



SEAPA

**SOCIEDAD DE ENFERMERÍA DE
ATENCIÓN PRIMARIA ASTURIAS**

BOLETÍN DE INFORMACIÓN • AÑO II • MARZO 2003

SUMARIO

*Portada del folleto del
Congreso Nacional de Enfermería
de Salud Familiar y Comunitaria
de Torremolinos*

pág. 1

Editorial

pág. 2-3

Agenda de actividades

pág. 3

*Grupo de Metodología
y Diagnósticos de Enfermería
Guía Manual (3). Planificación*

pág. 4-5

*Cuidados paliativos
Cuidados de Enfermería (I)*

pág. 6-7-8

*Enfermería & Internet
El portal NIPE en Internet*

pág. 9

*Buzón del lector
IV Encuentros del Programa
de Actividades Comunitarias en
Atención Primaria –PACAP–*

pág. 10-11

*Investigación
Conclusiones de la I Reunión
de Responsables de Investigación
en Enfermería de Instituciones
Sanitarias*

pág. 11

¿Salud comiendo?

pág. 12

CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA



MEJORANDO LOS CUIDADOS ENFERMEROS

PALACIO DE CONGRESOS DE TORREMOLINOS

8, 9 y 10 DE MAYO DE 2003



I CONGRESO FAECAP

III CONGRESO DE ASANEC



ASANEC



SEAPA

SOCIEDAD DE ENFERMERÍA DE
ATENCIÓN PRIMARIA ASTURIAS

Sociedad miembro de FAECAP
(Federación de Asociaciones de
Enfermería Comunitaria y
Atención Primaria)

BOLETÍN DE INFORMACIÓN Año II • Marzo 2003

EDITA: SEAPA.

Sociedad de Enfermería de
Atención Primaria de Asturias

Dirección: Apartado de
Correos 898 - 33080 Oviedo

Teléfono: 679 214 378

E-mail: seapa@accesible.org

Web: www.accesible.org/seapa/

D.L.: AS-2.340/2002

Imprime: Grafinsa (Oviedo)

Editorial

«Borrar el pasado puede hacerse. No es sino cosa de olvidar, de lamentar y de retractarse. Pero lo que no se puede evitar es el futuro»

OSCAR WILDE

E FECTIVAMENTE, como bien nos decía el señor Wilde, el futuro ya está aquí y en este caso es un futuro en forma de **I Congreso de FAECAP**, pero antes ha habido otros aunque fueran en forma de Jornadas.

Fue durante el año 1999, cuando un@s compañer@s de siete sociedades científicas del momento (SEAPA, ABIC, ACIAP, SCMEAP, SEMAP, SEAPREMUR y AEC) pusieron su esfuerzo en sacar adelante lo que serían las **I^{as} Jornadas de FAECAP**. Su lema: «Enfermería y población: dejar huella».

Dentro de sus objetivos estuvieron:

- Dar a conocer la Federación, que en aquellos momentos estaba naciendo, a tod@s l@s profesionales que desarrollaban su trabajo en el ámbito de la A.P. y a los representantes de la población a quienes iban dirigidos nuestros cuidados enfermeros.
- Debatir y unificar criterios sobre cual debería ser la formación postgrado contrastando las actividades que se llevaban a cabo con las demandas de la población.

Como veis ya se hacia hincapié en darse a conocer a la población a través de nuestro trabajo y además se centraba el debate en la unificación de criterios de nuestra formación de postgrado.

Para todo ello se contó con compañeros tan conocidos en esa época como ahora y me acuerdo de... **Loreto Macía Soler** (Universidad de Alicante), **Adolf Guirao Goris** (ex Presidente de AEC), **Cristina Alberdi** (Diputada y Presidenta de la Asociación de Mujeres Progresistas), **Javier Urra** (ex Defensor del Menor), **Antonia Campo** (Institut Catalá de

la Salut) o **M.^a Teresa Moreno Casbas** (Escuela Nacional de Sanidad) que nos aportaron sus opiniones y conocimientos muy enriquecedores sobre los debates comentados.

Dos años después, y como se había acordado bianual, se volvieron a hacer en Madrid las **II Jornadas**, su lema «Seguimos avanzando», el éxito fue en aumento y las comunicaciones y los pósters fueron el complemento a las ponencias que contaron con tres mesas sobre:

- Grupos sociales desfavorecidos. Una realidad para la enfermería comunitaria.
- Análisis del trabajo enfermero en atención primaria.
- Perfil profesional de la enfermería en atención primaria.

En cada mesa el número de profesionales se quintuplicó sobre los de hacía dos años y se seguía viendo tanto en el lema como en las mesas la identificación profesional sobre los temas comunitarios, como sobre los profesionales y la carrera profesional.

Pues bien, lo que hoy presentamos aquí como portada de este nuevo boletín es el paso adelante, el siguiente, el antepenúltimo, transformado ya en **I Congreso de FAECAP**, todas vosotras ya lo conocéis tanto por el programa preliminar que ya os enviamos como por el maravilloso póster del mismo, donde se pueden ver unas manos y se deja a la imaginación de cada uno su interpretación, el lema «Mejorando los cuidados enfermeros», sigue las líneas anteriores y da si cabe más énfasis a nuestro trabajo, nuestra identidad principal, EL CUIDADO.



AGENDA

Nuestros compañeros andaluces de la ASANEC han hecho un esfuerzo muy importante y en este momento histórico que vivimos profesionalmente merecen el máximo apoyo con la presencia mayoritaria de enfermer@s asturian@s.

El hecho de haber por primera vez un programa científico precongreso con diez talleres, da buena cuenta de la actividad práctica enfermera en Atención Primaria. Además el programa científico presentado con ponentes tanto nacionales como internacionales da a entender que la Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria está más viva que nunca, que los retos que la sociedad nos presenta estamos en disposición de afrontarlos con **calidad asistencial** y que nuestros **cuidados** rozan la **excelencia**.

De todo ello hablaremos seguro muy bien después del Congreso, pero ahora debemos de apoyarlo con nuestra presencia, en un lugar tan maravilloso como **Torremolinos** y en un mes tan hermoso como el de mayo.

