



RdS
revista digital de salud

Dirección de Enfermería. Hospital Universitari Son Espases



Entrevista a Pilar Fernández

Secretaria de Dirección de Enfermería

NUEVAS SECCIONES

- LA VOZ DEL PACIENTE
- DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

PRESENTAMOS A LA COMISIÓN DE
CUIDADOS

DISFAGIA: EMERGENCIA Y EVIDENCIA
VITAL

INFOGRAFÍAS DE SALUD: RECURSOS Y
HERRAMIENTAS PARA CREARLAS

#RedesHuse
Número 5



RdS

revista digital de salud

Dirección de Enfermería. Hospital Universitari Son Espases

Director de la revista
Juan Manuel Gavala Arjona

Supervisora Área I+D+I
Pilar Andreu Rodrigo

Coordinadora de la revista
María Teresa Pérez Jiménez

Comunicación
Juan Carlos González Otermin

Contenidos:
Ana María Luis Martínez
María Viña García-Bericua
Ernesto Sardi
Enrique Luján Sosa
Esperança Bauça Amengual
Neus Martorell Dols

Imágenes:Servicio de Audiovisuales

Revisada por el Servicio Lingüístico

Colaboración viñetas:
Tolo Villalonga

Contacto:
hse.revistaenfermeria@ssib.es
@Redes_HUSE

Editado en:
Hospital Universitari Son Espases
Carretera Valldemossa,79
07120.Palma de Mallorca
Illes Balears

SUMARIO

EDITORIAL

A LA VANGUARDIA

PROTAGONISTA

DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

COMPAÑEROS

LA VOZ DEL PACIENTE

ASOCIACIONES/COMISIONES

WEB 2.0/RECURSOS

INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

RINCÓN DE METODOLOGÍA

AGENDA/PREMIOS

RdS

revista digital de salud

Dirección de Enfermería. Hospital Universitari Son Espases

EDITORIAL

¿Y por qué no nos los creemos?

La enfermería, en los últimos 50 años, ha dado un giro espectacular como profesión; pero, aun así, parece que estamos perdidos, sin rumbo. La sociedad nos necesita y reconoce nuestra labor asistencial, pero no la escuchamos de una manera atenta, activa. Quizás ha llegado el momento de plantearnos otros objetivos, de dejar de mirar hacia adentro y empezar a mirar hacia afuera.

Dentro de la estructura sanitaria, la enfermería ocupa un lugar privilegiado, por el que nos vamos moviendo y en el que el paciente es el eje fundamental, aunque, en algunos momentos, parece que lo perdemos de vista.

¿Por qué cuando la enfermería se mira al espejo no es capaz de ver lo que tiene delante y lo que ha conseguido, y se empeña en pensar y buscar lo que le falta? Quizás ese sea nuestro gran problema, el que no nos permite avanzar, quizás toda nuestra energía se pierde cuando nos alejamos de la zona de confort que nos da el paciente.

La enfermería tiene que seguir haciéndose preguntas, siempre y cuando no perdamos de vista todo lo que rodea al paciente y a su familia, ya que esta es la verdadera esencia que nutre nuestra existencia y nuestra razón de ser como disciplina.

No perdamos el sentido ni la cordura por los que tantos han luchado.

SÍNTOMAS DE RESFRIADO: TOS, ESTORNUDOS...



**TAPARSE LA NARIZ
Y LA BOCA AL TOSER
Y AL ESTORNUDAR**

**USAR
PAÑUELOS DE
PAPEL**



4 PASOS para **EVITAR** **CONTAGIOS**



**TIRAR LOS
PAÑUELOS A LA
PAPELERA**

**HIGIENE
DE MANOS
(CON SOLUCIÓN ALCOHÓLICA
O AGUA Y JABÓN)**



Los profesionales del Hospital
le proporcionarán una mascarilla
para proteger a los demás





A LA VANGUARDIA

Enrique Luján Sosa

Planta de puérperas de bajo riesgo gestionada por matronas

¿Qué es el puerperio?

Definimos el puerperio como el periodo que comprende desde el final del parto hasta que el organismo materno vuelve al estado anterior a la gestación. En este periodo, se establece la lactancia. Desde el punto de vista clínico, podemos distinguir las siguientes fases evolutivas:

- **Puerperio inmediato:** es el período crítico desde el final del parto hasta las primeras 24 horas tras el parto y que, a su vez, se subdivide en precoz y tardío. El posparto inmediato es un periodo sensible de extrema importancia para el establecimiento de la lactancia materna y también desempeña un papel importante en el desarrollo del vínculo.

El trinomio madre/padre/recién nacido (RN) se considera una experiencia humana compleja y profunda que requiere el contacto físico y la interacción de las partes implicadas.

- **Puerperio precoz:** comprende los primeros 2-10 días desde el parto, desde el puerperio clínico hasta los 3-4 días postparto.
- **Puerperio tardío:** corresponde al período de tiempo restante, hasta los 40 días tras el parto o hasta la aparición de la primera menstruación (generalmente, se produce de forma tardía).

El **Puerperio hospitalario**, comprende el periodo de tiempo durante el cual la puérpera es atendida en el hospital; habitualmente, dos días en los partos vaginales y tres en el caso de cesáreas. Dicho periodo incluye el puerperio inmediato y, normalmente, una parte del precoz. Nuestros cuidados durante este periodo se centran en el binomio madre-RN, ya que se dan y atienden multitud de cambios, tanto físicos (mamas, altura uterina, loquios y suturas) como psíquicos (adaptación a la nueva situación y al rol materno) y familiares (adaptación a un nuevo miembro en la familia con posibles cambios en la relación de pareja y con otros hijos anteriores, en caso de tenerlos, pues se debe compaginar su atención con la del recién nacido).

Este es un periodo de “alta receptividad” de la mujer, lo que debemos provechar para darle toda la información que precise sobre los diversos cambios que implica su maternidad: prevenir las posibles complicaciones tanto de ella como del RN, apoyarla en la recuperación de su estado físico y psicológico, capacitarla para su autocuidado y para los cuidados del RN, y promocionar y fomentar la lactancia materna.

¿En qué consiste la gestión por matronas de la planta de puérperas?

Diferentes revisiones sistemáticas proyectan la necesidad de implantar nuevos sistemas de atención en lo referente a la continuidad de cuidados y a la atención integral de la mujer, que apuntan a modelos de trabajo donde se ubiquen matronas en los puestos de trabajo de enfermeras generalistas, en los cuales las primeras ostentan más competencias y por ello sustituyen a las segundas en las diferentes plantillas en su totalidad: unidades de paritorios y urgencias obstétricas, unidades de hospitalización de ginecología y ginecología oncológica, unidades de hospitalización de obstetricia (gestantes y puérperas) y unidades de control del embarazo de alto riesgo.

Desde mayo de 2017, la dirección de enfermería del HUSE implantó una nueva forma de trabajar en la planta de puérperas (1N). Dicho cambio consistió en sustituir a las enfermeras generalistas que hasta ese momento proporcionaban cuidados a las usuarias de dicha planta por enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología (matronas). Posteriormente, se implementó un nuevo protocolo de altas de puérperas de bajo riesgo, en el que la mujer con un embarazo, parto y puerperio normales —atendiendo a la premisa de que el embarazo es un estado fisiológico y no una enfermedad— fueran atendidas solo por enfermeras obstétrico-ginecológicas desde el ingreso hasta el alta hospitalaria, sin necesidad de la atención de los profesionales licenciados en medicina obstétrico-ginecológica, ya que estos están especializados en patología.

El marco competencial y legislativo de la enfermera especialista obstétrico-ginecológica (matrona) está amparado en la Legislación de la Unión Europea y Española, ambas recogen, entre otras, las siguientes competencias relacionadas con los cuidados en el puerperio:

- Prestar atención al binomio madre hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el puerperio, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.
- Prestar atención al neonato dirigida a favorecer los procesos de adaptación y detectar precozmente las situaciones de riesgo.
- Detectar precozmente los factores de riesgo y los problemas de salud en el binomio madre hijo durante el embarazo, parto y puerperio, llevando a cabo actividades de diagnóstico, control, derivación y seguimiento de los mismos y, en caso necesario, tomar las medidas de urgencia oportunas.
- Detectar en la mujer los factores de riesgo y los problemas ginecológicos.

