



# SEAPA

**SOCIEDAD DE ENFERMERÍA DE  
ATENCIÓN PRIMARIA ASTURIAS**

BOLETÍN DE INFORMACIÓN • AÑO I • NOVIEMBRE 2002

## OMI - PLANES DE CUIDADOS

### SUMARIO

*Carátula del CD*  
*OMI - Planes de Cuidados*  
**pág. 1**

*Editorial*  
**pág. 2-3**

*Agenda de actividades*  
**pág. 3**

Grupo de Metodología  
y Diagnósticos de Enfermería  
*Guía Manual (2)*  
**pág. 4-5-6**

*FAECAP*  
**pág. 7**

Prevención del tabaquismo (3)  
*Los sanitarios: arte y parte  
en el tabaquismo*  
**pág. 8**

Enfermería & Internet  
*¡Más vale prevenir que lamentar!*  
**pág. 9**

*Entrevista a doña Fe Fernández,  
enfermera del SESPA*  
**pág. 10-11**

*I Asamblea Extraordinaria de SEAPA*  
**pág. 12**

## ¿Puede ser útil el OMI-AP para la Enfermería?



Folleto dirigido a todas las enfermer@s  
de Asturias.

En su interior, encontrarás las ventajas e inconvenientes  
de utilizar la aplicación informática OMI-AP  
en tu quehacer diario.V



# 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 I • Noviembre 2002**

**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

**N**UEVOS TIEMPOS, tiempos pasados, nuevas palabras, palabras antiguas, así podemos empezar para hablar del lenguaje informático, y antes de nada definir cada una de las que vamos a encontrar en esta portada que espero nos orienten un poco en esta nueva y a la vez no nueva red en la que vamos a estar trabajando desde ahora y en la que confiamos sirva para que definitivamente nuestro trabajo quede **registrado**.

## HERRAMIENTA

Máquina, instrumento, por lo común de hierro, con el que trabajan los artesanos. Conjunto de estos instrumentos.

La nueva herramienta, el ordenador, es una máquina, un instrumento que por sí solo no hace nada, necesita de unas manos artesanas que le saquen el mejor rendimiento, en este caso las/os artesanas/os vamos a ser las enfermeras/os.

## OMI-AP

Siglas del sistema informático que se ha introducido en la máquina para que podamos registrar todo aquello que hagamos de cartera de servicios, de protocolos, de planes personales y jerarquizados, o de planes de cuidados.

Siglas sobre las que desde nuestra Sociedad (diciembre de 2000) ya dimos opinión en forma de preocupación por una omisión difícilmente justificable, puesto que sólo servía como registro de la actividad puramente médica, contemplando el trabajo del resto del personal sanitario como de mero apoyo al diagnóstico y tratamiento médicos.

De esta manera se sigue trabajando y por tanto la enfermera/o no desarrolla todas sus funciones propias:

- Administración de cuidados.
- Docencia.
- Investigación.
- Actuación como miembro eficaz del sistema sanitario.

Es por tanto una herramienta parcial.

## MÉTODO

Modo de decir o hacer con orden. Modo de obrar o proceder, hábito o costumbre que cada uno tiene y observa. Obra que enseña los elementos de una ciencia o arte. Procedimientos que se siguen en

las ciencias para hallar la verdad y enseñarla.

Ésta es la importantísima ventaja que aporta esta nueva parte del OMI-Planes de Cuidados, el poder trabajar a partir de un orden que forme un hábito, una costumbre, de tal manera que se pueda enseñar a los demás los importantes elementos de nuestra profesión y de esta forma nos permita tratar de resolver a los pacientes sus problemas pasados, presentes y futuros, que es en definitiva el punto y final de nuestro quehacer diario.

## METODOLOGÍA

Ciencia del método. Conjunto de métodos que se siguen en una investigación científica o en una exposición doctrinal.

El hecho de tener el mismo método de trabajo, el mismo lenguaje, las mismas herramientas y un mismo sistema de registro constituyen un conjunto que facilita la investigación, y a la vez las respuestas a las preguntas que puedan formular, las hipótesis.

## OMI-PLANES DE CUIDADOS

Parte de la herramienta del sistema informático que faltaba y que forma parte de las normas de varios Servicios de la Cartera de Atención Primaria, sobre todo de aquéllos relacionados con discapacidades que suponen una mayor demanda de atención en los centros de Salud y especialmente en el domicilio, para atender esta creciente demanda es necesario el establecimiento de Planes de Cuidados con unos criterios unificados y homogéneos que faciliten una buena calidad de la atención y potencien el auto cuidado de esta población y de sus cuidadores.

Su aplicación en OMI-AP supone un avance importantísimo para el trabajo de enfermería, pues facilita el abordaje de los procesos relacionados con la necesidad de planificación de cuidados, de una forma integrada, continua e interdisciplinar, además de organización, visualización y gestión de la información asistencial, en episodios y Planes de Cuidados.

Además incorpora un asistente para la codificación de los episodios mediante la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) y un asistente para la codificación de los diagnósticos identifi-

cados mediante la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), es el componente que faltaba a la máquina para poder así sacarle el mayor rendimiento, «el aceite que hace posible que no chirrien todos los componentes».

### DOROTEA OREM

Nació en Baltimore, EE.UU. Tras graduarse a principios de 1930, obtuvo los títulos de Bachelor of science y Masters of Science en enfermería.

La experiencia de las enfermeras con las que tuvo contacto le sirvió de fuente en la búsqueda de una teoría que sirva a la Enfermería, la que aporta D. Orem en base al **autocontrol** es el modelo que mejor se adapta a la filosofía de trabajo en Atención Primaria.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de la salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación —*promoción de la salud*—, hace necesaria la individualización de los cuidados y supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento —*educación para la salud*—.

Las teorías de Enfermería aunque poco usadas son muy importantes, resultan imprescindibles para poder desarrollar una metodología de trabajo eficaz, efectiva y

eficiente. Para D. Orem el objetivo de enfermería es:

*«Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta».*

### M. GORDON

Enfermera americana, componente del grupo de la NANDA, y principal impulsora del movimiento mundial a favor de los Diagnósticos de Enfermería mediante los Patrones Funcionales.

*«El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a sus problemas de salud reales o potenciales y a procesos vitales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones, para el logro de objetivos para los que la enfermera es responsable».* NANDA 1994.

M. Gordon desarrolló a mediados de los años 70 un plan para recoger y organizar la información que se registra en la etapa de valoración: Los Patrones Funcionales. Cada Patrón es una expresión de la integración bio-psicosocial. Ningún Patrón puede entenderse sin el conocimiento de los otros Patrones. Se trata de 11 Patrones Funcionales de Salud, que nos permiten una aproximación holística a la valo-

ración funcional humana en cualquier grupo de edad, en todos los puntos del continuo salud-enfermedad.

**Por último, no debemos olvidar que el objetivo del profesional de la enfermería es prevenir, modificar o resolver las necesidades humanas alteradas o resolver el problema de salud del/de la paciente.** Si esto no se consigue, si no hemos sabido solucionarlo, habremos entonces fracasado, es decir, **debemos perseguir la excelencia de los cuidados prestados a nuestros pacientes.**

El conocimiento es conocimiento, al margen de su origen. Y los problemas clínicos sufridos por nuestros pacientes son problemas clínicos, al margen de quién sea el que los identifique primero, o al caso, al margen de quién sea el primero que aporte una idea para solucionarlos (Oberst 1995).

