



Investigación & Cuidados

Revista de la Organización Colegial
de Enfermería de la Comunidad Valenciana

2º Cuatrimestre 2011, Vol. 9, Nº. 20



ARTÍCULOS ORIGINALES

- Cómo empezó todo: los precursores de los colegios de practicantes en España
- Petrer sin humos: experiencia de un modelo de gestión compartida en un programa de deshabituación tabáquica
- Virus respiratorio sincitial. Comparación de pruebas diagnósticas

ARTÍCULO ESPECIAL

- Gestionar el conocimiento de los profesionales mejora la calidad de los cuidados. Talleres para profesionales y cuidadores

ENFERMERÍA Y SOCIEDAD

- Nicaragua un paraíso lleno de diablos y habitado por angeles... Los niños

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

AGENDA DE ENFERMERÍA

ENFERMERÍA EN LA RED

SUMARIO

EDITORIAL 3

NORMAS DE PUBLICACIÓN 5

ARTÍCULOS ORIGINALES

Cómo empezó todo: los precursores de los colegios de practicantes en España 6
Raúl Expósito González

Petrer sin humos: experiencia de un modelo de gestión compartida en un programa de deshabituación tabáquica 17

Carmelo Iborra Moltó
María Isabel López Vázquez
Carlos Botella Estrada
Isabel Hurtado Abenza
Francisco Ponce Lorenzo
Ana Serrano Villaplana

Virus respiratorio sincitial.
Comparación de pruebas diagnósticas 23

Alicia Ten Blanco
Angela Medina Martínez
Elisa Aznar Gómez
Inmaculada Bellver Jordá
Rosa Madolell Asensio
Fernando Grosson García

ARTÍCULO ESPECIAL

Gestionar el conocimiento de los profesionales mejora la calidad de los cuidados.
Talleres para profesionales y cuidadores. 27

M^a Dolores Gil Estevan
Francisca Pérez Sánchez
Nuria Mira-Marcelí García
M^a del Remedio Yañez Motos

ENFERMERÍA Y SOCIEDAD

Nicaragua un paraíso lleno de diablos y habitado por angeles... Los niños 36
Vicente Macián Gisbert

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA 40

AGENDA DE ENFERMERÍA 41

ENFERMERÍA EN LA RED 42

DIRECTOR:
José Antonio Ávila Olivares

SUBDIRECTOR:
Francisco Pareja Llorens

COMITÉ EDITORIAL

Coordinación: Elena Ferrer Hernández

Elena Andina Díaz
M^a Pilar Bonet Manso
Manuela Domingo Pozo
Ricardo Martín Peñalver
Francisco Javier Gómez Robles
Cesar Rico Beltrán
M^a Luisa Ruiz Miralles
María Torres Figueiras

COMITÉ ASESOR

Antonio Núñez Hernández
Juan Fabra Benet
Jesús Ribes Romero
Jose A. Forcada Segarra
Miguel Romero Lorente
Isabel Casabona Martínez
Luis Garnes Fajardo
Encarna Martínez Hernández
José Verdú Soriano
Joseph Adolf Guirao Goris
Alberto Gálvez Toro
Modesta Salazar Agulló
Antonio Peña Rodríguez
Montserrat Angulo Perea
Belén Estevan Fernández
M^a del Mar Ortiz Vela
M^a Teresa Pinedo Velázquez
José Ramón Martínez Riera
Vicente Bellver Capella

COMITÉ TÉCNICO Y FINANCIERO

Juan José Tirado Darder
Belén Paya Pérez
Francisco Mulet Falcó
Antonio Verdú Rico
Felipe Serrano Gómez
Eugenia Gordo Casañ
Isabel Castelló López
Juan Caballero García
Pedro J. Homero Arnue

RELACIONES INTERNACIONALES

Ascención Marroquí Rodríguez
M^a. José Muñoz Reig

ILUSTRACIÓN

Luis Mira-Perceval Verdú

Revista incluida en el Catálogo colectivo de Publicaciones periódicas de Ciencias de la Salud

Revista incluida, con carácter exhaustivo en CUIDEN y con carácter selectivo en la base de datos Bdlc

Revista sociofundadora del Consejo Iberoamericano de Editores de Revistas de Enfermería y afines (CIBERE)

SUSCRIPCIONES

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
c/Xàbia, 4^a. 3^a pta. 10 46010 VALENCIA

Teléfono 963298088

E-mail: cecova@cecova.org

Cuenta de ingreso de la suscripción: 2077-0482-16-3100518783

ENVÍO DE TRABAJOS

Colegio de Enfermería de Alicante
C/ Capitán Dema, 16 (Esq. Pardo Gimeno) 03007 Alicante
Tif. 965121372 y 965123622
E-mail: cealicante@cecova.org

EDITA

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

TARIFA 3 NÚMEROS (1 AÑO)

Colegiados/as de la Comunidad Valenciana: Gratuito
Colegiados/as de otras provincias: 20 euros
Alumnos/as de Enfermería: Gratuito

Diseño y maquetación:
AROA Diseño y Comunicación
ISSN: 1698-4587
Dep. legal: M-22516-2004

LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA NO SE HACE RESPONSABLE DEL CONTENIDO
DE LOS ARTÍCULOS

El futuro de la especialidad de Enfermería de Salud Mental

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publicó recientemente la Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental, que, como principal novedad, incrementa la duración del periodo formativo hasta los dos años, lo cual posibilitará una mejor cualificación de estos profesionales sanitarios acorde con la importancia progresiva que la salud mental tiene en el sistema sanitario.

Este nuevo programa, que ha tenido en cuenta la trayectoria histórica de la especialidad y las nuevas demandas que la sociedad plantea, organiza la formación en una estructura común denominada Unidad

Docente Multiprofesional (agrupando las especialidades de tres profesionales de la salud mental: enfermeras de salud mental, psicólogos clínicos y psiquiatras).

Para hablar sobre este tema y la situación actual de la especialidad, en esta ocasión, hemos invitado a participar en el Editorial a la delegada de la Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental (ASNEM) en la Comunidad Valenciana, Vanessa Sánchez, que analizará la situación actual de las enfermeras especialistas en Salud Mental y el impacto de esta nueva normativa en su futuro.

José Antonio Ávila
Director de la revista

La bioseguridad, una garantía y un derecho para Enfermería



A lo largo de su historia, la enfermería de salud mental ha experimentado muchos y variados avatares, con lo que se pueden considerar avances y retrocesos en la formación, el rol y el reconocimiento social que ha recibido. El último paso de esta historia se dio el pasado 24 de mayo con la publicación de la aprobación del programa oficial de la especialidad de Enfermería en Salud Mental, justificado por la necesidad de mejorar la calidad de los cuidados del equipo de salud mental por diversos aspectos que configuran una nueva realidad social.

Dicha justificación destaca la consideración del concepto de salud como parte integrante del desarrollo personal, con los conceptos de prevención, promoción y rehabilitación de la salud. También recoge la importancia de la necesidad de adaptarnos a las nuevas demandas debidas a los cambios socioeconómicos, políticos y medioambientales. Incluye referencias a los nuevos tipos de familias y las consecuencias en términos de dependencia del envejecimiento de la población y valora la existencia de nuevos grupos de riesgo que modifican el patrón epidemiológico, por tener sistemas de valores y estilos de vida diferentes. A todo ello se unen las nuevas expectativas asociadas a nuestra profesión: los cambios del sistema de salud, los avances científicos y tecnológicos y la necesidad de unas capacidades relacionales para optimizar la promoción y la prestación de cuidados.

Ante este panorama que requiere enfermeros de salud mental mejor formados, el nuevo programa se adapta con numerosos avances en cuanto a competencias, contenidos y criterios de resultados para la evaluación. Pero los cambios más relevantes son sus dos ejes principales: el incremento del tiempo de residencia, que pasa de uno a dos años y la formación en Unidades Docentes Multiprofesionales.

■ Investigación & Cuidados

Casi desde los inicios de la formación de especialistas en salud mental vía Enfermera Residente en 1998 se reclamaba la necesidad de ampliar el periodo formativo a dos años por ser un año tiempo insuficiente para alcanzar los retos formativos y de capacitación. Por otra parte, la creación de Unidades Docentes Multiprofesionales reconoce la importancia de una formación común en competencias transversales de los profesionales que se dedican a la atención en salud mental (enfermeros especialistas, psicólogos clínicos y psiquiatras) para propiciar un mejor funcionamiento de los equipos interdisciplinarios, sin detrimento para su formación propia y específica. Ambos representan retos que la enfermería de salud mental debe asumir con ilusión pero también con paciencia y cautela.

Suponen, por una parte, la segura mejora de la formación de especialistas con la consiguiente evolución de los cuidados prestados en beneficio de la población y un mayor prestigio y reconocimiento social para la profesión. También el perfeccionamiento de los proyectos de investigación que sirven como evaluación de los residentes, pues al contar con un mayor periodo de tiempo para su realización muchos podrán verse materializados como trabajos de investigación, demostrando el rol potencial de la enfermera especialista en muchas áreas del cuidado, prevención y promoción de la salud mental. Implicará también una mayor adhesión a la especialidad por el esfuerzo invertido y una menor fuga de profesionales a otras especialidades. También es probable que se asocie con un mayor interés y vocación para aprender y trabajar en este campo, con el beneficio consiguiente para las personas atendidas. La formación común con otros grupos de profesionales los enriquecerá a todos, permitiendo conocer mejor los papeles y capacidades de cada disciplina, evitando solapamientos y recelos y fomentando una atención mejor coordinada en los equipos interdisciplinarios de salud mental.

Pero por otra parte persisten limitaciones, como el déficit de enfermeras especialistas en nuestro país respecto a los ratios europeos (que posiblemente se acentúe con la mayor duración del programa, por la necesidad de mantener contratados al doble de residentes por centro sanitario y año para mantener las cifras de nuevas especialistas anuales). Un problema adicional es la dificultad de acceso a puestos de trabajo en salud mental para las especialistas en muchas Comunidades Autónomas entre las que se encuentra la nuestra, por la falta de creación de puestos y bolsa de trabajo específicos. Esto provoca que se desperdicien los esfuerzos formativos individuales e institucionales que supone la realización de la especialidad, pues muchas enfermeras formadas en salud mental acaban dedicándose al cuidado en otras áreas como enfermeras generalistas o planteándose el acceso a otras especialidades, cansadas de no poder dedicarse a la salud mental por las imperfecciones del sistema.

Las enfermeras somos un colectivo en constante evaluación, convalidación y renovación de titulaciones, pero en este caso no procede. Los actuales enfermeros especialistas de promociones anteriores o aquellos que accedieron al título por vía excepcional no están en la necesidad (ni se considera la opción) de adaptar ni convalidar su título. Eso sí, los residentes que han iniciado su formación en 2011 pueden solicitar la adaptación al nuevo programa para beneficiarse de sus mejoras.

Vanessa Sánchez Martínez

Delegada de la Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental (ANESM) en la Comunidad Valenciana.

Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de Psiquiatría.

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Profesora Asociada. Departament d'Infermeria. Universitat de València.

La revista Investigación & Cuidados es una publicación de carácter científico abierta a todos aquellos trabajos de investigación que contribuyen al desarrollo de la Enfermería en todas sus vertientes: asistencial, docente, gestión e investigación.

Investigación & Cuidados valorará para su publicación todos aquellos trabajos que dentro del campo de estudio de la Enfermería aportan contribuciones para su desarrollo como Disciplina.

Se someterán todos los trabajos que se presenten a un sistema de valoración por expertos.

Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de Investigación & Cuidados y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de la revista.

No se aceptarán trabajos publicados en otra revista, hecho que el autor deberá declarar en la carta de presentación del artículo.

El consejo editorial acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará acerca de su aceptación así como se reserva el derecho de rechazar originales que no juzgue apropiados.

ESTRUCTURA DE LOS MANUSCRITOS

- En general la extensión máxima de los trabajos no debe exceder 15 folios a doble espacio con letra Times o Arial. Tamaño 12 puntos. En el procesador de textos Word de Microsoft.
- La extensión máxima del trabajo será de 12 folios para originales y revisiones y 4 folios para cartas al director.
- Se admiten un máximo de 5 ilustraciones separadas y numeradas a parte del texto.
- Se admiten un máximo de 6 firmantes o un nombre de grupo de investigación.
- Se enviarán al comité editorial 3 copias impresas y un disquette de 3'5 o CD.
- Las hojas irán numeradas en el ángulo superior derecho
- El consejo editorial propondrá a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del artículo original. En esos casos los autores deberán remitir el original con las modificaciones en un plazo no superior a 1 mes pues en caso contrario no se garantiza su publicación.
- Cada sección del trabajo ha de comenzar con una nueva página.

- En la primera página deberá aparecer: título, autores con nombre completo y centro de trabajo, dirección para la correspondencia y e-mail.
- En la segunda página deberá contener el resumen y las palabras clave. Debe incluir un breve comentario que responda a la pregunta ¿Qué contribución tiene este trabajo a la Enfermería? en un párrafo de extensión máxima de cincuenta palabras.

No más de 300 palabras. El resumen debe contener el propósito de la investigación, procedimientos básicos, hallazgos principales y conclusiones principales. deben aparecer de 3-10 palabras clave (Se recomienda consultar los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) en: <http://decs.bus.br/E/homepagee.htm>. Para verificar las palabras clave en inglés puede consultar los Medicus Subject Headings (MeSH) del Index Medicus en <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>)

En las páginas sucesivas aparecerá el texto:

- 1.- Si se trata de un artículo original:
 - Introducción: propósito estudio y justificación.
 - Material y métodos, Sujetos y métodos.
 - Resultados.
 - Discusión.
 - Bibliografía.
- 2.- Si se trata de revisiones o trabajos conceptuales:
 - Introducción.
 - Desarrollo del tema a analizar.
 - Conclusiones del análisis.
 - Bibliografía empleada.
- 3.- Carta al director:

Esta sección es el lugar donde los lectores de Investigación & Cuidados pueden exponer sus comentarios, preguntas o críticas acerca de los artículos publicados y así como los autores responder.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Deberá cumplir los requisitos de uniformidad (estilo Vancouver) a los que se acoge la Revista.
- Las referencias bibliográficas deben ir al final del artículo según el orden de aparición de las citas en el texto.
- Las citas deben numerarse consecutivamente siguiendo el orden con el que aparecen por primera vez en el texto, en forma de superíndices escritos antes del signo de puntuación si lo hubiere.

- Si se trata de una referencia de un trabajo realizado por dos autores se nombran ambos y si son varios se pondrá el nombre del primero seguido de et al.
- En caso de abreviar nombres de las revistas se utilizará el estilo de Index Medicus e Index de Enfermería.
- Se evitará el uso de frases imprecisas como citas bibliográficas; no pueden emplearse como tales "Observaciones no publicadas" o "comunicación personal".
- Los originales aceptados pero no publicados, se incluyen en las citas bibliográficas como "en prensa" (entre paréntesis).

ILUSTRACIONES, FIGURAS Y TABLAS

Se entenderán como figuras las fotografías y las gráficas o esquemas. Ambos elementos irán numerados de forma correlativa y conjunta como figuras.

- 4.1. Las fotografías se seleccionarán cuidadosamente, procurando que sean de buena calidad y omitiendo las que no contribuyan a una mejor comprensión del texto. El tamaño será de 9x 12 cm. Es muy importante que las copias fotográficas sean de calidad inmejorable para poder obtener así buenas reproducciones. Las fotografías se reproducirán en blanco y negro. No obstante, previo acuerdo económico con la editorial se admiten ilustraciones en color, caso en el que se recomienda el envío de diapositivas. Las fotografías irán numeradas al dorso mediante una etiqueta adhesiva, indicando además el nombre del primer autor, con una fecha se señalará la parte superior, debe procurarse no escribir en el dorso ya que se producen surcos en la fotografía. Se presentará por separado, dentro de un sobre y los pies de las misas deben ir mecanografiados en hoja aparte.
- 4.2. Las gráficas se dibujarán con tinta china negra, cuidando que el formato de las mismas sea de 9x12 cm. o un múltiplo. Se tendrán en cuenta las mismas normas del apartado 4.1. para las fotografías,
- 4.3. Tablas. Se presentarán en hojas aparte que incluirán: a) numeración de la tabla b) enunciado (título) correspondiente, y c) una sola tabla por hoja. Se procurará que sean claras y sin rectificaciones; las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie. Si una tabla ocupa más de un folio se repetirán los encabezamientos en la hoja siguiente.

Cómo empezó todo: los precursores de los colegios de practicantes en España

Autores: Raúl Expósito González
Enfermero. Hospital General Universitario de Ciudad Real

raexgon@hotmail.com

How everything started, the precursor of the association of practicantes in Spain

ABSTRACT

The first Association of Ministrantes and Practicantes was born in the second half of the nineteenth century in cities such as Madrid, Sevilla and Barcelona. The aim of this study is to bring light to the circumstances regarding the creation and development of these early societies which emerged in a bleak

health context for their professional interests. In this sense, the problems of ministrantes and practicantes justified the appearance of this association. The complex network of the existing health professions in that time caused frequent conflicts, and was also a suitable breeding ground for the unauthorized practice of the profession. Least but not less impor-

tant was the obscurity that the authorities condemned them to, which with no doubt encouraged the professional development of other emerging health classes.

Key Words: *Corporatism, Societies, Associations, Colleges, Ministrantes, Practicantes, Blood-letters, Dentists.*

RESUMEN

Los primeros Colegios de Ministrantes y Practicantes nacieron en la segunda mitad del siglo XIX en ciudades como Madrid, Sevilla y Barcelona. Con este estudio pretendemos dar a conocer los aspectos relativos al origen y desarrollo de estas sociedades pioneras que surgieron en un contexto sanita-

rio poco alentador para sus intereses profesionales. En este sentido, los males que acuciaban a la clase justificaron su aparición. Por un lado, el complejo entramado de profesiones sanitarias existentes les acarrió más de un conflicto, sin olvidar que tal entramado era caldo de cultivo propicio para el intrusismo que también padecieron y; por

otro lado y no menos importante, fue el olvido sufrido por las autoridades, que sin duda favoreció el desarrollo profesional de otras clases sanitarias emergentes.

Palabras Clave: *Corporativismo, Sociedades, Asociaciones, Colegios, Ministrantes, Sangradores, Practicantes, Dentistas.*

1. INTRODUCCIÓN

Los Colegios de Practicantes de España no nacieron de forma casual. Su origen reglado data de 1929 cuando el monarca Alfonso XIII por medio de una Real Orden de 28 de diciembre, concede a la clase de practicantes la colegiación obligatoria, lo que supuso

un gran avance para su desarrollo profesional. Sin embargo, hasta alcanzar esta reivindicación que podemos catalogar como histórica, varios fueron los intentos por organizar la clase. Los sangradores, socialmente aceptados como ministrantes [1] y sus inmediatos sucesores los practicantes batallaron desde mediados

del siglo XIX porque la colegiación fuese una realidad y es hacia 1884-85 cuando se plantea conseguir seriamente la unión de todos los compañeros de España a través del estrecho lazo de una asociación nacional. A este respecto, en un trabajo previo dimos a conocer abundante material sobre las dos Asociaciones Nacionales de Practicantes que se gestaron en España, la Asociación General de Practicantes de España con origen en Zaragoza y la Liga de Practicantes de España con sede en Madrid [2].