- Mejoramos las actitudes y los conocimientos de las mujeres, lo que tiene efectos beneficiosos en la madre y su bebé, así como en la prevención de la depresión puerperal.
- Fomentamos y promovimos la instauración y el mantenimiento de la lactancia materna.
- Cumplimos el objetivo recogido en el Contrato de Gestión por parte de la Conselleria en cuando a ingresos y altas de mujeres de bajo riesgo en el proceso de parto gestionado por matronas.

Hubo unos años, en los que no había enfermeras especialistas en ginecología y obstetricia (matronas), en los que las enfermeras generalistas se formaban por su cuenta para atender de una manera más eficiente a las mujeres, a las que en el argot sanitario se les conoce como "enfermeras de gine" (por enfermeras de ginecología).

Hoy en día, este periodo está superado, encontramos profesionales preparadas mediante el sistema EIR, que podrían perfectamente realizar unas funciones para las que han sido formadas, pero que actualmente se encuentran desempleadas o empleadas en puestos generalistas y no específicos para los que se han formado. Sin embargo, estos mismos puestos continúan ocupados por estas enfermeras generalistas que realizan labores que, en justicia, deberían recaer ahora en matronas porque se han preparado para ello y son más competentes y eficientes para realizar esta labor.



Entrevista a Pilar Fernández

Secretaria de Dirección de Enfermería



PROTAGONISTA

María Viña García-Bericua

Entrevista a Pilar Fernández Romeo: secretaria de Dirección de Enfermería

Nuestra compañera Pilar Fernández Romeo (Zaragoza, 1952) se jubiló el pasado mes de noviembre, tras más de 28 años como secretaria de Dirección de Enfermería. Ha vivido en primera persona el desarrollo del liderazgo enfermero y habla con admiración y cariño de una profesión que, con trabajo y esfuerzo, se ha ido abriendo hueco en la organización.

Pilar es una mujer entusiasta, trabajadora y resolutiva, que habla con pasión y emoción de su trabajo y de sus compañeros. Conocer su historia es como bucear por Son Espases y por el antiguo Son Dureta

Pilar, ¿cómo fueron tus inicios en el Hospital? ¿Cuántos años llevas aquí?

Han pasado muchos años de eso. Cuando, en las ciudades sanitarias y en los grandes hospitales de la Seguridad Social, se incorporaron los primeros gerentes y con ellos las diferentes direcciones (hasta entonces funcionaban con "administradores", "jefas de Enfermería", etc.), comencé a trabajar para la primera directora de enfermería, Pilar Sánchez-Cuenca, todo un lujo.

Fueron años de transformación y de mucho trabajo. Hablar de gestión, de objetivos, de planes de cuidados, protocolos, procedimientos propios de la enfermería, catálogos y definición de puestos de trabajo, docencia e investigación, calidad, planes de inversiones y un largo etc., fue una tarea dura para la Dirección, porque tenía que convencer e ilusionar, pues no todos los profesionales son favorables a los cambios que suponen esfuerzo. Para mi compañera Malén y para mí, supuso un trabajo infinito, pero lo hacíamos con ilusión, también vivimos momentos difíciles y complicados, pero esos... se han difuminado. Llevo en el Hospital 28 años y pico y me han pasado como una exhalación.

¿Cómo es un día de trabajo?

Las tareas asignadas al puesto son muchas y variadas: despacho con el director; gestiono agendas, citas, llamadas telefónicas, órdenes de viaje, gestiones administrativas, correspondencia, convocatorias, etc. Otra parte de la jornada, la dedico a una serie de rutinas y tareas establecidas, es un trabajo más monótono, pero también necesario.

¿En qué ha cambiado tu trabajo con las nuevas tecnologías?

Están tan incorporadas que ya no son nuevas, ja, ja, ja... En agilidad, precisión, comodidad, todo es más inmediato, pero también más efímero y es necesario distinguir todas las tareas que hoy podemos resolver y abreviar valiéndonos de la tecnología y de las redes sociales, de las que debemos seguir cumplimentando sin obviar ningún paso pues somos "administración" y hay que dejar constancia de todo, el histórico cuenta mucho.

¿Con cuántos directores has trabajado en este tiempo? Cuéntanos alguna anécdota que recuerdes.

Muchos, 12, todos nos han tratado bien a Malén y a mí, pero es inevitable que por su personalidad y conducta a algunos de ellos los llevaré siempre en mi corazón.

Pilar Sánchez-Cuenca López: sabia, ingeniosa, rigurosa, entusiasta, planificadora, maestra, futurista, divertida y culta muy, muy culta.

Sagrario Vicente García: sentido común, recta, sobria, compañera, sufridora y afectuosa.

Encarnación Ruedas Ponce: entusiasta, planificadora, vivaz y moderna.

Diego Ayuso Murillo: sobresaliente, inteligente, trabajador, inspira confianza, respeto, consideración, leal, transparente, empático y amigo.

Mercedes Torrecilla Mozo: enérgica, segura, disciplinada, perseverante...

Carlota Roca Sala: excelente dirigiendo a su equipo, muy responsable, coherente, generosa, compasiva, altruista, humana y servicial.

Mercedes Vacas Guerrero: carismática, muy formada, con templanza, perseverante, fuerte y amable, admirada y respetada.

Soledad Gallardo Bonet: genial, creativa, innovadora, líder, fuerte con el presente y esperanzada con el futuro, motivadora, transforma las dificultades en retos, es tremendamente generosa. De su conocimiento y saber hace partícipe, sin reservas, a quien lo necesita. Es maestra, es paciente, es equilibrada, celebra y disfruta del bien y de los éxitos de los demás, es alegre, hace que el trabajo resulte placentero, es agradecida, simpática y afectuosa. ¡Otro lujo!

Salvador Moreno Berenguer: cumplidor de la norma, el BOIB en persona, le gusta tenerlo todo controlado, la obediencia y la puntualidad, amable.

Alberto González García: el Capitán Trueno. Muchos proyectos, apasionado, joven, confiado, redes sociales... No hubo tiempo para más.

Luis Mariano López López: enamorado de la profesión enfermera, estudioso, incansable con los cuidados a los pacientes, con la institución y con las relaciones humanas, abnegado y leal.

Juan Manuel Gavala Arjona: modo acción, muy trabajador, formado, innovador, motivador, asertivo, dialogante, resolutivo, empático, conciliador, experto, amable, simpático y valiente.



¿Qué cualidades y/o habilidades debe tener una buena secretaria?

No es fácil la respuesta. Es esencial tener ilusión y motivación por tu trabajo y verle el sentido, eso facilita las cosas. La puntualidad es básica, siempre he llegado antes que mis jefes, eso da mucho juego porque en esos 15-20 minutos de antelación puedes hacer cantidad de cosas sin interrupciones. Hay que ser rápido en concluir trabajos. La intuición es fundamental para saber cómo actuar en cada momento sobre todo si surge algo relevante. Distinguir lo urgente de lo importante es fundamental. Atender con amabilidad y compasión a quien lo necesita, escuchar y ofrecer toda la ayuda necesaria y encauzarle en busca de solución. Discreción, prudencia y respeto mucho respeto.

¿Y un buen director?

Además del conocimiento, de la formación y de la capacidad que se le supone, yo pediría confianza, confianza mutua, si no es así, mal vamos. Trabajador, ordenado, y disciplinado, reflexivo, que planifique, que sea un buen estratega y que practique la empatía, la amabilidad, la comprensión y el sentido del humor. ¡Que escuche y pregunte!

¿Cómo ha evolucionado el liderazgo enfermero en estos años? ¿Y su papel dentro de la organización?

Han pasados muchos años y, aunque sin la rapidez que debiera y con unos costes importantes, la transformación ha sido muy notable pasando de tener funciones casi subordinadas a poder desarrollar su propia carrera profesional con todas las garantías y sin reservas, acceso a la formación continuada e investigación, etc.

Con un buen líder la organización va sobre ruedas, es fundamental. Yo he conocido verdaderos líderes, de aquellos que lo llevan escrito en sus genes, que sacan lo mejor de cada profesional, apoyando y valorando el trabajo individual y de equipo; a los que les interesa la calidad de vida y el bienestar laboral de sus colaboradores y, aunque para ellos los problemas se convierten en retos creativos y les gustan los objetivos desafiantes, sacan la cara por los suyos cuando aparecen problemas que les afectan.

