Enfermeir@s

Revista do Colexio Oficial de Enfermaría de Lugo

Número 36 Xaneiro 2021

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

Seguro de **Responsabilidad Civil Profesional**

El Colegio de Enfermería de Lugo contrata la póliza de Responsabilidad Civil Profesional con A.M.A.

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS, LÍDER DEL SECTOR, LLEVA **MÁS DE 20 AÑOS ASEGURANDO EL EJERCICIO PROFESIONAL DE QUIENES EJERCEN LA SANIDAD**, ENTRE ELLOS LA MAYORÍA DEL COLECTIVO DE ENFERMERÍA.

- Se mantiene el capital asegurado por siniestro y anualidad de seguro a 3,5 millones de euros.
- Al ser una póliza que se contrata a través del Colegio, aumenta la capacidad anual para el colectivo.
- Garantías a asegurar:
  - Responsabilidad Civil Profesional de los colegiados
  - R.C. de Explotación y Locativa
  - Defensa Jurídica y Fianzas judiciales
  - Asistencia jurídica por agresión
- El Subsidio por Inhabilitación pasa de 1.500 € y 18 meses (anterior compañía) a 4.000 € y 24 meses.

NORMAS DE PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE POSIBLES RECLAMACIONES POR PARTE DEL COLEGIADO/A

Se realizarán a través del Colegio Profesional, o a través de la oficina de A.M.A. en Lugo, quienes facilitarán al Colegio el modelo de parte de siniestros a rellenar al efecto.

El colegiado deberá comunicar inmediatamente cualquier reclamación que reciba, que antes de realizar manifestaciones al respecto es importante que se asesore por su Colegio o por A.M.A., y que para poder estar asegurado en la póliza debe de estar colegiado en el Colegio de Lugo y al corriente de las cuotas de colegiación.

A.M.A. LUGO
Raiña,1-27001 Lugo
Tfno.: 982252107 - Fax 982252204
lugo@amaseguros.com

LA MUTUA DE LOS **PROFESIONALES SANITARIOS**

www.amaseguros.com 902 30 30 10

Síganos en

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

Índice

LIMIAR 5

ACTUALIDADE
- Despertarse con nuestra profesión en portada 6
- Implantación de la Enfermera Escolar 7
- Premio Muralla 2020 9

ACADEMIA DE ENFERMARÍA DE GALICIA
- O COVID-19 ou Coronavirus como virus (des)compensador e revelador da casa: Sistema de Saúde 10

COÑECENDO ENFERMEIR@S
- Tomás Barrero Delgado 12

OPINIÓN
- Catarsis 15

FORMANDO ENFERMEIR@S
- Obradoiro de Escritura e Comunicación 17
- Cribados COVID-19 a universitarios de Galicia: Escola Universitaria Enfermaría de Lugo 18

SALUD MATERNO-INFANTIL
- Consulta preconcepcional 20

SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA
- ¿Hacia dónde apunta tu brújula? Determinantes de salud, causalidad y epigenética 23

ESCUELA DE HERIDAS
- Empezamos por el principio 26

INVESTIGACIÓN
- Relevancia de género en la profesión enfermera 29
- Poster. Gestión del cuidado de pacientes con disfagia neurológica 34
- Intervención comunitaria para la promoción del consumo responsable de fármacos 36

ENFERMARÍA NOS TEMPOS
- Isabel Zendal, la enfermera gallega y los niños que salvaron al mundo. 52

– **RECUNCHO ENFERMEIRO**
- Tijeras de uso hospitalario 58

XUNTA DE GOBERNO

Presidenta
Lourdes Bermello López

Vicepresidente
José Antonio Calvo Perez

Secretaria
Elena Cabana Gil

Tesorera
Lorena Liz Jul

Vocales
Cristina Ouro Nuñez
Javier Coria Abel
Mª Elia Fernández Martínez
Hector Castiñeira López

Vocal APD
Ramiro Pérez Freijo

Enfermeir@s

DIRECCIÓN
Nazaret Gómez González

CONSELLO DE REDACCIÓN
Javier Coria Abel
Mª José Ferreiro López
Mª Rosario Marín Arnés
María Rodríguez Trigo
Lucía Menéndez Menéndez
Isidoro Rodríguez Pérez
Mª Jesús Regueiro Burgo
Jenifer Souto Pérez
Cristian Martín Vazquez
Iria Ferreiro López
Marta Gómez López
Natalia López Morán

REVISORES
José Mª Rumbo Prieto
Luis Arantón Areosa

FOTO PORTADA
Kilian Fotógrafo · www.kilianfotografo.com

SERVICIOS
Asesoría Jurídica
Garcia abogados (Pilar Garcia Vilar)
Secretaría
Cristina Lage Suárez
Azucena Veiga Lasanta
Maquetación e imprime
Unicopia Artes Gáficas
Avda. de Madrid, 13
27002 Lugo
Edita
Colexio Oficial de Enfermaría de Lugo
Depósito Legal
LU-330/2001
I.S.S.N.
1888-4830

Esta revista pódese descargar en formato PDF en:
www.enfermerialugo.org

Limiar

Nazaret Gómez González · nazalugo@gmail.com

Estamos pasando una pandemia que al final va a ser historia, pero ¿cuánto dolor va a dejar? Es algo inimaginable puesto que no se sabe todavía lo que va a durar, da igual lo que especulen..

Al igual que en crisis sanitarias anteriores, las enfermeras de todo el mundo hemos dado un paso adelante y nos hemos colocado en primera línea para combatir la propagación del COVID-19.

Hoy en día somos líderes de respuesta demostrando profesionalidad y entrega absoluta aportando nuestro conocimiento, experiencia y competencia.

Por todo esto debemos reclamar nuestro lugar de liderazgo en tomas de decisiones a nivel sanitario, social y económico.

Pero cuántas veces escuché últimamente ¿me habré equivocado de profesión? En mi opinión habrá que estudiar detenidamente si esta pregunta es debida a la pandemia o al efecto que provoca en muchos profesionales la discutible gestión de nuestros dirigentes.

A finales de octubre fue publicado en el BOE el listado de todos aquellos medicamentos sujetos a prescripción médica que podrán indicación, uso y autorización de dispensación en el cuidado de las heridas crónicas. "La curación de heridas es una práctica habitual de las enfermeras en el ámbito de sus competencias"

Para finalizar quisiera dar las gracias a mis compañeras Natalia López Morán y Marta Gómez López que comienzan a formar parte de nuestra redacción y que se harán cargo de la nueva sección Escuela de heridas.

Despertarse con nuestra profesión en portada

Jenifer Souto Pérez • jenifer.souto@hotmail.com

"El sonido de las sirenas no es inusual en la ciudad de Nueva York, pero esta primavera el lamento constante era casi insoportable. Por suerte, había un ejército de trabajadores de la salud en el otro extremo."

Me despertaba una mañana leyendo el siguiente titular 'La revista Time elige a dos enfermeras entre las personas más influyentes de 2020'. Enseguida me apresuré en profundizar en la noticia, al fin algo sonaba a esperanza y anhelo en tiempos tan duros para nuestra profesión.

Y ahí, en ese listado que habitualmente encabezan músicos, políticos y deportistas, aparecían ELLAS. Dos grandes enfermeras, como protagonistas de la edición. ¿La razón? Todo su esfuerzo inhumano para atenuar los efectos del COVID-19.

La primera enfermera reconocida como una de las profesionales más influyentes del año, y además portada de la revista, ha sido Amy O'Sullivan. Se trata de una veterana enfermera de Urgencias en el hospital Wyckoff en Brooklyn. Ella trató al primer paciente COVID-19 en el hospital que, Tristemente se convirtió en la primera muerte de la ciudad a principios de marzo. Hasta entonces no se había dado la importancia necesaria a los equipos de protección individual (EPI) razón que llevó a Amy a mostrar sintomatología tan solo unos días después. Tras ser intubada, y pasar cuatro días en un respirador, se fue a casa a descansar y, en menos de dos semanas estaba de regreso al trabajo.

"Amy es uno de los millones de trabajadores de la salud que arriesgaron su vida para salvar al resto. Muchos de ellos trasladaron su residencia hoteles, habitaciones libres e incluso garajes en el pico de la pandemia para proteger a sus familias. Desde médicos a conserjes de hospital, el ecosistema entero que mantiene al hospital en funcionamiento se convirtió en un nuevo tipo de zona cero, sus agotados ojos mostraban capacidad y compasión al mismo tiempo. Hay dos palabras para referirnos a su heroísmo: muchas gracias.", relata Katie Courig, la periodista de la revista Time

También en esta misma edición, se ha reconocido la capacidad de liderazgo de la profesión gracias a la enfermera Bonny Castillo, directora ejecutiva de la Asociación Nacional de Enfermeras de Estados Unidos y de la Asociación de Enfermeras de California. Ha sido valorada por su capacidad de liderazgo y responsabilidad, siendo una de las primeras en llamar la atención sobre la falta de equipo de protección

personal, disponible para las enfermeras en los Estados Unidos durante la pandemia COVID-19, y que además luchó contra los despidos y recortes salariales que las enfermeras enfrentaron a pesar de su trabajo vital en primera línea. El compromiso de Bonnie con el movimiento obrero y los sindicatos es inexorable; manifiesta que los sindicatos son la base de una sociedad democrática. Bonnie no sólo trabaja para curar a los pacientes; trabaja para sanar a la sociedad.

Que buena mañana esa, en la que me despertaba con la enfermería en portada. En la que, entre tanta tiniebla se reconoce nuestra maravillosa labor, y porque pese a las adversas circunstancias generadas por la COVID-19, el año 2020 debe de habernos dejado como resultado un propósito común: elevar el perfil y el estado de la enfermería en todo el mundo.

Implantación de la Enfermera Escolar

Redacción.

Los Colegios Oficiales de Enfermería de A Coruña, Lugo, Ourense y Pontevedra, junto con las asociaciones AMECE (Asociación Nacional e Internacional de Enfermería Escolar) y ACEESE (Asociación Científica Española de Enfermería y Salud Escolar) han solicitado mediante un escrito a las Consellerías de Sanidade y Educación, Universidade e Formación Profesional de la Xunta de Galicia, la cooperación y trabajo conjunto para la implantación de la figura de la enfermera escolar en todos los centros educativos de Galicia.

- Las organizaciones colegiales de Enfermería y las asociaciones AMECE y ACEESE consideran que el protocolo de la Xunta de Galicia pone en los docentes toda la responsabilidad de la tarea de prevención.
- Han solicitado a las Consellerías de Sanidade y Educación, Universidade e Formación Profesional la implantación de la figura de la enfermera escolar como líder en la prevención y atención sanitaria en los colegios.
- La falta de una figura sanitaria profesional en los centros educativos, contribuirá a sobrecargar los servicios de Atención Primaria, que a pesar de ser la primera barrera de detección de brotes, no han visto sus plantillas reforzadas.

El inicio del próximo curso escolar en la actual situación de pandemia obliga a garantizar un entorno escolar saludable y seguro, que disponga de medidas de especial protección para los grupos más vulnerables al SARS-CoV-2, exigiendo una planificación profunda y rigurosa del mismo en la que prevalezca la prevención y control de los posibles brotes.

El protocolo estipulado por la Xunta de Galicia hace responsables a los directores y docentes de las escuelas de desarrollar la función coordinadora de Covid, la interlocución con la administración y la elaboración de un *Plan de adaptación a situación COVID-19 no curso 2020-2021,* individualizado para cada centro que debe incluir protocolos de actuación y medidas de prevención, higiene y promoción de la salud; además de continuar con sus labores de docencia habituales.

Las cuatro organizaciones colegiales de Enfermería gallegas y las asociaciones AMECE y ACEESE consideran que es poco acertado que estas tareas recaigan en el profesorado, que sin dejar de ser grandes profesionales, no tienen los conocimientos necesarios. Esto, junto con el plan de formación al profesorado que se está ofertando, no suple la necesidad de la presencia de una enfermera profesional en el centro, además de que, pone en los docentes toda la responsabilidad de la tarea de prevención.

Por otro lado, estas medidas no han sido consensuadas con los centros de salud a tan solo tres semanas del inicio del curso escolar. Este escenario, sin la presencia de una figura profesional del ámbito sanitario en los colegios, solo contribuirá a sobrecargar los servicios de Atención Primaria, que a pesar de ser la primera barrera de detección de brotes, no han visto sus plantillas reforzadas y continúan con una carga asistencial excesiva.

Una figura profesional necesaria

La presencia de profesionales de enfermería escolar en los centros educativos de Galicia es ínfima, limitándose a unos pocos centros privados, concertados y de educación especial, siendo inexistente en los centros públicos. Sin embargo, esta figura sería clave en los centros educativos como líder de los equipos COVID-19 sugeridos por la Administración, lo que posibilitaría una mejor planificación y organización del centro educativo, la detección precoz de casos y una respuesta rápida, organizada y eficaz, a través de protocolos de actuación claros y de coordinación con los agentes sanitarios implicados: Atención Primaria, Salud Pública, Prevención de Riesgo Laborales y Servicios Sociales.

Las competencias asistenciales, docentes (en educación y promoción de la salud), gestoras de servicios y asesoras (dentro y fuera de las escuelas) e investigadoras de la enfermera escolar, le permiten asumir el liderazgo en la vigilancia y atención sanitaria de la población escolar que, cada vez más, cuenta con alumnos con necesidades educativas especiales y con enfermedades crónicas, así como de la prevención y educación para la salud de la misma. La función de la Enfermera escolar va más allá de resolver dudas, formaría parte efectiva de la comunidad escolar y de la planificación organizativa

Foto: CDC en Unsplash.

y curricular de los Centros educativos, algo totalmente inasumible por los centros de Atención Primaria. Por lo tanto, no deben de ser intervenciones intermitentes en momentos puntuales sino, un programa continuado durante el proceso educativo de los alumnos.

Los Colegios Oficiales de Enfermería de Galicia y las asociaciones AMECE y ACEESE han reclamado en su documento conjunto a la Xunta de Galicia, por tanto, la implantación de la figura de la enfermera escolar en todas las escuelas públicas y concertadas de Galicia para que asuma el liderazgo en la prevención y atención sanitaria de la población escolar. Además, es necesario que se integre en la comunidad educativa, de forma que pueda desempeñar tareas asistenciales y de formación relacionadas con la salud de los alumnos.

Por último, desde estas instituciones, se ve necesario un pacto nacional, con medidas sólidas y concretas, para coordinar los protocolos que se aplicarán en los centros educativos. Desde todos los estamentos implicados, se deben aunar esfuerzos y recursos para que los niños vuelvan al colegio de forma segura y para que los profesores tengan a su disposición los recursos necesarios para desempeñar su labor docente.

Premio Muralla 2020

Redacción.

Excepcionalmente y por razones de seguridad durante la pandemia por COVID-19, los premios se entregaron en la sede del Colegio de Enfermería de Lugo, en un acto privado y previa cita con los premiados.

En la categoría General y accésit alumnos quedó desierto.

En categoría artículo científico el premio recayó en el artículo **"Actuación de la Enfermera Gestora en el proceso integrado de cáncer de pulmón"**, autora Inés Rivas Fernández.

En categoría científica el primer premio fue para el trabajo **"Resultados intermedios de un programa de prevención secundaria guiado por enfermería en pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo"** autores Carmen Neri Fernández Pombo, Marta Lorenzo Carpente, Guillermo Aldama López, Manuel López Pérez y José Manuel Vázquez Rodríguez y el segundo premio fue para el trabajo **"O perfil dos coidados familiares a personas con demencias en zoas do interior de Galicia dende un punto de vista Enfermeiro"** autores Noelia Vicho de la Fuente, Alba Elena Martínez Santos y Raquel Rodríguez González.

Autora Premio mejor artículo científico, Inés Rivas Fernández.

O COVID-19 ou Coronavirus como virus (des)compensador e revelador da casa: Sistema de Saúde

Dr. Isidoro Rodríguez Pérez • Isidoro.rodriguez@usc.es
Enfermeiro, Académico de número da Academia de Enfermería de Galicia

O COVID-19 ou Coroavirus como se lle coñece de forma popular é un fenómeno que veu a romper o equilibrio e a tranquilidade, aparente, da que gozaba a nosa casa (o Sistema Sanitario) producindo unha descompensación (anunciada por algúns sectores e profesionais) e pondo de relevo as carencias e necesidades latentes.

Quedou ao descuberto a presenza de necesidades que as "gobernantas", amas de chaves e mordomos ordenaban esconder debaixo da alfombra ás empregadas do fogar, Aparentando todo moi lustroso, moi ordenado e moi aparente. Nada máis lonxe da realidade. Por baixo ocultas as miserias e incluso as vergoñas dos responsables que miraban para outro lado cun afán electoralista e mercantilista. Vendendo unha realidade inexistente

O virus chegou e puxo patas arriba a casa, viuse a falta de limpeza e hixiene que había e viuse a faia de mobles, a faia de espazos, enxovais, "ménage" e mesmo de persoal que mantivese a casa en boas condicións preparada para ser utilizada de xeito adecuado.

Así, cando chegaron os novos habitantes houbo que improvisar, espazos, a vestimenta do persoal de servicio, que non era a adecuada, deu lugar a un malestar e mesmo a problemas de saúde, sen que estes se negaran a continuar no servizo dos inquilinos do inmoble.

Tachóuselles de crear alarma e confusión dentro e fora da casa, de desprestixiala e maquillouse a realidade con botes de fume e acusacións contra outros para que na aldea se desviase a atención, apelouse a que non se esperaba esta visita e outras moitas razóns máis. A realidade é que naquel momento na nosa parroquia (houbo moita sorte) a cousa non pasou a máis, so uns cuantos maiores se viron afectados directa e mortalmente. E como din os vellos todo ten solución menos a morte. Con todo non so houbo morte, de usuarios do sistema, tamén de profesionais. Pasamentos de persoas únicas e insubstituíbles, que deixan o baleiro na súa familia, ao seu arredor e na comunidade. Persoas con nomes e apelidos que os que as coñecemos recordaremos sempre, e os que non estarémoslles igualmente agradecidos pola súa labor e entrega.

Os profesionais que viviron na asistencia clínica a súa atención en tempos do SARS-COV-2, sufriron e sofren problemas de saúde mental, con "niveis de ansiedade considerados altos e ou moi altos" segundo unha revisión sistemática realizada (e na que participou o Consello Xeral de Enfermaría) fálase dun 25 % dos profesionais sanitarios que presentaron síntomas de depresión.

Tamén as "graxas de vellos", como lles chaman no meu lugar, víronse afectadas antes e agora, non sei as causas, pero a realidade está aí. Eu pregúntome se non sería mellor rematar coas granxas e buscar outro sistema como nos países nórdicos, fomentar cooperativas, vivendas comunitarias, residencias mixtas de maiores e mozos (sen amoreamento)…

No momento de redactar estas liñas aparece un novo reto, a volta as aulas despois de 6 meses. A saúde escolar, non existe, está inserida na Atención Familiar e comunitaria, desperdiciando ao persoal de enfermaría en saúde escolar que desenvolve funcións asistenciais e docentes á vez dun xeito específico nos centros de ensino. Esta non é unha carga que lles corresponda

aos docentes, quen nin saben nin queren levar con eles este peso engadido, causándolles gran inseguridade e estrés no seu bo facer de cote. A Administración obrígaos a asunción de funcións que se lles impoñen pero que non lles atinxen e mesmo podendo incorrer en usurpacións de funcións ou intrusismo profesional. Esta carencia faise visible especialmente nestes momentos de pandemia.

Tamén trouxo cousas boas, non todo é malo. Ao remexer a casa fomos conscientes da importancia do carácter humano dos profesionais que nela traballan, dende o primeiro ate o último. Houbo unha implicación total dos diferentes estamentos e profesionais que participan na saúde do individuo. Fixémonos máis conscientes, da

necesidade de ir todos a unha na mesma dirección, co obxectivo común axudar a sandar.

Puidemos ver como o modelo holístico e interdisciplinar funciona dun xeito, incluso máis eficientemente que o modelo biomédico. Algo do que debemos tomar boa nota.

Tamén se puxo de manifesto o valor, a capacidade de liderado das enfermeiras nos seus diferentes postos dende a xestión ate a docencia, maila investigación pasando pola asistencia clínica. A capacidade de adaptación da Enfermaría ás situacións cambiantes de día a día ou de hora a hora. O seu saber "ben" estar, cando parecía que o barco se ía afundir con pasaxe e tripulantes dentro.

Concluíndo dun xeito positivo

O que lle temos que agradecer a esta situación (de por si negativa) é que se visen as carencias e as dificultades coas que traballan día a día os sanitarios. No caso da enfermaría moi por baixo das "ratios" por habitante, mal retribuídos, poucos tempos de descanso..., esperando e contando os recursos funxibles para que cheguen ate que se administre o seguinte pedido (recortado).

En moi breve non haberá enfermeiras suficientes, ao igual que pasa noutras latitudes, os motivos súmanse. Unha cousa é ter espírito de servicio e outra cousa é que che tomen o pelo os políticos e os usuarios. Entre os enfoques que se fai xente nova con espírito de servizo e axuda xa escoitamos este: pódese axudar sen por en xogo cada día a nosa saúde física, psíquica e social. A nosa reflexión ao respecto é dar creto a este pensamento e cavilar que iso non se paga con cartos, nin aplausos. Máis cando (acabamos de velo) pasado o día pasou a romaría e volvemos as mesmas. A mesma rutina, as mesmas escasezas, aos problemas vellos e mailos novos. Grazas por estar aí por atendernos por coidarnos, por non deixar aos noso morrer sos, pero iso xa forma parte do pasado ou iso cremos (vai ti ver).

E novamente a enfermaría os sanitarios volven a estar sos, diante das persoas que necesitan deles, e volven a facer milagres a costa da súa saúde, da súa familia, dos seus amigos. En definitiva volven a ser pobres das portas, mendigando unha sanidade publica e universal polo ben da comunidade. Somos tan particulares que nin para nos pedimos, pedimos para unha sociedade máis xusta equilibrada e sa.

O exercicio da profesión enfermeira non queima (de ser así xa non existiría a profesión) pero coce e os resultado son os mesmos, que os da queimadura. So nos falta que nunha destas sirvamos de xantar aos farturentos que teñen a mesa chea e non se atreven a coller ao bicho mirándolle aos ollos e aos lado dos sanitarios.

Debemos de tomar conciencia por partida tripla: os primeiros os profesionais, exercendo con profesionalidade e esixencia aos xestores e responsables políticos; o segundo os cidadáns sendo respectuosos e considerados con quen os coida; por último os políticos administradores da confianza que depositamos neles, non facendo unha política mercantilista, se non invertendo en saúde, por que iso é unha inversión rendible (ben sei que a longo prazo, e sen réditos políticos). Trátase de inverter en persoas sas útiles e produtivas para a comunidade.

Dende a Enfermaría

Agradecemos os aplausos, os parabéns de propios e estraños. Agradecemos os recoñecementos públicos e as homenaxes.

Pero sobre todo queremos traballar sen por en risco as nosas vidas nin as dos nosos de xeito innecesario.

Queremos que se atendan as nosas demandas e necesidades profesionais nos nosos postos de traballo.

Queremos traballar a gusto sen estrés, nin carreiras, para poder facelo ben.

Queremos que se conte con nós no momento de planificar e artellar o traballo en prol da saúde nos diferentes eidos: comunitario, hospitalario, centros sociais, escolares, asistenciais, investigadores ou docentes.

Queremos sumar todos xuntos, cos nosos compañeiros e mailos doutras disciplinas e profesións, cos usuarios do noso sistema sanitario (enfermos ou sans) cos políticos que gobernan sen enganos, con boa fe.

As enfermeiras/os unha vez máis ofrecemos como sempre, coma tódolos días as nosas mans cálidas, pacificadoras, tranquilizadoras e traballadoras a aqueles que as precisen e demanden.