El carácter multidisciplinar de la enfermería se constata también en el origen pluridisciplinar de los fundamentos conceptuales. En definitiva sólo vamos a poder desarrollar todo esto con una **metodología enfermera de trabajo con rigor científico.** Tener todos los medios y las herramientas que nos facilitan el trabajo diario no presupone esto último, por lo tanto la actualización y la formación debe ser continua y continuada y formar parte tanto del Pre-grado como del Post-grado.



## Agenda

### VI Encuentro de Investigación en Enfermería

Majadahonda (Madrid),  
20-23 de noviembre de 2002  
Instituto de Salud Carlos III  
☎ 913 877 521  
[www.isciii.es/investen/](http://www.isciii.es/investen/)

### I Jornadas Científicas de RedIRIS

Valencia, 28 y 29 de noviembre de 2002  
Universidad Politécnica de Valencia  
[www.rediris.es/diseven/](http://www.rediris.es/diseven/)

### I Reunión sobre Enfermería

#### Basada en la Evidencia

Granada, 29 de noviembre de 2002

Fundación Index  
[www.index-f.com](http://www.index-f.com)

### XXIII Certamen de Enfermería «San Juan de Dios»

Granada, 21 de enero de 2002  
Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia «San Juan de Dios»  
Avda. San Juan de Dios, 1  
☎ 918 933 769  
[jsuandedios@euef.upco.es](mailto:jsuandedios@euef.upco.es)  
<http://www.upco.es>

### I Jornadas SEMAP

30 y 31 de enero de 2003  
Sociedad de Enfermería Madrileña

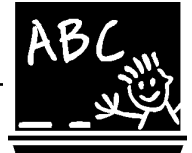
de Atención Primaria  
[www.semmap.org](http://www.semmap.org)

### Gestión de Cuidados de Enfermería

Gijón, 14 al 31 de enero 2003  
y 18 de febrero al 6 de marzo  
Escuela Universitaria de Enfermería  
Hospital de Cabueñes, Gijón  
☎ 985 185 040 / 985 185 044

### Congreso Nacional de Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria «Mejorando los cuidados enfermeros»

Torremolinos, 8, 9 y 10  
de mayo de 2003  
Palacio de Congresos de Torremolinos  
[www.faecap.com](http://www.faecap.com)



**Q**UERIDOS COMPAÑEROS: seguimos en este apartado del boletín enviándoos poco a poco la **guía manual** desarrollada por el grupo de trabajo de Metodología enfermera. Esperamos os haya sido útil la primera parte de valoración y recogida de datos. En este segundo envío, ahondamos en la **entrevista clínica** y en el **Diagnóstico enfermero** como parte del proceso en el que nombraremos nuestro PLAN DE CUIDADOS.

Para facilitar la ya complicada tarea del enfermero en su día a día, adjuntamos una tabla con los diagnósticos más prevalentes usados en la Atención Primaria de Salud.

Si tenéis alguna duda o sugerencia, no dudéis en contactar con nosotros.

#### ENTREVISTA

La entrevista es un **instrumento de valoración**, basado en técnicas humanas, como la observación o la comunicación que nos aportan datos subjetivos. Los objetivos finales de la entrevista serían:

- La obtención de datos para completar la valoración.
- La identificación de problemas.
- Una ayuda concreta que potencie la autonomía del cliente.

Debe ser una entrevista centrada en el cliente, en la que distintas pautas deben ser tenidas en cuenta.

#### CÓMO ESTABLECEREMOS UNA RELACIÓN DE CONFIANZA

- **Antes** de iniciar la entrevista, es preciso que:
  - Nos organicemos.
  - No nos fiemos tan sólo de la memoria.

—Marquemos tiempos.

—Aseguremos la intimidad.

—Nos mantengamos atentas.

- **Al comienzo** de la entrevista, es necesario que:

—Nos presentemos dando nuestro nombre.

—Verifiquemos el nombre de la persona y preguntemos cómo le gusta que la llamen.

—Explicuemos la finalidad o propósito de la entrevista.

- **Durante** la entrevista, es imprescindible que:

—Dediquemos toda la atención a la persona.

—Evitemos prisas.

#### CÓMO DEBEMOS ESCUCHAR

- De forma empática.
- Con frases suplementarias cortas que estimulen a continuar: «Ya veo», «Y...».
- Escuchemos los sentimientos tanto como las palabras.
- Estando atentas a posibles contradicciones, entre lenguaje verbal y no verbal.
- Dejando que acabe sus frases.
- Evitando que la entrevista se desvíe de su objetivo.
- Permitiendo que haya pausas en la conversación (respetando los silencios).

#### CÓMO FORMULAREMOS LAS PREGUNTAS

- Abordando el propósito de consulta (problema principal).
- Usando terminología comprensible.
- Haciendo preguntas con verbos como *di-ga, explique, describa, elabore*.

- Preguntando de lo general a lo particular.
- Haciendo preguntas abiertas.

#### CÓMO DEBEREMOS OBSERVAR

- Usando los sentidos.
- Fijándonos en la imagen del paciente: *apariciencia, modales, lenguaje corporal*.
- Siendo conscientes de los estereotipos que pueden condicionarnos.

#### CÓMO TERMINAREMOS LA ENTREVISTA

- Haciendo un resumen de los problemas o preocupaciones más importantes.
- Ofreciéndose una misma como recurso.
- Acabando con una nota positiva y estimulando a la persona a convertirse en participante activo.
- Sugiriendo una nueva entrevista.
- Estableciendo y clarificando conjuntamente las metas del proceso de planificación.

#### CARACTERÍSTICAS DEL ENTREVISTADOR

- **Al recibir:** cordialidad.
- **En la forma de escuchar:** empatía, concentración, respeto.
- **En la forma de hablar:** asertividad, comunicación eficaz, persuasión, reactividad.

#### ACCIONES A EVITAR

- El dar ordenes.
- El reprochar y amenazar.
- El moralizar, evaluar, culpabilizar.
- El aconsejar, el dar soluciones inmediatas.
- El juzgar, criticar.
- El adular, aprobar.
- El consolar, el no dar importancia.

## 4. DIAGNÓSTICO ENFERMERO

**E**N ÉSTE CAPÍTULO abordamos la segunda fase del proceso enfermero: **el diagnóstico** (la identificación del problema). Para llegar al diagnóstico (a identificar el problema) hemos de interpretar los datos recogidos en la valoración (por patrones funcionales de M. Gordon. -PFdMG-).

«El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a sus problemas de salud reales o potenciales y a procesos vitales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones, para el logro de objetivos para los que la enfermera es responsable.» NANDA 1994.

También se denomina **respuesta humana** al diagnóstico enfermero, pues la enfermera centra sus cuidados en cómo las personas responden a sus cambios de salud o a procesos vitales.

La enfermera ha de tener siempre en cuenta al diagnosticar que es responsable del proceso y del plan de cuidados que se deriva del mismo. Por ello ha de ser consciente tanto de los recursos del individuo, familia y comunidad como de sus habilidades, conocimientos propios y experiencia clínica. A medida que aumentan éstos, lo hace también su responsabilidad de diagnosticar y tratar.