¿Cuál es la lección más valiosa que has aprendido?

Que tener un puesto de trabajo es un tesoro muy preciado y debemos cuidarlo, precisamente entregándonos al día a día con entusiasmo y sin tregua; aunque el puesto lo hayamos ganado por oposición, somos trabajadores públicos al servicio de los ciudadanos ,y en nuestro caso, tenemos trabajo porque otras personas tienen la salud mermada, no debemos olvidarlo.

Trabajar en un hospital, aunque fuera del área asistencial, te lleva a ser inmensamente agradecido con tus compañeros, con tu entorno y con la vida.

¿Qué echarás de menos?

A muchas personas y a algunas de ellas de manera muy especial porque son excelentes, abnegadas, bondadosas, afectuosas, creativas y muy muy divertidas ¡que más se puede pedir!

¿Algún consejo para la persona que ocupe la Secretaría tras tu jubilación?

Que venga motivada a trabajar y que quiera y comprenda a las enfermeras como lo he hecho yo. Aprenderá cosas bien interesantes en la vida que solo estando a vuestro lado es posible conocer. Por muchas de vosotras iha valido la pena esta aventura!

No me olvido de las enfermeras y auxiliares que, tristemente, ya no están entre nosotros y que las recuerdo por competentes, luchadoras, enamoradas de su profesión y muy divertidas.

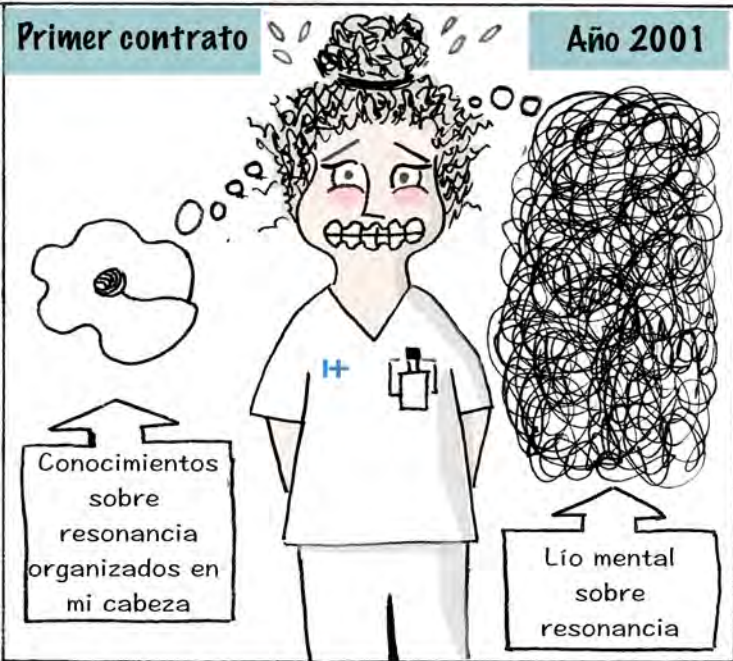
Y como olvidarme del vetusto Hospital Son Dureta donde se hallaba la tecnología más puntera con las goteras y desperfectos más impresionantes, pero allí se forjo esta organización potente que es el HUSE del que hay que estar orgullosos, y unas relaciones que nos mantienen unidos





Historias Radiológicas

Autobiografía





DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

Ernesto Sardi

LA FORMACIÓ I LA COOPERACIÓ A LA UIB. EXPERIÈNCIES

...Com deuen ser? Com deuen viure? Què deuen pensar cada vegada que veuen una persona voluntària? Es deuen sentir bé? Deuen tenir ganes de compartir coses amb nosaltres? [Aquests són només alguns dels dubtes que em venen al cap cada vegada que pens en el meu viatge a Piura (Perú)]. Mai no he fet una estada de cooperació. Sabré aportar-los alguna cosa? Sospito que tornaré a Mallorca amb més aprenentatges dels que ells s'enduran de mi.

Sigui com sigui, està tot en marxa. La veritat és que no em puc fer una idea de com serà allò. Per a mi, Amèrica Llatina és una terra desconeguda, de la qual en puc sentir el batec. M'explic: no hi he estat mai, però sempre he sentit la seva cridada. Som conscient que parlar del concepte «Amèrica Llatina» com a quelcom únic i homogeni és del tot ingenu. No existeix una Amèrica Llatina, n'existeixen milers. Sé que hi ha moltes versions d'aquest continent; realitats que varien de país a país, de regió a regió i gairebé de portal a portal. Però no sé quines són i les vull conèixer, conscient que el que en descobriré serà just una mil·lionèsima part del que s'hi amaga.

Rosa illa, estudiant cooperant de la UIB

El programa de beques de pràctiques dels alumnes de cooperació a països del tercer món, ofereix places perquè l'alumnat de la Universitat de les Illes Balears (UIB) puguin fer estades relacionades amb els seus estudis i obtenir, a més del reconeixement acadèmic, una experiència personal, amb la col·laboració de l'Oficina de Cooperació al Desenvolupament i Solidaritat (OCDS)

Els professors de les diferents facultats s'encarreguen de crear el perfil de les places de pràctiques que s'ofereixen cada any als alumnes, gràcies als convenis que se signen amb les diferents entitats locals on s'han de dur a terme les pràctiques acadèmiques. També fan de tutors dels alumnes: els informen, assessoren i donen suport, a més de fer-los el seguiment acadèmic durant tota l'estada.

Les places disponibles són diverses i inclouen una gran varietat de països i d'estudis: poden fer pràctiques acadèmiques de mestres a escoles de Bolívia; participar en projectes de salut comunitària a l'Equador; fer estades clíniques a hospitals, de fisioteràpia a Ghana o d'infermeria a Peru; col·laborar amb tallers de productes de comerç just a l'Índia o conèixer la realitat social i jurídica al Salvador, entre d'altres.

Les estades tenen una durada mínima de 60 dies. L'alumne que faci aquestes pràctiques podrà obtenir el reconeixement acadèmic corresponent, que dependrà del perfil de la plaça que hagi ocupat.

Els objectius que es plantegen des de la UIB són variats:

- Promoure una formació basada en els valors com la solidaritat, la tolerància, la convivència, la llibertat i la justícia.
- Formar futurs professionals i personal tècnic: conscienciar-los de les necessitats i dels problemes dels països en desenvolupament; que participin en experiències que proporcionin noves maneres d'abordar un mateix problema i noves habilitats, en un feed-back profitós per a ambdós col·lectius.
- Potenciar l'anàlisi crítica sobre les necessitats i les desigualtats en el món actual i valorar la importància d'elaborar projectes i intervencions interdisciplinaries.
- Afavorir el diàleg intercultural, apropant els diferents valors i les formes de vida a cada cultura.

S'efectua una primera avaluació dels sol·licitants mitjançant una entrevista personal i la valoració del barem establert, que té en compte l'expedient acadèmic, i l'experiència i la formació en temes de cooperació i de voluntariat. La beca que es pot obtenir sobre l'estada o el desplaçament pot ser total o parcial. La dotació econòmica mínima és de 1.000 euros i la màxima és de 1.900 euros, segons el país de destinació. La petició de visats i de vacunes són a càrrec dels sol·licitants.

He llegit els testimonis de les experiències de Danna, Xisca, Rosa, Caterina..., que transmeten experiències des d'abans de partir fins després d'arribar i tots tenen en comú una paraula: GRÀCIES.

Aquests són alguns dels cooperants:



...“El que aprenen de tu és molt, però tot el que t’ensenyen ells és molt més. M’he emportat a casa molt més del que jo he pogut oferir, que ha estat molt...”

Desadaptació- Adaptació- Desadaptació- Adaptació

O el que és el mateix Piura-Piura-Mallorca-Mallorca.

Va ser fàcil prendre la decisió de partir a 9.802 km fora de casa, però en cap moment fou fàcil l’adaptació a una nova ciutat plena de pols, cotxes, mototaxis, cans vagabunds, policies i seguretat privada a les portes de les cases. Una ciutat en què hi ha homes que et xiulen quan vas pel carrer, d’altres que et criden des de l’altre vorera dient-te “gringa”. Una ciutat en què, si ets blanca et pugen els preus dels aliments en el mercat.

