12	23	22,5	14,86 – 31,88



Síntomas: Para analizar la presencia de sintomatología respiratoria en el resto de las variables a estudio (sexo, edad, tabaco) se seleccionó únicamente a los sujetos pertenecientes a la muestra aleatoria (n=204), ya que si seleccionábamos a sujetos que respondieron tener antes del estudio sintomatología compatible con asma, (muestra sintomática), estos podrían confundir los resultados. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) para el sexo o edad y sí para el consumo de tabaco donde los fumadores presentaron más pitos en el pecho ($p < 0,01$), tos ($p = 0,01$) y expectoración ($p = 0,01$); (tabla 2).

Influencia sobre la calidad de vida.

Finalmente se analizó la influencia que sobre la calidad de vida podía tener la presencia de síntomas respiratorios o de obstrucción pulmonar crónica. Para dicho análisis se decidió eliminar de la muestra a estudio un total de 37 sujetos que manifestaron padecer alguna enfermedad crónica limitante ya que

esto podía actuar como factor confundente sobre la calidad de vida.

En primer lugar se analizó como los sujetos percibían su salud en general, en este caso la media de puntuación fue de 9,6 puntos inferior para los sujetos que respondieron tener dos o más síntomas y de 25,6 para los que presentaron obstrucción pulmonar en ambos casos las diferencias fueron significativas respecto a los grupos control ($p < 0,000$). (tabla 3).

Síntomas.

En cuanto a los síntomas se observa cómo aquellos sujetos que presentan 2 ó más síntomas respiratorios obtienen peores medias de puntuación en todas las dimensiones de la calidad de vida (función física (8,9 puntos), función social (7,8 puntos), rol físico (11,1 puntos) y rol emocional (15,4 puntos) en el área funcional y para el dolor corporal (11,8 puntos), vitalidad (8,8 puntos) y salud mental (7,5 puntos) en el área de bienestar. Las diferencias de puntuación fueron significativas

($p < 0,00$) en todas las dimensiones.

En cuanto a las puntuaciones resumen tener 2 o más síntomas produjo una caída de 5 puntos tanto para la salud física ($p = 0,002$) como para la psíquica ($p = 0,008$). (gráfico-2),

Función pulmonar.

Al analizar la calidad de vida entre aquellos sujetos que presentan una función pulmonar normal y los que presentan un patrón respiratorio obstructivo, vemos que el los sujetos con patrón obstructivo obtuvieron peores medias de puntuación en todas las dimensiones, siendo las diferencias significativas ($p < 0,01$) para función social (14,1 puntos) y rol emocional (30,1 puntos) en el área funcional, y para el dolor corporal (20 puntos), vitalidad (14,2 puntos) y salud mental (12,4 puntos) en el área de bienestar. En cuanto a los índices globales, no se observaron diferencias significativas para la salud física (5 puntos $P > 0,05$) y sí para la salud psíquica (9 puntos $p = 0,05$). (gráfico-3)

Tabla -2 : Prevalencia de síntomas respiratorios estratificado por tabaquismo

Sólo muestra aleatoria	No fumadores (n=66)		Exfumadores (n=44)		Fumadores (n=94)		P
	n	%	n	%	n	%	
SINTOMAS - TABACO (n=204)							
Silbidos o pitos en el pecho	8	12,1%	7	15,9%	47	50,00%	0,000
Despertares por opresión en el pecho	11	16,7%	6	13,6%	21	22,30%	0,418
Ataque de falta de aire durante el día estando en reposo	8	12,1%	5	11,4%	11	11,70%	0,992
Ataque de falta de aire después de hacer ejercicio físico	15	2,7%	12	27,3%	37	39,40%	0,066
Despertar nocturno por ataque de falta de aire	5	7,6%	6	13,6%	13	13,80%	0,438
Despertar por ataque de tos	21	31,8%	14	31,8%	39	41,30%	0,359
Toser habitualmente al levantarse durante el invierno	10	15,2%	9	20,5%	41	43,60%	0,000
Toser habitualmente de día o de noche en el invierno	9	13,6%	7	15,9%	40	42,60%	0,000
Expectorar al levantarse por la mañana en el invierno	5	7,6%	8	18,2%	30	31,90%	0,001
Expectorar durante el día o la noche en el invierno	4	6,1%	7	15,9%	26	27,70%	0,002
Tiene o ha tenido alguna vez asma	7	10,6%	2	4,5%	7	7,40%	0,502

Tabla – 3: Percepción de la salud en general: puntuaciones medias.

SALUD GENERAL	NC		S:		Est.C	P
	media	Desv. Tip	media	Desv. Tip		
2 ó M ÁS S ÍN T O M A S	70,7	15,1	61,9	17,5	17,469	0,000
O B S T R U C T I V O S	67,4	16,22	41,8	17,1	19,19	0,000

Gráfico - 2: Dimensiones calidad de vida sujetos con 2 ó más síntomas.





5. CONCLUSIONES

Nos encontramos una elevada prevalencia de sintomatología, (el 48,2% declaró tener 2 o más síntomas), no apreciándose diferencias destacables en la prevalencia de éstos con relación al sexo o la edad, sin embargo, respecto al tabaco, los fumadores presentan más sintomatología que los exfumadores y éstos a su vez más que los no fumadores, siendo las diferencias más destacables para los síntomas silbidos en el pecho, tos y expectoración. En los resultados de función pulmonar las mujeres presentan mejor FEV1 (% respecto a los teóricos) que los hombres, y los menores de 40 años mejor que los de 40 años o más, no siendo destacables las diferencias en el resto de variables a estudio. Al analizar las enfermedades crónicas limitantes, los sujetos que presentan dichas enfermedades perciben su salud peor que los que no la padecen.