O noso obxectivo último é que a casa estea en orde limpa e lista para ser usada como corresponde no século XXI.

Tomás Barrero Delgado (Badajoz - Lugo)

Entrevista realizada por Isidoro Rodríguez Pérez

Antes comezar teño que dicir que esta entrevista foi realizada no mes de abril do ano en curso. O motivo deste parladoiro estivo fundamentado no recoñecemento que o Colexio Oficial de Enfermaría de Lugo fixo ao noso compañeiro co Premio Practicante Faustino Vilar na edición do 2020, outorgado na Asemblea Ordinaria celebrada no mes de febreiro deste mesmo ano e á proposta da Xunta de Goberno. O galardón está sen entregar debido á evolución da actual pandemia. Cando lle foi comunicado pola Presidenta Lourdes Bermello, foi participe do seu agradecemento e a ilusión que lle fixo este recoñecemento a súa carrreira profesional.

Cando falabamos deste compañeiro e alguén preguntaba —que Tomás? A resposta era —*o extremeño*— ou ben —*Tomá,* que era como el pronunciaba o seu nome foneticamente. Nese momento xa sabiamos de quen estabamos a falar: compañeiro, xeneroso, altruísta, bo profesional e mellor persoa. Metido en cantas leas facía falta se a súa familia ou a profesión así llo demandaba. Gozaba sempre de bo humor e sempre tiña unha boa palabra na boca para aqueles que trataban con el, a súa sinal de identificación era a gracia, mais co humor, sempre tiña a punto unha palabra de ánimo ou un "chascarrillo" gracioso que nos facía debuxar un sorriso. Namorado da súa familia e tamén da súa profesión.

Oriundo de La Zarza en Badajod (1958), galego por conversión e de corazón dividido entre Extremadura, a terra que o viu nacer, e Galicia a terra que o viu medrar e madurar.

Onde estudou?

Escuela Universitaria Enfermería de Mérida, estudié ATS, posteriormente realice el curso de nivelación de la UNED, para ser en Diplomado Universitario en Enfermería.

Enfermaría por que?

Empecé por curiosidad, desde primero de curso me empezó a gustar y me acabó envolviendo, puedo decir que soy un Enfermero vocacional y enamorado de mi profesión.

Me siento orgulloso de mi familia y de ser enfermero.
Foto cedida pola familia de Tomás Barrero Delgado.

Que estudos postgrao realizou?

Especialidade de Enfermería de Empresa, máster en Enfermería de Urgencias, Máster en Gestión y Prevención en la Empresa con especialidad en gestión y prevención.

En que ano foi a chegada a Galicia?

Llegué a Galicia, un día de lluvia, un 20 de junio de 1978

Por qué elixiu esta terra?

Por una oferta de trabajo de Dragados y Construcciones. En una plaza de Enfermería de Empresa, la oferta era para varios países incluída España. Decido empezar en nuestro país y elijo Viveiro. Dragados en esos

momentos empezaba a construír el puerto de alumina aluminio. Empiezo en una pequeña consulta, era una caseta prefabricada de obra, pero tenía las herramientas suficientes para desempeñar mi labor. Me encantó, como me encantó lo arropado que estuve por el pueblo de Viveiro.

Din que cando un home novo ben a Galicia se coñece a unha galega quedase aquí, no caso de Tomás seguro que foi asi.

Al año escaso de estar aquí, conocí a una mujer extraordinaria, Conchita la que hoy es mi esposa.

A Galicia le debo mi trabajo, mi familia, mi formación y mis amigos. Sin renunciar a mis raíces extremeñas, me consideró un Enfermero Gallego.

Enamorado da súa familia…

Conchita, mi querida esposa una mujer valiente y emprendedora, con carácter, una mujer que en todo momento me apoyó. Renunció a su trabajo para cuidar a nuestros dos hijos: Tomás y Alejandro. En estos momentos, debido a mi estado de salud, es la mejor cuidadora del mundo (y digo mi estado de salud porque llevo un año luchando con un cáncer de estómago).

Respecto a nuestros hijos, Tomás y Alejandro, son dos chavales nobles y con un gran corazón. Estoy orgulloso de los dos. Que va a decir un padre de sus hijos…

A súa experiencia laboral e longa e ampla, dende a Enfermaría de Empresa ate a xestión pasando pola docencia

Enfermero de Empresa; Enfermero Militar; Enfermero del Servicio de Urgencias en Villalba, Fingoi, Hospital Xeral e pediatría; en Atención Primaria en Fonsagrada, Lugo; diversos servizos del Hospital Xeral. Dentro del hospital ejercí como docente, también gestión como Coordinador de tardes y noches, más tarde en el Centro Salud de la Milagrosa como coordinador de Enfermería.

Todo esto lo compaginé con empresas privadas; en un laboratorio, formador Voluntario en la Cruz Roja Española. En varias empresas y mancomunidades de servicios de prevención, en la ONCE, en el Servicio de Prevención de Telefónica de España.

Tamén é coñecido pola súa faceta como comunicador

Empiezo a desarrollar esta función de forma específica en el Hospital Xeral, sigo en Atención Primaria y después participo en las dos áreas, con la finalidad de unificar criterios.

Para mi, la experiencia docente es extraordinaria y enriquecedora ya que aportas y te aportan. Entiendo la formación como una manera de complementar mi aprendizaje profesional. Me obliga a estudiar, documentarme, compartir mi experiencia competente.

Defensor da Enfermaría Escolar. Colabora con varios colexios públicos e privados (Galén, Fingoi) nos que exerce como educador sanitario. Elabora cos alumnos traballos e vídeos, algúns deles recoñecidos e premiados polo seu contido en Educación sanitaria.

Como é o seu vínculo co Colexio de Enfermaría

Fue siempre muy buena relación la puedo calificar como extraordinaria. Fui presentador de la fiesta de San Juan de Dios durante varios años y colaborador impartiendo formación.

Cal é a súa relación coa Escola Universitaria de Enfermaría

Ejercí como colaborador y responsable de los alumnos de la Escuela. Trato de implicar a los alumnos para presentar ponencias y comunicaciones, considero importante incentivar al alumnado en la importancia de presentar una comunicación o ponencia, ya que con ella repasamos lo que sabemos y recordamos donde fallamos, así como que es lo que podemos mejorar.

Que é o que máis lle gusta a hora de exercer a enfermaría?

El contacto con el paciente.

Cal considera a maior virtude dos profesionais da enfermaría?

La proximidad, el calor humano, la asertividad y la empatía, pero no podemos olvidar nunca la importancia de la preparación para el desarrollo de nuestra profesión.

Cal lle parece o maior defecto dos profesionais da Enfermaría?

La falta de COMUNICACIÓN.

Que cambiaría da profesión?

Simplicaría los programas informáticos, aumentaría el número de profesionales en los diferentes servicios y así disponer de más tiempo para nuestros pacientes.

Considero necesaria más comunicación entre Escuela, Hospital y Atención Primaria. No olvidemos que todos somos parte de un equipo que busca proporcionar una mejor atención a los pacientes, dando una gran formación a los futuros profesionales, pero también a los actuales.

Que cambiaría dos profesionais?

Daría más formación en relaciones humanas, con tantos protocolos y nuevos sistemas informáticos, parece que nos olvidamos de lo primordial, nuestros pacientes.

Yo pongo el café tu una sonrisa. **Foto cedida pola familia de Tomás Barrero Delgado.**

No debemos olvidar de llamar al paciente por su nombre y no perder nuestra sonrisa.

Todo profesional enfermeiro precisa unha actividade para limpar a súa mente despois dunha dura xornada de traballo. Cal é a de Tomás? Como xurdiu?

Cantar, es una de ellas. Estoy en el Coro del Hospital. Fui Presidente de la Coral, relevando a Edelmiro, su fundador. La tuve que dejar tras enfermar. El formar parte de este grupo musical surgió en el hospital inducido por el capellán Edelmiro Ulloa.

Asistencial, xestor, docente, investigador, con que función se sente máis identificado, ou ben que lle gustaría desenvolver dentro da enfermaría, se puidese decidir vostede, sen influencias de soldo?

Tal vez tengo una, esclavitud de todo, pero primero me quedaría con la Asistencial. Necesito el contacto con el paciente. Me encanta compartir, por lo cual, la docencia es perfectamente compatible. Y por último mi experiencia como gestor ha sido positiva, hacer que un servicio funcione con el empuje de todos y una buena comunicación y reparto de trabajo equitativo.

Quédanos algo por dicir?

Si, Me siento orgulloso de ser Enfermero.

A derradeira mensaxe que me enviou Tomás polo whatsapp, foi uns días antes do seu pasamento, dicía así:

Bo día!
Yo pongo el café…
Tu una sonrisa

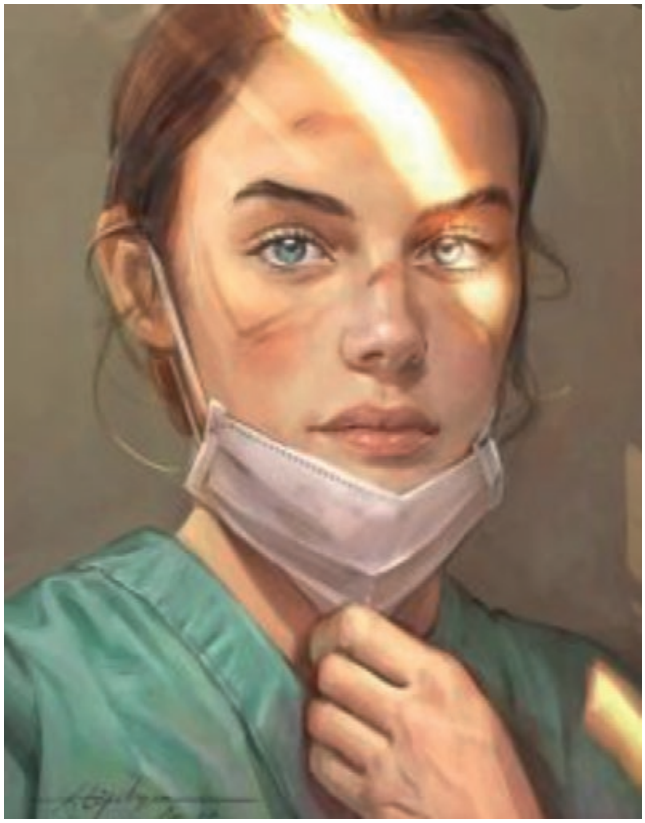
No noso corazón seguirá sorrindo sempre

Catarsis

María Rodríguez Trigo · mrtrigo1977@gmail.com

Este relato está baseado en feitos reais acontecidos ala polo mes de marzo do ano 2020. A incoherencia ameazaba ós nosos días, inxenua de min, nos primeiros momentos tiña algunha esperanza. Levabamos días escoitando o que estaba a pasar en Wuhan, Italia e Madrid. Estabamos á espera de instrucións ante o que se aveciñaba. *"Cando as barbas do teu veciño vexas pelar pon as túas a remollar"* diría meu pai, pero pasaban os días e non chegaban pautas. Non quedou aí o conto. Lembro frases dignas de enmarcar, como un insulto á intelixencia, ditas por persoas que deberían ter coñecemento de causa: *"no pongáis mascarilla que alarmáis a la gente"*. Co paso dos días mudou o slogan: *"la nebulización no se considera de riesgo, os sirve perfectamente la mascarilla quirúrgica", "podéis conectar la nebulización y salís corriendo de la habitación", "os vamos a enseñar como poner y quitar adecuadamente un EPI, pero sólo sería en caso de tener pacientes con Covid"*. Para o coidado de pacientes con sospeita non se contemplaba ningunha norma a priori, algo que nos desconcertou moito.*"El material de protección va a permanecer bajo llave para cuando tengamos casos"*.*"No os preocupéis, podéis entrar en la habitación sin EPI, pongo la mano en el fuego de que el resultado de la PCR va a ser negativa, es que ahora hay que pedir PCR a casi todos los pacientes por protocolo". "Non, de momento non nos deron ningunha instrución de limpeza relacionada coa epidemia"*.

Toda esta información contraditoria facíanos traballar como se tivésemos os pés de barro e un montón de barullo na mente. As máscaras FFP2 requisadas, desaparecidas en combate, tivemos que rescatar algunha que puidera quedar perdida no vestiario. Na casa recollendo impermeables, bolsas do lixo adaptadas, as gafas e o mono de andar no sulfato. Buscando información pola Internet e falando con compañeiras doutras áreas. Viñeron frases que evidenciaban que tiñamos que pasar da preocupación á ocupación: *"rapazas, dunha tenda de Monforte doaron buzos e gafas", "do colexio de enfermería deixaron na planta 6 pantallas de protección", "de urxencias subiron unhas pantallas e uns salva orellas". "O persoal de urxencias vai mercar material". "Finalmente van facer planta Covid e a nosa será Pre-Covid", "xa deixaron un protocolo no control de enfermería… non era sen tempo!!"*.



En comparación con outros lugares non tivemos sobrecarga de casos positivos, aínda así tivemos compañeiras que se contaxiaron. Dende logo, si coincidiran maior número de casos naquelas dúas semanas de Marzo… non quero pensar. E para mais inri, tiñamos que escoitar na radio o noso director dicir que *"todo está bien, todo muy bien, sin problema"*. Mostrando que un dos erros que tivemos na organización destas semanas de estrés foi a pésima comunicación, que non chegaba ós controis de enfermería. Quero pensar que estaban a planificar, dende logo non souberon comunicar e o que é máis grave, nos principios, conseguiron confundir.

Quero deixar constancia dun feito que, sempre que o lembro, os pelos póñense de punta. Daquela eramos planta Pre-Covid, todo un logro ter separados pacientes pendentes de resultado da PCR doutros pacientes sen sospeita. Era un domingo pola tarde. Non tiñamos batas impermeables. Nunca cheguei a ver un EPI completo deses que abres e tes todo o necesario, aquí viñan

as cousas a contagotas. Chamamos á supervisión, ese día viñeron dous, cousa rara, supervisor e supervisora. Pedimos material… *"uy, batas no quedan"* dicía o supervisor sen moita preocupación. Lembro a resposta da miña compañeira. Ela non é das que se queixan por nada. Quedou mirando fixamente e cun ton suave pero moi contundente espetoulle *"ata que non me traiades o material eu non entro na habitación".* El ollou para as batas que tiñamos colgadas, aquelas que metiamos en auga con lixivia, mostra do noso estado de desesperación. Rumoreábase que o material estaba baixo chave no despacho dalgún xestor, vai ti saber!!! *"Podéis usar de esas que tenéis ahí"*… a miña compañeira non apartara a mirada del, con xesto serio sen levantar a voz pero tan contundente como a primeira vez sentenciou *"ata que non me traiades material eu non entro na habitación".* Marcharon. Ese día notei como a paciencia da miña compañeira chegara ó límite. A escena foi o reflexo de moit@s de nós que andamos fart@s de andar pedindo o necesario, o básico. Apareceu por alí o supervisor cunhas poucas batas que lograra atopar despois de moito rebuscar. Lamentable.

Como é posible que durante esta situación de perigo se escatimase e requisase material básico de protección, expoñéndonos a un risco innecesario? Como se entende que durante meses estivesen mareando a perdiz co tema de "máscaras FFP2 solo si"… cando dende o primeiro momento a lóxica mostraba que nos deberían proporcionar polo menos unha FFP2 a cada unha e buscar o xeito de conseguir máis, en vez de gardalas baixo chave e confundirnos coa pertinencia de si temos que poñer unha, outra ou ningunha. Canto tempo e enerxía perdemos en algo tan básico. E sobre todo, canto dano para as nosas mentes onde o sen sentido andaba a confundir ó sentido común. Para min ese foi o dano maior, pois con protección e organización, o virus non xera tanto medo. Nunha situación crítica é cando se pon en evidencia as capacidades dos que teñen que tomar decisións. Quero pensar que noutros centros a organización funcionou mellor, quizais noutros lugares foi peor… dende logo as carencias de algúns/algunhas que tiñan que tomar decisións quedaron en evidencia… e ese, tristemente é tamén un grande risco para a nosa saúde.

Obradoiro de Escritura e Comunicación

Curso Académico 2020/21

No presente curso na Escola Universitaria de Enfermaría de Lugo comezou una nova edición desta experiencia iniciada o pasado curso no que os alumnos aprenden a escribir e comunicar temas relacionados coas súas actividades académica e máis de enfermaría.

Neste primeiro cuadrimestre contamos con Obradoiro de Escritura I e Obradoiro de Escritura II

O coordinador é o profesor Isidoro Rodríguez Pérez quen sinala a importancia da escritura para o desenvolvemento do traballo enfermeiro na actualidade e fai unha valoración moi positiva das alumnas/os que a maiores da súa carga curricular amosan un gran entusiasmo adquirindo neste taller coñecementos que lles servirán para desenvolver con máis soltura a súa actividade académica, o que seguramente se verá recompensado nas súas cualificacións, por outra banda tamén será unha importante experiencia vital así como para o desenvolvemento profesional cando chegue o momento.

O Obradoiro está dividido en I e II segundo os diferentes coñecementos cos que se traballa

No Obradoiro I trátase de iniciarse no mundo da escrita, aprender a facer Lectura crítica, coñecer diferentes estilos de escritura e aplicalos de forma académica. No momento presente están a realizar artigo de eventos relacionados co Escola de Enfermaría de Lugo.

No Obradoiro II as alumnas/os que o pasado curso traballaron no Obradoiro xa adquiriron unha importante bagaxe, cada alumna/o elaborou como mínimo dous artigos, un de índole científico o outro de carácter divulgativo xeral así publicaron xa un artigo o outro está en vías de procesamento. No actual curso amplían coñecementos sobre escritura e comunicación. Entre os coñecementos cos que traballan están: descubrir e aplicar fontes de información para a redacción (destacando a entrevista en profundidade), así como empregar diferentes formas e medios de comunicación.

Presentación do Obradoiro de Escritura e Comunicación 2020/21. Foto: Obradoiro I.

Obradoiro de Escritura e comunicación. Novembro 2020. Foto: elaboración propia.

No momento actual realizan un importante traballo de recollida de datos sobre as Xornadas da Escola de Enfermaría, que vai cara a súa vixésimo quinta edición, os alumnos e alumnas están seguindo e xestionando todo o proceso de investigación sobre estes actos, aplicando o modelo científico.

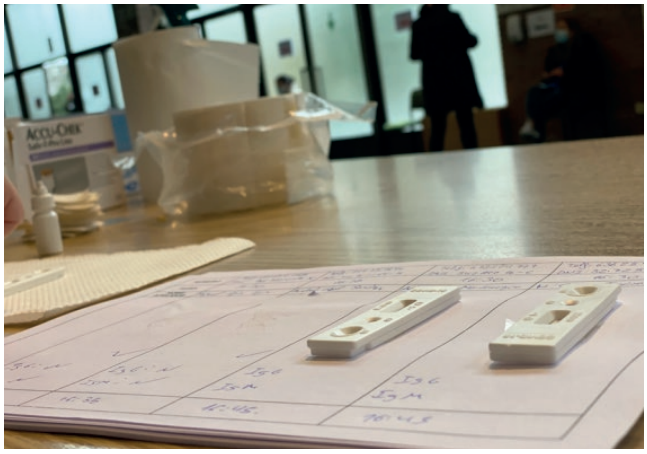
Cribados COVID-19 a universitarios de Galicia: Escola Universitaria Enfermaría de Lugo

Obradoiro de Escritura e Comunicación da Escola de Enfermaría de Lugo.
Isidoro Rodríguez Pérez (Coordenador). Alejandro Roca Castaño (Alumno).

Trala aparición da COVID-19, os laboratorios e investigadores comezaron rapidamente a pescudar nunha forma de coñecer que persoas están infectadas. Debido a súa clínica difusa que comparte con outras enfermidades respiratorias resulta difícil o seu diagnóstico diferencial, polo que se fai necesario realizar probas de laboratorio para un diagnostico certo, podendo así descartar ou afirmar un SARS COV2.

Nun primeiro momento a Organización Mundial da Saúde e diversas fontes científicas crearon infografías para recoñecer os síntomas. Entre estes citaban dificultade respiratoria, febre e tose seca. Posteriormente fóronse coñecendo máis síntomas asociados, tales como a perda do gusto e o olfacto, diarrea ou dores musculares.

Dado que esta sintomatoloxía resulta pouco definitoria foi necesaria a creación de novas formas de diagnóstico, entre as probas máis eficaces están as coñecidas PCR, as serolóxicas (que se realizan no laboratorio), test de saliva e test rápidos. Estes últimos son os máis cómodos para o usuario, e como o seu propio nome di, os máis rápidos na súa lectura; en aproximadamente uns 15 minutos e co sangue obtido mediante a punción dixital cunha lanceta (a técnica é semellante á empregada na realización dunha glicemia) aplicándolle posteriormente un reactivo obtéñense os resultados, coñecendo se o individuo posúe antíxenos IgM e/ou IgG.



Test rápidos á espera da súa lectura.
Foto: Alejandro Roca Castaño.

Os resultados interprétanse do seguinte xeito:

- Se a IgM e a IgG son ámbalas dúas positivas a persoa está pasando a infección de forma bastante recente e está desenvolvendo anticorpos (fase activa).
- Se a IgM é positiva e a IgG negativa, a persoa posúe unha infección moi cercana no tempo (está en fase de infección activa).
- Se a IgM é negativa e a IgG positiva, a persoa estivo en contacto co virus e posúe anticorpos (xa pasou a fase de infección).
- Se a IgM e a IgG son negativas, a persoa nin estivo en contacto co virus nin desenvolveu anticorpos (polo menos nun período recente).

Os test rápidos foron producidos de forma masiva, no mes de Novembro grandes lotes adquiridos polo Servizo Galego de Saúde foron enviados ás universidades para os campus do Sistema Universitario de Galicia, co gallo de realizar cribados entre a poboación universitaria, xa que se asociaron diversos brotes aos estudantes.

Ofrecéuselles realizar estes cribados aos alumnos dos graos de enfermería da comunidade, na categoría de practicas e baixo a titorización da medico e a enfermeira de Empresa da Universidade, así como do profesorado dos centros de ensino de Enfermaría. No campus de Lugo realizáronse entre os días 22-23 e 26-27 de outubro un total de 2.254 test.

Estudantes de enfermaría realizando o cribado na facultade de Veterinaria de Lugo. Foto: Alejandro Roca Castaño.

Cada vez que algún colectivo ten que asumir algunha responsabilidade nova ou que se sae das establecidas rutineiramente, xorden diferentes posicións, o que as veces pode dar lugar a conflitos de maior ou menor magnitude. Esta situación non resultou ser unha excepción. Nalgúns campus da comunidade universitaria galega parte do alumnado dos centros de formación en Enfermaría prestouse a realizar os cribados, a meirande parte non puxo ningún inconveniente, como foi o caso do Campus de Lugo, noutros campus negáronse a realización deste cribado.

As argumentacións das diferentes posicións para negarse á realización destas probas masivas por parte do alumnado de enfermaría foi a seguinte: que non se lles permitía realizar a totalidade das súas prácticas, habendo limitación dos servizos aos que podían acudir, polo tanto non ían realizar os cribados voluntariamente. Entre as argumentacións tamén se encontraba a de que estas actividades deberían ser remuneradas ou realizados por profesionais de enfermaría.

Estes razoamentos foron os que deron lugar a que noutros campus os alumnos de enfermaría se negaran nun primeiro momento á realización destes exames, adquirindo unha certa difusión nas redes sociais esta situación, con todo as probas foron realizadas sen maiores incidencias.

No Campus de Lugo estas probas foron realizadas, voluntariamente, polos alumnos de terceiro e cuarto curso da Escola Universitaria de Enfermaría, aos que se lles ofertou esta actividade.