CATERINA – PIURA

“Vuit setmanes per arribar a estimar allò que no pensava mai estimar.”

El primer dia a Piura

Dia 31 de juliol, a les 7.00 hores del matí, arribarem a Piura després de 16 hores amb autocar fent el recorregut Lima-Piura. Un cop allà, anàrem a la que seria casa nostra durant dos mesos.

El mateix matí, l'associació que ens acollia, Canat, feia una excursió al "Bajo Piura" per visitar la zona més afectada per les pluges, adéu Jet-Lag. Aquell dia fou intens, xerrar amb les persones d'allà impressionava, veure que no tenien res i que el poc que tenien ho havien perdut amb el desbordament del riu. Sí, l'ajuda humanitària arribà, però no igual per a tots, i tard. "—Ah! Que bueno, teneis botas de agua! —Sí, llegaron cuando ya no habia barro."

La resta de la setmana fou d'inducció, vam visitar els tres programes de Canat, que, físicament, están en diferents llocs Manitos Creciendo, Manitos Trabajando i Manitos Jugando. Aquesta primera setmana també fou per adaptar-se a la ciutat, a la gent i al canvi de moneda (1 euro = 3,88 soles, més o menys, ja que canviava en funció de la borsa/economia). Na Neus i jo vam optar per fer com la gent d'allà i no fer conversions, per a nosaltres 1 sol seria com 1 euro.



Record que aquella primera setmana no fou fàcil caminar per Piura sense enfadar-me. Climatològicament, era l'hivern però, per a nosaltres, el clima era calorós i anavem amb calçons curts, la qual cosa ens exposava a les mirades, als comentaris i als "fiu-fiu" dels homes d'allà. Hi ha molt de masclisme, al final t'hi acostumes (no pots optar a segons quines conductes, ja que no saps a què t'exposes).

Dissabte i diumenge vam anar a "La Tortuga", que està a tres hores de Piura (les distàncies són llargues). Vam veure el mar, menjàrem ceviche preparat pels nins i dormírem sota les estrelles a la platja vermella amb la resta de voluntaris de Canat.

El dia a dia

Entre setmana, l'activitat diària era a l'Associació; en canvi, els caps de setmana eren per a nosaltres, fet que aprofitàrem per visitar tot el que vam poder (mai és suficient). Els dilluns es feia la programació de la setmana, no havíem d'atendre nins ni adolescents.

La segona setmana, el mateix dilluns, em van comunicar que, per la meua formació (ara som estudiant d'infermeria de 4t curs), m'integraria en els programes de Manitos Trabajando i Manitos Jugando i, també, a les activitats extres que es duguessin a terme, com per exemple, fer un informe sobre la situació del menjador de Canat, conjuntament amb en Juan, estudiant de medicina de Valladolid, o la participació en unes enquestes per a una investigació de la UIB a Mónica Zapata.

La tercera setmana es va fer un taller per a les famílies (pares i mares) dels infants. Tornàrem participar fent una petita aportació sobre la cloració de l'aigua, la importància de la rentada de mans i de l'alimentació saludable. El taller va anar molt bé, però no és fàcil exposar la importància del consum de la verdura i de la fruita si a casa no tenen una gelera per mantenir l'aliment en bones condicions o si un quilo de mandarines són més cares que quatre paquets de galetes o de chifes (plàtan fregit estil xips).

La quarta, la cinquena i la sisena setmana, l'activitat va ser normal: ajudava a Manitos Trabajando i a Manitos Jugando. Es va repetir el taller per a les famílies a un altre lloc i vam preparar, conjuntament amb altres voluntaris, el material per a un altre taller.

La setena setmana, vam fer el taller d'higiene, en el qual tractàvem el tema d'higiene corporal, d'higiene bucodental, rentada de mans i la pediculosi, adreçat als infants de Trabajando i Jugando. Impartírem aquest taller amb n'Àlex i n'Alicia (dos voluntaris infermers espanyols), en Juan i jo. Per fer-lo atractiu i dinàmic, preparàrem molt de material en què la imaginació fou el punt fort per evitar l'avorriment i per captar l'atenció dels infants.

La darrera setmana, visitàrem Cusco amb uns altres voluntaris de Mallorca. El món és més petit del que pensam!



L'associació Canat

L'activitat de Manitos Trabajando s'iniciava a les 12.00-12.30 h, quan arribaven els nins de l'escola. Es dutxaven, dinaven i començava l'activitat formativa que estava basada en valors. Per acabar, feien les tasques de l'escola. I quina era la meua funció com a voluntària? Donar una mà en les dutxes. Informar-los que s'havien d'acabar tot el menjar, de la importància que tenen les verdures. Proposar activitats per als formadors... El Centre, físicament, estava al costat del mercat de Piura i els nins tenien entre 6 i 16 anys

L'activitat de Manitos Jugando, com indica el mateix nom, era anar allà a treballar els valors del programa amb jocs. Hi havia dos assentaments humans, un a Ricardo Palma i l'altre a Mónica Zapata, amb nins d'edats de 0 a 14 anys.

Els nins i nines de Canat necessiten amor, amor i més amor. Que estiguis allà per escoltar-los, donar-los una mà i amor. No tenen una vida fàcil i les abraçades són més fortes que un mal dia.

Pel que fa als formadors, escolten i accepten les propostes que suggereixes i t'ajuden amb el que necessites. Ells són els pilars de l'associació.

Durant l'estada, vaig coincidir amb molts de voluntaris que van i venen. Comences el teu camí amb uns, durant l'estada en coneixes uns altres i l'acabes amb uns altres. Les festes de benvinguda i d'acomiadament són constants.

Fora de Canat

No tot era treballar. Els horabaixes i els vespres eren per compartir l'experiència amb els altres voluntaris d'arreu d'Europa: anar a fer gelats, algun partidet de futbol, perdre's pel mercat o el que et feia ganes. Aprofitarem els caps de setmana per visitar i conèixer Perú.

Quan ja feia un mes que érem allà, férem un grup d'amics peruans. Quina llàstima no haver-los conegut abans! Aquí fou quan vam aprendre molt de la seva cultura.

La tornada a Mallorca

El dia a dia a Perú em va enganxar, em va servir per conèixer-me a mi mateixa, conèixer molta gent i les seves vides, paisatges desconeguts, olors, menjars, la cultura...

Dos mesos pareixia molt de temps, però, quan hi ets, ja formes part de la societat peruana. Quan ja t'hi has adaptat i ets una més, el temps vola i ja has de tornar a Mallorca i costa, costa molt o almenys a mi. Deixes allà part del que ets tu per tornar a la realitat de casa teva, del que la gent espera de tu i de la rutina del dia a dia.

Notes

Nota 1. El millor de tot és deixar la mirada europea, un cop que ho aconseguixes gaudeixes més del que estàs vivint.

Nota 2. Si hi pots anar tres mesos no n'hi vagis dos, el temps es fa curt.

Nota 3. El temps vola. Fes tot allò que et vengui de gust. Si tens l'oportunitat fes-ho, no esperis. A mi m'han quedat coses pendents perquè només tenia dos mesos per fer-ho.

DANNA ROBLES, VOLUNTÀRIA PER A LA FUNDACIÓ AMAZÒNIA DES DE SUCRE, BOLÍVIA

Fa 57 dies que vaig emprendre l'aventura més incerta de la meva vida. Record que la primera vegada que vaig escriure, ho vaig fer des de la meva terra, Mallorca, i ara ho faig des de la meva segona casa, a Sucre (Bolívia). I dic la meva casa perquè així em fan sentir.

Exactament, us explico la meua experiència des de Maskiwasi (escrit en quítxua vol dir alguna cosa així com dolça llar), a la zona de Zurapata, Chuquisaca/Sucre (la ciutat té quatre noms diferents).

Us explico que en arribar, em vaig sentir una mica desubicada ja que no sabia on estaria ni quines serien les meves funcions. Ara, estic completament situada i integrada, tant, que no sé si seré capaç de dir adéu.