Finalmente y centrándonos en el objetivo principal del presente estudio, que es el de analizar la posible relación o

influencia que la presencia de obstrucción pulmonar o síntomas respiratorios tienen sobre la calidad de vida, vemos como aquellos sujetos que presentan síntomas o obstrucción pulmonar perciben su salud en general peor que los que no presentan dichos procesos. Del análisis que se realizó de la calidad de vida en sus ocho dimensiones, las puntuaciones más bajas se alcanzaron en las de área de bienestar y rol emocional, encontrándonos que los sujetos que presentan síntomas respiratorios, perciben su calidad de vida (salud física y psíquica) peor que aquellos sujetos que no la padecen, mientras que los sujetos que presentan obstrucción al flujo aéreo perciben su calidad de vida (sólo la salud psíquica) peor que aquellos sujetos que no la padecen.

Ante esto, las intervenciones no deben centrarse sólo en aspectos biomédicos como la mejora del FEV1, en ocasiones difícil de conseguir, sino en modificar las respuestas humanas en las áreas que aparecen alteradas. En este sentido la NADA establece en sus dominios 6-7 diagnósticos como baja autoestima, desesperanza, impotencia,

ansiedad o deterioro de la interacción social; que una vez identificados y tratados mediante intervenciones NIC específicas, pueden tener como resultado una mejora en la calidad de vida.

6. DISCUSIÓN

Son varias las limitaciones encontradas en la planificación y realización de este trabajo de investigación aunque quisiéramos centrar esta discusión en el eje central de la misma y que no es otro que el análisis de la calidad de vida en los pacientes respiratorios, y las repercusiones que los resultados puedan tener sobre la base de una perspectiva enfermera.

Entre dichas limitaciones podríamos destacar fundamentalmente dos, la falta de una clara distinción de los límites de nuestra disciplina, y el análisis de los problemas inherentes a la investigación de la calidad de vida en el contexto salud.

Con respecto a los límites paradigmáticos de nuestra profesión, aunque si

bien es cierto que son incipientes, algo difusos y poco definidos, parece que apuntan a la realización de un análisis sobre las necesidades humanas, sus conductas ante dichas necesidades y la modificación de las mismas.

En cuanto a los problemas inherentes al análisis de la calidad de vida, destacar la presencia de **componentes tanto subjetivos como objetivos**. El componente objetivo se refiere a las condiciones materiales de vida que incluye factores que determinan o influyen sobre la percepción que tiene el sujeto, (presencia o no de síntomas, pruebas funcionales respiratorias, disminución de ingresos, agudizaciones, menor consumo de fármacos etc.). Estos elementos objetivos son los que tradicionalmente estamos acostumbrados a medir para evaluar la salud de nuestros pacientes y en consecuencia su calidad de vida. Sin embargo, a la luz de los resultados del presente estudio, vemos como en la percepción que de su propia salud tiene el sujeto, las dimensiones más alteradas son las correspondientes a elementos subjetivos relacionados con el área de bienestar, rol emocional y la salud mental, incluso en procesos como la obstrucción pulmonar crónica, donde la afectación del área física debería predominar sobre la psíquica.

Ante esto, desde el campo de la enfermería, la calidad de vida se convierte

en un concepto básicamente referido al tipo de respuesta humana individual y social ante el conjunto de situaciones de la vida, respuestas que pueden variar mucho en función de creencias, atribuciones, afrontamientos, etc., o sea, de aspectos cognitivos, emocionales, sociales y ambientales, y no meramente de un hecho físico.

Centrarnos en esas respuestas y determinar la naturaleza de las mismas (factores relacionados) debe guiar el trabajo enfermero para que puedan conducirnos a mejorar realmente la calidad de vida de las personas, el horizonte que se abre a la investigación de la calidad de vida y particularmente, a la contribución que puede hacer la enfermería, consiste en profundizar en la investigación de los factores subjetivos que conducen al bienestar de poblaciones, grupos e individuos.

Explicar los procesos que llevan a las personas a su satisfacción moral, bienestar y felicidad, los mecanismos con los cuales ellas afrontan, resisten e integran los mismos factores que, como en la enfermedad crónica, están deteriorando su vida. La enfermería puede, en consecuencia, aportar al enriquecimiento y solución de estos problemas, subrayando la naturaleza subjetiva de la calidad de vida, estudiando sus interconexiones con categorías y atributos relacionados con factores psicosociales en salud, participando en la búsqueda

de modelos teóricos consecuentes, desarrollando instrumentos válidos y fiables, y esclareciendo, finalmente, cómo transcurre el proceso por el cual se transforman las condiciones de vida en bienestar, cuáles son los eslabones que conducen a que un paciente deba ser clasificado como paciente respiratorio a pesar de que sus pruebas funcionales son normales, o porqué pacientes que sólo presentan síntomas respiratorios sin alteración funcional tienen una percepción de su calidad de vida similar al que sí presenta dicha alteración funcional.

Nuestra disciplina tiene un espacio en la lucha por el esclarecimiento de estos problemas que conducirá a la satisfacción, el bienestar y la felicidad del ser humano.

AGRADECIMIENTOS

- A José Luis Sánchez Ramos por su apoyo en el seguimiento del presente estudio aportando su experiencia y conocimientos en el desarrollo del mismo.
- A los doctores J. A. Maldonado Pérez y A. Pereira del servicio de neumología del hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva y al propio Hospital, por las facilidades prestadas para la explotación de los datos.