En este caso centraremos la atención en las razones que motivaron la aparición de los Colegios de Ministrantes y Practicantes en la década de 1860 en España, así como los detalles y normas de funcionamiento referentes a estas corporaciones. Corresponde a Madrid la gloria de ser la primera plaza española donde se crea una Sociedad de Ministrantes y a la que pronto se sumarían otras ciudades como Sevilla y Barcelona.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Para llevar a cabo nuestro objetivo de exponer los aspectos fundamentales sobre el origen y desarrollo de los precursores de los Colegios de Practicantes en España, ante la escasa bibliografía publicada al respecto, pues no abundan artículos que narren el origen de estos colegios profesionales, las fuentes primarias localizadas y consultadas en archivos, hemerotecas y bibliotecas, constituyen nuestro principal caudal de información de una forma verídica y no sesgada, y nos va a permitir con este artículo arrojar a la luz pública datos hasta ahora inéditos referentes a los inicios del asociacionismo de los practicantes en nuestro país.

3. RESULTADOS

En la segunda mitad del siglo XIX ministrantes, practicantes y dentistas se asocian colocando la primera piedra del movimiento colegial de la clase en España. A continuación exponemos una relación detallada de estas asociaciones precursoras.

La Sociedad de Ministrantes de Madrid

Como ya señalamos con anterioridad, fue en Madrid donde se establece la primera Sociedad de Ministrantes. Si bien es cierto que el reglamento

manuscrito para el régimen de esta sociedad está firmado el 17 de diciembre de 1862 [3], de la lectura del mismo se observa que ya funcionaba en 1860:

“Artículo 3º: Con el fin de atender á los gastos que ocasione el objeto de la Sociedad, contribuirá cada socio con cuatro reales vellon al mes y veinte de entrada que se fijó en junta general de seis de Setiembre de mil ochocientos sesenta.”

Todo indica que efectivamente la organización apareció en 1860 tal y como refleja el informe de 9 de abril de 1863 remitido por la Junta Municipal de Beneficencia de Madrid al Gobernador Civil de la provincia para la aprobación del Reglamento para el régimen de la Sociedad de Ministrantes y en el que textualmente se puede leer:

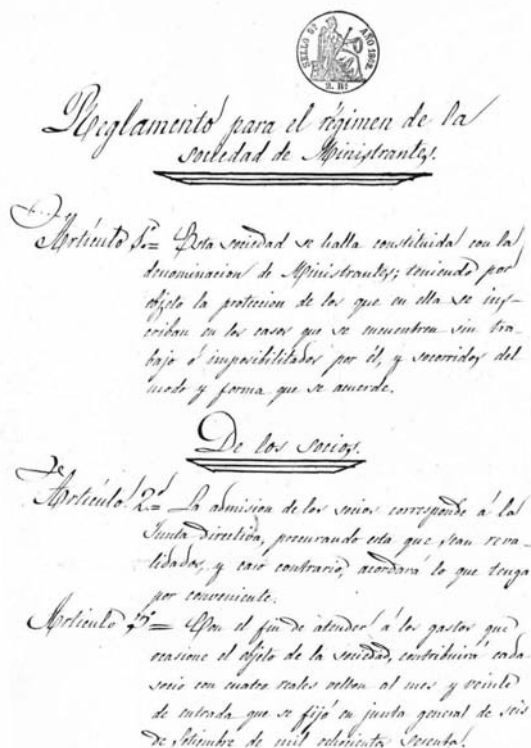
“... esta sociedad cuenta ya tres años de existencia”

Llegados a este punto nos preguntamos si tal vez, en dicha sesión de seis de septiembre de 1860 donde se acuerdan las cuotas de ingreso y mensuales quedó constituida la matritense Sociedad de Ministrantes. Pese a que no hemos podido cotejar el dato, el interés por dilucidar o concretar una fecha concisa sobre el nacimiento de esta asociación madrileña de ministrantes no lo es tanto como tratar de esclarecer las causas que motivaron su aparición. La situación en la que vivían estos cirujanos menores junto con los recién creados practicantes era de una extrema precariedad a tenor de las disposiciones legislativas. No en vano, en 1855 la clase sufría un serio revés con la polémica Ley de Sanidad donde el Ministro Huelbes dejaba fuera del arreglo de partidos a los ministrantes ya que no se contemplaba la creación de plazas titulares por los ayuntamientos salvo para médicos, cirujanos y farmacéuticos. Este acontecimiento podría ser el detonante para que los ministrantes de la Villa y Corte tomasen conciencia del agravio comparativo infringido por las autoridades y decidiesen constituirse en sociedad.

El mencionado *Reglamento para el régimen de la Sociedad de Ministrantes* firmado por los señores Luciano López, Juan Sabino y Salvador Villanueva se

Investigación & Cuidados

compone de 18 artículos y ofrece los detalles básicos sobre el funcionamiento interno de la asociación que en esencia era una Sociedad de Socorros Mutuos. Tenía por objeto la protección y auxilio de sus socios sin trabajo o imposibilitados como consecuencia del mismo. En todo este asunto insistimos en recordar la Ley de Sanidad de 1855 que no preveía la creación de plazas en los ayuntamientos para ministrantes quedando muchos de ellos sin empleo.



Primera página del Reglamento para el régimen de la Sociedad de Ministrantes de Madrid (1862).

La Sociedad de Ministrantes era administrada por una Junta Directiva compuesta por un Presidente, un Vicepresidente, un Secretario, un Tesorero y cuatro Vocales, siendo todos estos cargos gratuitos y voluntarios y nombrados en Junta General por mayoría de votos. La Junta Directiva celebraba como mínimo dos reuniones al mes y estaba sometida al control de sus socios, ya que para los gastos ocasionados por la Sociedad superiores a 200 reales era necesaria la aprobación del presupuesto en Junta General demostrando el carácter participativo de esta organización. Dicha

Junta también nombraría una Comisión para el examen de las cuentas presentadas por la Junta Directiva a las generales ordinarias. La Comisión “Supervisora de cuentas” compuesta por tres individuos se encargaría de presentar un informe escrito en la primera Junta a celebrar.

La admisión de socios era competencia de la Junta Directiva. La cuota de entrada en la Sociedad era de 20 reales de vellón y después una contribución mensual de 4 reales de vellón. Cada socio era poseedor de un carnet o patente con una numeración correlativa y donde figuraba su nombre.

La Sociedad de Ministrantes de Madrid conforme al Reglamento, debía celebrar Junta General de socios dentro de los primeros ocho días del mes de septiembre, y como es de suponer lo haría en el domicilio social que en 1864 figuraba en el número 10 de los Salones de Capellanes según diferentes anuncios publicados en el periódico madrileño *La Voz de los Ministrantes*, decano de la prensa profesional de ministrantes y practicantes que vio la luz por primera vez el viernes 15 de enero de 1864 y cuyo Director era don Salvador Villanueva, ministrante que ejercía el arte del dentista en su gabinete de la Calle Gorguera de Madrid realizando todas las operaciones inherentes a su profesión incluida la llamada prothesis dentaria, dedicando una hora a “operar” gratuitamente a los pobres salvo días festivos. Demostró ser hombre de una cierta cultura no sólo por sus brillantes artículos insertos en *La Voz de los Ministrantes*, sino porque en 1866 fue coautor del libro *Guía del Cirujano Menor con un apéndice sobre el Arte del Dentista* junto a otro gran defensor de la clase, don José López de la Vega Doctor en Medicina y Cirugía [4]. Precisamente, Villanueva, firmante en 1862 del reglamento de la Sociedad actuaba como Presidente de la entidad en agosto de 1864 y como Secretario don Francisco Campos. Anteriormente había sido Presidente don Nicolás Lete de Mateo fallecido el 21 de noviembre de 1863 [5].

De la lectura del expediente de solicitud de autorización de la Sociedad fechado en 1865 se desprende que esta asociación no fue finalmente autorizada, pese a que se hallaba constituida y funcionaba de facto desde 1860. Es más, en dicho expediente se advertía al

Gobernador Civil de Madrid para que tomase las medidas necesarias para la disolución de la Sociedad.

Pero, si no fue autorizada, ¿por qué la Junta Directiva anunciaba a los socios y a la clase no asociada las convocatorias de reuniones y los acuerdos tomados en las mismas?, ¿fue la prensa, en este caso, La Voz de los Ministrantes, el remedio sustitutivo o más bien un complemento para la defensa de los intereses de los ministrantes y practicantes?, ¿acaso fue finalmente autorizada la Sociedad tras reformar sus Estatutos? Son varios los interrogantes que surgen alrededor de la trayectoria y desenlace que tuvo esta Sociedad de Ministrantes de Madrid con sede en Madrid que tiene el honor de ser la primera de España.

El Colegio de Sangradores y Practicantes de la provincia de Sevilla

Los Estatutos del Colegio de Sangradores y Practicantes de Sevilla datan del 7 de julio de 1864 [6]. Dichos estatutos fueron aprobados el 27 de septiembre por el entonces Gobernador Civil de Sevilla don Santiago Luis Dupuy.

Un mes más tarde, el domingo día 23 de octubre de 1864, a las dos de la tarde tuvo lugar el acto de inauguración del Colegio de Sangradores y Practicantes de Sevilla bajo la competente autorización del Gobernador Civil de aquella provincia. Varios médicos y farmacéuticos asistieron a dicha inauguración, como también un importante número de personas ajenas a la ciencia. Todos fueron atendidos por los nuevos colegiales con dignidad y decoro [7]. Excusaron su asistencia al acto en atentas comunicaciones los señores don Juan Cavero, Gobernador Civil de la provincia y; don Juan José García Vinuesa, Presidente del Excelentísimo Ayuntamiento hispalense.

Los individuos fundadores que inauguraron el acto fueron los que a continuación se expresan, siendo mayor el número de colegiales:

Don Antonio Díaz, don Manuel María Segura, don Luis Baldaraque, don José María Baca, don Manuel Camacho, don José María García, don Joaquín Cantón, don Antonio León, don Miguel Mingorance, don Diego Sánchez Benavente, don Joaquín Valero, don Manuel Benítez, don Manuel Cardin, don Joaquín Cabello, don Francisco Ruiz Camacho, don Juan

Antonio Gómez, don Diego López, don Manuel Castrillo y don Salvador Rey.

El discurso inaugural corrió a cargo del Presidente del Colegio don Antonio Díaz, Practicante Mayor del Hospital Central de las Cinco Llagas, vulgo de la Sangre. Este discurso que por razones de espacio no podemos reproducir íntegramente, fue publicado por la prensa local que se hizo eco de la noticia de la inauguración de un Colegio de Sangradores y Practicantes en la capital sevillana. En su alocución el señor Díaz expresó los móviles que les llevaron tanto a él como a otros compañeros a asociarse haciendo primero un repaso por el pasado la profesión señalando la escasa instrucción recibida por las generaciones anteriores poniendo especial énfasis en el saludable cambio efectuado por la clase mejorando su educación social y literaria:

“...comprendemos la manera de efectuar un gran número de operaciones que se nos enseñan y que, aun cuando como auxiliares de las profesiones médicas, realizamos con independencia; y hemos llegado a abrazar el antes desconocido ramo del dentista.”

Antonio Díaz también aludió a los compañeros que negaron su concurso en el recién creado colegio por motivos tales como la desconfianza de poder alcanzar los objetivos para los que se creó:

“... El colegio debe esperar, sin embargo, que desvanecidos ciertos errores y trazando con toda claridad el camino que debe seguir esta corporación, tendremos todos el placer de contar en nuestro seno aun a los más retraídos.”

Finalizaba su discurso el señor Presidente del Colegio de Sangradores y Practicantes de Sevilla expresando el objeto final de la corporación que era la de elevar a la clase de ministrantes y practicantes como entidad científica y social:

“... La creación del colegio viene a satisfacer esta necesidad: aquí constituiremos un centro de unión, donde, haciendo abnegación de las pasiones que son inherentes al corazón de la generalidad de los hom-

■ Investigación & Cuidados

bres, uniremos todas nuestras fuerzas para conseguir el fin apetecido: aquí crearemos academias, tendremos conferencias sobre asuntos científicos y nos ilustraremos recíprocamente, haciéndonos estimables a los ojos de la sociedad, que siempre sabe recompensar al que se ocupa de cuestiones referentes a su felicidad: aquí estableceremos lazos de confraternidad, tan necesarios para consolidar toda reforma que se refiera al bienestar común y de los individuos en particular: aquí formaremos un núcleo que, con la fuerza que sepamos y queramos adquirir por medio de una buena organización, pueda ser el amparo y defensa de los individuos, menospreciados o maltratados en ejercicio de nuestra noble profesión; y desde aquí podrán partir las justas reclamaciones que con insistencia debemos elevar al Gobierno supremo, en demanda de las mejoras que debe obtener nuestra clase.”

Tras la lectura del discurso fue constituido el Colegio de Sangradores y Practicantes de Sevilla concluyendo el acto. La primera Junta Directiva estaba formada por:

- Presidente: Antonio Díaz.
- Consiliario primero: Manuel Segura.
- Secretario primero: José María Baca.
- Secretario segundo: Joaquín Cantón.

Todos ellos tomaron posesión de sus respectivos cargos, no lo hicieron así los señores Manuel Valenzuela, Juan Fernández Moyano y José Mota que habían presentado sus dimisiones con fecha de 16 de octubre. Se nombró Presidente de honor del Colegio de Sangradores y Practicantes de Sevilla al nuevo Gobernador Civil de Sevilla don Juan Cavero.

La aparición del Colegio de Sangradores y Practicantes de Sevilla coincide con un momento de enorme decepción para la profesión. Las cuatro plazas de practicantes de las dos Casas de Socorro que se acababan de instalar en la capital eran ocupadas – con beneplácito incluido de la administración – por intrusos. Esta terrible lacra era castigada en los propios estatutos del colegio no admitiendo en sus filas a quienes protegiesen a los intrusos u ocultasen las intrusiones en la profesión. La lucha por perseguir y erradicar el intrusismo es una de las máximas a lo largo de la

historia de los colegios profesionales, de manera que a día de hoy, el encubrimiento o consentimiento de estos actos está tipificado como falta muy grave por los *Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España*.

Para la buena marcha del Colegio de Sangradores y Practicantes de Sevilla se confeccionaron unos estatutos compuestos por 42 artículos repartidos en cinco capítulos, tres disposiciones generales y una transitoria. El artículo primero exponía claramente el motivo por el que se establecía dicho colegio, que no era otro que representar a la clase de sangradores y practicantes de aquella provincia con la intención de fomentar sus intereses morales y materiales, facilitando para ello a sus socios los medios de reunión en su sitio determinado para tratar los asuntos referentes a la profesión. Por tanto, el colegio tenía por objeto:

1. Constituir un centro de unión entre todos los profesores de la capital y de la provincia.
2. Dilucidar algunos puntos prácticos de merecido interés.
3. Defender los derechos de la clase y los de cualquiera de sus individuos en lo respectivo a la profesión.

El colegio celebraba sus sesiones ordinarias todos los meses y podían formar parte como colegiales todos los ministrantes y practicantes aún cuando no se hallasen en ejercicio. Estos colegiales a su vez podían ser numerarios si residían en la capital, supernumerarios para el resto de la provincia y honorarios si eran estudiantes de la carrera de Practicante. El colegio estaba dirigido por una Directiva nombrada en Junta General que tendría lugar en el mes de diciembre. La Junta Directiva compuesta por un Presidente, un Vicepresidente, dos Consiliarios, un Censor y dos Secretarios se reuniría como mínimo una vez al mes. Todos los cargos eran reelegibles renovándose anualmente la mitad de los mismos. Además de Antonio Díaz que continuó como Presidente del Colegio en 1866, la Junta Directiva estuvo formada por los siguientes señores con expresión de sus respectivos domicilios [8]:

- Vicepresidente: Salvador Rey Pozo, *Murillo 15*.
- Conciliarios: Manuel María Segura, *Cuna 73 y*;

- Francisco Moreno, *San Pedro* 10.
- Censor: José Valero, *Ancha de la Feria* 75.
 - Secretario primero: Luis Baldaraque y Monroy, *Monardes* 3.
 - Secretario segundo: Miguel Mingorance Márquez, *Caldereros* 14.
 - Clasificadores: Francisco Ruiz Camacho, *Pureza* 9 y; José Quintero Naranjo, *García de Vinuesa* 15.

Antes de finalizar el año de 1864, el Colegio de Sangradores y Practicantes de Sevilla dio principio a sus trabajos de conferencias o academias. Estas reuniones se repetirían una o dos veces al mes. Correspondió al culto ministrante don Salvador Rey Pozo la apertura de dichas sesiones científicas con la lectura de la Memoria que llevaba por título “Circulación de la sangre” en torno a la cual existen contradicciones a la hora de fijar la fecha en que fue presentada barajándose como posibles los días 18 de noviembre de 1864 [9] y 13 de diciembre de 1864 [10]. Continuando con esta loable iniciativa el 30 de enero de 1865 el colegial don Diego Sánchez Benavente leía la Memoria “Descripción anatómica de la boca en la parte que corresponde al dentista” [11].

El Colegio de Sevilla no cesaba en su actividad y en el empeño por conseguir los objetivos que justificaban su razón de ser. Así, el 12 de enero de 1865 la corporación enviaba al Ministro de la Gobernación una carta solicitando el ingreso de la clase en el famoso arreglo de partidos a fin de que se le aplicasen los beneficios que concedía el *Reglamento sobre organización de partidos médicos de la Península* a médicos, cirujanos y farmacéuticos decretado el 9 de noviembre de 1864 [12].

A partir del número 29 correspondiente al 20 de febrero de 1865 *La Voz de los Ministrantes* se convirtió en órgano oficial del Colegio de Sangradores de Sevilla. El 1 de mayo de 1865 con el título de *El Genuino boletín del Colegio de Sangradores y Practicantes* vio la luz este periódico quincenal dedicado al examen teórico práctico de todas las cuestiones inherentes a la profesión y a la defensa de los intereses generales de toda la clase [13] bajo la atenta dirección del *Presidente del Colegio don Antonio Díaz* que abandonaba su cargo como corresponsal en *La Voz de los Ministrantes* [14]. Paradójicamente este periódico

madrialeño continuó siendo el órgano oficial del Colegio de Sangradores de Sevilla hasta finales de 1865.

