

# Crónicas de Enfermería

Nº 32. FEBRERO 2013

2013  
RECORTES





**Dirección**

**Consejo de Redacción y  
Consejo de Administración:**

Junta de Gobierno del  
Colegio Oficial de Enfermería  
de La Rioja

**Coordinación:**

M<sup>º</sup> del Sagrario García Ramos

**Producción Gráfica:**

Reproestudio, S.A.

**Dep. Legal:** LO-150-1984

**ISSN:** 1136-2316

**Colegio Oficial de Enfermería  
de La Rioja:**

Plaza Tomás y Valiente, n<sup>º</sup> 4 - Bajo  
26004 LOGROÑO  
Tfno.: 941 23 92 40

E-mail:

coleg26@enfermundi.com

Página web:

www.colegioenfermerialarioja.  
enfermundi.com

Queda prohibida la reproducción total o parcial de cualquier artículo sin citar su procedencia. Crónicas de Enfermería no se hace responsable de las opiniones de sus colaboradores ni se identifica necesariamente con las mismas. Esta publicación se distribuye gratuitamente.

## Sumario

### 3 Editorial

### Comunicaciones presentadas en las Jornadas conmemorativas del Día Internacional de la Enfermería 2012

**4** Apuntes para la Historia de la Organización Colegial de Enfermería en La Rioja (1884-1940).  
*Raúl Expósito González*

**9** Historia de las Matronas.  
*Catalina Fajardo Flores*

**19** Enfermer@s e-ducando y navegando: El presente de la Primaria.  
*Rocío Loma-Osorio y Elisa Elías Sáenz*

**25** Educación terapéutica en diabetes.  
*Nuria Blasco Muro*

**28** Nuevo programa de salud infantil: Papel de la enfermera.  
*Elisa Elías Sáenz*

**34** Avanzando en la técnica de punción arterial. "Tu mano en buenas manos".  
*Marian Acero López, Lidia Baños Aristimuño, Carolina Berger Morales, Valvanera Cordón Hurtado, Rebeca Soto Olarte y Pilar Rubio García*



## Editorial

# Sanidad... ¿Pública?

No seremos nosotros quienes pongamos en entredicho la máxima de que sanidad pública es la que se financia con fondos públicos. Tampoco que quienes son atendidos en centros concertados o en centros públicos con gestión privada no lo estén por el sistema público. Pero lo cierto es que empieza a preocuparnos tanta privatización de la gestión o de la provisión de los servicios, derivaciones desde la atención especializada, especialmente para tratamientos quirúrgicos y que ésta al final se dirija a los mismos proveedores, como perfecto monopolio. También nos preocupa, aunque sea por la fuerza del rumor, que puede correr peligro la supervivencia de centros sanitarios de nuestra tierra, que no han cerrado las puertas en sus más de dos siglos, como el Hospital de La Rioja, a quien la forzada inanición por falta de servicios y pacientes de los últimos tiempos, puede ser un argumento manido en estas épocas.

Si la calidad asistencial se resiente con estas medidas es algo que podremos decir pasado un tiempo y dependerá muy mucho de la vara de medir que se utilice. Lo que si es cierto es que la experiencia dice que en el capítulo de personal, es indudable que en la gestión privada siempre que pueden nos sustituyen por personal más barato o reducen la plantilla y siempre con peor remuneración.

Si se trata de obtener beneficios, recortar recursos disponibles es una vía rápida, no importa si son recursos materiales o humanos.

En el sistema público están en fase de eliminar por decreto los funcionarios, en los centros de gestión privada el personal es laboral ¿Cuál es el futuro de los estatutarios?

Pero no hace falta llegar a la gestión privada para que los recortes nos afecten, la gestión pública ya nos está demostrando lo que es recortar sin miramientos.

¿Hacen falta? Probablemente sí. ¿Están recortando donde deben? Ese es el quid de la cuestión. A la enfermería nos están condenando a un paro que hace años que no conocíamos. Menos enfermeras, mayor presión asistencial, eso qué significa ¿mejora o deterioro de la calidad asistencial?

¿Realmente han hecho algún estudio de necesidades para saber cuántas enfermeras necesita el sistema? Si no necesitan tantas enfermeras ¿porqué mantienen el mismo número de alumnos en nuestra Escuela? La solución no es decir muy ufanos que es una Escuela tan buena que solamente el 30% de los alumnos se graduarán. Por cierto ¿de dónde se han sacado esa cifra? ¿Decir eso es hablar de calidad docente?

Y permítannos denunciar en esta tribuna, una ausencia desde hace meses en la estructura de gestión sanitaria de nuestro Sistema Riojano de Salud, con la desaparición y no reposición –concienzuda– de la Directora de Enfermería. Su interpretación obviamente no puede ser otra que el menosprecio. Una abolición sin ruido, un agravio y falta de respeto a nuestra disciplina y no creemos que sea por economizar.

Por si acaso, antes de recortarnos las plantillas de personal tomen nota: la media europea de enfermeras por cada 100.000 habitantes es de 808, mientras que la de La Rioja es de 585. Por el contrario en el caso de los médicos en Europa es de 330 y la nuestra de 445, es decir muy lejos de ese 70% contra el 30% que nuestros socios europeos consideran razonable.

No estaría de más, también, que nuestras autoridades sanitarias se diesen por enterados de que ya disponemos de muchos especialistas y que no se trata de crear nuevos puestos, si no de recalificar algunos de los ya existentes, hay muchas funciones que estos profesionales magníficamente formados pueden asumir.

Por cierto, hablando de medidas que pueden ayudar a racionalizar el gasto ¿Cuándo van a cumplir con la legalidad vigente aplicando el Real Decreto 1093/2010 por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los documentos clínicos en el Sistema Nacional de Salud, norma básica del Estado, que dice como ha de ser el Informe de cuidados de enfermería? Esta norma que tiene carácter de básica es decir obligatoria y que debería haberse aplicado como muy tarde en el mes de marzo pasado, especifica claramente las clasificaciones enfermeras (NIC, NOC, NANDA) que deben utilizarse en el informe de cuidados de enfermería (anexo VII) y en la historia clínica resumida (anexo VIII). Aplicándolo no sólo cumplen la ley, tienen otra herramienta para evaluar el coste del proceso enfermero, pero sobre todo nos mostrarían respeto a los profesionales que ejercemos la enfermería en esta Comunidad, algo que no suelen ustedes hacer.

Ya hemos sufrido recortes y disminución de emolumentos pues 2012 ha sido un año muy duro para todos, pero según parece, 2013 no va a ser mejor, ¿con qué nos van a sorprender?

Por si tienen ustedes alguna duda, nosotros apostamos por una sanidad pública y de calidad, en mayúsculas.

*Junta de Gobierno  
Colegio de Enfermería de La Rioja*



## Apuntes para la Historia de la Organización Colegial de Enfermería en La Rioja (1884-1940)

Raúl Expósito González. *Enfermero. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.*

Raúl Expósito es un enfermero asistencial de Puertollano (Ciudad Real), apasionado de la historia de la profesión y una autoridad y referencia de la misma, sobre todo en lo que compete a los Ministrantes, Practicantes y la historia de los Colegios profesionales.

Se ofreció altruistamente para investigar los orígenes del Colegio de Enfermería de La Rioja, presentándonos el resultado de esta investigación el pasado 12 de Mayo en las jornadas conmemorativas del día Internacional de la Enfermería y cediéndonos el presente artículo para su publicación. En el mismo solamente habla del Colegio de Practicantes, pues de la Colegiación de las Matronas y las Enfermeras, no tenemos referencias documentales hasta el 8 de febrero las matronas y el 25 de Abril 1955 las enfermeras, año en el que constituyen sus respectivas secciones colegiales. Las Matronas tenían colegiación obligatoria desde 1930, pero no existía colegio en todas las provincias, estando las Matronas riojanas colegiadas en el Colegio Matronal de Aragón.

Las primeras referencias que conocemos sobre los orígenes de la Organización Colegial de Enfermería en La Rioja datan de finales del siglo XIX a raíz de las iniciativas de los practicantes zaragozanos por alcanzar la unión de toda la clase mediante la "Asociación General de Practicantes de España". Así pues, el día 2 de diciembre de 1884 reunidos los practicantes de Zaragoza, fueron elegidos los miembros de la Comisión Gestora de esta "Asociación General de Practicantes de España" cuyos cargos recayeron en don Apolonio Elorz como Presidente; don Mariano Sancho, don Pedro Aguado, don Isidro Valiente y don Tomás Lafuente como Vocales y; don Antonio Franco como Secretario. Fue nombrado Presidente Honorario por unanimidad don José Ordaz Rubio, médico ayudante de clínica por oposición de la Facultad de Medicina de Zaragoza y director del periódico *El Practicante*. Acto seguido se constituyó la Junta provincial zaragozana, resultando elegidos don Andrés Salazar como Presidente y como Vocales don Pedro Valdovinos y don Francisco Peguero, asumiendo este último también el cargo de Secretario.

Con posterioridad se editó una circular que unida a los artículos del Reglamento de la Asociación fue enviada a todos los practicantes de España. Las adhesiones no se hicieron esperar y a partir de entonces se constituyeron Juntas de practicantes en diferentes provincias y partidos, siendo los practicantes riojanos los primeros en imitar el ejemplo de sus compañeros de Zaragoza, nombrando la Junta provincial de Logroño el 16 de diciembre de 1884 presidida por don Manuel Cabezón Ruiz; vicepresidente, don Claudio Orio; vocales, don Hermenegildo Calvo y don Gregorio Pascual; secretario, don Mariano García y; vicesecretario, don Benito Fernández Ora. Quedaron como propagadores para la unión de todos los practicantes de la provincia, entre otros don Román Sáez de Guinoa, con ejercicio en Igea; don José Hernández, en Arnedo (después sería presidente de la Junta distrital); don Hilario Barruete, en el Villar

de Arnedo; don Pío Marrodán e Ibáñez, en Arnedillo y; don Canuto Íñiguez en Sorzano. Fruto de estos trabajos de propaganda, la primera Junta de partido que se constituyó fue la de Arnedo el 23 de marzo de 1885 presidida por don José Hernández como ya señalamos, siendo vocales don Felipe Moreno y don Valentín Alonso, éste último también secretario.

Días después, del 7 al 9 de abril, tuvo lugar en Barcelona el Congreso Español de Cirujanos Ministrantes, Practicantes y Cirujanos dentistas y en cuya lista de señores adheridos y representados figuraban por La Rioja don Lucas Carrillo, desde Haro y; don Miguel Alonso, desde Santo Domingo de La Calzada.

Tras de este primer intento por organizar la profesión, volveremos a tener noticias de los practicantes riojanos en 1899. A través de sus páginas, *El Practicante Español* –cuyo director era Federico Oñate– manifestaba los problemas que afectaban al colectivo y alentaba como ya hiciera en su día su colega *El Practicante* a la unión entre compañeros como principal medida de solución promoviendo la formación de asociaciones de practicantes, dando lugar a los colegios provinciales y también a las llamadas Juntas de partido. Así, leemos en el periódico *La Rioja* del 15 de abril la noticia de la constitución de la Junta de practicantes del partido de Nájera:

*"Reunión de practicantes.*

*Convocados por el celoso practicante de esta ciudad don Felipe Manrique, se reunieron en su domicilio el día 13 del actual, sus compañeros de profesión en el partido, para, de acuerdo con lo dispuesto en la Real orden de 15 de marzo último, deliberar y discutir con arreglo á su criterio la ley de Sanidad, que ha de ser modificada en este año.*

*Primeramente se constituyó por unanimidad la Junta del partido en la forma siguiente: Presidente, don Felipe Manrique; vicepresidente,*



don Felipe Pérez Blanco; vocal, don Manuel Fernández y secretario, don Francisco Ceniceros.

Acordaron luego excitar á los otros compañeros de los otros partidos judiciales de la provincia para que les secunden, si ya no lo hubiesen hecho antes de su parte, con el fin de que cada uno de ellos, lleve su representante ó delegado á la capital de la provincia con los acuerdos de las respectivas juntas, para comunicarlos todos á la general de Madrid sometiéndoles después á la aprobación de la autoridad.

Para representar á este partido se nombró al señor Manrique, quien en una nueva convocatoria dará cuenta de sus gestiones y de los trabajos practicados, encaminados al mejoramiento de su clase profesional".

Siguiendo el ideario de *El Practicante Español*, los practicantes logroñeses primero nombraron una Junta interina el 17 de abril de 1899 para después constituir el Colegio de Practicantes y más tarde aprobar su Reglamento. El diario local *La Rioja* se hizo eco de los acontecimientos, y en su edición del 18 de abril informaba que:

"Anoche se reunieron los practicantes de esta ciudad con objeto de iniciar la unión de todos del partido judicial, para cuyo fin han empezado los trabajos.

Quedó nombrada una junta compuesta por don Mariano García, presidente; don José García, vicepresidente; don Santos Marín, don Isidoro Inda y don Fausto Zabala, vocales primero, segundo y tercero respectivamente, y D. Francisco Ventura, secretario".

Al día siguiente publicaba en sus páginas el anuncio de una próxima reunión:

"Con objeto de colegiarse para los efectos de la organización, al igual que lo están los médicos, se reunirán los practicantes de este partido á la una de la tarde del lunes 24 de este mes, en el salón que ocupó el Colegio Médico-Farmacéutico, calle de los Baños (Instituto Higiénico), para lo cual serán citados por la Junta interina nombrada días pasados en esta capital".

El 24 de abril de 1899 tuvo lugar una reunión a la que acudieron un importante número de practicantes desde varios puntos de La Rioja y en la quedó constituido el Colegio de Practicantes:

"Convocados los practicantes del partido judicial de Logroño, se reunieron ayer los siguientes:

Don Mariano García, Don Gregorio Pascual, don José García, don Félix Villa, don Isidoro Inda, don Euplio Sotelo, don Adolfo Raigadas, don Santiago Ruiz, don Hermenegildo Mendoza, don Juan Cuevas, don Santos Marín, don Canuto Íñiguez, don Francisco Ventura, don Julián Medrano y don Fausto Zabala, de Logroño; don Vicente Peña, de Alberite, don Victoriano Gambarte, de

Clavijo; don Anacleto Moreno, de Villamediana, don Francisco Echarri, de Lardero; don Nicasio Nieva, de Castroviejo; don Clemente Royo, de Rivarreja, don Juan del Pozo, de Navarrete, don Benito Valoría, de Sotés, don Francisco García y don Manuel Moreno, de Trevijano, y don Robustiano Ruedo, de Cenzano.

Constituidos en Colegio, fue elegida la siguiente Junta directiva:

Presidente, don Mariano García, de Logroño; vicepresidente, don Vicente Peña, de Alberite, contador, don Victoriano Gambarte, de Clavijo; tesorero, don Gregorio Pascual, de Logroño; secretario, don José García, de Logroño; vocal 1º, don Anacleto Moreno, de Villamediana; vocal 2º, don Francisco Echarri, de Lardero".

El 23 de mayo de 1899 se volvían a reunir los practicantes riojanos, quedando aprobado el Reglamento de la "Asociación de Practicantes de Logroño":

"En uno de los espaciosos locales del Instituto Higiénico, situado en la planta baja del edificio, en la calle de los baños, se reunieron ayer mañana muchos practicantes de la provincia, convocados por su digno presidente don Mariano García.

Abierta la sesión, el citado señor dio cuenta á sus compañeros de las gestiones practicadas a favor de la clase, se felicitó á todos, especialmente á los residentes en los pueblos por su puntual asistencia á la reunión y propuso que se diera lectura á un reglamento que llevaba escrito y que de ser aprobado servirá para regir á la "Asociación de Practicantes de Logroño". Reglamento que, después de muy discutido, quedó aprobado, debiendo comenzar á regir en parte el primero del próximo julio, y totalmente dentro de dos años.

En dicho reglamento figura un artículo por el cual se concede una cantidad de relativa importancia á las viudas ó huérfanos de los practicantes asociados que fallecieron á los dos años de fundada la Asociación.

En la reunión, que terminó á la una y media de la tarde, reinó el mayor entusiasmo y compañerismo, pasando luego la mayor parte de los concurrentes á tomar juntos café en Los Dos Leones.

También se acordó llevar á cabo la mayor propaganda a favor de la Asociación, invitando á todos los practicantes de la provincia, para que se asocien, pues de tal suerte, conseguirán importantes ventajas por la insignificante cuota mensual de una peseta.

He aquí los nombres de los que asistieron ó mandaron sus adhesiones al acto:

Don Mariano García, don José García, don Gregorio Pascual, don Victoriano Gambarte, don Anacleto Moneo, don Francisco Echarri, don Vicente Peña, don Santos Marín, don Isidoro Inda,

don Canuto Iñiguez, don Saturio Ruiz, don Pedro Sánchez, don Ignacio Morales, don Félix Villa, don Euplio Sotelo, don Fausto Zabala, don Juan Cuevas, don Segundo López, don Hermenegildo Mendoza, don Francisco Ventura, don Adolfo Raigadas, don Ángel Balmaseda, don Manuel Moneo, don Lorenzo Cabezón, don Felipe Manrique, don Felipe Pérez, don Francisco Galilea, don Rufino Galilea, don Francisco Ruiz, don Matías Lasheras, don Valentín Alba, don Matías González, don Manuel Mazo, don Nemesio Flaquillo y don José Alba.

Los practicantes que soliciten la admisión de socios después del día 1º de julio próximo venidero, tendrán que satisfacer la cuota de entrada de 10 pesetas”.

Ejemplo para muchas provincias, esta “Asociación de Practicantes de Logroño” pronto comenzó a laborar en pro de los intereses de la clase. Poco después de su creación, enviaba una instancia al Ministro de la Gobernación solicitando que se decretase la colegiación obligatoria de los practicantes por provincias y que se adicionase la obstetricia a la carrera de practicante.

Ya en el siglo XX, la “Asociación de Practicantes de Logroño” bajo la presidencia de Isidoro Inda (véase figura 1) fue inscrita como tal en el Registro de Asociaciones del Gobierno Civil de la Provincia de Logroño el 3 de enero de 1916.

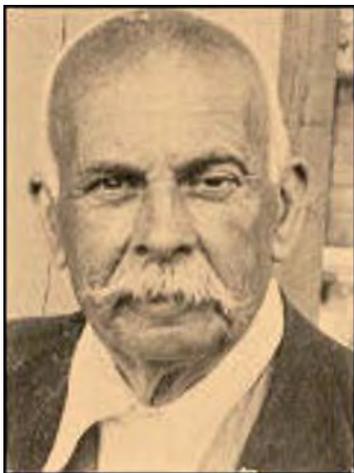


Figura 1. Isidoro Inda, Presidente de la “Asociación de Practicantes de Logroño” en 1916.

El día 10 de marzo quedó constituida la “Asociación de Practicantes de Logroño” y se nombró la siguiente Junta directiva: Isidoro Inda, Presidente; Rufe Montemayor, Vicepresidente; José Lejarcegui, Secretario; Manuel Martínez de Pinillos, Tesorero-Contador y; Emilio Álvarez y Jorge Reinares, Vocales. En dicha sesión fue aprobado por unanimidad el Reglamento para el régimen de la Asociación (véase figura 2).

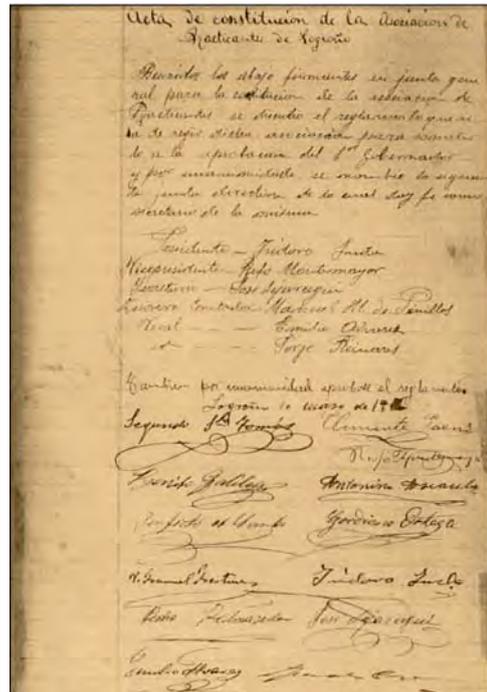


Figura 2. Acta de constitución de la “Asociación de Practicantes de Logroño” de 10 de marzo de 1916.

Dicho Reglamento fue derogado por unanimidad de la Junta General informando de ello al Gobierno Civil el 6 de junio de 1917, y con igual fecha quedó inscrito en el Registro de Asociaciones del Gobierno Civil de la Provincia el Colegio de Practicantes de Logroño siendo también su Presidente Isidoro Inda y elaborándose un nuevo Reglamento. Previamente, el 21 de mayo, el Colegio de Álava invitó al de Vizcaya a una Asamblea con el fin de crear la “Federación Vasco-Navarra de Practicantes”, pero para ello, el primer y difícil paso a dar era conseguir la reapertura de los Colegios de Guipúzcoa y Navarra que habían dejado de existir. Los señores Antonio Iglesias, Pedro Salazar y Mario Jáuregui por Vizcaya, y Nicolás Barajuan y Simón Grizuela por Álava consiguieron el objetivo y antes de terminar el año, aunque con carácter provisional, crear la ansiada Federación, siendo nombrado primer Presidente don Gregorio Saco, a la sazón Presidente del Colegio de Álava.

Al año siguiente, don Bruno Crespo, fundador del Colegio de Álava, sucedió en el cargo al señor Saco y convocó en Logroño una Asamblea de Practicantes del Norte de España que se celebró el 24 de septiembre de 1918, bajo la presidencia del señor Iglesias, y con el Presidente del Colegio anfitrión, Manuel Martínez de Pinillos, como Vicepresidente. A ella concurrieron representantes de los seis colegios norteños: Santander, Álava, Navarra, Vizcaya, Guipúzcoa y Logroño aprobándose por aclamación las bases siguientes:

- Que se hiciese la unión de practicantes del Norte de España.
- Laborar por la dignificación de la clase.