## PASOS PARA EMITIR UN DIAGNÓSTICO ENFERMERO

1. Pregunte al usuario cuál es su principal problema o preocupación.
2. Realice una valoración completa o focalizada por patrones funcionales de salud.
3. Escriba una lista completa con los problemas reales o de riesgo que detectó en la valoración. Priorice según su importancia en salud y opinión del paciente.
4. Busque otros signos y síntomas o profundice en la valoración para encontrar más claves.
5. Una vez encontrado el problema principal, relaciónelo con uno de los diagnósticos aprobados por la NANDA. Para ello, verifique que se cumple al menos una de las características definitorias. Enlace el problema encontrado en un determinado patrón con el diagnóstico que la NANDA agrupa también en esos mismos patrones. Así resultará más sencillo.
6. Determine la causa o etiología del problema (su factor relacionado).
7. Identifique los factores de riesgo.
8. Formule el diagnóstico.

## ¿CÓMO FORMULAR EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO?

- Hay que ser claro y específico. La forma aceptada (que nos sugiere Gordon) para hacerlo es seguir el formato **PES**: Problema + Etiología + Signos y Síntomas.
- Para escribir el problema, utilizaremos la taxonomía diagnóstica validada y mayoritariamente aceptada: NANDA II (2000).
- Use **relacionado con** para unir el problema con la causa, etiología o factor relacionado.
- Escriba **manifestado por** para incluir los signos y síntomas que evidencian el diagnóstico.  
*Ejemplo: Alteración de la nutrición por exceso relacionada con ingesta excesiva de azúcares y grasas manifestado por Índice de Masa Corporal de 31.*
- Observe los distintos enunciados según el tipo de diagnóstico:

DIAGNÓSTICO REAL	DIAGNÓSTICO DE RIESGO	DIAGNÓSTICO DE SALUD	SÍNDROME DIAGNÓSTICO
Problema	«Riesgo de»	«Potencial de mejora»	Nombre sólo el Síndrome
+ Causas	+ Problema		
+ Signos y Síntomas	+ Causa	+ Problema	

Tenga siempre en cuenta, que la causa o etiología o factores relacionados van a dirigir las intervenciones enfermeras. Cuanto más exacta y específica sea su descripción, más claras y pertinentes serán las intervenciones posteriores.

**Excepción en la formulación:** Después del diagnóstico «Déficit de conocimientos» se escriben dos puntos y luego el área de conocimiento donde existe dicho déficit.

*Ejemplo: Déficit de conocimientos: técnica de administración de inhaladores.*

## TIPOS DE DIAGNÓSTICOS

- **Diagnóstico real:** Describe la respuesta actual de una persona, familia o comunidad a una situación de salud o a un proceso vital. Su identificación se apoya en la existencia de características definitorias. El problema está presente en el momento de la valoración. Se aconseja escribirlo en formato PES.
- **Diagnóstico de riesgo:** Describe problemas de salud que pueden presentarse en un futuro próximo de no iniciarse medidas de prevención sobre los factores de riesgo.
- **Diagnóstico de salud:** Juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición a un nivel específico de salud a otro más alto.
- **Síndrome diagnóstico:** Es aquel que agrupa un conjunto de diagnósticos (*Ejemplo: síndrome de desuso, síndrome de estrés por traslado...*).
- **Problema interdependiente:** «Problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta fisiológica del cuerpo y que los profesionales enfermeros son responsables de identificar y tratar en colaboración con el médico.» CARPENITO.

## COMPONENTES DE UN DIAGNÓSTICO

Como hemos indicado, para formular nuestro diagnóstico enfermero, hemos de consultar los diagnósticos aceptados de la clasificación taxonómica NANDA II.

Se estructura principalmente en los patrones funcionales de M. Gordon, y se agrupan los diagnósticos en 13 «Dominios de la taxonomía». La correlación entre PFDMG y Dominios taxonómicos es muy similar, lo que facilita enormemente el uso de la taxonomía.

La ETIQUETA DIAGNÓSTICA consta de:

1. **Nombre o etiqueta:** elemento esencial y fundamental, raíz de la formulación diagnóstica. Puede incluir modificadores. Junto a ella () año en el que se aprobó el diagnóstico, () año en el que se revisó.
2. **Definición:** descripción clara y precisa del problema. Perfil su significado y diferencia a los diagnósticos entre sí.
3. **Características definitorias:** grupo de signos y síntomas que se asocian al problema, que se expresan u observan en la respuesta de una persona. Recuerde que al menos una de estas características ha de estar presente para formular un diagnóstico. En los diagnósticos de riesgo, los signos y síntomas no están presentes; son aquellos que la persona puede desarrollar (*Ejemplo: riesgo de infección*).
4. **Factores de riesgo:** factores y circunstancias que causan o contribuyen a que se desarrolle el problema.
5. **Factores relacionados:** factores que parecen mostrar algún tipo de relación con el diagnóstico enfermero (antecedentes, asociados, contribuyentes...).

Con objeto de facilitar la formulación, adjuntamos los diagnósticos validados de uso más frecuente en Atención Primaria de Salud.

Y para finalizar esta etapa del proceso, pedirles que no olviden y tengan presentes ésta máxima: «**Ser metodológicos pero siempre operativos**».

#### 1. PATRÓN PERCEPCIÓN -

MANTENIMIENTO DE LA SALUD	COD.DX. NANDA II
Riesgo de infección	00004
Riesgo de lesión	00035
Riesgo de asfixia	00036
Riesgo de intoxicación	00037
Riesgo de traumatismo	00038
Protección inefectiva	00043
Incumplimiento del tratamiento (especificar)	00079
Conductas generadoras de salud (especificar)	00084
Mantenimiento inefectivo de la salud	00099

#### 2. PATRÓN NUTRICIONAL - METABÓLICO

Desequilibrio nutricional: por exceso	00001
Desequilibrio nutricional: por defecto	00002
Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso	00003
Hipotermia	00006
Hipertermia	00007
Exceso de volumen de líquidos	00026
Riesgo de déficit de volumen de líquidos	00028
Riesgo de aspiración	00039
Deterioro de la mucosa oral	00045
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	00047
Deterioro de la deglución	00103
Lactancia materna ineficaz	00104
Lactancia materna eficaz	00106
Interrupción de la lactancia materna	00105

#### 3. PATRÓN DE LA ELIMINACIÓN

Estreñimiento	00011
Diarrea	00013
Incontinencia fecal	00014
Deterioro de la eliminación urinaria	00016

#### 4. PATRÓN DE LA ACTIVIDAD - EJERCICIO

Limpieza ineficaz de las vías aéreas	00031
Patrón respiratorio ineficaz	00032
Riesgo de síndrome del desuso	00040
Deterioro de la movilidad física	00085
Déficit de actividades recreativas	00097
Deterioro en el mantenimiento del hogar	00098
Déficit de autocuidado: alimentación	00102
Déficit de autocuidado: baño e higiene	00108
Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento	00109
Déficit de autocuidado: uso del WC	00110
Retraso en el crecimiento y desarrollo	00111
Síndrome de estrés de traslado	00114