Ahora que hemos ya pasado de aquellas siete sociedades iniciales a nueve, debemos demostrar que estamos muy unidos a fin de presionar para que uno de los fines de la FAECAP, como es la Especialidad de Salud Familiar y Comunitaria, salga adelante este mismo año y se pueda ya ir trabajando para que se dé la formación en nuestra Comunidad Autónoma, que nuestros futuros compañeros diplomados puedan una vez que finalicen sus tres primeros años seguir aquí estudiando para completar su formación en este ámbito, y que así trabajen aquí en su tierra, que no tengan que emigrar como lo están haciendo incluso a otros países, que nosotros mismos podamos tener y ser referentes tanto de ellos como de otros compañeros con el acceso también a la especialidad, en definitiva seguir demostrando que nuestra profesión está más viva que nunca que la población necesita más que nunca, que la cuiden y para ello estamos nosotras ahí **en la familia y en la comunidad**.

Un saludo y nos vemos en Torremolinos.

I Congreso FAECAP / III Congreso ASANEC

Torremolinos, 8-9-10 mayo
www.faecap.com

V Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad

Salamanca, 20-21-22 de marzo
Davidapa@usal.es

IV Congreso Regional de Calidad Asistencial

Murcia, 27-28 de marzo
Rafael@carm.es

Jornadas sobre Atención Domiciliaria

Barcelona, 31 de marzo-1 de abril
Secretaría técnica ☎ 933 624 900

Jornadas sobre Atención Sociosanitaria

Barcelona, 1-2 de abril
Secretaría Técnica ☎ 933 624 900

VI Congreso Nacional y I Internacional de Historia de la Enfermería

Madrid, 3-4-5 de abril
C/ Imagen, 1
28801 Alcalá de Henares
☎ 912 805 825. Fax 912 805 740
Enfermeria2003@fgua.es

VII Jornadas Nacionales de Nutrición Práctica

Madrid, 8-9 de abril
DIETICOM España
C/ Ayala, 58 - 1º. 28001 Madrid
☎ 915 779 065. Fax 915 774 969
s.l.dieticom@telefonica.net

Jornadas Nacionales de Cuidados Paliativos

Zaragoza, 8-9 de mayo
Secretaría Técnica ☎ 943 747 310

XIV Jornadas de Interrelación de Enfermería

Novelda (Alicante), 21-22-23 de mayo
Dirección de Enfermería
del Hospital General de Elda
Crta. Elda-Sax 03600 Alicante
☎ 966 989 014. Fax 965 398 173
Ferrer_ele@gva.es

X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica

Alcalá de Henares (Madrid)
22-23-24 de mayo
Universidad de Alcalá
Escuela Politécnica
Secretaría Técnica ☎ 913 104 376

Congreso Internacional

«La vejez, una etapa de la vida»

Manresa, 29-30 de mayo
C/ La Culla, s/n. 08240 Manresa
☎ 938 742 112 (extensión 480)
Mgclave@hotmail.com

I Encuentro Nacional de Interrelación entre investigadores noveles y grupos consolidados de Investigación en Enfermería

Alicante 29-30-31 de mayo
Colegio de Enfermería de Alicante
Avda. Eusebio Sempere 11, esc. 2-1-1
03003 Alicante
☎ 965 123 622 / 965 121 372
Vocalias_alicante@cecova.org

VIII Jornadas Científicas de la Fundación INDEX

Cuidados de Enfermería en una
sociedad multicultural

I Encuentro de Enfermeras y Enfermeros Antropólogos

Albarracín (Teruel), 6-7-8 de junio
www.index-f.com/Albarracin.htm

III Reunión de Invierno de la AEC y I Jornadas de Enfermería Comunitaria de Navarra

Tudela (Navarra), 3-4 de octubre
Centro de Salud de Cascante
Avda. Caridad s/n
31520 Cascante (Navarra)
☎ 948 844 560. Fax 948 844 562
www.enfermeriacomunitaria.org

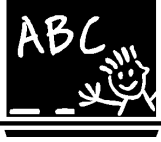
IV Jornadas de Trabajo AENTDE

Barcelona, 24-25 octubre
www.ub.es/aentde

VII Encuentro de Investigación en Enfermería

Zaragoza, 19-20-21 de noviembre
www.isciii.es/investen





GRUPO DE METODOLOGÍA Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

GUÍA/MANUAL (3)

Esta es ya la tercera entrega de la guía, que pronto tendréis en vuestras manos.

El SESPA se ha hecho cargo de la financiación, y distribuirá en breve la guía a todas las enfermeras asturianas. Agradecemos pues su colaboración. Entretanto, no queremos os quedéis a mitad del proceso, y abordamos en éste boletín de forma sencillita la **planificación**.

PLANIFICACIÓN

Esta es la fase en la que determinamos cómo dar los cuidados de enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos. En la que pensamos una estrategia de cuidados bien definida, que comprende priorizar los problemas del paciente, fijar los objetivos, determinar las actividades y registrar el plan de cuidados.

OBJETIVOS / RESULTADOS

Son los instrumentos de medición del plan de cuidados, nos permiten realizar la evaluación. Responden a dos interrogantes:

- ¿Qué se desea conseguir?
- ¿Cuándo se espera conseguirlo?

¿PARA QUÉ SIRVEN?

- Dirigen las intervenciones.
- Son factores de motivación.

OBJETIVOS CENTRADOS EN EL PACIENTE/FAMILIA/COMUNIDAD

Siempre que sea posible, los objetivos deber consensuarse conjuntamente con el paciente y/o las personas implicadas en su cuidado.

El sujeto de cualquier objetivo es el paciente y a la hora de determinarlos hay que centrarlo en él. Debemos pensar lo que se espera que logre el paciente, y no lo que la enfermera desea conseguir.

CARACTERÍSTICAS

- Derivan de los diagnósticos.
- Se registran como conductas mensurables.
- Se formulan conjuntamente con el paciente (cuando sea posible).
- Deben ser realistas respecto a las capacidades actuales y futuras del paciente y a sus recursos.

CLASIFICACIÓN

Respecto al tiempo:

- **Objetivo a largo plazo:** Ej. Mantener la integridad cutánea.
- **Objetivos a medio plazo:** Ej. Perder 4 kg./mes.
- **Objetivos a corto plazo:** Ej. Identificar signos y síntomas de hipoglucemia.