- Pedir al Gobierno la colegiación obligatoria.
- Que se obligase a las instituciones del Estado, provincia o municipio a tener practicantes, especialmente a las que tuviesen médicos.
- Pedir que se suprimieran las restricciones para la asistencia a partos.
- Que se determinasen los haberes a percibir en todos los servicios.
- Que las autoridades persiguiesen el intrusismo.
- Que por la Ley de Epidemias se crease un subdelegado de la clase.

El Colegio de Practicantes de Logroño continuó progresando en su unión y según la relación nominal de Colegios y Agrupaciones de Practicantes de Medicina y Cirugía que existían en España en septiembre de 1920, contaba con 82 socios y figuraba como Presidente don Manuel Martínez de Pinillos quien en mayo de 1921 junto con Emilio González llevaron a la magna Asamblea de Practicantes la representación de 117 compañeros, siendo una de las provincias que más representados tuvo. En dicha Asamblea se fundó la Federación Nacional de Colegios de Practicantes y se aprobó su Reglamento estableciendo la federación de los Colegios constituyendo diez Regiones, pasando los Colegios de Logroño y Santander a formar parte de la 8ª Región, la de Castilla la Vieja.

Al igual que otros colegios, el de Logroño también dio el salto al mundo de la prensa profesional con el inicio de la publicación en 1927 de *El Practicante Riojano* (véase figura 3) que se mantuvo durante algunos años hasta que en 1935 y bajo la presidencia del entusiasta colegiado don Antonio Alegre Ruiz, dejó de publicarse temporalmente por acuerdo de la Junta general.



Figura 3. Primera página de *El Practicante Riojano* (noviembre de 1928).

El Alzamiento Nacional estableció en Burgos el Gobierno de la nación donde también se trasladó la representación nacional de la clase de practicantes. El Colegio de Burgos, por iniciativa del de La Coruña, convocó a este fin a los Colegios de la zona liberada, reuniéndose el 17 de julio de 1937 los representantes de varias provincias entre las que se encontraba además de Logroño, La Coruña, Sevilla, Zaragoza, León, Cáceres, Vitoria, Orense, Palencia y Huesca, constituyéndose la "Junta Nacional Provisional de los Colegios Oficiales de Practicantes" bajo la presidencia de don Félix Fernández Resa; Secretario, don Antonio Castañeda Rebajo; Tesorero, don Emilio de Álamo y, Vocal, don Remigio Hernando.

Finalizada la contienda, a petición de varios Colegios, en julio de 1939 tuvo lugar en Madrid una Asamblea Nacional de Colegios Oficiales de Practicantes para trasladar nuevamente el organismo superior de los Colegios de Practicantes a la capital de España. Así pues, en la mañana del 22 de diciembre, el excelentísimo Director general de Sanidad, doctor Palanca, dio posesión en su despacho oficial a los miembros del "Consejo General de Colegios Oficiales de Practicantes" cuya presidencia recayó en don Román de la Fuente Frechilla, Presidente del Colegio de Madrid, ofreciendo al Gobierno y al Caudillo su más ferviente adhesión. En febrero de 1940, el Colegio de Logroño, daba cuenta al Consejo General de la constitución de su nueva Junta directiva.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) EXPÓSITO GONZÁLEZ, R. (2009): "Las primeras Asociaciones Nacionales de Practicantes en España en el siglo XIX". En *Enfermería de Ciudad Real*. Revista del Ilustre Colegio de Enfermería de Ciudad Real, nº 56. Ciudad Real, pp. 30-33.
- (2) EXPÓSITO GONZÁLEZ, R. (2010): "El Congreso Español de Cirujanos, Ministrantes, Practicantes y Dentistas de 1885". En *Enfermería de Ciudad Real*, nº 57. Ciudad Real, pp. 30-33.
- (3) EXPÓSITO GONZÁLEZ, R. (2010): "Historia de la prensa profesional de los ministrantes y practicantes en España en el siglo XIX". En *Cultura de los Cuidados*, Revista de Enfermería y Humanidades, nº 26. Alicante, pp. 12-21.
- (4) SOLÓRZANO SÁNCHEZ, M. (2006): *Apuntes Históricas de Gipuzkoa. Practicantes, Matronas y Enfermeras. 1904-2004*. Colegio Oficial de Enfermería de Guipúzcoa, San Sebastián.

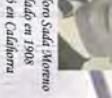
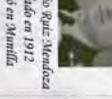
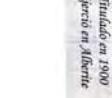
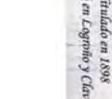
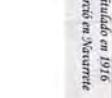
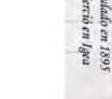
## FUENTES

- (1) Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja: Actas-Sección Practicantes 4 de abril de 1916-24 de febrero de 1928, Acta de constitución de la "Asociación de Practicantes de Logroño" Folios 1 y 2.
- (2) Archivo Histórico Provincial de La Rioja: GC-Libros/35/3 Folios 27 y 41.
- (3) "Boletín Oficial del Consejo General de Colegios de Practicantes de España": I (1940), 1, pp. 39-41.
- (4) "Boletín Oficial de los Practicantes de Medicina y Cirugía": XVI (1920), 145, p. 8.
- (5) "El Auxiliar Médico Español": IV (1935), 39, p. 42.
- (6) "El Practicante": II (1885), 18, pp. 137-138; 26, pp. 201-202.
- (7) "El Practicante Español": I (1899), 2, pp. 7-8; 5, p. 6; 14, p. 9.
- (8) "El Practicante Gaditano": IV (1919), 30, pp. 13-14.
- (9) "La Correspondencia de España": LXIX (1918), 22140, p. 2.
- (10) "La Rioja": XI (1899), 3140, p. 1; 3142, p. 2; 3143, p. 2; 3148, p. 2; 3173, p. 2.
- (11) "Medicina y Cirugía Auxiliar": XIX (1958), 11, p. 4; XXI (1960), 8, p. 4.



**FUNDADORES  
Y  
PRIMEROS COLEGIADOS  
DE LA RIOJA**

*Foto de primera mujer que forma parte del colegio en La Rioja*

 Dña. Victoria San Egidio Pastor Titulada en 1927 Ejerció en Calahorra	 D. Víctor M. Martínez Benito Titulado en 1902 Ejerció en Logroño	 D. José Leizaola Salazar Titulado en 1909 Ejerció en Logroño	 D. Isidoro Irujo Titulado en 1909 Ejerció en Logroño	 D. Rufino Galdia Martínez Titulado en 1909 Ejerció en Logroño	 D. Alfredo de Carlos Guzmán Titulado en 1902 Ejerció en Logroño	 D. Antonio Juncos Titulado en 1912 Ejerció en Logroño	 D. Emilio Martínez Cadenón Titulado en 1907 Ejerció en Logroño
 D. Emilio González Barco Titulado en 1914 Ejerció en Calahorra	 D. Claudio Muñoz Ortega Titulado en 1910 Ejerció en Logroño	 D. Antonio Abajo Titulado en 1908 Ejerció en Calahorra	 D. Mariano Jirandeu Titulado en 1915 Ejerció en Calahorra	 D. Francisco Escobedo Titulado en 1911 Ejerció en Calahorra	 D. Manuel Domínguez Martínez Titulado en 1901 Ejerció en Calahorra	 D. Celso Alonso Titulado en 1906 Ejerció en Calahorra	 D. Emilio Montañón Titulado en 1900 Ejerció en Logroño
 D. Juan Vique Titulado en 1900 Ejerció en Calahorra	 D. Gregorio Muñoz Titulado en 1912 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1917 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1900 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1900 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1900 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1900 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1900 Ejerció en Calahorra
 D. Juan Vique Titulado en 1917 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1900 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1900 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1900 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1900 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1900 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1900 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1900 Ejerció en Calahorra
 D. Juan Vique Titulado en 1916 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1897 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1895 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1892 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1900 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1878 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1912 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1910 Ejerció en Calahorra
 D. Juan Vique Titulado en 1917 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1897 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1895 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1892 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1900 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1878 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1912 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1910 Ejerció en Calahorra
 D. Juan Vique Titulado en 1917 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1897 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1895 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1892 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1900 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1878 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1912 Ejerció en Calahorra	 D. Juan Vique Titulado en 1910 Ejerció en Calahorra





# Historia de las matronas

Catalina Fajardo Flores (col. nº 2368). *Enfermera, Matrona y Lda. en Humanidades*

## INTRODUCCIÓN

Las profesiones experimentan transformaciones constantes a lo largo de los siglos, resultado de la evolución de la sociedad misma y de la actitud de sus profesionales. La profesión de matrona participa plenamente de estas afirmaciones, de ahí que la investigación y difusión de su historia nos permita comprender muchas de las circunstancias que han coadyuvado a conformar la profesión como hoy la conocemos y a tomar conciencia de que el destino de ella depende no sólo de las circunstancias externas a la profesión, sino muy especialmente del coraje y empuje de las propias matronas<sup>2-3-7-15</sup>.

La figura de la **partera** siempre ha existido, pero con diferentes nombres. La *Historia de la profesión de Matrona* es la Historia de la Civilización misma y de la Obstetricia, pues ésta, toma su nombre de **obstetrix** que así es como se llamaba en Roma a las parteras. Etimológicamente es una palabra latina que deriva del verbo **obstare**, que se traduce como "estar al lado", o "delante de". En cuyo caso significaría, dándole sentido lógico, que la partera acompaña a la parturienta. Los eruditos, dieron a la palabra *obstetrix*, el significado de "mujer que está al lado de la parturienta y le ayuda"<sup>9-12</sup>.

La palabra **COMADRONA** proviene de **COMADRE**, en el mismo nivel que la madre, mientras que la connotación de la palabra **MATRONA** está rodeada de un halo de autoridad, ya que era la mujer que transmitía los valores de la sociedad en la antigua Roma<sup>9-12</sup>.

Y en la **actualidad contamos con una definición propia**: "Una matrona es una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de partería, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en partería y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la partería. La matrona está reconocida como un profesional responsable y que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia. La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la materni-

dad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños. Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud". (Consejo de la **Confederación Internacional de Matronas**, en Brisbane, Australia, 19 de julio de 2005)<sup>8</sup>.

Además en el **BOE 28 Mayo 2009 (nº 129) Programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)**. También se hace referencia a esta definición, haciendo hincapié en que la Matrona es un profesional reconocido que ha adquirido las competencias necesarias para atender a la mujer a lo largo de todo su ciclo vital, y no sólo a ésta, sino también a la familia y a la comunidad, y que puede desarrollar sus funciones en cualquier ámbito<sup>8</sup>.

## DESARROLLO

A través de este breve recorrido por la Historia, primero del Oficio, y después de la Profesión de Matrona, me he marcado los **objetivos** de dar a conocer aspectos curiosos relacionados con la profesión de Matrona; reconocer la dedicación de nuestros antepasados, profesionalmente hablando, haciéndoles con esto un homenaje, y dar mayor valor a nuestra profesión, a través del conocimiento de nuestro pasado en el entorno occidental.

## PREHISTORIA<sup>1-3-4-6-10-11-12-14-15</sup>

El **inicio de las Matronas** parece ser que fue paralelo a Lucy, esa primera homínida bípeda de la que tenemos constancia, aparecida sobre la faz de la tierra hace 3,2 millones de años. En Lucy hubo unas modificaciones óseas que permitían la bipedestación y hacían la pelvis más estrecha, con lo que también se dificultaba el parto. Por lo tanto, desde la bipedestación, la mujer necesitaba ayuda para parir, pues el parto se hacía más laborioso, tal y como Juan Luis Arsuaga recoge en su obra, *La Especie Elegida: "la morfología del isquion y el pubis de Lucy me llevan a pensar que la vagina se abría...hacia adelante, y no hacia atrás, con lo que el parto tendría en ellas las características que tiene entre los humanos modernos, con rotación incluida del bebé y trayectoria curva"*<sup>1</sup>.

A partir de símbolos de fertilidad, parece que las mujeres eran de proporciones generosas, lo que sugiere que tenían pelvis ginecoides adecuadas para el parto.

En las pinturas rupestres queda reflejado que en el parto las mujeres estaban acompañadas. Por lo tanto, el origen de las matronas es paralelo a la Civilización, ya que *la primera matrona surgiría con aquella primera mujer que acompañó y ayudó a parir a otra*.

En una sociedad nómada de cazadores-recolectores sólo las mujeres capaces de tener un parto na-

tural normal podían dar a luz y sobrevivir. Parece probable que la mujer diera a luz en cuclillas o con las nalgas o las rodillas sobre piedras de gran tamaño, se separarían del recién nacido cortando el cordón umbilical con una piedra afilada o con los dientes, e instintivamente lo amamantarían. También es probable que encontrara el modo de sujetar al recién nacido a su cuerpo con pieles de animales para darle calor y confortarlo y llevárselo a recolectar alimentos. Para la supervivencia de los bebés era necesaria una lactancia prolongada, lo que también contribuía al control de la natalidad.

Al cambiar el estilo de vida con la aparición de los asentamientos y el desarrollo de la agricultura y la ganadería, la observación de los ciclos vegetales y de los efectos de las plantas en los animales hizo que poco a poco las mujeres fueran conociendo las propiedades "medicinales" de las plantas y las aprovecharan en los cuidados.

Además, con la aparición de la organización social, mujeres ancianas, primero de la familia y luego de la tribu o comunidad, eran las que ayudaban en el parto. Esas mujeres experimentadas pasaron a desempeñar el papel de comadrona, excluyendo de esta esfera a los hombres durante los 10.000 años siguientes.

En estas sociedades sin escritura, el conocimiento era empírico y se transmitía de forma oral, y la destreza práctica se adquiría por la observación y la experiencia, y en algunos casos, con una aptitud instintiva inherente.

## LA BIBLIA

Una vez que apareció la escritura, hemos de esperar a la redacción de **LA BIBLIA**<sup>17</sup> para conocer a **la primera matrona registrada en la historia**, a la que se sitúa en Palestina. Se llamaba **DÉBORA**, fue la nodriza de Rebeca, y le ayudó en sus partos y a lo largo de toda su vida<sup>7</sup>.

En la Biblia<sup>7-17</sup> hay numerosas referencias a comadronas hebreas, mujeres con consideración distinguida y prestigio social. Eran comadronas discretas, valiosas y profesionales.

En el Primer Libro del Antiguo Testamento (1800 a.C.), se describe el *parto complicado de Raquel*, mujer de Jacob, que fallece en el parto y el nacimiento de Benjamín. Esta sería la primera muerte materna registrada de la Historia. También se describe como la comadrona, con un tacto vaginal descubre el sexo del bebé pues se trataba de una presentación de nalgas. (Génesis, 35, 16-18).

En torno al 1700 a.C., en la Biblia, se recoge el *nacimiento de los gemelos de Tamar*, nuera de Judá, y se describen las maniobras que la partera hace en este parto, ya que estaba presente, activa y era consciente del embarazo gemelar, además de ser capaz de enfrentarse a una presentación complicada. La supervivencia de los dos recién nacidos indica la competencia de la comadrona (Génesis, 38, 28-30).

En torno al 1600 a.C., también en la Biblia, se recoge la forma de parir de las hebreas sobre 2 piedras, y que las comadronas eran mujeres en edad reproducti-

va. Incluso se cita el nombre de 2 parteras: *Sifrá y Púa*, y el empleo de la silla de partos (Éxodo, 1, 15-21).

En el Libro del Éxodo (cap. XVIII) se alude a las comadronas diciendo que "*ellas asistirán a la parturienta y remontarán su moral*".

En el Evangelio Apócrifo, o Protoevangelio de Santiago (Santiago el Menor), se recoge como las parteras hebreas *Salomé y Zelomí*, son requeridas por José para que atendiesen a María en el momento del parto, y se describe un tacto vaginal (Protoevangelio de Santiago, cap. 17-22).

El Protoevangelio de Santiago también recoge el nacimiento de María, y cómo esta fue amamantada después de transcurrido el tiempo marcado por la Ley (Protoevangelio de Santiago, 11, 5-2).

## EGIPTO<sup>3-4-9-12-15</sup>

La palabra (egipcia) *msi'* (dar a luz), iba seguida de un jeroglífico de una mujer en cuclillas pariendo o agachada sobre 2 ladrillos o piedras, y a través de los papiros, se conoce la importancia del cuidado de las mujeres embarazadas y la asistencia al parto.

En el Papiro de Ebers (1900-1550 a.C.), hay 5 columnas que tratan de Ginecología y Obstetricia. Sus prescripciones se refieren a la aceleración del parto cuando hay problemas y al pronóstico del recién nacido en función del llanto o de la forma de sujetar la cabeza.

En el Papiro de Westcar (1700 a.C.), se describe cómo se calcula la fecha probable de parto -FP- y los instrumentos y utensilios que facilitan el parto, sillas, recipientes, fórceps, ventosas...

Los bajorrelieves de las cámaras de los nacimientos reales de Luxor y otros templos, muestran que las comadronas atendían nacimientos normales, incluidos los de la realeza. Hay representaciones de una reina de parto en una silla de partos con 4 comadronas atendiéndola. Las comadronas facilitaban el parto, conocían y usaban drogas y fármacos (potentes anodinos contra el dolor), recibían al niño, recitaban fórmulas mágicas protectoras y cortaban el cordón umbilical y aseaban al niño.

Con las representaciones que hay en las paredes de lo que fueron casas para el parto o en los pabellones de nacimientos, se verifica que nunca se incluye a médicos masculinos, si bien aparecen numerosas figuras de Isis, que era reconocida como diosa del nacimiento.

En el papiro de Westcar se cuenta una historia, en la que RA envió a cuatro deidades para asistir el parto de la mujer de un sacerdote:

- **ISIS**: diosa de la fertilidad; es el símbolo de la fertilidad, protege la fecundidad, cuida el embarazo, cuida de los niños antes y durante el parto y es protectora de la lactancia (competencias, todas ellas, de una matrona).
- **TUERIS**: patrona del embarazo, el parto y el nacimiento; relacionada con la rotura de la bolsa; alejaba genios malignos de niños y mujeres y era protectora de la leche materna.



- **HEKET**: diosa comadrona o del nacimiento: asiste al parto, ahuyenta los peligros y es ayudada por la diosa Meskhent.
- **MESKHENT**: diosa del ladrillo de parto y del nacimiento. Presidía los partos.

Curiosamente también aparece la figura de BES, una deidad masculina, que asistía el parto protegiendo de espíritus malignos y junto con Tueris, celebraba el nacimiento del recién nacido con un baile.

### GRECIA <sup>3-4-9-12-15</sup>

Los principios básicos de la medicina y de la atención al parto derivan del cuerpo de conocimientos egipcio.

**Hipócrates y Aristóteles** escribieron sobre el embarazo, su duración, y sobre los modos de pronosticar el sexo del bebé aún no nacido.

**Hipócrates** creía que si el feto era varón, el ojo derecho de la madre era más brillante y la mama derecha era más grande, ocurriendo lo mismo, pero en el lado izquierdo, si era hembra. Aconsejaba reducir las presentaciones anómalas del feto hasta lograr una natural, y consideraba que la presentación de pies era contranatural y peligrosa. Pensaba que el feto luchaba para salir del útero rompiendo las membranas en el intento, y por tanto el parto difícil se debía a la incapacidad del niño para abrirse paso. Todo esto eran hipótesis especulativas sin base científica.

En Grecia, en el S. V a.C. las parteras alcanzaron gran fama, prestigio y reconocimiento social, además de ser honradas por el pueblo.

La Ley Ateniese les exigía ser madres y no estar ya en edad de procrear para ejercer el oficio. Hubo dos tipos de comadronas:

- Las que asistían el parto normal.
- Las más hábiles, que asistían partos complicados.

**Sócrates** era hijo de la comadrona **PHAINARÉTÉ**, y él mismo utilizó el arte de los partos, la mayéutica, para alumbrar nuevos conocimientos. (El término griego «mayéutica» (*maieutiké*), significa, partera, perteneciente al parto). Además, Sócrates decía que una buena matrona debía: *“Conocer mejor que nadie si una mujer está encinta o no. Saber acelerar el parto y mitigar los dolores, administrar convenientes brebajes... provocar el parto... facilitar el aborto...”*.

En el S. III a.C., los hombres eran los encargados de asistir los partos, y esto supuso la pérdida del estatus profesional de las parteras, como demuestra el juicio al que sometieron a **AGNODIKÉ**, comadrona de Atenas, que en rebeldía, atendía los partos disfrazada de hombre y la denunciaron porque disminuían las ganancias de los médicos. AGNODIKÉ fue sometida a juicio por practicar con atribuciones falsas. Actuaba siguiendo las enseñanzas de Serófilo (médico y anatomista ateniense). La denunciaron como *“el profesional que corrompe a las esposas de los ciudadanos”*, por practicar ilegalmente la asistencia al parto, y por realizar abortos. Las mujeres atenienses solicitaron clemencia para ella. Ella además decía haber practicado cesáreas con éxito. AGNODIKÉ ganó el juicio, y desde entonces se decretó que en Atenas debía

haber tres mujeres que asistieran el parto: *“tres del mismo sexo debían practicar este Arte en Atenas”*.

En el Panteón griego, las deidades que protegían el parto, entre otras, eran:

- **ARTEMISA**, diosa de los nacimientos.
- **HERA** (**JUNO**, la romana **LUCINA**), esposa de Zeus, diosa de los nacimientos y símbolo de la matrona romana. Posteriormente, en el mundo romano, las parturientas recitaban la siguiente invocación: **JUNO LUCINA, SER OPEM** (Juno, ayúdame en el trabajo de parto). Su imagen sujetaba al recién nacido con una mano. Actualmente es la figura de la insignia del escudo que aparece en el sombrero de las comadronas inglesas.
- **ILITIA**, que preside los nacimientos. Se le representa arrodillada, que es la postura en que ayudaba al parto.