El Colegio de dentistas de la provincia de Sevilla

No solamente fue noticia la creación en Sevilla de un Colegio de Sangradores y de Practicantes. Meses después, en 1865 se constituía definitivamente el Colegio de dentistas de la provincia [15] con el fin de armonizar y defender los intereses de la clase. Fueron sus fundadores tres cirujanos ministrantes: don Ignacio Garrido, don Manuel Valenzuela y don Manuel del Pozo. Con escogida concurrencia tuvo lugar su inauguración el domingo 26 de marzo a las dos de la tarde en la Sala de Sesiones de la Academia de Medicina y Cirugía situada en la Calle de las Armas número 55 [16]. Asistieron la mayor parte de los médicos de la ciudad así como también varias comisiones de la Academia de Medicina y Cirugía, del Colegio Médico, de la Sociedad de Emulación y Fomento y de otras corporaciones científicas de la localidad. El Vicepresidente del Colegio, don Manuel Valenzuela leyó su razonado discurso [17] y a continuación el doctor don Antonio Rivera Ramos, que presidía el acto como Presidente Honorario, dirigió la palabra a los nuevos colegiales de una manera digna y respetable, llamándoles a la unión y moralidad profesional, al respeto y consideraciones que deben guardarse entre sí, prometiéndoles el protectorado que anhelaban de la clase médica, si fielmente cumplían los sagrados deberes que se habían impuesto al constituirse en corporación.

La Junta Directiva del Colegio de dentistas en 1866 [8] estaba formada por:

CIRUJANO DENTISTA.

Don Ignacio Garrido construye toda clase de piezas artificiales; empasta y orifica segun los adelantos conocidos hasta el día.

Su gabinete, plaza de San Lorenzo, núm. 2—SEVILLA.

D. MANUEL VALENZUELA CIRUJANO DENTISTA.

Construye toda clase de piezas artificiales, ejecutando todas las operaciones de su importante ramo.

Recibe consultas diarias desde las diez de la mañana hasta las 4 de la tarde en su gabinete, calle de las Sierpes número 36.

Los ministrantes Garrido y Valenzuela se anunciaban como Cirujanos dentistas.

■ Investigación & Cuidados

- Presidente: Ignacio Garrido.
- Vicepresidente: Manuel Valenzuela.
- Secretario primero: Manuel del Pozo.
- Secretario segundo: Estanislao Anaya.
- Conciliarios: Antonio Centeno, Manuel del Olmo, Luis Centeno y Ramón Rojas.
- Censores: Juan Fernández Moyano y Manuel de Benito.
- Bibliotecario: José de Mota.

El *Reglamento orgánico del Colegio de dentistas de la provincia de Sevilla* firmado el 1 de diciembre de 1864 por sus fundadores Garrido, Valenzuela y Pozo fue discutido y aprobado en Junta General de socios y autorizado por el Gobernador de la provincia de Sevilla el 2 de enero de 1865. Estaba compuesto de 36 artículos y cuatro disposiciones generales. El objeto del colegio era procurar los adelantos del arte, adquirir la importancia social, la unión y el bienestar de los que profesaban el “Arte del dentista”. Establecía tres clases de socios: de número, corresponsales y de mérito. Para poder ser socio de número eran requisitos necesarios ser profesor dentista o sangrador, residir en Sevilla y cumplir los estatutos y mandatos del Colegio. Si además estaban en ejercicio, debían aportar el pago de la contribución industrial. Los socios corresponsales salvo los requisitos para los de número, debían residir fuera de Sevilla. Finalmente podían ser socios de mérito todos los profesores en Medicina y Cirugía y de Farmacia que prestasen algún servicio al Colegio, y los que a juicio de la Directiva debieran serlo. Hasta la fecha de su inauguración, el Colegio de dentistas de Sevilla contaba con un total de 67 socios: 29 de número, 8 corresponsales y 30 socios de mérito. Entre otros muchos, recibieron el diploma de socio de mérito del Colegio de dentistas de Sevilla, el doctor José López de la Vega el 13 de octubre de 1865 [18]. En la nómina de socios corresponsales se encontraba el popular Salvador Villanueva, Director de *La Voz de los Ministrantes*, periódico donde aparecían publicados artículos relacionados con el oficio dental y que acabaría convirtiéndose en el órgano oficial del Colegio de dentistas de la provincia de Sevilla a partir de enero de 1866 por acuerdo general de dicha corporación

[19], inaugurándose al mes siguiente una “Sección especial” dentro del periódico para publicar todo lo relativo a este Colegio de dentistas de la provincia de Sevilla [20]. *La Voz de los Ministrantes* fue el órgano del Colegio de dentistas sevillano hasta la desaparición del periódico en junio de 1867.

En el apartado anterior referente al Colegio de Sangradores de Sevilla, hablamos de las dimisiones presentadas de sus respectivos cargos en la directiva por los señores Valenzuela, Fernández y Mota. Meses después todos ellos eran integrantes de la Junta Directiva del Colegio de dentistas. Llama poderosamente la atención el hecho de que se establecieran en Sevilla y en tan breve espacio de tiempo dos colegios, uno para sangradores y practicantes, y otro para dentistas, teniendo en cuenta que por entonces para la realización de tareas como la limpieza de la dentadura y la extracción de piezas dentarias fueron autorizados los cirujanos menores o ministrantes y después los practicantes. Esta duplicidad al fin y al cabo, se puede interpretar como resultado de una fisura en el seno de la clase ministrante y practicante sevillana en el intento de algunos de estos profesores dedicados exclusivamente al menester del “Arte del dentista” de desmarcarse o diferenciarse del resto de sus compañeros, iniciándose entre *La Voz de los Ministrantes* y *El Genuino* una contienda, por cuyo fin clamaban algunas voces del resto de España [21]. En las páginas de *El Genuino* de 1 de junio de 1866, suscribía un artículo desde la villa de Azagra (Navarra) don Manuel Collado, acusando al señor Valenzuela de haber provocado la desunión de la clase por su retirada súbita del Colegio de Sangradores y Practicantes la víspera del día de su inauguración, retirada que según Collado era debida a que Antonio Díaz, Presidente del Colegio de Sangradores no accedió a las infundadas exigencias de Valenzuela. Este artículo tuvo contestación tanto en el periódico sevillano como en *La Voz de los Ministrantes*, en el que Valenzuela se defendía de las acusaciones del señor Collado:

“... *Sepa el sr. Collado que está en un error, que ni yo exigí antes ni entonces ni ahora nada, absolutamente nada, en beneficio propio y que fué debida uni-*

camente á varios desaires recibidos que me obligaron á adoptar aquella medida, no como un acto de despecho ó de soberbia, sino como el mejor medio de evitar disgustos.

... *Supone gratuitamente el Sr. Collado que me retiré llevándome algunos incautos, calificación injusta é impropcedente por demás; si algunos siguieron mi ejemplo, sepa el Sr. Collado, que no fue por escitación mia sino porque así lo tuvieron por conveniente y por cierto que, al usar de su derecho no se imaginarían que les iba á ridiculizar tan pobremente.*

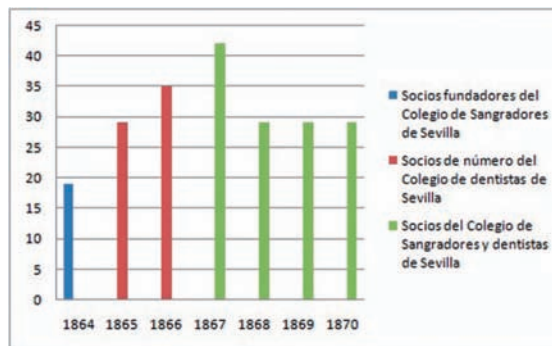
Después hemos constituido el colegio de dentistas, es cierto, pero no por el afán de figurar ni mucho menos con el de provocar la desunión de los profesores... *Más aún no he desistido, ni desisto, en la unión del colegio de dentistas con el de sangradores y practicantes, que si no se ha llevado á cabo, no es seguramente por nuestra culpa, sino porque cuando se han acercado á nosotros algunos individuos del colegio de sangradores, lo han verificado como particulares sin comisión ni poder de su corporación, cualidad que como cualquiera comprenderá es indispensable para lo que se convenga y acuerde sea válido...* [22]

Efectivamente, desde Sevilla se trabajaba por la fusión y refundición de los dos Colegios de Sangradores y dentistas en uno sólo, hecho que culminó al inicio de 1867 [23] cesando El Genuino en su publicación al extinguirse el Colegio de Sangradores del que era órgano [24]. El nuevo Colegio de Sangradores y dentistas de Sevilla en año 1867 contaba con 42 socios y su Junta Directiva estaba formada por [25]:

- Presidente: Manuel María Segura.
- Censor: José Valero.
- Vocal primero: Antonio Castrillo.
- Vocal segundo: Manuel del Pozo.
- Tesorero: Juan Fernández Moyano.
- Secretario primero: Luis Baldaraque.
- Secretario segundo: José María Baca.

A partir de 1868 la cifra de colegiados disminuye a 29 manteniéndose constante hasta 1870 año en que desaparece el Colegio de Sangradores y dentistas de Sevilla, concretándose después los profesores de aque-

lla localidad en sostener y publicar el periódico mensual que llevaba por nombre *Repertorio dental* dirigido por don Manuel Segura y que inició su publicación en 1883 [26] y del que no hemos hallado número alguno.



Número de socios de los Colegios de Sangradores, dentistas y Sangradores y dentistas de Sevilla (1864-1870). Fuente: *Elaboración propia a partir de La Voz de los Ministrantes (1864-1865) y la Guía de Sevilla (1865-1870).*

La Unión de Cirujanos, Ministrantes y Practicantes de Barcelona

Barcelona junto a Madrid y Sevilla, fue otra de las ciudades pioneras donde comenzaron a asociarse ministrantes y practicantes. En la Ciudad Condal se constituyó la Unión de Cirujanos, Ministrantes y Practicantes de Barcelona. Aunque no podemos cifrar la fecha exacta de su fundación, ésta tuvo que ser muy próxima al mes de mayo de 1866, fecha de la que datan sus estatutos. Otros autores señalan que incluso pudo aparecer a partir de 1859 [27], pero en la prensa profesional no se tienen las primeras noticias de los ministrantes y practicantes residentes en Barcelona asociados hasta 1866 [28]. Por tanto, consideramos 1866 como el año de fundación de la Unión de Cirujanos, Ministrantes y Practicantes de Barcelona.

ESTATUTOS
DE
LA UNIÓN,
DE
CIRUJANOS, MINISTRANTES Y PRACTICANTES
DE
BARCELONA.



BARCELONA.
IMPRENTA DE MARGHÉA Y HERDANA,
CALLE DE PERILLANA, NÚM. 47.
1866.

Portada de los Estatutos de la Unión de Cirujanos, Ministrantes y Practicantes de Barcelona (1866).

■ Investigación & Cuidados

Se instituía dicha Unión con el objeto de perseguir en todos los terrenos la intrusión en la profesión de cirugía y defender los derechos profesionales de la misma, pudiendo formar parte de ella todos los cirujanos, ministrantes y practicantes residentes en la capital barcelonesa, previa presentación del título al Director y dirigiendo una solicitud expresando el nombre y apellido, clase de título y domicilio. El socio admitido debía satisfacer 20 reales por derechos de entrada para el fondo de la Unión además de la cuota mensual que estimase conveniente la Directiva, entre 4 y 8 reales efectuando el pago señalado dentro de los primeros ocho días del mes correspondiente. No podían ser aceptados como socios aquellos individuos que cometiesen intrusismo desempeñando atribuciones fuera de su título respectivo.

Según los estatutos de 29 de mayo de 1866 [29], la sociedad estaba dirigida por una Junta Directiva que se reuniría semanalmente y estaba compuesta por un Director primero y otro segundo, un Tesorero, un Contador y un Secretario primero y otro segundo, siendo todos los cargos gratuitos y obligatorios y su desempeño por espacio de seis meses, desde el 1 de enero hasta el último día de junio, pudiendo ser reelegidos en Junta General con libertad para aceptar. Las Juntas Generales eran convocadas por la Directiva los últimos días de junio y diciembre donde se presentaba el balance económico semestral junto a una memoria de actividades desarrolladas.

Desconocemos datos de la Unión de Cirujanos, Ministrantes y Practicantes de Barcelona en sus primeros años de existencia. No obstante, si que tuvo una mayor continuidad en el tiempo que la Sociedad de Ministrantes de Madrid y los Colegios de Sangradores y dentistas de Sevilla de los que hemos dado debida cuenta. El intrusismo y la falta de reconocimiento profesional y abandono por parte de las autoridades, cediendo competencias en favor de otras clases sanitarias fueron los grandes problemas con los que se toparon los practicantes españoles en el último cuarto del siglo XIX, asistiendo a la pérdida de sus atribuciones, que no olvidemos, habían sido heredadas de los ministrantes. En este sentido, la vacunación fue acaparada en 1876 por la clase médica, y recién creado el título

de Cirujano-dentista, no menos sentida y aún con mayor rechazo si cabe por parte de la clase, tuvo la promulgación de la Real Orden de 6 de octubre de 1877 que disponía que los títulos de practicante que se expidiesen en lo sucesivo no les habilitarían para el ejercicio del “Arte de dentista” salvo los derechos adquiridos por los que habían principiado su carrera en ese año académico. Pese a dicha disposición, las Universidades continuaron exigiendo a los alumnos de la carrera de practicante la matrícula del cuarto semestre correspondiente a la enseñanza del “Arte del dentista” así como los respectivos exámenes. Esta pérdida de atribuciones junto a la práctica cada vez menor de la sangría, supuso una disminución considerable en los ingresos de los practicantes colocándoles en una situación peligrosa para poder seguir existiendo. Incluso algunos practicantes hicieron público su deseo de que se suprimiese la carrera. El cúmulo de fatales circunstancias hizo que los practicantes catalanes dieran el salto al periodismo profesional. Así todo, el 15 de noviembre de 1883 se publicó el primer número de *La Lanceta*, órgano oficial de la Unión de Cirujanos, Ministrantes y Practicantes de Barcelona, cuyos miembros del consejo de redacción eran practicantes y entre los que se encontraba el que en aquellos momentos era el Presidente de la Unión de Cirujanos, Ministrantes y Practicantes de Barcelona, don Pedro Carol y Martí, un antiguo practicante del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona que se dedicaba al oficio dental, tratando enfermedades de la boca en su Gabinete de la Calle Capellanes número 2. Poco tiempo después, en enero de 1884 y desde la localidad castellanense de Morella, otro periódico *La Voz de los Practicantes* empezaba a publicarse, haciendo lo propio el 1 de agosto de ese mismo año *El Practicante* de Zaragoza.



El practicante Pedro Carol y Martí fue Presidente de la Unión de Cirujanos, Ministrantes y Practicantes de Barcelona.

Si a Madrid le corresponde el privilegio de ser la ciudad donde se creó la primera Sociedad de Ministrantes, a Barcelona le corresponde el de haber sido la plaza que acogió el primer encuentro a nivel nacional de toda la clase, el Congreso Español de Cirujanos, Ministrantes, Practicantes y Cirujanos-dentistas [30].

En sesión general de 30 de junio de 1884 celebrada por la Unión de Cirujanos, Ministrantes y Practicantes de Barcelona fue secundada sin titubeos la idea de la celebración de un Congreso nacional de la clase, idea que fue expuesta por el doctor don Pedro Manaut y Taberner, Presidente Honorario de la Unión quien con frases expresivas hizo comprender la necesidad absoluta de la celebración de este Congreso:

“... ha de reportar mucho de provechoso para la clase, si á el concurren, como no podemos menos de esperar, todos los Practicantes de España, ya por sí mismos ó por delegación, á fin de que todos en conjunto podamos dirigir las peticiones razonadas de cada uno en particular, á los altos poderes del Estado, quienes no deberán, no podrán desatender las justas quejas de estos desvalidos seres que son los desheredados del arte de curar”.

Las sesiones del Congreso iban a tener lugar los días 24, 25, 26 y 27 de septiembre de 1884, pero éste tuvo que ser suspendido debido a las circunstancias que estaba atravesando Europa a causa de la invasión de cólera. Finalmente, el Congreso Español de Cirujanos, Ministrantes, Practicantes y Cirujanos-dentistas, se celebró los días 7, 8 y 9 de abril de 1885 en el local de la Academia Médico-Farmacéutica de Barcelona situada en la calle Cazador número 4. La conveniencia para la fecha de su celebración tampoco estuvo exenta de polémicas. Desde Zaragoza la Comisión Gestora de la Asociación General de Practicantes de España era partidaria de que se celebrase el Congreso una vez conseguido su ideario que no era otro que la formación de Juntas de practicantes en los partidos y provincias de toda España. En cambio, los practicantes de Madrid abogaban por la celebración inmediata del Congreso Español de Cirujanos,

Ministrantes, Practicantes y Cirujanos-dentistas, lo que condujo a un nuevo enfrentamiento dialéctico entre *El Practicante de Zaragoza* y *El Defensor del Practicante de Madrid*.

En el Congreso se tomaron entre otros, lo acuerdos de pedir al Gobierno la refundición de las tres carreras de practicantes existentes: de la Armada, Cirujanos-dentistas y Ministrantes, ampliando los estudios para constituir una profesión análoga a la de los antiguos cirujanos; derogación la Real Orden de 6 de octubre de 1877; que se obligase a los Ayuntamientos a crear plazas titulares de cirujanos, es decir, creación de partidos rurales para los practicantes y persecución el intrusismo. También se acordó la formación de un Comité Central de la clase de practicantes con sede en Madrid y nombrar una Comisión encargada de indicar el candidato que se debía presentar para recibir los votos de la clase para Diputado por acumulación.

La Lanceta durante algún tiempo también fue a la par órgano oficial del Círculo Odontológico de Cataluña y sus miembros redactores del periódico. En 1888 cesó su publicación perdiéndose el rastro de la Unión de Cirujanos, Ministrantes y Practicantes de Barcelona.

Otras referencias sobre colegios y asociaciones de practicantes

Además de estas sociedades de ministrantes y practicantes que acabamos de detallar, hemos encontrado a lo largo de la bibliografía referencias muy someras que apuntan a la existencia de otros núcleos o agrupaciones de ministrantes y practicantes en la segunda mitad del siglo XIX, tales como la Asociación de Practicantes de La Coruña en 1865, así como documentos que confirman la intención de los practicantes y ministrantes navarros de crear un Colegio de Sangradores y Practicantes en 1866.