Con esta actividade na USC realizáronse un total de case 14.000 tests (13.987) entre os campus de Lugo (2.254 test cunha participación arredor do 70% e cunha positividade do 0,9%) e de Santiago (11.733 tests cunha participación do 61% e cunha positividade do 0,8%) segundo sinalan as fontes da USC.

A xerencia da USC amosou o seu agradecemento aos estudantes de Enfermaría trasladando os seus parabéns a Dirección e o Decanato dos centros de Lugo e Santiago.

Os alumnos de enfermaría demostraron estar a altura da xenerosidade e do altruísmo do que fan gala os profesionais xa graduados, o que nos leva a pensar que a profesión vai continuar contando con profesionais cuns altos valores sociais e morais, nos que prime o benestar das persoas e da comunidade.

Dado que estamos vivindo uns momentos excepcionais, encontrámonos sen normas nin regras polo que nalgunhas comunidades xa se está comezando a lexislar ao respecto. No momento de redactar esta información o Goberno da Comunidade de A Rioxa ven de publicar un decreto no que fai alusión as prestacións persoais e de *carácter obrigatorio* para os estudantes de enfermaría no seu ultimo ano de formación especificando as súas funcións e o xeito de realizalas: "serán as de auxilio sanitario e teñen que desenvolverse en calidade de apoio e baixo a supervisión dun profesional sanitario". Outras comunidades como Cataluña tamén reactivaron, con carácter voluntario, a posibilidade de contratar a estudantes para reforzar o número de persoal sanitario dispoñible e facer fronte a esta nova ola da pandemia.

Consulta preconcepcional

Cristian Martín Vázquez • cristianmatrona@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En el control del embarazo y en la asistencia al parto vemos cómo la edad materna aumenta cada año. Según los últimos datos publicados por el INE en 2019 (provisionales) la provincia con mayor edad media materna al parto de todo el territorio español es Lugo; además el 40% del total de los partos se producen en mujeres con 35 o más años siendo además muchos de ellos su primer parto. Por lo anteriormente expuesto vemos que los embarazos son cada vez con mayor riesgo y con mayor patología; además muchas de estas madres se enfrentan a su primer embarazo con patologías crónicas y con tratamientos crónicos que conviene estudiar y modificar si es preciso. Por este motivo consideramos más que nunca de vital importancia de las parejas acudan a su matrona de atención primaria para realizar la correspondiente asesoría consulta preconcepcional, con el objetivo general de llegar en óptimas condiciones a ese embarazo planificado.

Se estima que aunque la mitad de los embarazos son planificados, tan sólo el 10% de las mujeres acuden a una consulta preconcepcional; en muchas ocasiones ocurre por desconocimiento por lo que es nuestra obligación como agentes de salud informar a todas las mujeres en edad fértil de la importancia de esta consulta y que pueden acceder a ella solicitando cita con su matrona de atención primaria.

IMPORTANCIA

La consulta preconcepcional está indicada en mujeres de edad reproductiva, sanas o con patología previa.

El consejo reproductivo durante el periodo preconcepcional constituye un aspecto importante dentro de la asistencia prenatal dado que la salud de una mujer durante el embarazo depende en gran medida de su estado de salud antes de la concepción.

Cada vez más mujeres tienen algún tipo de patología crónica o toman algún tratamiento crónico que es preciso modificar antes de buscar embarazo.

Por otro lado, el periodo de mayor vulnerabilidad ocurre en las diez primeras semanas de gestación, periodo que además suele coincidir con un desconocimiento de la gestación y por ende conductas de la mujer que distan de los autocuidados recomendados en el embarazo (ingesta de ácido fólico y yodo, prevención de toxoplasma, etc.) de los que hablaremos más adelante.

La consulta preconcepcional se divide en dos visitas según la guía de atención al embarazo del SERGAS. A continuación voy a detallar los objetivos y actividades a realizar en cada una de ellas. En la primera visita se realizaría una completa historia clínica y exploración física con solicitud de pruebas complementarias y en la segunda visita se observarían resultados y se propondría un plan de cuidados para esta pareja.

1º VISITA:

Objetivos

- Promover la salud de la mujer y de su descendencia.
- Identificar riesgos biomédicos, de conducta y sociales, tanto maternos como paternos antes de la concepción con el fin de modificar conductas y mejorar los resultados perinatales.

Actuaciones sanitarias a realizar

- ANAMNESIS COMPLETA
  - Edad
  - Antecedentes personales: especial atención a enfermedades como diabetes, HTA, epilepsia, trastornos del tiroides, obesidad, enfermedades autoinmunes, alergias, asma, cirugías, transfusiones y trastornos psiquiátricos.
  - Antecedentes personales de inmunidad: interesan aquellas enfermedades que constituyen un riesgo materno-fetal o que puedan ser heredadas por el feto así como revisión de su cartilla de vacunación. Cribado de rubeola, varicela, hepatitis B, hepatitis C, VIH, LUES; así como otras como ZIKA o CHAGAS dependiendo de origen y estancia en los últimos 6 meses.

- Antecedentes familiares y genéticos: interesan aquellas enfermedades que constituyen un riesgo materno-fetal o que puedan ser heredadas por el feto (hemofilia, distrofia muscular, fibrosis quística, etc.)
- Factores de riesgo medioambiental y laboral: interesa conocer tipos de trabajo y exposiciones a tóxicos.
- Consumo de sustancias tóxicas.
- Hábitos de vida: alimentarios, actividad física y deportiva.
- Valoración de factores psicosociales y económicos: tipo de vivienda, personas a cargo, conflictos familiares, necesidades de ayudas sociales, etc.
- Tratamientos crónicos y adaptación si precisa.

• EXPLORACIÓN FÍSICA
- Toma de tensión arterial y pulso.
- Peso, talla y calcular IMC.
- En caso de patología documentada previa al embarazo: valoración médica del estado actual de salud.
- Actualización de cribado de cáncer de cérvix, si procede.

• SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
- Hemograma completo.
- Serologías:
  · Rubeola, LUES, hepatitis B, hepatitis C, VIH.
- Valoración de función tiroidea, no se puede descartar que Galicia siga a ser deficiente en iodo por lo que en caso de mujeres con deseo gestacional se recomienda realizar cribado de función tiroidea.

• EDUCACIÓN PARA LA SALUD
- Informar de los efectos nocivos de tabaco, drogas y alcohol sobre la fertilidad y concepción y sobre el feto. Ofrecer programas de deshabituación.
- En el caso de no estar vacunada ni haber sufrido varicela, ofertar vacuna antivaricela previo a la concepción, sobre todo si su entorno laboral se desarrolla con niños.
- En el caso de no estar vacunada contra la hepatitis B, n haber sufrido la enfermedad, ofertar la vacuna previa a la concepción.
- En mujeres no vacunadas frente a tétanos iniciar primovacunacion con la vacuna tétanos/difteria (Td).
- Aplicar medidas higiénico dietéticas de prevención de la infección de toxoplasma:
  · Lavar bien las verduras, hortalizas y frutas y pelar la fruta.
  · Lavar bien las manos y utensilios de cocina después de la manipulación de carne cruda, aves, marisco, frutas y verduras sin lavar.
  · Desaconsejar el consumo de embutidos y carnes curadas, siempre que sean previamente congelador durante por lo menos 24h a -20ºC.
  · No comer carne cruda o poco cocinada.
  · Evitar el contacto directo de las manos con excrementos de gatos (tierra, areneros).
  · Usar guantes en trabajos de jardinería-huerta, y lavar bien las manos al acabar.
- Evitar infección por virus ZIKA.

• PLANIFICACIÓN DE NUEVA VISITA PARA RESULTADOS Y DERIVACIÓN A OTROS ESPECIALISTAS SI PRECISA.

• REGISTRO DE TODAS LAS ACTUACIONES EN SU HISTORIA CLÍNICA.

2º VISITA

Objetivos

• Comunicar a la mujer los resultados de las pruebas solicitadas, aclarar todas las dudas, finalizar la evaluación de riesgo y realizar las actuaciones oportunas.

Actuaciones sanitarias a realizar

• INFORMAR A LA MUJER DE:
- Resultados de las pruebas analíticas.
- Evaluación del riesgo y catalogación de los factores de riesgo que en su caso, pueden afectar a la concepción y a la gestación.
- En función de la valoración individual del riesgo de enfermedad hereditaria, valorar la necesidad de remitir a la consulta de médico especialista correspondiente.
- Procesos crónicos preconcepcionales:
  a. Diabetes mellitus: intentar conseguir un control óptimo pregestacional.
  b. Epilesia: utilizar fármacos a dosis mínima eficar y en monofármaco.
  c. Hipertensión arterial: Ajustar el tratamiento a fármacos que puedan usarse en la gestación.

d. Hipo o hipertiroidismo: normalizar la función tiroidea.

e. Concectivopatías: esperar 6 meses de inactividad de la enfermedad antes de intentar gestación.

f. Trastornos psiquátricos: individualizar en función del trastorno y severidad y se procede, derivar a las unidades de salud mental.

g. Alteraciones en el peso: En mujeres que planifican el embarazo, con un IMC < 18,5 Kg/m2 o >= 25Kg/m2, se sugiere ofrecer información y consejo dietético, así como una realización de actividad física moderada en caso de sobrepeso.

– Valorar vacunación si procede según serologías y estado vacunal. Si vacuna de virus vivos (por ejemplo, triple vírica para inmunización de rubeola, postponer búsqueda de embarazo al menos 28 días).

– Prescripción de acido fólico:

· Mujeres de bajo riesgo: sin antecedentes de defectos de tubo neural (DTN): 0,4 mg/dl.

· Mujeres de alto riesgo: Antecedentes de defectos de tubo neural (DTN), feto previo con DTN, IMC > 35, diabética, a tratamiento con anticonvulsivantes antagonistas de ácido fólico y síndromes de malabsorción: 5 mg/día

· Se recomienda la administración de ácido fólico en forma de monofármaco y no en complejos multivitamínicos.

· Se recomienda iniciar esta profilaxis por lo menos un mes antes de la concepción y continuar hasta las 12 semanas de embarazo (aunque habitualmente se toma durante toda la gestación y lactancia si esta es materna).

– Recomendar un aporte adecuado de iodo durante los meses previos a la concepción:

· La ingestión diaria adecuada de alimentos ricos en iodo (a+b+c)

a. Si no hay contraindicación para el consumo de sal, utilizar sal yodado como condimento, 3-4 g/día.

b. 3 raciones diarias de leche y derivados pasteurizados.

c. Productos marinos por lo menos 3 veces por semana.

· Suplementación con 200 mcg de ioduro potásico diario, por lo menos 3 meses antes de la concepción.

– Realizar educación sanitaria sobre hábitos de vida y otros consejos; así como la importancia de acudir a la primera consulta de embarazo con la matrona antes de la semana 10 de gestación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Informe provisional del Instituto Nacional de Estadística (2019).
2. "Defining preconception: Exploring the concept of a preconception population. BMC Pregnancy Childbirth". Hill B, Hall J, Skouteris H, Currie S. 2020;20:280.
3. "Consulta preconcepcional e de atención ao embarazo normal. Proceso asistencial". Servizo Galego de Saúde. 2019.

¿Hacia dónde apunta tu brújula? Determinantes de salud, causalidad y epigenética

Lucía Menéndez Menéndez, Enfermera Familiar y Comunitaria
Luciamm1990@hotmail.com (@enfermeradecabecera)

– ¿Y tú por qué te hiciste enfermera?

– Para cuidar la salud.

– ¿Pero las enfermeras no cuidan enfermos?

El sistema sanitario es experto en enfermedad. Identificamos los síntomas, realizamos las pruebas necesarias, diagnosticamos la patología y la tratamos, frenamos o paliamos.

También nos adelantamos. Sabemos que la mayoría de las muertes se deben a unas pocas causas, las enfermedades no transmisibles, comúnmente bautizadas como crónicas: patología cardiovascular, oncológica, respiratoria y metabólica[1].

Conocemos sus marcadores y los límites de riesgo: valores analíticos, antropométricos o constantes vitales. Y prescribimos fármacos para estabilizarlos.

Identificamos los factores precipitantes o protectores: alimentación, actividad física, consumo de tóxicos, estado emocional. E indicamos fervientemente cambios de conducta.

Pero… ¿Podemos decir que trabajamos activamente por ayudar a preservar la salud?

DETERMINANTES DE SALUD

La primera vez que entendí el peso de los determinantes de la salud fue frente a esta imagen (figura1).

La presentación comenzaba mostrándonos el esquema únicamente de derecha a izquierda. En un primer momento, solo podíamos ver una gran pantalla en blanco con un solitario "enfermedad cardiovascular" a la derecha.

¿Cuáles son las causas de la enfermedad cardiovascular? Aparecían entonces, para nuestra satisfacción, los clásicos marcadores por todos conocidos. En nuestras mentes, las recientemente estudiadas cifras de anormalidad, o los nombres de los fármacos de elección según las últimas recomendaciones.

¿Y de qué dependen estas alteraciones? Era en este momento cuando los más activistas de la prevención y la promoción nos frotábamos las manos. Los factores de riesgo, las conductas humanas que precipitan la enfermedad. Interviniendo sobre los hábitos de las personas podríamos preservar su salud.

¿Que había entonces en la mitad izquierda de la diapositiva, aún en blanco para nosotros?

Más allá de los factores inmediatos, que colocaban el fracaso personal como determinante de enfermedad, el esquema ampliaba el foco hacia unas condiciones de vida prestablecidas, ajenas a la voluntad del individuo, y sobre las cuales influían factores políticos y sociales.

De esta forma se establecía una nueva secuencia que relacionaba circunstancias externas a la persona con su probabilidad de enfermar. En este nuevo escenario, los a menudo protagonistas factores de riesgo, pasaban a interpretar un papel secundario, al entrar en escena actores de instancias superiores.

Pero no solo eso, si entendíamos que eran factores socioeconómicos y políticos los que provocaban la enfermedad, debíamos enfocarnos en la existencia de desigualdades en salud.

El esquema con el que salí de aquella lección, una vez aniquilado el mío propio, fue el siguiente (figura 2):

CAUSALIDAD Y EPIGENÉTICA

Son numerosos los estudios que nos permiten hacer más tangible la relación entre condiciones externas y probabilidad de enfermar.

A modo de ejemplo, podemos señalar los clásicos artículos que ilustran, mediante imágenes territoriales, la asociación entre distribución de desigualdad y de enfermedad[4].

Otra vertiente de estas investigaciones es la orientada a identificar cambios a nivel genético, demostrando, por ejemplo, que haber pertenecido durante la infancia a una clase social desfavorecida produce metilaciones en la secuencia de ADN, las cuales se expresan en términos de enfermedad[5].

AMPLIANDO EL MAPA

Llegados a este punto, podemos entender mejor la importancia de aquella mitad izquierda de la diapositiva con la que abríamos nuestro artículo. El desafío a continuación será encontrar las herramientas que nos permitan incluir en nuestra práctica clínica esta orientación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
2. Diez Roux AV. Residential environments and cardiovascular risk. J Urban Health; 2003.
3. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
4. Domínguez-Berjón María Felícitas, Borrell Carme. Mortalidad y privación socioeconómica en las secciones censales y los distritos de Barcelona. Gac Sanit; 2005.
5. Relton CL, Davey Smith G. Epigenetic Epidemiology of Common Complex Disease: Prospects for Prediction, Prevention, and Treatment. PLoS Med; 2010.

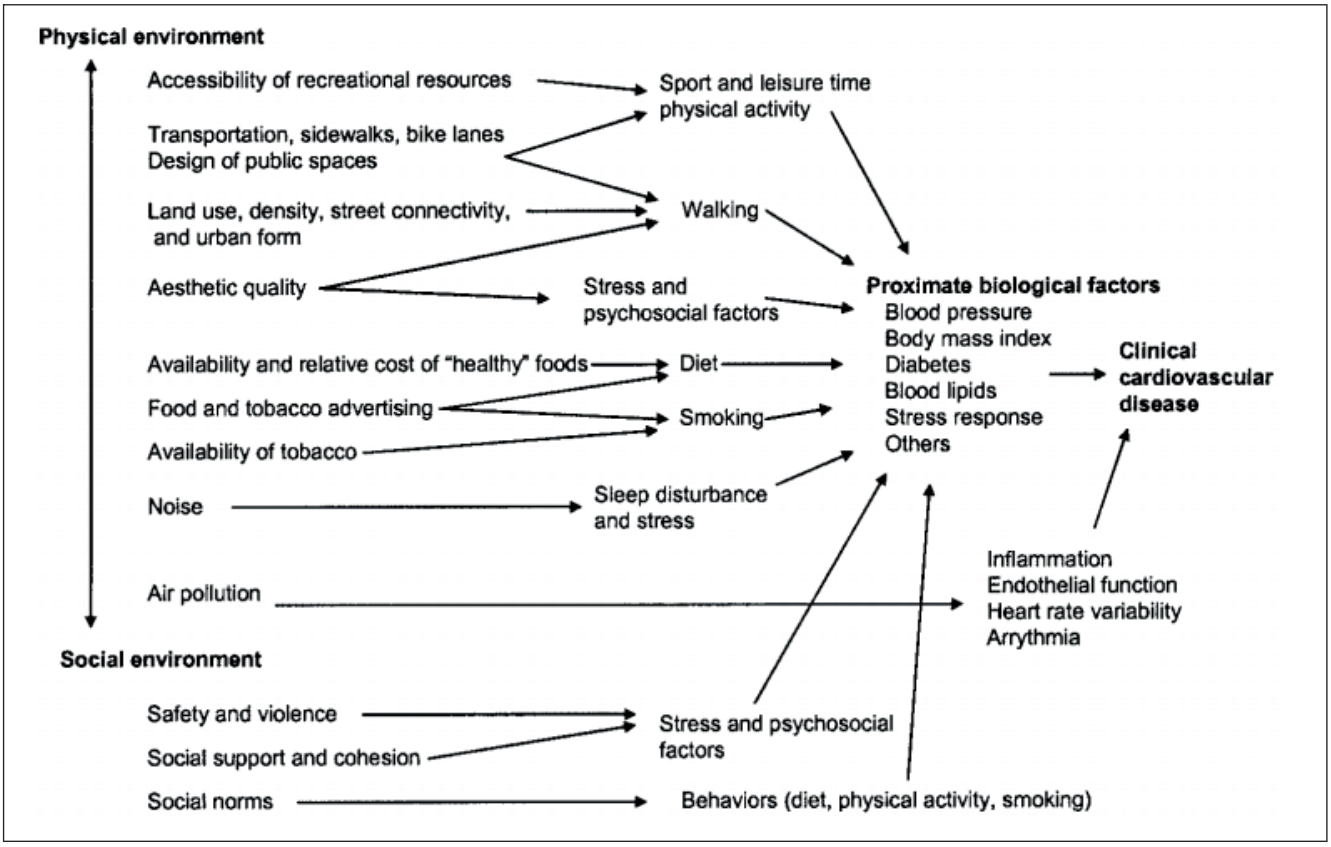


Figura 1: Representación esquemática de posibles vías que vinculan los entornos residenciales con el riesgo cardiovascular.[2]

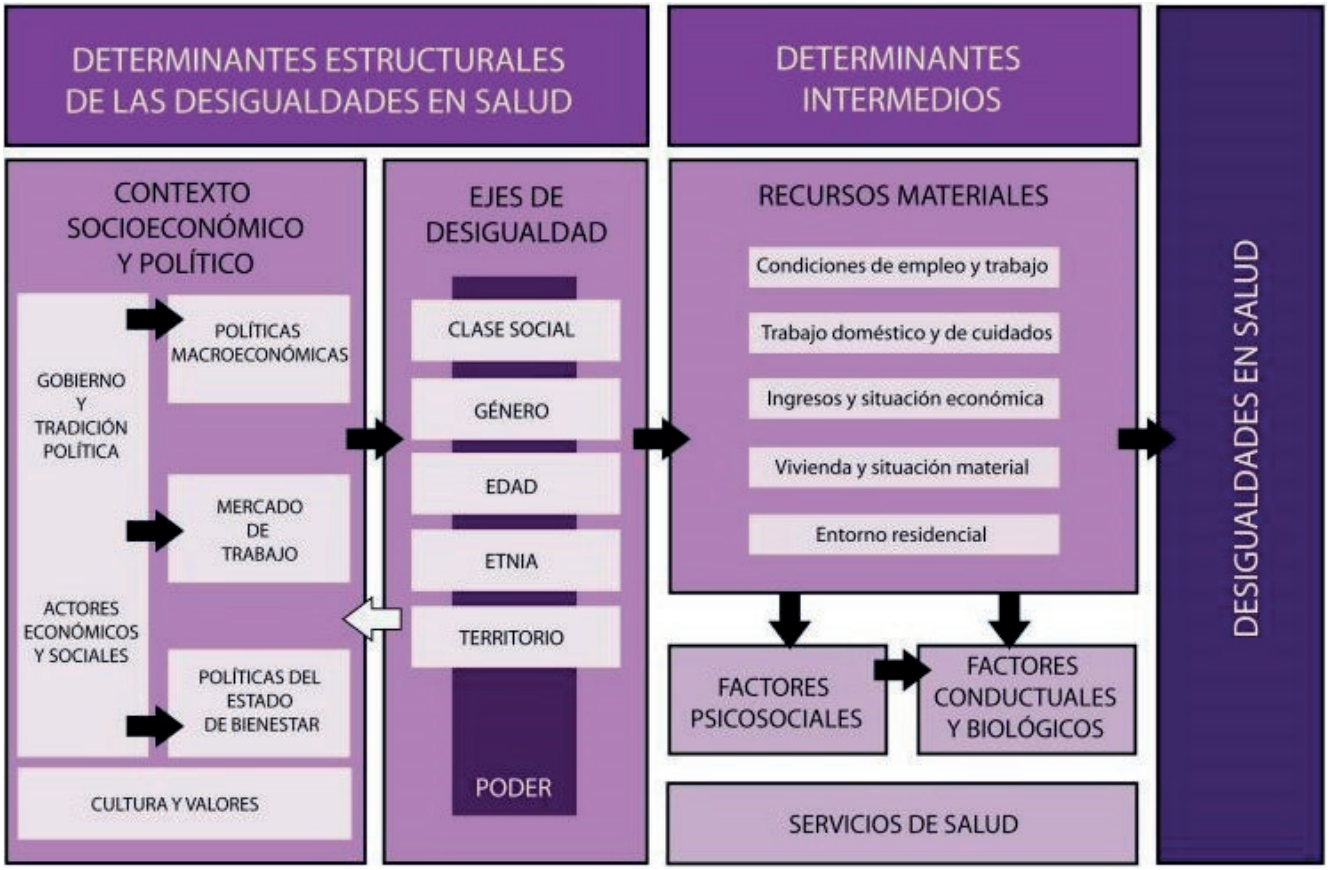


Figura 2: Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud.[3]

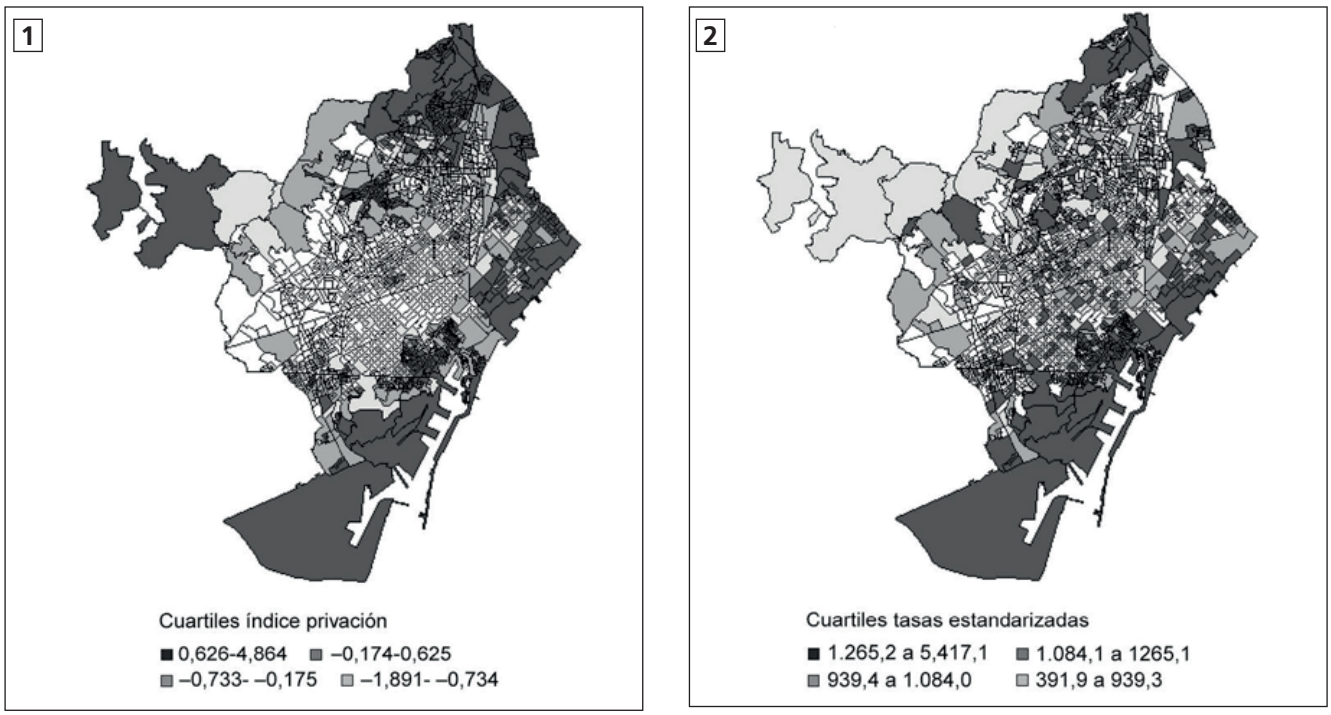


Figura 3

1. Distribución de las secciones censales de Barcelona en los cuartiles de índice de privación (1991)

2. Distribución de las secciones censales de Barcelona en los cuartiles de mortalidad (1987-1995)

Empezamos por el principio

Natalia López Morán • nlopez76@hotmail.es
Marta Gómez López • mgomlop@hotmail.com

El proceso de atención de enfermería (PAE), es el método científico aplicado en el área asistencial del rol que cumple enfermería, y que permite entregar cuidados de calidad, cubriendo las necesidades del paciente, familia y comunidad[1]. Consta de cinco etapas que se relacionan entre sí: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

La valoración es la primera etapa del proceso de atención de enfermería, y consiste en la obtención y organización de los datos en relación a la persona, su familia y entorno. Sirve de base para entregar una atención de calidad, formulando diagnósticos de enfermería y desarrollando acciones que permitan una mejoría en su salud[2].