Respecto al dominio donde actúan:

- **Objetivos cognitivos:** relacionados con la adquisición de conocimientos o habilidades intelectuales.
Ej. Enseñar técnica para realizar auto análisis.
- **Objetivos afectivos:** asociados a cambios de actitudes, sentimientos o valores.
Ej. Cambiar hábitos alimentarios.
- **Objetivos psicomotores:** reflejan habilidades motoras.
Ej. Andar correctamente con muletas.

COMPONENTES DE LOS OBJETIVOS

- **Sujeto:** quién (persona que se espera que alcance el objetivo/resultado).
- **Verbo:** acciones (que acciones debe llevar a cabo esa persona para lograr el objetivo/resultado).
Deben elegirse verbos mensurables, que describan exactamente lo que se espera ver u oír.
 - **Verbos mensurables:** Identificar, explicar, perder, describir, comunicar, ganar, hacer, verbalizar, mostrar, realizar, enumerar, andar, demostrar...
 - **Verbos no mensurables:** Saber, pensar, comprender, sentir, entender, aceptar, apreciar...
- **Condición:** circunstancias (bajo que circunstancias esa persona llevará a cabo las acciones).
- **Criterio de realización:** grado (grado o estándar de consecución).

- **Momento:** tiempo.

Ej. Diagnostico: Lactancia materna ineficaz.
— **Objetivo:** La madre identificará acciones para el mantenimiento eficaz de la lactancia.
— **Sujeto:** La madre.
— **Verbo:** Identificará.
— **Condición:** Lactancia
— **Criterio de realización:** Mantenimiento eficaz.
— **Momento:** Tiempo de lactancia.

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA: NOC

Nombra, estandariza y proporciona escalas para medir los resultados de los pacientes dependientes de enfermería.

COMPONENTES DE UN RESULTADO NOC

- **Etiqueta:** denomina de forma concisa el resultado.
- **Definición:** descripción genérica.
- **Indicadores:** determinan el estado del paciente en relación con la etiqueta. Pueden utilizarse como resultados intermedios.
- **Escala de medida:** tipo Likert de 5 puntos. Permite cuantificar el resultado.
- **Bibliografía:** referencias utilizadas en el desarrollo del resultado.

CARACTERÍSTICAS DE LOS RESULTADOS NOC

- No se exponen como objetivos.
- Los resultados son conceptos variables que proporcionan más información que si se cumple o no un objetivo.
- La enfermera determina con que intervalo deben ser evaluados según su juicio clínico.
- Los resultados pueden ser tanto positivos como negativos.

SEGUNDA FASE: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Una vez establecidas las prioridades y desarrollados los resultados (objetivos), comienza la siguiente etapa de la fase de planificación: **Selección de las intervenciones enfermeras**, que describan de qué modo la enfermera ayudará al cliente a conseguir los resultados propuestos.

Estas intervenciones se establecen a partir de:

- La información obtenida durante la valoración.
- Las posteriores relaciones que tiene la enfermera con el cliente y la familia.

DEFINICIÓN. Las intervenciones de enfermería son todo tratamiento, basado en juicio y conocimiento clínicos, que un profesional de la enfermería realiza para conseguir los resultados pactados o aumentar la salud del paciente.

FINALIDAD. Las intervenciones enfermeras se realizan para:

- Controlar el estado de salud.
- Minimizar los riesgos.
- Resolver o controlar la causa de un problema. Si no se puede, minimizar los efectos de la misma en las personas.
- Si no se conoce el origen del problema, la finalidad será identificar la causa.
- Promover un óptimo estado de salud e independencia.

CLASIFICACIÓN

Intervenciones dependientes. Se refieren a la ejecución de las órdenes médicas. Indican cómo debe ejecutarse la prescripción médica.

Ejemplo: El médico escribe la orden de «control de la presión arterial un día a la semana». La enfermera define de qué modo se llevará a cabo la orden: «Determinar la P.A los miércoles, que es cuando puede acudir el paciente a la consulta de enfermería del centro de salud».

Intervenciones interdependientes. Describen las actividades llevadas a cabo por la enfermera en cooperación con otros miembros del equipo de salud (asistentes sociales, fisioterapeutas, médicos).

Ejemplo: Anciano en situación de riesgo social detectado en la consulta de enfermería del centro de salud. La enfermera se pone en contacto con la asistente social para establecer pautas de actuación conjuntas.

Intervenciones independientes. Intervenciones indicadas por la enfermera co-

mo respuesta a un diagnóstico enfermero. Se basan en los factores relacionados identificados en la declaración del diagnóstico de enfermería. Por tanto, definen las actividades necesarias para eliminar los factores que contribuyen a las respuestas humanas.

Ejemplo: Riesgo de caídas relacionado con (R/C) peligros en el hogar. Tras identificar este dxco. Enfermero, nos planteamos el siguiente objetivo (resultado): La paciente no sufrirá ninguna caída en su casa en los próximos 3 meses.

Las intervenciones de enfermería irán encaminadas a reducir los peligros ambientales en el hogar de la paciente:

- Procurar una correcta iluminación de las habitaciones.
- Establecer conjuntamente medidas de seguridad: asideros, eliminar o fijar alfombras, utilizar calzado con suela antideslizante, etc.
- Procurar mantener un entorno limpio, ordenado y bien ventilado.

El éxito de las intervenciones de enfermería depende de la capacidad que tenga la enfermera de generar y escoger alternativas que muy probablemente sean eficaces.

CARACTERÍSTICAS DE LAS INTERVENCIONES

- Ser consecuentes con el plan de cuidados.
- Basarse en principios científicos.
- Individualizadas.
- Utilizarse para proporcionar un ambiente seguro y terapéutico.
- Oportunidad de enseñar-aprender.
- Incluir la utilización de los recursos apropiados.
- Sopesar los riesgos y beneficios.

DIRECTRICES PARA REDACTAR LAS INTERVENCIONES

- Las intervenciones de enfermería deben estar fechadas y firmadas, para identificar la fecha de origen.
- Deberán incluir verbos de acción concretos.
- Deberán definir: QUIÉN, QUÉ, DÓNDE, CUÁNDO, CÓMO Y CON QUÉ frecuencia tendrán lugar las actividades identificadas.
- Si se usan planes de cuidados estandarizados, hay que comparar la situación específica de la persona con el

plan estándar. Decida qué es aplicable, qué no lo es y qué falta. Es decir, es necesario INDIVIDUALIZAR.