4. DISCUSIÓN

A grandes rasgos hemos realizado una síntesis de las primeras sociedades y colegios de ministrantes y practicantes encontrando similitudes con los actuales Colegios de Enfermería en la defensa de sus intereses. En Madrid surge una Sociedad de Socorros Mutuos de

Ministrantes, una especie de auxilio para los imposibilitados por el trabajo y para los desempleados. Desde Sevilla los Colegios de Sangradores y de dentistas, ambos en una clara apuesta por la formación e ilustración de la clase, inician una serie de conferencias científicas. Y en Barcelona, la Unión de Cirujanos, Ministrantes y Practicantes convoca y celebra la primera reunión a nivel nacional de toda la clase que daba sus primeros pasos hacia la completa organización, siendo esta etapa auténtico paradigma del movimiento asociativo de los practicantes en nuestro país.

Pese a la corta vida que estos precursores tuvieron en la mayoría de los casos, todos y cada uno de ellos contribuyeron de alguna manera a conseguir posteriormente la colegiación oficial para la clase, siendo fértiles todos los esfuerzos destinados a tal efecto.

Hoy día nuestros Colegios han avanzado. Cambian los protagonistas, las reivindicaciones y los problemas son bien distintos a los de hace 150 años, pero se mantienen dos premisas fundamentales, sin la profesión no existirían los colegios, pero sin los colegios no existiría la profesión.

5. BIBLIOGRAFÍA

- [1] Ávila Olivares JA. ¿Existió realmente una titulación oficial con el término ministrante? *Cul Cuid* 2010; 27: 12-29.
- [2] Expósito González R. Las primeras asociaciones nacionales de practicantes en España en el siglo XIX. *Enfermería de C. Real* 2009; 56: 30-33.
- [3] Expediente de la Sociedad de Socorros Mutuos titulada Ministrantes establecida en Madrid, 1865. Archivo General de la Administración, Alcalá de Henares; Interior, caja 44/06542.
- [4] Expósito González R. Historia de la prensa profesional de los ministrantes y practicantes en España en el Siglo XIX. *Cul Cuid* 2009; 26: 12-21.
- [5] D. Nicolás Lete de Mateo, (Q. E. D.) falleció el 27 de Noviembre de 1863. *La Voz de los Ministrantes*. 30 Jun 1864; (12): 96.
- [6] Estatutos del Colegio de Sangradores y de Practicantes de Sevilla. *La Voz de los Ministrantes*. 15 Nov 1864; (21): 165-168.
- [7] Inauguración del Colegio de Sangradores y de Practicantes. *El Porvenir*. 25 Oct 1864; (4721): 2.
- [8] Gómez Zarzuela, M. *Guía de Sevilla*. Sevilla: La Andalucía; 1866.
- [9] Discurso leído en la primera inauguración científica del Colegio de Sangradores de Sevilla, el día 18 de noviembre de 1864, por su digno e ilustrado socio D. Salvador Rey y Pozo. *La Voz de los Ministrantes*. 20 Ene 1865; (26): 9-16.
- [10] Crónica de la capital. *El Porvenir*. 15 Dic 1864; (4765): 3.
- [11] Memoria leída en el Colegio de sangradores y practicantes de la provincia de Sevilla en sesión de 30 de enero de 1865 por el colegial Diego Sánchez Benavente. *La Voz de los Ministrantes*. 20 Feb 1865; (29): 33-38.
- [12] Variedades. *La Voz de los Ministrantes*. 31 Mar 1865; (33): 69-70.
- [13] Crónica Bético-Extremeña. *La Andalucía*. 2 May 1865; (2275): 3.
- [14] Crónicas. *La Voz de los Ministrantes*. 10 May 1865; (37): 103.
- [15] Crónica de la capital. *El Porvenir*. 16 Mar 1865; (4844): 3. Crónica Bético-Extremeña. *La Andalucía*. 23 Mar 1865 (2241): 3.
- [16] Crónica Bético-Extremeña. *La Andalucía*. 28 Mar 1865; (2245): 3.
- [17] Discurso leído el día 26 de marzo de 1865, en la solemne inauguración del Colegio de Profesores dentistas, de la provincia de Sevilla, por su vicepresidente D. Manuel Valenzuela y Rodríguez. *La Voz de los Ministrantes*. 10 Abr 1865; (34): 76-78.
- [18] Variedades. *La Voz de los Ministrantes*. 31 Oct 1865; (54): 239.
- [19] Crónicas. *La Voz de los Ministrantes*. 31 Ene 1866; (63): 23.
- [20] Sección especial. *La Voz de los Ministrantes*. 20 Feb 1866; (65): 39.
- [21] Variedades. *La Voz de los Ministrantes*. 10 Abr 1866; (70): 77-80.
- [22] Sección profesional. *La Voz de los Ministrantes*. 30 Jun 1866; (78): 136-137.
- [23] Crónica Bético-Extremeña. *La Andalucía*. 2 Ene 1867; (2780): 3. Crónica de la capital. *El Porvenir*. 3 Ene 1867; (5311): 3.
- [24] Crónicas. *La Voz de los Ministrantes*. 10 Feb 1867; (100): 30. Chaves Rey, M. *Historia y bibliografía de la prensa sevillana*. Sevilla: Imprenta de Enrique Rasco; 1896.
- [25] Gómez Zarzuela, M. *Guía de Sevilla*. Sevilla: La Andalucía; 1867.
- [26] Martínez Sánchez, J. *Arte del dentista*. Barcelona: José Serra, editor; 1887. Martínez Sánchez, J. *Bibliografía de la Odontología Española*. Madrid: Imprenta de La Odontología; 1911.
- [27] Ustrell i Torrent, J. M. *Història de l'odontologia*. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona; 1997.
- [28] Crónicas. *La Voz de los Ministrantes*. 31 Ago 1866; (84): 189-190.
- [29] Unión de Cirujanos, Ministrantes y Practicantes de Barcelona. *Estatutos*. Barcelona: Imprenta de Magriñá y Subirana; 1866.
- [30] Expósito González R. El congreso español de cirujanos, ministrantes, practicantes y dentistas de 1885. *Enfermería de C. Real* 2010; 57: 30-33.

Petrer sin humos: experiencia de un modelo de gestión compartida en un programa de deshabituación tabáquica

Autores: Carmelo Iborra Moltó; María Isabel López Vázquez; Carlos Botella Estrada; Isabel Hurtado Abenza; Francisco Ponce Lorenzo; Ana Serrano Villaplana

Premio a la Mejor Comunicación presentada en las XXI Jornadas de Enfermería Departamento de Salud de Elda "Abordaje y Sostenibilidad de la enfermedad crónica desde Enfermería". Elda, 5 de mayo 2011

carmelo.iborra@yahoo.es

Smokefree Petrer: the experience of a shared management model in a stop smoking programme

ABSTRACT

This programme arises from a local initiative of Petrer Concejalía de Sanidad in collaboration with the Conselleria de Sanidad and the pharmacy industry. The main objective of it is to help and facilitate the smoking cessation process through advice, and free acces to psychological, medical and pharmacological treatment.

Objective: *To asses the effectiveness of the programme according to the number of individuals who manage to stop smoking.*

Methodology: *Officials working for the local authorities recruit the subjects for the programme and give them an appointment with the doctor or the nurse, who will explain them the functioning of the programme and prescribe them the necessary*

medication. Depending on the initial assessment they are assigned to group therapy with the psychologist. For the assessment of the effectiveness a one year longitudinal study using telephone folow up has been designed.

Results: *In the study 209 subjects were interviewed. Age: 43.3 (SD: 9.9) years; Gender: 54,2% male. The programme was implemented in 2007 and still functioning. We study the data gathered thorough the year 2009 (12 months). According to the type of intervention we can find: only phamacological intervention: 35,7%; both phamacological and group intervention: 53,8%; other type of interventions: 8,6%. Effectiveness of the programme: quit rate after 3 months: 58,1%; 6 months: 52.9%; 12*

months: 45.2%. (of this last group 78% take medication and also make group therapy).

Discussion: *Nowadays, smoking is one of the main avoidable cardiovascular and morbimortality risk factors. It has been widely described in the literature the potential benefit of stopping smoking. According to the results, the programme has been very successful. The study shows that subjects with both medication and group therapy achieve a higher rate of success. Also, the shared management system has better rates of effectiveness and efficiency than other programmes exclusively of public management.*

Key words: *Smoking, cessation, shared management.*

RESUMEN

El programa surge desde la iniciativa municipal de la Concejalía de Sanidad de Petrer en colaboración con la Consellería de Sanidad y de la industria farmacéutica, con el objetivo de ayudar y facilitar el proceso de abandono de consumo de tabaco a toda persona fumadora que así lo demande, ofreciéndole asesoramiento y tratamiento psicológico, médico y farmacológico de manera accesible y gratuita.

Objetivo: Valorar la eficacia del programa, en función del número de personas que han abandonado el hábito de fumar.

Metodología: Desde el ayuntamiento, los técnicos municipales, hacen la captación de personas que se van a incluir en el programa y se les cita en las consultas médico-enfermera (instalaciones de la Consellería de Sanidad), en donde se les explica el funcionamiento del

programa y se les pauta la medicación. En función de la valoración inicial se les incluye en grupos de terapia grupal dirigidos por una psicóloga. Para valorar la eficacia se ha elaborado un diseño longitudinal durante un año, mediante seguimiento telefónico.

Resultados: El total de personas entrevistadas fue de 209. Edad: 43.3 (SD: 9.9) años; Sexo: 54,2% varones. Resultados del programa: Tiempo de funcionamiento del programa: El programa está funcionando desde el año 2007. Para la elaboración de este estudio se ha hecho el seguimiento completo durante 12 meses a lo largo del año 2009. Tipo de Intervención: Intervención fármaco solo: 35,7%; Intervención fármaco y terapia grupal: 53,8%; Otras intervenciones: 8,6%. Eficacia del programa: Porcentaje de personas que siguen sin fumar a 3, 6 y 12 meses: 3 meses: 58,1%; 6

meses: 52,9%; 12 meses: 45,2%. (De este 45,2%, el 78% toma medicación más Terapia grupal).

Discusión: En la actualidad, el tabaquismo es uno de los principales factores riesgo cardiovascular y de morbimortalidad evitable. Está descrito el beneficio potencial del abandono de este hábito. En vista de los resultados, el éxito del programa es importante. Una conclusión relevante es que las personas que toman medicación y siguen terapia grupal a la vez, consiguen un mayor porcentaje de éxito. Los resultados muestran que el sistema de gestión compartida tiene unos ratios de efectividad y eficiencia mejores que otros programas de gestión exclusivamente pública, manteniendo la gratuidad para los ciudadanos.

Palabras clave: tabaquismo, deshabituación, gestión compartida

INTRODUCCIÓN

El programa "Petrer sin humos", surge en el año 2007 desde la iniciativa de la Concejalía de Sanidad municipal, en colaboración con la Consellería de Sanidad y de las oficinas de farmacia del municipio, con el objetivo de ayudar y facilitar el proceso de abandono de consumo de tabaco a toda persona fumadora que así lo demande, ofreciéndole asesoramiento y tratamiento psicológico, médico y farmacológico de manera accesible y gratuita, excepto el copago por la medicación. El tratamiento farmacológico está subvencionado parcialmente por el ayuntamiento en un 42% y por los establecimientos farmacéuticos en un 8%, de forma que los pacientes solo corren con el 50% del gasto farmacéutico, siendo un requisito indispensable que los clientes están empadronados en Petrer.

La aplicación de programas de gestión compartida por diversos organismos, es una alternativa al sistema tradicional de gestión (1) pública o privada. En nuestro caso se trata de la colaboración de dos empresas públicas y una privada (farmacias). De cara al personal que aplica los tratamientos, el nivel de motivación e implicación con el programa es mayor que en otros sistemas, debido básicamente a que los profesionales se dedican en exclusiva a implementar y desarrollar el programa de deshabituación tabáquica, y tienen un papel fundamental en la planificación del mismo, siendo sus decisiones tomadas en cuenta por los gestores del programa, lo que supone aplicar respuestas y acciones inmediatas a los problemas que surgen sobre la marcha, aumentando de esta forma la responsabilidad individual y grupal de los profesionales.

Básicamente, este programa, trata de ofrecer a los fumadores activos con adicción a la nicotina, la oportunidad para liberarse de este hábito negativo mediante un programa estructurado de apoyo grupal y personal que incluye la combinación de atención psicológica-médica y apoyo farmacológico para aliviar los síntomas de abstinencia de la nicotina.

OBJETIVO:

El objetivo de este estudio es valorar la eficacia del programa, en función del número de personas que han abandonado el hábito de fumar.

MATERIAL Y MÉTODOS:

1.- Metodología del programa:

Desde el ayuntamiento, los técnicos municipales, elaboran las agendas de citación de los clientes fumadores que desean dejar de fumar. La captación y derivación a la concejalía se lleva a cabo por el médico de familia o la enfermera de APS, desde la UCA, desde las farmacias y través de la campaña publicitaria por iniciativa propia.

A estos clientes se les cita mediante llamada telefónica en las consultas médico-enfermera (instalaciones de la Consellería de Sanidad, Centro Salud), en donde se les explica el funcionamiento del programa, se hace una valoración inicial, que consiste en cumplimentar la historia clínica del fumador (Datos de filiación, peso, talla, TA, edad de inicio en el hábito, intentos de abandono previos, motivos de recaída, uso de otros tratamientos para dejar de fumar, consumo actual de cigarrillos, número de paquetes año, Test de Fageström, Test de Richmond, coximetría, Test de Goldberg, etc.) y una primera intervención consistente en aumentar la motivación, si es necesario; planificar la reducción gradual del número de cigarrillos, y si el paciente está preparado se le explica el tratamiento a seguir y se le pauta la medicación. La medicación que se pauta es la Vareniclina.

La atención médica-farmacológica es individualizada y con intervenciones grupales puntuales, se les cita cada dos semanas los primeros dos meses y luego una vez al mes hasta los 4 meses, hay pacientes que acuden cada dos o tres meses aproximadamente a consulta hasta el año.

En función de la valoración inicial se les incluye en grupos de terapia grupal dirigidos por una psicóloga y/o se les cita para intervenciones individuales sucesivas en la consulta médico-enfermera.

La inclusión en terapia de grupo se realiza cuando la persona lo desea, y los criterios de exclusión en terapia de grupo son los siguientes:

- Patología psiquiátrica severa activa.
- Poli-toxicomanías.
- Ausencia de motivación.
- Incapacidad para tolerar el escenario de grupo.
- No poder adquirir compromiso de asistencia.

El programa de intervención grupal se desarrolla en 7 sesiones de tratamiento y una de refuerzo, con seguimientos a los tres meses, seis meses y al año después de haber dejado de fumar. Cada sesión dura 2 horas. En cuanto a la estructuración de las sesiones, consta de tres fases: La fase de preparación, la de abandono y la de mantenimiento de la abstinencia. Las técnicas psicológicas utilizadas son técnicas de control de estímulos, de afrontamiento, de relajación, reestructuración cognitiva, de prevención de recaídas, realización de autorregistros, aplicación de técnicas de psicología energética, control de pensamientos y reducción gradual de nicotina.

2.- Metodología del estudio:

Para valorar la eficacia se ha elaborado un diseño longitudinal durante un año. De un total de 680 personas incluidas en el programa, se seleccionó una muestra por muestreo aleatorio simple de 209 personas. El estudio se realizó por medio de seguimiento telefónico a los 3, 6 y 12 meses a lo largo de 2009.

3.- Variables a estudio:

Valoración inicial:

- Historia clínica del fumador.
- Edad.
- Sexo.
- Test de Fageström: mide el grado de dependencia a la nicotina.
- Test de Richmond: mide el grado de motivación para dejar el hábito.

■ Investigación & Cuidados

- Edad de inicio del consumo de tabaco.
- Numero de cigarrillos diarios consumidos.

Tipo de intervención:

- Seguimiento individual médico-enfermera con medicación.
- Seguimiento individual médico-enfermera con medicación y terapia de grupo.
- Primera visita y terapia de grupo solo.
- Otros.

Variables de seguimiento: Corresponden a la encuesta telefónica.

- ¿Sigue sin fumar? (Se pregunta a los 3, 6 y 12 meses)

En caso afirmativo se pregunta:

- ¿Por qué motivo piensa que ha vuelto a fumar?
- ¿Ha notado algún trastorno o efecto achacable a la medicación para dejar de fumar desde que inició el tratamiento?

RESULTADOS:

El total de personas entrevistadas en 2009, fue de 209 personas. La media de edad es de: 43.3 (SD: 9.9) años; y la distribución por sexos es del: 54,2% varones y el 45,8% mujeres. La puntuación media del test de Fageström ha sido de 5,37 (SD: 2,07); La del test de Richmond ha sido de 8,39 (SD: 1,23). La media de edad de inicio del hábito ha sido de 17,42 (SD: 3,92) años, y la media del consumos diario de cigarrillos, ha sido de 23,16 (SD: 9,74).

Los resultados del programa han sido los siguientes: El 100% de los pacientes han pasado por la primera consulta médico-enfermera, en donde se hace una valoración inicial y se hace una primera intervención, a estos pacientes se les pauta la medicación y se les cita para próximas visitas individuales y a los que se considera pertinente se les incluye en los grupos de terapia psicológica. Los resultados del tipo de terapia son: Los pacientes que tomaban fármaco solo y seguimiento individual médico-enfermera, han sido un 35,7%. Los que han tomado el fármaco, seguimiento médico-enfermera y además han participado en la terapia grupal, han sido un 53,8% y los que han realizado otras intervenciones han sido el 8,6%. La eficacia del programa en función del porcentaje de personas que siguen sin fumar a 3, 6 y 12 meses ha sido la siguiente; a los 3 meses, el 58,1% seguían sin fumar; a los 6 meses, el 52,9% y a los 12 meses, el 45,2%.

Cuando analizamos la eficacia de los distintos tratamientos, encontramos que del 100% de las personas que siguen sin fumar a los 12 meses, un 18% han realizado la intervención médico-enfermera y han tomado la medicación, un 2% han realizado la primera intervención y la terapia grupal solo, y el 78%, han realizado la intervención médico-enfermera, han tomado la medicación y además han realizado los talleres de terapia grupal.

Además, en la tabla 5 se muestran los resultados de los motivos de recaída y en la tabla 6, los principales efectos secundarios de la medicación, es importante destacar que un 61,7% no han presentado efectos secundarios.