*“No puede nacer niño alguno a menos que estén presentes. Ninguna madre puede hallar alivio sin ellas”*.

### ROMA <sup>3-4-9-12-15</sup>

En Roma sigue habiendo diosas que ayudaban a la mujer en el parto, a las que se profesaba culto:

- **EGERIA**: la que da ánimos.
- **JUNO LUCINIA**: la que trae los niños a la luz.
- .....

Pero son más importantes las **OBSTETRIX**. Las que se encargaban de la asistencia al parto y era el Senado quien dictaba quienes debían ser las parteras, *“mujeres aprobadas en su arte”*.

Al ser *“aprobadas en su oficio”*, además de la ley de la costumbre que asociaba el arte de atender los partos al mundo de las mujeres (porque el parto y aspectos relacionados con el mundo de la reproducción se asociaban a la esfera de lo privado o femenino, fuera del dominio público o masculino), estas tenían una formación específica.

El médico y escritor de Obstetricia y Ginecología, **Sorano de Éteso** (S. II d.C.), también llamado *“padre de la obstetricia”*, escribió el primer libro de texto para comadronas: **DE MORBIS MULLIERUM**. Este *Gynaecia* fue fuente de inspiración para autores medievales y renacentistas:

- Indica que saber leer y escribir es muy importante para ser comadrona y poder conjugar conocimientos prácticos y teóricos.
- Aquí señala las funciones de las comadronas, la importancia de haber sido madre al menos una vez y no ser demasiado joven.
- También declara cuáles deben ser las cualidades de una buena matrona: buena memoria, paciente, moral para inspirar confianza, constitución fuerte y mente sana. Se debe transmitir confianza y seguridad en situaciones de peligro. Se deben dominar algunas ramas de la Medicina: farmacología, quirúrgica, conocimientos sobre plantas medicinales que han de prescribir (Dioscórides).
- Sus características, como tener dedos largos y delicados y uñas cortas.



- En el capítulo de Anatomía femenina se describe ésta con exactitud por las disecciones *post-mortem*.
- Las comadronas atendían tanto el parto normal como el complicado.
- Describió al menos 10 posiciones del feto *in utero* (muchas imposibles a término).
- Daba instrucciones sobre el cuidado normal del niño, describe como anudar el cordón umbilical y el cuidado posterior del muñón.
- .....

A **Sorano de Efeso**, también le debemos el libro *ARTE OBSTETRICO*, con el que se pretendía elevar los conocimientos de médicos y comadronas.

**Artemido**, dice de las Obstetrix, que estas eran las expertas en la atención a la embarazada "*La obstetrice, con su especial visión, predice a las gestantes, cuando enfermarán*".

Pero el honor de haber escrito el primer tratado de partos para comadronas romanas, corresponde a **Moschión**, discípulo de Sorano, quien tradujo del griego al latín y recopiló en el S. II, las enseñanzas de su maestro, recomendando la versión podálica y sus ventajas.

En el mundo romano destacaron muchas Obstetrix:

- ✓ Secunda.
- ✓ Sallustia Imerita.
- ✓ Hygia.
- ✓ Constanza Calenda.
- ✓ Antonia Thallasa.
- ✓ Rebeca Guarda.
- ✓ Iulia Peris ("Nulli gravis": "a nadie hizo mal").

Pero sobre todas ellas destacó **TROTULA (Trótula de Salerno)**, S. XI d.C.), que fue considerada matrona magistral y mujer sabia. "*Matrona magistral et mulier sapiens*".

Escribió el libro *DE MULLIERUM PASSIONABUS ARTE ANTE, IN ET POSTPARTUM*, basado en los escritos de Sorano, y en el que trata materias relacionadas con la obstetricia, como:

- Protección del periné.
- Sutura con hilos de seda.
- Dietética en el embarazo.
- Frío en la contracción uterina.
- Causas del inicio de parto.
- Medios para acelerar el parto.
- Métodos para expulsar fetos muertos.
- Método para expulsar la placenta.
- Alivio del dolor.
- Infertilidad también masculina... (Tema por el que se ganó la antipatía de sus coetáneos).

Los conocimientos pasaron de los Griegos a los Romanos, y la forma de asistencia al parto también se heredó. Al llegar la era cristiana la profesión de comadrona estaba bien establecida.

#### EDAD MEDIA<sup>3-4-12-15</sup>

Ya en España, desde la **EDAD MEDIA**, seguía habiendo conocimiento popular de temas relacionados con el parto y el conocimiento también se seguía

transmitiendo de forma oral, habitualmente por tradición familiar o por relaciones de proximidad. Los cuidados de la embarazada, parturienta, recién nacido, métodos anticonceptivos y abortivos se transmitían de madres a hijas y a éstos se sumaba su propia experiencia.

En el **Siglo XV**<sup>2-3-4-12-15</sup>, el de partera era un oficio de importancia y estaba reconocido a través de la legislación:

- En 1434 las Cortes de Zamora, y en 1448 las Ordenanzas de Madrigal, daban cartas para el ejercicio de la matronería a aquellas que demostraban conocimientos y experiencia probada, aunque esto no era general.
- En 1477 las Leyes del Real Tribunal del Protomedicato establecen las condiciones del ejercicio de profesionales sanitarios, pero quedan fuera de estas las comadronas, por considerar la obstetricia un tema menor, natural, y poco importante, además de haber en el trasfondo una cuestión de género.
- En 1498 los Reyes Católicos promulgaron una Pragmática sobre el arte u oficio de partear.

Pese a este reconocimiento legal, era una profesión mal remunerada, y hay reclamaciones, como la de **Francina de Arano**, que solicitaba un sueldo, alegando "*ser pobre y ser su oficio necesario*". Se le reconoció un sueldo de 14 Ducados al año.

Pero también hubo una fuerte asociación entre magia-brujería y asistencia al parto y a la embarazada. La Iglesia persiguió la brujería y la superstición que estaba presente en embarazadas y parteras. La Inquisición distinguía entre *brujas blancas*, comadronas sabias que practicaban sin maldad, y *brujas negras o comadronas malvadas*, que practicaban el mal.

Hubo matronas condenadas a morir en la hoguera, como:

- Epifania de Domeño
- Euphanie Macalyane

Además, el **Fuero de Teruel** recoge que "*cualquier mujer que aborte adrede, sean alcahuetas o herbolarias, debe ser quemada en la hoguera o probar su inocencia a hierro caliente*".

Ya la literatura medieval recogía testimonios de mujeres que ejercían el arte de partear junto con prácticas condenadas por la Iglesia:

1. «*Así era tu madre, que Dios haya, la prima de nuestro oficio, y por tal era de todo el mundo conocida y querida, así de caballeros como de clérigos, casados, viejos, mozos y niños. ¿Pues mozas y doncellas? Así rogaban a Dios por su vida como de sus mismos padres. Con todos tenía que hacer, con todos hablaba. Si salíamos por la calle, cuantos topábamos eran sus ahijados. Que fue su principal oficio partera diez y seis años*». (Fernando de Rojas, *La Celestina*)<sup>5</sup>.
2. «*Toma vieja que tenga oficio de herbolera, que va de casa en casa sirviendo de partera, con polvos, con afeites y con su alcoholera, mal de ojo hará a la moza, causará ceguera*». (Arcipreste de Hita, *Libro de Buen Amor*)<sup>13</sup>.



Desde fines de la Edad Media ya se les reconocían a las parteras cuatro funciones bien definidas, que se mantuvieron en los Siglos sucesivos<sup>2-3-4-7-9-12-15</sup>;

### **Función religiosa**

Una de las funciones que han caído en el olvido en nuestro tiempo ha sido la religiosa. No obstante, hay testimonios escritos en diversos manuales para la formación de matronas hasta bien avanzado el siglo XX en los que se recoge esta función.

Consistía en administrar el denominado *baptismo sub conditione* –bautismo condicionado o bautismo de urgencia– en aquellos casos de niños asfícticos o deprimidos, tras un parto difícil, o cuando se preveía la muerte del feto intraútero. Este bautismo condicionado debía ser confirmado posteriormente por el cura de la localidad en caso de que el niño sobreviviese. El siguiente texto es de San Vicente Ferrer (Dominico, 1350-1419), quien alude, precisamente, a la importancia de administrar el bautismo de urgencia por la partera (madrina) o sacerdote (prevere): «*Sexto, cuando alguna descuidada partera o sacerdote no bautizan a la criatura como deben, pues deben decir: "Yo te bautizo en nombre del Padre y del Hijo y del Espíritu Santo, amén", y no que dicen: "Yo te bautizo en el nombre del Padre y de la Virgen María y de San Nicolás, etc.", y así no reciben el bautismo y van al infierno, la criatura y los ministros*». También han llegado a la actualidad testimonios escritos del siglo XVII y posteriores en los que el sacerdote reprende a la matrona por no administrar correctamente este sacramento, encargando al cura de la localidad que le enseñase la forma correcta de hacerlo.

### **Función asistencial a la gestante en el parto, al recién nacido y a la puérpera (es la función básica)**

Al igual que sucede en la actualidad, era la más ampliamente desarrollada. Las más frecuentes eran:

- Asistencia a la embarazada, parto y puerperio.
- Cuidados al niño recién nacido (baño, alimentación...).
- Asistencia a enfermedades propias de la mujer (hemorragias uterinas, prolapso uterino...).
- Consejos sobre medidas anticonceptivos (cocimientos de hierbas, preparados medicinales variados, etc.).
- Como resultado de sus conocimientos, podían ser solicitadas para prácticas abortivas. Ello le traería serios enfrentamientos con la Iglesia.
- Realización de la operación cesárea para la extracción del feto. Esta última, la práctica de la operación cesárea, pasaría a manos de los profesionales de la medicina, los cirujanos comadrones, a partir del siglo XVI. Los siglos XVI y XVII serían claves para la consolidación del trabajo de la matrona, pues, a partir de entonces, la matrona se encargaría de realizar los partos eutócicos, sin complicaciones, y los médicos-cirujanos los que requerían atención quirúrgica. Los tratados de obstetricia medievales, escritos todos ellos por médicos, recogen la actividad asistencial de la partera o matrona. Uno de ellos, titulado *Lillio de Medicina*, escrito por

**Bernardo de Gordonio**, dedica un capítulo a las "enfermedades propias de la mujer", donde aparecen referencias al trabajo de la matrona, señalando algunas características que debía poseer ésta («dedos largos»...). De este tratado son las dos siguientes citas:

1. *Capítulo XIII. «Del descendimiento de la matriz. (...) al principio provoquen su vómito y tenga dieta caliente y seca (...). Después, unte la partera su mano con aceite de almáciga y si la matriz aparece por fuera, póngala en su lugar (...)*».
2. *Capítulo XVI. «Cuando se acerca el parto debe bañarse la mujer en tina en que haya malvas, malvavisco, violetas, manzanilla y corona de rey (...). Escojan una partera que tenga las manos delgadas, los dedos largos para que dilaten la boca de la matriz suavemente y cuando rompe aguas hiéndanla suavemente con las uñas y metan este pesario que hace ligero el parto sin peligro de aborto*».

### **Función educativa: Conocimiento de remedios para tratar determinados problemas ginecológicos, remedios para abortar, consejos para conseguir embarazos, ...**

El aprendizaje del oficio se hacía directamente junto a una partera experta y veterana. El oficio de partera se ejercía habitualmente por tradición familiar o por relaciones de proximidad. Es frecuente encontrar a varias generaciones de parteras (madre, hija y nieta), o a parientes próximos (sobrinas) que aprenden el oficio desde jóvenes junto a sus familiares ya veteranas, y que comienzan a sustituirlas paulatinamente, conforme van adquiriendo formación y destreza, hasta independizarse por completo. Desde la Antigüedad, se ha transmitido esta forma de aprendizaje maestra-alumna. La aprendiz adquiría la práctica acompañando a su maestra en los partos, realizando la función de ayudante o auxiliar. Según la época, la partera debía o no ser examinada por el Protomedicato. Recordemos que hasta el siglo XVIII, en nuestro país, los estudios de matrona no tenían vinculación alguna con las facultades de medicina.

### **Función jurídico-legal: actuaban como perito ante el juez en casos de infidelidad conyugal, servían como testigos del parto, daban fe, ...**

La partera, en estos siglos, actuaba con capacidad pericial y su palabra era válida ante la Ley con carácter testifical. Diversos testimonios escritos, de carácter legal, dan fe del testimonio de la partera en el momento del parto. Ello era especialmente importante a la hora de resolver pleitos en los que estaban en juego herencias, derechos de primogenitura, etc. El siguiente texto de Alfonso X el Sabio incide en este punto, prohibiendo la presencia de mujeres preñadas en la sala de partos: «*Otrosí dezimos, que sintiendese que era cerca el parto, déuelo aun fazer saber a los parientes otra vez, que la embien a catar, e guardar, si quisieren. E cuando fuere cuytada por razón del*



*parto, non deue estar en aquella casa, do ella está, ome ninguno; mas pueden estar y fasta diez mugeres buenas, que sean libres, e fasta seys siruientas, que non sea ninguna dellas preñadas, e de dos otras mugeres sabidoras, que sean usadas de ayudar a la mujer» (Alfonso X el Sabio. Las Siete Partidas. Tercera Partida, Ley XVII).*

Esa labor pericial de la partera, actuando como testigo en los juicios, sería refrendada posteriormente en el siglo XVI por el monarca Carlos V en su *Constitutio Criminalis Carolina* (1533). En ella se establece que: «*La opinión de médicos, cirujanos y comadronas tenga un valor decisivo en las cuestiones referentes a sus respectivas profesiones, siempre que fueran llamadas a declarar ante los tribunales de justicia*».

### SIGLO XV<sup>2-3-4-9-12-15</sup>

El siglo XV en España supuso la recuperación del estatus y prestigio social de las matronas, y algunas eran llamadas a asistir partos de Reinas:

- María Oto, 1427, fue llamada por Alfonso V el Magnánimo para atender a María de Castilla.
- La Herradera, matrona sevillana, atendió a Isabel la Católica.
- Doña Quirce de Toledo, matrona que atendió a Isabel de Portugal.

### SIGLO XVI

En el Siglo XVI (1576) Felipe II, prohibió al Tribunal del Protomedicato examinar a parteras, lo cual situó a la matrona en posición de desprestigio y subordinación (aunque siguieron ejerciendo libremente hasta 1750), sobre todo porque el Protomedicato sí que continuaba formando y consolidando a los cirujanos en Obstetricia.

Esta poca consideración llama la atención, teniendo en cuenta que al bautizo de Felipe II asistió, ocupando un lugar destacado doña Quirce de Toledo, comadrona que había asistido a su parto: «*Llevó a cristianar al Príncipe Felipe, el Duque de Frías, a su derecha caminaba la comadrona que asistió el parto, y a su izquierda, el Gran duque de Alba*».

En esta época, y posteriormente, se publican, entre otros, libros como:

- ✓ **“Libro del arte de las comadres o madrinas y del Regimiento de las Preñadas y paridas y de los niños”.**

Damián Carbón. Mallorca. 1541.

Aporta conocimientos básicos, tareas y funciones de la matrona y cuidados a dispensar a la mujer y al RN. La 1ª parte, con 56 capítulos, está dedicada al embarazo, parto y puerperio y al trabajo y cualidades de la buena matrona. La 2ª parte, con 14 capítulos, trata sobre el problema de la esterilidad, sus causas y tratamiento, y cuidados del RN.

- ✓ **“La Comadrona o la Partera”.**

Venecia, 1595.

Se recomienda la palpación abdominal para el diagnóstico de la presentación fetal.

- ✓ **“El libro del regimiento de la salud y de la esterilidad de los hombres y las mugeres”.**

Luis de Lobera de Ávila. (Formó parte del equipo médico de Carlos I). 1551.

En el libro hay un apartado sobre el “Regimiento de las mugeres preñadas”.

- ✓ **“Los diez privilegios para mugeres preñadas”.**

José Antonio y de los Reyes de Fontecha. Alcalá de Henares. 1606.

Trata de cuidados dirigidos a la mujer embarazada.

- ✓ **“El libro del parto humano, en el qual se contienen remedios muy útiles y usuales para el parto dificultoso de las mugeres, con otros muchos secretos a ello pertenecientes, y a las enfermedades de los niños”.**

Francisco Núñez. Zaragoza. 1638.

En 11 capítulos describe cómo ha de ser el trabajo de la partera en el embarazo, parto y puerperio, describe los tipos de parto, los cuidados al RN. Destaca la función educadora a la embarazada y a la madre.

### ENTRE LOS SIGLOS XVI Y XIX<sup>2-3-4-9-12-15</sup>

Una serie de comadronas francesas supieron distinguirse y perfeccionar sus conocimientos en el arte de la partería:

- **Luisa Burgeis** (1563-1632) practicó y divulgó la versión podálica. Asistió a la reina de Francia, María de Médicis en el parto de Luis XIII.
- **Margarita Tertre**, publicó en 1677 un libro para la formación de comadronas a modo de preguntas y respuestas, entre una matrona joven y una experta.
- **Madame de la Chapelle**, la más famosa de todas, fue directora de la Maternidad de París. Practicó la versión podálica e introdujo en el fórceps la maniobra que lleva su nombre.
- **Ana Voivin**, publicó en 1832 el libro *Memorial del arte de los partos*.

### SIGLO XVII<sup>2-3-4-9-12-15</sup>

En el siglo XVII en España aparecen conflictos entre cirujanos, comadrones y matronas por las injerencias de estos sin que se mejorara la atención a la embarazada.

Por eso, en 1653 y en los años siguientes, matronas sevillanas como **Juana de la Chica**, **Mariana de la Fuente** o **Marta Rodríguez**, solicitaron autorizaciones que les sirvieran de titulación o acreditación para ejercer la partería.

### SIGLO XVIII<sup>2-3-4-9-12-15</sup>

El siglo XVIII supuso la consagración de la profesión de matrona como actividad quirúrgica en España (algo ya habitual en Europa 50 años antes).

En 1713, el cirujano francés Julio Clement asistió a la reina M<sup>a</sup> Luisa de Sajonia, primera esposa de Felipe V, lo que supuso el fin de la exclusividad de las matronas en la asistencia a partos, y esta se convirtió en un acto quirúrgico, en el que se modificó la postura del parto para mayor comodidad del asistente, lo cual se puso de moda entre la alta sociedad.



Las mujeres se sentían más cómodas con las comadronas, por cuestiones de pudor, pero creían que si las mujeres de la alta sociedad eran atendidas por varones que poseían instrumental para resolver partos complicados, sería más seguro que el parto fuera atendido por cirujanos.

La supremacía de la comadrona en la asistencia obstétrica se empezó a desmoronar y quedó relegada a la población urbana y rural de escasos recursos.

Se restringieron las competencias de las comadronas para encomendarlas a cirujanos varones, lo que agudizó la distinción profesional por razones de sexo.

En esta época se escribieron, entre otros, libros como:

- ✓ **“La Cartilla nueva, útil y necesaria para instruirse las Matronas, que vulgarmente se llaman Comadres, en el arte de partear”.**

**“Cartilla del arte de partear”**

Antonio Medina. Madrid. **1750.**

Expone los conocimientos básicos de una matrona para superar el examen que por Ley debía hacerse ante el Real Tribunal del Protomedicato a mediados del S. XVIII. Está estructurado en 4 capítulos y 77 preguntas con sus respuestas. Es un texto para la formación de las matronas referente a embarazo, parto, puerperio y RN.

- ✓ **“Nuevo y natural medio de auxiliar a las mujeres en los lances peligrosos de los partos sin operación de manos ni instrumentos”.**

Babil de Gárate. **1756.**

Es un manual del arte obstétrico. (*“Por los gritos de la parturienta se puede decidir si puede empezar el esfuerzo expulsivo”*).

- ✓ **“Elementos del arte de partear”.**

Juan de Navas (Catedrático de partos). **1795.**

Está considerado el mejor tratado de Obstetricia del S. XVIII.

Estos textos se usaron para la formación de Matronas, ya que a partir de 1750 el Tribunal del Protomedicato comenzó a examinar de nuevo a parteras.

## EDAD CONTEMPORÁNEA

Desde el Siglo XIX hasta la actualidad se han ido sucediendo Leyes, Reales cédulas, Órdenes, Pragmáticas, ... Hasta configurar el marco legal de la Profesión de Matrona como lo conocemos hoy en día<sup>2-3-4-8-9-12-15-16</sup>.

## Siglo XIX

- **Real Cédula** de Carlos IV el **6 de mayo de 1804** sobre el “Funcionamiento de los Reales Colegios de Cirugía y enseñanza de profesiones sanitarias como Médicos, cirujanos y sus ramas subalternas, entre las que está la de Matrona o Partera”, en la que se regula la situación académico legal de la matrona. Había que hacer un examen en los Reales Colegios de Cirugía. En el artículo 7 de esta real Cédula se afirma que “el pudor es causa de que muchas parturientas rehúsen el socorro del cirujano

no en el lance de sus partos, lo que hace precisa la asistencia de matronas o parteras”.