La senyora Luisa (o senyora Lui o Lulú, per als amics) és una persona brillant, plena d'amor i d'alegria. És com una àvia per a les nenes i pels qui anam arribant. I dic àvia perquè el lloc de la mare ja està ocupat. Ens cuina cada dia i amb cada plat ens apropa una mica més a la cultura chuquisaqueña. Ja em vaig familiaritzant amb això que diuen "aquí tot pica" i amb els noms d'alguns aliments. Tenc bones mestres i molt d'interès per aprendre. Arbejas (pèsols), chuño (patata deshidratada), ají (condiment que pica moltíssim), api, pipocas (crispetes), durazno (préssec), palta (alvocat), mocochnchi (una espècia d'orellanes), harto (per dir que és molt) o mote (una varietat de blat de moro de les moltes que hi ha per aquí) són algunes paraules amb les que ja estic familiaritzada.

La Llicenciada (llegiu Lisen) és na Vanesa i ocupa el lloc de mami. Ella és la que s'encarrega que tot això funcioni, és el motor de la llar. Gràcies a ella, la llar adquireix prestigi i marxa correctament. Però el que molts no saben és que a més de ser una excel·lent mare de 32 nines, és una gran persona i amiga. No tothom té la sort de poder-la conèixer i apropar-s'hi, ja que fa moltes funcions dins llar, a més de la d'educadora. Jo, em considero una privilegiada perquè cada dia compartesc alguna cosa diferent amb ella. M'ensenya cada raconet de la seva cultura i, gràcies a ella, he après a estimar les petites coses de Sucre.

I què he de dir de les meves nines? Diuen que el millor es deixa per al final, i elles són el millor. Són les que et donen alegria i mals de caps, les que et regalen somriures i et reclamen abraçades, les que tot el temps et demanen atenció i afecte, les que et roben llàgrimes i et tornen amor, les que et donen el bon dia i la bona nit, les que t'ofereixen el que tenen sense importar-los quedar-se sense res, les que t'expliquen les seves històries a l'escola i de les que et sents orgullosa quan veus els seus butlletins del col·legi, les que et fan creure que tot paga la pena i per les quals lluites sense importar-te el treball feixuc de cada dia.

Nancy, Sandra, Zulma, Ximena, Zulema, Jhaneth, Yashira, Celia, Belén, Nicol, Maribel Garnica, Sofía, Rosita, Maribel Velásquez, Mariela, Virginia, Carmen, Abigail, Rosalía Moreno, Noemí, Joselinda, Juanita, Bethy, Fabiola, Jhovana, Rosmery, Rosalía Choque, Mayra, Ayda, Rosa Mary, Elza i Mery són les culpables que part de la meua ànima es quedi aquí a Sucre, amb elles.

ANA I GORKA. LES PRÀCTIQUES A L'HOSPITAL DE GHANA

Les nostres pràctiques es desenvolupen a Dagme East District Hospital, a Ada, on féim teràpia hospitalària amb pacients de tot tipus i de totes les edats. Hem iniciat l'aventura de fer també fisioteràpia comunitària a una illa propera i a una comunitat un poc allunyada de l'Hospital. Per ara, aquesta darrera part està suposant una gran experiència que ens ompl de coneixement i d'experiència com a fisioterapeutes.

Respecte a la fisioteràpia, teníem el temor que els professionals de l'Hospital no tenguessin els coneixements necessaris o que hi hagués una gran diferència amb el treball si el comparàvem amb Espanya, però tenguérem la grata sorpresa de trobar-nos tot el contrari, les carreres són bastant semblants. Per això, volem donar les gràcies a Amos (el fisioterapeuta de l'Hospital) per ensenyar-nos cada dia una mica més i per tenir aquestes ganes d'aprendre de nosaltres.

JAVI Y CRISTINA. FISIOTERÀPIA A NICARAGUA

Hem fet les pràctiques de fisioteràpia a Somoto, un poble molt tranquil al nord de Nicaragua.

La nostra tasca era tractar nins discapacitats a l'associació "Los Pipitos" que està gestionada per pares i mares, en la qual, els mateixos pares tracten els seus fills amb l'ajuda dels fisioterapeutes. Per un temps breu però profitós, estàrem al Centre de Salut de Somoto. També ens poguérem desplaçar per visitar altres comunitats, ja que moltes famílies no tenen els suficients recursos per poder arribar al Centre que els pertany.

Venir a Nicaragua ha estat una experiència molt satisfactòria i estam molt contents d'haver pogut gaudir d'aquest programa.





COMPAÑEROS

Ana María Luis Martínez

UCIC: Unitat de Cures Intermedies de Cardiologia

En el cinquè número de la revista hem volgut centrar l'atenció en el treball dels professionals de la Unitat de Cures Intermedies de Cardiologia (UCIC). Es tracta d'una unitat de creació recent que va obrir les portes dia 3 d'octubre de 2016. Les gestions per a la creació de la Unitat van començar l'any 2014 i les obres per adequar l'espai disponible a les necessitats dels pacients tributaris de ser-hi atesos es van dur a terme durant l'estiu de 2015.

La Unitat de Cures Intermedies de Cardiologia és situada a la planta d'hospitalització 2P, però estructuralment s'hi troba ben diferenciada.

És un espai diàfan que facilita l'accés del personal als llits i als aparells i que disposa d'un control des del qual es pot efectuar la vigilància dels monitors i de l'estat dels pacients. Encara que l'espai estigui concebut com una sala comuna àmplia amb finestrals que miren a l'exterior, els boxs estan separats per cortines, de manera que el pacient pot mantenir la intimitat i recuperar-se en un ambient agradable i tranquil. La Unitat compta amb 4+1 llits i té una ocupació d'aproximadament el 70%.

En la UCIC es presta atenció als pacients amb una patologia cardiològica que no poden estar ingressats a planta, ja que requereixen un monitoratge, unes cures d'infermeria i una capacitat de resposta mèdica superiors dels que poden obtenir en una planta d'hospitalització convencional de cardiologia; però, a la vegada, no és necessari que estiguin ingressats a la Unitat de Cures Intensives (UCI) ja que el risc de la seva dolència no justifica la utilització dels recursos tècnics i humans de l'esmentada Unitat. Les Unitats de Cures Intermèdies de Cardiologia han de tenir l'equipament (sistema de monitoratge continu i tecnologia per a l'atenció cardiològica d'urgència), el personal i una organització que permeti prestar, de manera temporal i en situacions d'urgència, cures mèdiques i d'infermeria semblants a les que presta una UCI i ha de seguir uns protocols assistencials definits específicament (1).

La creació de la UCIC a l'Hospital suposa un benefici en diversos sentits: d'una banda, per al pacient ja que s'eliminen els dies d'estada innecessària a UCI i es redueixen les possibilitats de desenvolupar alguna infecció nosocomial i, d'altra banda, per a la Institució ja que redueix els costos econòmics dels tractaments dels pacients alhora que manté la qualitat assistencial.

El cardiòleg és el professional que indica l'ingrés d'un pacient a la Unitat. L'ingrés es pot efectuar per diverses vies: després de ser atesos en el Servei d'Urgències, després de la realització de procediments invasius a Hemodinàmica, i pacients que provenen o bé d'una altra planta del mateix Hospital o bé d'un altre hospital. Puntualment, també hi poden ingressar pacients d'UCI Coronàries.

Quant a la destinació dels pacients una vegada que els cardiòlegs consideren que es pot donar per finalitzada la seva estada a la Unitat (habitualment entre 24 i 48 hores), encara que és possible efectuar altes a domicili, la major part dels pacients són traslladats a una planta d'hospitalització. En el darrer cas, hi pot haver dues opcions: la primera és que el pacient quedi ingressat en una de les dues habitacions de drenatge (habitacions 13 i 14), on sol romandre durant 24 hores fins tenir la seguretat que poden rebre l'alta hospitalària. La segona opció és que passi a una habitació del Servei de Cardiologia amb la finalitat d'esperar que li efectuïn algun procediment pendent o fins que, pel seu estat, pugui rebre l'alta hospitalària.

La dotació total de l'equip d'infermeria de la planta d'hospitalització de Cardiologia és de 22 infermers (18 personal fix i 4 personal temporal) i 17 tècnics en cures auxiliars d'infermeria (16 personal fix i 1 personal temporal). Aquests professionals passen de manera rotatòria per la UCIC, i la cobertura específica d'aquesta Unitat és d'un infermer i un tècnic en cures auxiliars d'infermeria per torn.