Tabla 1: Resultados del hábito tabáquico

| N=209 | Media | STD | Max | min | Mediana | Moda |
|------------------|-------|------|-----|-----|---------|------|
| Edad | 43.29 | 9.97 | 73 | 20 | 43 | 47 |
| Edad Inicio | 17.42 | 3.92 | 40 | 11 | 17 | 14 |
| Richmond | 8.39 | 1.23 | 10 | 4 | 8 | 8 |
| Fagestrom | 5.35 | 2.07 | 10 | 1 | 6 | 6 |
| Consumo/día | 23.16 | 9.74 | 60 | 6 | 20 | 20 |
| Intentos previos | 1.89 | 2.53 | 20 | 0 | 1 | 1 |

Tabla 2: Resultados de la intervención

| N=209 | 3 meses | 6 meses | 12 meses |
|-------------------|---------|---------|----------|
| % Total abstinión | 58.09 | 52.86 | 45.23 |

Tabla 3: Resultados por tipo de intervención

| N=209 | % Tratamiento | % Éxito 12 meses |
|------------------------------|---------------|------------------|
| Intervención ME + Medicación | 35.7 | 17.90 |
| I. ME + Med. + T. Grupo | 53.8 | 77.89 |
| T. Grupo | 4.3 | 2.10 |
| Otros* | 4.3 | 2.10 |

* En el grupo "Otros" se incluyen los que han tomado otro tratamiento o los que solo han hecho la intervención individual sin medicación.

Tabla 4: Importancia de cada terapia en el porcentaje total de éxito a los 12 meses.

| N=95 | % Tratamiento | % Éxito 12 meses |
|------------------------------|---------------|------------------|
| Intervención ME + Medicación | 35.7 | 22.66 |
| I. ME + Med. + T. Grupo | 53.8 | 65.48 |
| T. Grupo | 4.3 | 22.22 |
| Otros | 4.3 | 40.00 |

Tabla 5: Motivos de recaída

| N=209 | % |
|--|------|
| Síndrome de abstinencia | 18.2 |
| Celebración o acontecimiento festivo | 8.1 |
| Pensar "por uno no pasa nada" | 6.7 |
| Crisis vital: Divorcio, enfermedad, muerte | 6.2 |
| Estar en ambiente de fumadores | 3.8 |
| Dificultades en el trabajo | 3.8 |
| Vacaciones | 1.4 |
| Problemas Familiares Cotidianos | 1.0 |
| Engordaré | 0.5 |
| No recaída o no contesta | 50.2 |

Tabla 6: Efectos secundarios de la medicación

| N=209 | % |
|------------------------|------|
| Nauseas | 12.0 |
| Insomnio | 7.7 |
| Molestias gástricas | 5.3 |
| Cefaleas | 2.9 |
| Somnolencia | 2.9 |
| No contesta | 2.6 |
| Vómitos | 1.4 |
| Depresión | 1.0 |
| Estreñimiento | 0.5 |
| Irritabilidad | 0.5 |
| Lagrimo ocular | 0.5 |
| Perdida sabor | 0.5 |
| Taquicardia | 0.5 |
| No efectos secundarios | 61.7 |

DISCUSIÓN:

En la actualidad, el tabaquismo es uno de los principales factores riesgo cardiovascular y de morbimortalidad evitable (1, 2). Además, está relacionado con mayor riesgo de padecimiento de varios tipos de cáncer y con el

mayor riesgo de enfermedades respiratorias, entre otras.

Está descrito el beneficio potencial del abandono de este hábito, de hecho la persona que abandona el hábito durante un año, reduce su riesgo de IAM en un 50%, y a los 5 años tiene el mismo riesgo que el resto

de la población no fumadora. En el caso de los accidentes cerebro vasculares, el riesgo disminuye a la mitad en 2 años sin fumar (1). Esto datos justifican por sí solos los esfuerzos dirigidos a reducir y eliminar el consumo de tabaco, tanto a nivel económico como en el caso de la implantación de programas, como social como es el caso de elaboración de legislación que defienda los derechos de los no fumadores.

En la bibliografía revisada se han descrito varios factores predictores del abandono del hábito tabáquico, los más relevantes son el sexo y la edad, que son factores no modificables, mientras que los factores modificables descritos, son las expectativas de autoeficacia y el no cometer "deslices", por lo que nuestras intervenciones van dirigidas a favorecer y potenciar estos factores modificables (3). Como podemos ver en los resultados de nuestro estudio, además del síndrome de abstinencia, las celebraciones, el pensar que "por uno no pasa nada" o las situaciones de crisis, son los motivos más frecuentes para las recaídas. El seguimiento de estos factores, nos permite hacer una retroalimentación de ideas y elaborar tácticas dirigidas a favorecer el abandono del hábito.

Existen múltiples programas de deshabituación tabáquica, en la bibliografía, hemos encontrado diferentes tipos de intervenciones, basados en manuales de autoayuda e intervenciones individuales con diferentes técnicas psicológicas (4), encontrando porcentajes de éxito a los 12 meses que oscilan entre el 13 y el 33 % (5,6,7,8). En lo referente a programas que solo aplican la terapia de grupo, se ha encontrado que la intervención grupal presenta una baja adhesión al tratamiento siendo la efectividad de la intervención grupal del 26% a los 6 meses (9).

En vista de los resultados, el éxito del programa multicomponente que hemos presentado, es importante, ya que se ha conseguido un porcentaje de éxito del 45,2% a los 12 meses, lo que comparado con otros programas referenciados anteriormente (10) nos sitúa en uno de los primeros puestos en cuanto a la eficacia del programa de gestión compartida "Petrer sin humos". A pesar de estos resultados es importante tener en cuenta las posibilidades de mejora del programa, medidos en porcentaje de éxito a los 12 meses. Por la experiencia y los resultados obtenidos, creemos que trabajando sobre los efectos secundarios de la medicación podre-

mos mejorar el cumplimiento terapéutico, y trabajando sobre los motivos de recaída, especialmente sobre el síndrome de abstinencia podremos mejorar el porcentaje de éxito. Sin olvidar, que la terapia grupal tiene un peso importante en el éxito del programa.

Una conclusión relevante es que las personas que realizan la intervención médico-enfermera, toman medicación y siguen terapia grupal a la vez, consiguen un mayor porcentaje de éxito. Los resultados muestran que el sistema de gestión compartida tiene unos ratios de efectividad y eficiencia mejores que otros programas de gestión exclusivamente pública, manteniendo la gratuidad para los ciudadanos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Cabezas C, Gual A, Vilandell M. Tabaquismo, alcoholismo y otras drogodependencias. En Martín-Zurro A, Cano JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6º ed. Barcelona: Elsevier; 2008. p. 876-90.
2. Ministerio de sanidad y consumo. Encuesta Nacional de Salud 2006. [citado 5 Feb 2011]. Disponible en URL: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>.
3. Moreno JJ, Herrero FJ. Factores asociados al éxito en programas para dejar de fumar. Adicciones: Revista de Sociodrogalcohol 2000; 12(3): 329-41.
4. Mendoza ML. La hipnosis como adjunto en el tratamiento del hábito de fumar. Estudio de caso. Psicothema 2000; 12(3): 330-8.
5. Becoña E, Vázquez FL. Comparación de la eficacia de un programa de autoayuda para dejar de fumar distribuido por correo en un único envío o semanalmente en folletos. Psiquis 2001; 4:205-14.
6. Becoña E, Vázquez FL. Effectiveness of personalized written feedback through a mail intervention for smoking cessation: A randomized-controlled trial in Spanish smokers. J Consul Clin Psychol 2001; 69:33-40.
7. Miguez MC, Vázquez FL, Becoña E. Effectiveness of telephone contact as an adjunct to a self-help program for smoking cessation. A randomized controlled trial in Spanish smokers. Addict Behav 2002; 27:139-44.
8. Miguez MC, Becoña, E. Evaluating the effectiveness of a single telephone contact as an adjunct to a self-help intervention for smoking cessation in a randomized controlled trial. Nicotine Tobacco Research. 2008 Ene;10(1):129-35.
9. Camarelles F, Asensio A, Jimenez-Ruiz C, Becerril B, Rodero D, Vidaller O. Efectividad de la intervención grupal para la deshabituación tabáquica. Ensayo clínico aleatorizado. Med Clin. 2002 Jun 15;119(2):53-7.
10. Ochoa-Prieto JA, Aurrecochea-Corral R, Llondras-López P, Aparicio-García S. Tratamiento grupal multicomponente para dejar de fumar en atención primaria. Resultados de 5 años de intervención en un centro de salud. Semergen. 2010;36(7):377-85.

Virus Respiratorio sincitial. Comparación de Pruebas Diagnósticas

Autores: Alicia Ten Blanco, Angela Medina Martínez, Elisa Aznar Gómez, Inmaculada Bellver Jordá, Rosa Madolell Asensio, Fernando Grosson García
Servicio de Microbiología. Hospital General Universitario de Valencia

luca-2@hotmail.com

Respiratory syncytial virus. Comparison of diagnostic tests

ABSTRACT

Acute respiratory infection is one of the largest causes worldwide of morbimortality in children under the age of two. The most frequent etiology is germs of viral type, being the respiratory syncytial virus (RSV) the most frequently found. In healthy adults, the morbimortality associated with this type of infections is rare. However, in immunosuppressed patients, may cause serious diseases of the lower respiratory tract and even the death.

Objective: To compare both the immunochromatography and the direct immunofluorescence for the diagnosis of RSV; and by using the immunofluorescence, examine the presence of other respiratory viruses.

Methods: we carried out a retrospective analysis of 154 samples of nasal exudate of children under 2

diagnosed of bronchiolitis by using the immunochromatography and direct immunofluorescence.

Results: Of the 154 samples studied; 47 (30.5 %) showed positive results for RSV with both tests. In 24 (15.5 %) cases RSV was only detected with direct immunofluorescence, while 83 (53.9 %) showed negative results with both techniques. In 38 samples, the presence of other respiratory viruses we detected, 37 of them were negative for RSV and only in one sample a positive result for RSV and P3 was found. Immunochromatography showed a sensitivity of 67 %, a specificity of 100 %, PPV 100 %, and NPV 80 %.

Conclusions: a moderate sensitivity and high specificity has been found with the immunochromatography; making the test a valid one for the emergency diagnostic orien-

tation of VRS. Therefore, the viral diagnostic methods available are highly efficient, making it possible to identify patients who suffer from the infection and making an appropriate management of their symptoms and also promoting preventive measures to avoid infection in the individuals who are at greater risk, children and health staff.

Contribution of this study for nursing: this study contributes to the early detection of viral respiratory infections that nursing staff should be familiar with, so that, in collaboration with the medical staff patients can be isolated and implement the adequate preventive measures for health professionals.

Key words: respiratory virus, Immunochromatography, immunofluorescence, Diagnosis

RESUMEN

La infección respiratoria aguda, es una de las primeras causas de morbimortalidad en el niño menor de dos años a nivel mundial.

Reconoce como etiología más frecuente a gérmenes de tipo viral, siendo el virus respiratorio sincitial (VRS) el de mayor incidencia.

En adultos sanos, la morbimor-

talidad asociada a este tipo de infecciones es infrecuente. Por el contrario, en pacientes inmunodeprimidos, pueden dar lugar a patologías graves del tracto respiratorio inferior y

ser causa de mortalidad.

Objetivo: Comparar la técnica diagnóstica Inmunocromatografía frente a la Inmunofluorescencia directa, para el diagnóstico de VRS. Además, mediante Inmunofluorescencia, analizar la presencia de otros virus respiratorios.

Métodos: Análisis retrospectivo de 154 muestras de exudado nasal de niños menores de 2 años con clínica de bronquiolitis, mediante Inmunocromatografía e Inmunofluorescencia directa.

Resultados: De las 154 muestras estudiadas; 47 (30,5%) mostraron resultados positivos para VRS con ambas pruebas. En 24 (15,5%) solamente se detectó VRS mediante Inmunofluorescencia directa, mientras que 83 (53,9%), mostraron

resultados negativos con ambas técnicas.

En 38 muestras, se detectó la presencia de otros virus respiratorios, de los cuales, 37, eran VRS negativo y únicamente en una muestra encontramos positividad para VRS y P3.

La Inmunocromatografía mostró una sensibilidad del 67%, una especificidad del 100%, VPP de 100% y VPN 80%.

Conclusiones: Hemos observado una moderada sensibilidad de la Inmunocromatografía con alta especificidad. Esto hace que sea una prueba válida para la orientación diagnóstica, de urgencias, del VRS.

Por tanto, los métodos de diagnóstico virológico disponibles son altamente eficientes, permitiendo

identificar a los pacientes que padecen la infección y efectuar un adecuado manejo de los síntomas, estableciendo que las personas de mayor riesgo, niños y personal sanitario, deben utilizar medidas preventivas para evitar el contagio.

Contribución de este trabajo a la enfermería: Este trabajo contribuye a un diagnóstico exhaustivo y precoz de infecciones respiratorias víricas que el personal de enfermería debe conocer, para que, en colaboración con el facultativo, aislar a los pacientes afectados y poder tomar las medidas preventivas oportunas para el personal sanitario.

Palabras clave: Virus respiratorios, Inmunocromatografía, Inmunofluorescencia, Diagnóstico.

INTRODUCCIÓN

La infección respiratoria aguda, es una de las primeras causas de morbimortalidad en el niño menor de dos años en nuestro país y a nivel mundial (1,2), constituyendo el motivo más importante de ingreso y reingreso a nivel hospitalario. Es la principal causa de absentismo escolar y laboral. Reconoce como etiología más frecuente a gérmenes de tipo viral, siendo en el lactante el virus respiratorio sincitial (VRS) el de mayor incidencia.

Según John Aldao et al (3), no hay protección por anticuerpos maternos y el hecho de padecer la enfermedad, sólo da una protección incompleta.

En sujetos adultos sanos, la morbilidad y la mortalidad asociadas a este tipo de infecciones son infrecuentes. Por el contrario, en pacientes con compromiso del sistema inmunitario, por ejemplo pacientes sometidos a trasplante de precursores hematopoyéticos o de órganos sólidos, las infecciones por virus respiratorios comunes pueden dar lugar a patologías más grave con progresión a infección del tracto respiratorio

inferior y ser causa de mortalidad (4).

Además, la comunidad científica coincide que hay una estrecha relación entre la infección causada por el VRS y el desarrollo de sibilancias recurrentes o asma, demostrada en varios estudios realizados (5,6,7).

En el año 2001 se descubrió un nuevo virus respiratorio productor de patología en seres humanos denominado Metapneumovirus. Reina et al (8), en un estudio de población pediátrica con clínica de infección respiratoria aguda, aislaron este virus en líneas de cultivo celular en el 1,5% de las muestras respiratorias analizadas. El cuadro clínico de estos niños, era indistinguible del producido por el VRS, incluso, el 25% presentó una crisis asmática asociada.

El objetivo de este estudio es comparar la técnica diagnóstica Inmunocromatografía de membrana frente a la Inmunofluorescencia directa, para el diagnóstico de VRS.

Por otra parte, analizamos la presencia de otros virus respiratorios (Parainfluenza 1(P1), Parainfluenza 2 (P2), Parainfluenza 3 (P3), Influenza A (IA),

Influenza B (IB), Adenovirus (AD) y Metaneumovirus), mediante Inmunofluorescencia directa.

La Inmunocromatografía de membrana se utiliza para detectar el antígeno, una proteína de fusión, del virus respiratorio sincitial en muestras de lavado nasal e hisopos nasofaríngeos. El anticuerpo contra el virus respiratorio sincitial, la línea de muestra, es absorbido en una membrana de nitrocelulosa. El anticuerpo de control es absorbido en la misma membrana como una segunda línea. La gasa conjugada resultante y la tira de membrana se combinan para formar la línea de prueba. La tira de prueba se monta a la derecha de un dispositivo de prueba, en forma de libro y con cartulina. Un resultado se considera positivo cuando se observan, además de la línea de control, la línea de muestra.

La Inmunofluorescencia directa consiste en la identificación de Virus respiratorios, en muestras de moco nasal, utilizando un Kit que contiene anticuerpos monoclonales conjugados con fluoresceína y diluidos en azul de Evans, frente a los distintos Virus respiratorios. Después de la observación con microscopio de inmunofluorescencia, un resultado se considera positivo cuando se observan las células con inclusiones fluorescentes y negativo cuando observamos las células rojas, teñidas con azul de Evans por metacromasia y sin inclusiones fluorescentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un análisis transversal de 6 meses de duración (De Julio 2010 a Diciembre 2010). Se estudiaron 154 muestras de exudado nasal de niños menores de 2 años con cuadro clínico de bronquiolitis, que acudieron a urgencias del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia durante ese periodo.

A todas las muestras se les realizó estudio del VRS mediante las dos técnicas diagnósticas Inmunocromatografía de membrana, (BinaxNOW RSV 430-022) (inmunofluorescencia directa) y además se detectó la presencia de otros virus respiratorios mediante inmunofluorescencia directa (D3 Ultra DFA Ref 01-110000).

Ambas pruebas son realizadas por el personal técnico especializado de la Sección de Urgencias y de Serología del Servicio de Microbiología.

Para realizar la Inmunocromatografía se siguen los siguientes pasos:

- Homogeneizar la muestra
- Con una pipeta graduada, añadir lentamente 100 microlitros de la muestra en el centro de la gasa.
- Despegar el adhesivo que recubre el lado derecho del dispositivo de la prueba. Cerrar el dispositivo y sellarlo de forma segura.
- Leer el resultado en la ventana a los 15 minutos. Resultado positivo cuando se ven de color rosa, las líneas de control y de muestra. Resultado negativo cuando sólo se ve la línea rosa de control.

Para realizar la Inmunofluorescencia directa se siguen los siguientes pasos:

- Fluidificar y lavar la muestra con tampón de lavado (PBS con Tween 20) y centrifugar durante 10 minutos a 3000 rpm.
- Retirar el sobrenadante y con el sedimento, bien homogeneizado, colocar 20 microlitros en ocho pocillos de un portaobjetos y se deja secar al aire.
- Se fija el portaobjetos con acetona refrigerada durante 10 minutos y dejar secar al aire.
- Añadir 20 microlitros de los distintos conjugados en cada uno de los pocillos.
- Incubar media hora a 37°C en cámara húmeda.
- Lavar con tampón PBS Ph 7,2 (dos lavados de 5 minutos cambiando el tampón y el último en agitación).
- Secar al aire. Cubrir el portaobjetos con medio de montaje (Buffer glicerol), un cubreobjetos y observar al microscopio de Inmunofluorescencia con objetivo de 100X.
- Un resultado se considera positivo, cuando se observan las células con inclusiones fluorescentes (verde brillante). Un resultado se considera negativo cuando se observan células rojas (teñidas con el azul de Evans por metacromasia), sin inclusiones fluorescentes.

RESULTADOS

De las 154 muestras estudiadas, se obtuvieron los resultados que se reflejan en la tabla 1. En 130 muestras encontramos concordancia de resultados con ambas pruebas. En 24 la

Investigación & Cuidados

Inmunocromatografía resultó negativa para VRS mientras que la Inmunofluorescencia mostró positividad.