#### 5. PATRÓN SUEÑO - DESCANSO

Deterioro del patrón del sueño	00095
--------------------------------	-------

#### 6. PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTIVO COD.DX. NANDA II

Trastorno de la percepción sensorial: auditiva	00122
Trastorno de la percepción sensorial: gustativa	00122
Trastorno de la percepción sensorial: cinestésica	00122
Trastorno de la percepción sensorial: olfatoria	00122
Trastorno de la percepción sensorial: táctil	00122
Trastorno de la percepción sensorial: visual	00122
Déficit de conocimiento (especificar)	00126
Trastorno de los procesos del pensamiento	00130
Dolor agudo	00132
Dolor crónico	00133

#### 7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO

Trastorno de la imagen corporal	00118
Baja autoestima crónica	00119
Baja autoestima situacional	00120
Desesperanza	00124
Impotencia	00125
Ansiedad	00146

#### 8. PATRÓN ROL - RELACIONES

Deterioro de la comunicación verbal	00051
Aislamiento social	00053
Desempeño inefectivo del rol	00055
Deterioro parental	00056
Riesgo de deterioro parental	00057
Interrupción de los procesos familiares	00060
Cansancio del desempeño del rol de cuidador	00061
Conflicto del rol parental	00064
Duelo disfuncional	00135
Duelo anticipado	00136

#### 9. PATRÓN SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN

Disfunción sexual	00059
Síndrome traumático de la violación	00142

#### 10. PATRÓN ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS

Negación ineficaz	00072
Afrontamiento familiar incapacitante	00073
Afrontamiento familiar comprometido	00074
Disposición para mejorar el afrontamiento familiar	00075

#### 11. PATRÓN VALORES - CREENCIAS

Sufrimiento espiritual	00066
------------------------	-------



## Bibliografía

### Manual de diagnósticos de enfermería.

L.J. Carpenito.  
McGraw-Hill Interamericana.  
5ª ed. 2000.

### Diagnóstico enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002.

NANDA. Harcourt. 2001.

### Aplicación del Proceso Enfermero.

#### Guía paso a paso.

Rosalinda Alfaro-Lefevre.  
Springer 4ª ed. 1998.

### Relación enfermera/paciente.

Cibanal L, Arce C.  
Publicaciones de la Universidad de Alicante 1991.



# FAECAP

*El pasado 5 de octubre tuvo lugar en Madrid, la Asamblea Anual Ordinaria de la FAECAP. Resumiremos aquí los puntos más destacados de la misma y comprendidos dentro del orden del día.*

**E**L PRIMER PUNTO del orden del día, se modificó para pasar al de la presentación de **dimisión del presidente**.

Después de expresar sus motivos personales y de hablar todas las asociaciones allí presentes (SEAPA, SEMAP, ABIC, ACIAP, SEAPREMUR y ASANEC) se decide de común acuerdo con el presidente que éste continúe en el cargo hasta la celebración del **I Congreso de FAECAP**, donde tendrá lugar la Asamblea Anual Ordinaria de FAECAP y se formará nueva Junta Directiva, incluido el presidente.

## FORMACIÓN

SEAPA presenta una propuesta de formación de un grupo de personas de las distintas Sociedades para que debatan acerca del **pasado, presente y futuro de la FAECAP** y saquen un documento de consenso, antes del Congreso, que presenten a la Junta Directiva de FAECAP y marquen las líneas a seguir en adelante.

Los criterios para formar parte del grupo son:

- Conocimiento del funcionamiento de la FAECAP.
- Experiencia de la evolución de la A.P. y E.C en las distintas CCAA y a nivel del Estado.
- Que no estén en la Junta Directiva de FAECAP.

Las personas que formarán este grupo son **Ángel Abad, Rosario García Cañedo, Rosa Arnal, Monserrat Molas, Gonzalo Duarte**. Este grupo estará coordinado por Ángel Abad.

Juan Cárdenas, presenta el **proyecto NIPE**, que es conjunto del Consejo General de Enfermería y Ministerio de Sanidad, donde ya intervienen además las CCAA transferidas.

En este proyecto no se contemplaba a la enfermería de Atención Primaria, sino sólo la Especializada, y gracias a la FAECAP, por medio de Juan Cárdenas y Ángel Abad, se está presente y además de forma muy importante para Asturias, puesto que en estos momentos es una de las que más puede aportar, puesto que una vez que se abra en el OMI, el **OMI-Planes de Cuidados**, ya se va a poder evaluar inter-

## venciones de enfermería de Atención Primaria —NIC—.

Se valorarán e identificarán por un grupo de expertos y así se podrá ver cuales son las actividades propias de enfermería de Atención Primaria.

Todo este proyecto lo financia el Consejo General, todos nosotros, y se compromete a la formación de las distintas personas de las Sociedades en la identificación de las intervenciones —NIC—.

## INFORME DEL I CONGRESO DE FAECAP

Se nos entrega documentación, para que a su vez las Sociedades la entreguen a sus socios respectivos. Primera entrega, todo va muy bien y el presupuesto que se ha hecho es sobre una participación de 400 personas; se considera que con seguridad se va alcanzar esa cifra.

El laboratorio COLOPLAST hará la segunda distribución y es además el que más ha aportado, tanto antes como ahora, a nuestro colectivo de enfermería en Atención Primaria.

## INFORME DEL PRESIDENTE DE FAECAP

En el próximo Boletín de AEC, va a salir un documento firmado por el presidente de FAECAP, sobre la consolidación de empleo, manifestándonos en contra, algo ya acordado en Junta Directiva, pero no impugnándolo.

Se presenta un documento de la AEED, sobre la plataforma para correcta definición del término de enfermería en el *Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua*, se le pasará a SEMAP, que ya estuvo en representación de FAECAP, para que lo revise y lo trabaje conjunto con FAECAP.

Un grupo de enfermeras argentinas escriben un e-mail, preguntando sobre la FAECAP y la forma de establecer acciones conjuntas. Se les envió los Estatutos y se está abierto a cualquier iniciativa conjunta.

En Extremadura se ha constituido una Sociedad de Atención Primaria. Quieren pasar a pertenecer a la FAECAP, y aunque no han podido estar hoy, sí contamos con ellos en lo sucesivo.

Se da cuenta que gracias a SEAPA, y más concretamente a Fernanda Cifuentes, la FAECAP es miembro de pleno derecho del CNPT (Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo).

En junio, por problemas económicos se rescinde el contrato con la Secretaría Técnica de FAECAP.

A la Asamblea Anual no puede asistir el Tesorero y queda el tema pendiente para la próxima Junta Directiva; no existe liquidez y se tomarán las medidas oportunas por las diferentes Sociedades.

## ESPECIALIDAD

Ángel Abad informa de que la nueva Ministra en el Congreso informó de que el desarrollo de las Especialidades seguiría su curso, previsiblemente para diciembre, y luego ya serán las distintas CCAA las que se encarguen de elegir, entre las que vayan a salir, cuáles son las que son interesantes para ellas.

## PREMIOS FAECAP DE RECONOCIMIENTO AL TRABAJO REALIZADO

El presidente informa de la compra por su parte de 5 esculturas y propone que en el I Congreso se haga entrega tal como está en el título a aquellas personas que hasta la fecha se considere han realizado un trabajo importante en nuestro ámbito.