BIBLIOGRAFÍA

1. SCHIPPER H, CLINCH J, POWELL V. DEFINITIONS AND CONCEPTUAL ISSUES. EN: SPILKER B, ED. QUALITY OF LIFE ASSESSMENT IN CLINICAL TRIALS. NUEVA YORK: RAVEN PRESS 1990; 11-24.
2. OMS. NUEVAS POLÍTICAS PARA LA EDUCACIÓN SANITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. COPENHAGEN. 1983.
3. BLAISS MS. CUALITY OF LIFE IN ALLERGIC RHINITIS. AN ALLERGY ASTHMA. IMMUNOL.1999; 83:449-454.
4. FUNDAMENTOS DE LA ENFERMERÍA. TEORÍA Y MÉTODO, J. HERNÁNDEZ CONESA, M. ESTEBAN ALBERT. MCGRAW – HILL INTERAMERICANA. 1999 PG45 – 60
5. FERRER Y COLS CORRELACIÓN ENTRE FUNCION PULMONAR Y CALIDAD DE VIDA MED CLIN 1999
6. PROTOCOL FOR THE EUROPEAN COMMUNITY RESPIRATORY HEALTH SURVEY. ISBN: 869942019, 1993
7. MANUAL SEPAR DE PROCEDIMIENTOS, [HTTP://WWW.DB.SEPAR.ES/CGI_BIN/WDBCBI.EXE](http://www.db.separ.es/cgi_bin/wdbcgi.exe).
8. AMERICAN THORACIC SOCIETY. STANDARIZACIÓN OF ESPIROMETRY, 1987 UPDATE. AM REV RESPIR DIS 1987; 136:1285-1298.
9. MANUAL DE PUNTUACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF – 36 (EN LÍNEA) BARCELONA. UNITAT DE RECERCA EN SERVEIS SANITARIS, INSTITUT MUNICIPAL D'INVESTIGACIÓ MÈDICA. AGOSTO 2000 [HTTP://WWW.IMIC.ES](http://www.imic.es)
10. TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA R.L. WESLEY, 2ª EDICIÓN, MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. PAG 23-27
11. BURNEY PG, LUCZYNSKA C, CHINN S, JARVIS D,. THE EUROPEAN COMMUNITY RESPIRATORY HEALTH SURVEY. EUR RESPIR J. 1994 MAY; 7:954-60
12. BADÍA X, SALAMERO M, ALONSO, J. LA MEDIDA DE LA SALUD. 2ND ED. BARCELONA: EDIMAC.
13. MARMOT, M.G., KOGEVINAS,1987 SOCIAL/ECONOMIC STATUS AND DISEASE. ARPH,8, 111-135.
14. BURGOS RODRIGUEZ, R (ED): METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN Y ESCRITURA CLÍNICA. ED ESCULA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA. GRANADA: 1988.

CUIDANDO A LOS NIÑOS DISCAPACITADOS SAHARAUIS

PROYECTO VACACIONES EN PAZ PARA DISCAPACITADOS. CALAÑAS JULIO-AGOSTO 2007

Autor: Mario Merino Casto. Enfermero Gestor de Casos del Hospital de Riotinto (Huelva).

INTRODUCCIÓN

Vacaciones en Paz,

como se le conoce al programa de acogida de niños/as saharauis durante el verano, ha dado un vuelco cuantitativo en cuanto al número de niños, pero también cualitativo incluyendo a los pequeños discapacitados en el programa. Estos cambios están propiciando en toda Andalucía un fuerte movimiento solidario pro-saharai, ampliando la formalización de asociaciones e implicando a numerosos voluntarios en la causa sobre la descolonización inconclusa del Sáhara Occidental y el conflicto político internacional que le rodea.

Nacer con alguna discapacidad o malformación física en el Sahara aún es considerado como un castigo de Alá por algunas familias que se avergüenzan del estigma y optan por esconderlos o confinarlos a instituciones. A menudo estas discapacidades son adquiridas como consecuencia de infecciones no tratadas o secuelas de enfermedades de la infancia. La situación económica y sanitaria de los campamentos de refugiados hace que la discapacidad no sea una prioridad, ya que la falta de alimentos y de agua potable ocupa su máxima preocupación.

Vacaciones en Paz se ha hecho eco de esta necesidad cada vez más constatable por los cooperantes sanitarios que se desplazan anualmente al Sahara.



De este interrogante surge la idea de este proyecto, como un primer acercamiento a esta realidad dura pero a la vez sensibilizante para la ciudadanía, proyecto de iniciativa personal y de desarrollo familiar.

Naturalmente se plantea un importante interrogante: ¿estarían las familias dispuestas a acoger un discapacitado?

OBJETIVOS

GENERALES

- Fomentar la interrelación cultural

entre el pueblo Andaluz y el pueblo Saharai.

- Ofrecer estimulación sensorial, motriz y reconocimiento médico especializado.
- Fortalecer el tejido voluntario familiar.

ESPECÍFICOS

- Fomentar las relaciones e intercambios entre los niños de esta localidad y los niños saharai discapacitados.
- Ofrecerles fuera de su entorno natural alternativas sociales y culturales que les permita intercambiar experiencias, adquirir conocimientos y divertirse al mismo tiempo.

- Contribuir a mejorar o minimizar las secuelas de las discapacidades.
- Sensibilizar a la población sobre el acogimiento a tiempo parcial o total de un discapacitado y las ayudas que pueden ofrecerse desde el ámbito familiar.
- Crear una plataforma familiar que actúe de soporte en este proyecto.

METODOLOGÍA

Previo a la llegada de los niños/as saharauis discapacitados que serán 3, y a finales del mes de Junio según las previsiones, se creará una plataforma ciudadana compuesta como mínimo por 12 familias dispuesta al acogimiento temporoparcial de los menores.

Se procederá a la gestión con vistas al arrendamiento de una casa, a ser posible de planta baja, que disponga de lo mínimo y necesario para la estancia. Por parte de la Federación Provincial de Amigos del Pueblo Saharaui, se facilitará y sufragará el viaje desde Argelia y la manutención de dos monitoras saharauis que regirán la casa y velarán por la seguridad de los pequeños.