- Desde Siglos precedentes existía regulación jurídica para que las matronas asistieran partos naturales o eutócicos y los médicos-cirujanos los distócicos, que requerían utilización de instrumental quirúrgico, debiendo avisar aquellas a estos cuando se presentaran problemas.
- **Real Orden de 25 de octubre de 1845**, por la que se convalidan los títulos de Matrona expedidos por el Protomedicato de Navarra antes de 1844.
- **Ley General de Instrucción Pública del 9 de septiembre de 1857**, siendo Ministro Claudio Moyano Samaniego. **Creación del Título de Matrona. Define a la partera como “la mujer práctica en el arte de partos o que ejerce en virtud del título”.** El artículo 41 recoge las condiciones para obtener el título de matrona o partera.
- **Real Orden de 21 de noviembre de 1861.** Reglamento Provisional para las Enseñanzas de Parteras y Practicantes.
- **16 de noviembre de 1888.** Otro **Reglamento** sustituye al anterior. Las condiciones para presentarse al examen de comadrona: haber cumplido 20 años, ser viuda o casada con permiso del esposo, tener justificación de buena vida y costumbres avalada por el párroco y haber cursado la Primera Enseñanza Elemental completa. El Título de Matrona autorizaba a asistir “partos y sobrepuestos naturales”, pero debía avisar al facultativo en caso de complicaciones. Como auxiliar del facultativo podía seguir atendiendo a embarazadas, parturientas o paridas. Las enseñanzas se impartían en Casas de Maternidad o en Hospitales donde hubiera Sala de Partos.

## Siglo XX

- **Real Decreto 12 agosto 1904**, que Reorganiza los estudios de Matrona: 2 cursos académicos cursados en Centros Oficiales (Facultades de Medicina) y NO Oficiales.
- La primera Escuela de Matronas con referencia legal es **La Casa de Salud de Santa Cristina de Madrid**, que aprobó su reglamento en **1916**, y desde **1924** forma matronas. Por **Orden del 1 de marzo de 1940** se constituyó como Escuela Oficial para la obtención del Título de Matrona. Por **Decreto del 23 de octubre de 1931**, se adscribe a la Facultad de Medicina de Madrid. En la **1ª Promoción (1924/25) se graduaron 12 Matronas. La formación fue dirigida por el Tocólogo Dr. Gálvez Ginachero y por la Matrona Carmen Palazón.**
- **Real Decreto-Ley de 9 febrero de 1925** del servicio Municipal de Matronas para la asistencia gratuita a las embarazadas.
- **Mayo 1926**, se establece la licencia fiscal.
- **19 y 20 de Mayo de 1929**, se celebró en Madrid el **I Congreso Nacional de Matronas**, bajo el auspicio de la Reina Victoria Eugenia.



- **Septiembre de 1929, I Congreso Internacional de Matronas en Barcelona.**
- **1 de mayo de 1930,** se hace obligatoria la colegiación de las matronas.
- **Orden de 13 de diciembre de 1934** por la que se exige tres años de bachiller más reválida para poder comenzar los estudios de matrona.
- **Ley de Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944** por la que se establece la unificación de las profesiones auxiliares sanitarias. En cada provincia debe haber un Colegio Oficial de Auxiliares Sanitarios que acoja a practicantes, comadronas y enfermeras. Estar colegiado pasa a ser obligatorio. En la Junta del Consejo Nacional debía haber 2 vocales de Matrona.
- **Orden de 25 de junio de 1951,** en la que se aprueban los Estatutos y Reglamentos del Consejo General y de los Colegios Oficiales de Matrona.
- La matrona se mantiene como estudio independiente hasta **1953,** que es cuando se unifican los estudios de Practicante, Enfermera y Matrona en un proyecto y título único: ATS (Ayudante técnico Sanitario), por **Real Decreto de 4 de diciembre de 1953.** Entonces se establece la posibilidad de especialización para los ATS. El Decreto establece que los estudios de ATS masculinos y femeninos se cursarán por separado. Requisitos: tener 17 años cumplidos, título de Bachiller, Maestro o Graduado Escolar. Examen de ingreso y 3 años de enseñanza oficial con examen final y consecución del título.
- **Orden de 29 de marzo de 1954,** por la que se aprueban los Estatutos del Colegio Oficial de ATS y de sus Colegios Provinciales, divididos en tres secciones autónomas: Practicantes, Enfermeras y Matronas.
- En 1957 se creó la Especialidad de Asistencia Obstétrica-Matrona para las ATS, por **Decreto de 18 de enero de 1957.** Para cursarla se requería estar en posesión del Título de ATS y tener menos de 45 años. Las enseñanzas de Matrona eran en régimen de internado, y eran de 1 año de duración.
- **Decreto de 28 de febrero de 1963,** en el que se recoge que el título de Enfermera habilita para cursar las enseñanzas de especialización en Asistencia Obstétrica (Matrona).
- **1972,** la *Confederación Internacional de Matronas*, redacta la "Definición de ICM de la Matrona".
- **En 1973, el Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo** reconoce en los art. 66 y 67, a las comadronas como auxiliares o ayudantes del médico y que han de actuar siguiendo sus instrucciones.
- **1977,** integración de ATS en la universidad como Escuelas Universitarias de Enfermería, pasando a denominarse Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE).
- **Directiva del consejo de 21 de enero de 1980,** sobre reconocimientos recíprocos de diplomas, certificados y otros títulos (80 L 154 CEE).
- **Real Decreto de 26 de septiembre de 1980,** en el que se suprime la limitación de género a los estudios de matrona, por lo que los ATS y DUE masculinos podrán optar a los estudios de matrona. También se derogó el régimen de internado.
- **1986,** cierre de las escuelas de matronas por no adaptar sus programas a la normativa comunitaria europea.
- **Real Decreto 992 del 3 de julio de 1987,** que regula las especialidades de enfermería en España, y se crea la especialidad de Enfermería obstétrica-Ginecológica o Matrona en su artículo 2. En el artículo 3 especifica que los programas de formación han de ajustarse a las directrices de la Comunidad Económica Europea. A partir de julio de 1987 queda derogado el anterior plan de estudios de matrona y cesa la formación en España.
- **11 de octubre de 1989,** el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas presentó un recurso contra el reino de España por no haberse ajustado a las directrices de acceso a las actividades de la Matrona.
- **Real Decreto 1017/91 del 28 de junio de 1991,** por el que se regula el reconocimiento de Diplomas, Certificados y otros títulos de Matrona o asistente obstétrico de los estados miembros de la CEE (**BOE 155, 29/6/91**).
- Desde 1986 (cierre de las escuelas de formación de Matronas), hasta 1994 hay interrupción en la formación de Matronas.
- En **1992, Orden de 1 de junio,** tras 5 años de interrupción en la formación, se aprueba de forma provisional, el programa de formación y se establecen los requisitos mínimos de las Unidades Docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona) (BOE, 2 junio 1992).
- En **1994,** inició la formación la Primera Promoción de Especialistas en Enfermería Obstétrica Ginecológica (Matrona) por el sistema EIR. **Orden de 22 de octubre de 1993.**
- **Orden de 24 de junio de 1998,** por la que se desarrolla el RD 992/1987, sobre la obtención del Título de Enfermero Especialista.
- **Real Decreto 2170/1998, de 9 de octubre,** por el que se extiende a las naciones signatarias del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo el ámbito de aplicación de los Reales Decretos reguladores del reconocimiento de diplomas, certificados y otros títulos de Enfermero responsable de Cuidados generales, Odontólogo, Veterinario, Enfermero Especialista en Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona) y Farmacéutico de los Estados de la Unión Europea.

## SIGLO XXI

- En el año **2003** inicia su andadura la **Unidad Docente de Matronas de La Rioja,** que desde su fundación hasta la actualidad continúa formando Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matrona), por el sistema EIR.



- **Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias, LOPS.** En su art. 7 dice: "corresponde a los Diplomados sanitarios (...) la prestación personal de los cuidados o los servicios propios de su competencia profesional".
- **Real Decreto 55/2005, de 21 de enero**, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios de universitarios oficiales de Grado.
- **Real Decreto 56/2005, de 21 de enero**, por el que se regulan los estudios oficiales de Postgrado.
- **Real Decreto 450/2005, de 22 de abril**, sobre especialidades de Enfermería (B.O.E. del 6 de mayo), aparecen las nuevas especialidades de enfermería. Un total de 7, de las que sólo están reguladas, en el año de la publicación del R.D., la de Enfermería en Salud Mental y la de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), por el sistema EIR.
- **19 de julio de 2005** la Reunión del Consejo de la *Confederación Internacional de Matronas*, en Brisbane, Australia, reemplaza la "Definición de ICM de la Matrona" 1972 y sus enmiendas de 1990, con la DEFINICIÓN DE MATRONA.
- **Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005**, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Trata sobre: el reconocimiento de cualificaciones profesionales de las matronas, entre otros; la libre circulación de profesionales; la formación de matrona; el ejercicio de las actividades profesionales de matrona y los derechos adquiridos específicos de las matronas.
- **Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero**, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.
- **Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre**, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado.
- **Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo**, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).

## CONCLUSIÓN

¿El futuro?... ¿hacia dónde vamos?...

Nos enfrentamos a nuevos retos por los que luchar para el reconocimiento y prestigio de nuestra profesión, para conseguir la plena aplicación de nuestras competencias..., y continuar definiendo el perfil de esta especialidad de la Enfermería.

Por eso, me gustaría finalizar recordando una cita de Don Camilo José Cela, en la que dice que "hay

dos clases de hombres, quienes hacen la Historia, y quienes la padecen". Así que desde aquí, y tomando como germen estas palabras, invito a todos los profesionales que han llegado hasta aquí, a que continuemos escribiendo nuestra Historia en primera persona, la *Historia de la Enfermería y la de sus Especialidades*.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Arsuaga, J. L., *La especie elegida*, Ed. Temas de Hoy, Madrid, 2006.
- (2) Cabré, M. y Ortiz, T., *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*, Ed. Icaria, Barcelona, 2001.
- (3) Cruz y Hermida, J., *Las Matronas en la historia desde la mitología a nuestros días*, Plaza Ed., Madrid, 2007.
- (4) De la Fuente, P., *Imágenes con Historia: Gestación, parto y lactancia*, Ed. Lab. FERRING, Madrid, 2007.
- (5) De Rojas, F., *La Celestina*, Castalia, Madrid, 2011.
- (6) Fernández del Castillo, I., *La revolución del nacimiento*, Ed. Granica (5ª Ed.), Barcelona, 2008.
- (7) García, M. y García, A. C. *Las funciones de la matrona en el mundo antiguo y medieval. Una mirada desde la historia*. *Revista Matronas Profesión*, 2005. 6 (1): 11-18.
- (8) Legislación:
  - Real Decreto 992 del 3 de julio de 1987.
  - Real Decreto 1017/91 del 28 de junio de 1991 (BOE 155, 29/6/91).
  - Orden de 1 de junio de 1992 (BOE 2 junio 1992).
  - Orden de 24 de junio de 1998, por la que se desarrolla el RD 992/1987, sobre la obtención del Título de Enfermero Especialista.
  - Real Decreto 2170/1998, de 9 de octubre.
  - Real Decreto 55/2005, de 21 de enero.
  - Real Decreto 56/2005, de 21 de enero.
  - Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería (B.O.E. del 6 de mayo).
  - 19 julio de 2005, la Reunión del Consejo de la *Confederación Internacional de Matronas*, en Brisbane, Australia, reemplaza la "Definición de ICM de la Matrona" 1972 y sus enmiendas de 1990, con la DEFINICIÓN DE MATRONA.
  - Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005.
  - Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero.
  - Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre.
  - Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo.
- (9) Macías Seda, J., Gómez Salgado, J., *Fundamentos de la Enfermería Obstétrico-Ginecológica*, Ed. FUDEN, Madrid, 2007.
- (10) Nylander, G., *Maternidad y lactancia (Desde el nacimiento hasta los seis meses)*, Ed. Granica, Barcelona, 2005.
- (11) Odent, M., *El bebé es un mamífero*, Mandalaediciones, Madrid, 1990.
- (12) Rodríguez Rozalén, M. A., *Manual práctico para Matronas*, Ed. Arán, Madrid, 1999.
- (13) Ruiz, J., (Arcipreste de Hita), *Libro del Buen Amor*, Anaya, Madrid, 2003.
- (14) Smulders, B. y Croon, M., *Parto seguro*, Ed. Medici, Barcelona, 2002.
- (15) Towler, J. y Bramall, J., *Comadronas en la historia y en la sociedad*, Ed. Masson, Barcelona, 1997.
- (16) [www.msps.es/profesionales/formacion/home.htm](http://www.msps.es/profesionales/formacion/home.htm).
- (17) Textos Sagrados:
  - *La Santa Biblia; Antiguo Testamento (Génesis y Éxodo)*.
  - *Protoevangelio de Santiago*.
  - *Protoevangelio Pseudo Mateo*.

# Seguro **Multirriesgo de Hogar**



## La llave de la seguridad de su casa



Ahora, con **SERVICIOS EXCLUSIVOS** pensados para su casa y para usted

- Manitas del Hogar
- Manitas Tecnológico
- Ayuda Personal en el Hogar
- Y disfrute también de nuestro servicio de Asistencia Informática Remota: A.I.R.

**A.M.A. LOGROÑO**  
c/ Doctor Múgica, 6 bajo  
941 24 13 00  
lríoja@amaseguros.com

**Colegio médico:**  
c/ Ruavieja, 67-69; 1ª planta  
941 23 87 50  
clrioja@amaseguros.com

### LA CONFIANZA ES MUTUAL



(\*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación realizados del 1 de enero al 31 de marzo de 2013. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial **A.M.A.**

## e-nfermer@s e-ducando y navegando: el presente de la primaria

Rocío Loma-Osorio (col. nº 2002), Elisa Elías (col. nº 2543). *Enfermeras de Atención Primaria.*

Hay tres tipos de personas: los que hacen que las cosas pasen, los que miran las cosas que pasan y los que preguntan qué ha pasado.

Twitter de Cesar dos Santos

### QUIÉNES SOMOS

Somos Rocío y Elisa, internautas y residentes en La Rioja, al más puro estilo del mítico concurso "Un, Dos, Tres"... dos enfermeras de enfermería, o sea, de Atención Primaria de Salud (APS).

No somos vocacionales, es decir, que nos hemos ido "enamorando" de esta profesión, a medida que ella nos ha ido seduciendo, concretamente, con esto de la educación para la salud en el contexto de la atención primaria. Y que conste que no somos chicas fáciles, de un día... pese a todo (y a todos) seguimos queriendo a este "modo de hacer enfermería" desde esta perspectiva "infantérica y romántica".

A partir de aquí, rogamos nos disculpen los "puristas" de la presentación formal y circunspecta, los de la defensa a ultranza del método analítico, porque estas "letras" no van por ahí: queremos seducir al lector, no dormirlo. Queridos, queridas, no podemos ponernos a tratar ahora de cosas farragosas, densas y grises: ¡se nos ponen los lectores comatosos! ¡Así no seducimos ni a Falete con un chuletón al punto!

¡Vamos al turrón!, como dicen nuestros admirados twittereros de cuidando.es.

Según dicen las literaturas, desde tiempos inmemoriales, o sea, antes de que Florence Nightingale cambiase su primera palmatoria, la Atención Primaria se define, así llanamente, como la puerta de entrada del usuario/paciente/individuo/familia/comunidad (que es que ni para esto nos ponemos de acuerdo) al sistema sanitario.

Así que aquí nos tenéis a los "goznes": Rocío y Elisa; pertenecemos a un EAP (equipo de atención primaria), que es la puerta en sí (o sea, que las dos, constituimos un gozne y vamos que chutamos), la "puerta" es un grupo multidisciplinar (médicos de familia, pediatras, enfermeras, auxiliares de enfermería y administrativos) ; luego ya, algunas puertas, llevan aldaba (veterinarios, odontólogos, psicólogos, psiquiatras o farmacéuticos, un poner; mención especial merecen nuestras primas: matronas y fisioterapeutas, etc.) y algunos llevan batipuerta o verja -con jota- (celadores e incluso guardias de seguridad).

Ahora que os hemos explicado qué somos (¿puertas?, ¡no, goznes!!!) vamos a responder a la pregunta

que nos hacemos todas las enfermeras en cuanto nos dan el título, bueno, antes, en fin... la pregunta:

¿Qué hacemos las enfermeras de AP?



Imagen 1. Fotografía de Elisa y Rocío, durante la ponencia, por cortesía de "Félix Fotógrafo".

### QUÉ HACEMOS

-¿Y tú... qué haces?- ¡¡esta es "la pregunta"!!

- Tocarse las narices, esperar la fecha de jubilación, tomar tensiones, hacer recetas, pelearse con el ordenador o con SELENE, aguantar pesados (no decimos si el pesado es el paciente, el/la compañero/a de al lado o su familiar (de ambos)), llamar por teléfono, salvar el país, salvar vidas, salvar el presupuesto nacional, salvar la prima de riesgo, salvar Ypf/Repsol, salvar Bankia, etc. arriesgar la vida por sus clientes/pacientes/ usuarios/ familia/ comunidad, entrevistarse con todos, ser "tope de empática con todos ellos también", aplicar cuidados, enseñar el autocuidado (desde estas líneas, mandar un respetuoso saludo a la Sra. Orem),... Porfiar contras: porfiando contra la gerencia, porfiando contra el coordinador, responsable, porfiando contra l@s compañer@s, porfiando contra el cliente/individuo/paciente/familia/comunidad... ¡será por fiar!

Hay una cosa, que hacemos muy bien y en cada momento de nuestra jornada laboral (e incluso fuera) las enfermeras de primaria, algo que nos distingue de las enfermeras de especializada (por la abundancia del hecho en sí), es nuestro oxígeno, lo que nos hace respirar como especialidad, por encima del resto de funciones/intervenciones/actividades o como queráis llamarlo. Es la educación para la salud (la EPS).

Nos pasamos el día educando: a "nuestros" pacientes: siempre nos ha llamado la atención esta



“posesividad”, pero es verdad que nos sentimos tan enfermeras tuyas, como deseamos que ellos sean nuestros... ¡uf! ¡Cómo suena esto de sensualón! (No olviden que les queremos seducir).

Y, señoras, señores, lo sentimos pero nos toca definir la EPS: Educación Para la Salud.

## DE DÓNDE VENIMOS

Los legos, dicen que la EPS es un “instrumento muy potente” (para la prevención y la promoción de la salud).

Ya en 1978 –cuando la gente se comenzaba a despojar de esas patillas tan “sesenteras”, las flores en el pelo y seguían fumando “marijuanas”, en Alma-Ata–, la OMS y sus muchachos se pusieron intensos, decidieron “cambiar de estrategia”, se volvieron “primarios”, ¿por qué primarios?, pues porque decidieron colgarse con la salud para todos en el año 2000, la promoción de estilos de vida saludables, y una asistencia sanitaria accesible... y dijeron: “¡anda! ¡Coño! ¿Y cómo hacemos esto?” pues aumentando la capacidad de los individuos y de la comunidad para participar en su cosa sanitaria y en su salud “corporalmentalsocial”, etc., etc. y en la lucha contra las enfermedades... y el “colgao” del fondo dijo: – “¡guay, colega! Pero ¿cómo se hace esto?”. Pues dando “EPS”, que será un instrumento más en el trabajo diario de los profesionales de la salud....

Luego empezaron ya a ponerse tremendos, y lo liaron mucho, pero básicamente, es eso de lo que se trató en Alma-Ata (todavía no existía esto de la gripe aviár, que les dio después tanto juego a los ilustres de la OMS).

En Alma-Ata, se lo pasaron de lujo: sitúese el lector: septiembre, en medio de Kazajstán, hablando de EPS y APS, imaginen qué planazo... así que dijeron: “nos vamos a juntar más veces”, y en el 86 se fueron a Canadá, Ottawa y para justificar el viaje, definieron la Promoción de la salud (capacitar a la gente para que aumente el control de su salud) e hicieron responsable al Estado y a los profesionales sanitarios. ¡Ea!

Después les apeteció ver Koalas y bichos raros, así que se fueron a Australia en el 88, “Adelaida”, y ahí le dieron caña a la política y a las estrategias, hablaron de salud como inversión social, de igualdad y equidad: promocionaron a la mujer, por ejemplo...

En el 91 les sobró algo de dinero y marcharon para Suecia, a Sundwall y pretextaron los “ambientes saludables”.

En el 97, les entró la pasión y corrieron a Yakarta, Indonesia, ahí en las islas paradisíacas más lejanas que podían encontrar, y lo titularon: “Nuevos actores para una nueva era. Conduciendo la promoción de la salud hacia el S XXI”, ¡ahí es ná!: introdujeron las entidades privadas sanitarias.

Y así, siguieron viajando, Puerto Rico, Méjico, diciendo lo mismo: promoción, equidad, mejora de la salud, responsabilidad individual y colectiva de la misma, etc.... ¡bien!

De este modo, a lo tonto, nos hemos dado un garbeo por las conferencias de la OMS, un breve repaso histórico, sobre lo que con tanta ilusión nos estudiábamos en “Comunitaria”, con Javier Iruzubieta y Jorge Mínguez, en la EUE de Logroño.

Y hablando del doctor Mínguez, que es uno de nuestros referentes como enfermero comunitario, ¡no es un mal gozne!, o desde luego, mucho más cercano que la fea de Virginia Henderson, la colgada de Martha Rogers...u otras... (La Gordon, Marjory nos gusta mucho a las de primaria, es muy ordenada,... y sigue viva al parecer, cosa importante también).

## DÓNDE ESTAMOS

Jorge Mínguez, en junio del 2011, publicó un interesante artículo sobre “una re-visión de la enfermera Comunitaria en la Rioja”, en el cual concluía (entre otras cosas) que las enfermeras comunitarias desarrollamos nuestro trabajo dentro del paradigma socio-crítico, es decir, que somos un agente de cambio socio-sanitario en constante interacción dinámica con nuestros pacientes-familias-comunidad. Somos enfermeras sociales inmersas en un proceso dialéctico y subjetivo, cuyo objetivo es la construcción de nuevas realidades socio-sanitarias.