NIC (CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA). La organización sistemática de las etiquetas de intervención de enfermería, ha dado lugar a una nueva taxonomía: NIC.

La clasificación incluye las intervenciones tanto independientes como interdependientes (de colaboración). La NIC incluye intervenciones de la esfera fisiológica y la psicosocial. Se han incluido intervenciones para el tratamiento de enfermedades, la prevención de enfermedades y para el fomento de la salud. La mayoría son para su utilización en individuos, pero muchas son para uso en familias y, otras, para ser empleadas en comunidades enteras.

Cada intervención está catalogada con una denominación, una definición, una serie de actividades para llevar a cabo la intervención y lecturas de referencia.

La edición actual (3ª) clasifica 486 intervenciones y más de 12.000 actividades.

APORTACIONES DE LAS TAXONOMÍAS DIAGNÓSTICAS

- Crear un lenguaje enfermero común.
- Facilitar la comunicación de las enfermeras con otros profesionales; así como entre las enfermeras y los pacientes.
- Sistemas informatizados de información enfermera.
- Evaluar la calidad, efectividad e innovación enfermeras.
- Participar en los Cuidados Interdisciplinarios.
- Contribuir al desarrollo del conocimiento.
- Construir la ciencia enfermera.

CLAVES A TENER EN CUENTA EN LAS TAXONOMÍAS

- Resultado que buscamos en el paciente.
- Características y prioridades del paciente.
- Particularidades de la etapa previa del proceso.
- Base de investigación necesaria para la intervención.
- Viabilidad para realizar la intervención.
- Aceptabilidad del paciente.
- Capacitación de la enfermera.



CUIDADOS PALIATIVOS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA (I)

HISTORIA

EN EL MUNDO ANTIGUO, Grecia y Roma, se miraba a los enfermos con desprecio y, en consecuencia, el fuerte y sano no ayudaba al enfermo. Además no se consideraba ético tratar al enfermo durante su proceso de muerte ya que los médicos temían que al hacerlo corrían el riesgo de ser castigados y perder sus bienes por desafiar las leyes de la naturaleza.

La medicina y la religión no se distinguen claramente en ésta época, ya que la mayor parte de las veces es una mezcla de medicina, magia y superstición. Los cuidados a los enfermos los daban los sirvientes y esclavos, pero no estaban organizados como profesión.

Muchas enfermedades fueron identificadas en la antigüedad pero sin conocer su etiología: diabetes, epilepsia, bocio, ictericia, tumores, etc... La aparición del cristianismo con el **espíritu caritativo** de sus miembros, fue una influencia positiva en el cuidado de los enfermos. Los cristianos creían que la enfermedad y el dolor acercaba a Dios y establecieron el principio de «**ayuda al enfermo y necesitado**» como un signo de fortaleza y no de debilidad.

Los monasterios recogen y guardan en sus bibliotecas la ciencia médica existente hasta entonces y comienzan en sus huertos con el cultivo de las plantas medicinales que formaron los primeros medicamentos. Se crean las órdenes religiosas especializadas en la atención a los enfermos (Benedictinos, San Juan de Dios, Hijas de la Caridad). Simultáneamente, las Cruzadas generan órdenes militares de enfermeros para atender a los heridos de guerra.

Los cruzados fundaron hospitales muy rudimentarios a los que llamaron **hospicios**, proliferando por toda Europa, especialmente en el norte de Es-

paña siguiendo la Ruta Jacobea; un cercano ejemplo es el San Marcos de León.

El hospicio medieval no tenía tanto una orientación clínica como caritativa; se proporcionaba alojamiento y comida además de curar a los que fuera posible aunque, lamentablemente, no había mucha ciencia que ofrecer, muriendo muchas personas sin remedio aunque cuidadas hasta su muerte con especial énfasis en su bienestar espiritual.

La palabra latina **Hospes** significa huésped, siendo también origen de *hostal*, *hospicio* y *hospital*. Parece ser que la primera vez que se utilizó la palabra **Hospice**, refiriéndose a los cuidados de los moribundos, fue en 1842 en Lyon, Francia. Allí Jeannene Garnier, a través de una asociación, creó diversos hospicios.

Cicely Saunders

Nació en Londres en 1918. Es, sin lugar a dudas, la pionera del movimiento Hospice. En posesión de una gran formación cultural y profesional, es médico, enfermera y trabajadora social además de tener unas profundas creencias religiosas.

En 1967 funda el St. Christopher's Hospice en Londres consiguiendo organizar un ambiente en el que el paciente y su familia podían adaptarse mejor emocionalmente a la situación terminal cuando se prestaba atención a los síntomas físicos, psicológicos, sociales y espirituales de los pacientes terminales. El Hospice es, por lo tanto, un sitio distinto, intermedio entre el hospital, tal como lo entendemos, y el hogar. Un lugar con la capacidad científica del hospital y el ambiente cálido del hogar, donde se procuran **cuidados intensivos de confort**. El éxito de éste centro y su labor multiprofesional permitió que la filosofía paliativa se extendiera a otros hospicios y hospitales,

atención en domicilio y programas de investigación y docencia.

En 1970 publica *Cuidados de la enfermedad maligna terminal* donde se recoge la filosofía paliativa, así como la experiencia en éste nuevo tipo de cuidados. Ha sido publicado en varios idiomas y ha dignificado la base conceptual para el desarrollo de los Cuidados Paliativos en el mundo.



Elisabeth Kübler-Ross

Doctora Psiquiatra de origen suizo, aunque su vida profesional la desarrolla en EE.UU., trabajó durante 25 años con enfermos terminales en distintos hospitales. 1969 aparece su primer libro *Sobre la muerte y los moribundos* que tuvo un gran éxito a escala mundial y supuso una nueva visión de la psicología del enfermo terminal.

Ella realizó entrevistas a más de 500 enfermos próximos a morir, preguntándoles sólo sus miedos, sus preocupaciones, etc...