## SOCIEDADES

Las diferentes sociedades informan sobre sus actividades: ABIC, SEMAP, SEAPA, ACIAP, SEAPREMUR, ASANEC.

## OBJETIVOS

El presidente informa sobre los objetivos marcados al principio de su mandato y se ven como positivos:

- La especialidad, donde se avanzó mucho y se esperan resultados.
- La campaña para darse a conocer.
- La página WEB.
- El potencial de las diferentes Sociedades que juntas forman la FAECAP.

**Se da por finalizada la Asamblea Anual en el mismo lugar y día, Madrid 5 de octubre.**

# LOS SANITARIOS: ARTE Y PARTE EN EL TABAQUISMO

*¿Mi situación personal con el tabaco, influye en mi abordaje profesional del tema?*

EN LOS DOS CAPÍTULOS anteriores repasamos la **globalidad del problema del tabaquismo** a nivel mundial hasta centrarlo en el ámbito de los jóvenes y de la mujer definiéndolo como un problema de género. Hablábamos de la mujer como figura modelo con influencia directa en la familia y en los jóvenes.

Pero ¿cómo nos sentimos, nos vemos y escuchamos los sanitarios —y la enfermería en particular— sobre nuestra influencia en el modelaje social con respecto a las conductas saludables versus hábito tabáquico?

Los sanitarios y los docentes son otras figuras de modelaje social externos al núcleo familiar, pero igualmente importantes sobre la **influencia de conductas**. ¿Fumar con o sin bata blanca es igual de impactante para los que nos ven como sus referentes y consejeros de salud? El hecho de ser o no fumadores/as ¿crees que influye sobre nuestro trabajo profesional en temas de tabaco? Es importante que la concordancia sea máxima entre el mensaje verbal y no verbal emitido en la prevención del tabaquismo y de la cesación tabáquica.

En 1998, la Consejería de Sanidad hace un **estudio sobre la realidad de los Centros Sanitarios de Asturias en cuanto a la presencia de tabaco** en los mismos, y concluye:

- Ningún hospital se podría considerar «libre de humo», habiendo venta de tabaco en cuatro de ellos del total de las ocho Áreas Sanitarias.
- Un 20% de los Centros de Salud y un 25% de las consultas ambulatorias sí eran centros «libres de humo».
- En los hospitales se observó consumo en el 60% de las zonas examinadas, mientras que en las Consultas ambulatorias y de Centros de Salud había consumo en el 3% de las zonas.
- En los tres tipos de Centros Sanitarios este consumo fue mayor en las zonas de los trabajadores que en las del público.



Para continuar con la descripción de la relación de los sanitarios con el tabaco, se conoce por la **Encuesta Nacional de Salud de 1997** que:

- La población general mayor de 15 años fuma el 35,7%
- Del total de profesionales Sanitarios fuman el 38,9%
- Los profesionales de enfermería fuman el 43,2%
  - Enfermería de Atención Primaria 40,8%
  - Enfermería de Atención Especializada 44,6%
- Profesionales de la medicina fuman el 34,7%

Para terminar con este repaso descriptivo, antes se mencionaba a los docentes como otro pilar importante por su efecto modelaje en contacto con jóvenes. De acuerdo a un **estudio realizado por la SEPAR**, se comprobó que fumaban delante de los alumnos:

- Un 5,1% de profesores de primaria.
- Un 6,5% profesores de 1ª y 2ª de ESO.
- Un 11% de profesores de secundaria.

Se ha realizado por parte de la Consejería un estudio en los Centros escolares de Asturias, detectándose consumo en la mayoría de ellos. Se ha diseñado un programa llamado **Aire Fresco**, dirigido a los Centros escolares de Secundaria para lograr centros libres de humo de forma progresiva y consensuada, disminuyendo también el consumo de toda la comunidad escolar e invitándoles a la cesación

tabáquica en talleres de deshabituación; y con un objetivo prioritario de prevención del tabaquismo y retraso del inicio en el consumo de los alumnos.

Si estamos de acuerdo en la importancia de la concordancia de los mensajes verbal y no verbal para la Educación Sanitaria que trabajamos, y de la importancia del tabaco como **problema para la salud de fumadores/as activos y pasivos**; yo invito a una reflexión sobre el abordaje personal-profesional en el interés de:

- Deshacernos pronto del tabaco si somos sanitarios y además fumadores/as, en una tendencia mundial de regresión del porcentaje de fumadores entre la población general y en particular de los sanitarios.
- Ser cuidadosos en el hábito de fumar, no exhibiéndonos como fumadores en los centros (y Comunidad) de trabajo para lograr «Centros libres de humo».
- No fumar en consultas y zonas del Centro donde acceden los usuarios, pues caminar debajo del gran cartel de prohibido fumar con ese olor a tabaco que nos llega de la ventanilla o consulta correspondiente es ciertamente confuso.

### A NIVEL DE COMPETENCIA PROFESIONAL

De acuerdo a ese 70% de la población que acude alguna vez durante el año a las consultas de Atención Primaria, aprovechar esta oportunidad para interrogar sobre el hábito de tabaco-alcohol, identificar e historiar el hábito de los fumadores y consensuar un objetivo de trabajo, realización del **Consejo Breve**, y/o desarrollo de un programa de **Ayuda al fumador/a** de forma individualizada o en grupo.

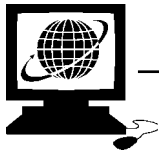
- Como agentes promotores de salud es importante conocer y participar de las actividades preventivas que al respecto se estén desarrollando en los Centros Escolares de la Zona, como puede ser el programa **Aire Fresco** u otros.
- Potenciar hogares, centros escolares, centros sanitarios e instituciones sin humo, es una garantía de promoción de salud especialmente para los jóvenes.

Concluimos aquí este repaso descriptivo sobre el tabaquismo y me gustaría invitar a los lectores de este boletín que estén manejando el tema en su consulta de Atención Primaria, a participar aportando su experiencia. Y para quienes estén menos metidos en materia animarles para iniciarse en aspectos breves pero interesantes como puede ser identificar la dependencia, la motivación de la persona para la cesación, manejo de preguntas clave para una historia breve motivadora y resolutive...

Deciros también que recientemente ha sido aprobada la incorporación de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria (FAECAP) al Comité Nacional para la Prevención de Tabaquismo (CNPT), lo que significa un logro importante para poder optar a un nivel de participación y corresponsabilidad en todo lo relacionado con el tabaquismo en un ámbito nacional; comprometiéndonos aún más a cada uno de los enfermeros/as para trabajar día a día por el objetivo común de ayudar/nos a vivir sin tabaco.

Agradecemos al presidente de FAECAP el esmerado empeño de recoger esta propuesta de incorporación, realizada desde la Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias (SEAPA), para su traslado y costoso trámite con dicho Comité.

FERNANDA CIFUENTES FRANCISCO, *Enfermera C. S. Sotroñido*



**E**STE MANIDO y viejo refrán cobra una especial valía cuando hablamos de nuestros ordenadores, cuando pensamos en la posibilidad de perder horas y horas de esfuerzo, de trabajo y de dedicación, cuando nos invade uno de los cientos de peligrosos **virus** presentes en la jungla informática.