Pues señoras y señores, la nueva realidad social, hoy, se llaman redes sociales, blogs, foros, webs: es Internet. Los usuarios, no viene todos los días (¡ejem!) al centro de salud (al menos no todos los pacientes), pero el 91,5% consume contenidos a través de este mundo virtual. Lo dice la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SoMaMFyC), en su informe anual de los contenidos digitales de España 2011.

La realidad social hoy, está a golpe de “click”, casi instantáneo, y es aquí donde debemos introducir nuestra realidad “e-nfermera”.

En su estudio, también expresa Jorge Mínguez, que la gran mayoría de las enfermeras, opinamos que la educación sanitaria debe ser una actividad cotidiana tanto nuestra como de los galenos.

Es cierto, y lo repetimos, que no pasa un solo día en nuestras consultas de enfermería que no demos educación para la salud a nuestros pacientes; nosotros nos atreveríamos a decir, que es lo que nos distingue y nos especializa sobre el resto de especialidades, valga la redundancia.

La EPS se conforma como el “buque insignia” de las enfermeras de la Atención Primaria (AP). Es la herramienta básica para hacer prevención y promoción, para perseguir ese gran objetivo que es el autocuidado.

La actualidad (crisis económica, básicamente) hace que este buque esté un poco tocado y haga aguas por algún flanco. El profesor Marfínez Riera, hace un exhaustivo estudio en la revista Rol, hablando de Crisis y Enfermeras. Os recomendamos esa lectura, ya que plasma el pensar de la mayoría del “enfermería” en la red. Además se basa en estadísticas y da buenos razonamientos... Estamos en crisis sanitaria ¿el sistema es sostenible?



Habla de una APS deteriorada, donde “la Promo” y “la Preven”, son dos señoras que vienen poco por el centro de salud, donde imperan las actividades asistencialistas, y donde el presupuesto es menor de un 14% del total (y bajando). Dice también, que la garantía del éxito está en la reorientación de los servicios de salud hacia la atención a crónicos –que al fin y al cabo son responsabilidad “cuasi” exclusiva de la enfermera de atención primaria– pasa por actuar en varios frentes a la vez, con especial énfasis en el desarrollo de programas de autocuidado (mediante EPS), la potenciación de la gestión de casos, y el fortalecimiento de la APS.

## LA ENFERMERA COMUNITARIA COMO EDUCADORA Y PROMOTORA DE SALUD ¿REALIDAD DE HOY?

Cierto es, que las enfermeras, no hemos dejado de impartir EPS individualizada, cada vez que acuden a la consulta de enfermería, a nuestros pacientes –sobre todo los pertenecientes a los “novedosos” programas de salud: niños, pacientes crónicos e inmovilizados–.

También es una realidad que apenas se imparte EPS a grupos, fuera de la que dan los matrones y matronas en el tercer trimestre a las embarazadas, algún grupo que pelea contra el tabaquismo, algún grupo de diabéticos (si quedan estos grupos), que no dejan de ser un grano de arena en el desierto.

La escasez de recursos humanos (falta de sustitutos o de dinero para pagarlos) hace que nuestras agendas diarias se vean sobrecargadas con pacientes de otras compañeras, y esto lleva a que tengamos que sacrificar alguna de nuestras “responsabilidades”: la educación a grupos se reduce a unos pocos acontecimientos anecdóticos en el quehacer enfermero, cuando podía ser nuestro “botón de ancla”.

Retomando el artículo de Jorge, hay otro párrafo, de sus conclusiones, digno de mención, en el que “las enfermeras Comunitarias dicen sentirse un profesional autónomo, no subordinado a ningún otro profesional, interacciona con las personas cotidianamente a través de la Educación Sanitaria, tiene claro que el objeto de la acción profesional son las necesidades de salud de los individuos, familia y comunidad a la que atienden”.

No olvidemos esto jamás, que como enfermeras atendemos a esa gente, que actuamos para cubrir o intentarlo, las necesidades que ellos expresan.

## DÓNDE ESTAMOS, QUIÉNES Y DÓNDE NAVEGAMOS

Con todo lo expuesto, está claro que la red, se configura como principal punto de encuentro, tanto de profesionales sanitarios, como de receptores de cuidados (pacientes).

Es interesante remarcar esta doble vertiente virtual, donde se crean así dos conceptos relativamente novedosos para el quehacer del mundo sanitario: el “e-paciente” y la “e-nfermera”. Y si hablamos de e-pacientes y de e-nfermeras, viene sola la idea de la “e-PS”: la “e-ducación para la salud”.

Internet es un medio cómodo, donde el receptor de EPS se encuentra seguro, tranquilo y relajado, condiciones todas óptimas para recibirla. El señor/a está en su casa, en un sitio elegido y controlado en cierta medida por él. Recibe la información que él quiere, cuando quiere.

Nosotros podemos incidir en el “cómo quiere”: son muchas ya, las charlas de pasillo que se oyen en los centros de salud diciendo, que el paciente se “asesoró en Internet”, que no todo lo que dice la red está contrastado, o que no es cierto.

Bien, pues dando EPS nosotros mismos a nuestros pacientes, controlamos esa información, la verificamos, la validamos, nos responsabilizamos de esos contenidos.

## QUÉ PRETENDEMOS

De este modo, tenemos a nuestros pacientes empoderados y “e-mpoderados”: el “empoderamiento” es un anglicismo castellanizado, descende de “empowerment”, que viene a significar, potenciar, impulsar, dar poder. ¿Y por qué vamos a dar poder a nuestros pacientes? Pues porque hay unos señores, los *enfermeros de práctica avanzada*, que dicen que ellos proporcionan “empowerment” (que parece que te van a dar los polvos esos hiperprotéicos que dan en algunos gimnasios, junto al bote de brillantina y el bronceador), compartiendo su poder/autoridad con otros enfermeros, colegas y pacientes, familiares, cuidadores, comunidad, etc..., o permitiéndoles acceder o reafirmar su propio poder. ¡Qué chulos son, ¿no?!

También tocan a los líderes, y repiten la famosa canción, que tanto daño hizo a la lírica anglosajona: “follow the leader”, que lo que quiere decir (no es follo-u-the líder, no somos tan brutos las enfermeras de primaria, somos primarias, sí, ¡¡pero decentes!!) Es: “sigue al líder”.

Hablan de que el empoderamiento es una estrategia, fundamentada la visión compartida entre el líder y los seguidores: “followers”, (es el destino del “follower”, ¡qué se le va a hacer!); así como la voluntad del líder de delegar en otros. Los líderes, visionarios, proporcionan “empowerment” a sus “followers” (e-pacientes, colegas e-nfermeras, familiares, cuidadores, e-comunidades) aumentando la influencia de estos *enfermeros de práctica avanzada* (anda que no es pretencioso el “palabro”) dentro y más allá de las fronteras de la enfermería. Como diría el amigo Buzz Lightyear: “¡hasta el infinito y más allá!”... Sinceramente, nosotras creemos que estos *enfermeros de práctica avanzada*, lo que persiguen son los musculosos esos, o al menos a esto nos conducen todos los indicios.



## QUÉ ESPERAMOS

Nuestros pacientes, nuestras familias, se expresan en el Facebook, en Twitter, en sus blogs o foros: este es el nuevo tablero donde toca jugar. Y realmente el

tablero es apasionante, y las reglas no son demasiado complicadas.

**Normas de Netiqueta en la red:** conjunto de normas de comportamiento general en Internet. La Netiqueta no es más que una adaptación de las reglas de etiqueta del mundo real a las tecnologías y el ambiente virtual.

Regla 1: Nunca olvide que la persona que lee el mensaje es humana, con sentimientos que pueden ser lastimados, lea varias veces antes de enviar algo.

Regla 2: Adhiérase a los mismos estándares de comportamiento en línea que usted sigue (o debería seguir) en la vida real

Regla 3: Escribir todo en mayúsculas se considera como gritar y además, dificulta la lectura. Procure no escribir en colores; el rojo, puede significar enfado, por ejemplo.

Regla 4: Respete el tiempo y ancho de banda de las otras personas.

Regla 5: No mienta: las mentiras no suelen perdonarse entre los internautas. Es mejor obviar una información que no queramos dar, a falsearla.

Regla 6: Comparta su conocimiento con la comunidad.

Regla 7: Ayude a mantener los debates en un ambiente sano y educativo.

Regla 8: Respete la privacidad de terceras personas, cuide los datos personales que comparte en la red, fotos, etc.

Regla 9: No abuse de su poder. No haga *trolling*, ni *flooding*. Ni genere, o comparta *spam*.

## GLOSARIO

**Troll:** internauta que entra en los espacios web, a pelearse o a soliviantar al resto de internautas. Una vez identificado el troll, la netiqueta recomienda que "no se les dé de comer", que se les ignore.

**Flood:** Se usa en la jerga informática para designar un comportamiento abusivo de la red de comunicaciones, normalmente por la repetición desmesurada de algún mensaje en un corto espacio de tiempo.

**Spam:** Basura, correo basura. Hay una regla implícita, que dice, que no se debería enviar por email, nada que no fuésemos capaces de mandar por correo ordinario.

Según Siles, las enfermeras comunitarias somos profesionales con capacidad reflexiva. La subjetivi-

dad, el proceso dialéctico y la resolución de problemas/ construcción de nuevas realidades son las bases comunes de un proceso que es el cuidado enfermero. Somos una profesión madura, inmersa en una sociedad transcultural que nos está demandando.

¿A qué estamos esperando? ¡Es nuestro momento!

Hablamos de herramientas 2.0, de TIC (tecnología de la información y la comunicación), de líderes virtuales.

En la revista de enfermería facultativa, de octubre de 2011, Íñigo Lapetra, nos habla de "I@s Enfermer@s 2.0", que habitan en las redes sociales, donde "comparten" y "difunden" datos, de índole privada-social y profesional. La enfermera, consciente de este cambio de modelo de relacionarse, destaca participando e implicándose, compartiendo material, a fin de mejorar y desarrollarse asistencial y profesionalmente.

**Tabla 1. Algunos blogs, webs y foros enfermeros que nos gusta visitar**

El diagnóstico enfermero	eldiagnosticoenfermero.blogspot.com.es
Las TIC en EpS	lasticeneps.blogspot.com
Enfermer@ invisible	agmasid.wordpress.com
ObservaTICs	observatics.blogspot.com
Blog de Lola Montalvo	lolamontalvo.blogspot.com
Enfermería en Práctica Avanzada 2.0	enfermeriaavanzada.blogspot.com
Enfermero en Nunca Jamás	enfermeroennuncajamas.blogspot.com
Sesiones de enfermería	sesionesdeenfermeria.blogspot.com
Tablón en Blanco. Comunidad enfermera	http://www.tablonenblanco.com/smf
Metodología enfermera	metodologiaenfermera.blogspot.com
Enfermería milenium	www.enfermeriamilenium.com/
Enfermera 2.0	enfermeradospuntocero.blogspot.com/
Pildorita 2.0	lapildoritadospuntocero.blogspot.com
Signos Vitales 2.0	http://signosvital20.com



Cuidando.es	www.cuidando.es
EnfermerActivista: Homo Sanitarius	homosanitarius.blogspot.com
Foro de la profesión enfermera	www.foroenfermeria.es
Enfermería basada en evidencia (EBE)	http://ebevidencia.blogspot.com
Asociación de enfermería comunitaria	http://enfermeriacomunitaria.org/web/
EsParaTraposdePapel	http://esparatraposdepapel.blogspot.com
GNEAUPP	www.gneaupp.es
Unidad de Enfermería Familiar y Comunitaria	unidadenfermeriafamiliarcomunitaria.blogspot.com
La comisión gestora	lacomisiongestora.blogspot.com

Las webs actuales son dinámicas: se opina e interactúa. Se pueden criticar, ampliar e incluso, pedir rectificaciones. Es este interactuar lo que las hace más atractivas, tanto al que la diseña, como al que la lee, disparando así su popularidad entre los ciudadanos, que las usan a diario.

Hoy, en twitter, se habla de herramienta 2.0 como una actitud que la enfermera debería tener para hacerse visible. Y surgen así, movimientos multidisciplinares como "mírame/diferénciate" o el superviviente "proyecto fresneda", modelos de buen quehacer profesional de índole asistencial, a través de los recursos que Internet ofrece.

**Tabla 2. Blogs, webs y foros de personal sanitario y/o anejos, que también nos gustan**

Mírame-Diferénciate	http://diferenciate.org/
Reflexiones de Rafa Olalde (médico)	reflexionesrafaolalde.blogspot.com
Proyecto Fresneda (EAP)	http://www.proyectofresneda.org/
SOMaMFyC (médica)	http://www.somamfyc.com/
Wikisanidad	http://wikisanidad.wikispaces.com/
Sobrevivirrhé (rrhh)	http://sobrevivirrhhe.blogspot.com
Perdidos en Pandora	http://inquietudesmaimonides.blogspot.com
El arte de presentar	http://elartedepresentar.blogspot.com
Veritas est ibi (gestión)	http://veritasesibi.wordpress.com
Carpe Diem (Mir)	http://carpediem-msconcu.blogspot.com.es/
Medicina de familia Tortuga	https://medicinadefamiliatortuga.wordpress.com/
Blog no oficial del C.S. Calahorra (EAP)	http://25anivercentro.blogspot.com
Salud con cosas (gestión)	saludconcosas.blogspot.com

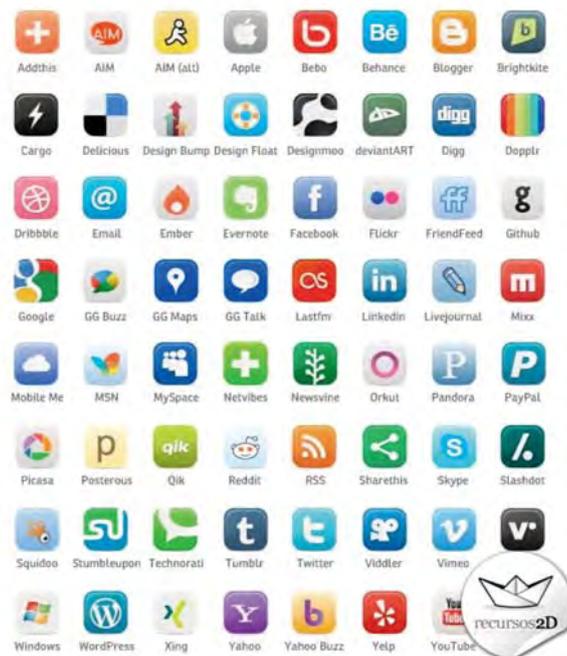


Imagen 2. Iconografía 2.0.



## COMO TERMINAMOS

Concretando ya, que presumimos que algun@s de ustedes están ya medio seducid@s, otr@s fascinad@s, otr@s preocupad@s (cómo nos gusta una arroba en una palabra)...

Nosotras queremos, básicamente:

- ✓ Que no se nos vaya al garete la Atención Primaria, tan necesaria y querida.
- ✓ Que la enfermería riojana brille con luz propia, y ponga sus conocimientos en este mundo virtual/real, que no es para nada difícil y al que tenemos tanto que ofrecer. Que metamos nuestros deditos en nuestros tecladitos y compartamos conocimientos, aumentando la inteligencia colectiva (de nuestro colectivo, valga la "repugnancia") en estos tiempos tan convulsos.
- ✓ Y que no soltemos jamás las riendas de la Educación Para la Salud, que para eso estamos más que formad@s y avezad@s.

## ¡AL GRANO! (Y UN DESEO)

Y ya, para terminar, elevando la seducción al plano "estratégico-planificador", *invitar* a las instituciones que nos representan y/o nos dirigen, a que impulsen las *iniciativas enfocadas a promocionar la EPS en la red de modo institucional* (es que lo propio de las instituciones ha de ser institucional, sí o sí), y que recordamos, aumentan considerablemente la *eficiencia* (que rima con gerencia); quedando así, tan evidente, tan mono y tan aparente, el logo de Riojasalud, en cada blog, en cada foro de cada enfermera riojana, por ejemplo, a fin de empoderarnos los unos a los otros, ahí en plan comuna organizada (a la europea), que incluso haría **del barco, flota...y de la flota: futuro!**

Despedirnos, deseándoos, o mejor deseándonos a todos los colegas "Salud y Prosperidad" (como es-

cribe un gran forero leonés), o extrapolándolo al más genuino "estilo Alma-Ata: **"Salud y prosperidad para todos en el año...."** (Sin caducidad, mejor, ¿no?).

## BIBLIOGRAFÍA / ENLACES VISITADOS

- (1) Il Plan de salud de la Rioja 2009-2013. Págs. 8, 58, 82, 107, 108, 116, 152, 235, 322, 347, 349 y Cap. 18.
- (2) El libro blanco del e-paciente: <http://e-patients.net/u/2011/11/Libro-blanco-de-los-e-Pacientes.pdf>.
- (3) Mínguez Arias, J. Una "re-visión" de la enfermería comunitaria de la Rioja. Rev. Crónicas de enfermería. Nº 31, junio 2011: 10-18.
- (4) Martínez Riera, J. R. Crisis y enfermeras. Rev. ROL. Enf. 2012; 35 (2): 108-119.
- (5) Pérez de Hita C. y cols. Guía de Validación y Manual de proyectos de Educación para la salud y fomento del Autocuidado. Área 3 del Servicio Madrileño de Salud. Madrid; 2008.
- (6) Arribas Acha, A. et al. Papel de enfermería en Atención Primaria; plan de mejora de atención primaria de la comunidad de Madrid; 2006-2009.
- (7) Dra. Iyari Sánchez Díaz. El Empoderamiento como elemento fundamental en el control de las enfermedades crónicas. Mérida, Yucatán; 29 de Marzo de 2010.
- (8) Polo, Guillermo. En la mirada está la diferencia. Rev. Enfermería facultativa, nº 152, enero 2012: 16-17.
- (9) Lapetra, I., Polo, G. Redes Sociales: "libertad, encuentro y conocimiento". Rev. Enfermería facultativa, nº 152, enero 2012: 18.
- (10) Barrera, E. y Ávila, J. F. Web 2.0 y otros recursos de Internet.
- (11) Fidel Rodríguez, A. Proyecto fresneda. Rev. Enfermería facultativa, nº 151, diciembre 2011, p. 29.
- (12) Navarro, O. Comunidades de práctica 2.0 en el entorno de profesionales de la salud. Enferm. Clin. 2011. doi: 10/1016/j.enfcli.2011.07.005.
- (13) Cobo Romani, C. et al. Planeta web 2.0. Inteligencia colectiva o medios fast food. Grup de Recerca d'interaccions Digitals, Universitat de Vic. Flacso México. Barcelona/México D.F., 2007.
- (14) <http://es.wikipedia.org/wiki/Netiquette>
- (15) [http://es.wikipedia.org/wiki/Inteligencia\\_colectiva](http://es.wikipedia.org/wiki/Inteligencia_colectiva)
- (16) <http://nuevastecsomamfyc.wordpress.com/>
- (17) [enfermeradospuncero.blogspot.com/](http://enfermeradospuncero.blogspot.com/)
- (18) <http://www.proyecto fresneda.org/>
- (19) [enfermeriaavanzada.blogspot.com](http://enfermeriaavanzada.blogspot.com)
- (20) <http://elartedepresentar.blogspot.com>



Imagen 3: La/el enfermera/o riojana/o "mete los dedos en el teclado": por el 2.0.

# Educación terapéutica en diabetes

Nuria Blasco Muro (col. nº 2919). *Enfermera Educadora en Diabetes.*

## 1. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Antes de definir la Educación Terapéutica es necesario explicar un término más amplio que es el de Educación para la Salud. Se define como el conjunto de actividades y conocimientos que mueven a la persona a querer estar en salud, a saber conseguirla y a intervenir en ella. Va destinada a la población en general o a un determinado grupo de población (en nuestro caso, prediabéticos). En definitiva busca la prevención mediante los profesionales de la salud.

Existen tres prevenciones en la EPS:

- **Primaria:** intervenciones que intentan evitar la aparición de la enfermedad. **Misión de los profesionales de primaria.**
- **Secundaria:** se realiza cuando la prevención primaria no ha existido o ha fracasado. Son intervenciones encaminadas a proporcionar tratamientos precoces y oportunos e interrumpir el curso de la enfermedad previniendo las complicaciones crónicas. **Misión de primaria y especializada (E. Terapéutica).**
- **Terciaria:** se realiza cuando no han existido o fracasado las anteriores. Son intervenciones encaminadas a evitar las complicaciones agudas (en DM, hipo, hiperglucemia y cuidado de los pies. **Misión de primaria y especializada.**

## 2. EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN DIABETES

Tiene como destinatario al propio individuo ya con patología establecida, y es parte integral de su enfermedad. Se reserva a la prevención secundaria y terciaria.

Su **objetivo fundamental** es conseguir que el paciente llegue al **autocontrol** que consiste en que sea capaz de utilizar la información obtenida del autoanálisis y sepa interpretarla para poder ajustar todo su plan terapéutico (insulina, ADO, alimentación y ejercicio).

Los **requisitos** para conseguir este objetivo son la participación activa del paciente en su enfermedad y tratamiento, así como que se convierta en un experto en su enfermedad. Para ello es necesario:

- **El conocimiento** de los objetivos específicos.
- **La motivación** que deriva del conocimiento, ya que genera confianza y disminuye la ansiedad y el temor a hacerlo mal.

## 3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer los objetivos terapéuticos.
- Conocer y manejar las herramientas que tenemos para ello.