De esa amplia experiencia y de los testimonios de los propios enfermos describió las 5 fases por las que pasa el enfermo próximo a morir, fases emocionales de **negación, rabia, pacto, depresión y aceptación**.

Viajó por todo el mundo dando conferencias, habiendo publicado 18 libros traducidos a 20 lenguas y es Doctora Honoris Causa por más de 20 Universidades.

LA INTERNACIONALIZACIÓN DE LA FILOSOFÍA PALIATIVA

En 1974, en Connecticut, comienza a funcionar el primer hospital de América que oferta cuidados de tipo Hospice a domicilio.

En Canadá, en el Royal Victoria Hospital, se empleó por primera vez el término **cuidados paliativos** que parece describir mejor la filosofía del cuidado que se otorga a los pacientes terminales.

En Europa, los cuidados paliativos se desarrollan a partir de finales de los años sesenta. Sobresale el Profesor Ventafridda, que trabajó en el Instituto del Cáncer de Milán y desarrolló tratamientos contra el dolor en el cáncer. En Italia, el modelo de cuidados paliativos tiene la peculiaridad de incidir en los equipos de atención domiciliaria.

En Holanda, la opinión pública se ha centrado en los problemas de la generalización de la eutanasia y diversos autores piensan que éstos debates han llevado a descuidar los cuidados paliativos. Otros añaden que, por el mismo motivo, en Holanda es difícil que los equipos de cuidados paliativos alcancen un reconocimiento completo.

En los países del Este de Europa llegan noticias de un desarrollo creciente parejo a los cambios políticos experimentados, siendo el más destacado el de Polonia que ha reconocido la Medicina Paliativa como especialidad médica en 1995.

En América Latina, en los últimos años, florecen distintas iniciativas, sobre todo en Argentina, Colombia, Brasil y Méjico. Como ha ocurrido en otros lugares, personas que trabajan en Oncología o en dolor buscan preparación más completa y promueven equipos específicos de Cuidados Paliativos. En casi todos los países la baja disponibilidad y los precios de los analgésicos mayores dificultan su empleo en la fase terminal de las enfermedades.

DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ESPAÑA

En los años 80 algunos profesionales tomaron conciencia de que existía

un modo distinto de atender a los pacientes en fase terminal y, en base a ello, buscaron formarse fuera de nuestras fronteras para, posteriormente, poner en práctica éstos conocimientos.

El pionero, sin duda, es **Jaime Sanz Ortiz**, oncólogo, que visita el St. Christopher's de Londres y se empapa de la filosofía paliativa, creando, en 1987, la primera Unidad de España de Medicina Paliativa en el Hospital Marqués de Valdecilla de Santander.

Marcos Gómez Sancho se forma en Milán con el Profesor Ventafridda, poniendo en marcha posteriormente la Unidad de Medicina Paliativa en el Hospital El Sabinal de las Palmas de Gran Canaria en 1989.

La Generalitat de Catalunya, junto con la OMS, encarga en el año 1990 a **Borrás y Batiste** un plan piloto para la implantación y desarrollo de los cuidados paliativos en Catalunya.

En el año 1991 se crea la primera unidad de cuidados domiciliarios de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) que coordina en la actualidad más de 20 programas en todo el territorio nacional.



En 1992 se funda la **Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)** que ha difundido por todo el territorio la filosofía de los Cuidados Paliativos, con participación incansable de algunos de sus miembros mediante conferencias, talleres, congresos, etc... La Sociedad edita la revista multiprofesional *Medicina Paliativa* que es la primera publicación periódica en lengua castellana.

La SECPAL es el interlocutor natural de las autoridades sanitarias para los

problemas relacionados con la asistencia médica en la situación de terminalidad. En 1995, en Barcelona, se celebró el I Congreso de la SECPAL con la activa participación de más de 1700 delegados.

El desarrollo hasta la actualidad ha sido imparable aunque dista mucho de ser homogéneo, siendo Catalunya la Comunidad más avanzada con 3,82 camas/100.000 hab. dedicadas a Cuidados Paliativos seguida de Madrid con 1,2 camas/100.000 habitantes.

La mayor parte de los equipos existentes en España pertenecen a la Sanidad Pública. La AECC coordina 20 programas de Cuidados Paliativos, en su mayor parte de Unidades Móviles de atención domiciliaria.

CUIDADOS PALIATIVOS. DEFINICIÓN

Son programas de tratamiento activo destinados a mantener o mejorar las condiciones de vida de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo.

Intentan controlar no sólo el dolor y otros síntomas, sino también el sufrimiento para conseguir que éstos enfermos vivan con plenitud sus últimos meses o días de vida, y tengan una buena muerte.

ENFERMEDAD TERMINAL, según definición de la SECPAL:

- A–Diagnóstico de enfermedad confirmado.
- B–Enfermedad:
 - Avanzada
 - Incurable
 - Progresiva
- C–Falta de respuesta al tratamiento específico.
- D–Presencia de síntomas:
 - Intensos
 - Multifactoriales
 - Cambiantes
- E–Produciendo gran impacto emocional en:
 - Paciente
 - Familia
 - Equipo Asistencial
- F–Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

1. *Bienestar y confort:*

Mejorar la calidad de vida y conseguir el mayor bienestar físico y psíquico para el paciente y la familia.

2. *Pausados:*

Nos acercaremos al paciente con tiempo, no dando nunca sensación de prisa, ya que el enfermo lo puede entender como desinterés por su problema.

3. *Exquisitos:*

Dar importancia a los pequeños detalles (risa, escucha,...).

4. *Personalizados:*

Priorizar siempre el enfermo ante la enfermedad: sus gustos, aficiones, intereses, miedos, etc...

5. *Contacto físico:*

Los sanitarios infravaloramos lo importante que es el contacto físico para el enfermo, y es una forma de comunicación no verbal muy importante en el final de la vida: acercarse y tocar a los enfermos, colocar su almohada, darle la mano, etc...

6. *Integrales:*

Visión global del enfermo y atención a todas sus necesidades.

Con los cuidados **intentaremos**: aliviar, aumentar la calidad de vida y dar bienestar a los problemas que con mayor frecuencia afectan a los pacientes terminales.

Cuando a un enfermo se le diagnostica una enfermedad incurable, teniendo agotadas sus posibilidades de curación, sufre un **gran impacto psicoemocional** que va a afectar a muchos aspectos de su vida así como a las personas que le rodean: familiares, amigos, etc...