Las familias podrán prestar su colaboración de forma parcial atendiendo en sus hogares a los niños durante horas concretas, sacarlos a pasear, acompañamiento a las actividades deportivas y recreativas organizadas por el Ayuntamiento, u otras asociaciones o colectivos, etc, o a tiempo total, entendiendo ésta como días completos o semanas, creándose un registro para ello y bajo la supervisión del responsable máximo del proyecto. Se establecerá una normativa básica en lo que se refiera a actitudes, horarios, adecuación de actividades y optimización de los recursos; así como su compromiso de acompañamiento a las citas médicas prescritas y a participar a cuantas actividades se organicen a favor del Pueblo Saharaui en la Provincia. Todo ello se recogerá en un documento informativo que se entregará a cada familia cooperante.



DESTINATARIOS

Serán 3 niños/as discapacitados en edades comprendidas entre 8 y 17 años . **Mohmed** de 11 años que padece retraso mental, **Mamiia** de 12 años con paraplejia y **Fatimettu** con importantes secuelas de epilepsia.

LOCALIZACIÓN

Este proyecto en su integridad se desarrollará en Calañas y provincia al igual que el origen de la plataforma ciudadana familiar.

CALENDARIO

El proyecto se desarrollará durante los meses de **Julio y Agosto de 2007**.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

- 2 Monitoras saharauis.
- Plataforma ciudadana familiar
- Responsable del proyecto: un enfermero.

RECURSOS MATERIALES

- Una casa en arrendamiento de planta baja, a ser posible, durante dos meses.

- Equipamiento básico de la casa
- Ropa para los niños donde se incluye ropa de baño y de cama.
- Útiles de aseo y zapatos
- Alimentos para dos meses. En tres tiendas de comestibles de la localidad se ha habilitado cuentas donde los ciudadanos entregan sus aportaciones.

RECURSOS ECONÓMICOS. PRESUPUESTO.

■ Alquiler de la casa (dos meses)	450?
■ Gastos electricidad, agua y butano	100?
■ Remanente manutención niños	600?
■ Ropa básica, útiles de aseo y zapatos	300?
■ Gastos imprevisibles	200?
TOTAL	1650?

El proyecto ha sido financiado por Ayuntamiento de Calañas, Asociaciones locales, familias anónimas y aportación ciudadana.

Sopa de Letras

ORGANIZACIÓN COLEGIAL Y PROFESIÓN ENFERMERA

Esta Sopa de Letras pretende entretener y ser un test de conocimientos, para toda persona -enfermera/o o no-, que quiera realizarla. El tema es Organización Colegial y profesión enfermera, contemplando ámbitos actuales de la organización profesional y del colectivo tales como Ilustres Cuidadores, Instrumental y Técnicas Enfermeras, Publicaciones Científicas Enfermeras, Asociacionismo Profesional, Organización Colegial, Hitos Profesionales y Metodología Enfermera. Confeccionada en una tabla de 1000 casillas donde identificar 60 términos y/o expresiones surgidas de igual número de cuestiones profesionales la disposición espacial que adquieren las respuestas resulta ser vertical, horizontal y oblicua, pudiendo ser leídas en ambos sentidos.

NOMBRES PROPIOS

1. Patrono de la enfermería española, por trascendencia histórica y vinculación a la profesión.
2. Actual Presidente del Consejo General de Enfermería.
3. Enfermera (1820-1910), natural de Kaiserwerth (Alemania), considerada la primera teórica de enfermería con su Teoría del Entorno.
4. Enfermera, natural de Baltimore, Maryland (EE.UU), formula la Teoría del Autocuidado.
5. Enfermera (1897-1996), natural de Kansas City (EE.UU), formula la Teoría de las Necesidades Humanas Básicas.

INSTRUMENTAL Y TÉCNICAS ENFERMERAS

6. Instrumento -estetoscopio-, que intensifica los ruidos auscultados.
7. Técnica o procedimiento que envuelve o sujeta mediante tiras o rollos de gasa u otro material cualquier parte del cuerpo afectada por molestias, problema de salud etc.
8. Técnica o procedimiento por el que un instrumento quirúrgico tubular flexible, hueco o macizo hecho de diversos materiales introduce o extrae líquidos de cavidades corporales, normales o anormales para efectuar exploración, dilatar estenosis etc.
9. Técnica para la formación mecánica/quirúrgica de accesos, conductos o canales en el organismo a través de un acceso natural o no.
10. Sistema de tratamiento o técnica de abordaje de heridas o cualquier otro proceso de pérdida de continuidad.

11. Introducción o inoculación en el organismo humano por diferentes vías de administración de microorganismos atenuados o muertos con el fin de prevenir, mejorar o tratar las enfermedades infecciosas, induciendo inmunidad.
12. Instrumento que mide la presión de la sangre en las arterias.
13. Cánula plástica útil para impedir que la lengua obstruya las vías aéreas superiores.
14. Según RAE, instrumento que sirve para aspirar o impulsar ciertos líquidos o materias blandas, mediante el vacío que crea un émbolo introducido a presión en un tubo.
15. Revista de Enfermería y Humanidades, surgida en Alicante en 1997 y dirigida por D. José Siles González -enfermero y Doctor en Historia-.
16. Revista de Historia de la Enfermería, surgida en 1994 y dirigida por los sevillanos D. Manuel Jesús García Martínez y D. Antonio Claret García Martínez.
17. Revista española de divulgación científica en enfermería, editada desde 1998 y dirigida por D^a. M^a del Pilar Arroyo Gordo.
18. Revista española pionera/decana en divulgación científica enfermera, editada desde 1978 y dirigida por D^a. M^a Victoria Sanfeliu Cortes.
19. Revista de bibliografía, investigación y humanidades de la Fundación Index, editada desde 1991, con carácter trimestral y bajo Dirección de D. Manuel Amezcua Martínez, siendo distribuida en más de una treintena de países, fundamentalmente de Europa y América Latina.
20. Publicación sanitaria, editada por el Consejo General de Enfermería, con carácter mensual, de mayor tirada en España y una de las mayores de Europa.