## 4. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- ✓ HbA<sub>1c</sub> ≤ 6,5
- ✓ Glucemia basal y preprandial (mg/dl) 70-100
- ✓ Glucemia postprandial (mg/dl) ≤ 140 (criterio ampliable según edad)
- ✓ Colesterol total (mg/dl) < 185
- ✓ Colesterol LDL (mg/dl) < 100 (si ACV < 75)
- ✓ Colesterol HDL (mg/dl) } > 45 ♂  
> 55 ♀
- ✓ Triglicéridos (mg/dl) < 150
- ✓ TA (mmHg) ≤ 130/80
- ✓ IMC (Kg/m<sup>2</sup>) } > 27 ♂  
> 25 ♀
- ✓ Perímetro de cintura } > 102 ♂  
> 88 ♀
- ✓ Tabaco NO



## 5. HERRAMIENTAS



### 5a. Conocimientos sobre DM

La **diabetes** es una enfermedad producida por defecto en la **secreción** de insulina (absoluto o relativo), defecto en su **acción** (resistencia insulínica), o ambos juntos. Esto provoca dos situaciones:

- Desorden metabólico en HC (no entra glucosa, no se almacena), en proteínas (aumenta la proteólisis) y en lípidos (aumenta la lipólisis).
- Situación de hiperglucemia crónica por déficit de insulina que nos lleva a los síntomas de la diabetes: adelgazamiento, astenia polifagia, poliuria y polidipsia compensatoria.

La **insulina** es una hormona producida por las células del páncreas, que permita a la glucosa introducirse en las células para que estas lo utilicen como combustible (energía) o como reserva (en hígado y músculos), manteniendo los niveles de glucosa en sangre dentro de la normalidad (entre 70-100 mg/dl).

En un páncreas sano hay dos formas de **secreción de insulina**:



- **Basal o continua** encargada de controlar la glucosa endógena (procedente del hígado cuando no comemos).
- **Prandial o rápida**, estimulada por la ingesta y encargada de controlar la glucosa exógena procedente de los alimentos.

### 5b. Autoanálisis

Es la automonitorización de la propia persona con diabetes de los niveles de glucosa en sangre y cuerpos cetónicos en sangre y orina. Hay que saber a quién va dirigida, cuándo realizarla, enseñar las técnicas (glucemia, cetonemia y cetonuria), saber interpretar los resultados y pautas de actuación ante estos.

### 5c. Tratamiento oral: antidiabéticos orales (ADOs)

Grupo de fármacos que reducen los niveles de glucosa en sangre a través de diferentes mecanismos. Sobre ellos hay que saber:

- Los mecanismos de acción.
- Cuándo y cómo administrarlos.
- Efectos secundarios, sobre todo, los que puedan presentar hipoglucemia.
- Situaciones en las que se deben suspender temporalmente.
- La dosificación.

### 5d. Tratamiento con insulina

Lo que se debe saber ante el tratamiento con insulina es:

- Desterrar falsas ideas sobre la insulina.
- El concepto de insulina de I. basal y de I. rápida.
- Qué tipo de secreción de insulina está sustituida con su tratamiento.
- Perfil de acción de las insulinas pautadas.
- Manejo del sistema en que se presenta.
- Adaptación de la alimentación a la pauta de insulina.
- Concepto y uso del glucagón.
- Técnica de insulina.
- Concepto y manejo de la hipoglucemia.

### 5e. Complicaciones agudas

**Hipoglucemia:** Complicación más frecuente del tratamiento farmacológico (ADOs o insulina) en la diabetes. Se caracteriza por el descenso de la glucemia por debajo de los valores normales (< 70 mg/dl). Lo que deben saber es:

- Por qué se produce.
- Reconocer los síntomas.
- Cómo tratarla.
- Cómo prevenirla.

**Hiperoglucemia:** Situación metabólica más frecuente en diabetes caracterizada por incremento de glucemia por encima de los objetivos pautados: glucemia basal > 110 mg/dl y glucemia posprandial > 180 mg/dl o glucemia casual > 200 mg/dl.

- Lo que se debe saber es:
- Por qué se produce.

- Reconocer los síntomas.
- Cómo tratarla en situaciones de cetonas negativas o positivas.
- Cómo prevenirla.

### 5f. Alimentación

Tiene que ser adaptada a la capacidad de aprendizaje del paciente y así surgen tres niveles de educación:

- **I** o de supervivencia. Dirigido a pacientes con DM1, DM2 y DMG.
  - ↳ **Diferenciar** los 6 grupos de alimentos: lácteos, harinas, frutas, verduras, proteínas y grasas.
  - ↳ **Saber** de éstos cuales llevan HC y cuáles no.
  - ↳ **Conocer** los HC de absorción rápida y de absorción lenta.
  - ↳ **Emplear** correctamente estos dos tipos de HC según las diferentes ocasiones hipo/hiperglucemias, enfermedades, celebraciones.
  - ↳ **Conseguir** ingestas similares de HC todos los días (juego de las 3P y método plano).
  - ↳ **Saber adaptar** el peso de alimentos a volúmenes caseros (cazo, cuchara, vaso, plato llano, plato hondo y grosor del dedo) en cuanto a su contenido de azúcar.
  - ↳ **Entender** el efecto de la técnica culinaria, manipulación y mezcla con otros alimentos en el aumento de la glucemia postprandial.
  - ↳ **Saber adaptar** la alimentación a su pauta de tratamiento (suplementos SI/NO).
  - ↳ **Comprender** la importancia de comer entre horas.
  - ↳ **Saber** la importancia de llevar consigo HC rápidos, incluso lentos.
  - ↳ **Valorar** la importancia de una actividad física regular.
  - ↳ **Conocer** los efectos del alcohol.
  - ↳ **Diferenciar** de los grupos que contienen grasa (lácteos, proteínas y grasas) cuáles son más saludables.
  - ↳ **Mostrar** los alimentos que contienen exceso de sal.
  - ↳ **Entender** la importancia de la fibra.
  - ↳ **Distinguir** los tipos de edulcorantes.
- **II** o básico. Dirigido a los mismos pacientes superado el primer nivel.
  - **Todo lo aprendido en el nivel I +:**
    - ✓ **Identificar y relacionar** la glucemia capilar en función de la ingesta, ADO/insulina y actividad física.
    - ✓ **Saber modificar** la alimentación si se requiere, en función de estas variables.
    - ✓ **Interpretar** el etiquetado nutricional de alimentos envasados.
- **III** o avanzado. Dirigido a pacientes DM1 y DM2 con pauta de insulina bolus/basal.
  - **Todo lo aprendido en el nivel I y II +:**
    - ✓ **Saber ajustar** la dosis de insulina rápida según aporte de HC utilizando 2 parámetros:



- Ratio Insulina / ración HC.
- Factor de sensibilidad o corrección.
- ✓ **Saber ajustar** la dosis según el tipo de actividad y duración.
- ✓ **Conocer** el manejo de la **dieta por raciones**.

## 5f. Ejercicio

Se aconsejará al paciente de forma personalizada cuál es su actividad más adecuada, el tiempo, la intensidad recomendada y sus limitaciones.

También se informará de la importancia de este para su salud (mejora los objetivos terapéuticos) y su influencia en sus niveles de glucemia (efecto hiper e hipoglucemiante de los distintos tipos de ejercicio).

Finalmente cómo adaptar la alimentación y su tratamiento al ejercicio (para evitar las hipoglucemias).

## 5g. Cuidado de los pies por parte del paciente



### HIGIENE

- **Lavado:** agua templada entre 36 y 37°C jabón neutro y manopla de baño duración que no exceda 5 minutos aclarado con agua limpia secado perfecto ⇒ **Atención zona interdigital.**
- **Hidratación:** crema hidratante en talón, dorso y planta.
- **Calcetines:** de hilo, lana o algodón, cambio diario, sin costura...
- **Cortado de uñas:** limas de cartón, limar las uñas de forma rectilínea y **no** muy cortas.
- **No utilizar callicidas ni utensilios mecánicos.**



### INSPECCIÓN DEL PIE

- Indicar al paciente que lo haga en una zona iluminada y confortable.
- Si su edad o flexibilidad no lo permite enseñar el manejo del espejo.
- Si es imposible la autoinspección pedir ayuda al cuidador o familiar.
- Acudir al menos una vez al año al podólogo.



### CALZADO (I)

- **Función protectora frente medio externo:** térmica y mecánica.
- **Estabilización de la marcha.**
- **Perfecta adaptación a la morfología del pie:** evitar presiones.
- **Adaptación a cambios de volumen que sufre el pie:** con cordones o velcro.
- **Zona del antepié (pala) amplia:** permitir movimiento de los dedos.
- **Nunca andar descalzo.**
- **Si siente frío en los pies nunca exponer a fuentes de calor.**



### CALZADO (II)

- **Superficie interior lisa:** evitar lesiones por roce.
- **Contrafuerte en zona posterior semirígida:** para la estabilización y amortiguación biomecánicas.
- **Material:** transpirable, piel natural por su flexibilidad y elasticidad.
- **Tacón:** entre 2 y 5 cm.
- **Suela antideslizante.**
- **Comprar calzado por la tarde (pie más hinchado).**



## 5h. Exploración del pie por parte del profesional

El objetivo será identificar a los pacientes con pies de riesgo y la detección y tratamiento precoz de cualquier lesión activa en los pies.

### ¿CÓMO REALIZARLA?

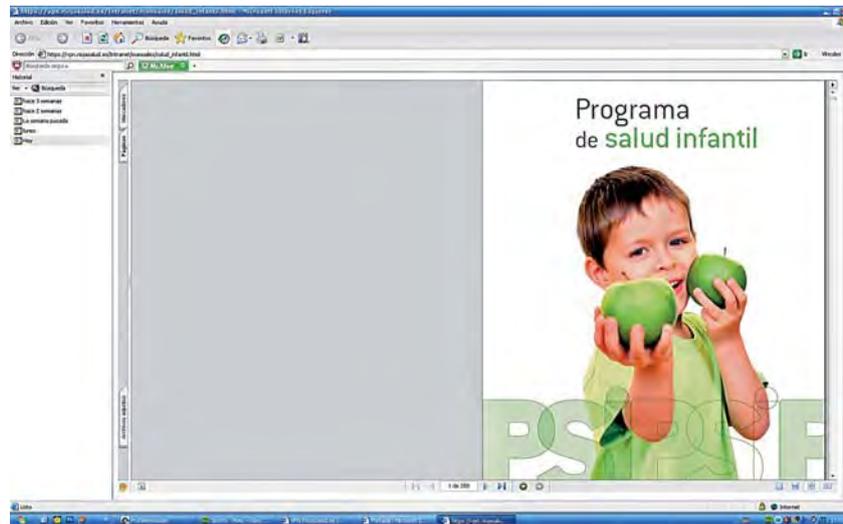
1. Examen macroscópico.
2. Examen dermatológico.
3. Examen de uñas.
4. Exploración de la sensibilidad.
5. Reflejos musculares.
6. Exploración para descartar la existencia de pie vascular:
  - Palpación de pulsos tibiales y pedios.
  - Cálculo del índice tobillo/brazo (ITB).
  - Cambios de color en relación con cambios de posición (S. Buerger).

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Escobar Jiménez, E., Soto, M. L. Diabetes Mellitus, entorno metabólico y complicaciones. Ed. Grupo automédica, S.A. 2000.
- (2) Serrano González, M. I. Educación para la salud y participación comunitaria. Díaz de Santos, Madrid, 1990.
- (3) Aguilera, E., Colungo, C., Rodríguez, E., Vidal, M. Guía práctica para educadores en diabetes: Alimentación, Inyección insulina, Guías de la Federación Española de las Asociaciones de Educadores en Diabetes, Madrid, 2004.

# Nuevo programa de salud infantil: Papel de la enfermera

Elisa Elías Sáenz (col. nº 2543). *Enfermera de Atención Primaria.*



Hace ya más de quince años, que se implantara en La Rioja el primer Programa de Salud Infantil, más comúnmente conocido como "Programa de Niño Sano o Protocolo de Niño Sano". Así que era bastante necesaria la actualización del mismo (al margen de que este sea un objetivo más del Plan de Salud 2009-2013 del Servicio Riojano de Salud). Este nuevo, incorpora diferentes cambios en la práctica clínica así como las actuales necesidades de la población infantil y adolescente de La Rioja.

De hecho, si revisamos el antiguo programa una de las grandes diferencias existentes es; que en la elaboración del mismo en ningún momento aparece nadie del colectivo profesional de Enfermería, este detalle es importante si nos paramos a ver cómo, en las diferentes visitas que realizamos al niño, desde el nacimiento hasta la adolescencia, en todas ellas (sin dejar ninguna) es el profesional de enfermería quien hace la consulta, mientras que el Pediatra no visita al niño en todas las revisiones (ver imagen 1).

Edad	Profesionales	Actividades Previstas	Información y Consejo
Primeras Semanas	Enfermera y Matrona	Información IM	E lactancia materna SMI y Plaquemil Suero, Regido, los dientes, Tabaquismo pasivo.
1 mes	Enfermera	Regimen cildado Información acuras	LM. Lactancia materna. Suero, SMI, y Plaquemil. Falla. Merluza higiénica. Accidentes. Tabaquismo pasivo.
2 meses	Enfermera y Pediatra	Vacunación	LM. SMI. Asesores.
4 meses	Enfermera y Pediatra	Educación Información acuras	Conceptos a evitar a tener
6 meses	Enfermera	Vacunación Tabaquismo pasivo	LM Alimentación complementaria Accidentes. Tabaquismo pasivo.
8 meses	Enfermera y Pediatra	Entrenar en el uso Inmunizaciones	Alimentación Accidentes.
9 meses	Enfermera	Actividades planificadas	LM. Leche adaptada Alimentación complementaria. Educa, juegos de estimulación y emisión de palabras Accidentes.
12 meses	Enfermera y Pediatra	Prevención accidentes	Alimentación Salud bucodental Mochila y juegos de estimulación
15 meses	Enfermera	Imunizaciones	LM Alimentación complementaria Estimular la articulación. Estrategias de alimentación que se evita el riesgo Crisis en familia. Accidentes.
18 meses	Enfermera y Pediatra	Imunizaciones Prevención accidentes Tratamiento de la lactancia materna Control de estomatosis	Alimentación equilibrada y saludable Salud bucodental Control de estomatosis Infecciones urinarias, disminución del apetito, estibias.
3 años	Enfermera y Pediatra	Entrenar en el uso. Accidentes. Inmunizaciones. Transparencia	Alimentación. Salud bucodental. Actividad física. Normas de educación.
6-7 años	Enfermera y Pediatra	Completar vacunación Conceptos conductas antisano.	Alimentación. Salud bucodental. Actividad física. Accidentes. Tabaquismo pasivo.
9-10 años	Enfermera y Pediatra	Vacunación	Alimentación. Regimen y salud bucodental. Actividad física. Educación física. Juegos. Transparencia. Salud bucodental.

**VISITA DE PRIMERA SEMANA**

Profesional: Enfermera o Matrona

**Evaluación desde el nacimiento**

- Comprobar que la gestación y parto se han desarrollado de forma adecuada.
- Detectar factores de riesgo médico o psicosocial.
- Resolver dudas y preocupaciones.

**Actividades preventivas**

- Informar sobre cuándo acudir al cribado de enfermedades congénitas y de hipocauria (SEA) si no se han realizado.
- Informar sobre los cuidados de la piel y el ombligo.
- Informar sobre la postura en la cuna para prevenir el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) en decúbito supino y sobre los dispositivos de seguridad en el automóvil.
- Informar sobre el Programa de Salud Infantil (PSI) y de cuándo acudir al Centro de Salud para la apertura de la historia clínica.

**Evaluación del desarrollo físico y psicosocial**

- Peso, talla y PC en aquellos niños que se considere necesario. Registro en gráficas y documento de salud.

**Información, consejo, promoción y prevención**

- Fomentar la Lactancia Materna (LM) resolviendo dudas que se planteen en el amamantamiento.
- Aconsejar sobre estilos de vida saludables.
- Evitar el tabaquismo pasivo.

**Valoración individual del riesgo**

- Riesgo psicosocial y de maltrato, padres adolescentes, problemas adictivos, investigadores con discapacidades en el estudio.
- Prematuros con peso inferior a 1.500 gr o edad gestacional inferior a 32 semanas.

**VISITA DE 15 DÍAS**

Profesional: Enfermera y Pediatra

**Apertura historia clínica**

- Registro de datos y antecedentes familiares y sociales según modelo de historia clínica.
- Recoger datos sobre el embarazo, parto, y periodo perinatal.

**Evaluación desde la última visita**

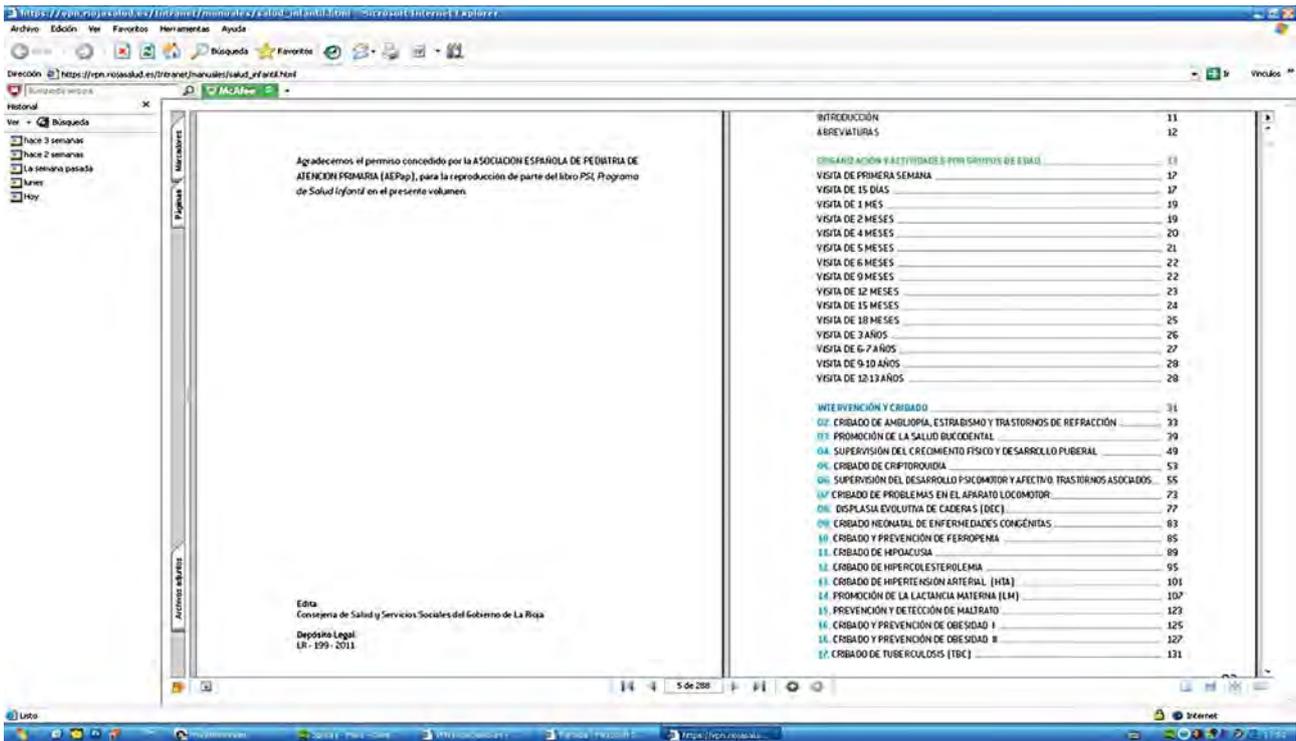


Imagen 1.

El Programa de Salud Infantil de la Comunidad Autónoma de La Rioja es el instrumento a través del cual los profesionales sanitarios pueden contribuir en mayor medida a la promoción de la salud, permitiendo el desarrollo y crecimiento óptimo del niño/a en todos sus campos.

Todos los profesionales de Riojasalud, pueden acceder a este programa como un Documento en PDF dentro de la intranet de Riojasalud y así poder consultarlo, e incluso descargarlo, aunque no se puede copiar ni imprimir (imagen 2).

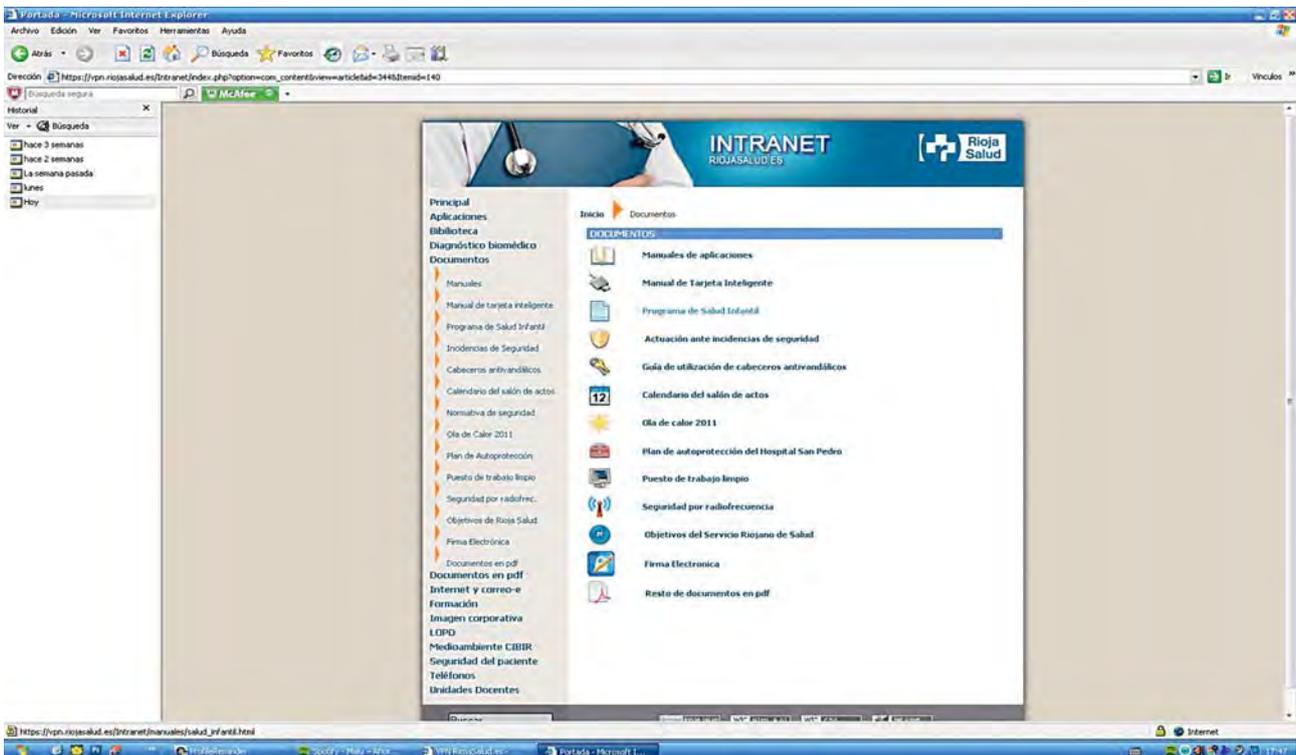


Imagen 2.