Cuando pudiese parecer que no hay nada que hacer, comienza una gran labor y un reto para el equipo sanitario que atiende a éste enfermo. Los profesionales de Enfermería, por ser quienes están más próximos al enfermo y tradicionalmente han llevado a cabo los cui-

dados a las personas enfermas, tienen la posibilidad de desarrollar distintas técnicas y habilidades, proporcionando cuidados que aumenten la calidad de vida del paciente, llenando ésta de sentido hasta su final.

La primera labor que debe realizar el Equipo es **cambiar los objetivos** que habitualmente están encaminados a la curación por objetivos cuya finalidad sea el bienestar físico y psíquico del enfermo y su familia, y que definiremos, siguiendo a Cicely Saunders, como **cuidados intensivos de confort. No vamos a salvar la vida del paciente**, pero vamos a intentar **mejorarle la calidad** del tiempo de vida que le queda.

Los Cuidados Paliativos van dirigidos a la persona enferma, pero igualmente a su familia: **familia y enfermo son la unidad a cuidar**. La familia, además, en Cuidados Paliativos, es **dadora y receptora de cuidados**. Como dadora de cuidados, la familia forma parte del Equipo y será necesario instruir a los cuidadores en aspectos como alimentación, higiene, cambios posturales, etc... Tenemos que pensar que en el domicilio propio la familia va a dar hasta el 90% de los cuidados al enfermo. Como receptora de cuidados, recibirá nuestra ayuda y apoyo y trabajaremos en la prevención del duelo patológico.

Enfermería tiene aquí un importante doble papel: por un lado promover actividades y cuidados para aliviar problemas y molestias del enfermo y por otro instruir y educar a la familia para que adquiera las técnicas y habilidades necesarias para dar los cuidados de alta calidad a su familiar; se trata, en definitiva, de **«enseñar a cuidar»**.

CUIDADOS Y RESPONSABILIDADES DE ENFERMERÍA

- Proteger al enfermo de la rutina y de la atención impersonal: el paciente no puede ser un número y un estómago, ni un pulmón, sino una persona con unos sentimientos, problemas, miedos, etc... El síntoma nunca puede estar por delante de la persona.

- Control y alivio de los síntomas.
- Mantener la máxima autonomía y dignidad del paciente hasta donde sea posible.
- Dar soporte emocional al paciente y a la familia.
- Ejercer una labor de comunicación y escucha.
- Planificar los cuidados postmortem si fuese necesario.
- Prevenir el duelo patológico.

FORMACIÓN

Para desarrollar todas éstas actividades, Enfermería debe poner en práctica técnicas y habilidades complejas, para lo que es necesaria la formación específica en Cuidados Paliativos.

EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA PALIATIVA

I *Escuelas de Enfermería:*

- Programas específicos en Cuidados Paliativos.
- Reciclaje del profesorado.
- Prácticas en Unidades y domicilios.

II *Post-graduados:*

- Cursos, conferencias, seminarios, talleres...
- Reciclajes en Centros de Salud y Unidades.

III *Investigación:*

- De contenidos y prácticas.
- Publicaciones.
- Intercambio y transmisión de experiencias.

NECESIDADES

- Reconocimiento pleno de la labor de Enfermería dentro del Equipo Multidisciplinar, con responsabilidades y toma de decisiones.
- Políticas sanitarias que fomenten y ayuden a la implantación y desarrollo de los Cuidados Paliativos.

INÉS COSSÍO RODRÍGUEZ
Diplomada en Enfermería y Trabajo Social.
Centro de Salud de Otero (Oviedo)



EL PORTAL NIPE EN INTERNET www.nipe.enfermundi.com

Como ya todos sabéis, FEACAP, y por ende todas las sociedades científicas federadas, comenzamos a participar en el Proyecto NIPE, para la normalización de las Intervenciones para la Práctica de Enfermería. El proyecto, nace en el año 2000 fruto de un acuerdo marco entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Consejo General de Enfermería.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

En dicho momento, se establece dos objetivos del proyecto:

- Un sistema de mejora continua de la calidad de los cuidados de enfermería.
- Un sistema de estimación de costes generados por enfermería, demostrando su aportación al sistema sanitario.

Se estima que entre un 30 y 40% del presupuesto sanitario se gasta en cuidados de enfermería, pero, hasta el momento, nunca se ha aplicado la estricta contabilidad a éste campo.

Para ello, se identificarán y definirán indicadores de calidad que son las NORMAS NIPE.



La normalización, es un término frecuentemente utilizado, pero no siempre bien entendido. Es la «actividad dirigida a establecer medidas frente a situaciones repetitivas, mediante la elaboración, difusión y aplicación de documentos técnicos, denominados Normas».

Estamos ahora en la segunda fase del proyecto que es la Normalización de las Intervenciones mediante la validación teórica y empírica, y FAECAP negocia la participación para validar intervenciones de la tercera edición de la NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería). Obtendremos Normas EN AI.

Para garantizar la eficacia y eficiencia del Proyecto, la Agencia Española para la Calidad de la Enfermería (antiguo ISECCS), se propone crear una comunidad virtual para el

desarrollo profesional dentro de enfermundi. De aquí surge el subportal de normalización.

En el área del portal tenemos información, documentación, servicios profesionales, formación, comunidad, secciones temáticas, utilidades, club de enfermería y el Boletín Enfermundi. Dentro del boletín, el apartado Desarrollo Profesional, y en el mismo, el subportal del NIPE.

Sería interesante que viérais los extensos contenidos del proyecto, las normas NIPE, la metodología. Pero, sin duda, el objetivo es ser un canal de participación de los profesionales, y por ello ofrecen:

SERVICIOS PARA LOS PROFESIONALES

- **Catálogo de normas:** mediante un sistema de búsqueda, pone a disposición las normas editadas, para que los enfermeros interesados puedan hacer comentarios en los foros de debate habilitados a tal efecto.
- **Foros de debate:** para someter e información pública los proyectos de norma para emitir comentarios antes de ser aprobados.
- **Noticias:** avances del proyecto, desarrollo de jornadas..., noticias relacionadas con el proyecto.