Al realizar la valoración de una persona que posee una herida, es necesario desarrollarla de forma exhaustiva, con el objetivo de obtener una información completa y detallada.

La valoración de la herida debería incluir datos precisos como información completa del paciente, causa o tipo de herida, localización, tamaño, profundidad, exudado, y tipo de tejido[3].

Principalmente el profesional de enfermería es el encargado de llevar a cabo la función de la valoración de la herida y la monitorización de las actividades relacionadas a ella, por tal razón es de vital importancia que su evaluación se desarrolle de manera responsable y exhaustiva.

Esta información se debe plasmar en un registro de enfermería, que es el testimonio documental sobre actos y conductas profesionales, donde queda reflejada toda la información sobre la actividad de enfermería en lo que concierne a la persona, su tratamiento y su evolución[1, 4, 5].

La valoración del cuidado de la herida es uno de los aspectos que requiere más detalle, precisión y tiempo por parte del profesional de salud, que tiene a cargo el cuidado de las personas con alteración de la integridad de la piel[4]. Se requiere una sólida base de conocimientos en relación al tema para desarrollarla de forma correcta y precisa. Una valoración completa de la herida y un registro adecuado de ésta son dos elementos cruciales para realizar un cuidado efectivo. La valoración inicial y el seguimiento del cuidado de la herida entregan la información necesaria para realizar una planificación consistente del cuidado y así asegurar un tratamiento de calidad para el usuario[7].

Es por ello que los términos utilizados en el registro de la herida, deben representar datos objetivos, que permitan la descripción de la evolución de la herida y los cambios del plan de enfermería establecidos[8,10].

Los registros de enfermería[3] deben cumplir estándares básicos, para ser considerados registros de calidad: deben ser reales, exactos, completos, actuales y organizados[6, 7, 8]. Se considera que solo a través de la utilización de datos fiables, los responsables de atención de salud son capaces de determinar las áreas prioritarias para mejorar la calidad de atención.

El aumento de la demanda en la práctica basada en la evidencia hace que lograr resultados óptimos en la valoración, el tratamiento y coste-efectividad se haya vuelto una prioridad. Esto, sumado a la poca validez de los instrumentos existentes, hace necesaria la adopción de un enfoque común en el que se estandarice un método fiable, que posea sensibilidad al cambio y que sea válido, de manera que permita tomar decisiones rápidas y concretas en la herida que se está tratando.

No existen estándares escritos sobre la cantidad de información que se debe incluir en el registro de la valoración de una herida, así como tampoco existe una plantilla o documento ideal que se haya establecido como el más efectivo para realizar la valoración de ésta. Sin embargo los formatos que se completan de forma rápida y fácil tienen la tendencia a ser usado regularmente. [9]

El desarrollo en las últimas décadas de la informática[5], ha servido para convertirla en una herramienta imprescindible en la actividad diaria de las distintas profesiones[14]. En este contexto surgen los registros electrónicos

de salud, como un instrumento de apoyo a la calidad y seguridad de la asistencia médica y de enfermería.[12, 15]

El registro electrónico de la valoración de una herida es la documentación escrita y fotográfica de la evolución de ésta y conlleva un proceso de observación, recolección de datos y evaluación. Incluye un registro de la valoración inicial, cambios que se van presentando y las intervenciones realizadas. Esta valoración inicial sirve de base para futuras comparaciones con las evaluaciones que se realizarán a lo largo del proceso de evolución.[9]

El registro de la valoración inicial debería incluir la historia completa del paciente como por ejemplo: alergias, factores que pueden promover y alterar la cicatrización, medicamentos, peso y estado nutricional, movilidad, factores sociales y psicológicos. Además de aspectos propios de la herida como su etiología (si la causa de la herida es debido a una causa diabética, vascular, por presión, quirúrgica, quemadura o fístula[7], localización, tamaño, clasificación de la herida (aguda o crónica), tipo de tejido, tipo y cantidad de exudado, olor, piel circundante, signos de infección, dolor y tratamiento aplicado).[7,10]

El registro del cuidado de la herida, es una herramienta fundamental para el desarrollo del cuidado basado en la ciencia, ya que sirve de base para futuras comparaciones. Además es importante contar con un registro de calidad ya que es un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.[1,7,8,10,11] La administración de una buena atención de enfermería siempre ha dependido de la calidad de la información de que dispone la enfermera, y siempre se ha reconocido al profesional de enfermería como la persona clave para la obtención, la generación y el uso de la información de los pacientes/clientes.

El papel de la enfermera como prestadora y coordinadora de la atención de salud implica que el intercambio y transferencia de información sea una actividad importante en enfermería.[12] Por lo tanto, el registro de la evolución de la herida, debe reflejar la calidad del cuidado y entregar evidencia de la responsabilidad de cada uno de los miembros del equipo de salud.[1] En la educación del cuidado de la salud, sin importar la disciplina o especialidad, se especifica que "Si no está escrito, no está realizado".[7]

Contar con una documentación adecuada, permite además realizar investigaciones clínicas y docencia de enfermería, contribuyendo a la formulación de protocolos y procedimientos específicos.

Los registros constituyen una base para la administración de recursos materiales y humanos, permitiendo suplir las necesidades del momento y la planificación a largo plazo. Una descripción precisa de la valoración de la herida es, también, un factor relevante en relación a la protección jurídica, ya que la documentación es la evidencia legal de la calidad de los cuidados de la herida que se proporcionen y es una prueba objetiva del trabajo del personal de enfermería respecto a su conducta y cuidados al paciente y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial y personal o como defensa ante una acción legal.[1,4,7,10,13]

Además es un sistema que contiene toda la información centralizada del paciente en una sola página: historia médica, listado de medicamentos utilizados, resultado de exámenes de laboratorio, rayos, test vascular, reportes de patología y fotografías en formato digital.[16,17] Por lo tanto, contar con un seguimiento de pacientes a través de un registro de heridas, es una herramienta que podría potencialmente aumentar la seguridad y calidad del cuidado, permitiendo a los profesionales de la salud identificar más fácilmente una herida de difícil cicatrización y realizar una intervención.[19]

La gran variabilidad existente en la realización de las curas, así como la cantidad de apósitos y productos disponibles en el mercado, así como los distintos turnos de trabajo (hay que tener en cuenta que no siempre es el mismo profesional el que valora y evalúa la herida), exige que los profesionales de enfermería posean conocimientos y herramientas adecuadas para el diagnóstico diferencial, evaluación y tratamiento integral de este tipo de heridas.

BIBLIOGRAFÍA RESEÑADA

- (1) Registro electrónico de enfermería en la valoración de las heridas "Electronic records for wound assessment for nurses". Aedo Carreño, V., Parada Santander, T., Alcayaga Rojas, C., Rubio Acuña, M.

- (2) García S, Navío A, Valentin L. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. Nure Invest. 2007; 28: 1-8.
- (3) (6) Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Revised Chapter Record of Care, treatment, and Services Long Term Care Accreditation Program. 2009. (7) Fishman T. [Homepage on the Internet]. North Miami Beach, FL: The principles of proper wound assessment and photo documentation. Wound Care Institute; c1996. [Referido 2010 Dic 16]. [5 páginas]. Available from: http://www.woundcare.org/newsvol2n1/ar3.htm. (8) Unger P. Documentation for reimbursement. En: Wound Healing. Evidence based management. USA: Contemporary perspectives in rehabilitation; 2010. p. 633 – 642. (9) Baranoski S, Ayello E. Legal aspects of wound care. En: Wound care essentials. Practice and principles. USA: Lippincott Williams and Wilkins; 2008. p. 30–46.
- (4) (10) Hurlow, J. [homepage on the Internet]. United Stated: Assessment and documentation issues in wound care. Wound and skin care center. [cited 2010 Nov 26]. [about 3 páginas]. Available from: http://www.vnaa.org/vnaa/g/?h=html/wound
- (12) Currell R, Urquhart C. Sistemas de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida). Oxford: Biblioteca Cochrane Plus; c2008. [updated 2003 May 16; cited 2010 Nov 12]. [about 42 páginas]. Available from: http://www.update-software.com
- (13)(14) Ibarra A, García M. Registros de enfermería. [homepage on the Internet]. Almería: [updated 2007 Dic 6; cited 2010 Dic 12]. [about 12 páginas]. Available from: http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo21/capitulo21.htm
- (5) (15)(16) Brem H.Wound electronic medical record system. [homepage on the Internet]. 2006 [updated 2006 Abr; cited 2010 Dic 12]. Available from: http://www. wipo.int/pctdb/en/wo.jsp?WO=2006039404&IA=US2005035026&DISPLAY=STA T US. 2006. 16
- (17) Maggi J. Implementation of an online wound electronic medical record as a clinical tool to decrease amputations in personas with diabetes. Langone Medical Center. Surgical forum abstracts. Proceedings of the American College of Surgeons (ACS) 96th Annual Clinical Congress; 2010 Oct; New York Univesity; 2010.
- (19) Golinko M, Margolis D, Tal A, Hoffstad O, Boulton A, Brem H. Preliminary development of a diabetic foot ulcer database from a wound electronic medical record: a tool to decrease limb amputations. Wound repair regeneration 2009. 17(5): 657–665.
- (6) García Martín-C, Martines Martín C. Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. Madrid: Elsevier, 2007. [Links] 2. Soldevilla Agreda J, Navarro Rodríguez S. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. Gerokomos 2006; 17 (4): 203-24. [Links]
- (7) Restrepo-Medrano Juan Carlos, Verdú José. Medida de la cicatrización en úlceras por presión: ¿Con qué contamos? Gerokomos [Internet]. 2011 Mar [citado 2017 Sep 10];22(1):35-42. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134- 928X2011000100006&lng=es.
- (8) Capillas Pérez RM, Castillo Muñoz L, Morros Torné C, Portas Freixes J, Vedia Urgell C. Maneij de les úlceres vasculars. Guíes de la práctica clínica i material docent. [Internet]. Barcelona: Institut Catalá de la Salut; Dic 2004. [Acceso 15 de Mayo de 2015]. Disponible en: http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/docs/guia_ulceres_vasculars.pd f
- (11) Blanes Mompo JJ et al. Documento de consenso sobre el tratamiento de las infecciones en el pie del diabético. Rev Esp Quimioter [Internet]. 2011 [Acceso 15 de Mayo de 2015]; 24(4): 233-62. Disponible en: http://seq.es/seq/02143429/24/4/diabetico_esp.pdf
- (12) Organización Mundial de la Salud [sede Web]. [Acceso 20 Mayo 2015]. Disponible en: http://www.who.int/en/
- Rueda López J, et al. Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras de Pierna en España. Estudio GNEAUPP-UIFC-Smith & Nephew 2002-2003. Epidemiología de las úlceras venosas, arteriales, mixtas y de pie diabético. Gerokomos. 2004; 15(4): 230247.
- Asociación Española de Enfermeria Vascular y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. 3º Edición Madrid AEEVH, 2017. Disponible en: http://www.aeev.net 17 Bibliografía consultada no reseñada
- Consenso internacional. La importancia del tratamiento de heridas eficiente. Wounds International 2013. Se puede descargar en www.woundsinternational.com.

Relevancia de género en la profesión enfermera

Eva González Fernández • evagf0497@gmail.com

RESUMEN

El objetivo principal es determinar si existe relevancia de género en la profesión enfermera en un estudio cualitativo y exploratorio con un diseño no experimental, partiendo de una investigación bibliográfica. La muestra con 29 entrevistados (usuarios, alumnos y profesionales de enfermería) clasificados por edad y sexo en una entrevista de respuesta abierta.

La mayoría de los entrevistados reconocen quiénes son y cuáles son las funciones de la enfermería, aunque unos pocos siguen relacionándolos con la sumisión a la Medicina. Como características principales para la profesión señalan la empatía y la profesionalidad, entre otras. Se observa una respuesta unánime e indiferente respecto a la aptitud según el género del profesional. En cuanto a la diferencia de trato según el género, expresan que a día de hoy esto representa una minoría.

La conclusión principal es que los resultados muestran la existencia de una relevancia del género femenino, dándose no obstante, un incremento de hombres en los últimos años.

Palabras clave: género, enfermería, enfermera, cuidados, discriminación y desigualdad.

ABSTRACT

The main objective is to determine if there is gender relevance in the nursing profession in a qualitative and exploratory study with a non-experimental design, based on a bibliographic investigation. The sample with 29 interviewees (users, students and nursing professionals) classified by age and sex in an open response interview.

A large part of the interviewed people recognize who they are and what the nursing professionals functions are, although a small percentage of them continue to associate nursery with submission to medicine. They point out as main characteristics to develop the profession; empathy and the expertise, among others.

It has also been observed, an unanimous and indifferent response regarding the aptitude according to the gender of the professional. As for the difference in treatment according to gender, they report that this represents a minority today.

The principal conclusion is what the results shows the existence of a gender relevance, in this case feminine; but although there has been an increase in men in recent years.

Keywords: gender, nursing, nurse, care, discrimination and inequality.

INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de género, nos referimos a un conjunto de características y atribuciones que significan mucho más que lo biológico o reproductivo, es más, hacen referencia a construcciones sociales y culturales. Se trata de una asignación jerárquica en el ámbito de lo público y lo privado. (Burguete Ramos, Martínez Riera y Martín González, 2010)

Es importante diferenciar el concepto de género del de sexo; el género es un producto cultural construido por la sociedad sin una base biológica, en cambio, el sexo corresponde a la naturaleza biológica con la que nacemos y depende de nuestra anatomía.

Existe una influencia de género tanto a nivel cultural como social y laboral; todo tiene género, desde las personas hasta las profesiones. En el caso de la enfermería, como gran parte de las profesiones de la salud, está destinada al género femenino, pues ocho de cada diez son mujeres. (Rodríguez, Pérez, 2017)

Desde los inicios de la humanidad, los cuidados a los enfermos o a las personas más débiles han estado a car-

go de la mujer, quedando relegada al ámbito doméstico mientras el hombre se desenvuelve en el ámbito público. Todo esto se cimenta en el pensamiento de una sociedad patriarcal y androcéntrica, en la que lo masculino es el centro y opresor de lo femenino. (Fajardo Trasobares y Germán Bes, 2004)

MATERIAL O MÉTODO

En primer lugar, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica para a posteriori realizar un estudio de tipo exploratorio con un diseño no experimental utilizando un método cualitativo, en este caso una entrevista tanto a usuarios como a profesionales y alumnos de enfermería.

La investigación tuvo lugar durante el periodo de diciembre de 2019 y abril de 2020.

Se llevaron a cabo tres fases de trabajo diferenciadas. En la primera fase, se realizó una revisión primaria a través de Google Académico, Dialnet y SciELO para luego consultar en bases de datos como PubMed, Medline, Cuiden, Scopus y Enfispo.

En la segunda fase, se efectúa una búsqueda más profunda en otras bases de datos como Minerva y ElSevier, además de revistas de enfermería como Nurse, Enfermería Global o índex Enfermería.

Con el fin de acotar el trabajo y obtener la información más actual, se determina un intervalo de publicación de 2009 a 2019 y excluir los artículos que estén escritos en otro idioma que no sea el Castellano y el Gallego.

La mayor parte de la información se obtuvo de Google Académico, SciELO y Dialnet. Tras la revisión primaria y secundaria, se seleccionaron 60 artículos, en los cuales las autoras que más han aparecido son Concha Germán Bes y Carmen Chamizo.

En la última fase, se utiliza una entrevista personal de 10 preguntas abiertas a un grupo poblacional previamente segmentado por edad, sexo, entorno residencial y situación desde el punto de vista sanitario; manteniendo un control de la heterogeneidad de las muestras.

RESULTADOS

Mujer y sociedad VS Mujer y enfermería

Gran parte de los artículos coinciden en que cuando hablamos de Enfermería, hablamos de la mujer, es decir, nos encontramos ante una profesión marcada por el género. La palabra "enfermera" en femenino es la que la mayor parte de la población utiliza para referirse a los profesionales de la enfermería, reconocida mundialmente al igual que la palabra "hombre" para referirse al ser humano; esto se debe a que siempre se ha relacionado a la mujer con las prácticas de la salud, ya desde la antigüedad. (Chamizo, 2004) (García Bañón, Sainz Otero y Botella Rodríguez, 2004)

Como dice Carmen Chamizo Vega, basándose en la cita de Robinson de 1946, "la enfermera es el espejo en el que se refleja la situación de la mujer a través de los tiempos", pues según han ido avanzando los derechos de la mujer, la profesión de enfermería se ha ido desarrollando.

La Enfermería considerada una profesión

El concepto de profesión ha ido cambiando con el paso del tiempo, según iba cambiando la sociedad. En cuanto a la educación de alto nivel, la Enfermería ha ido creciendo lentamente; el pasado siglo se obtiene el título de ATS, cuyos estudios eran impartidos en las Facultades de Medicina, el nivel no era muy alto pues no tenían categoría de estudios universitarios. En 1977, pese a ser considerados como estudios universitarios, con una mayor autonomía, se les obstaculizaba el progreso académico y el ascenso a trabajos de responsabilidad. Con el título de graduado, se introduce esta posibilidad, además del acceso al campo de la investigación y la gestión. (Gallego García, 2009)

La OMS define a la enfermería moderna como aquella atención autónoma otorgada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no y en cualquier circunstancia. Y el CIE, indica sus funciones esenciales de defensa, fomento de un entorno seguro, investigación, gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

La mayor parte de la población, define a la enfermería como la profesión de las personas que se ocupan del cuidado de los pacientes en el ámbito hospitalario y sus domicilios. (Gallego García, 2009)

Los entrevistados, ante la pregunta ***¿Quiénes son los profesionales de Enfermería?*** respondieron:

- Sujeto 3: "Son las enfermeras (porque así se nombra aunque sea un colectivo formado por hombres y mujeres), profesionales dedicados al cuidado. Somos el primer contacto de las familias con el sistema sanitario." (Mujer, 52 años, enfermera, entorno rural)
- Sujeto 10, 15 y 17: "Son los profesionales que se dedican al cuidado de la población sana o enferma" (Hombre, 54 años, supervisor, entorno rural) (Mujer, 59 años, enfermera, entorno rural) (Hombre, 30 años, enfermero, entorno urbano)
- Sujeto 13: "Son personas que están bajo las órdenes de los médicos y que realizan curas, extracción de

analíticas, visitas a domicilio, etc." (Mujer, 30 años, usuaria, entorno rural)

Discriminación en Enfermería

La discriminación es una forma de repartición asimétrica de las oportunidades vitales. A la hora de acceder a los estudios de Enfermería, se llevan a cabo los mismos procedimientos que para cualquier otra carrera, por lo que no se observa la posibilidad de desigualdad en cuanto al género. Respecto a los puestos de trabajo asistenciales de la sanidad pública, su acceso es a través de concurso-oposición y su promoción está basada en los méritos de cada uno.

Lo que sí se puede observar es una preferencia respecto a los hombres por los puestos donde la enfermería tiene mayor autonomía y se maneja más la técnica.

Donde se produjo una desigualdad de género fue en la Colegiación oficial, la cual fue otorgada 20 años antes a los practicantes hombres que a las enfermeras mujeres. Hoy en día, gran parte de las instituciones enfermeras de España son lideradas por hombres, a pesar de tratarse de una profesión prácticamente femenina. Por ejemplo, más del 50% de los Colegios de Enfermería en España están liderados por hombres. (Pardo Merlán, 2019)

Pero si nos fijamos en los puestos de libre designación (supervisoras de hospital, subdirección y direcciones) podemos ver que la mayoría son mujeres. (Gallego García, 2099)

Los sujetos entrevistados, ante las preguntas ***¿Conoce algún caso de diferencia de trato de género en el ámbito de enfermería?*** han contestado lo siguiente:

- Sujeto 1: "Desgraciadamente sí ocurren, muchas veces los pacientes, sobre todo las señoras mayores, hacen más caso a los enfermeros hombres porque le asocian al médico. E incluso pueden observarse diferencias en el trato sobre todo entre los médicos y las enfermeras según su sexo." (Hombre, 23 años, alumno, entorno urbano)
- Sujeto 3: "En la actualidad está cambiando, pero cuando empecé en esta profesión, era habitual que los pacientes que veían a un profesional de enfermería masculino, pensaban que era médico; lo mismo pasaba cuando veían a una mujer, ésta tenía que ser sí o sí enfermera. Además, cuando comencé mis prácticas, la enfermera casi le tenía que rendir pleitesía al médico." (Mujer, 52 años, enfermera, entorno rural)
- Sujeto 10: "Sí, hay diferencia en cuanto a credibilidad de información a pacientes o familiares, si lo realiza una mujer o un hombre, hacen más caso al enfermero aunque la información sea la misma" (Hombre, Supervisor, entorno rural)

Cuando a los entrevistados se les realiza la pregunta ***¿Considera a una persona más o menos apta para la profesión de enfermería según sea hombre o mujer?*** se obtienen las siguientes respuestas:

- Sujeto 1, 6 y 25: "Considero que ambos sexos están igual de capacitados, pues lo importante es cómo sea la persona y sus competencias; pero en algunas circunstancias sí que beneficia ser hombre o mujer" (Hombre, 23 años, alumno, entorno urbano) (Hombre, 56 años, enfermero, entorno urbano) (Hombre, 62 años, enfermero, entorno urbano)
- Sujeto 4: "Creo que ambos géneros están perfectamente capacitados, solo se necesita vocación y ser buen profesional." (Mujer, 45 años, usuario, entorno rural)
- Sujeto 19: "Los cuidados no tienen género, sin duda, estamos igual de capacitados. Aunque considero que las mujeres tenemos algo diferente en cuanto a sensibilidad" (Mujer, 44 años , enfermera, entorno rural)

En el momento de preguntar a los entrevistados ***¿Prefiere ser atendido por un hombre o una mujer, a la hora de recibir cuidados de Enfermería?***

- Sujeto 1: "Me da igual, como hombre me gusta que haya enfermeros debido a la diferencia de género que hay en esta profesión." (Hombre, 23 años, alumno, entorno urbano)
- Sujeto 6: "Me es indiferente, lo que me gustaría es que tuviese adecuada experiencia en el tema que sea motivo de consulta" (Hombre, 56 años, enfermero, entorno urbano)
- Sujeto 20: "Prefiero ser atendido por una mujer, me suelen caer más simpáticas; y si es joven mejor, ya que me parece que son más atentas, desde mi punto de vista y por las situaciones que viví" (Hombre, 57 años, usuario, entorno rural)

¿La Enfermería es una profesión femenina?