ASOCIACIONISMO PROFESIONAL

21. Acrónimo del Sindicato de Ayudantes Técnicos Sanitarios de España.
22. Acrónimo de la Sociedad Española de Enfermería Informática Internet.
23. Acrónimo de la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria.
24. Acrónimo de la Red Internacional de Historia y Pensamiento Enfermero, iniciativa de la Fundación Index para el fomento del intercambio de conocimiento enfermero entre investigadores surgida en 2005 y que tiene de órgano de expresión a la revista digital Temperamentum, cuyo director es D. Manuel Amezcua Martínez.
25. Acrónimo de la Asociación Española de Enfermería Docente.
26. Acrónimo de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería.

S	E	D	A	I	H	V	E	R	S	O	H	A	I	R	E	M	R	E	F
E	V	M	T	I	S	A	O	P	I	N	D	E	X	D	E	E	N	F	E
E	K	I	S	L	Ñ	C	N	L	O	C	D	O	R	O	T	H	N	E	A
I	G	R	A	E	U	I	C	I	A	D	U	E	I	N	H	Q	J	O	I
Z	A	E	R	S	D	U	N	C	P	L	E	E	F	A	R	R	G	E	A
H	E	R	R	E	R	A	S	E	O	R	T	C	U	L	T	U	R	S	F
A	N	L	S	U	I	C	E	N	A	H	I	E	T	N	A	C	H	I	D
Q	T	H	O	G	U	I	P	J	S	A	E	I	Z	P	S	R	U	C	C
P	D	N	E	R	S	O	A	O	A	L	M	U	R	A	E	P	N	L	A
A	E	L	D	A	I	N	N	A	N	A	D	O	E	M	R	A	I	I	N
L	O	Z	I	M	L	D	A	P	E	N	C	H	R	I	E	S	V	U	R
C	U	R	A	F	A	I	S	C	C	E	S	E	T	F	A	E	Q	S	O
P	E	O	N	J	E	N	A	R	D	B	F	A	L	N	R	I	R	C	T
U	E	I	R	A	W	A	B	M	I	U	N	I	S	J	S	E	N	I	D
C	I	E	T	U	R	I	L	E	A	B	A	U	I	N	A	T	H	A	B
L	F	S	O	T	E	I	D	A	V	A	A	T	K	P	S	G	P	U	A
I	O	L	K	N	A	L	E	P	B	N	A	D	I	O	M	I	E	S	I
A	R	E	T	C	O	N	P	E	R	I	H	N	C	R	O	B	M	O	D
R	T	O	M	R	U	A	D	O	J	A	E	G	B	T	E	L	I	N	G
E	S	A	N	J	D	I	O	R	I	V	E	C	C	A	W	D	E	T	F
P	I	M	E	F	O	N	E	R	D	O	S	C	O	P	I	O	H	A	Q
A	G	E	N	S	I	A	R	E	C	T	A	R	U	D	O	M	C	F	Q
R	E	C	O	N	O	C	I	M	I	E	N	T	O	S	O	C	I	A	L
P	R	O	C	E	S	O	E	N	F	E	R	M	E	R	O	N	O	S	R

ORGANIZACIÓN COLEGIAL Y OTROS

27. Organización profesional centenaria que en base a fines y funciones que le atribuye su Estatuto aprobado por RD 1231, de 8 de noviembre de 2001 se constituye como referente para la profesión enfermera, representando a un colectivo superior a los 200.000 colegiados.
28. Acrónimo de Ayudante Técnico Sanitario, titulación nacida en 1952.
29. Titulación surgida de la Ley de Bases para la Institución Pública, Ley Moyano, en 1857 -sustituye a la de cirujano menor y al barbero sangrador-, por la que se regulan todas las profesiones sanitarias en España.
30. Acrónimo de la base de datos de Enfermería en español, producida por la Fundación Index (Granada), siendo su Director D. Manuel Amezcua Martínez, investigador e historiador de la Enfermería española.
31. Acrónimo de la base de datos para la Investigación en Enfermería desarrollado por la Fundación Index (Granada), el Instituto de Salud de Carlos III (Madrid) y la Biblioteca del Hospital Juan Canalejo (A Coruña).
32. Acrónimo de la base de datos de Enfermería elaborada por la Universidad Rovira i Virgili (Tarragona).
33. Tipo de Cruz que aparece en el escudo de la profesión de Enfermería, también denominada Cruz de los Caballeros de San Juan de Jerusalén.
34. Color de la bandera de la Organización Colegial.
35. Acrónimo del Consejo Internacional de Enfermería.
36. Acrónimo de la Escuela Andaluza de Salud Pública.
37. Mes de celebración del Día del Patrón de la Enfermería.
38. Acrónimo de Diplomado Universitario en Enfermería, titulación nacida en 1977.
39. Según la RAE, acción y efecto de pertenencia a un colegio profesional.
40. Ciudad sevillana en la que se ubica el Museo Municipal Medicina antigua y el arte de curar, Ciencias Naturales y Arqueología, inaugurado en 2002, obra de D. Francisco Jurado Muñoz.
41. Ciudad de Ucrania en la que se produjo un conflicto bélico -1853-1854-, primero en ser documentado fotográficamente -D. Roger Fenton-, y en la que fue primordial la labor asistencial de la enfermera Florence Nightingale.
42. Ciudad italiana en la que se acuerda la integración del Sistema Universitario Español en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior (1999). En la que se acuerdan las nuevas reformas en los planes de estudio para la convergencia europea.

HITOS PROFESIONALES

43. Título que supone un nivel superior de cualificación profesional al acreditar una formación específica en algún ámbito concreto del ejercicio profesional.
44. Proceso de crecimiento y perfeccionamiento profesional con un solo objetivo, la excelencia enfermera y la motivación de los profesionales, basándose en elementos

tales como la formación continua y la evaluación de la competencia profesional.