SERVICIOS PARA EL GRUPO DE TRABAJO

- **Bases de datos:** pieza clave del proyecto para alimentar el catálogo de normas.
- **Foros de debate y chats:** para someter a información y debate las normas en los grupos de trabajo.
- **Documentación:** necesaria para llevar a cabo todo el proceso metodológico.

Pretende, pues, este subportal promover el trabajo corporativo, con áreas de discusión, visualización de normas, fondos documentales...

No dejéis de visitarla, de ampliar la información al respecto que puntualmente se cuelga de nuestras páginas de FAECAP y de SEAPA, y, por supuesto lo más importante: **sacar partido a los sistemas y animaros a participar en el Proyecto.**

MARTA GONZÁLEZ PISANO

IV ENCUENTROS DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA –PACAP–

Con la presencia del 49% de enfermeras, el 30% de médicos, el 15% de trabajadores sociales y el 6% de otros, se celebraron el 27 de abril de 2002 los IV Encuentros del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Nuevamente los profesionales de enfermería somos mayoría entre los asistentes.

SOBRE EL PACAP

¿Qué es el PACAP?

Un Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria, aprobado en julio de 1996, cuyo fin último es «estimular, apoyar y promover actividades comunitarias en el ámbito de la Atención Primaria, así como avanzar en el conocimiento de los instrumentos y la metodología de trabajo comunitario».

La principal actividad y sobre la que gira todo el Programa es: la Red de Actividades Comunitarias (RAC), que se concibe como una red de grupos en acción, pertenecientes o con algún tipo de conexión con un centro de salud y que estén llevando a cabo alguna actividad de participación o intervención comunitaria.

¿Quién puede pertenecer a la RAC?

Todos aquellos grupos de profesionales y/o ciudadanos que pertenezcan o tengan algún tipo de conexión con un centro de salud y que estén llevando a cabo en la actualidad alguna actividad de participación intervención comunitaria.

¿Cómo se establece la pertenencia a la Red?

A través de la cumplimentación de un cuestionario de adscripción a la RAC que deberá ser remitido (por correo, fax o correo electrónico) firmado por la persona de contacto del grupo de trabajo, junto con toda la documentación complementaria que el grupo estime oportuna, tanto para la valoración de la actividad por el órgano colegiado del PACAP, como para la generación de un fondo documental sobre el desarrollo de actividades comunitarias.

La difusión de las actividades, entre otros medios, se realiza a través de una publicación propia y periódica, denominada COMUNIDAD. Actualmente está próxima la aparición de una página web.

SOBRE LOS ENCUENTROS

El IV encuentro se ha celebrado con el lema «Actividades comunitarias en atención primaria: ¿qué estamos haciendo?, ¿cómo lo estamos haciendo?». Tenía como objetivo compartir

y analizar las experiencias comunitarias que se están realizando en la actualidad y avanzar propuestas de mejora de estas actividades.

Ha contado con un total de 108 participantes, con un perfil mayoritario: mujeres, enfermeras y como lugar de trabajo el centro de salud.

Como en años anteriores, ha tenido una duración de un día, con sesiones de trabajo de mañana y tarde.

Las sesiones de trabajo de la tarde han sido mediante Talleres: E.p.S en etapas vulnerables; E.p.S en estilos de vida

Algo de lo que se comentó y concluyó en el taller sobre Etapas vulnerables, en el que participé.

- La mayoría con alguna experiencia en E.p.S.
- La mayoría inició trabajo en solitario o con escaso apoyo; se autoformó, se gastó su pasta...
- LOS TIPOS DE INTERVENCIÓN en E.p.S. y promoción de la salud mayoritariamente se llevan a cabo en Educación de grupos, con escasos escauceos en Promoción de la salud. Tras reflexión acalorada, reconocemos no estar desarrollando actividades comunitarias (repaso a las intervenciones de consejo/información, que el grupo mayoritariamente tiene claro que es una intervención pero que no es E.p.S, y a la educación individual).
- LAS ÁREAS DE INTERVENCIÓN más frecuentes son: problemas de salud, especialmente procesos crónicos, estilos de vida y transiciones vitales. Se insiste, por parte de las profesionales con más experiencia, en la importancia de las transiciones vitales en promoción de la salud, y se cita el documento de la OMS Salud para todos en el siglo 21, resaltando que comparado con el de Salud para todos en el año 2000, pone el énfasis en la prevención y promoción de la salud y cita como áreas prioritarias de intervención emergentes las transiciones vitales, emigrantes, minorías étnicas, la salud mental, los accidentes y los estilos de vida.
- LOS CONTENIDOS A TRABAJAR desde la concepción holística, biopsicosocial: imprescindible abordar la toma de decisiones, la aceptación de la enfermedad, el manejo de las emociones, las creencias... En definitiva, es preciso trabajar contenidos de desarrollo personal, que permitan la capacitación de las personas para la salud y la vida.

- **METODOLOGÍA DE TRABAJO**, de informar a educar (educar no es informar ni tampoco persuadir). De enseñar a aprender (desde las vivencias, creencias, etc. de la persona. Aprender y cambiar es costoso; cada persona realiza el proceso de una manera y en un tiempo). De rol de experto a rol de ayuda (desarrollo de actitudes y habilidades...). Del trabajo incidental al trabajo programado y dentro de la cartera de servicios.

SOBRE UTILIZAR ESTE BOLETÍN

En estos encuentros y en otros foros a los que voy acudiendo desde el año 87, he podido constatar que se conoce muy poco sobre qué y cómo estamos desarrollando en nuestra comunidad Autónoma las actividades de E.p.S y Promoción de la salud (PS).

Conozco el trabajo que se está llevando a cabo en algunas de nuestras Áreas, y consciente de que nos queda mucho camino por el que seguir avanzando y mejorar, sí puedo decir que estamos a la cabeza junto con otras comunidades au-

tónomas en cuanto a la calidad de los programas de E.p.S. grupal.

Sin embargo, mientras que a nuestras compañeras de otras comunidades los servicios de salud o consejerías respectivas les han editado los trabajos que han ido elaborando tanto para utilizar en sus comunidades como para exportar a otras, con el fin de permitir aprovechar, copiar, reelaborar, etc. según cada caso, en nuestra comunidad eso no se da generalmente, ni dentro de la misma Área Sanitaria.