El paper d'infermeria a les Unitats de Cures Intermèdies de Cardiologia constitueix un element imprescindible per aconseguir una atenció de qualitat i cal que el personal estigui ben preparat per detectar canvis en l'estat dels pacients i per prendre decisions amb rapidesa davant situacions urgents (1). L'infermer que treballa a una UCIC ha de tenir coneixements, habilitats i actituds especials i específiques per a aquests tipus d'unitats. Ha d'assumir, a més de les competències d'un infermer generalista, les competències d'infermeria de la UCI i de Cardiologia ja que el lloc de treball presenta una complexitat que abasta, a més del tipus de gravetat del pacient en estat crític en general, les del pacient cardiològic en particular (2).

És convenient, per tant, que el personal d'infermeria de la Unitat de Cures Intermèdies de Cardiologia tengui una experiència prèvia en unitats d'hospitalització a més d'una experiència de quatre mesos, com a mínim, en l'atenció de pacients cardiològics per poder reconèixer la simptomatologia característica d'aquest tipus de patologia. És fonamental, també, una àmplia formació específica relacionada amb la cura del pacient en estat crític (cardiopaties, arítmies, marcapassos i monitoratge hemodinàmic).

Més enllà de totes aquestes competències professionals que fan referència a capacitats tècniques, Marga Juan, una de les principals impulsores de la creació de la UCIC i que va ser supervisora de la planta d'hospitalització 2P fins al mes d'octubre de 2017, ens parla d'un equip i, en especial, d'un equip d'Infermeria amb un gran valor humà que ha de dur a terme cada dia una feina àrdua i complicada. Un equip, que ha tengut sempre al seu costat, amb unes característiques i una filosofia de treball que va crear l'antiga supervisora de Cardiologia Ana Cerdó. Marga ens explica que, sense aquest equip, el complicat trasllat des de Son Dureta hauria estat molt més difícil i que, possiblement, no s'hauria pogut dur a terme la creació de la UCIC. Un equip d'infermeria a qui dona les gràcies pels anys de treball en comú i que descriu com a acollidor; un equip que rep amb molt bona actitud i que ensenya a tots els que s'hi incorporen; un equip que demostra passió i interès per la seva feina, per la innovació, per la formació i, sobretot, per la cura del pacient.

Encara que tots sabem la importància de la formació dels bons equips de treball i les dificultats que això comporta, també sabem que un bon equip difícilment es manté si no hi ha un gran líder. En parlar amb na Marga i amb altres persones que han treballat amb ella, ens adonam que és una de les supervisores que creen connexions que s'estableixen des del propi exemple, que valora les funcions de tots els professionals i que fa sentir especials a tots els qui treballen en el seu equip.

“No dubtis mai que un petit grup de persones compromeses pugui canviar el món. De fet, és l'únic que ho ha aconseguit”
Margaret Meade

Bibliografia:

1. Alonso J, Sanz G, Guindo J, et al. Unidades coronarias de cuidados intermedios: base racional, infraestructura, equipamiento e indicaciones de ingreso. Rev Esp Cardiol 2007; 60 (4) 404-14
2. Roselló Hervás M, Valls Andrés S. Determinación del perfil de enfermería en las unidades de cuidados intensivos según sus competencias. Enfermería en Cardiología 2012; 57; 51-58
3. Valle Tudela V. et al. Guía de práctica clínica de la Sociedad española de cardiología sobre requerimientos y equipamiento de la unidad coronaria. Rev Esp Cardiol 2001; 54(5) 617-23

La Voz del Paciente

LA VOZ DEL PACIENTE

Esperanza Bauçà Amengual

EL TESTIMONI D'UN OPTIMISTA

En Joan treballava de comercial en una coneguda marca de cotxes i fa nou anys que està jubilat.

El seu dia a dia, segons ell, era fer manualitats per la casa i anar i venir, diàriament, de la seva casa de camp, "sa caseta", on s'hi passava hores gaudint de cuidar les tomatigueres i els arbres, seure davall el garrover...

Però, aquesta rutina fou interrompuda, un dia que estava tot sol al camp, quan notà que no podia sostenir el que tenia amb la mà esquerra. Tot d'una va veure que alguna cosa passava i pensà: "Joan tu no estàs bé".

Intentà asseure's al terra; però, pràcticament sense adonar-se'n, es va trobar ajagut davall el garrover i, mentrestant, passaren els minuts i les hores.

—"Eren les dotze o la una i, pel que sé, passà el temps. Vaig intentar aixecar-me però no podia, em vaig treure l'audiòfon perquè em molestava i vaig cercar la mà esquerra i no la trobava, fins que la vaig agafar amb la dreta i vaig veure que no hi tenia força. Feia voltes pel terra, sense notar la cama; sentia el telèfon, però no el podia agafar de cap manera."

Avisat per la dona, que veia que en Joan no li contestava, acudí un veïnat i acostà el telèfon a Joan, que intentà explicar a la seva dona el que havia passat, sense ser conscient que aquesta no l'entenia.

El seu cervell havia deixat de funcionar com cada dia, alguna cosa havia interromput la seva activitat diària i l'havia deixat ajagut al terra, amb mig cos paralitzat i sense poder parlar bé. Havia patit un ictus. Una patologia de primer ordre que afectà, dia 29 de març, Joan Palou de Campanet als 71 anys d'edat.

En Joan arribà a Urgències de Son Espases i, un cop estabilitzat, el passaren a la Unitat d'Ictus on va passar unes setmanes.

El seu record de la fase aguda de l'ictus és confós, però és conscient i agraeix que allà li salvaren la vida.

—“Em varen atendre més de sis metges, que em feren moltes preguntes. No vaig saber que havia tengut un ictus fins que la meva dona m'ho va dir.”

Durant la seva estada a Son Espases, començà a fer exercicis a Fisioteràpia i a Teràpia Ocupacional, encara sense ser del tot conscient de les dificultats i de les limitacions que aquesta malaltia li havien causat.

—“Record que digueren a la meva dona que, un cop estabilitzat, em durien a una altra clínica per continuar la rehabilitació. Li digueren que hi havia Sant Joan de Déu, l'Hospital General i aquell de Bunyola. La meva dona, de seguida, va triar l'Hospital i li contestaren que aniria al primer que hi hagués lloc, però ella va remarcar que havia de ser l'Hospital General, i per això em dugueren aquí.”

A l'Hospital General, en Joan, hi va estar ingressat uns 40 dies fent rehabilitació de manera diària. Cada dia acudia a Teràpia Ocupacional, a Logopèdia i a Fisioteràpia.

La seva terapeuta ocupacional, Yolanda Aznar, recorda alguns moments amb en Joan:

—“Desde el primer día mostró mucha voluntad y entereza. Nada más presentarnos, Joan nos mostró cómo realizaba todos los ejercicios de control de tronco y autopasivos con el hemicuerpo afecto, así como le habían explicado en Son Espases. Estaba realmente motivado y colaborador. Tenía claro que iba a luchar por recuperarse al máximo y su interés y constancia eran palpables en cada sesión.

En cualquier caso, lo más destacable del proceso de Joan y una de sus mayores fortalezas ha sido el sentido del humor y el buen ánimo que ha conservado. Gracias a esa cualidad ha sido capaz de relativizar sus dificultades y de sobreponerse en los momentos difíciles sin dejar de trabajar con energía. Y aún más, ha sido capaz de motivar a todo el equipo que le ha atendido y a su propia familia para seguir apostando juntos, firmemente, por su vuelta a la normalidad.”

Els inicis no foren fàcils i els metges no donaven grans esperances a la família que en Joan recuperàs la funcionalitat; però, a mesura que passaren les setmanes, aquestes esperances canviaren i en Joan de cada cop era més autònom dins l'Hospital.

—“Ja caminava per les paral·leles. M’ensenyaren a beure, molt important per a mi perquè no sabia empassar-me ni l’aigua. Feia feina amb aquesta mà i m’ensenyaren a vestir-me. Un dia m’explicaren com m’havia de girar dins el llit i record que aquell vespre vaig fer moltes voltes.”

Va arribar el moment en què l’equip interdisciplinari va comunicar a Joan i a la seva família que havia de marxar cap a casa i continuar la rehabilitació de manera ambulatoria.