No nos llamemos a engaño, y pensemos (como en nuestra vida cotidiana) «eso a mí no me va a pasar». No adoptemos la filosofía del avestruz, ni neguemos las evidencias. Cada vez existen más virus, sofisticados, oportunistas, ocultos en un correo electrónico, en un ejecutable, en un software gratuito... los virus están ahí, e ignorarlos es una temeridad.

Al igual que protegemos nuestras casas, nuestros coches, con alarmas, con cerrojos, con barreras... debemos estar alerta y precavidos para proteger nuestro trabajo y nuestro ordenador de posibles invasiones. Primero, sepamos de qué hablamos:

**¿Qué es un virus informático?** Es todo programa de ordenador capaz de replicar su código de forma reiterada en un soporte distinto del que ocupa inicialmente. Además de su propiedad de replicación, tienen otras como aumentar el tamaño de códigos ejecutables («engordar los ficheros»), permanecer inactivos en la memoria RAM hasta ser ejecutados, disfrazar su presencia para no ser descubiertos por el usuario...

**¿Qué son los hackers?** Son personas con conocimientos informáticos cuya pasión es inventar programas y desarrollar formas nuevas de procesamiento de información y comunicación. Han sido fundamentales para el desarrollo de Internet, inventaron el modem, los chats, las listas electrónicas... Critican y temen a los *crackers*.

**¿Qué son los crackers?** Son el desprestigio de los anteriores. Utilizan sus conocimientos técnicos para perturbar procesos informáticos. Difunden virus informáticos para sentir su poder, para desafiar a poderes políticos establecidos, para ejercer protestas sociales...

**¿Qué es un antivirus?** Es un programa creado por empresas que tiene por misión inspeccionar un ordenador en busca de virus, troyanos y demás softwares dañinos, y una vez hallados eliminarlos definitivamente del sistema.

**¿Qué es un firewall personal o cortafuegos?** Es un programa que limita los accesos de información a nuestro ordenador.

### ¿Cuáles son las formas de expansión de los virus?

- Las copias ilegales de software que circulan entre los usuarios.
- Los *sharewares* y los *freewares* o programas de uso común por los que o bien no se paga nada, o una pequeña cantidad.
- Las redes públicas de ordenadores.
- Las utilidades de correo electrónico.
- Las revistas en *disquete* o que contienen *disquetes*.

Muchos más son los términos que desconocemos, pero brevemente nos damos idea de la magnitud y trascendencia del tema. Es el momento de preguntarnos:

**¿Cómo nos protegemos de los virus informáticos?** Mostraremos las indicaciones básicas para hacerlo, habida cuenta que la protección total no existe y siempre debemos estar alerta.

- Utilizar algún medio de control de acceso al ordenador. Los protectores con llave de disco son una de las medidas más económicas y asépticas de preservar el ordenador de virus.

- Adquirir y utilizar un software original. Porque si lo pensamos bien, a veces lo barato sale caro.
- Evitar el intercambio y circulación incontrolada de disquetes con información y programas.
- Realizar periódicamente copias de seguridad.
- Utilizar un sistema operativo fiable. Siempre se debe tener a mano una copia original del disquete del sistema operativo, porque en caso de infección se debe apagar el ordenador y encenderlo nuevamente con el disquete del sistema limpio de virus. Súbele la pestaña de protección, para no poder escribir en él, no se lo dejes a nadie y guárdalo bien. Nunca arranques tu equipo con otro disquete de inicio.
- Proteger los discos contra escritura.
- Evitar la existencia de disquetes en las unidades. Pues si olvidamos alguno, cuando encendamos el ordenador, el sistema operativo arrancará primero desde la unidad del disquete.
- Realizar tareas de gestión del disco, o dicho de otro modo, revisar y limpiar nuestro ordenador de todos aquellos ejecutables que ya no se utilizan y que aumentan nuestro riesgo de contagio.
- Instalar softwares antivirus. Existen muchos tipos (Norton, Panda, McAfee...). Lo recomendable es instalar al menos dos de ellos. Configurarlos para que arranque automáticamente al encender el ordenador, y para que realice sus actualizaciones periódicas automáticamente.
- Complementarlo con un cortafuegos, y si es posible con una aplicación de seguridad reactiva, que nos notifique los intentos de acceso o ejecución no autorizados en nuestro sistema.
- Verificar cualquier programa o disquete. Acostumbrase a pasar todo por el antivirus, sea nuevo o usado (recordar los *shareware* y los *freeware*).
- No abrir nunca un ejecutable que no conozcamos, y así y todo, mejor pasarlo antes por un antivirus actualizado.
- Nunca abrir un programa como mensaje adjunto a un correo. Pasarle antes el antivirus. Tener en cuenta que no seremos contaminados por un archivo gráfico, un archivo de texto plano o porque en nuestro ordenador se instalen cookies.

Siguiendo estas indicaciones, las posibilidades de infección se reducen considerablemente, pero **¿y si llega el temido invasor?**

No perder la calma (esto es como en las urgencias, saber lo que hay que hacer). Lo primero es arrebatar al virus el control del sistema operativo. Salir de cualquier aplicación en la que estemos, y desconectar el ordenador. No vale con reiniciar el equipo. Debemos desconectarlo a través del interruptor de corriente o desenchufándolo. De este modo sacamos al virus de la memoria RAM para que el intruso pierda el control que mantenía en el sistema operativo. Luego, conectaremos el ordenador y lo encenderemos teniendo en la disquetera el software del sistema operativo limpio de virus y preparado para este fatídico momento. Una vez arrancado, bajo ningún concepto ejecutaremos programas dudosos. Analizaremos con un antivirus fiable y actualizado la memoria RAM en primer lugar.

Si el programa detecta algún virus, lo mejor que podemos hacer es dejarle que lo elimine. Mejor perder algún dato a dejar que nuestro ordenador se infecte totalmente.

Y por último, un consejo de solidaridad: alertar a todos los compañeros de la presencia de algún virus y aconsejarles cómo protegerse de este «pequeño» pero peligroso enemigo.

MARTA GONZÁLEZ PISANO

## FE FERNÁNDEZ, enfermera subinspectora del área de organización asistencial de los Servicios Centrales del SESPA

*«La enfermería no debe limitarse a la aplicación de cuidados, los profesionales deben ser responsables de la organización de todos los aspectos relacionados con los cuidados: evaluación de necesidades; ordenación y movilización de recursos, personas y actividades; y control de la ejecución»*

**E**N ESTA OCASIÓN, he dirigido mis preguntas hacia la persona de **Doña Fe Fernández**, enfermera subinspectora del área de organización asistencial de los Servicios Centrales del SESPA. Ella es en estos momentos un referente para la enfermería y una de las personas sobre las que recae la posibilidad de mejorar e impulsar la actividad enfermera en Atención Primaria, en un tiempo en el que la cercanía que suponen las transferencias podría traducirse en un mayor respaldo para nuestro colectivo.

### ¿Qué opina de las transferencias autonómicas en material de salud?

Es, sin lugar a dudas, un hecho de gran trascendencia para la sanidad asturiana.