Propongo, de acuerdo con la SEAPA, utilizar este boletín informativo como medio de difusión, conocimiento y contacto para las actividades que estamos desarrollando en nuestros centros, y servirnos de la asociación para organizar foros donde compartir, intercambiar y evaluar las experiencias que vayamos realizando, así como para demandar del SESPA los apoyos necesarios que faciliten nuestro trabajo y contribuyan a aumentar la eficacia y eficiencia de las prestaciones dadas.

MARÍA ANTONIA LÓPEZ HERNÁNDEZ
Enfermera del C.S. de Arriondas

INVESTIGACIÓN

CONCLUSIONES DE LA I REUNIÓN DE RESPONSABLES DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA EN INSTITUCIONES SANITARIAS

Y A PUEDEN CONSULTARSE en la página de la **Fundación Index** (www.index-f.com) las Conclusiones de la I Reunión de Responsables de Investigación en Enfermería de Instituciones Sanitarias, que tuvo lugar en la ciudad de Granada el pasado **29 de noviembre** coincidiendo con la I Reunión sobre Enfermería Basada en la Evidencia.

La primera redacción de las conclusiones intenta recoger los aspectos fundamentales que se debatieron a lo largo de la reunión, que tocó aspectos como la producción y la financiación de la investigación enfermera, las condiciones operativas en que las investigaciones se realizan, las principales líneas de investigación, el papel de la investigación cualitativa y de la investigación cooperativa, así como aspectos

relacionados con la enseñanza de la investigación.

Lo más importante del documento es la propuesta que se hace de **creación de FORANDALUS** (Foro para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería), un grupo abierto y de carácter colaboracionista, sin adscripción institucional aunque con vocación de dialogar con todos los organismos públicos y privados que tengan alguna relación con la investigación enfermera, que hace una llamada a todos los enfermeros y enfermeras que estén dispuestos a cooperar en favor de una investigación enfermera visible y capaz de dar respuestas a las necesidades de la sociedad.

Desde esta página se hace una llamada a todos aquellos interesados en realizar aportaciones que puedan enriquecer las conclusiones, así como a

quienes deseen manifestar su apoyo y adscribirse a la creación de FORANDALUS, para cuya constitución se realizará una reunión en el mes de mayo que se convocará oportunamente. Todas las sugerencias y propuestas podrán hacerse a través de la propia web hasta el día 31 de enero, en que se hará una redacción definitiva de las mismas y serán publicadas en un monográfico de la revista Index de Enfermería.

MÁS INFORMACIÓN:

FUNDACIÓN INDEX
Apartado de correos nº 734
18080 Granada ESPAÑA
Tel/fax: (34) 958 293 304
Mail: indexcd@interbook.net
Web: www.index-f.com

¿SALUD COMIENDO?



| FRUTA | PROPIEDADES | CONTIENE |
|----------------|---|--|
| ACEITUNA | Laxante, activador hepático y biliar | Vitaminas A,C,P,E, ácidos grasos esenciales |
| AGUACATE | Afecciones coronarias, raquitismo, anemia | Vit. A, C, complejo B, E, carnitina, fósforo |
| ALBARICOQUE | Diurético, anemia | Vit. A, B1, PP, C, flúor, cobalto |
| ALMENDRA | Antiséptico intestinal y urinario, crecimiento | Vit. B1, B2, fósforo, potasio, magnesio, zinc |
| BANANO-PLÁTANO | Calambres, depresión, estrés | Vit. A, C, B12, potasio, magnesio, zinc, silicio |
| CEREZA | Laxante, diurético, vista, gota, arritmias, memoria | Vit. A, B1, B2, B6, sodio, potasio, magnesio |
| CIRUELA | Estreñimiento, hemorroides, colesterol | Vit. PP, A, C, manganeso, celulosa, azufre, cloro |
| COCO | Tensión muscular, antiparásitos, fortifica piel, uñas y dientes | Vit. A, B1, E, PP, celulosa, hierro, sodio, potasio, bario |
| MELOCOTÓN | Reuma, eczema, laxante | Vit. A, C, PP, pentosa, ácido málico, ácido oxálico |
| FRAMBUESA | Laxante, diurético, antiinflamatorio | Vit. A, C, ácido salicílico, hierro |
| FRESA | Anticaries, artritis, anemia | Vit. A, E, K, PP, ácido oxálico, ácido fórmico |
| GUAYABA | Vermífugo, hipertensión, incontinencia | Vit. A, ácido tánico, niacina |
| HIGO | Laxante, diurético, desintoxicante | Vit. B1, B2, C, calcio, fósforo, hierro |
| KIWI | Vermífugo, laxante | Vit. C, D, calcio, fósforo, hierro |
| LIMÓN | Escorbuto, inapetencia, cansancio, catarro | Vit. A, complejo B, C, azufre |
| MANGO | Cardiopatías, laxante, diurético | Vit. C, fósforo, hierro, fibra |
| MANZANA | Colesterol, estrés, diarrea, insomnio | Vit. A, B1, B2, C, peptina, potasio |
| MARACAYÁ | Gota, próstata, laxante, afrodisíaco | Vit. A, C, fósforo, hierro, serotonina |
| MELÓN | Gota, diabetes, artritis, estreñimiento, hiperacidez | Vit. A, B1, B2, C, PP, ácido fólico |
| MORA | Astenia, anemia | Vit. A, B1, B6, C, ácido tánico, ácido málico |
| PAPAYA | Antihelmíntica, bronquial, ictericia | Vit. A, D, C, papaina, papaverina |
| PERA | Próstata, acné, hipertensión, eczema, psoriasis | Vit. A, B1, C, PP |
| PIÑA | Depresión, celulitis, obesidad | Vit. A, B1, B6, C, calcio |
| SANDIA | Artritis, gota, diurético | Vit. A, C, azufre, magnesio |
| TORONJA | Sistema nervioso, hipotensión | Vit. A, C, fósforo, hierro |
| UVA | Anemia, catarro, cicatrizante, cansancio | Vit. A, B1, B6, C, azufre, yodo |



MÁS INFORMACIÓN:

www.naturamedic.com
www.fruitarians.com.ar
www.medicinaintegradora.entornomedico.org