Históricamente, la Enfermería ha sido considerada, y probablemente siga siendo así, una "profesión femenina", aunque hoy en día prefieren utilizar otros términos como "eminentemente" o "mayoritariamente" femenina. Y no es que no lleve razón, pues tras consultar los datos registrados en el INE sobre el total de coligados de enfermería en España en 2018, se obtuvo que un 84% son mujeres y en la especialidad de matrona aproximadamente un 93%. Estas cifras parecen conservarse a través de los años.

Parece ser, que la mujer va entrando poco a poco en los campos ocupados por hombres, pero el procedimiento contrario es más costoso; pues el menor reconocimiento social y económico junto con los roles de trabajo feminizado hace que sea más difícil. (Ruffinelli y Hermosilla, 2017)

La elección de los estudios de Ciencias de la Salud, y en concreto, Enfermería, puede deberse al papel tradicional de la mujer como cuidadora. Algunos pedagogos opinan que las propias diferencias naturales entre ambos sexos nos anteponen ante la elección de estudios. (Gallego García, 2009)

Características de los profesionales de enfermería

Algunas de las respuestas de los entrevistados ante la pregunta ***¿Qué características crees que debe tener un profesional de enfermería?*** son:

- Sujeto 1 y 10: "Debe ser empático, agradable, trabajador, dispuesto, buen comunicador, etc. Con habilidades manuales y personales y capacidad de trabajar en equipo" (Hombre, 23 años, alumno, entorno urbano) (Hombre, 54 años, supervisor, entorno rural)
- Sujeto 4: "Para mí, es muy importante la profesionalidad, seriedad, empatía y amabilidad con el paciente; además debe saber escuchar y dar respuestas al usuario" (Mujer, 45 años, usuaria entorno rural)
- Sujeto 27: "A parte de dominar las deferentes técnicas de Enfermería, debe ser capaz de empatizar con el paciente cuidando mucho la comunicación tanto verbal como no verbal" (Hombre, 53 años, enfermero, entorno rural)

Miguel Ángel Cánovas Tomás, en su estudio "Trabajo e ideología de género: Un análisis antropológico de la enfermería en Murcia" obtuvo de los discursos analizados de los profesionales de enfermería, que los valores que deberían tener eran la sumisión, paciencia, simpatía, etc; todos ellos asignados al género femenino. (Cánovas Tomás, 2004)

En el artículo "La enfermería vista desde el género" sus autores citan a Donahue cuando se refiere a las características que debía de cumplir un profesional de enfermería, el cual debería de ser adiestrado en la docilidad, pasividad, humildad y desprecio total hacia sí mismo. (García Bañón, Sainz Otero y Botella Rodríguez, 2004)

Según Florence Nightingale, las características necesarias para desempeñar la profesión de enfermería serían la sumisión, subordinación y con vocación de servir al enfermo, el médico y a la institución, es decir, "madres, esposas y empleadas domésticas". (Zúñiga Careaga y Paravic Klijn, 2009)

Además, también consideraba preciso el requisito de ser mujer joven, maternal, atenta y compasiva. (Ruffinelli, 2017)

Una profesión cuya actividad principal es el cuidado

Para la sociedad, el cuidado es una tarea invisible, aun así posee una gran importancia social y cierto valor económico; pero solo cuando éste es realizado por en instituciones públicas o privadas es considerado como una actividad visible. Todo aquello que tiene precio suele valorarse más, es por eso que el cuidado retribuido tiene mayor consideración. (Gallego García, 2009)

El cuidado puede clasificarse en dos categorías: uno se corresponde con el trabajo técnico (reconocido profesional y socialmente) y el otro sería el cuidado que acompaña al acto médico, el cual se hace visible cuando la familia no es capaz de asumirlo. (Rueda Martínez, 2014)

La actividad de cuidar, es considerada esencial en la profesión de enfermería, para ello se necesita solidaridad, empatía, capacidad de pensar en el otro y comprometerse emocionalmente. Esta actividad se asocia de manera natural a las mujeres, aunque muchos hombres se han dedicado y se dedican a ello. (Cano Caballero, 2004)

Discusión y conclusiones:

En cuanto al objetivo principal, *Determinar si existe relevancia de género en la profesión de enfermería* se ha podido concluir que así es; en este caso, al hablar de relevancia no nos referimos al significado de "importancia" sino más bien al de "destacar sobre algo", es decir, dentro de enfermería no hay un género que sea más importante que otro, pero sí existe un género que predomina sobre el otro, esto es el género femenino sobre el masculino.

Sin ir más lejos, en nuestro país la mayor parte del colectivo enfermero está constituido por mujeres.

Se ha llegado a la conclusión de que una de las principales causas es la relación existente entre el cuidado (actividades principales de la enfermería) con el género femenino, lo cual se debe a que éste ha estado destinado siempre a las mujeres. También es cierto que cada día se tiende más a la equidad dentro de nuestro sistema social.

Otra causa importante de esta desigualdad de género, se debe al peso de los modelos patriarcales y a la fuerte influencia de un modelo religioso de tipo conservador en la sociedad.

Se puede decir que a día de hoy, la enfermería sigue siendo una profesión mayoritariamente ejercida por mu-

jeres, aunque en los últimos años se ha observado un incremento de los hombres en ella, tendiendo a mantenerse, a pesar de los cambios sociales y culturales que se han producido en los últimos años.

Así se muestra en los datos del INE sobre el número total de colegiados de enfermería en España en el año 2018, en el cual el 84% eran mujeres y dentro de ella, en la especialidad de matrona un 93%.

La siguiente tabla muestra el número de profesionales de Enfermería según el sexo en distintos años:

AÑO	MUJERES	HOMBRES
2018	259.129	48.633
2005	190.768	40.233
2000	164.578	39.907
1990	120.884	37.613
1980	90.937	34.376

Fuente: Datos INE. Elaboración propia.

En cuanto a las preferencias de atención respecto al género, la gran mayoría de los entrevistados muestran indiferencia hacia el sexo de la persona que les atienda, pues lo que valoran es la profesionalidad, la empatía y el buen trato que reciban; aunque sí se ha apreciado algún caso de preferencia por el sexo femenino.

Además, los profesionales entrevistados refieren que actualmente no hay discriminación de género en la profesión; aunque alguno sí que ha mencionado que ha notado un trato de favor por el hecho de ser hombre.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BURGUETE RAMOS, Mª DOLORES, MARTÍNEZ RIERA, JOSE RAMÓN y MARTÍN GONZÁLEZ, GERMÁN, 2010, *Actitudes de género y estereotipos en Enfermería* [online]. 28. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/16329/1/CC_28_06.pdf
2. RODRÍGUEZ PÉREZ, ISIDORO, 2017, *Os coidados culturais de enfermaría: Unha alternativa á xestión tradicional da profesión.* Doctorado. Universidad de Santiago de Compostela. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=146638
3. FAJARDO TRASOBARES, Mª ESTHER y GERMÁN BES, CONCHA, 2004, Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. SciELO [online]. 2004. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000200002
4. CHAMIZO VEGA, CARMEN, 2004, La perspectiva de género en Enfermería: comentarios y reflexiones. *Index de Enfermería* [online]. 2004. No. 13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000200008
5. GARCIA BAÑÓN, ANA Mª, SAINZ OTERO, ANA and BOTELLA RODRÍGUEZ, MANUEL, 2004, La Enfermería vista desde el género. SciELO [online]. 2004. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000200009
6. GALLEGO GARCÍA, JESUS, 2009, *Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería* [online]. Salamanca. Disponible en: https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/80253/TFM_EstudiosInterdisciplina resGenero_GallegoGarcia_J.pdf;jsessionid=9867486E126F7999A36A669E889CDECF?sequence=1
7. ARDO MERLÁN, Mª LUZ, 2018, Discriminación de género: el caso de la enfermería. *Enfermeir@s* [online]. 2018. No. 30, p. 20-26. Disponible en: https://www.enfermerialugo.org/revista-enfermeirs-no-30/
8. RUFFINELLI, ROSA and HERMOSILLA, MIGUELA, 2017, Masculinización de la enfermería. *Scientiamericana* [online]. 2017. No. 1, p. 1-8. Disponible en: https://revistacientifica.uamericana.edu.py/index.php/scientiamericana/article/view /243
9. CÁNOVAS TOMÁS, MIGUEL ANGEL, 2004, Trabajo e ideología de género: un análisis antropológico de la enfermería en Murcia. *Enfermería Global* [online]. 2004. No. 5, p. 1-12. Disponible en: https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/24044/1/Trabajo%20e%20ideologia %
10. ZUÑIGA CAREAGA, YOLANDA and PARAVIC KLIJN, TATIANA, 2009, El género en el desarrollo de la enfermería. SciELO [online]. 2009. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192009000100009
11. GUIOMAR RUEDA MARTÍNEZ, VIOLETA, 2014, *Condicionantes de género en la profesión enfermera* [online]. La Rioja. Disponible en: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001071.pdf
12. CANO CABALLERO GÁLVEZ, MARIA DOLORES, 2004, Enfermería y género. Tiempo de reflexión para el cambio. *Index de Enfermería* [online]. 2004. No. 13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000200007

SEDENE

SERVIZO GALEGO de SAÚDE | Xerencia de Xestión Integrada de Lugo, Cervo e Monforte

GESTIÓN DEL CUIDADO DE PACIENTES CON DISFAGIA NEUROLÓGICA

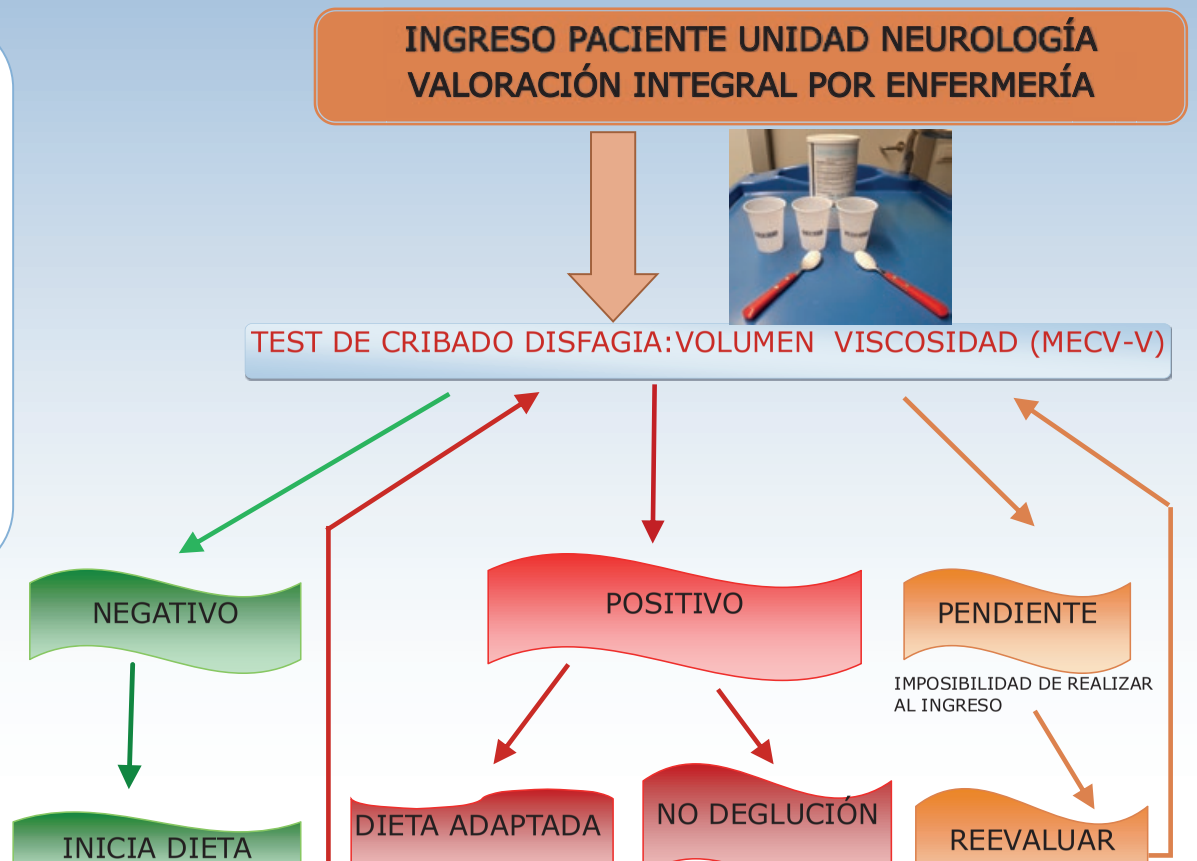
Gema Castro Losada*, María Nazaret Gómez González*, Eva Gómez Fernández*, María del Rosario Marín Arnés*, Esther Rodríguez Ascariz* y Lourdes Bermello López*.
*Enfermeras de la unidad de Neurología del Hospital Lucus Augusti de Lugo.

INTRODUCCIÓN

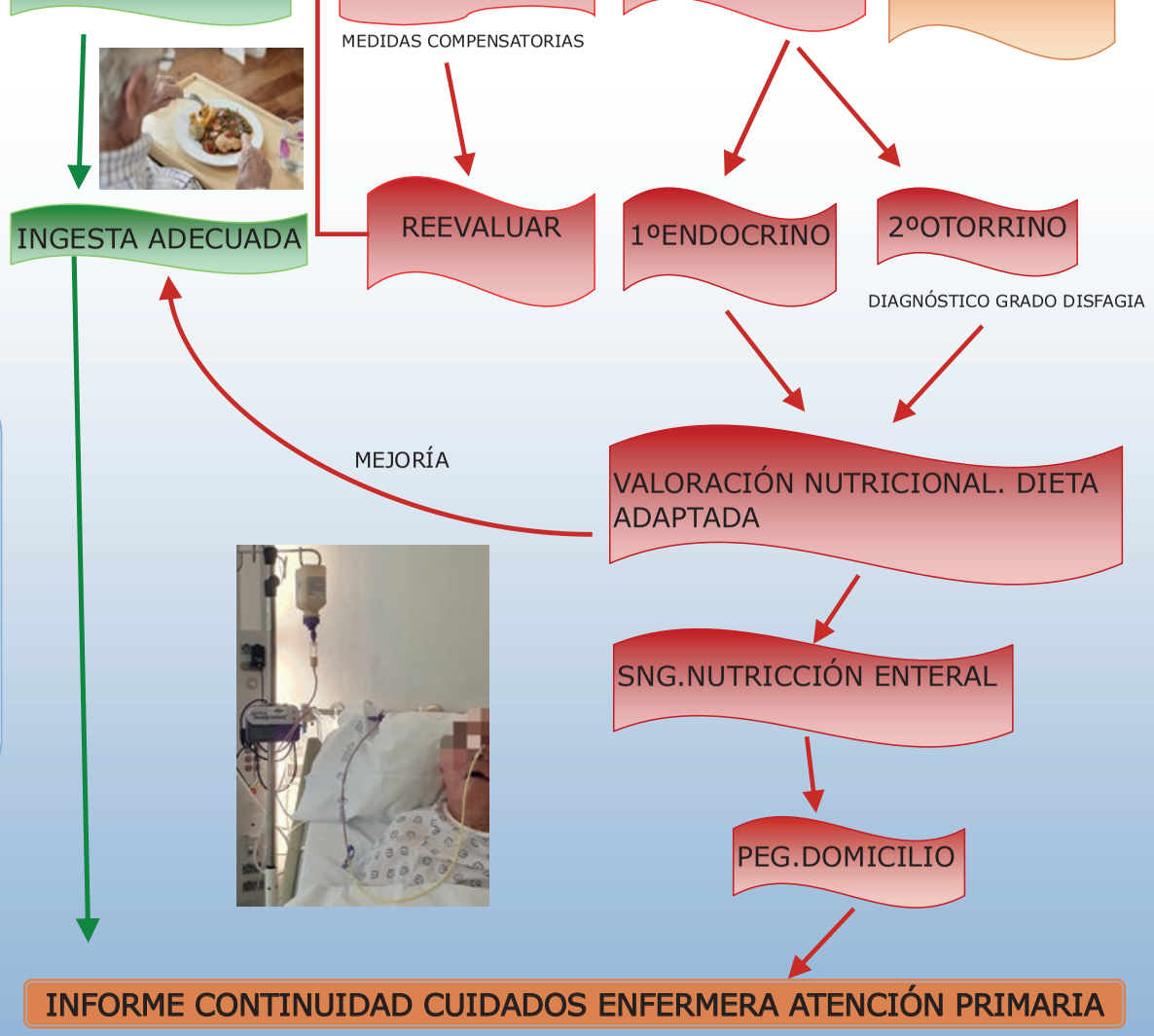
Una gestión integral del cuidado en las disfunciones neurológicas de la deglución, es fundamental para realizar un enfoque holístico e interdisciplinar, siendo la enfermera la gestora del cuidado dentro del equipo sanitario. Una valoración precoz de la enfermera de neurología de las disfunciones de la deglución, es prioritario, para identificar y planificar las necesidades de la persona; permitiendo optimizar y coordinar los recursos y conocimientos de los diferentes profesionales. Trabajando de manera conjunta para alcanzar un adecuado estado nutricional, de hidratación y evitar complicaciones respiratorias.

OBJETIVOS

- Gestionar el cuidado integral e individualizado, entre los miembros del equipo sanitario.
- Valorar la disfagia del paciente en relación a la eficacia y seguridad de la fun-



ción deglutoria.
- Identificar los riesgos de las posibles complicaciones nutricionales y respiratorias de la disfagia.
- Establecer una vía clínica que coordine la actuación de cada miembro del equipo: neurólogo, otorrinolaringólogo, endocrino, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, logopeda, enfermera, TCAE.



CONCLUSIÓN

La **gestión del cuidado enfermera** en pacientes con disfagia, a través de un vía clínica sistemática y multidisciplinar y holística. Es una herramienta eficaz que agiliza los cuidados, minimiza complicaciones potenciales, mejora la participación y coordinación entre los miembros del equipo y mejora la calidad asistencial al paciente y su familia reduciendo los efectos adversos.

Bibliografía
https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/402017002_guia_nutricion_perso.pdf
https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/600077_guia_nutricion_disfagia.pdf
http://www.infad.eu/XXIV_Congreso_INFAD/posters-online/
https://www.researchgate.net/publication/322916836_DISFAGIA_OROFARINGEA_CONCEPTOS_Y_CONOCIMIENTO_NECESARIOS_PARA_EL_ESPECIALISTA_ORL
https://zonahospitalaria.com/cuidados-del-paciente-con-disfagia/

Intervención comunitaria para la promoción del consumo responsable de fármacos

María Castelo Darriba • maría.castelo.darriba@gmail.com

RESUMEN

La participación comunitaria en salud es un proceso de intervención dirigido por la propia población.

El objetivo principal de este trabajo ha sido desarrollar un modelo de intervención comunitaria para abordar el uso indiscriminado de fármacos desde la enfermería de los centros de salud de la ciudad de Lugo.

Para ello, se ha diseñado el marco conceptual de un estudio teórico de intervención, basado en la propuesta metodológica de Mori Sánchez, de manera que se ha dividido el proceso en ocho fases diferenciadas.

Los resultados del trabajo se basan en la planificación de las distintas actividades conformadoras del proyecto, las cuales fueron repartidas en tres bloques: sensibilización, divulgación y participación conjunta.

Las conclusiones que se presentan son de dos tipos: las procedentes de los rasgos comunes que comparte el trabajo con guías, recomendaciones y otros proyectos similares, y las propias del modelo que resultaron de su correspondiente elaboración.

Palabras clave: enfermería, intervención comunitaria, fármacos, antibióticos, población.

ABSTRACT

Community participation in health is an intervention process led by the population itself.

The main objective of this word has been to develop a model of community intervention to address the indiscriminate use of drugs, from the nursing professionals of the health centers of the city of Lugo.

To this end, the conceptual framework of a theoretical intervention study has been designed, it based on the methodological proposal of Mori Sánchez, so that the process has been divided into eight distinct phases.

The results of the work are based on the planning of the different activities of the project, which were separated into three stages: awareness- raising, dissemination and joint participation.

The conclusions presented are of two types: those coming from the common features shared by the work with guides, recommendations and other similar projects, and those of the model that resulted from the elaboration of each one of the phases exposed.

Keywords: nursing, community intervention, drugs, antibiotics, population.

1. INTRODUCCIÓN

La participación comunitaria es el "proceso de intervención de la población en la toma de decisiones para satisfacer sus necesidades de salud, el control de los procesos y la asunción de sus responsabilidades y obligaciones derivadas de esta facultad de decisión"[1].

Hasta hace unos años, la mayor parte de la participación comunitaria se mantenía con el voluntarismo de algunos profesionales que pedían ayuda a otras organizaciones. Curiosamente un gran número eran de enfermería. Ahora ya empiezan a surgir proyectos físicos reales, pero todavía hay muchos de ellos en riesgo de desaparecer. Según los datos de la plataforma web "Alianza de Salud Comunitaria"[2] existen en este momento en España 7515 actuaciones comunitarias.

La enfermería comunitaria, en su actual concepción, es también consecuencia de las transformaciones que el concepto de salud ha sufrido en el curso de los años, manteniendo una actuación acorde al contexto social

del momento y aportando mejoras a la salud de la población. Las funciones y competencias de la enfermera comunitaria son recogidas por el Boletín Oficial del Estado (BOE), poniendo en evidencia su papel fundamental en Atención Primaria (AP)[3].

Uno de los grandes problemas de salud de nuestro siglo es la masiva exposición de la población a los medicamentos, lo que conlleva la aparición de riesgos asociados a su consumo, hecho que se ha convertido ya en un problema de salud pública.

En AP es donde se produce el mayor número de recetas, por ejemplo el 94% de los antibióticos en salud humana4.Aquí podemos encontrarnos con pacientes sobremedicados en situaciones de bajo riesgo, deficientemente informados, polimedicados, automedicados y un porcentaje no despreciable que sufre efectos adversos evitables[5].

Una de las mayores consecuencias ligadas a este consumo ya se está sufriendo a día de hoy, ya es un problema de salud mundial la denominada resistencia a los antibióticos. Ésta se produce cuando las bacterias mutan en respuesta al uso de determinados fármacos. En el ámbito de AP, España es uno de los países que más antibióticos consume de la Unión Europea (UE), con 26,9 Dosis/habitante/día (DHD) por encima de una media de 21,9 DHD[6,8]. Muchas personas dejan de tomar los antibióticos porque desaparecen los síntomas de la enfermedad, de modo que no se alcanza el margen terapéutico y no se resuelve la patología, mientras que otros toman dosis mayores a las indicadas porque creen que así lograrán una curación más rápida y efectiva[9].