Con estos datos, y tomando como referencia la inmunofluorescencia directa, calculamos la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de los resultados de la detección del VRS obtenidos mediante la inmunocromatografía.

La sensibilidad resultó un 67%, la especificidad 100%, el VPP 100% y el VPN 80%.

En 38 muestras de las 154 analizadas, detectamos otros virus tal y como se ve reflejado en la tabla 2. En ella se refleja que en 37 casos con VRS negativo se detectaron nueve con P3, seis con P2, tres con P1, seis con IA, dos con IB, nueve Adenovirus y dos Metapneumovirus. En un paciente encontramos VRS positivo y coinfección con P3.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En nuestro estudio se observa una alta incidencia de infección por VRS (46%) en niños menores de 2 años, con patrón clínico de bronquiolitis. Otros autores describen así mismo, incidencias altas de esta patología. Portillo CM et al (1) encontraron porcentajes de positividad del 47% y Spremolla A et al (2) del 83.5%. En ambos estudios se utilizó la inmunofluorescencia directa para la detección de estos virus.

En nuestro hospital realizamos la inmunocromatografía como prueba de urgencias para una orientación de diagnóstico rápido. Posteriormente, en todas las muestras realizamos la inmunofluorescencia directa, no sólo para descartar posibles falsos negativos de la inmunocromatografía, sino también para detectar otros virus respiratorios, como encontramos en nuestro estudio (tabla 2).

Hemos observado, como otros autores (9), una moderada sensibilidad de la inmunocromatografía (67%) con alta especificidad (100%). Consideramos que puede ser una prueba válida de screening en el diagnóstico de urgencias del VRS.

Por tanto estimamos, tras los resultados de nuestro estudio, que los métodos de diagnóstico virológico disponibles, son altamente eficientes, permitiendo identificar a los pacientes que padecen la infección y efectuar un adecuado manejo de los síntomas. Por otra parte, permiten establecer que las personas de mayor

riesgo, niños y personal sanitario, deben utilizar medidas preventivas para evitar el contagio.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Portillo CM, Cruz J. Implementación del método rápido de diagnóstico de virus por Inmunofluorescencia en niños hospitalizados por infecciones respiratorias agudas. Arch Argent Pediatr 2000;98 (2):99-102.
- 2.- Spremolla A, et al. Investigación de virus respiratorios en niños menores de dos años hospitalizados por infección respiratoria aguda baja. Arch Pediatr Urug 2003; 74 (3): 176-181.
- 3.- Aldao J, et al. Virus respiratorio sincitial en neonatología. Arch Pediatr Urug 2005; 76 (3):1-6.
- 4.- Lee I, Barton T. Viral Respiratory Tract Infections in Transplantation Patients. Drugs 2007 ; 67 (10): 1411-1427.
- 5.- Rodríguez Vázquez JC, et al.. Asma e infecciones. Acta Médica 2000; 9:29-33
- 6.- Blanco Quirós A. Asma y virus respiratorio sincitial. An Pediatr. 2003; 58:86-87
- 7.- Gómez Carrasco JA. El asma en los primeros años de la vida y su relación con las infecciones virales. Rev Pediatr Aten Primaria 2006; 8:453-475.
- 8.- Reina J, Ferrés F, Mena A, Figuerola F, Alcoceba E. Características clínicas y epidemiológicas de las infecciones respiratorias causadas por Metapneumovirus humano en pacientes pediátricos. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2008; 26: 72-6.
- 9.- Ochoa Sangrador C, González de Dios J. Diagnosis in acute bronchiolitis. Review of the evidence for the consensus conference on acute bronchiolitis. An Pediatr. 2010; 72:284.

Tabla 1: Resultados de Inmunocromatografía e Inmunofluorescencia directa

| NÚMERO DE MUESTRAS | INMUNOCROMATOGRAFIA | INMUNOFLUORESCENCIA DIRECTA |
|--------------------|---------------------|-----------------------------|
| 47 (30.5%) | Positivo | Positivo |
| 24 (15.5%) | Negativo | Positivo |
| 83 (53.9%) | Negativo | Negativo |

Tabla 2: Detección de VRS y otros virus respiratorios

| NUMERO DE MUESTRAS | VRS | OTROS VIRUS |
|--------------------|----------|-----------------|
| 9 | Negativo | P3 |
| 1 | Positivo | P3 |
| 6 | Negativo | P2 |
| 3 | Negativo | P1 |
| 6 | Negativo | IA |
| 2 | Negativo | IB |
| 9 | Negativo | Adenovirus |
| 2 | Negativo | Metapneumovirus |

- VRS: Virus respiratorio sincitial
- P1, P2 y P3: Virus Parainfluenza 1,2 y 3
- IA e IB: Virus Influenza A y B

Gestionar el conocimiento de los profesionales mejora la calidad de los cuidados. Talleres para profesionales y cuidadores.

Autor: M^a Dolores Gil Estevan*, Francisca Pérez Sánchez**, Nuria Mira-Marcelí García***, M^a del Remedio Yañez Motos****

*Coordinadora de Enfermería Centro de Salud Acacias

**Coordinadora de Enfermería Centro Salud Villena I

***Enfermera Jefe SAIP Departamento de Salud de Elda

****Directora de Enfermería Atención Primaria Departamento de Salud de Elda

lola.gilesteban@yahoo.es

Professionals knowledge management enhance the quality of health care. Workshops for professionals and caregivers

ABSTRACT

To care is to promote health, and therefore, is a very common concept in our daily lives. The management of healthcare is a dynamic process in the health and well-being decision making process, considering the utilization and distribution of resources in a quality environment. This requires putting into practice a more professional criteria to meet the individuals needs.

Elda Department provides Primary Healthcare for a population of 197.456 (of whom 152.941 are over 14) in 12 health centres and 12 other basic clinics. Nowadays, there are 662 mobility-dependent

patients registered, though the number of dependent patients is higher.

Exclusive professional healthcare to this population will involve an increase in nursing patient load which eventually will decrease the quality of the healthcare provided. In this situation, a relative has to assume a caregiver role with their own knowledge and skills and with no specific training. Moreover, the carer has to modify his habits and also making difficult decisions.

Our objective is to implement in each health centre a nursing programme which aims to train informal carers so that they can learn the skills and knowledge necessary to face their

new role. The contents of the workshop will deal with subjects related to both the carer and healthcare.

The nurse is the more suitable professional for knowledge management in the carer training process for different reasons: their integration in the community, their healthcare methodology, their ability in planning management and their own scientific knowledge. As a result, this also promotes the patient and carer autonomy, improves the perceived quality of healthcare and decrease not only the number of complications but also hospital admissions.

Key words: healthcare, knowledge, informal carer.

RESUMEN

Cuidar es mantener la salud, y por ello es un concepto incorporado a la vida cotidiana.

La gestión de cuidados es un proceso dinámico en la toma de decisiones de salud y bienestar; considerando la utilización y distribución de

recursos en un entorno de calidad, que exige aplicar más criterios profesionales para dar respuesta a las necesidades de la población.

Atención Primaria del Departamento de Elda atiende a 197.456 usuarios, 152.941 mayores de 14 años, en 12 Centros de Salud y 12 consultorios auxiliares. Actualmente tenemos censados 662 inmobilizados, aunque el número de pacientes dependientes supera esta cifra.

Los cuidados profesionales exclusivos a todos ellos supondrían una elevada carga asistencial que iría en detrimento de la calidad prestada.

Esta situación obliga, a que alguna persona de la familia asuma el rol de cuidador con sus conoci-

mientos y habilidades y sin formación específica. Además con esta nueva situación, el cuidador se ve obligado a modificar sus hábitos, y tomar decisiones difíciles.

Nuestro objetivo es elaborar un programa dirigido a Enfermería para formar a los cuidadores informales en cada Centro de Salud, de forma que puedan adquirir nuevas habilidades y conocimientos para abordar su nueva situación.

Los contenidos del Taller tratarían tanto temas relacionados con el cuidador como con los cuidados.

La enfermera es la figura idónea para la gestión del conocimiento en

la formación del cuidador, por su integración en la comunidad, por su metodología en los cuidados, por su capacidad de gestión en la planificación, y por poseer conocimiento científico propio, promoviendo la autonomía del paciente y del cuidador; mejorando la calidad de la atención percibida, y disminuyendo la aparición de complicaciones, y como consecuencia de ingresos hospitalarios.

Palabras clave: *cuidados, conocimiento, cuidador informal.*

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas, deben mucho a la innovación en técnicas y a los nuevos fármacos, pero el progreso estará limitado sin un cambio en la organización de la atención integral de las necesidades del paciente y la continuidad asistencial. (1)

Cuidar es un concepto integrado en la naturaleza del ser humano como necesidad básica. Cuidar es mantener la salud, y por ello está incorporado a la vida cotidiana de las personas: cuida la mujer, cuida la madre, cuidan los familiares y allegados cubriendo las necesidades y requerimientos del mantenimiento de la vida y la salud.

La gestión de cuidados es un proceso dinámico en la toma de decisiones referido a la salud y al bienestar de las personas, considerando la utilización y distribu-

ción de recursos en un entorno de calidad, que exige aplicar más criterios profesionales para dar respuesta a las necesidades de la población.

Los espacios del cuidado enfermero se encuentran en:

- El medio sociosanitario. Es el contexto donde viven y se desarrollan los procesos de vida y salud de las personas que requieren atención, derivada de situaciones de dependencia de cuidados.

- La atención primaria de salud. Hace referencia a la atención programada y continuada de las personas y grupos de población para promover y recuperar su salud y bienestar.

- La atención hospitalaria. Es la que se oferta en instituciones sanitarias, y se caracteriza por su alta complejidad tecnológica y de especialización de los cuidados de la salud.(2)

En la reciente Ley de Dependencia los cuidados familiares vienen definidos como Cuidados No profesionales: “la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada” (LEY 39, 2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia. BOE nº299). (3)

JUSTIFICACIÓN

En el Departamento de Salud de Elda, la asistencia sanitaria en Atención Primaria ofrece sus servicios a 197.965 usuarios, de los que 167.135 son mayores de 14 años, y de éstos, 32.773 son mayores de 65 años. (anexo 1)

Para ofrecer esta atención dispone de 12 Centros de Salud y 12

consultorios auxiliares, con 8 Puntos de Atención Continuada (PAC), que proporcionan asistencia de forma continuada a nuestros usuarios, las 24h del día, 365 días al año. (anexo 2)

Actualmente tenemos censados 662 inmovilizados, aunque el número de pacientes dependientes supera esta cifra.

Analizando los índices de progresión de nuestra población:

I. Índice de dependencia senil. Habitantes de 65 y más años por cada cien habitantes de 15 a 64 años.

$$\text{INDICE DEPENDENCIA \%} = \frac{\text{Nº usuarios } > 65}{\text{Nº usuarios de 15 a 64}} \times 100$$

$$\text{INDICE DEPENDENCIA \%} = \frac{32.773}{134.422} = 24,38\%$$

II. Índice de envejecimiento.

Habitantes de 65 y más años por cada 100 hab. de 0 a 14 años.

$$\text{INDICE ENVEJECIMIENTO \%} = \frac{\text{Nº usuarios } > 65}{\text{Nº usuarios de 0 a 14}} \times 100$$

$$\text{INDICE ENVEJECIMIENTO \%} = \frac{32.773}{30.830} = 106,30\%$$

III. Índice de progresividad.

Habitantes de 85 años y más por cada cien habitantes de 65 años y más. (4)

$$\text{INDICE PROGRESIVIDAD \%} = \frac{\text{Nº usuarios } > 85}{\text{Nº usuarios } > 65} \times 100$$

$$\text{INDICE PROGRESIVIDAD \%} = \frac{4712}{32773} = 14,38\%$$

Observamos que es una población claramente envejecida, con un índice de dependencia senil importante. Dentro de este envejecimiento, un aspecto social a tener en cuenta son las personas

mayores de 65 años que viven solos (datos SIP enero 2011). Tal como observamos en el anexo nº 3, nos hace pensar que el número de pacientes domiciliarios irá en aumento. (4)

Y es que la estructura familiar ha sufrido un proceso de verticalización: menos hijos y más generaciones de la misma familia viviendo a la vez, por una mayor longevidad. Cada vez es mayor el número de parejas sin hijos o con un solo hijo, que no tendrán hermanos, ni sobrinos. Y este estiramiento de la estructura con más generaciones vivas, provocará que incluso los cuidadores de los más mayores dependientes sean a su vez personas de más edad: envejece la sociedad, envejece la estructura familiar, envejecen los ya viejos y envejece la fuerza del cuidado tradicional. (5)

Según datos del IMSERSO del año 2006, el aumento de la población dependiente tendría como origen principal el incremento de la esperanza de vida y en consecuencia, un proceso de envejecimiento gradual de la población. La población española (igual que la del resto de países desarrollados) tiende a la longevidad, que a su vez, va asociada a índices de dependencia más altos. Las proyecciones poblacionales no hacen más que reforzar esta tendencia. (anexo 4)

Un aspecto a tener en cuenta en los pacientes inmovilizados, es la aparición de UPP. En su prevención es de suma importancia tanto los cuidados de enfermería como los de los cuidadores. (6)

Según datos del año 2011 en nuestro Departamento tenemos censados un total de 662 pacientes inmovilizados con una prevalencia de UPP del 24.4%. (anexo 5)

Como herramienta de trabajo disponemos en nuestro Departamento de una Guía para prevención y tratamiento de UPP, y de un Registro de valoración y seguimiento del paciente, con la valoración de riesgos (escala de Bradem) y valoración de sus UPP. Este registro incluye ítems para medir la aplicación de la Guía y de las actividades de EpS que se llevan a cabo. ((anexos 6, 7)

Los cuidados profesionales exclusivos a todos los pacientes dependientes supondrían una elevada carga asistencial que iría en detrimento de la calidad prestada, por lo que se valora de forma muy positiva la implicación de los cuidadores informales. (7)

Esta situación obliga, a que sea alguna persona de la familia la que asuma el rol de cuidador sin conocimientos y habilidades suficientes, y sin formación específica que le ayude a hacer frente a su nueva responsabilidad.

Generalmente este cuidador informal suele ser un familiar (esposa o hija) o tener un vínculo de cercanía con el paciente. (8)

Con esta nueva situación, el cuidador informal se ve obligado a vivir de forma diferente, modificar sus hábitos, sus costumbres, sus horarios, y además tiene que tomar decisiones que a veces son complicadas, asumiendo responsabilidades o realizando tareas a las que no está acostumbrado: cui-

dado físico, social, psicológico.

Todos estamos de acuerdo en que este nuevo cuidador, necesita alguna forma de apoyo que le permita adquirir las habilidades y conocimientos necesarios para la aplicación y mantenimiento de un cuidado seguro. (9)

Es de vital importancia la formación de los cuidadores para su tranquilidad y una mayor eficacia en su actuación para con los dependientes, así como en su autocuidado. Con lo que podemos asegurar tanto la continuidad de los cuidados como su calidad.

Pero ¿cómo son éstos cuidadores?, ¿cuánto tiempo dedican al cuidado?

Según un trabajo realizado en el Departamento de Salud de Elda por enfermeras del Centro de Salud de Villena 1 en el año 2007, el 84% de los cuidadores suelen ser mujeres, y el 30% tiene más de 70 años, dedicando más de 12 horas al cuidado del enfermo.(10)

Por otro lado en un estudio transversal en el que se comparan la Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta de Empleo del Tiempo, se observa que aunque las mujeres cuidadoras destacan en los hogares con mayor número de miembros, y los hombres en los de dos miembros, en ambos casos dedican una media de tiempo similar al cuidado de personas mayores. (11)

Un significativo número de cuidadores padece depresión y ansiedad, y los cuidadores hacen un mayor uso de medicamentos, e informan de un mayor número de problemas crónicos de salud y de

un peor funcionamiento inmune que las personas no cuidadoras. (12)

En nuestro país, los resultados de un estudio realizado por el IMSERSO (2005) revelan que el 55,6% de los cuidadores ve afectada negativamente su salud, teniendo que acudir a consulta psicológica un 11,1%, por problemas derivados del cuidado. Además de la salud los cuidadores se ven afectados en áreas de su vida como ocio, tiempo libre, vida familiar, trabajo y economía. (13)

Basándonos en EL PROGRAMA PALET, que cubre la asistencia sociosanitaria a enfermos crónicos y terminales: toda persona que tiene al menos una enfermedad de evolución crónica o en estadio terminal y que necesita apoyo para la realización de actividades de la vida diaria de manera continuada, los beneficiarios finales serían:

- 1.- Ancianos con pluripatología y discapacidad de leve a severa
- 2.- Adultos con enfermedad crónica avanzada
- 3.- Pacientes con enfermedad en fase terminal (14, 15, 16)

Y por lo tanto los cuidadores susceptibles del proyecto son los que tienen este tipo de enfermos a su cargo.

OBJETIVO GENERAL

Elaborar y realizar un programa - TALLER para profesionales con el fin de que ellos planifiquen

talleres de capacitación de cuidadores no formales para la atención domiciliaria del paciente dependiente, en el Departamento de Salud de Elda.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Facilitar a los profesionales la información y el material de apoyo que precisen para la puesta en marcha de talleres dirigidos a cuidadores.
- Contribuir a la mejora de la atención del paciente dependiente, mediante medidas dirigidas al logro de una mayor efectividad y eficiencia de la asistencia de cuidadores no formales en todos los niveles del sistema y en coordinación con los servicios de salud.
- Fomentar el desarrollo del autocuidado, tanto del paciente como del cuidador, mediante la adquisición de habilidades.
- Mejorar los aspectos físicos, biológicos, sociales tanto del paciente como del cuidador, en las actividades de la vida diaria.
- Contribuir en la prevención de UPP.
- Mejorar la calidad de la asistencia percibida por el paciente y cuidador por la implicación de los profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestro trabajo consiste en un proyecto dirigido a todos los profesionales de nuestro departamento con el propósito de que éstos,

organicen a su vez charlas- talleres con los cuidadores informales de sus respectivos Centros de Salud.

El taller consistirá en una charla teórica dividida en dos partes, de una hora aproximadamente de duración, seguida de un debate o puesta en común de 30 minutos, donde los profesionales podrán manifestar sus dudas, sugerencias o inquietudes. La primera parte irá orientada al cuidado del cuidador y durante la segunda, trataremos temas que afectan directamente al paciente domiciliario, basándonos en algunos de los patrones funcionales de Marlory Gordon, (Nutricional-Metabólico, Eliminación, Actividad-Ejercicio, Sueño-Descanso, Cognitivo-Perceptivo, Rol-Relaciones).