Lo significativo es que las decisiones sobre lo que concierne a la organización y dirección de los servicios sanitarios, así como al desarrollo y características que éstos deben alcanzar en el futuro, dependen de una administración que es asturiana y está mucho más próxima a las necesidades y al control directo de la población. También respecto de todas las personas que trabajamos en la sanidad pública.

Por otro lado, los profesionales tenemos que tener presente que el volumen de recursos económicos que precisa el sostenimiento de la sanidad es muy alto y para una Comunidad pequeña como Asturias esto constituye, en sí mismo, un riesgo importante, ya que pequeñas desviaciones o errores en la gestión pueden conducir a no atender otras necesidades de la población o de la sociedad en su conjunto. Es decir, la transferencia debe ser entendida como una oportunidad de mayor participación profesional, pero también como un factor de mayor responsabilidad hacia la población asturiana.

### ¿Qué supondrán, desde su punto de vista, las transferencias sanitarias para la enfermería asturiana?

En parte ya está recogido en la frase anterior: una oportunidad para la profesión, aunque nadie nos va a regalar nada.

Tenemos mucho que aportar a la organización sanitaria y mucho más a la población que es, en definitiva, hacia quien debemos orientar nuestras acciones.

Factores como el envejecimiento, el aumento de enfermedades crónicas, los cambios en la estructura familiar, los cambios en el rol «cuidador» de la mujer, la inmigración, o el aislamiento social, son sólo algunos indicadores de que los cuidados constituyen un problema de salud cada vez mayor en nuestra sociedad.

Los profesionales de enfermería, por su relación directa con la población (pacientes, familiares, colectivos...), tienen una visión muy cercana sobre las necesidades de cuidados, de prevención de las enfermedades y de promoción de la salud de la población asturiana.

Si somos capaces de ofertar servicios de cuidados necesarios, de elevado valor social e identificables como propios de la enfermería, estaremos sentando las bases para la estabilidad y el desarrollo de la profesión, en esta nueva etapa de los servicios sanitarios en Asturias.

### Por lo tanto, ¿qué rumbo tiene previsto seguir el SESPA en el desarrollo de las competencias con respecto a nuestra profesión?

En el Servicio de Salud procuramos tener una visión global del sistema sanitario porque ésta es nuestra obligación. En este sentido, yo soy una más dentro de los servicios centrales y participo de esta visión. No obstante, reconozco que trabajar cotidianamente con gente de otras profesiones sanitarias y estar próxima a personas con elevada responsabilidad en la dirección de los servicios, permite conocer algunas preocupaciones y visiones acerca del desarrollo de la profesión de enfermería.

En general, sobre todas las profesiones, percibo una preocupación especial por lo que se pueda llamar «carrera profesional», ligada a aspectos de satisfacción, formación continuada, prevención de la fatiga, posibilidades de desarrollo personal, percepción de éxito, etc.

Respecto a enfermería, creo que la Gerencia del Servicio de Salud está muy por la labor de incentivar la promoción de lo que siempre se ha entendido como «espacio profesional» de enfermería teniendo en cuenta dos aspectos: el técnico y el de gestión de cuidados.

El técnico implica la formación, la competencia profesional, la generación de habilidades. En definitiva, se trata de aumentar la capacidad de los profesionales para mejorar el trabajo, dentro

*«Tenemos mucho que aportar a la organización sanitaria y mucho más a la población que es, en definitiva, hacia quien debemos orientar nuestras acciones»*

de los ámbitos actuales de intervención o en otros nuevos que la enfermería asuma en el futuro.

Por gestión de cuidados entendemos que la enfermería no debe limitarse a la aplicación de cuidados, los profesionales deben ser responsables de la organización de todos los aspectos relacionados con los cuidados: evaluación de necesidades; ordenación y movilización de recursos, personas y actividades; y control de la ejecución.

Ambos componentes serán objeto preferente de intervención en este momento de desarrollo de los servicios y no establezco ninguna diferencia entre atención primaria o especializada porque, a mi juicio, la cuestión de fondo es, esencialmente, la misma.

### **¿Qué evolución cree usted que ha experimentado la enfermería asturiana de Atención Primaria, hasta ahora, desde su punto de vista?**

Por los factores que sean (la formación, el mayor desarrollo de la Atención Primaria en Asturias, la presencia de enfermería en los equipos directivos de los servicios, etc.), creo que la enfermería ocupa una posición relativamente favorable en Asturias, pero corremos el riesgo de que esto cambie.

En Atención Primaria hemos pasado la etapa «ideológica» de pensar que todo debería ser «nuevo» a la actual de revisión de los contenidos profesionales. En el sentido de cambio de rol profesional, la enfermería ha avanzado de forma significativa pasando de un trabajo esencialmente técnico y dependiente a otro mucho más científico y autónomo. Pero aún existe un enorme potencial de desarrollo tanto a nivel conceptual como metodológico. Si de verdad queremos un auténtico desarrollo profesional, debemos asumir la responsabilidad que conllevan nuestros actos, aumentando nuestra competencia para la solución de los problemas en nuestro nivel asistencial.

### **Con respecto a la aplicación del OMI-AP, de pronta instauración en todo el territorio, ¿qué nos puede comentar sobre la introducción de la metodología Enfermera en el mismo?**

Por parte del Servicio de Salud hay una apuesta importante en la instauración y extensión del OMI-AP, entendiéndolo que esta herramienta posibilita cambios cualitativos en la organización y efectividad del nivel de Atención Primaria.

Para la enfermería, el OMI-Planes de Cuidados debe suponer un instrumento facilitador de una asistencia enfermera de calidad a través de la metodología de cuidados y diagnósticos de Enfermería. Por esto está previsto implantar de forma normalizada la aplicación de planes de cuidados, acompañada de un proceso de formación, necesario para la correcta utilización de la herramienta y desarrollo de todas sus posibilidades.

La informatización de las consultas nos va permitir evaluar de forma cuantitativa y cualitativa la atención que, como enferme-

ras, estamos prestando. Ésta es, sin duda, una excelente ocasión para establecer nuevas formas de hacer el trabajo y de mejorar la coordinación con otros profesionales de los equipos, sin olvidar que nuestro objetivo común es dar respuesta a los problemas de salud de la población.

*«Debemos asumir la responsabilidad que conllevan nuestros actos, aumentando nuestra competencia para la solución de los problemas en nuestro nivel asistencial»*

### **En relación a los aspectos formativos para enfermería, ¿cómo ve usted en un futuro la aplicación de los planes de formación de la especialidad de Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria en Asturias?, y por otro lado, ¿hacia dónde irá encaminada, en general, la formación en enfermería?**

En mi opinión, la formación básica que tenemos las enfermeras resulta insuficiente para Atención Primaria. Igualmente, considero que algunos de nuestros «problemas» actuales proceden de una formación de tipo biomédico, básicamente hospitalaria y basada, fundamentalmente, en la realización de técnicas. Porque, si bien las técnicas constituyen uno de los pilares básicos de nuestra profesión y una línea de desarrollo permanente, otros como los aspectos conceptuales, la metodología enfermera, la comunicación, o el área psicosocial siguen siendo asignaturas pendientes, salvo en casos excepcionales con formación autodidacta y voluntaria.