—“...de partir, no n’estava convençut, tenia molt poca estabilitat. Em preocupava la sistemàtica de dutjar-me i de fer les feines a casa sense molestar massa la persona que havia d’estar amb mi.”

L’optimisme d’en Joan, el bon suport social i el seu treball intens, han fet que hagi superat la por de tornar a casa i que, actualment, pugui caminar amb molt poca ajuda i que parli sense problemes; també beu aigua, hi veu bé i de cada cop pot fer més activitats de la vida diària emprant la mà esquerra. Va recuperant la seva autonomia.

Quan li demanam per la vivència del seu procés, en Joan ens diu les paraules següents:

—“Sempre que hi ha un problema, hi ha una solució, la clau és esperar-la i tenir paciència.”

La seva terapeuta ens parla del paper que ha assolit en Joan dins la sala de Teràpia Ocupacional:

—“*Gracias a esta forma de enfrentar su rehabilitación, no solo ha aumentado sus posibilidades de mejora, sino que ha fortalecido, a través del apoyo mutuo en sesiones conjuntas, las de otros pacientes.*

Ha sido todo un aprendizaje observar la capacidad de superar las limitaciones, que se generaban con las interacciones personales, durante las actividades de la vida diaria grupales que íbamos trabajando desde Terapia Ocupacional. El refuerzo de estas interrelaciones personales entre Joan y el resto de pacientes ha tenido, sin lugar a dudas, unos resultados muy favorables funcionalmente para todos.

Ese discurso positivo y sus ganas han sido el principal motor de un camino hacia la autonomía funcional del que aún queda mucho por recorrer porque Joan no se planta y su alegría se contagia.”



“L’optimista no és un ingenu, és una persona que té esperança.”

Carles Capdevila



ASOCIACIONES/COMISIONES

Pilar Andreu Rodrigo

COMISIÓN DE CUIDADOS

La Comisión de Cuidados fue constituida el 10 de diciembre del 2002 con los siguientes objetivos:

- Impartir formación sobre metodología de cuidados a todos los integrantes de la Comisión y de los grupos de trabajo.
- Establecer prioridades en el plan de formación de los profesionales de enfermería.
- Definir y unificar el formato de los protocolos y de los procedimientos.
- Definir y unificar el formato de los planes de cuidados estandarizados.
- Definir los procedimientos y los protocolos para que minimicen la variabilidad de la práctica de enfermería y aseguren la aplicación del nivel científico-técnico adquirido.
- Validar los protocolos de enfermería existentes en el Hospital.
- Establecer la prioridad para la realización y aprobación de los protocolos.

La Comisión consta de presidente, vicepresidente, secretario y 15 vocales:

Presidente: Juan Manuel Gavala Arjona. Dirección de Enfermería

Vicepresidenta: Fátima Roso Bas. Unidad de Calidad

Secretario: Daniel Miró Pettican. Sistemas de Información

Vocales:

Silvia Mónica Amorós Cerdà. Anestesiología y Reanimación

Chantal Archanco García. Hospital Psiquiátrico

Rosa Ballester Sampol. Metodología

Juana Maria Bover Mercadal. Área de Consultas Externas

Cristina Caro Martínez. Neonatología

Silvia Castellano Navarro. Otorrinolaringología

María Virginia Gómez Alameda. Hospital Psiquiátrico

María Guenoun Sanz. Nefrología

Diego Andrés Moreno López. Sistemas de Información

María Lucía Moreno Sancho. Atención Primaria

Pedro Antonio Palomino Salvador. Obstetricia i Ginecología

Maria Antònia Palou Oliver. Docencia

Francisca Pozo Rodríguez. Hospital General

Gloria Prieto Fernández. Hospital General

María del Carmen Tamarit Jaroslowsky. Rehabilitación

Los miembros de la Comisión representan a todas las categorías que pertenecen a la Dirección de Enfermería del Hospital Universitari de Son Espases. A raíz de la integración al Sector Ponent se incorporaron vocales del Hospital General y del Hospital Psiquiátrico. Este año se ha incorporado un miembro de Atención Primaria con el objetivo de facilitar el enlace entre las dos instituciones sanitarias para poder trabajar sobre las recomendaciones al alta de los pacientes ingresados. Integrar Atención Primaria en la Comisión de Cuidados y unificar criterios sobre los cuidados a seguir al alta genera continuidad asistencial y, en consecuencia, calidad y seguridad asistencial de los cuidados enfermeros a desarrollar en domicilio.

Dentro de la Comisión, los vocales se dividen en tres grupos de trabajo:

- Pre-aprobación de procedimientos. Este grupo es el que se encarga de detectar o de recoger la demanda asistencial para la realización de un protocolo, de un procedimiento o de una guía clínica y proporciona asesoramiento para su elaboración siguiendo criterios basados en la evidencia científica.

-Coordinación o recomendaciones al alta. Este grupo es de reciente creación. Se intenta unificar y consensuar la información que se entrega a los pacientes. Desde la Comisión se están realizando muchos esfuerzos para la confección de las Recomendaciones al alta para poder dar continuidad asistencial a los cuidados de enfermería en el domicilio. Se intenta que dichas recomendaciones al alta sean validadas por los mismos pacientes, ya que son ellos los que realmente van a poner en práctica estas recomendaciones.

-Post-aprobación de procedimientos. Una vez finalizada la elaboración, el procedimiento se tiene que difundir e integrar en la intranet del Hospital o en la historia clínica. Este grupo ofrece asesoramiento e ideas para mejorar este proceso.

La Comisión de Cuidados efectúa reuniones trimestrales y los miembros de cada grupo de trabajo se reúnen una vez al mes.

En el año 2017, se han revisado 12 protocolos y tienen pendientes de finalizar otros 13. Se está trabajando en alrededor de 30 recomendaciones al alta y 8 documentos se encuentran en fase de difusión. A continuación, se citan algunos ejemplos de procedimientos desarrollados o actualizados este año:

- Procedimientos: Rehabilitación tras reparación artroscópica del labrum acetabular, Sondaje vesical, Cura herida quirúrgica limpia.
- Recomendaciones al alta: Cuidados del paciente laringectomizado, Cura de la herida quirúrgica con grapas, Información general sobre el Ictus.
- Post-aprobación o fase de difusión de procedimientos: Lavado vesical intermitente; Rehabilitación en sutura del manguito rotador; Cuidados y mantenimiento de vía periférica.

Mediante la dirección de correo electrónico hse.comissio.cures@ssib.es los profesionales pueden ponerse en contacto con la Comisión para elaborar o revisar un procedimiento. Normalmente es la supervisora o la coordinadora del servicio la que suele ponerse en contacto con la Comisión de Cuidados ya que es la interlocutora del grupo de trabajo del procedimiento. Una vez detectada la necesidad, los miembros de la Comisión proporcionan:

- Información sobre las fases a seguir para la elaboración del procedimiento
- Entrega del formato para realizar el procedimiento
- Seguimiento del procedimiento
- Elaboración de indicadores y de checklist para comprobar la calidad del procedimiento.

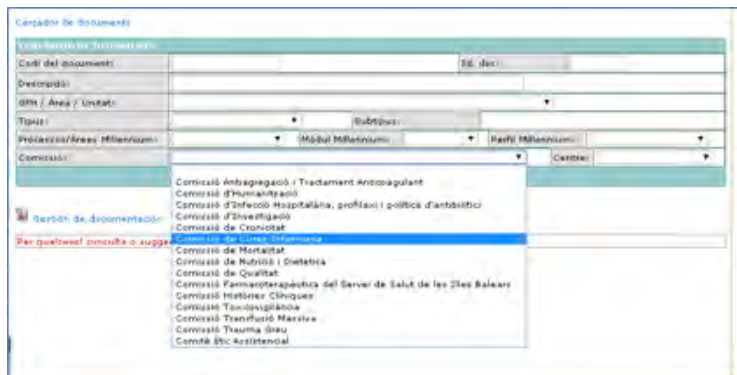
Una vez que la Comisión de Cuidados considera apto el procedimiento, se envía a la Unidad de Calidad para finalizar la gestión del mismo:

- Información al paciente:
 - Revisión lingüística y traducción en el Servicio lingüístico
 - Diseño en el Servicio de Audiovisuales
 - Solicitud de estos documentos en la imprenta del hospital

- Protocolos:
 - Revisión lingüística y traducción en el Servicio lingüístico
 - Incorporación en el gestor de documentos de la intranet hospitalaria



- En el buscador de documentos se pueden consultar todos los protocolos aprobados por la Comisión de Cuidados, filtrando por "Comisión"



Otra forma de buscar los documentos aprobados por la Comisión de Cuidados es clicar en Comisiones Clínicas, en el icono inmediatamente inferior al Buscador de documentos.