La resistencia bacteriana se calcula que podría causar en 2050 cerca de 10 millones de muertes al año y otras 300 millones prematuras en los próximos treinta. A día de hoy se cree que produce 3.000 muertes anuales, superando los accidentes de tráfico. Uno de cada dos españoles cree que los antibióticos curan la gripe y un 6% se auto medica con ellos[10].

En nuestro país, la Asociación Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) también ha diseñado un plan estratégico para reducir el riesgo de selección y diseminación de la resistencia a los antibióticos, el nombrado <PRAN>[11], que tiene como objetivo la creación de Programas de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA)[12].

2. JUSTIFICACIÓN

El consumo de fármacos en nuestro medio es una acción cotidiana a la que todos en algún momento necesitamos recurrir. Vivimos acostumbrados a la existencia de casi cualquier medicamento para nuestras dolencias y confiamos en que su uso solucionará nuestro problema. Forma parte de los numerosos avances de la ciencia y la investigación.

En pleno siglo XXI, España se encuentra a la cabeza del ranking de consumo de medicamentos. El uso indiscriminado, tanto por exceso como por defecto, acarrea efectos negativos para la salud, los cuales no se conocen todavía en su totalidad. La población se automedica a su parecer y en muchos casos no sigue las recomendaciones de los profesionales sanitarios. Parece ser un hecho que transciende a casi todos los grupos de población, tanto jóvenes como mayores y que muchas veces tampoco va ligado a un determinado nivel cultural. La fácil disponibilidad de los fármacos hace que pierdan importancia y se consideren inocuos, pero la situación dista mucho de la realidad. La falta de concienciación y educación sanitaria, en todas las esferas de la sociedad, contribuye al autoconsumo.

No cabe duda que es necesario intervenir para revertir esta situación y más si somos profesionales de la salud. La enfermería es una pieza clave en la comunicación con el paciente, es responsable de valorar sus estilos de vida y modificar hábitos inadecuados, uno de los cuales puede ser el mal consumo de los fármacos. La salud de la población puede verse mejorada con una correcta educación sanitaria.

La participación comunitaria es un proceso que cada vez gana más peso en nuestra sociedad porque permite a las personas identificar sus problemas y necesidades, y a la vez alcanzar la capacidad de un abordaje personal.

En este trabajo se pretende tratar este tema intentando contribuir a una mejora de la situación, a través de la creación de un proyecto de intervención a nivel comunitario.

3. OBJETIVOS

Objetivo general

Desarrollar un modelo de intervención comunitaria para abordar el uso indiscriminado de fármacos desde la enfermería de los centros de salud de la ciudad de Lugo.

Objetivos específicos

- Realizar un diagnóstico de la comunidad de Lugo para contextualizar el problema.
- Identificar y analizar el papel de los actores sociales del proyecto.

- Proponer métodos de valoración y priorización de necesidades.
- Trazar y planificar las intervenciones de cada parte.
- Diseñar un procedimiento para la evaluación de resultados y la realización de propuestas de mejora.

4. MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio

En el presente trabajo se realizó la planificación de un estudio de intervención (experimental) en el ámbito comunitario. La población objetivo deberá ser la población adulta mayor de dieciocho años, reclutándose la muestra en un primer momento de los lucenses que acuden a los centros de salud de la ciudad y después ir incorporando al resto de la ciudadanía.

Fuentes de recogida de datos

Al tratarse de un proyecto teórico, la parte principal del trabajo está destinada a la elaboración de fases y actividades, las cuales fueron confeccionadas por la propia autora. La información necesaria y pertinente que se incluyó se obtuvo a través de una exhaustiva revisión bibliográfica:

Se ha investigado el estado de la cuestión de la enfermería, la salud y la participación comunitaria en nuestro país; incluyendo datos recientes sobre consumo, prescripción y gasto farmacéutico. También se ha consultado información para establecer el diagnóstico de la población y las ideas a transmitir en cada una de las fases.

La búsqueda se realizó entre diciembre de 2018 y abril de 2019, a través de diferentes bases de datos electrónicas como Dialnet, Scielo y Pubmed. Asimismo se utilizaron páginas web institucionales como la www.who.int/es (OMS), www.aemps.gob.es, www.resistenciaantibioticos.es, www.ecdc.europa.eu o www.sergas.es y otras relacionadas con las ciencias de la salud: www.portalfarma.com, www.diariofarma.com,www.fisterra.com,www.medlineplus.gov, www.sciencedirect.com o www.gacetasanitaria.org. Además de distintos informes, planes y estudios elaborados en nuestro país, como por ejemplo: el informe SESPAS del 2012, el PRAN y PROA, el estudio APEAS y el manual de Uso Racional de Medicamentos.

Para obtener datos estadísticos fiables se ha empleado el portal estadístico del SNS, que proporciona la página web del Ministerio de Sanidad; el Instituto Nacional de Estadística (INE); el Instituto Gallego de Estadística (IGE); el Boletín Epidemiológico de Galicia (BEG) y la página web del Concello de Lugo.

Las palabras clave y descriptores utilizados en español fueron: salud, enfermería en salud comunitaria, participación de la comunidad, automedicación, educación de la población y resistencia bacteriana a antibióticos. En inglés: health, community health nursing, community participation, self medication, population education y drug resistance, bacterial.

La frase de búsqueda resultó: (salud) AND (enfermería en salud comunitaria OR participación de la comunidad) AND (automedicación OR educación de la población OR resistencia bacteriana a antibióticos) y (health) AND (community health nursing OR community participation) AND (self medication OR population education OR drug resistance, bacterial).

En cuanto a criterios de inclusión, la investigación se ha limitado a artículos, informes y datos publicados a nivel nacional, por ser objeto de explicación evidenciar la situación de nuestro país.

Respecto al idioma, la mayor parte corresponden a textos en castellano e inglés. La revisión ha sido acotada a documentos de los que se tuviese acceso a la publicación completa. Se ha tratado de recolectar la información más actual posible, procurando acotar desde el año 2009. Sin embargo, algunos conceptos e informes son de años previos debido a no haber disponibles actualizaciones posteriores, de este modo se han incorporado igualmente debido al interés del estudio.

De esta manera se consiguieron 70 documentos, de los cuales 10 se excluyeron porque los resultados no resultaban pertinentes con el tema planteado. El resto, se incluyeron en la bibliografía.

Diseño y planificación del proyecto de intervención

Para la realización del proyecto se ha seguido la propuesta metodológica de Mori Sánchez[13], debido a que emplea una sistemática cualitativa y participativa, además de secuenciar la propuesta en ocho fases diferenciadas que permiten seguir un orden lógico:

1. Diagnóstico comunitario.
2. Características del grupo
3. Evaluación de las necesidades del grupo.
4. Diseño y planificación de la intervención.
5. Evaluación inicial.
6. Ejecución e implementación.
7. Evaluación final.
8. Diseminación.

Debido a limitaciones tanto de tiempo como de recursos se consideró que lo más apropiado era diseñar el marco conceptual hasta el punto de desarrollo, de manera que permita su puesta en marcha. El proceso fue el siguiente:

Para contextualizar a la comunidad se realizó en primer lugar una breve búsqueda descriptiva sobre la ciudad de Lugo, enumerando características geográficas, datos sociodemográficos y socioculturales, y la organización del sistema de salud. Después para conocer las necesidades y problemas de la población lucense se partió de la base de que existe un problema a nivel nacional y europeo con el consumo de fármacos y antibióticos, ante este hecho se empezó a investigar lo que ocurría en España y en concreto en Galicia y Lugo. La información nacional se halló a través de informes y publicaciones de fuentes institucionales (PRAN, OMS…), y los datos de la ciudad fueron proporcionados por Mercedes Pereira Pía, farmacéutica de Atención Primaria en los centros de San Roque y Sagrado Corazón, y una de las responsables del programa PROA en la ciudad. Se trata de datos no publicados pero disponibles en la gerencia EOXI Lugo-Cervo-Monforte para la gestión y mejora de la prescripción de fármacos y antibióticos.

Para completar esta etapa sería necesario hacerlo de manera participativa con los miembros de la comunidad, a través de encuestas destinadas tanto a profesionales como a pacientes, a fin de encontrar coincidencias con el estudio y obtener alternativas de solución propuestas por la misma población.

En la segunda fase se llevó a cabo el reconocimiento de todos los agentes implicados en el proyecto y una identificación de los actores sociales que van a conformar los grupos de trabajo, todo ello junto con un análisis de tareas.

En la tercera fase a través de la información obtenida en diagnóstico comunitario se hallaron una serie de necesidades proclives a intervención. Para constatar la jerarquización y priorización de estas necesidades se elaboró una matriz siguiendo el modelo "Matriz de Priorización 1. Instrucciones: Ítems a valorar para realizar la priorización de recomendaciones y desenvolver el plan de acción"[14], procedente del proyecto: "Implementación de las recomendaciones —no hacer— en el Servicio Gallego de Salud". Los campos utilizados fueron los siguientes: prevalencia, nivel de acuerdo con la recomendación, impacto en la seguridad del paciente y factibilidad. Cada uno de ellos se califica con una puntuación del 1 al 3, siendo 3 lo máximo y 1 lo mínimo. Excepto los dos últimos, que debido a su dificultad de medición se puntúan previamente del 1 al 9. Finalmente, a través de la suma de la puntuación de los distintos ítems se obtuvo una lista ordenada de mayor a menor grado de prioridad de actuación.

A continuación, se inició la elaboración del diseño de intervenciones y su correspondiente planificación. Para ello se definieron en un primer momento los objetivos, las metas y la justificación, y así establecer las bases sustentadoras del curso del programa. Después se plantearon los medios de evaluación en los distintos niveles (inicial, proceso y final), que permitirían comprobar si las intervenciones alcanzan los objetivos propuestos y los resultados en cada fase. Para el proceso de monitorización de información se esbozó una matriz de indicadores que contiene un total de 10, todos ellos basados en las necesidades previamente encontradas. De este modo se pretende valorar permanentemente a los pacientes con una estimación de 0 a 3 puntos. 0 es la persona que no cumple el indicador, 1 la que inicia el cumplimiento del indicador, 2 que cumple casi en su totalidad y 3 cumple totalmente.

También se identificaron brevemente los recursos empleados tanto a nivel humano como material y técnico, teniendo en cuenta lo necesario para llevar a cabo el proyecto y cada una de sus actividades. El posible cálculo del presupuesto se estableció mediante una tabla con los siguientes apartados: elemento, tipo de recurso, tipo de unidad, unidades, precio y costo. Para computar el precio se propuso la utilización de una sencilla operación matemática de multiplicación: precio x unidades x elementos. La parte del material que se utilice a demanda se hallará a posteriori en función del precio estimado y el importe de la elaboración de los folletos se acordará con la empresa contratada (ilustración e impresión).

Las propuestas establecidas en el plan de acción del programa están basadas en tres fases de intervención, debido a que la población todavía desconoce en gran medida lo que ocurre y los efectos nocivos que tiene para la salud. Esta falta de conciencia implica una posible ausencia de colaboración en la realización del programa por parte de la comunidad. Por ello, se consideró que lo más adecuado era dividir el proceso en varias etapas, que van desde la sensibilización, pasando por la divulgación y finalmente la participación conjunta. A su vez, cada una de ellas contiene una serie de criterios a tener en cuenta para estructurar las sesiones de trabajo, que son: justificación, objetivos, tiempo de duración, personal implicado, lugar, modo de desarrollo y principales ideas a transmitir.

En la fase de sensibilización, se plasmó una síntesis y una organización de información básica relacionada con

la medicación, la cual se transmitiría a los pacientes a través de las consultas de atención primaria.

En la fase de divulgación, se utilizó la tecnología digital para elaborar un modelo de tríptico. Éste también se repartiría en las consultas de los centros de salud y a mayores en las farmacias extrahospitalarias de la ciudad. El tríptico propuesto es una muestra de información organizada y de interés, que contiene lo considerado esencial para desarrollar de forma adecuada la difusión en la comunidad.

Y ya en la etapa de participación, se proyectaron los temas y conceptos de educación sanitaria que se tratarían en las charlas y coloquios en común con la población. Todo ello pensado para alcanzar una implicación en el proyecto, una toma de consciencia de la importancia que reviste emplear correctamente los medicamentos y un liderazgo ciudadano de las sesiones informativas, contando con la ayuda técnica de los profesionales sanitarios.

Terminado el plan de acción y conocidas las actividades de cada fase, se confeccionó un cronograma para calendarizar el proceso en fechas estimadas y se desarrollaron las técnicas de evaluación inicial que permitirían obtener un análisis de los comportamientos que deben ser trabajados. Los métodos planteados fueron: el registro de conductas, para describir hechos o situaciones concretas que se consideren importantes y que den cuenta de los comportamientos habituales; y una matriz de valoración con nueve indicadores basados en las distintas necesidades.

Para finalizar y comprobar la eficacia del programa, se propuso como técnica de evaluación final la comparación de los datos obtenidos en las distintas matrices de evaluación, junto con el estudio y razonamiento de los resultados, poniendo especial énfasis en los indicadores que permitan estudiar el grado de mejora obtenido después del proyecto.

5. RESULTADOS

5.1. Fase 1: Diagnóstico de la comunidad

La zona básica de intervención es la ciudad de Lugo. Ésta se ubica en el noroeste de la comunidad Gallega y posee un total de 331.327 habitantes[15].

De acuerdo con los últimos datos del IGE, la ciudad cuenta con un porcentaje de población del 82,00 y una densidad poblacional del 294,00. La mayor parte de los ciudadanos tienen entre 20 y 64 años (61,26 %) y el índice de envejecimiento es de 116, 58. La tasa bruta de natalidad se mantiene en 8,44 y la de mortalidad en 10,73. Estamos por lo tanto ante un saldo negativo de población, se producen más muertes que nacimientos cada año lo que significa que la demografía se contrae y está sufriendo un proceso de envejecimiento[16].

La ciudad tiene una actividad productiva del 51,32%, una tasa de empleo del 45,56% y un 11,23% de paro[16].

El Área de salud de la provincia se constituye a partir de una Estructura Organizativa de Xerencia de Xestión Integrada (EOXI): Lugo, Cervo y Monforte; que agrupa a la AP y a los siguientes hospitales: Hospital Universitario Lucus Augusti, Hospital Comarcal de Monforte y Hospital da Mariña. Los centros de salud de la ciudad son seis: San Roque, Fingoi, A Milagrosa, Sagrado Corazón, Illas Canarias y Praza do Ferrol.

Existe una amplia tradición asociativa con numerosas asociaciones, con un total de 49 registros en el Ayuntamiento, como por ejemplo: Alume Saúde Mental o Aspanais,[17] así como centros sociales de diversa índole como el Centro María Balteira y la Casa da Muller[17].

Además, la ciudad presenta numerosos recursos tanto para jóvenes como ancianos, abundantes zonas verdes y locales de ocio y tiempo libre.

El diagnóstico comunitario de las necesidades de salud de la población a trabajar se inició a través de la posición privilegiada que ostentamos como profesionales sanitarios, en cuanto a posesión de información de problemas de salud pública. De este modo, se sabía previamente la situación de sobreexposición a medicamentos en nuestra zona y sus probables consecuencias. Para conocer en profundidad el estado de la situación se realizó una revisión de los datos existentes y se encontró que la información desagregada de la comunidad lucense relacionada con este tema no está disponible para su consulta. Ante este hecho, se amplió la búsqueda a toda Galicia y el resto de España; dado que no existen evidencias de que los lucenses como colectivo presenten diferencias conocidas con el resto de la población gallega ni del país, se estima orientativo extrapolar los datos autonómicos y nacionales existentes que se citan a continuación:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que un número elevado de medicamentos se prescriben, dispensan o venden de forma inapropiada, y que la mitad de los pacientes no los toman correctamente. Este mal uso genera una utilización excesiva, insuficiente o indebida de medicamentos. Las principales causas que se le atribuye son la polimedicación, el uso excesivo de antibióticos, la prescripción inadecuada y la automedicación inapropiada[18].En el estudio Efectos Adversos en

Atención Primaria (APEAS) se detectó una prevalencia anual del 7% de efectos adversos en el ámbito de la AP, de los cuales el 47,8% se relacionaron con la medicación, y de ellos el 50,2% fueron reacciones adversas y el 33,2% errores de medicación[18].Por otro lado, las investigaciones hablan del escaso conocimiento que tienen los pacientes sobre los fármacos prescritos y de que este aspecto se considera una de las principales causas de un consumo inapropiado[19].

Los fármacos con mayor riesgo son los antibióticos, cuyo uso indiscriminado y excesivo genera la denominada fármaco-resistencia, fenómeno que se caracteriza por una mutación de las bacterias del organismo.[20] En España la cifra media de consumo de antibióticos se sitúa en 26,9 DHD y la tasa de consumo en 25,08 DHD, convirtiéndose así en uno de los países más consumidores de la UE.[10,21]

En nuestra comunidad, el Servicio Gallego de Salud (SERGAS) ha concluido en el último boletín epidemiológico que la población gallega no termina los tratamientos prescritos, adquiere antibióticos sin receta médica y almacena medicación remanente para después volver a consumir.

Si nos referimos a datos más concretos, durante 2018 el área de salud de Lugo consumió 15,17 DHD, situándose la media de los distintos sectores en 15,52 DHD[22].

Para ultimar la contextualización de la comunidad, sería necesario la realización de una encuesta a profesionales sanitarios (medicina, enfermería, farmacia…), buscando indagar sobre la necesidad de abordar este tema y conocer cómo perciben ellos el conocimiento y uso de medicamentos por parte de sus pacientes. También se extendería la entrevista a toda la población para saber la opinión de los ciudadanos, la información que dominan y su predisposición a mejorar los malos hábitos de consumo. De este modo se alcanzaría un diagnóstico participativo.

5.2. Fase 2: Características del grupo

El grupo interventor encomendado de realizar las actividades dispondrá de una serie de agentes:

- Personal sanitario del EOXI:
  a. Enfermeros: encargados de sensibilizar, informar y formar a la población.
  b. Facultativos: ocupados de resolver dudas, explicar uso e indicación de productos prescritos y advertir de la resistencia a los antibióticos.
  c. Farmacéuticos: ocupados de resolver dudas, fomentar un consumo correcto de fármacos y advertir de la resistencia a antibióticos durante su venta.
- Ciudadanía (representantes de asociaciones, padres, pacientes…): subsidiarios de recibir información en las primeras fases del proyecto y después, una vez se produzca el empoderamiento a través de la información recibida, se convertirán en colaboradores activos de las distintas intervenciones. En ese momento el personal sanitario previamente nombrado tomará el papel de asesoramiento técnico.

Para la puesta en marcha del proyecto también se necesitará la implicación de los siguientes representantes:

- Ayuntamiento y Diputación de Lugo, necesarios para amparar aspectos tan importantes como la financiación y planificación del programa en la ciudad.
- EOXI Lugo, encargado de la distribución y desarrollo del proyecto en su totalidad.
- Colegio Oficial de Farmacéuticos de Lugo, involucrado en el desarrollo de las intervenciones en las distintas farmacias de la ciudad.
- Colegio Oficial de Enfermería de Lugo, implicado en el desarrollo de las intervenciones en los centros de salud.
- Colegio Oficial de Médicos de Lugo, implicado en el proceso de intervención en los centros de salud.
- Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos (AMPAS), comprometidas en la participación activa de divulgación de información y la formación como padres.
- Delegada provincial de Educación como representante del colectivo educativo.
- Asociaciones de Pacientes, necesarias en la participación activa como usuarios de los sistemas de salud y futuros educadores del proyecto.
- Líderes comunitarios de distintos ámbitos dedicados a la promoción de las fases del proyecto en la comunidad.

5.3. Fase 3: Evaluación de las necesidades del grupo

A través del estudio sistemático de la información existente se han identificado un grupo de necesidades de actuación en la población. Para conocer cuáles son las que revisten mayor importancia y las decisiones que se pueden tomar al respecto, se ha adoptado la matriz de priorización del Sergas, citada anteriormente en el apartado de metodología. Sobre ella, la presente autora del trabajo ha recreado la valoración de necesidades, a modo de ejemplo de lo que realizaría el grupo interventor (Anexo 1).

5.4. Fase 4: Diseño y planificación de la intervención

Justificación

Los problemas identificados en la comunidad demuestran que existe un conflicto de interés público que precisa de diferentes enfoques de actuación. La población es la pieza clave del proceso, de manera que una adecuada y completa educación sanitaria, conformada dentro un proyecto común ayudaría a mejorar la situación de salud.

Objetivos

- Informar sobre el consumo de fármacos y la resistencia bacteriana.
- Divulgar todo el contenido a la comunidad.
- Formar a la población como educadora entre iguales alcanzando un liderazgo ciudadano.

Metas

Al finalizar este proyecto se espera que los lucenses desarrollen competencias adecuadas para el manejo de su medicación, fomenten entre ellos un uso racional de medicamentos y amplíen sus conocimientos respecto al tema.

Sistema de evaluación

El sistema de evaluación que se pretende usar estará estructurado en varios niveles en función de la fase del proyecto:

- Evaluación inicial: análisis de conocimientos y prácticas detectadas a través de registro anecdótico y matriz de indicadores.
- Evaluación de proceso: retroalimentación brindada por parte de los pacientes y participantes, al finalizar cada una de las intervenciones realizadas en las distintas etapas. Además, los miembros del grupo interventor contarán con fichas de monitoreo para ir cubriendo diariamente y así ir comparando a medida que pasa el tiempo. Con cierta periodicidad se realizarán reuniones con los representantes de cada punto para comentar las progresiones y los desacuerdos/retrocesos.
- Evaluación final: aplicación nuevamente de la matriz inicial y comparación de resultados entre todas las matrices utilizadas.

Monitoreo

El proceso de obtención de información permanente se realizará mediante una evaluación de distintos indicadores:

TABLA 1. METODOLOGÍA A SEGUIR PARA LA EVALUACIÓN DE INDICADORES IND

INDICACIONES	VALORACIÓN	DESCRIPCIÓN
Marcar con una (x) en cada indicador la valoración oportuna.	0	ALERTA: no presenta, no tiene, no realiza, no cumple el indicador.
	1	EN INICIO: presenta pero no logra aún el indicador.
	2	EN PROCESO: cumple casi en su totalidad el indicador.
	3	LOGRO SATISFACTORIO: cumple con el indicador permanentemente.

Fuente: adaptada de Montoro Morales J. Ficha de monitoreo de Ceptros [Internet]. Es.slideshare.net. 2019 [acceso 21 de abril de 2019]. Disponible en: https://es.slideshare.net/jjamesmm/ficha-de-monitre?qid=69ff72b4-7f33-4b3d-8373-361caceb8087&v=&b=&from_search=1

Recursos

- Recursos humanos: profesionales de enfermería, medicina y farmacia. Representantes de salud pública, líderes comunitarios y asociaciones cívicas implicadas en el proyecto.

  Para la preparación del personal sanitario se impartirá un programa de formación de formadores.
- Recursos materiales: las intervenciones serán desarrolladas principalmente en los centros de salud de Lugo, en ellos se contará con las consultas de enfermería y medicina destinadas a la atención de las personas. Cada consulta tiene instalado en su ordenador el programa informático Ianus que permitirá comprobar entre otros datos las prescripciones activas de cada individuo.

  Para realizar las charlas y coloquios se utilizarán locales y centros de diversa índole, los cuales serán concertados previamente con el organismo responsable. En cuanto a material, se utilizarán folletos en la fase divulgativa y los profesionales podrán disponer del material audiovisual, de oficina y sanitario necesario para ejecutar las intervenciones propuestas.