Por eso, la aplicación de los planes de formación de la Especialidad de Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria es más que necesaria, imprescindible, si queremos propiciar un cambio de cultura profesional. No podemos hablar de un verdadero desarrollo profesional sin formación específica.

### **Por último, me gustaría que hiciera una predicción sobre la situación de la enfermería asturiana dentro de 10 años.**

Será un estamento o segmento profesional bien definido, reconocido y muy relevante dentro del conjunto de profesiones sanitarias en Asturias. De esto no tengo duda siempre que, ahora mismo, seamos conscientes de la trascendencia del momento y estemos a la altura del valor social real que, en términos de salud, tiene la profesión de enfermera.

El prestigio y reconocimiento profesional nos lo otorgará la sociedad, porque nada interesa más a los usuarios que enfermeras profesionales, competentes y responsables. Tenemos que poner el esfuerzo en conseguirlo, y no dedicar más tiempo del estrictamente imprescindible en buscar los espacios para el desarrollo en los ámbitos institucionales, en las normas o «en comparación» con otras profesiones.

Si esto es así, la enfermería de Atención Primaria estará considerada elemento central para asegurar la provisión de cuidados y la continuidad de la atención y obtendrá el rol predominante en actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria que le corresponde.



SILVIA ARIAS

# I ASAMBLEA EXTRAORDINARIA DE SEAPA

El pasado 17 de octubre, a las 19,30 horas, en el Centro de Salud de Otero de Oviedo, tras una interesante presentación y debate sobre **OMI-Planes de Cuidados**, se celebró la Primera Asamblea Extraordinaria de la Sociedad

## ORDEN DEL DÍA

- **Primero:** Informe del presidente sobre la composición de la Junta Directiva y aprobación por la Asamblea si procede.
- **Segundo:** Informe de la tesorera sobre el error en la subida de la cuota anual y valoración por la Asamblea.
- **Tercero:** Informe sobre las Comisiones donde está presente SEAPA-SESPA.
- **Cuarto:** Ruegos y preguntas.

## PRIMERO

El presidente informa sobre diversas **bajas** que por motivos personales y laborales ha sufrido la Junta desde la II Jornada, donde se celebró la Asamblea Anual. En concreto son las de: José Luis Álvarez Suárez, Fernando Alonso Pérez y Rosario Sánchez Fernández.

Además la compañera Margarita Fernández García, que había estado colaborando con la Junta Directiva en los últimos meses y que se iba a incorporar oficialmente a la misma, no puede hacerlo por motivos personales, agradeciéndole tanto la Junta directiva como la Asamblea su trabajo en estos meses.

Con todo ello se presenta a la Asamblea Extraordinaria para su aprobación si procede la composición de la **nueva Junta Directiva**:

- Presidente: Luis A. de Mendiola Cortina.
- Vicepresidenta: Fernanda Cifuentes Francisco.
- Secretaria: Delia Peñacoba Maestre.
- Vocales: Javier Estrada Hernández, Silvia Arias Barrientos, Secundino Unanue Calleja, Aurora Alonso Cortina y Ana Díez Fernández.

Se aprueba por unanimidad la composición de esta nueva Junta Directiva.

## SEGUNDO

En el segundo punto del orden día, la tesorera da cuenta del **error administrativo** que se produjo consistente en la subida de la cuota aprobada en la Asamblea Anual, de 25 euros a 30 euros que se cargó a todos los socios. La Asamblea no sólo admite el error como involuntario, sino que propone que la subida se establezca definitivamente en esos 30 euros, consciente de que el gasto se ha incrementado con el crecimiento de la sociedad, los boletines, el CD del OMI Planes de Cuidados, etc. y que es posible que siga en aumento, para lo cual se hace necesaria esta cuota.

Se presenta el **balance de cuentas** de la Sociedad, siendo actualmente de: 2818 euros.

Con un balance positivo de las II Jornadas y estando pendiente del SESPA, para una aportación económica ya confirmada aunque no sabemos su cuantía, procedente de la declaración de la II Jornada como de Interés Sanitario.

## TERCERO

En el tercer punto del orden día se informa de la presencia de la Sociedad, por medio de compañeros/as a quien se ha llamado, para formar parte de **diferentes comisiones**:

- En el Comité Asesor de Vacunas: Antonio Fernández Urizar.
- Dirección Socio-Sanitaria, Cuidados Paliativos: Inés Cosío.
- OMI-Planes de Cuidados: Marta González Pisano.
- Grupo del PACAP de la FAECAP: María Antonia.

Igualmente se da cuenta de las muy **buenas relaciones** existentes con el SESPA, que en este ámbito presenta una igualdad a las demás Sociedades Científicas existentes en la Comunidad.

## CUARTO

### Ruegos y preguntas:

- Rosario García Cañedo y Fernanda del Castillo piden que se dé respuesta al documento que recientemente ha editado la SAMFYC, en el cual se recoge que existe una enfermera cada dos médicos. Como aspecto más destacado y relacionado con la enfermería, se informa de que desde la Sociedad se van a presentar a las Autoridades Sanitarias dos documentos sobre: *Reflexiones y Propuestas de futuro sobre A. P.* Ambos documentos han sido elaborados por personas tanto de la Junta Directiva como de fuera de la misma y se han consensuado oportunamente. Posteriormente se incluirán en nuestra página Web.
- Fernanda del Castillo pide que se actualice la página Web de la SEAPA, se contesta que los últimos cambios en la Sociedad y su coincidencia con el período estival han sido las causas de pequeños retrasos. Igualmente pide que se trate de encauzar los trabajos que se realizan sobre Actividad Comunitaria en Asturias por parte de Enfermería.
- Se pregunta sobre un folleto que en su día SEAPA había elaborado y presentado en el Área de Gijón, sobre la difusión del trabajo de enfermería en A. P. Por parte de ninguna dirección de enfermería ha sido difundido, y se está negociando la difusión del mismo conjuntamente con uno o dos laboratorios.
- Se comenta por diferentes compañeras/os el reto que va a suponer, y la apuesta de la SEAPA en este campo es total, la inclusión del **OMI-Planes de Cuidados** en la herramienta de la consulta, y la importancia que va a representar la formación continuada en todo ello.
- En este sentido, Enrique Oltra solicita que conste en Acta la **empatía** que debe reinar en este proceso, asumiendo un tiempo largo en su valoración, y una formación continuada en su proceso, lo que se traduce en una dotación económica para estos fines.
- Secundino Unanue lo corrobora y pide igualmente tiempo y paciencia a la empresa SESPA.
- Otras intervenciones van en la misma línea: Marta Pisano comenta la importancia de que sea operativo y además de la formación de un grupo en el SESPA de enfermeras para su desarrollo y el de la Metodología. El grupo de Metodología, tiene como proyecto el iniciar a primeros de año cursos en todo este campo.
- Fernanda Cifuentes pide que conste en Acta el reconocimiento al Grupo de Metodología, que durante más de un año ha estado trabajando con gran esfuerzo y está a punto de sacar con la financiación del SESPA su propia **Guía de Metodología**. Pide además un reconocimiento a la persona de Marta González Pisano.
- A su vez, Marta pide un feed-back con ella en este trabajo en el cual ella es portavoz de la enfermería de Atención Primaria.