45. Acrónimo de Enfermero Interino Residente.
46. Perteneciente a la universidad o relativo a ella. Grado académico de la disciplina enfermera desde 1977.
47. Relevancia que la sociedad otorga a una profesión y que se ostenta por la formación y el desarrollo del conocimiento que profesan sus miembros.
48. Según la RAE, persona que ejerce una profesión.
49. Acrónimo de la figura enfermera creada por el D. 137/2002, de Apoyo a las Familias Andaluzas (Servicio Andaluz de Salud), encargada de gestionar los cuidados domiciliarios de forma coordinada con todos los profesionales de la ZBS.
50. Acrónimo de Nursing Interventions Classification.
51. Acrónimo de Nursing Outcomes Classification.
52. Acrónimo de North American Nursing Diagnosis Association
53. Juicio sobre un problema del paciente al que se llega mediante procesos deductivos a partir de datos recogidos.
54. Método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados.
55. Representación simbólica de la realidad, que enlaza grupos de conceptos y se organizan para describir un fenómeno.
56. Agrupación de constructos interrelacionados -conceptos, definiciones y proposiciones-, que presentan una visión sistemática de los fenómenos a través de relaciones específicas entre variables, con el propósito de explicar y predecir fenómenos.
57. En el proceso enfermero, fase inicial, organizada, sistemática y deliberada de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado del paciente y establecer conclusiones a posteriori.
58. Acrónimo de Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería.
59. Según la RAE, conjunto de informaciones relacionadas entre sí que constituye la unidad de tratamiento lógico de ficheros o memorias.
60. Según la RAE, método o sistema estructurado para ejecutar algunas cosas.

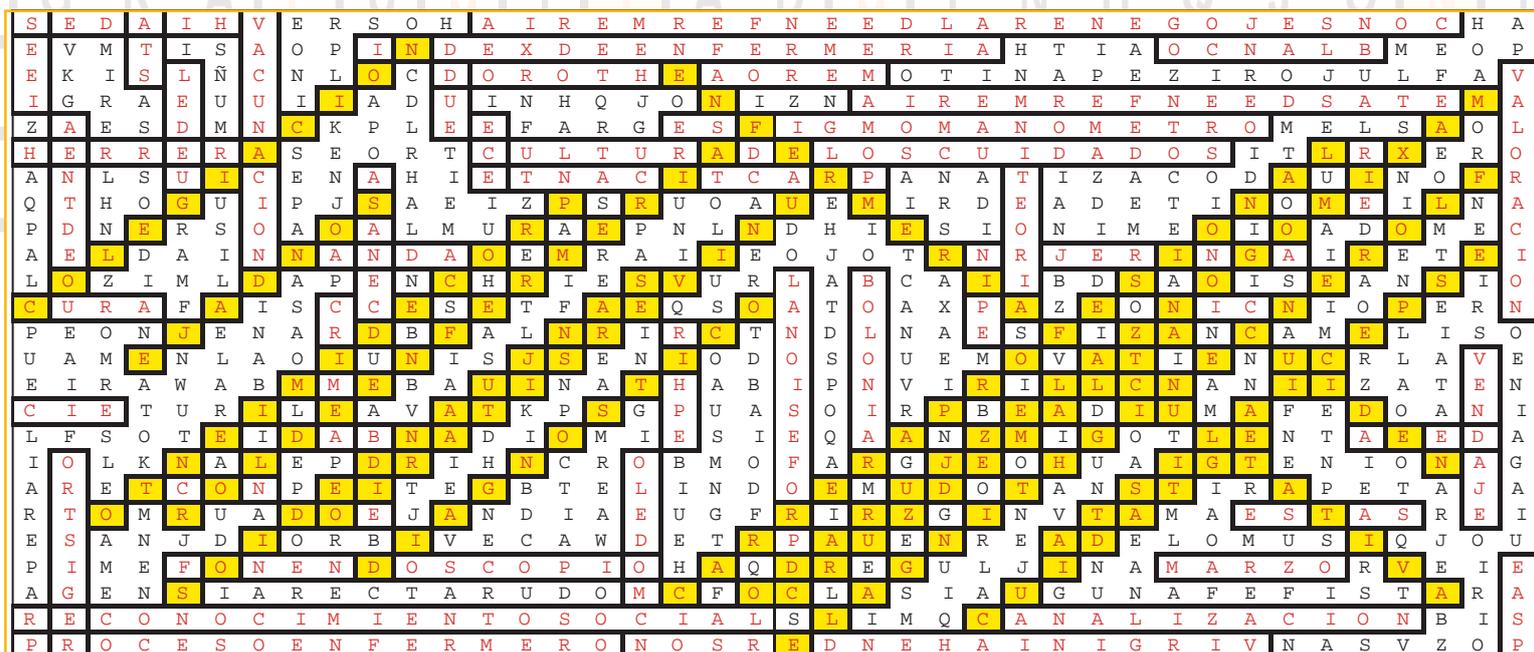
METODOLOGÍA ENFERMERA

AUTORES

José Eugenio Guerra González.
 Centro de Transfusión Sanguínea, Huelva. Nº Col. 3258-Huelva.
 637-188414
 Carmen Mª Martínez Sánchez.
 Hospital de la Merced, Osuna (Sevilla). Nº Col. 12071-Sevilla.