CONTENIDO DEL TALLER:

Referente al cuidador:

- Importancia de la figura del cuidador como agente de salud
- Autocuidado del cuidador: (higiene postural, alimentación, lavado de manos, descanso y sueño, vida social, ayuda emocional, planificación del trabajo, saber pedir ayuda)

Referente a los cuidados:

Cuidados Relacionados con

Alimentación- Nutrición:

- elaboración dieta adecuada a sus necesidades
- manejo y mantenimiento de sondas nasogástricas
- manejo y mantenimiento de nutrición enteral y parenteral

Respiración:

- manejo y mantenimiento de oxigenoterapia
- manejo y mantenimiento de aspiradores
- manejo y mantenimiento de traqueotomía

Higiene:

- mantenimiento de una higiene adecuada y cuidado de la piel

Eliminación:

- manejo y mantenimiento de sonda vesical
- control de diuresis
- control hábitos intestinales

Movilización, actividad, ejercicio:

- realización y control de cambios posturales
- adecuación de la actividad diaria a sus posibilidades

Descanso y sueño:

- elaboración de horario adecuado de descanso

Otros:

- Medición glucosa
- Curas de úlceras y heridas crónicas
- Adaptación del espacio
- Disminución de riesgos (accidentes domésticos)
- Recursos sociales

Se impartirán un total de 12 talleres, uno en cada Centro de Salud del Departamento de Elda, durante el segundo semestre de 2011. Dichos talleres tendrán una duración de 90 minutos durante la jornada laboral y serán imparti-

dos por enfermeras designadas por la Dirección. Están dirigidos a todo el personal de enfermería de los Centros de Salud (enfermeras, y auxiliares de enfermería).

Cada Centro de Salud dispondrá de un espacio destinado a dicha actividad, y estará dotado del material audiovisual necesario para su desarrollo.

Se elaborará un power-point con información base para los profesionales, sobre el que podrán trabajar, para adecuarlo a las necesidades de los cuidadores de sus pacientes.

Las enfermeras designadas por la Dirección del Departamento para la formación, en un primer lugar impartirán un taller piloto a un grupo de cuidadores representativos de todo el Departamento, del que podremos obtener información sobre la utilidad y pertinencia del contenido, con el fin de adecuar en lo posible el desarrollo de los talleres definitivos.

Evaluación.

1. Hojas de registro de asistencia de profesionales, con firma.
2. Encuesta de valoración de contenidos por parte los profesionales, con preguntas abiertas y cerradas
3. Hojas de registro de asistencia de cuidadores
4. Grado de Satisfacción y valoración de contenidos por los cuidadores, con preguntas abiertas y cerradas

Para la elaboración de las encuestas hemos utilizado como

modelo cuestionarios para la evaluación de talleres de la Universidad Autónoma de Madrid. (anexos 8,9)

RESULTADOS

Al tratarse de un proyecto en el que estamos trabajando, obtendremos resultados en un plazo mínimo de 1 año, tras el cual evaluaremos los talleres y su impacto.

Una forma de evaluar nuestra actuación será la prevalencia de UPP en nuestro Departamento (dos cortes anuales). Por otro lado obtendremos una valoración continuada del riesgo de UPP basándonos en las hojas de valoración destinadas a ello. (anexos 6, 7)

CONCLUSIONES

La enfermera es el agente de salud idóneo para la gestión del conocimiento en la formación del cuidador, por su implicación de intervención en la comunidad, por su metodología en los cuidados, por su capacidad de gestión en la planificación y por poseer conocimiento científico propio, adecuando la información a las necesidades de su población.

Visto desde la perspectiva de los servicios formales, podemos intervenir considerando al cuidador como recurso para llevar a cabo los cuidados y considerándolo como un cliente activo.

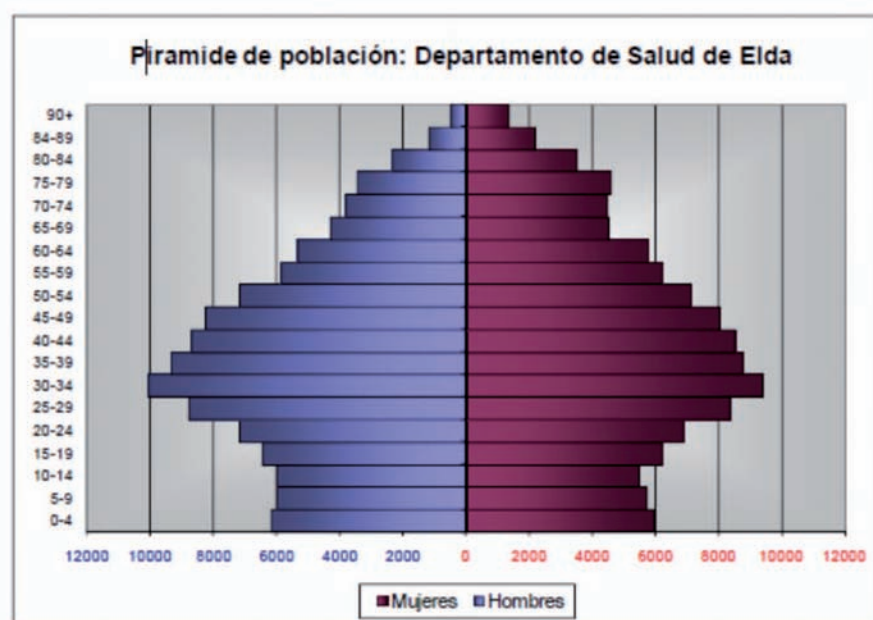
La formación del cuidador tiene como finalidad proporcionar

conocimientos, y habilidades potenciando sus capacidades. Además centrando nuestra intervención en el cuidador y su tarea, podemos ver y prever los resultados de los cuidados, detectando la sobrecarga o aliviándola cuando se produzca, garantizando la continuidad de los cuidados, estableciendo canales de información rápida y eficaz en lo que se refiere a la atención, y facilitando la comunicación bidireccional, mejorando la calidad percibida de nuestros pacientes y posiblemente evitando ingresos hospitalarios. Promoviendo la autonomía del paciente y del cuidador, en definitiva consiguiendo una mayor calidad de vida.

ANEXOS

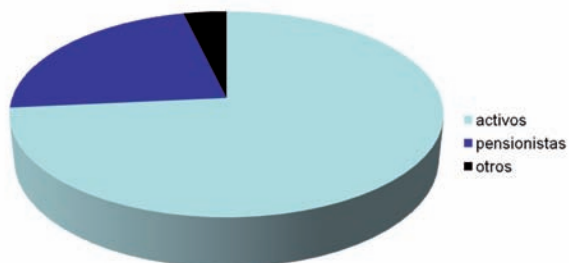
Anexo 1

PIRÁMIDE DE POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE ELDA



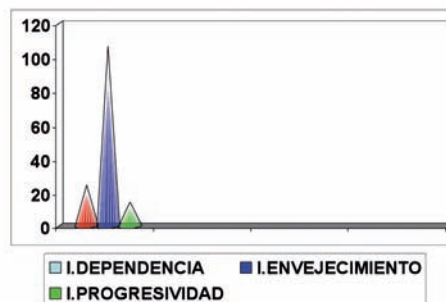
Anexo 2

Distribución de la población



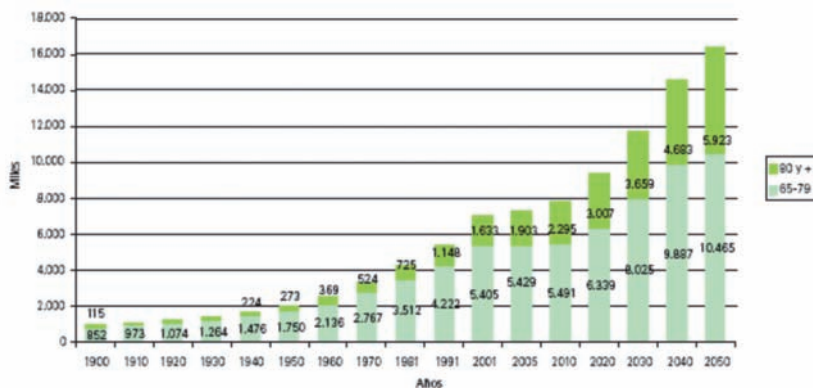
Anexo 3

PROGRESIÓN DE POBLACIÓN



Anexo 4

Evolución de la población mayor, 1900-2050 (miles) Fuente: IMSERSO (2006)



* De 1900 a 2005 los datos son reales; de 2010 a 2050 se trata de proyecciones; desde 1970, población de derecho.
 Fuente: 1900-1991: INE: INEBASE: Cifras de población. Población según sexo y edad desde 1900 hasta 1991. INE, consulta en junio de 2006.
 2001-2005: INE: INEBASE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2001 y 2005. INE, consulta en junio de 2006.
 2010-2050: INE: INEBASE: Proyecciones de la población calculadas a partir del Censo de Población de 2001. Escenario 1. INE, consulta en junio de 2006.

Anexo 5

Datos corte enero 2011, Atención Primaria Departamento de Salud de Elda

| | Nº PACIENTES INMOVILIZADOS | PACIENTES CON UPP | PREVALENCIA INMOVILIZADOS CON UPP |
|----------------|----------------------------|-------------------|-----------------------------------|
| TOTALES | 662 | 162 | 24.4% |

Anexo 6

GENERALITAT VALENCIANA
CONSSELLERIA DE SANITAT
HOSPITAL ELDA

AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

INFORME DE ENFERMERIA AL ALTA HOSPITALARIA

LOCALIZACIÓN DE LAS ÚLCERAS: SEÑALAR CON CÍRCULO Y LETRA SEGUN LAS ÚLCERAS A-B-C-D

ANTERIOR POSTERIOR

Úlcera A, estadio I II III IV Evolución: Estable Favorable Desfavorable
 Úlcera B, estadio I II III IV Evolución: Estable Favorable Desfavorable
 Úlcera C, estadio I II III IV Evolución: Estable Favorable Desfavorable
 Úlcera D, estadio I II III IV Evolución: Estable Favorable Desfavorable

TRATAMIENTO APLICADO:

| ÚLCERA | A | B | C | D |
|--------------------------------|---|---|---|---|
| Cortante enzimático | | | | |
| Apósitos de plata | | | | |
| Alginato cálcico | | | | |
| Hidrocol | | | | |
| Apósito espuma foam colustrado | | | | |
| Apósito de hidrocoloides | | | | |
| Apósito cura húmeda | | | | |
| Otros: | | | | |

PROCEDIMIENTO DE LA CURA:

Nombre y apellidos de la enfermera: _____

Anexo 7

GENERALITAT VALENCIANA
CONSSELLERIA DE SANITAT
HOSPITAL ELDA
DEPARTAMENTO 15

AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

SEGUIMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

VALORACIÓN: EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA INGRESO EN LA UNIDAD: _____

PRESENTA ÚLCERAS AL INGRESO: SI NO INTRAHOSP. EXTRAHOSP.

INDICE DE BRADEN

Braden = 12 Alto riesgo ■
 Braden 13 a 15 Riesgo moderado ■
 Braden > 16 Bajo Riesgo ■

| Percepción sensorial | Humedad | Movilidad | Actividad | Nutrición | Riesgo y estado de la herida |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------------|---------------|------------------------------|
| 1. Completamente intacta | 1. Muy húmeda | 1. Completamente intacta | 1. Escalado | 1. Muy mala | 1. Peligrosa |
| 2. Muy limitada | 2. Moderada | 2. Muy limitada | 2. Confuso en el día | 2. Moderada | 2. Peligrosa |
| 3. Limitada | 3. Escasamente húmeda | 3. Escasamente intacta | 3. A veces se levanta | 3. Suficiente | 3. Sin peligro |
| 4. Ausencia de actividad | 4. Muy seca | 4. Sin movilidad | 4. Confuso con frecuencia | 4. Escasos | |

MEDIDAS PREVENTIVAS:

PROBLEMA EN RELACIÓN CON:

MOVILIZACIÓN

PROFUNDIDAD WOUND

NUTRICIÓN

DISPOSITIVOS

ERUCACIÓN

ACCIONES EMPRENDIDAS:

ESTRATEGIA DE MOVILIZACIÓN

WOUND CARE

PROFUNDIDAD WOUND

COLOCAR COLLECTOR/BOBINAS

CAMBIAR LA ROSA DE CAJA SI NECESITA

MANEJAR LA ROSA Y SECA

WOUND CARE

PROFUNDIDAD WOUND

ADAPTAR LÍQUIDOS

ADAPTAR DISPOSITIVOS

COLOCAR ANTIESCARAS

PROFUNDIDAD WOUND

OTROS:

PREVENCIÓN A LA FAMILIA PACIENTE

COLABORACIÓN: SI NO

Anexo 8

ANEXO 8
ENCUESTA TALLER PROFESIONALES

AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

Queremos conocer su opinión sobre este taller. Por favor, conteste a las siguientes preguntas:

1. Nombre del centro: _____

2. ¿Qué opinión le merece el taller?

| Excelente | Muy Bueno | Bueno | Regular | Malo |
|-----------|-----------|-------|---------|------|
| | | | | |

3. ¿Cómo evaluaría los siguientes aspectos del Taller? (Indique con una X lo que corresponda)

| | Excelente | Muy Bueno | Bueno | Regular | Malo |
|----------------|-----------|-----------|-------|---------|------|
| Organización | | | | | |
| Horario | | | | | |
| Contenidos | | | | | |
| Utilidad | | | | | |
| Materia | | | | | |
| Aplicación | | | | | |
| Otros, indicar | | | | | |

4. Aspectos para mejorar. ¿Qué cambios nos sugiere? Por favor explique.

5. Incluiría algún aspecto

6. El taller ¿cumplió con sus expectativas? SI NO
 ¿Por qué? (explique sus motivos, si los hubiera)

Anexo 9

ANEXO 9
ENCUESTA TALLER CUIDADORES

AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

Su opinión sobre este taller es importante y nos permitirá mejorar algunos aspectos. Por favor, conteste a las siguientes preguntas:

Centro: _____ Edad: _____ Sexo: H M

1. ¿Qué opinión le merece el taller?

| Excelente | Muy Bueno | Bueno | Regular | Malo |
|-----------|-----------|-------|---------|------|
| | | | | |

2. ¿Cómo puntuaría los siguientes aspectos del Taller? (Indique con una X lo que corresponda)

| | Excelente | Muy Bueno | Bueno | Regular | Malo |
|----------------|-----------|-----------|-------|---------|------|
| Temas tratados | | | | | |
| Explicación | | | | | |
| Utilidad | | | | | |
| Otros, indicar | | | | | |

3. Con esta nueva información, ¿cree que puede mejorar sus tareas de cuidador?
 SI NO

4. El taller ¿ha sido lo que esperaba? SI NO
 ¿Por qué? (explique sus motivos, si los hubiera)

5. Aspectos para mejorar. ¿Qué cambios nos sugiere?, ¿Le interesaría algún tema o problema concreto? Por favor explique.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Manual de gestión de casos en Andalucía: Enfermeras gestoras de casos en el hospital. Sevilla. Junta de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/.../Manual_gestión_de_casos.pdf. Revisado Noviembre 2006.
- 2.- GESTIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA .Lic. Enf. Celia Huapen Figueroa Adscrita al Departamento de Gestión de Enseñanza e Investigación en Enfermería. www.sotogestion.ecaths.com/archivos/sotogestion/5858541.pdf - Argentina
- 3.- LEY 39, 2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia. BOE nº299.
- 4.- Atención domiciliaria: organización y práctica: Joan Carles Contel Segura, Joan Gené Badía, Margarida Peya Gascons. Elsevier España, 2003 - 274 páginas.
- 5.- Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española. Rafael Puyol Antolín, Antonio Abellán García. Madrid: Mondial Assistance, [2006]. - XVI + 234 p.
- 6.- Atención a la ancianidad: conceptos generales. Elderly care. General concepts Manuel Serrano. Coordinador del equipo redactor. Dpto. de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Navarra. Centro de Salud de Azpilagaña. Pamplona. Anales, volumen 22 suplemento1. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.
- 7.- http://www.terra.es/personal/duenas/home_.htm. Cuidados de Enfermería en las Úlceras por Presión. José Raúl Dueñas Fuentes. Diplomado Universitario en Enfermería.
- 8.- Enfermera gestora de casos: clave para la continuidad de cuidados. M^a Pilar García-Abad Martínez Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Master. 2 (1): 871-889, 2010 ISSN: 1989-5305 871
- 9.- (<http://www.seminarioabierto.com/consejeria24.htm>)
- 10.- Cuidador Principal: Enfermo Potencial. 2007. Rubio Postigo, Gema; Caparrós Hernández, Noemí; Pérez Sánchez, Francisca. Enfermeras de Atención Primaria, Centro de Salud Villena I. Libro de Comunicaciones Jornadas de Enfermería Departamento de Elda. pag. 131. Edit. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. ISBN-978-84-690-5648-6
- 11.- Comparación de los resultados de la medición del trabajo reproductivo en la Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta de Empleo del Tiempo. Daniel La Parra, Erika Masanet. Gaceta Sanitaria nº 1. Vol 25- Enero -Febrero 2011; 68-71
- 12.- Psychiatric and Physical mobility effects pf dementia caregiving,: Prevalence, Correlates, and causes ghe Gerontologist, 35: 771-791. Schulz, R. O'Brian A T, Bookvvala J, y Fleissner K, (1995)
- 13.- IMSERSO (2005) Cuidado de la Dependencia e Inmigración. Informe de resultados. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid
- 14.- Plan integral de cuidados paliativos de la Comunitat Valenciana, 2010-2013 [Libros]. - Valencia: Conselleria de Sanitat, 2010 - 129 p.;24 cm + CD-ROM . - (Sèrie PE: Programes especials; 23). - 978-84-482-5375-2
- 15.- Manejo del paciente anciano con pluriopatología, enfermedad de larga evolución y terminal: Programa PALET cuidados y calidad de vida [Libros]. - Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum, 1996. - 550 p.;30 cm
- 16.- Programa PALET [Libros]. Cuidados y calidad de vida /Pezet Perez, Rafael;Bernat Condomina, Gabriel - València: Conselleria de Sanitat, 1998. - 504 p.;30 cm. - 84-482-1877-9

Nicaragua, un paraíso lleno de diablos y habitado por ángeles... los niños

Autor: Vicente Macián Gisbert

Coordinador del Área de Enfermería y Fisioterapia SEPAR. Miembro de la Junta Directiva SEPAR

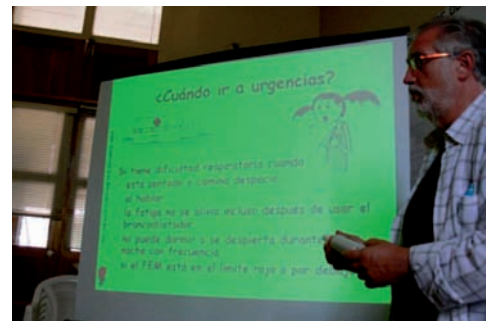
Esta es una crónica de mi visión y mi experiencia en Nicaragua (marzo-abril 2011), iniciare la misma con una frase que pude leer en un hospital de Ototal distrito de Nueva Segovia a diez kilómetros de la frontera con Honduras, donde la ideología de Sandino aún se puede sentir por la masiva muestra de banderas Sandinistas (negra y roja). La frase decía: **“lo más atroz de las cosas malas de las gentes malas, es el silencio de la gente buena”**.