Además, los sanitarios que trabajen en Atención Primaria y sean usuarios del soporte informático Selene, pueden disponer de un acceso directo desde los formularios del programa de niño sano, de manera que si el profesional está recogiendo datos en ese momento en la consulta y tiene alguna duda

sobre qué es lo que tiene que hacerle a ese niño, en ese momento (dietas, vacunas, etc.) puede solo con un golpe de "click", llegar a través del icono del niño, directamente al programa y consultar lo que necesite (imagen 3).

EXPLORACIÓN ACTUAL		DESARROLLO PSICOMOTOR	
Acude a la revisión con	Madre y Padre	Madre y Padre	16/04/2012 13:57
Edad(meses)	6	6	16/04/2012 13:57
Peso (kg)	7.15	7.15	16/04/2012 13:57
Altura (cm)	65.0	65.0	16/04/2012 13:57
Perímetro Cefálico (cm)	43.0	43.0	16/04/2012 13:57
EXPLORACIÓN FÍSICA			
Ausc. cardiopulm.			
Pulsos periféricos		Normal	13/02/2012 12:31
Palpación abdominal		Normal	09/01/2012 13:00
Genitales externos		Normal	13/02/2012 12:31
Caderas		Normal	09/01/2012 13:00
Transparencia ocular (0-3 m)			
Hirschberg (6-23 m)			
Correcta vacunación		Sí	13/02/2012 12:31
Fontanela			
Hallazgos exploratorios			

Imagen 3.

La atención al niño sano es una de las intervenciones más importantes en la consulta de Pediatría de Atención Primaria. Además de la supervisión y promoción de la salud, dos de sus pilares básicos son la educación para la salud y la realización de actividades preventivas.

Dada la situación actual (recortes de personal y ajustes económicos...) cualquier profesional puede tener que realizar estas actividades en las consultas de Pediatría aunque no tenga mucha experiencia, ni conocimientos.

De todos es sabido, como incluso los Médicos de Familia "pasan" por las consultas de Pediatría a pesar de no estar suficientemente formados para ello.

Pues bien, este programa es la herramienta ideal como apoyo para estas actividades a la hora de hacer educación sanitaria.

Y así, tenemos varios ejemplos, como consejos sobre Lactancia materna o dietas, según las diferentes etapas de la vida... (ver Imágenes 4 y 5).

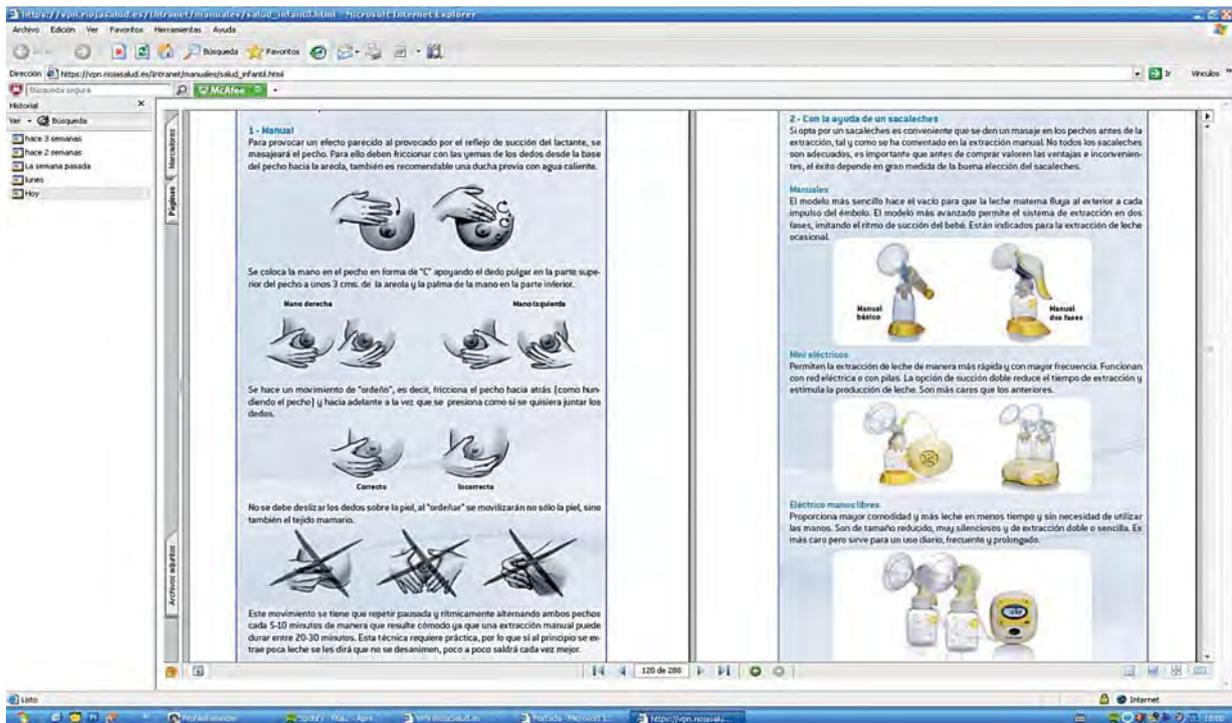


Imagen 4.

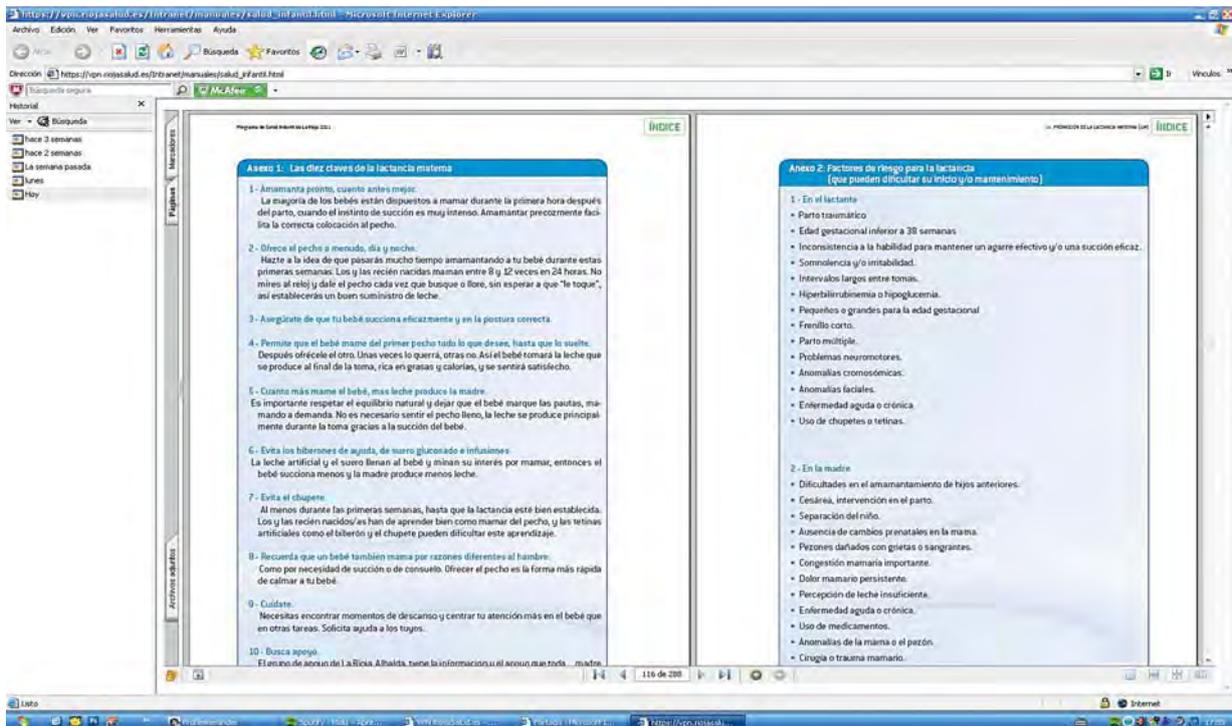


Imagen 5.

La mayoría de sanitarios que hemos trabajado en consultas de Pediatría, sabemos que muchas de las dificultades que esta especialidad entraña, no son los niños en sí mismos, sino los “padres”, debido a la cantidad (y diversidad) de preguntas que hacen y “porqués” que plantean...

Las enfermeras podemos consultar muchos de los anexos, que este programa tiene hechos, de manera

sencilla y precisa, saliendo así airosas de apuros, que en ocasiones nos podemos encontrar con los progenitores (control de esfínteres, rabieta, como establecer los límites...), es decir todo tipo de inquietudes que los padres no se atreven a preguntar al pediatra y a nosotros nos ven más accesibles. De este modo, no se deteriora la confianza que depositan en nosotros, y se refuerza la relación “enfermera-persona” (imagen 6).

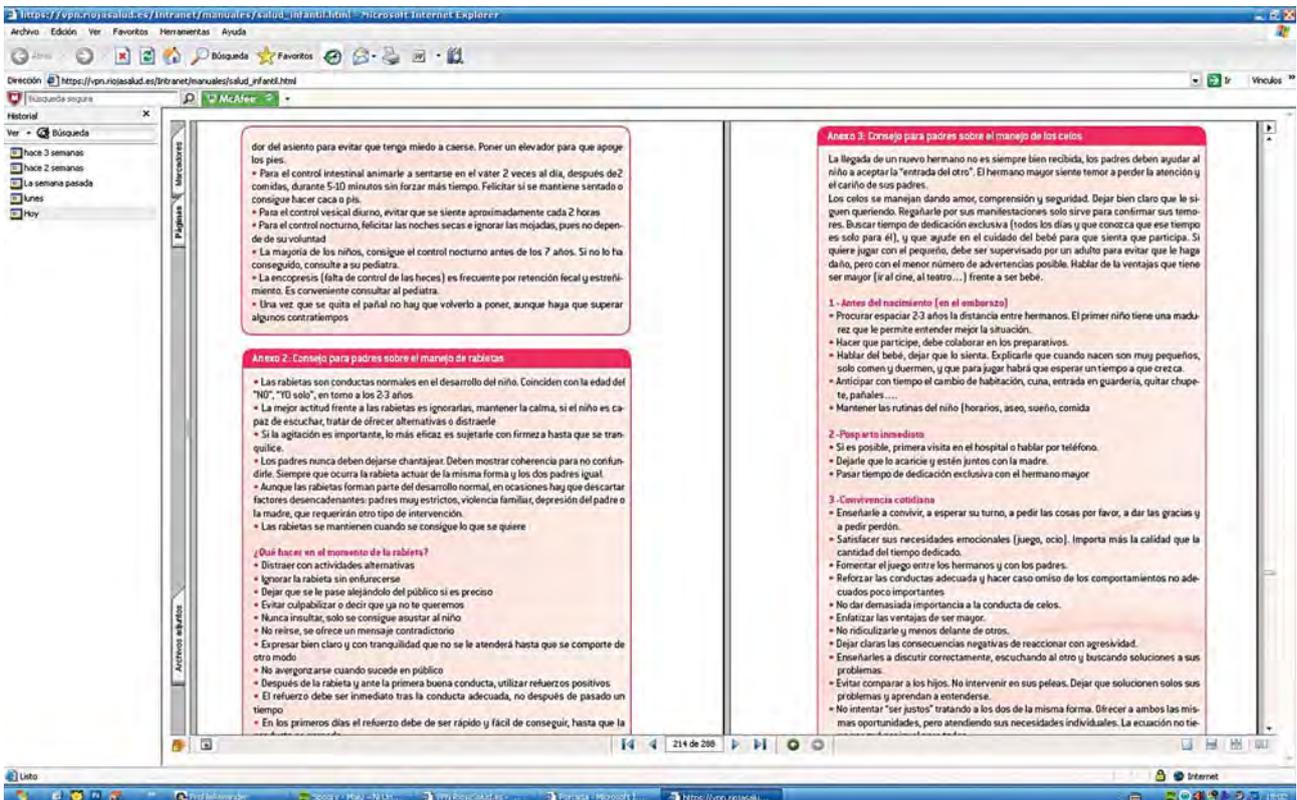
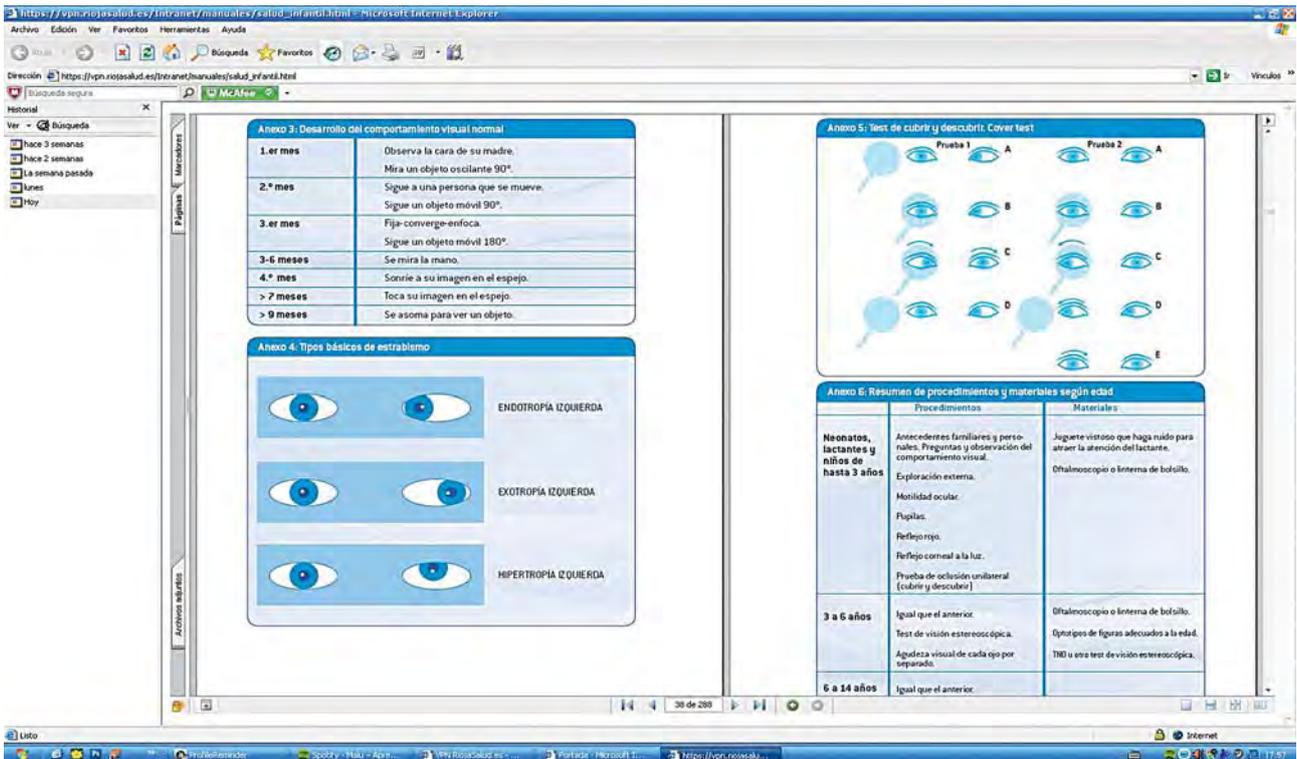


Imagen 6.

Otro de los asuntos que trata de manera exhaustiva y muy clara, es el de las vacunaciones: los diferentes calendarios, pautas, vacunaciones internacionales, posibles interacciones, e incluso, las vacunaciones en

adultos y en viajeros a países exóticos, tema que suele crear bastantes dudas entre nuestro colectivo y que es de nuestra absoluta responsabilidad (imagen 7).

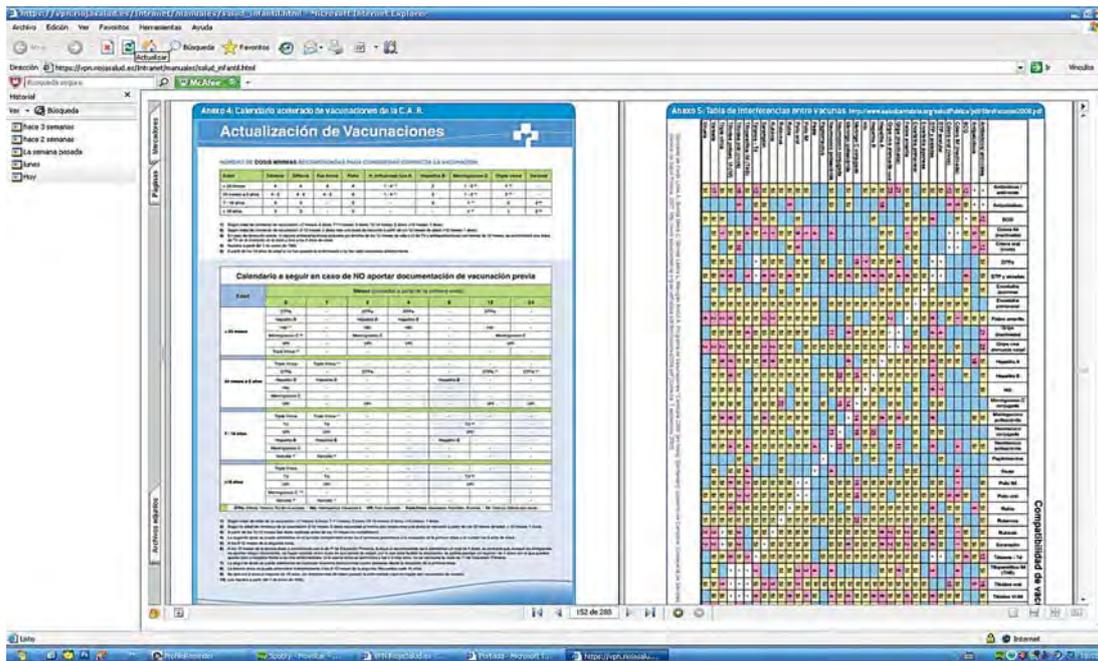


Imagen 7.

En definitiva, se trata de un libro de muy fácil manejo y consulta, que incluso a nivel personal, todos deberíamos ojear en alguna ocasión, por ejemplo, a la hora de preparar una oposición (especie en peligro de extinción).

Es de esas herramientas o instrumentos en los que se nota que la enfermería ha tenido mucho que ver, como podéis ver por el equipo de trabajo que

lo integra (ver imagen 8) y al que nos deberían agradecer, porque afortunadamente somos el colectivo que más educación sanitaria intenta hacer en la Atención Primaria (AP) de Salud y afortunadamente nos tuvieron en cuenta; y hoy en día, desgraciadamente, es de los pocos programas de salud, de AP, que todavía se mantienen en nuestros Centros de Salud.

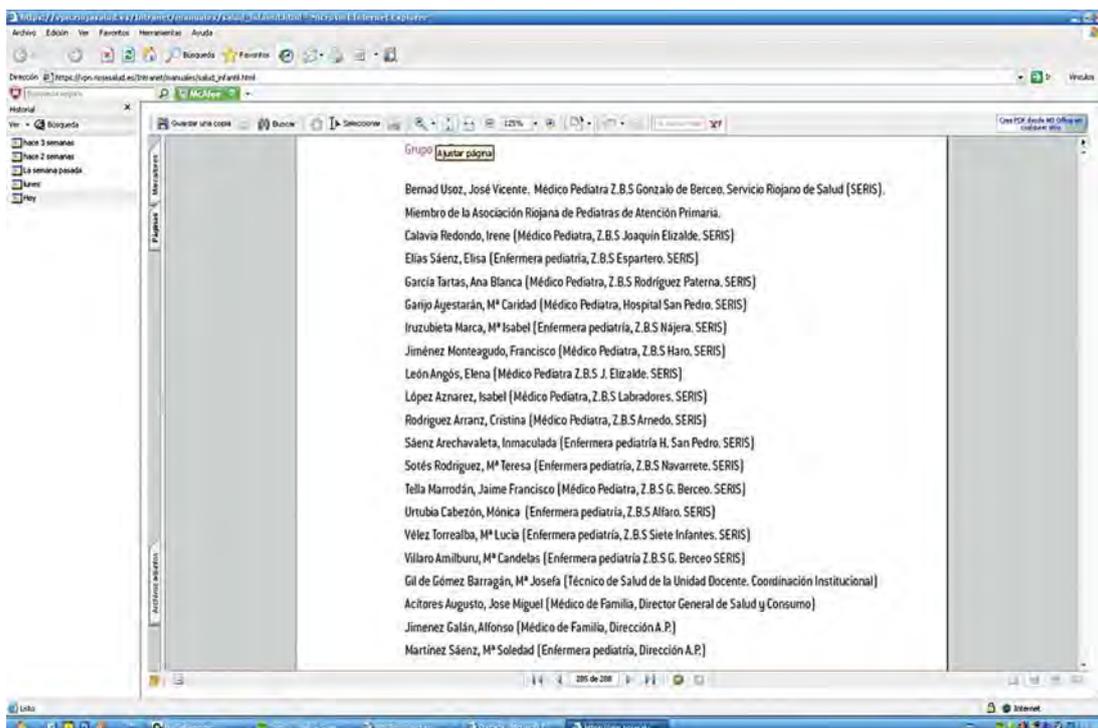


Imagen 8. Equipo de trabajo.