N	E	E	D	L	A	R	E	N	E	G	O	J	E	S	N	O	C	H	A
R	M	E	R	I	A	H	T	I	A	O	C	N	A	L	B	M	E	O	P
R	E	M	O	T	I	N	A	P	E	Z	I	R	O	J	U	L	F	A	V
Z	N	A	I	R	E	M	R	E	F	N	E	E	D	S	A	T	E	M	A
I	G	M	O	M	A	N	O	M	E	T	R	O	S	E	L	R	X	E	R
E	L	O	S	C	U	I	D	A	D	O	S	I	T	L	R	X	E	R	O
A	R	P	A	N	A	T	I	Z	A	C	O	D	A	U	I	N	O	F	R
U	E	M	I	R	D	E	A	D	E	T	I	N	O	M	E	I	L	N	A
D	H	I	E	S	I	O	N	I	M	E	O	I	O	A	D	O	M	E	C
O	J	O	T	R	N	R	J	E	R	I	N	G	A	I	R	E	T	E	I
L	A	B	C	A	I	I	B	D	S	A	O	I	S	E	A	N	S	I	O
A	T	O	A	X	P	A	Z	E	O	N	I	C	N	I	O	P	E	R	N
N	D	L	N	A	E	S	F	I	Z	A	N	C	A	M	E	L	I	S	O
O	S	O	U	E	M	O	V	A	T	I	E	N	U	C	R	L	A	V	E
I	P	N	V	I	R	I	L	L	C	N	A	N	I	I	Z	A	T	E	N
S	O	I	R	T	B	E	A	D	I	U	M	A	F	E	D	O	A	N	I
E	Q	A	A	N	Z	M	I	G	O	T	L	E	N	T	A	E	E	D	A
F	A	R	G	J	E	O	H	U	A	I	G	T	E	N	I	O	N	A	G
O	E	M	U	D	O	T	A	N	S	T	I	R	A	P	E	T	A	J	A
R	I	R	Z	G	I	N	V	T	A	M	A	E	S	T	A	S	R	E	I
P	A	U	E	N	R	E	A	D	E	L	O	M	U	S	I	Q	J	O	U
D	R	E	G	U	L	J	I	N	A	M	A	R	Z	O	R	V	E	I	E
C	L	A	S	I	A	U	G	U	N	A	F	E	F	I	S	T	A	R	A
S	L	I	M	Q	C	A	N	A	L	I	Z	A	C	I	O	N	B	I	S
E	D	N	E	H	A	I	N	I	G	R	I	V	N	A	S	V	Z	O	P

Soluciones



NOMBRES PROPIOS

1. SAN JUAN DE DIOS.
2. MAXIMO GONZÁLEZ JURADO.
3. FLORENCE NIGHTINGALE.
4. DOROTHEA OREM.
5. VIRGINIA HENDERSON.

INSTRUMENTAL Y TECNICAS ENFERMERAS

6. FONENDOSCOPIO.
7. VENDAJE.
8. SONDAJE.
9. CANALIZACIÓN.
10. CURA
11. VACUNACIÓN.
12. ESFIGMOMANÓMETRO.
13. GUEDEL.
14. JERINGA.

PUBLICACIONES ENFERMERAS

15. CULTURA DE LOS CUIDADOS.
16. HÍADES.
17. METAS DE ENFERMERÍA.
18. ROL DE ENFERMERÍA.

19. INDEX DE ENFERMERÍA.
20. ENFERMERÍA FACULTATIVA.

ASOCIACIONISMO PROFESIONAL

21. SATSE.
22. SEEI.
23. ASANEC.
24. RHIPE.
25. AEED.
26. AENTDE.

ORGANIZACIÓN COLEGIAL Y OTROS

27. CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA.
28. ATS.
29. PRACTICANTE.
30. CUIDEN.
31. BDIE.
32. CUIDATGE.
33. CRUZ DE MALTA.
34. BLANCO.
35. CIE.
36. EASP.
37. MARZO.
38. DUE.
39. COLEGIACIÓN.

40. HERRERA.
41. CRIMEA.
42. BOLONIA.

HITOS PROFESIONALES

43. ESPECIALISTA.
44. CARRERA PROFESIONAL.
45. EIR.
46. UNIVERSITARIO.
47. RECONOCIMIENTO SOCIAL.
48. PROFESIONAL.
49. ECE.

METODOLOGÍA ENFERMERA

50. NIC.
51. NOC.
52. NANDA.
53. DIAGNÓSTICO.
54. PROCESO ENFERMERO.
55. MODELO.
56. TEORÍA.
57. VALORACIÓN.
58. NIPE.
59. REGISTRO.
60. PROCEDIMIENTO.

LA AUDIENCIA NACIONAL DECLARA ILEGALES LAS BALSAS DE FOSFOYESOS

Tras cuarenta años de actividad, se acumulan 70 millones de toneladas de residuos con elementos radiactivos y metales pesados

Huelva.-Redacción

La Audiencia Nacional ha fallado que la empresa Fertiberia debe concluir el vertido de los residuos producto de la fabricación de fertilizantes, que presentan una radiación muy superior a la normal. La concesión para depositar esos productos data de 1968 y, desde entonces, se calculan que son 70 millones de toneladas las acumuladas en un espacio que dista apenas medio kilómetro al sudeste de la capital onubense. Con anterioridad, y tras las denuncias de organizaciones naturalistas, el Ministerio de Medio Ambiente procedió a anular la concesión de depositar los residuos que, entre otras sustancias, incluyen materiales radiactivos. Tras recurrir la empresa, ahora ha llegado el pronunciamiento de la Audiencia Nacional quien, el pasado mes de julio, otorgaba la razón a los ecologistas y daba por extinguida la concesión aunque en la sentencia no se aluda a la radioactividad sino a un problema de Ley de Costas que impide ocupar el litoral por actividades industriales.

El detonante llegó, el pasado 12 de julio, en forma de Sentencia a cargo de la Sección Primera de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional. En ella se afirma que la concesión administrativa de ocupación de bienes de dominio público marítimo-terrestre en las citadas marismas, que son utilizadas para depositar los residuos en forma de fosfoyesos, "ya no está vigente". De esta forma el tribunal de la Audiencia Nacional desestimaba el recurso interpuesto en su día por la empresa, (año 2003) contra el ministerio de Medio Ambiente y la Organización Ecologista WWWF-Adena en relación al citado permiso. Por su lado, la empresa anunció su voluntad de recurrir la resolución judicial ante el Tribunal Supremo por entender que siempre ha actuado "conforme a derecho".