Llegué a Nicaragua gracias a una beca de cooperación ofertada por la Sociedad Española de Neumología y C. Torácica SEPAR (SEPAR-SOLIDARIA), al permiso (un mes Programa de Cooperación Sanitaria Países del Tercer Mundo) que me concedieron en mi Hospital (H. U. P. La Fe Valencia) tanto la Gerencia como la Dirección de Enfermería y por supuesto gracias a la complicidad de mis compañeros que asumieron mis funciones y la carga de trabajo mientras yo ayudaba a otros más necesitados.

Desde que supe que era becario mis esfuerzos se encaminaron hacia la participación y la formación, desconocía sus necesidades, contacte varias veces con los responsables de la Clínica Ciudad Sandino (Dr. L. Arguello, Dra. M. Bordas) donde tendría lugar mi hospedaje, me comentaron sus expectativas y adapté mis presentaciones y objetivos docentes a las mismas. La Clínica Docente Ciudad Sandino era la base de todas las actuaciones tanto en Managua capital como en zonas periféricas o en las ciudades que posteriormente visitamos, en la fachada de la Clínica se agradece la ayuda prestada por ciertas autonomías españolas y Sociedades Médicas.

El responsable de la ONG, Dr. Leonel Argüello tiene la idea que desde el principio de mi estancia una enfermera novel permanezca a mi lado y se capacite aprendiendo en el mes de cooperación todo aquello que pueda, ella me enseñó algunas peculiaridades del carácter de los Nica (gentilicio que ellos usan para denominarse) la primera su impuntualidad, se hacía su comida en la clínica al igual que yo, ya que disponemos de cocina con gas, nevera, microondas, etc... arroz con frijoles desde la mañana a la noche, plato por excelencia entre la población, cuando se dispone de más recursos puede ser acompañado de plátano macho frito o huevos fritos, denominado Gallo Pinto, por mi parte alguna que otra tortilla de patatas se pudieron guisar y por supuesto degustar, no pudo ser realizada una paella pero queda pendiente para mi segura próxima visita.

El volumen de su aparato de música se podía oír desde cualquier lugar de la clínica, casi tanto como su risa, pronto descubrí que era habitual la contaminación acústica, todo hace mucho ruido y a cualquier hora, pero llama la atención los vehículos (parque



móvil muy viejo), sus cláxones continuos, no respetar las normas más elementales de tráfico, pude ser testigo de autobuses hacinados de personas de todas las edades, sentados o de pie, como adelantan a otros vehículos sin siquiera respetar los que vienen en sentido contrario, dando giros violentísimos para no empotrarse con el otro, no sé si los pasajeros llegan íntegros a sus destinos, los autobuses llevan dos responsables; el conductor y el ayudante cobrador que se dedica a meter a la gente a empujones como si de ganado se tratara, cuando ya no se puede cerrar la puerta se pone él de puerta humana sobre el último peldaño de la escalera, ya que los otros dos peldaños anteriores son ocupados por los últimos que montaron.

Managua es una ciudad muy heterogénea, casas bajas y restos de las catástrofes anteriores (terremotos, huracanes), el edificio más alto apenas supera los 15 pisos (edificio Pelas), dominan las casas construidas de bloques y planchas onduladas de zinc, maderas de diversas procedencias, chapas e incluso grandes plásticos, bolsas atadas con cuerdas, planta baja, las mejores casas tienen altos muros rematados con alambre de espino en espiral o cristales cuarteados, grandes rejas que ocupan toda la fachada para intimidar a posibles amantes de lo ajeno...

Sin un centro de ciudad conocido Managua se extiende en la llanura ocupando decenas de kilómetros siempre de espaldas al lago Xolotlan contaminado de basuras orgánicas e inorgánicas, bolsas de mil colores y metales pesado sobre todo mercurio al verter sobre sus aguas los residuos de una antigua (ya no está en funcionamiento) planta transformadora de Cloro y con el fondo escénico del Volcán Momotombo y su hijo Momotombito.

Las calles no tienen nombres ni números las casas, llegar a alguna dirección es algo así: a 300 metros del mercado a 10 cuadras al norte, tampoco tiene aceras pero los pobladores de Managua no pasean, las distancias son grandes y sobre todo por su alto índice de delincuencia.

En Nicaragua amanece sobre las 5 horas y se hace de noche igualmente pronto, sin transición, sobre las 18 horas, es de noche sin más preámbulos, incluso ahora que están en sus seis meses de verano acompañados de temperaturas de 36°C. a 40°C. con una humedad muy alta.

Mi residencia en Managua se encuentra en Ciudad Sandino municipio dormitorio cercano a Managua, con una población no censada de 150.000 habitantes, donde los índices de pobreza y violencia van a la par, solo podemos salir de la Clínica en coche o acompañados. El primer día de estancia recorrimos la Ciudad, llegando a una ONG Española que dirige un entusiasta (Enrique <http://redesdesolidaridad.wordpress.com/> ver 18 marzo) me encantó ver cómo el colegio estaba muy bien orientado desde la alimentación asegurada de los pequeños de primaria y secundaria, unas instalaciones adecuadas, limpias, columpios, formación para adolescentes secretariado, formación profesional, nada que ver con lo que más tarde pude llegar a ver en un colegio público con niños hacinados debajo de techos de zinc y paredes sin pintar, puertas rotas, 70 pequeños por clase, un alboroto generalizado, rodeado de vallas, rejas y más rejas, pero los niños demostraban continuamente su cariño, regalaban su sonrisa.



■ Investigación & Cuidados

Los días pasan y el conocimiento de la realidad me hace ver la cantidad de servicios mínimos que quedan por cubrir, la basura estacionada en todas partes, el culto al plástico se podía ver por cualquier rincón, bolsa y más bolsa de colores, el plástico convertido en basura inunda tierra, mar y aire junto al siempre presente polvo de caminos y carreteras unido a humos de fogatas sin control que intentan quemar rastrojos y basuras incluso en los hospitales.

El nivel de salud de la población es precario sobre todo en niños, mujeres adolescentes, mujeres embarazadas y ancianos (pocos), la sanidad es gratuita y precaria pero los medicamentos no, en mi visita a los centros sanitarios pude ver demasiadas madres adolescentes 12 y 13 años. Patologías que sólo conozco por fotografías, como pies equinos, niños que no podían con sus cráneos enormes (hidrocefalia), que sus padres muestran para mendigar, distintas especies animales, perros que andan a sus anchas comiendo basura, palomas e incluso caballos famélicos o cebús pastando desperdicios.

Los médicos y enfermeras me mostraban todo, me dejaban hacer fotos, me preguntaban sus muchas dudas sobre material, tienen muchas donaciones de EEUU, España, Japón, etc...pero nadie les explicó cómo se deben usar.

Me invitaron también a realizar un proyecto de mejora en sus hospitales, para mí era fácil, limpieza, higiene, asepsia, control de visitantes no humanos, menos enfermos por cama, ventanas que se puedan cerrar, control de residuos, menos carteles recolectores de polvo y sustituir por imágenes, con la norma: una imagen vale más que mil palabras, aún encima conociendo las distintas etnias, y las deficiencias culturales.

Mi misión principal era capacitar según el control realizado por la organización he podido formar a 1380 profesionales, médicos, enfermeras, personal auxiliar, residentes, alumnos de enfermería y de medicina, temas: Terapia Inhalada, Espirometría, RCP, ECG, VMNI, Oxigenoterapia, bombas de perfusión, Gasometría Arterial, Evaluación del paciente respiratorio, Asma, EPOC.

Pude conocer varias zonas de Nicaragua y en casi todas he visto demasiadas gentes desocupadas, andantes eternos que parecen buscar sin rumbo, creo no poder describir este país mínimamente la realidad es aplastante, las necesidades obvias, sus hospitales son fiel reflejo de una sociedad donde el más fuerte es el que gana, donde no puedes dejar tu hogar vacío cuando vas a realizar unas compras porque te arriesgas a perderlo y el espolio te dejará incluso sin puertas ni ventanas, ellos están acostumbrados a dormir armados.

Ávidos por saber y sin facilidad para acceder a Internet nos invitan a dar formación en Universidades, desde los alumnos a los profesores expectantes, agradecidos y entusiastas por saber, nos aplauden cada vez que tomamos aire para seguir, nos solicitan los correos como salida a su situación precaria.

En la Clínica Docente donde nos alojamos se promociona la salud invitando a la población de Ciudad Sandino a realizarse: IMC, Test-de glucosa en sangre, Papanicolaou, Eco-abdominal, captación para el Club de pacientes asmáticos y diabéticos, todo ello gratuito y en colaboración con la Universidad de Enfermería UNAM – POLISAL y nuestra ONG, se descubren muchas cosas



que ya sabemos y que este país necesita resolver, la pobreza tan extrema, el hacinamiento en Champas, auténticas Chabolas, da como resultado madres adolescentes de 12 años, suicidios en adolescentes, embarazos molares en “mujeres” de 14 años, ETS en niñas, sin pareja pero con padrastros. Escuché algunas conversaciones sobre ésto y sorprendido oí cómo decían que este problema era cultural, ¿cultural?.

Soy testigo de la indicación del Salbutamol en niños de 2 años para evitar el cansancio del proceso febril, restringir la risa y el llanto en una niña (Pectum Escavatum) porque padecía un dolor costal.

Maravillado contemplé puestas de soles ardiendo, lunas inmensas, playas de arenas blancas y negras, volcanes humeantes, lagos inmensos, el océano Pacífico, abundancia de sabrosos mangos, enormes papayas, gigantes chirimoyas, cocos, marañones, piñas, melones, buen café y el mejor ron de caña, buen pescado Guapote, Pangres de gran tamaño, carnes excelentes de ternera y chanco (cerdo). Aprendí la diferencia entre “ahorita mismo” y “ahoritita mismo”, pude reconocer sus patios Andaluces en las ciudades coloniales Españolas como León, Granada y Jinotega, oí frases como: “menos banderas y más sabanas para los hospitales” (lo dijo una enfermera). Los Nica cuentan como un chiste la queja de algunos Dioses al dar a Nicaragua la situación de ombligo de América, para ellos el mejor lugar y la respuesta del Creador fue: “No os preocupéis ahora pondré a las peores gentes”.

Queda en mi retina y en mi alma el blanco deslumbrante de las camisas de los escolares, imposible de saber cómo lo consiguen sus madres en las condiciones de sus hogares, la cantidad de polvo y humo que llena el aire, pero sobre todo recuerdo el blanco de sus sonrisas y la expresión de sus caras dulces siempre de esperanza.

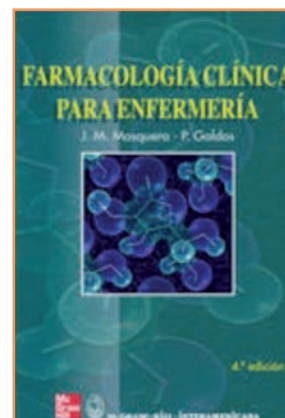
Mi estancia se hizo muy corta (1 mes) por eso he decidido que volveré el año próximo con un proyecto más amplio y sabiendo qué es lo necesario y qué es lo superfluo, me he sentido muy útil pudiendo ayudar mínimamente en ocasiones sólo con mi afecto y una sonrisa. Ellos necesitan, nos necesitan, tenemos que ayudarles, pero sobre todo debemos ayudarles a cambiar su sociedad desde la información y la cultura de respeto a todos, si al leer mis palabras os hago comprender esta situación injusta de alguna manera, mi misión estará en parte cumplida, mi correo electrónico vice1244@gmail.com “hagamos algo”.



Farmacología Clínica para Enfermería

*Autores: José Manuel Mosquera González y Pedro Galdos Anuncibay
Editorial Mc-Graw-Hill-Interamericana - 2005*

Texto claro, conciso y completo. Autores con una amplia experiencia en la enseñanza de la Farmacología. Énfasis en las aplicaciones clínicas de interés a la enfermería. Presentación atractiva, utilizando dos colores y numerosos cuadros y tablas que hacen más claro y didáctico el contenido del libro. Las novedades se pueden resumir en la actualización de contenidos (incorporando nuevos fármacos de eficacia probada, retirando los que son de escaso uso o utilidad y renovando algunas conductas terapéuticas) e inclusión de algunos temas y aspectos que hacen de esta nueva edición un libro moderno, actualizado y de fácil lectura. El propósito de este libro es ofrecer una visión de la Farmacología con sentido práctico, asentada sobre una base científica en torno a la fisiopatología explicada de la forma más sencilla, que permita recordar acciones y efectos secundarios.



Enfermería. CYMAT

(condiciones y medio ambiente de trabajo)

Puentes entre la salud, el trabajo y la seguridad

*Autores: Gomis, D. –Kordi, S.
Editorial Akadia - 2011*

La indiscutible necesidad de un texto que aborde las CyMAT (Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo) en el ámbito de la salud, es lo que ha llevado a sus autores a desarrollar esta obra. Su finalidad es contribuir a la formación y capacitación de los estudiantes de enfermería, esperando asimismo que sea de utilidad para enfermeros, licenciados, instrumentadores quirúrgicos, técnicos radiólogos, médicos, y todo profesional de la salud o graduados de otras disciplinas que busquen saciar su sed de conocimientos.

Esta obra desea aportar elementos para el crecimiento intelectual, buscando formar profesionales con pensamiento crítico, reflexivos, problematizadores y con conocimiento fundamentado que les permita ser cuestionadores. Así mismo que sirva para establecer con cada tema un puente entre la teoría y la práctica, entre la salud, el trabajo y la seguridad, utilizando un lenguaje ameno y conceptos aplicables a la realidad.



Eventos Científicos**XXXIII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA CARDIOLÓGICA****Fecha:** 2, 3 y 4 mayo de 2012**Lugar:** Palacio de Congresos de Canarias - Alfredo Kraus**Información:** congrega@congrega.es
www.congrega.es**V CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE QUEMADOS Y CIRUGÍA PLÁSTICA****Fecha:** Del 16 al 18 mayo de 2012**Lugar:** Complejo Cultural San Francisco, (Cáceres)**Información:** www.seeqp.org**II CONGRESO INTERNACIONAL y VIII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA****Fecha:** 16, 17 y 18 de mayo de 2012**Lugar:** Hotel Barceló Sants, (Barcelona)**Información:** <http://congreso2012.enfermeriacomunitaria.org/aec2012>**Actividades Formativas****MASTER SOBRE MALOS TRATOS Y VIOLENCIA DE GÉNERO****Fecha:** 2011/2012**Lugar:** Fundación UNED**Información:** <http://www.fundacion.uned.es>
email: malostratos@der.uned.es**CURSO EXPERTO UNIVERSITARIO "ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL"****Fecha:** 2011/2012**Lugar:** UNED**Información:** <http://www.fundacion.uned.es>**11º CURSO TEÓRICO PRÁCTICO DE SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN CARDIO-REHABILITACIÓN****Fecha:** 26 y 27 enero de 2012**Lugar:** Hospital Universitario La Paz**Información:** www.sorecar.org

Investigación & Cuidados



Revista de la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana

(Suscripción a la revista)

Quienes estén interesados en recibir de forma periódica esta revista, deben cumplimentar el Boletín de Suscripción mediante el formulario que encontrarán en

www.portalcecova.es

<http://portal.guiasalud.es/web/guest/home>

Biblioteca de Guías Salud: Catálogo de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud.

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de “recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica”.

Las GPC tienen la potencialidad de reducir la variabilidad y mejorar la práctica clínica.

- Catálogo de GPC
- Guías de Práctica Clínica
- Otros Productos Basados en la Evidencia
- Herramientas y Recursos



- Formación / Capacitación
- Comunicación y Participación
- Actualidad
- Entidades
- Información para Pacientes y Ciudadanos
- Búsquedas

<http://www.seden.org/index.asp>

Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

Fundada en 1976, la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (S.E.D.E.N.), es una institución de carácter científico y sin ánimo de lucro, que actualmente agrupa a cerca de 2.000 profesionales.

La página web de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica nos ofrece un amplio abanico de opciones, gracias al sencillo mapa que presenta nos podemos ir orientando hacia los distintos espacios que van desde la historia de la sociedad, los cursos que ofrecen para aquellos profesionales interesados en formarse en temas relacionados con la enfermería nefrológica y el cuidado de pacientes en esta área así como un apartado propio para que los alumnos puedan acceder on-line, un área de ofertas de empleo y el listado de las becas y premios a las que acceder en temas relacionados.

Otro apartado a destacar es el soporte informático para el PAE Nefrológico y el listado de enlaces, que nos vinculan a un



gran número de páginas donde encontrar información.

Desde el apartado exclusivo de socios encontramos grandes ventajas como realización de búsquedas bibliográficas personalizadas, y el acceso a determinadas áreas de la revista on-line de la SEDEN.

Sin duda una de las páginas más completas de las sociedades científicas enfermeras que nos permite un rápido y fácil recorrido por el mundo de la Enfermería Nefrológica.

Professional BS

Cuenta Expansión

OFERTA PARA:



Consejo de Enfermería de
la Comunidad Valenciana
CECOVA

«Quiero **cero comisiones**
y todas las ventajas
con mi nómina»

¿Quiere tener **una cuenta con cero comisiones** de administración y de mantenimiento? ¿Y **tarjetas** de crédito y débito **gratis**? ¿Y **reintegros gratis** con tarjeta de débito en los cajeros ServiRed¹ (en disposiciones por un importe igual o superior a 60 euros)? ¿Quiere que **le devuelvan el 3% de sus recibos** de gas, luz, teléfono móvil e Internet, con un máximo de 20 euros al mes?

Así, la **Cuenta Expansión** es la respuesta.

Ahora, además, solo por hacerse cliente, conseguirá **un práctico regalo**.



Memoria USB
de 8 Gb²

Infórmese sobre Professional BS en nuestras oficinas, en el **902 383 666** o directamente en **professionalbs.es**.

SOLO PARA PROFESIONALES

¹ Para un importe inferior, se cobrarán 0,60 euros. En cajeros de las marcas con las que opera Banco Sabadell, reintegros gratis para cualquier importe.

² En el caso de que se agote este regalo, se sustituirá por otro de igual valor o superior.

Oferta válida para nómina, pensión o ingreso regular mensual por un importe mínimo de 700 euros.

Condiciones revisables según evolución del mercado financiero.