TABLA 2. EVALUACIÓN DE INDICADORES					
Nº	INDICADORES	VALORACIÓN			
		0	1	2	3
1	Buenas prácticas detectadas				
2	Uso/consumo adecuado de fármacos				
3	Correcto uso de antibióticos				
4	Ausencia de automedicación				
5	Desaparición de efectos adversos				
6	Conocimientos adecuados sobre medicación				
7	Voluntad de cambiar hábitos perjudiciales				
8	Interés por participación y colaboración en el proyecto				
9	Consulta de dudas a profesionales sanitarios				
10	Capacitación como promotores de cambio				
11	Reciclaje/desecho de medicación sobrante				
12	Grado de satisfacción respecto al cumplimiento de expectativas				

Fuente: elaboración propia.

Presupuesto

PRESUPUESTO	Memoria económica
TIEMPO	2 años

Plan de acción

Las propuestas establecidas para solucionar las necesidades anteriormente nombradas fueron:

- Vigilancia del consumo de fármacos y antibióticos.
- Sensibilización de la población en su conjunto y de los profesionales.
- Educación sanitaria y formación de la población.

Etapas de desarrollo

Etapa de sensibilización

1. Justificación: la sensibilización capacita a las personas de unos conocimientos que previamente no existían, despierta en ellas sentimientos de mejora y permite a largo plazo crear nuevas estrategias de cambio. Teniendo en cuenta que todavía es un tema poco conocido por la población y que hay escasa educación sanitaria, la sensibilización asentará las bases del resto del proyecto.
2. Objetivos: conocer la pauta de consumo de cada paciente y detectar precozmente malas prácticas, mejorar a grandes rasgos la cultura sobre medicación y exponer de forma breve la resistencia a antibióticos.
3. Tiempo: continuamente tras el inicio del proyecto y deforma indefinida.
4. Personal: enfermería.
5. Lugar: centros de salud de Lugo.
6. Desarrollo:

   El enfermero/a correspondiente seleccionará en un primer momento a los pacientes con mayor riesgo (polimedicados, personas mayores, padres con hijos, personas con tratamientos crónicos, personas con antibioticoterapia…) y luego se extenderá a toda la población.

   Los datos de cada persona que acude a la consulta aparecen en el sistema informático Ianus, por lo tanto se puede analizar toda la información indicativa sobre su situación de salud. Esto le permitirá al enfermero/a hacer una primera aproximación al usuario. Una vez se resuelva el motivo de la consulta, pasará a establecer un contacto sobre la medicación que toma, resolver cualquier tipo de duda e iniciar las actividades individuales de educación sanitaria.
7. Ideas a transmitir: comprobación de un correcto entendimiento de la orden de prescripción, explicación sobre la exclusividad de la pauta terapéutica, enumeración de los riesgos que conllevan las malas prácticas, descripción del fenómeno de resistencia a antibióticos, sus consecuencias y medidas de prevención [23].

Etapa de divulgación

1. Justificación: una vez se informa a los pacientes en las consultas es de interés que se extienda al resto de la comunidad. Así se completa la etapa anterior con la exposición y difusión del contenido de beneficio público.
2. Objetivos: promover la información y el conocimiento poniéndolos al alcance de todos.

TABLA 3. MÉTODO DE CÁLCULO DE LA MEMORIA ECONÓMICA

Elemento	Tipo de recurso	Tipo de unidad	Unidades	Precio	Costo
Personal (P)	Sueldo profesional	Horas	Z	Y	Z×Y×P
Personal (P)	Programa de formación de formadores	Horas	Z	Y	Z×Y×P
Folletos	Creación e impresión Presupuesto acordado por empresa	Papelería Impresión	X	Y	X×Y
Material a demanda	Material de oficina, sanitario y audiovisual	Papel, bolígrafos, etc.	Z	Y	Z×Y

Fuente: Adaptada de El cálculo del presupuesto [Internet]. Cv.uoc.edu [acceso 21 de abril de 2019]. Disponible en: http://cv.uoc.edu/UOC/a/moduls/90/90_574b/web/main/m4/c5/1.html

3. Tiempo: se iniciará secuencialmente a la primera etapa y de forma indefinida hasta el final del proyecto.
4. Personal: enfermería, medicina, farmacia.
5. Lugar: centros de salud de Lugo y farmacias extrahospitalarias.
6. Desarrollo: entrega de folletos acompañada de la explicación oportuna.
7. Ideas a transmitir: (Anexo 2)

Etapa de participación conjunta con la comunidad

1. Justificación: todo proyecto de intervención comunitaria lleva implícito una participación conjunta con la sociedad, ya que como es sabido, es la propia comunidad la que debe llevar las riendas de su salud. De este modo, se produce un empoderamiento de los pacientes y son ellos los que a partir de los conocimientos recibidos son capaces de discernir entre qué prácticas son correctas y cuáles no.
2. Objetivos: formar a los pacientes en aspectos más concretos relacionados con la medicación, lograr una implicación de la población en el proyecto, capacitar a la ciudadanía como educadora y alcanzar un dominio mutuo de las sesiones.
3. Tiempo: 2 años.
4. Personal: profesionales sanitarios (dos de enfermería, uno de medicina, uno de farmacia), miembros de asociaciones y ciudadanos.
5. Lugar: centros sociales y sanitarios disponibles para la realización de las charlas.
6. Desarrollo: en un primer momento se realizarán charlas y coloquios con la población que acuda voluntariamente más los representantes de cada ámbito (AMPAS, asociaciones de pacientes…). Estas sesiones serán lideradas por profesionales de la salud y se hablará de diferentes temas relacionados, se informará sobre cuestiones y dudas que se planteen, y se procurará incentivar la exposición de ideas y debates. La opinión de los participantes es fundamental, así como conocer las situaciones que les llevan a determinadas acciones de consumo o las dificultades que se encuentran a la hora de cumplir la orden de tratamiento.

   Se intentarán realizar siempre con un número no muy elevado de personas, para evitar una ausencia de participación o una disminución en la transmisión de información. Lo fundamental será crear un ambiente agradable que propicie una participación recíproca.

   A medida que se celebren las charlas se impulsará la dirección ciudadana de las mismas, a través de la información recibida previamente y la capacitación como educadores, adoptando los profesionales el papel de ayudantes técnicos.
7. Ideas a transmitir: errores que se cometen con la medicación y sus consecuencias, principales vías de administración, definición de efecto adverso e interacción medicamentosa, información de que contiene la caja de medicamentos y el prospecto, medicamentos en situaciones especiales, tratamientos farmacológicos más habituales y reciclado y desecho de medicamentos (Anexo 3).[24,25]

Cronograma de actividades

TABLA 4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES			
MODALIDAD	**SESIÓN**	**ACTIVIDAD**	**TIEMPO***
SENSIBILIZACIÓN**	1	Detección pautas de consumo y malas prácticas	MES 1
	1	Comprobación entendimiento orden de prescripción	MES 1
	2	Informar sobre riesgos de uso y consumo indebido de fármacos	MES 1-2
	2	Informar sobre resistencia antibióticos	MES 1-2
DIVULGACIÓN**	3	Entrega de folletos	MES 1- 2 >2
PARTICIPACIÓN	4	Formación sobre aspectos concretos de medicación	MES 13
	4	Tratamientos farmacológicos más habituales	MES 13
	5	Capacitación de la ciudadanía como educadora entre iguales	MES 13
	6	Ayuda técnica a las sesiones lideradas por la comunidad	MES >

*Los tiempos que se utilizan son estimativos y dependerán de cada paciente y de la disponibilidad de cada caso.
**Las etapas de sensibilización y divulgación se iniciarán de forma secuencial aunque se solaparán a medida que la población es informada.
Fuente: elaboración propia.

5.5. Fase 5: Evaluación inicial

Inicialmente en la primera etapa del proyecto se buscará la expresión de ideas, conocimientos y prácticas de consumo por parte de los pacientes, sin entrar en juicios de valor ni exponer la realidad de la situación, con esto se pretende detectar qué tan graves son sus necesidades a trabajar y de qué manera se van a abordar para su adecuada intervención.

Para ello se usará una matriz con indicadores que permitirá conocer el punto de partida del programa, además de un registro que sirva para describir determinados hábitos observados en los individuos.

TABLA 5. MÉTODO DE REGISTRO DE CONDUCTAS	
Sexo:	Fecha:
Edad:	Lugar:
DESCRIPCIÓN DE LO OBSERVADO	**INTERPRETACIÓN**

Fuente: elaboración propia.

TABLA 6. EVALUACIÓN INICIAL DE INDICADORES	
Nº	**INDICADORES**
1	Buenas prácticas detectadas
2	Refleja un uso/consumo correcto de fármacos
3	No abuso de antibióticos
4	No se observa presencia de automedicación
5	Ausencia de EA relacionados con medicación
6	Expresa conocimientos adecuados sobre medicación
7	Presenta interés por mejorar/cambiar hábitos
8	Consulta dudas a profesionales sanitarios
9	Comenta reciclaje/desecho de medicación sobrante

Fuente: elaboración propia.

Posteriormente, se realizará una reunión con los agentes del grupo de intervención con la intención de indagar sobre los descubrimientos que hicieron de sus pacientes y de este modo, conocer en común en dónde se encuentran las mayores dificultades y puntos débiles. Una vez conocidos qué y cuántos comportamientos existen, estos deben ser incorporados para tratar de alcanzar los objetivos propuestos.

5.6. Fase 6: Ejecución e implementación

En esta fase se hará operativo todo el trabajo estructurado en las etapas anteriores.

5.7. Fase 7: Evaluación final

Para determinar de manera sistemática y objetiva la eficacia, eficiencia e impacto del programa se aplicará nuevamente la matriz de observación participante que se utilizó en la evaluación inicial, con los mismos indicadores. Los resultados de esta observación serán comparados con los preliminares, y para determinar en qué medida se produjeron cambios, se contrastarán con la evaluación de proceso (monitoreo).

A todo esto le acompañará el análisis reflexivo de los resultados que se obtengan.

Se espera que en este punto la población lucense ya esté capacitada para actuar como interventora del proyecto y que por lo tanto, parte de la evaluación final sea valorada por la ciudadanía.

5.8. Fase 8: Diseminación de los resultados

Una vez conocidos los frutos y la eficacia del programa en la ciudad de Lugo, la pretensión es llevar a cabo una extensión a toda la provincia y más adelante a la comunidad gallega en su conjunto.

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se elabora un modelo teórico de intervención comunitaria dando respuesta al objetivo principal. Dado que no se ha implementado todavía no es posible comparar los resultados con otros aplicados, pero si en cuanto a las principales características que posee, que son elaboraciones propias de la autora a través de la consulta y el análisis de estrategias, recomendaciones y otras intervenciones comunitarias localizadas. De este modo los rasgos comunes que comparten son los siguientes:

- Diseño del proceso a través de diferentes fases.[13, 27,30-33]
- Planificación estratégica-situacional (diagnósticos participativos, propuestas técnicas, búsqueda de necesidades alteradas).[27,29-33]
- Participación comunitaria de personas, grupos y comunidades como base del programa.[27,28,31-33]
- Comunidad como protagonista principal y un equipo de salud que asume la función propulsora.[27,31-33]
- Establecimiento de requerimientos internos y externos.[13,27,33]
- Formación e identificación de un grupo promotor.[13,26-28]
- Determinación de diversas actividades, técnicas y herramientas de participación y formación.[28, 31-33]
- Propósito fundamental: avance de la ciudadanía hacia la autogestión de procesos y planes de acción.[13,27,31]

Conclusiones

- La situación actual de la población lucense no difiere de la situación autonómica ni nacional, se caracteriza por un mal uso y consumo de fármacos y antibióticos.
- Los agentes implicados en el proyecto son de dos tipos: representantes sociales/sanitarios y actores formadores del grupo interventor (profesionales de la salud y ciudadanía)
- La matriz de priorización es el método de evaluación de necesidades.
- Las intervenciones propuestas son de tres tipos: sensibilizadoras, divulgativas y participativas.
- La valoración de indicadores es el instrumento principal para el análisis de resultado.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. OPS-OMS: Planificación local participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe. Serie PALTEX, Canadá, 1999.
2. Activos para la Salud. Alianza de Salud Comunitaria [Internet]. 2019 [acceso 26 de enero de 2019]. Disponible en: http://www.alianzasaludcomunitaria.org/activos-para-la-salud/
3. Orden del 17 de junio de 2010 por la que se aprueba y publica el programa formativo de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado, nº 157, (29 de junio de 2010). Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/o/2010/06/17/sas1729
4. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. El consumo total de antibióticos en salud humana bajó un 4,34% entre 2016 y 2017 [Internet]. 2018 [acceso 3 de enero de 2019].Disponible en: https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/laAEMPS/2018/docs/NI-AEMPS_10-2018-consumo-total-antibioticos.pdf

5. Garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios. Ley 29/2006 de 26 de julio. Boletín Oficial del Estado, nº 178, (27 de julio de 2006). Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/l/2006/07/26/29/con
6. Dahir C, Hernandorena C, Chagas L, Mackern K, Varela V, Alonso I. Automedicación: un determinante en el uso racional de medicamentos. Evid Act Pract Amb [Internet] 2015 [acceso 13 de enero de 2019];18(2):46-9. Disponible en: https://www.fundacionmf.org.ar/visor-producto.php?cod_producto=4584
7. Iñesta García A. Sobre medicamentos y Farmacoeconomía [monografía en Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III; 2011 [acceso 15 de enero de 2019]. Disponible en: https://publicaciones.isciii.es/
8. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial consumption - Annual Epidemiological Report for 2017 [monografía en Internet]. Estocolmo: ECDC; 2018 [acceso 15 de enero de 2019]. Disponible en:https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/antimicrobial-consumption-annual-epidemiological-report-2017
9. Fajardo-Zapata AL, Méndez-Casallas FJ, Hernández-Niño JF, Molina LH, Tarazona AM, Nossa C et al. La automedicación de antibióticos: un problema de salud pública. Salud, Barranquilla [Internet]. 2013 [acceso 13 de enero de 2019]; 29 (2): 226-235. Disponible en: http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4537/3370
10. Lamas Díaz M. Balance y próximos retos del Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos [presentación en Internet]. Madrid: AEMPS; 2018. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/laAEMPS/eventos/AEMPS/2018/J-dia-europeo-uso-prudente-antibioticos-2018.htm
11. Resistenciaantibioticos.es, PRAN [Internet]. Madrid: resistenciaantibioticos.es; 2014 [acceso 16 de enero de 2019]. Disponible en: http://www.resistenciaantibioticos.es/es
12. PRAN [Internet]. Madrid: resistenciaantibioticos.es; 2014 [acceso 16 de enero de 2019]. Programas de Optimización de Uso de los Antibióticos (PROA). Disponible en: http://www.resistenciaantibioticos.es/es/programas-de-optimizacion-de-uso-de-los-antibioticos-proa
13. Mori Sánchez MP. Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. Liberabit, Revista de Psicología [Internet]. 2008 [acceso 12 de enero de 2019]; 14:81-90. Disponible en: https://www.redalyc.org/html/686/68601409/
14. Servicio Gallego de Salud. Matriz de Priorización 1. Instrucciones: Ítems a valorar para realizar la priorización de recomendaciones y desenvolver el plan de acción. Santiago de Compostela: Proyecto Implementación de las recomendaciones "no hacer" en el Servicio Gallego de Salud. SERGAS; 2019. Aportado por la dirección del EOXI: Lugo, Cervo, Monforte.
15. Población por provincias y sexo [Internet]. Ine.es 2019 [acceso 17 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2852
16. Indicadores demográficos [Internet]. Ige.eu. 2019 [acceso 15 de marzo de 2019]. Disponible en: http://www.ige.eu/estatico/estat.jsp?ruta=html/gl/poboacion/IndicadoresDemograficos.html
17. Concello de Lugo [Internet]. Lugo.gal. 2019 [acceso 14 de marzo de 2019]. Registro Municipal de Asociaciones. Disponible en: http://lugo.gal/es/actuaciones/registro-municipal-de-asociaciones
18. World Health Organization. Medicines use in primary care in developing and transitional countries [Internet]. Geneva: Who.int; 2009 [acceso 17 de febrero de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/medicines/publications/who_emp_2009.3/en/
19. Jiménez Villa J. El conocimiento de los pacientes sobre su medicación es importante para su uso correcto. Atención Primaria [revista en Internet] 2009 [acceso 19 de febrero de 2019]; 41(12):668-669. Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/erroresmedicacion/023.pdf
20. Medina-Morales DA, Machado-Duque ME, Machado-Alba J. Resistencia a antibióticos, una crisis global. Revista médica Risaralda [Internet]. 2015 [acceso 19 de febrero de 2019]; 21(1): 74-74. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672015000100013&lng=en.
21. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. La actualización de la unidad de medida de cálculo del consumo de antibióticos reposiciona a España en el ranking europeo de uso de antimicrobianos. [Internet]. Aemps.gob.es. 2019 [acceso 19 de febrero de 2019]. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/ca/informa/notasInformativas/laAEMPS/2019/NIAEMPS_2-2019-actualizacion-DDD.htm

22. Datos no publicados pero disponibles en la gerencia EOXI Lugo-Cervo-Monforte para la gestión y mejora de la prescripción de fármacos y antibióticos. Proporcionados por la farmacéutica de Atención Primaria: Mercedes Pereira Pía.
23. Losa Iglesias MC. Uso racional del medicamento. Madrid: Fundación salud y sociedad; 2012.
24. Interacciones farmacológicas. Manual MSD versión para público general [Internet]. 2019 [acceso 29 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/eses/hogar/f%C3%A1rmacos/factores-que-influyen-en-la-respuesta-del-organismo-a-losf%C3%A1rmacos/interacciones-farmacol%C3%B3gicas
25. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Etiquetado y Prospectos. [Internet]. Aemps.gob.es. 2019 [acceso 29 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/industria/etiquetado/
26. Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2013 [acceso 20 de abril de 2019]; 27(2):180-183. Disponible en: http://www.gacetasanitaria.org/es-linkresolver-metodologia-el-mapeo-activos-salud-S0213911112001896
27. Arias J. Diagnóstico de necesidades intervención de jóvenes de 14 a 20 años de edad en barrio Santa Cecilia para hacer una propuesta de intervención. [Internet]. Intervención comunitaria. 2012 [acceso 23 de abril de 2019]. Disponible en: http://jorgeariasbarragan1.blogspot.com/
28. González F, Rodríguez AJ, Pérez-Vico L, Delgado JM. Intervención comunitaria en centro educativo: entrevista a un profesional sanitario. Rev ENE Enferm [Internet]. 2014 [acceso 20 de abril de 2019]; 8(2).Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000200005&lng=es
29. López-Sánchez M, Alberich T, Aviñó D, Francés García F, Ruiz-Azarola A, Villasante T. Herramientas y métodos participativos para la acción comunitaria. Informe SESPAS 2018. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2018 [acceso 24 de abril de 2019]; 32:32-40. Disponible en: http://www.gacetasanitaria.org/es-herramientas-metodos-participativos-accioncomunitaria--articulo-S0213911118301614
30. Sistematización y Estudios ONG. Surmaule [Internet]. Surmaule.cl. 2019 [acceso 23 de abril de 2019]. Disponible en: http://surmaule.cl/proyectos/sistematizacion-y-estudios/
31. Escuela de envejecimiento activo en un centro de salud [Internet]. Pacap.net. 2019 [acceso 24 de abril de 2019]. Disponible en: https://www.pacap.net/pacap/?s=escuela+de+envejecimiento+activo
32. Hernán García M, Cardo Miota A, Barranco Tirado J, Belda Grindley C, Páez Múñoz E, Rodríguez Gómez S et al. Salud Comunitaria basada en activos [Internet]. Andalucía: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2018 [acceso 24 de abril de 2019]. Disponible en: https://www.easp.es/project/salud-comunitaria-basada-en-activos/
33. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? [Internet]. Madrid: semFYC; 2015 [acceso 24 de abril de 2019]. Disponible en: https://www.obsaludasturias.com/obsa/wpcontent/uploads/recomendacionesPACAP1.pdf

8. ANEXOS

Anexo 1: Matriz de necesidades

	1	2	3	4	5
	PREVALENCIA	NIVEL DE ACUERDO	IMPACTO SEGURIDAD	FACTIBILIDAD	NIVEL DE PRIORIEDAD
NECESIDADES A INTERVENIR	Alta (>30%): 3 Media (10-30%): 2 Baja (<10%): 1	Totalmente 3 Parcialmente 2 Desacuerdo 1	Escala del 1-9 Escaso impacto 1 Gran impacto 9 • Elevado (7-9): 3 • Intermedio (4-6): 2 • Escaso (1-3): 1	Escala del 1-9 Escasa factibilidad 1 Gran factibilidad 9 • Elevada (7-9): 3 • Intermedia (4-6): • Escasa (1-3): 1	
Sobreexposición a medicamentos	3	3	3	2	11
Uso excesivo de antibióticos	2	3	3	3	11
Fenómeno de resistencia a antibióticos	3	3	3	3	12
Autoconsumo de fármacos (automedicación)	2	3	3	2	10
Uso y consumo inadecuado de fármacos	2	2	2	3	9
Almacenamiento medicación remanente	3	2	2	2	9
Información deficiente sobre fármacos	2	2	3	2	9
Aparición de EA por medicación	1	3	3	2	9

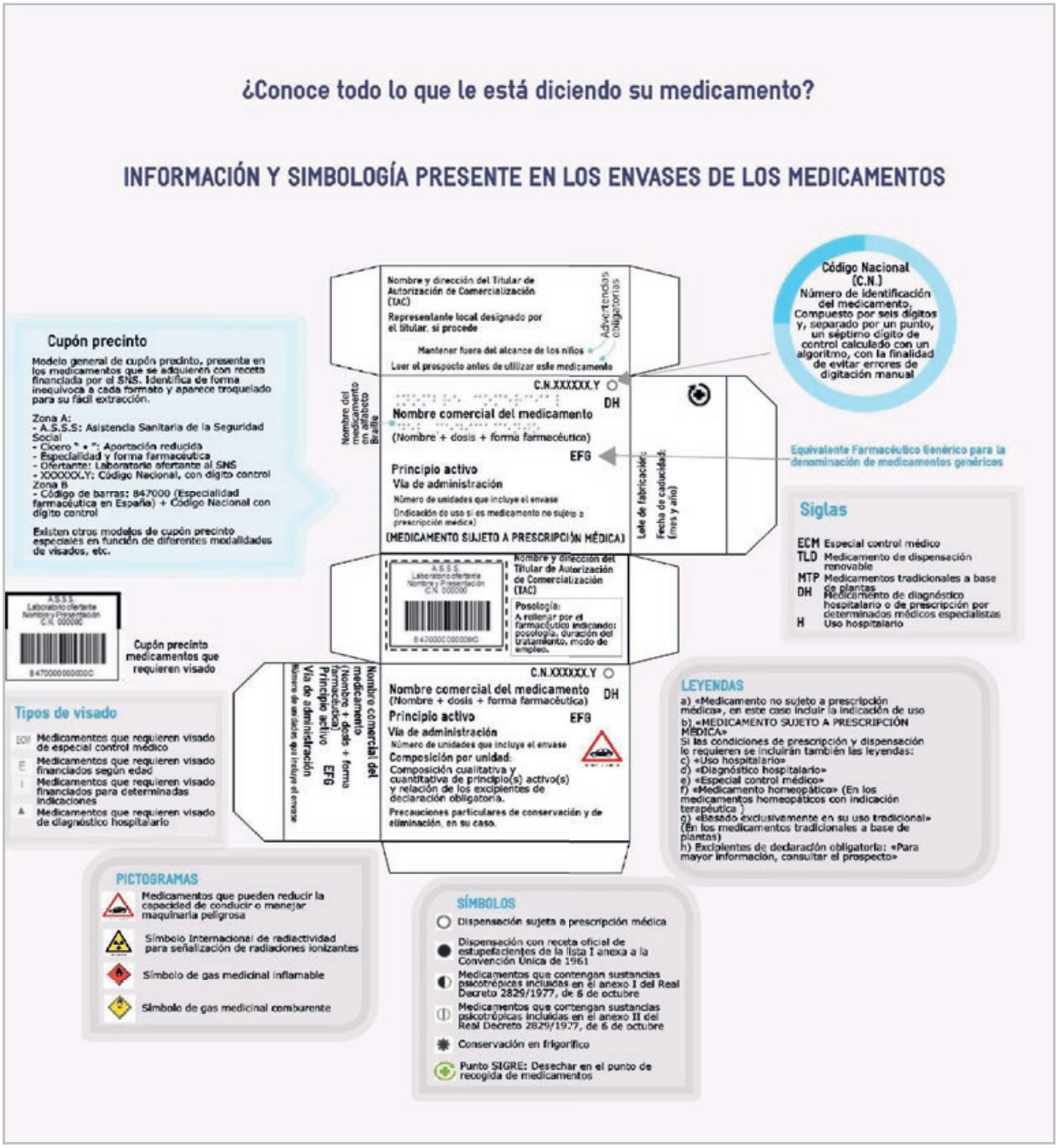
Fuente: adaptada de Servicio Gallego de Salud. Matriz de Priorización 1. Instrucciones: Ítems a valorar para realizar la priorización de recomendaciones y desenvolver el plan de acción.
Santiago de Compostela: Proyecto Implementación de las recomendaciones "no hacer" en el Servicio Gallego de Salud. SERGAS; 2019.