## Avanzando en la técnica de punción arterial. “Tu mano en buenas manos”

Marian Acero López (col. nº 2729); Lidia Baños Aristimuño (col. nº 2966); Carolina Berger Morales (col. nº 2970); Valvanera Cordón Hurtado (col. nº 3608); Pilar Rubio García (col. nº 2558); Rebeca Soto Olarte (col. nº 3197). *Enfermeras Urgencias*.

### RESUMEN

La Insuficiencia Respiratoria se define como la incapacidad del aparato respiratorio para mantener los niveles arteriales de O<sub>2</sub> y CO<sub>2</sub> adecuados para las demandas del metabolismo celular.

Algunas estadísticas generales reflejan que sin un tratamiento inmediato, la falta grave de oxígeno provocada por este síndrome causa la muerte en el 90% de los casos, por lo que es considerada una urgencia médica. Es un cuadro clínico muy frecuente con el que el paciente acude al servicio de urgencias, siendo la gasometría arterial una de las técnicas fundamentales para el diagnóstico y seguimiento del paciente.

Sin embargo tiene un inconveniente; debido al dolor que produce, algunos pacientes la reciben con cierto rechazo. Con motivo de mejorar la calidad asistencial del paciente en urgencias, hemos visto la necesidad de demostrar que el paciente que conoce la técnica de punción arterial simple, prefiere que se le administre anestesia local previa a su realización.

La normativa SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica) recomienda infiltrar anestesia local en la punción arterial, porque disminuye el dolor, la ansiedad y la hiperventilación no alterando los valores gasométricos. Sin embargo, la Práctica Clínica es bien distinta y en muy pocas Comunidades existe un protocolo avanzado.

**Palabras clave:** Insuficiencia Respiratoria, Gasometría Arterial, Dolor, Calidad asistencial, Anestesia Local, Normativa SEPAR, Protocolo avanzado.

### ABSTRACT

Respiratory failure is defined as the inability by the respiratory system to maintain the adequate O<sub>2</sub> and Co<sub>2</sub> arterial levels for the cellular metabolism requirements.

Some general statistics reflect that without immediate treatment, the sever lack of oxygen caused by this syndrome causes death in 90% of the cases, which is why it is considered a medical urgency. It is very common clinical symptom for which the patient arrives to ER, with an arterial blood gas test being one of the essential techniques for the diagnosis and follow up of the patient.

However, there is one inconvenient; due to the pain it causes, some patients are not all that keen to receive it. Aiming to improve the quality of the assistance to the patient at ER, we have come across the need to show that, the patient who knows the simple arterial puncture technique prefers to be administered local anaesthesia prior to it being carried out.

The SEPAR (Spanish Society of Pneumology and Thoracic surgery) regulations recommend for local anaesthesia to be infiltrated in the arterial puncture, because it reduces the pain, anxiety and hyperventilation, whilst not altering the blood gas values. However, the Clinical Practice is significantly different and in few regions does and advance protocol exist.

**Keywords:** Respiratory failure, Arterial blood gas test, Pain, Quality of the assistance, Local Anaesthesia, SEPAR regulations, Advanced protocol.

### FUNDAMENTOS

Los cuidados enfermeros evolucionan día a día, dando respuesta a nuevas necesidades tanto del paciente como del profesional de enfermería. Con este trabajo pretendemos destacar la importancia de actualizar nuestros conocimientos. Que la desmotivación, la preocupación o la indignación que estamos viviendo en estos momentos de recortes en los servicios de salud, no impliquen el abandono de la investigación.

Como profesionales del cuidado, apostamos por la mejora en la atención a nuestros pacientes.

El paciente con Insuficiencia Respiratoria que llega a nuestro Servicio de Urgencias, es un paciente “especial” que asume la punción arterial (p.a.) que se le va a realizar de forma convencional como dolorosa. En la actualidad no es necesario que esto siga siendo así, sobre todo cuando la SEPAR recomienda la infiltración de anestesia local previa.

Realizamos un estudio durante el segundo semestre de 2011 en el área de Urgencias del Hospital San Pedro. Con la revisión bibliográfica y el análisis de los datos obtenidos, demostramos que el paciente **PRE-FIERE** y **DEMANDA** la p.a. con anestesia local.

Con motivo de mejorar su calidad asistencial, hemos adaptado un protocolo basado en el Manual SEPAR de Procedimientos, publicado en (<http://www.riojasalud.es/f/rs/docs/tec-arterial-simple.pdf>) e implantado en el Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro desde el 1 de junio de 2012.

Debido a los resultados satisfactorios obtenidos, esperamos que este protocolo que ahora os presentamos, se haga extensible al resto de las áreas asistenciales del SERIS. Pretendemos crear pautas de buena praxis ante la punción arterial para gasometría, con la innovación de introducir la infiltración anestésica.

## CONCEPTOS

- La **gasometría arterial**, es una de las pruebas básicas para medir la función pulmonar. Informa de la oxigenación plasmática y de la eliminación del anhídrido carbónico del organismo. La gran expansión que ha adquirido la oxigenoterapia durante los últimos años, en sus diversas facetas y modalidades, ha resaltado y consolidado aún más la incorporación de esta técnica como instrumento de trabajo indispensable para la labor clínica, sin la cual difícilmente se puede optimizar la atención a los pacientes neumológicos. Así mismo el concepto de insuficiencia respiratoria, situación clínica cuya elevada morbilidad y mortalidad conlleva unos costes sociales y económicos elevados, reposa exclusivamente en la medición de la presión parcial de los gases fisiológicos en sangre arterial.
- El valor del **pH** equivale a la concentración de hidrogeniones (H<sup>+</sup>) existente en sangre. Expresa numéricamente su mayor o menor grado de acidez. En el individuo sano oscila entre **7.35 y 7.45**.
- El valor de **presión parcial de O<sub>2</sub>** en sangre (PaO<sub>2</sub>) corresponde a la presión ejercida por el O<sub>2</sub> que se halla disuelto en el plasma. No debe confundirse con la cantidad que se halla unida a la hemoglobina en combinación química reversible, o a la cantidad total existente o contenido de oxígeno. Se expresa en mmHg. En el individuo sano su valor disminuye progresivamente con la edad, pero, respirando aire ambiente y a nivel del mar, siempre debe ser **superior a 90 mmHg**.
- La **presión parcial de CO<sub>2</sub>** (PaCO<sub>2</sub>) corresponde a la presión ejercida por el CO<sub>2</sub> libre en plasma. Se expresa en mmHg. En el individuo sano su valor oscila entre **35 y 45 mmHg** y, a diferencia de la PaO<sub>2</sub>, no varía con la edad.

## INDICACIONES

1. Evaluar la existencia de insuficiencia respiratoria aguda y ayudar a determinar las actuaciones terapéuticas.

2. Cuantificación de una respuesta terapéutica (por ejemplo a la oxigenoterapia y a la VMNI).
3. Necesidad de medir el estado ventilatorio (PaCO<sub>2</sub>), el equilibrio ácido-base (pH, PaCO<sub>2</sub>, HCO<sub>3</sub>) y la oxigenación (PO<sub>2</sub>).

## PRECAUCIONES

Hay que extremar las precauciones y evitar en lo posible las punciones arteriales en las siguientes situaciones, llegando a ser en algunos casos incluso una contraindicación:

1. Cirugía previa en la zona (p. ej., disección o cirugía de la arteria femoral).
2. Pacientes tratados con anticoagulantes o con coagulopatía conocida.
3. Infección cutánea u otra lesión cutánea (p. ej., quemaduras) en el sitio de la punción.
4. Disminución de la circulación colateral. Pulso débil o inapreciable.
5. Pacientes con lesión grave de la extremidad.
6. Terapia trombolítica o candidatos a la misma.
7. Inaccesibilidad a la arteria por problemas de exceso de grasa, tejido o músculo periarterial.

## EQUIPO

- Kit para gasometría.
- Jeringa de insulina 1 ml con aguja fina, de calibre 30G (para anestesia).
- Anestésico sin vasoconstrictor (Mepivacaína al 2%).
- Clorhexidina alcohólica al 2%, gasas, esparadrapo, y guantes desechables (para la extracción).



## PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Averiguar si el paciente toma medicación anticoagulante o padece hipersensibilidad a la anestesia. Asegurar que se cumplen los requisitos necesarios para la correcta obtención de la muestra:

- Posición incorporada, sentado cómodamente (se anotará en caso contrario).

- Respirar aire ambiente (si está respirando oxígeno dejar respirando al aire, si clínicamente es posible, durante 20 minutos o anotar la concentración de oxígeno que respira). Esto salvo en el caso de pacientes que están en tratamiento con oxigenoterapia continua, en este caso se valorará la extracción de la muestra respirando el flujo de oxígeno prefijado.
- Informar al paciente de la técnica a realizar y de la posibilidad, si se punciona la arteria radial, de notar dormido el dedo pulgar como consecuencia de la anestesia.

## ZONA DE PUNCIÓN

Al elegir la zona de punción debe tenerse en cuenta la accesibilidad del vaso y el tipo de tejido, ya que los músculos, tendones y grasa son menos sensibles al dolor que el periostio y las fibras nerviosas.

Además, para reducir la probabilidad de punción venosa accidental, es preferible elegir arterias que no presenten venas satélites importantes.

En general, la **arteria radial** en el túnel carpiano satisface todos estos requisitos, recomendándose como lugar de elección. Si la circulación colateral es insuficiente en ambas arterias radiales (véase el apartado siguiente), o éstas son difícilmente accesibles, la **arteria humeral** en la fosa antecubital, inmediatamente por dentro del tendón del bíceps, es otra alternativa. La **arteria femoral** sólo se utilizará en casos excepcionales puesto que, por debajo del ligamento inguinal, no existe circulación colateral que actúe adecuadamente. Si se elige la arteria radial como lugar de punción, comprobar la permeabilidad de la circulación colateral de la mano realizando la prueba de Allen:

## CIRCULACIÓN COLATERAL (PRUEBA DE ALLEN)

En general, la muestra de sangre arterial que hay que analizar suele obtenerse por punción directa o mediante la utilización de un catéter arterial. Tanto en uno como en otro caso debe tenerse en cuenta que la invasión de la luz arterial puede provocar espasmo, formación de un trombo intramural o aparición de un hematoma periarterial. Cualquiera de estas complicaciones puede implicar isquemia distal. En consecuencia, es recomendable verificar la viabilidad de la circulación colateral.

La prueba de Allen es un método sencillo y fiable para comprobarla en la arteria radial.

Se pide al enfermo que abra y cierre vigorosamente el



puño tras haber localizado y comprimido la onda de pulso radial y cubital.

Tras 5-10 flexiones suele aparecer palidez isquémica palmar. Si el paciente está inconsciente o no coopera, eleve su mano por encima de la altura del corazón y presione hasta que palidezca.

Con la mano del enfermo extendida, se liberará la compresión cubital y se registrará el tiempo necesario para que reaparezca la coloración palmar habitual.

En general, se considera que la circulación colateral cubital es adecuada si ésta reaparece en menos de 15 s.

Si la mano permanece pálida durante más de 15 s, la circulación colateral es insuficiente y no se debería utilizar esa arteria radial.

## POSICIÓN DE LA EXTREMIDAD PARA LA PUNCIÓN

- a) Radial: se estabiliza la muñeca sobre una toalla pequeña o un paño enrollado. La muñeca debe flexionarse dorsalmente unos 30°.
- b) Humeral: se coloca una toalla enrollada bajo el codo del paciente mientras se hiperextiende el codo. Se rota la muñeca del paciente hacia fuera.
- c) Femoral: se gira la pierna ligeramente hacia fuera (ligera abducción de la cadera), y se elige un punto próximo al pliegue inguinal, unos 2 cms por debajo del ligamento inguinal.

## PASOS DEL PROCEDIMIENTO

1. Lavarse las manos y utilizar guantes.
2. Preparar la jeringa heparinizada, empapando el cilindro y llenando el espacio muerto de la jeringa y la aguja.
3. Palpar el pulso y determinar el punto de máximo impulso (Prueba de Allen).
4. Limpiar la piel con una gasa impregnada en solución antiséptica, *Clorhexidina alcohólica 2%*.



5. Inyectar una infiltración de 0,1 a 0,5 ml de anestesia que no contenga adrenalina, para

obviar el posible efecto vasoconstrictor (Mepivacaína 2%): hacer una pequeña infiltración intradérmica. Proseguir con una infiltración subcutánea. Finalmente hacer una última infiltración más profunda (muscular), según se precise en función de la arteria a puncionar.



6. Realizar un masaje sobre la zona infiltrada hasta conseguir una total absorción de la anestesia (un minuto).
7. Con el dedo índice de la mano libre, palpar el pulso arterial inmediatamente proximal al punto de punción. Una técnica alternativa es aislar por encima y por debajo la pulsación arterial con dos dedos índice y mediano de una mano y efectuar la punción entre ambos dedos.



8. Sujetar la jeringa como si fuera un lápiz. Orientar la aguja con el bisel hacia arriba, y puncionar la piel lentamente con un ángulo aproximado de 45-60° para las arterias radial o braquial (de 90° para la arteria femoral). Observe constantemente el eje de la aguja para ver cómo aparece la sangre.



9. Cuando aparezca sangre, detener el avance de la aguja y dejar que la sangre fluya libremente hacia la jeringa. La sangre debe llenar la jeringa sin necesidad de aspirar excepto en pacientes con hipotensión grave. En éstos, la sangre roja arterial aparece de forma espontánea en el eje de la aguja, en ese momento, se puede hacer una suave aspiración para obtener la muestra.
10. Si la punción no tiene éxito, es posible que se hayan atravesado ambas paredes arteriales. Retirar ligeramente la aguja hasta que la punta vuelva a entrar en la arteria y la sangre fluya hacia la jeringa. Si no se consigue que la aguja entre en la arteria, y aún existe un buen pulso, retirar la aguja justo por encima del bisel y redigir hasta el punto de máximo pulso. En caso de pérdida de la arteria durante la punción o no encontrarla en un primer intento, **NO VARIAR DE ÁNGULO EN CAPAS PROFUNDAS**. Podemos lesionar diferentes estructuras.
11. La desaparición de pulso suele indicar espasmo arterial o formación de hematoma. Si esto se produce, hay que retirar la aguja de inmediato, aplicar una presión directa y seleccionar otro lugar.
12. Obtener una muestra de 1ml de sangre (como mínimo), y extraer la aguja de la arteria. Aplicar de inmediato una presión directa con una gasa seca en el sitio de la punción durante al menos 5 minutos (más tiempo en pacientes con tratamiento anticoagulante o con trastornos de la coagulación).
13. Preparar la muestra de sangre para el laboratorio expeliendo de inmediato todas las burbujas de aire. Con la jeringa perpendicular, golpear con el dedo para que las burbujas de aire vayan a la parte superior de la jeringa, y expulsarlas en una gasa con alcohol (para recoger las gotas de sangre).
14. Pinchar la aguja en un tapón de goma o quitarla con unas pinzas. Sellar la jeringa con un tapón de goma. Hacer rodar suavemente la jeringa entre las manos para mezclar la sangre con la heparina.
15. Etiquetar la jeringa, indicando la concentración de oxígeno que ha estado recibiendo el paciente en la petición de SELENE. Enviar al laboratorio para su inmediato análisis.
16. Colocar una gasa seca estéril sobre el sitio de punción y asegurar firmemente con esparadrapo, evitando hacer torniquete. Comprobar la circulación y los pulsos de la extremidad cada 15 minutos durante 1 hora.

## COMPLICACIONES

1. Hiperventilación (por miedo o dolor).
2. Reacción vagal.



3. Neuropatías por compresión secundaria a los hematomas causados por las punciones arteriales. Los pacientes con anticoagulantes están expuestos a un riesgo más alto.
4. La punción repetida en un mismo sitio puede provocar una trombosis.
5. El espasmo arterial o un hematoma pueden alterar la circulación de la extremidad, especialmente en la arterial humeral.
6. Neuropatía al pinchar el nervio inadvertidamente.
7. Incorrecciones en la obtención y manejo de la muestra. Pueden ser fuentes de error:
  - El exceso de heparina disminuye el  $O_2$  y el  $CO_3H$ .
  - El retraso en el análisis aumenta la  $pCO_2$  y disminuye el pH y  $pO_2$ .
  - La muestra se puede coagular si la heparina y la sangre no se mezclan adecuadamente.
  - Si no se eliminan las burbujas de aire de la muestra, la  $PO_2$  puede aumentar.

## EDUCACIÓN DEL PACIENTE

1. No debe frotarse el punto de punción.
2. Comunicará cualquier sangrado, dolor, hormigueo o entumecimiento tras la punción arterial.

## VERSIÓN ESQUEMÁTICA DEL PROTOCOLO

### TÉCNICA DE INFILTRACIÓN ANESTÉSICA LOCAL PARA PUNCIÓN ARTERIAL

- Explicar al paciente el procedimiento a realizar y pedir su colaboración.
- Preguntar si tiene hipersensibilidad a la anestesia y si está recibiendo tratamiento anticoagulante.
- Lavarse las manos y utilizar guantes.
- Escoger la zona de punción. (1ª ELECCIÓN LA **ARTERIAL RADIAL**).
- Comprobar circulación colateral. (**PRUEBA DE ALLEN**).
- Limpieza de la piel con **CLORHEXIDINA S. ALCOHÓLICA 2%**.
- Realizar infiltración anestésica con **MEPIVACAINA 2%** (0,1-0,5ml), según se precise (aguja de calibre 30G):
  - Hacer una pequeña infiltración intradérmica.
  - Proseguir con una infiltración subcutánea.

- Finalmente hacer una última infiltración más profunda (muscular).

- Realizar un pequeño masaje sobre la zona para acelerar la absorción de la anestesia. Comprobar que la zona infiltrada se halla plenamente anestesiada.
- Colocar la muñeca del paciente hiperextendida, formando un ángulo de  $45^\circ$  con la aguja (calibre inferior a 20G).
- Avanzar lentamente la aguja hasta ver que la sangre fluye a la jeringa.
- En condiciones ideales, debe obtenerse un flujo de sangre pulsátil, capaz de elevar el émbolo de la jeringuilla de forma pasiva, obteniéndose 1ml (como mínimo). Se aconseja usar un KIT PARA GASOMETRÍA.
- En caso de pérdida de la arteria durante la punción, **NUNCA VARIAR DE ÁNGULO EN CAPAS PROFUNDAS**, podemos lesionar vasos y nervios.
- Al finalizar la extracción, retirar la aguja y presionar sobre la zona puncionada vigorosamente durante 2-3 min. con objeto de evitar la formación de hematoma. En pacientes con tratamiento anticoagulante, puede ser necesaria una compresión más prolongada (15-20 min.).
- Colocar apósito compresivo (evitando efecto torniquete).
- Eliminar de la jeringa las burbujas de aire que puedan haber quedado, sellarla con el tapón del kit y realizar la lectura de la muestra antes de 10-15 min.

**EL EMPLEO DE ANESTESIA LOCAL DISMINUYE EL DOLOR, LA ANSIEDAD Y LA HIPERVENTILACIÓN; POR ELLO AL REALIZAR UNA PUNCIÓN ARTERIAL SE DEBE INSISTIR EN SU UTILIZACIÓN.**

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) J. A. Barberá, J. Giner, P. Casan, F. Burgos. Manual SEPAR de Procedimientos. Módulo 3, Procedimientos de evaluación de la función pulmonar. Ed. Novartis Farmacéutica S.A. Madrid. 2002.
- (2) A. V. Valero, C. Martínez, L. Marciá. Anestesia local en la punción arterial: Actitudes y conocimientos de enfermería. Arch. Bronconeumol. 44: 360-3. 2008.
- (3) Griffin Perry, A., Potter, P. A. Enfermería Clínica: Técnicas y Procedimientos, 4ª edición. Ed. Harcourt Brace. Madrid. 1999.
- (4) Jean, A. Proehl. Procedimientos en Enfermería de Urgencias, tomo II, 2ª edición. Ed. McGraw-Hill/Interamericana. Madrid. 2001.
- (5) J. Giner, P. Casan, J. Belda, H. Litvan, J. Sanchís. Utilización de la crema anestésica EMLA® en la punción arterial. Rev. Esp. Anestesiología. Reanim., 46: 63-66. 2000.

# Seguro de Automóvil



## Porque cuando se queda sin coche, es cuando más ayuda necesita



Y además,

**50%**  
DESCUENTO

¿Tiene un problema con el coche y necesita que alguien le acerque al taller?

**Nosotros lo hacemos**

¿No sabe cómo volver a casa después?

**Nosotros le llevamos**

Y en caso de siniestro total, ¿cómo va a moverse?

**Con el coche de sustitución que A.M.A. pondrá a su disposición**

**A.M.A. LOGROÑO**  
c/ Doctor Múgica, 6 bajo  
941 24 13 00  
lrloja@amaseguros.com

**Colegio médico:**  
c/ Ruavieja, 67-69; 1ª planta  
941 23 87 50  
clrioja@amaseguros.com

**LA CONFIANZA ES MUTUAL**