Reacciones

Y, como era previsible, las reacciones a este Fallo de la Audiencia no se hicieron esperar. Desde la Organización WWF/Adena se consideró la sentencia como "histórica" tras un lar-

go periplo judicial. Las balsas de fosfoyesos ocupan 1.200 hectáreas en las que acumulan residuos de fertilizantes, industria asentada en el cercano Polo químico. El problema radica en que los fosfoyesos, de forma natural, liberan una radioactividad que ha sido permanente capítulo de preocupación y denuncia entre los habitantes de la capital onubense. Así, Greenpeace denunció en varias ocasiones unas mediciones de 20 veces superiores a lo permitido aunque otros estudios a cargo del CSIC sostienen que la radiación, objeto de la controversia social, que reciben los trabajadores se encuentra dentro de los límites legales así como que la población de la capital se encuentra "exenta" de cualquier radiación originada en las balsas. Aunque, por descontado, pocos discuten que la radiación está ahí, en la realidad de unas balsas de aspecto extraterrestre. Pero la cantidad de elementos radiactivos, metales pesados y ácidos libres que se engloban en los vertidos es algo corroborado y debatido a lo largo de muchos años.

Poco saludables

Pero a estas valoraciones hay que sumar los contenidos y recomendaciones que diferentes trabajos y organismos han venido planteando en el transcurso de los últimos años y donde se ha puesto de manifiesto distintos estudios en los que se indicaba que la mortalidad por cáncer en Huelva se sitúa a la cabeza de España. O que la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica sostiene que Huelva es la urbe con la mayor tasa de enfermos asmáticos así como que otros colectivos como el de "Ciudadanos por la Descontaminación de Huelva" haya expresado a la opinión pública los informes en los que se expone la existencia de unas mayores tasas de abortos, esterilidad, malformaciones y otras infecciones respiratorias en la zona. En este estado de opinión, hasta incluso un técnico de la Junta de Andalucía, Vicente Jurado, Jefe de servicio de Educación Ambiental, interviniendo en los Cursos de verano de la UNIA, en su sede de La Rábida, dió su parecer respecto al fallo de la Audiencia que catalogó como de "acertada"

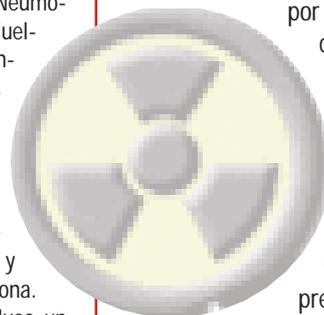
UE: Mediciones

Uno de los episodios más importantes en relación a este asunto (que presenta, no se olvide

enormes implicaciones, al estar por medio muchos puestos de trabajo), fue cuando, en la pasada primavera, miembros de Greenpeace, junto a un eurodiputado, procedieron a realizar diversas mediciones de los niveles de radiactividad existentes en la inmediatez de las balsas y como resultado aseguraron que se "superaban" hasta en 27 veces la máxima permitida por la legislación vigente en todo el mundo. Con estos datos, acudieron a la sede del Parlamento Europeo, en Estrasburgo, para solicitar de los órganos competentes de la Unión Europea (UE) que procedía a abrir una investigación sobre una posible "violación de varias directivas comunitarias" en relación a estos depósitos de vertidos que, a escasos metros de la capital, se vienen realizando desde hace muchos tiempo, algo así como casi cuarenta años y en donde se encuentran acumulados unas 120.000 toneladas de los polémicos fosfoyesos.

ADMINISTRACIONES

Por parte de las administraciones del Estado, tanto pertenecientes al Gobierno central como al autonómico, la sentencia de la Audiencia Nacional mereció diversos comentarios coincidentes que, por ambas partes, se cumplirá el "espíritu" del fallo emitido por el Tribunal que señala la caducidad de la licencia que ha permitido el almacenamiento de unos residuos tan complejos. La consejera de Medio Ambiente de la Junta, Fuensanta Coves, indicó que la empresa "deberá restaurar las zonas de depósitos de los fosfoyesos cumpliendo así la legislación medioambiental vigente" seguido del anuncio de reuniones entre Ministerio de medio Ambiente del gobierno central su consejería, implicados en la forma de que la sentencia se cumpla aunque sin olvidar que, para la Junta, en este complicado capítulo existen tres claves: "El empleo, los trabajadores de la industria y la regeneración medioambiental"



Banca por internet @

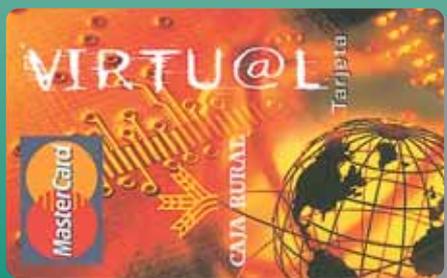
Entre en su oficina bancaria o vaya de compras sin pasar por el atasco



Banca por Internet es la opción que le ofrece RuralVía para operar con su oficina bancaria es cualquier momento, ir de compras sin perder un minuto, beneficiarse de la rapidez del TPV virtual o acceder a toda la información y servicios que precise.

 **RuralVía@**
Acortamos distancias
www.ruralvia.com

Comprar por Internet ha dejado de dar miedo



Te presentamos la nueva Tarjeta Virtual de Caja Rural con la que definitivamente perderás el miedo a comprar por Internet.

Porque sólo tú controlas el límite de la tarjeta pudiendo recargarla con la cantidad que necesites (hasta 3.005,06€) justo en el momento de realizar tu compra y descargarla una vez hecha la compra. De este modo y hasta que no se realice la recarga, la tarjeta no puede ser utilizada. ¡Más seguridad imposible!

Además como es una tarjeta MasterCard, podrás comprar tranquilamente en cualquier tienda de la red.



Ven a Caja Rural o conéctate a www.cajarural.com y pide sin miedo tu Tarjeta Virtual.