Nota: la presente matriz ha sido elaborada en base a las necesidades encontradas en la fase de diagnóstico comunitario. La valoración se realiza a través de distintos ítems y como resultado se obtiene una puntuación de cada necesidad acorde al orden de prioridad de intervención.

Anexo 2: folleto

Fuente: elaboración propia.

Anexo 3: Infografía AEMPS



Fuente: Asociación Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. ¿Conoce todo lo que está diciendo su medicamento? Información y simbología presente en los envases de los medicamentos [Internet]. AEMPS; 2017 [acceso 19 de marzo de 2018]. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/industria/etiquetado/home.htm

Nota: infografía procedente de la AEMPS que recoge los datos y símbolos presentes en los envases de los medicamentos. Las secciones que ilustra son: Código Nacional, siglas, leyendas, símbolos, pictogramas, tipos de visado y cupón precinto. Cada una de ellas acompañada de ejemplos y su correspondiente explicación.

Isabel Zendal, la enfermera gallega y los niños que salvaron al mundo.

Mª Irene Núñez Hernández · irenenh87@gmail.com

El objetivo de este artículo es contribuir a difundir la memoria de la enfermera gallega Isabel Zendal Gómez, parte fundamental del primer programa de vacunación a nivel mundial de la historia llevado a cabo a principios del siglo XIX. Su papel en la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna, encaminada a luchar contra la viruela en los territorios del decadente imperio español, fue decisivo en el éxito de esta primera e histórica misión sanitaria internacional y en la progresiva erradicación de una de las enfermedades más mortíferas y terribles que ha sufrido la humanidad.

La existencia de la viruela se remonta al menos a 10.000 a.C. y a lo largo de los milenios es incalculable el número de víctimas que ha provocado este "Ángel de la Muerte". Sólo en el siglo XVIII y en Europa se estima que murieron unos 60 millones de personas a causa de esta nefasta enfermedad que mataba a un tercio de los que la padecían y dejaba a otro tanto con graves secuelas, ceguera y marcas de por vida.

Durante la colonización de América, con la llegada a México de la expedición de Pánfilo de Narváez, la enfermedad se propaga devastadoramente entre la población indígena causando estragos en los territorios de ultramar y siendo una de las causas de la caída de los imperios inca y azteca. La enfermedad seguiría causando estragos a lo largo de los siglos, sobre todo en Europa y América, donde se la consideraba un auténtico azote divino.

BUSCANDO LA INMUNIDAD.

Ya en el siglo XVIII entra en escena Lady Mary Wortley Montagu, a la que podríamos incluir junto a Isabel Zendal como una de las grandes protagonistas de la lucha contra la viruela y que acabaría siendo, como Isabel y tantas otras, una extraordinaria mujer injustamente olvidada por la Historia.

Lady Montagu, (1689-1762), fue una aristócrata, escritora y viajera, esposa del embajador británico en Constantinopla, actual Estambul. En 1717 y durante

Mary Wortley Montagu **en un retrato de Joseph Highmore, (Heritage Images/Getty).**

Edward Jenner vacunando a un niño**. (Óleo sobre lienzo de Eugene Ernest Hillemacher, 1884).**

su estancia en la corte otomana, vio cómo la enfermedad que tanto atemorizaba a Europa occidental, era allí prácticamente inofensiva gracias a un método milenario exportado de oriente conocido como inoculación o variolización. La práctica consistía en inyectar en la piel de un individuo sano el material infectado previamente extraído de las pústulas de un enfermo de viruela y provocar una reacción inmunitaria en el organismo. La persona así tratada manifestaba leves síntomas al cabo de unos días, entre ellos fiebre y erupciones que desaparecían al poco tiempo sin mayores complicaciones dejando a la persona inmune ante nuevos contagios.

Lady Montagu regresó a Inglaterra dispuesta a dar a conocer esta técnica, que incluso llegó a aplicar a sus propios hijos, tal era la confianza que tenía en su eficacia. Se hicieron pruebas exitosas con reclusos y hasta la mismísima Princesa de Gales trató a sus hijos con la variolización, pero la sociedad científica y las autoridades religiosas inglesas no estaban dispuestas a dar credibilidad y apoyo a las ideas de una mujer extravagante, mucho menos cuando estas ideas provenían de una cultura como la otomana, vista como inferior a los ojos europeos.

Así es que nuestra protagonista sigue con su apasionante vida, quedando su hallazgo relegado a una práctica secundaria en el ámbito sanitario.

Tendrían que pasar 34 años hasta que en 1796 el doctor inglés Edward Jenner, (1749-1823), retomara la idea de la inoculación, la popularizara y la generalizara dándose a conocer ya como vacunación.

Jenner se fijó en que la viruela no afectaba a los ganaderos, en especial a aquellas personas que estaban en contacto con las vacas enfermas de la variante vacuna de la viruela, menos agresiva. Inspirado sin duda por Lady Montagu decidió inocular material varioloso de la viruela vacuna al hijo de su jardinero, en un alarde de valentía éticamente incomprensible a día de hoy, para posteriormente observar que este y otros individuos así tratados se hacían inmunes a la enfermedad. Ahora sí, la técnica adquirió credibilidad y difusión, al punto de convertir a Jenner en una celebridad mundial. Curiosamente, uno de los primeros países en adoptar la vacunación fue el eterno rival de Inglaterra, Francia, al solicitar Napoleón Bonaparte que sus ejércitos fuesen vacunados según la técnica de Jenner.

LA REAL EXPEDICIÓN FILANTRÓPICA DE LA VACUNA

Año 1802, el rey de España Carlos IV se encuentra en el Palacio de La Granja tras una jornada de caza y recibe un aviso desde el Cabildo de Santa Fé de Bogotá en ultramar advirtiendo de que la viruela está causando estragos entre la población y diezmando la mano de obra indígena.

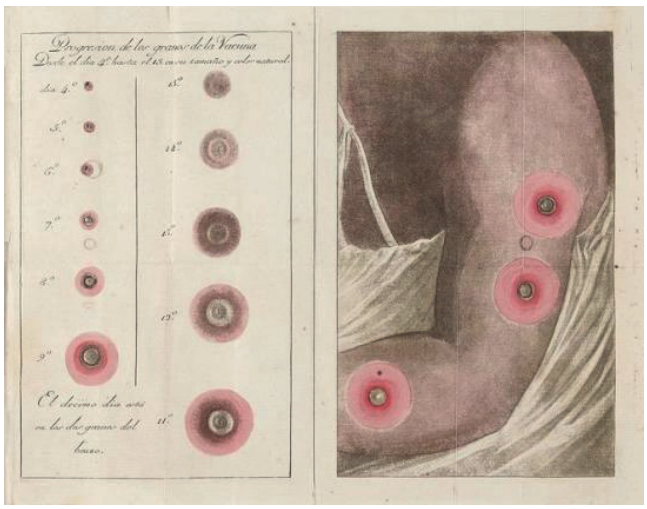
Carlos IV había sufrido en persona el golpe de la enfermedad, ya que había perdido a una hija de apenas 3 años y a un hermano a causa de la viruela. Por esto y por motivos humanitarios pero obviamente también por razones políticas y de intereses económicos para un ya decadente imperio colonial como España, Carlos IV se involucró personalmente en el proyecto que le propuso su cirujano de Cámara Real Francisco Javier Balmis,

Carlos IV de España en un retrato de Francisco Bayeu, c. 1790-1791. Real Academia de Bellas Artes de San Fernando. (Dominio público).

(1753-1819). Balmis y sus ayudantes discutieron en un principio la forma de llevar la vacuna hasta América. En una época sin medios de refrigeración adecuados existían pocas posibilidades para transportar la vacuna de una forma eficaz en un viaje transatlántico de casi tres meses. Una posibilidad era almacenar las pústulas secas en algodón entre placas de vidrio, pero este método resultaba en el deterioro rápido y la consiguiente baja calidad de la vacuna. Otra alternativa era llevar vacas enfermas portadoras de las pústulas vacuníferas, pero esto era inviable por varias razones entre ellas por suponer un medio lento, costoso e incómodo para, una vez en destino, difundir el tratamiento por todo el territorio colonial. La solución elegida es llevar personas como portadoras del material vírico, que deberían de ser niños que no hubieran tenido la enfermedad y por lo tanto no ser inmunes. La técnica empleada será la inoculación "brazo a brazo" que consiste en extraer suero infectado de una pústula variólica e inocularlo en otro individuo sano. Al cabo de nueve o diez días se extrae nuevo suero de este individuo y se inocula en el siguiente y así sucesivamente, por lo tanto deberá disponerse de diez

u once niños para que la cadena se mantenga durante los tres meses que dura el trayecto. Para mayor seguridad se decide duplicar este número y hacer una doble cadena de inoculaciones en previsión de algún fallo en el proceso, por lo que al final será veintidós el número de niños necesario.

Pero ¿de dónde van a sacar a veintidós niños?, ¿qué familia estaría dispuesta a entregar a sus hijos a semejante viaje?, la única solución es buscarlos donde nadie



lustración de las fases de los "granos de la vacuna" del Tratado histórico y práctico de la vacuna, de J.L. Moreau traducido por Balmis en 1803. (CC BY 4.0/Wellcome Library).

El médico Francisco Javier Balmis, grabado, c. 1800. (Dominio público).

los reclama, en las Casas de Expósitos y los Hospitales de Caridad.

En unos meses se organiza la expedición y en octubre de 1803 salen en viaje por carretera desde Madrid hacia A Coruña el cuerpo médico de la expedición junto con seis niños expósitos de la Casa de Desamparados de la Calle Atocha. Seis días de viaje por carretera son suficientes para que los expedicionarios se den cuenta de que controlar a 22 niños abandonados, sin raíces familiares y sin referentes de moral y conducta más allá de la que pudieran inculcarles sus cuidadores, a través de un viaje de meses a bordo de un navío manejado por rudos hombres de mar puede ser una auténtica locura.

Necesitan una mano experta que mantenga y vigile la parte más importante de la misión, el eslabón de la cadena imprescindible para que todo salga bien, necesitan a alguien que cuide de los niños, y a esa persona la encontrarán en A Coruña, su puerto de salida.

ISABEL ZENDAL GÓMEZ

Es un simple nombre, pero no fue hasta 2013 cuando el periodista coruñés Antonio López Mariño, (premio Xosé Aurelio Carracedo de periodismo 2015), descubrió el verdadero nombre de Isabel tras bucear en decenas de archivos y registros. Hasta entonces existían más de 30 variantes de sus apellidos, entre ellos Cendala, Sendala, Sendal,Sendales e incluso la forma Gandalia, que desde 1971 y hasta que fue corregida en 2017 figuraba en la placa de la calle coruñesa que lleva su nombre.

Tenemos su nombre pero, ¿qué sabemos de su vida?

Isabel Zendal nació en 1771 en la parroquia de Santa Mariña de Parada, en el municipio de Ordes, provincia de A Coruña, en el seno de una típica familia del rural gallego de la época, "pobre de solemnidad", tan pobre que tanto a la muerte de la madre en 1788 como del padre en 1800, estos son enterrados sin hacer disposición a la parroquia. Tres de los nueve hermanos de Isabel mueren al nacer o a los pocos meses de edad, un hecho común en las duras condiciones de la época.

Sobre la niñez de Isabel poco o nada sabemos salvo que, muy probablemente, la pasó en su aldea natal, pero ya en la juventud y como tantas otras mujeres y hombres de entonces abandona el pueblo para ir a la ciudad en busca de mejor fortuna.

En 1794 se encuentra trabajando como criada en la casa de Jerónimo Hinojosa, un adinerado e influyente comerciante local, sita en el número 36 de la Calle Real

de A Coruña. Entre sus deberes está el ocuparse del cuidado y educación de los hijos de la familia y seguramente aquí comenzaron a hacerse patentes las cualidades humanas de Isabel en esta tarea.

En 1796, el mismo año en que Edward Jenner descubría la vacuna de la viruela, nace Benito, el hijo de Isabel Zendal. El aval de Jerónimo probablemente junto con el de los vecinos y las autoridades parroquiales pesaron más que el por entonces estigma de ser madre soltera y en el año 1800 Isabel es contratada como rectora de la casa de Expósitos del Hospital de Caridad de A Coruña, fundado por Teresa Herrera y del que Jerónimo Hinojosa era el principal financiador privado.

Cuando la comitiva de Balmis y los niños procedentes de Madrid recalan en A Coruña, se dirigen al hospicio con el propósito de abastecerse de los pequeños necesarios para completar el proyecto y es allí donde conocen a Isabel. La propuesta que le hicieron cambiaría su vida para siempre.

Aunque en un principio existían ciertas reticencias a incluir a una mujer a bordo, (en la época no era bien visto que una dama se embarcase en medio de una tripulación masculina), una Autorización Real del 14 de octubre de 1803 da orden de admitir a Isabel en la expedición "para que cuide durante la navegación de la asistencia y aseo de los niños que hayan de embarcarse".

El salario como enfermera de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna, (en adelante REFV), sería de 10.000 reales anuales, unos honorarios muy superiores a los 600 reales que cobraba al año como rectora en la Casa de Expósitos, además a su regreso a España percibiría un sueldo vitalicio de 5.000 reales anuales. Esto unido a la posibilidad de incluir a su hijo en la expedición y al hecho de que sus padres ya habían fallecido y no tenía ataduras familiares puede explicar fácilmente el que Isabel aceptara participar en esta colosal aventura.

Al fin, el 30 de noviembre de 1803 zarpa del puerto de A Coruña la corbeta "María Pita", junto a la tripulación del barco viajan a bordo Francisco Javier Balmis como director de la expedición, el cirujano Joseph Salvany como subdirector, dos auxiliares de cirugía, dos practicantes y cuatro enfermeros varones además de Isabel, la única mujer a bordo y encargada del cuidado y vigilancia de los 21 niños de entre 3 y 9 años portadores de la vacuna, procedentes no sólo de Madrid y de la inclusa coruñesa, sino también del hospital de Los Reyes Católicos de Santiago de Compostela.

Balmis exigió que, una vez cubierta cada etapa, los niños fueran devueltos a sus lugares de origen aunque no

Antiguo Hospital de Caridad de A Coruña. (Archivo Histórico Municipal de A Coruña).

La corbeta María Pita zarpa de un puerto del Caribe, (1803-1804). Litografía de Francisco Pérez. (Fuente: udc.gal).

Ruta de la REFV (fuente: udc.gal).

lo consiguió en todos los casos ya que algunos murieron en América antes de ser repatriados y uno de ellos en Lugo, de regreso a Madrid.

Tras hacer escala en Canarias arriban a Puerto Rico en febrero de 1804 y comienzan las labores de vacunación. Bajan a Caracas y allí se dividen en dos grupos, por un lado un equipo encabezado por Salvany se dirige al sur, desde Cartagena de Indias hasta Chile y por otro lado el grupo de Balmis, en el que se encuentra Isabel, se dirige desde Caracas a La Habana y de allí a México.

En 1805 el grupo de Balmis zarpa de Acapulco hacia Manila con 26 nuevos niños, siempre al cuidado de Isabel Zendal, que consigue que todos lleguen a destino sanos y salvos, un gran logro si tenemos en cuenta que el 10% de los niños embarcados en viajes transoceánicos en aquella época morían en las travesías.

Isabel permanece en Manila y Balmis viaja a Macao donde continúa las vacunaciones para regresar en 1806 a España. Al año siguiente Isabel retorna a Acapulco.

Salvany muere en Cochabamba, Bolivia, en 1810 a causa de los rigores de la expedición y aquejado de diversas enfermedades, pero sus compañeros prosiguen la misión hasta 1812.

Lo cierto es que cuando los miembros de la expedición llegan a muchos de estos sitios, la vacunación ya era una técnica conocida y practicada por médicos locales o procedentes de la metrópoli, pero o bien no se aplicaba de forma idónea, por ejemplo usando material vacunífero en placas de vidrio, o bien la técnica se administraba limitadamente a quien podía pagar el tratamiento, en una especie de actividad contrabandística vacunal. En muchos casos debieron enfrentarse además a la reticencia de los padres a que sus hijos fueran inoculados de la enfermedad.

El gran mérito de la REFV fue crear Juntas de Vacunación allá por donde pasaba, enseñando la técnica adecuada y creando censos locales para que en cada sitio se continuase vacunando autosuficientemente. Así iban avanzando de pueblo en pueblo, de ciudad en ciudad extendiendo un programa general de inmunizaciones que supondría la salvación de millones de vidas. No sería sin pagar un alto coste para la salud de los expedicionarios, que sufrieron innumerables penurias y hasta un naufragio.

Mientras Balmis era recibido por Carlos IV en España con todos los honores pasando su nombre a la Historia, merecidamente por supuesto, Salvany seguía con la expedición hasta morir y el recuerdo de Isabel Zendal y sus niños se desdibujaba en el agitado devenir de los acontecimientos históricos que abrumaban a un imperio en decadencia.

Isabel Zendal y su hijo Benito nunca regresaron a España, estableciéndose en Puebla de los Ángeles, México, donde Isabel fallece en fecha indeterminada. Allí y desde hace dos décadas, la Escuela de Enfermería lleva su nombre, al igual que el Premio Nacional de Enfermería "Cendala Gómez" que desde 1975 concede el gobierno mexicano.

En 1950 la Organización Mundial de la Salud reconoce a Isabel Zendal como la primera enfermera de la historia en misión internacional. A pesar de esto, Isabel Zendal y su heroico papel en la REFV son mucho más conocidos en México que en su país natal.

En 2003 se colocaron 22 placas en la terraza de la Casa del Hombre de A Coruña recordando los nombres de los 21 niños, (más uno de nombre desconocido que falleció antes de partir).

En 2016 se crea la Asociación Isabel Zendal Gómez para la recuperación y difusión de su memoria y desde entonces son cada vez más los reconocimientos y homenajes que se le conceden en nuestro país, sin ir más lejos este mismo año y en el contexto de la pandemia de COVID-19, se está construyendo un nuevo Hospital de Emergencias en Madrid que llevará el nombre de Isabel Zendal.

Documentales, conferencias, libros, monumentos y hasta una película, todo es poco para, mejor tarde que nunca, recuperar el nombre de una mujer extraordinaria, una enfermera gallega que junto a un grupo de niños de una valentía incomprensible hoy en día, cruzó medio mundo y fue clave en el éxito de una expedición que mereció estas palabras del propio Edward Jenner:

"No imagino que los anales de la historia nos proporcionen un ejemplo de filantropía tan noble y extenso como este".

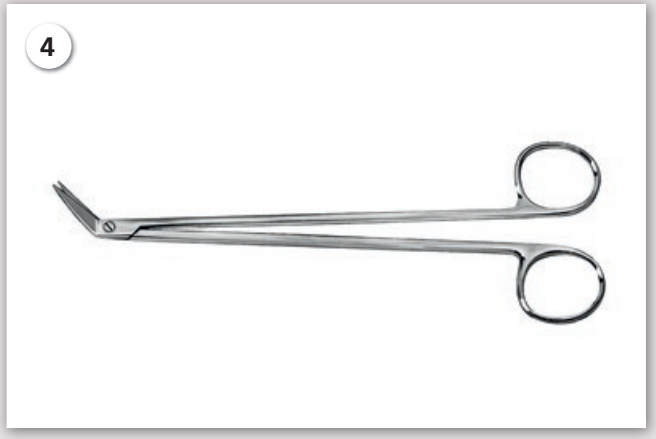
FUENTES

1. López Mariño, A. *Isabel Zendal Gómez en los archivos de Galicia*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones del Parlamento de Galicia, 2018. ISBN: 978-84-7836-120-5
2. López Mariño, A. y Moro Lapierre, J.R. (27 de noviembre de 2018). *III Ciclo: españolas por descubrir.* Círculo Orellana/Instituto Cervantes, Madrid, España. https://www.youtube.com/watch?v=QR5a3_utamc
3. López Mariño, A. (8 de noviembre de 2018). *La madre de todas las vacunas: Isabel Zendal Gómez y los hijos del torno*. Ciclo de conferencias Emakumeek Zientzia Egiten Dute, Bilbao, España. https://www.youtube.com/watch?v=lDIALqqpN7E

4. http://www.isabelzendal.com/
5. https://webtv.enfermeriatv.es/video/Jln4gy
6. https://www.lavanguardia.com/historiayvida/historia-contemporanea/20200401/48219306052/operacion-balmis-expedicion-balmis-vacuna-viruela-hispanoamerica.html
7. https://www.lavanguardia.com/historiayvida/edad-moderna/20200620/481830202485/viruela-vacuna-coronavirus-epidemia-covid-wortley-montagu.html
8. https://www.lavanguardia.com/historiayvida/mas-historias/20190618/47310597890/viruela-el-angel-de-la-muerte.html
9. https://historia.nationalgeographic.com.es/a/edward-jenner-probablemente-cientifico-que-mas-vidas-ha-salvado-historia_14242
10. https://www.historyofvaccines.org/es/node/1579
11. https://www.perfil.com/noticias/opinion/omar-lopez-mato-vacunacion-de-edward-jenner-viruela.phtml
12. https://genteyold.com/lady-mary-montagu-la-precursora-de-la-vacuna-opacada-por-la-historia/
13. https://www.vacunas.org/la-introduccion-de-la-variolizacion-en-europa-histp/3/
14. https://enfermeriaendesarrollo.es/en-sociedad/antonio-lopez-marino-isabel-zendal-y-los-ninos-expositos-participaron-en-la-mejor-accion-humanitaria-que-jamas-protagonizo-este-pais/
15. https://enfermeriaendesarrollo.es/en-sociedad/isabel-zendal-maestra-del-cuidado/
16. https://balmis.org/articulos/articulo-3/
17. https://culturacientifica.com/app/uploads/2014/02/El-caso-de-los-ninos-vacuniferos.jpg

Tijeras de uso hospitalario

Nazaret Gómez González • nazalugo@gmail.com



1. Tijera standard roma aguda
2. Tijera De Bakey
3. Tijera Metzenbaum curva
4. Tijera Potts de Martel
5. Tijera Sanvenero
6. Tijera Punta roma-roma

COLEXIO OFICIAL
DE ENFERMARÍA DE LUGO
FIDEI FIRMITER
PROFITEBIMUR