Después, se entra en la Comisión de Cuidados de Enfermería donde aparecerá la pantalla con la toda la información de la Comisión.

Objetius Específics																															
- Impartir formació sobre la metodologia de les cures a totes les persones que integren la Comissió i els grups de treball. - Establir prioritats en el pla de formació dels professionals d'infirmeria. - Definir i unificar el format dels protocols i dels procediments. - Definir i unificar el format dels plans de cures estandaritzats. - Definir els procediments i els protocols que millorin la variabilitat de la pràctica d'infirmeria i que assegurin l'eficàcia del nivell científic i de bon nivell. - Validar els protocols d'infirmeria de l'Hospital. - Establir la prioritat per a la realització i l'actualització dels protocols.																															
Document aprovats																															
Vistes els documents aprovats per la comissió:																															
Membres																															
President:	Juan Manuel Savala Abad																														
Vicepresidenta:	Fátima Pons Bay																														
Secretari:	Daniel Mui Peltican																														
Vocal:	<table border="0"> <tr> <td>Sílvia Mónica Amador Cortés</td> <td>Respiració i Reanimació</td> </tr> <tr> <td>Charal Archana Garcia</td> <td>Hosp. Respirat.</td> </tr> <tr> <td>Rosa Kallenter Sampol</td> <td>Prequirúrgica</td> </tr> <tr> <td>Juan Maria River Mercedi</td> <td>Àrea Cirurgies Esteries</td> </tr> <tr> <td>Dolores Caro Martinez</td> <td>Neonatologia</td> </tr> <tr> <td>Sílvia Castellano Navarro</td> <td>Oncologia</td> </tr> <tr> <td>Marta Virginia Gómez Alameda</td> <td>Hosp. Cirurg. Hepatol.</td> </tr> <tr> <td>Marta Sureda Bay</td> <td>Neurologia</td> </tr> <tr> <td>Diego Andrés Moreno López</td> <td>Sistema d'Informació</td> </tr> <tr> <td>Marta Luján Moreno Sanchez</td> <td>Atenció Primària</td> </tr> <tr> <td>Rodrigo Antonio Páez de Sábido</td> <td>Obstetrícia i Ginecologia</td> </tr> <tr> <td>Marta Antonia Palou Oliver</td> <td>Urologia</td> </tr> <tr> <td>Francoisa Pazo Rodríguez</td> <td>Hosp. General</td> </tr> <tr> <td>Marta Sureda Fernández</td> <td>Hosp. General</td> </tr> <tr> <td>Maria del Carmen Tamari Jorjaleguy</td> <td>Urologia</td> </tr> </table>	Sílvia Mónica Amador Cortés	Respiració i Reanimació	Charal Archana Garcia	Hosp. Respirat.	Rosa Kallenter Sampol	Prequirúrgica	Juan Maria River Mercedi	Àrea Cirurgies Esteries	Dolores Caro Martinez	Neonatologia	Sílvia Castellano Navarro	Oncologia	Marta Virginia Gómez Alameda	Hosp. Cirurg. Hepatol.	Marta Sureda Bay	Neurologia	Diego Andrés Moreno López	Sistema d'Informació	Marta Luján Moreno Sanchez	Atenció Primària	Rodrigo Antonio Páez de Sábido	Obstetrícia i Ginecologia	Marta Antonia Palou Oliver	Urologia	Francoisa Pazo Rodríguez	Hosp. General	Marta Sureda Fernández	Hosp. General	Maria del Carmen Tamari Jorjaleguy	Urologia
Sílvia Mónica Amador Cortés	Respiració i Reanimació																														
Charal Archana Garcia	Hosp. Respirat.																														
Rosa Kallenter Sampol	Prequirúrgica																														
Juan Maria River Mercedi	Àrea Cirurgies Esteries																														
Dolores Caro Martinez	Neonatologia																														
Sílvia Castellano Navarro	Oncologia																														
Marta Virginia Gómez Alameda	Hosp. Cirurg. Hepatol.																														
Marta Sureda Bay	Neurologia																														
Diego Andrés Moreno López	Sistema d'Informació																														
Marta Luján Moreno Sanchez	Atenció Primària																														
Rodrigo Antonio Páez de Sábido	Obstetrícia i Ginecologia																														
Marta Antonia Palou Oliver	Urologia																														
Francoisa Pazo Rodríguez	Hosp. General																														
Marta Sureda Fernández	Hosp. General																														
Maria del Carmen Tamari Jorjaleguy	Urologia																														

Finalmente, se accede a los documentos aprobados por la Comisión a través del link.

LLISTA DE DOCUMENTS (20)	
Documents	Nom
	Acolida d'un pacient en una unitat d'hospitalització d'adults
	Actuació en els Veïements de Citostàtics
	Administració Endovenosa de Citostàtics
	Administración de medicación en hospitalización adultos
	Comisión de Cuidados de Enfermería
	Cuidados de Enfermería al paciente intoxicado atendido en urgencias de adulto
	Guia de elaboració de procediments/protocols de enfermeria
	Lavado vesical intermitente
	Maniobra de Trousseau
	Preparación de pacientes para la realización de tomografía por emisión de positrones (PET)
	Procediment extracció de mostra de sang arterial
	Procedimiento cuidados: catéter epidural
	Procedimiento de higiene del paciente encamado adulto
	Procedimiento de inserción, mantenimiento y retirada del catéter venoso periférico
	Procedimiento de mantenimiento de la vía venosa central en el paciente adulto
	Procedimiento de retirada de catéter venoso central en adultos
	Procedimiento de sonda nasogastrica; inserción, mantenimiento y retirada
	Procedimiento en el proceso de conexión con asa diatérmica
	Procedimiento en el tratamiento con electrochoque, T.E.C
	Procedimiento mantenimiento catéter venoso central de inserción periférica en neonatos

- Documentos para incorporar en la Historia Clínica digital:
 - Se presenta a la OTC para seguir la tarea en el Servicio de informática
- Desde la Comisión de Cuidados, os animamos a contactar con nosotros para poder trabajar juntos y dar visibilidad a los procedimientos que realizamos en nuestra práctica diaria.



Infografías de Salud

RECURSOS Y HERRAMIENTAS PARA CREARLAS

WEB 2.0/RECURSOS

María Teresa Pérez Jiménez

INFOGRAFÍAS DE SALUD: RECURSOS Y HERRAMIENTAS PARA CREARLAS

La aplicación de las TIC en la profesión enfermera requiere el conocimiento y el manejo de una serie de herramientas digitales que nos van a facilitar el trabajo. Mediante dichas herramientas, se puede crear un contenido de salud mucho más visual, atractivo y práctico con el que se consiga hacer llegar información de salud fiable al usuario por todos los canales posibles a través de la red.

Los enfermeros debemos formarnos en recursos digitales y conocer todo tipo de herramientas para aplicarlas a la práctica diaria, para crear contenido de salud fiable en la red y, sobre todo, para compartir nuestro conocimiento con la finalidad de enriquecernos entre todos y, así, hacer avanzar juntos nuestra profesión en la nueva era de la Salud Digital.

En este número, os quiero hablar de las infografías de salud que son unas herramientas digitales que aportan numerosas ventajas y que, gracias a la gran cantidad de recursos que nos ofrece la red, podemos crearlas de manera sencilla y práctica y, luego, utilizarlas en nuestros trabajos, en las comunicaciones e, incluso, en nuestra práctica diaria.

¿Qué es una infografía y cuál es su valor?

La infografía es una representación visual o diagrama de textos escritos que, en cierta manera, resume o explica una información. En la infografía intervienen diversos tipos de gráficos y signos lingüísticos y no lingüísticos (pictogramas, ideogramas y logogramas) que forman descripciones, secuencias expositivas, argumentativas o narrativas e, incluso, interpretaciones que son presentadas de manera gráfica, normalmente figurativa, que pueden coincidir o no con secuencias animadas y/o con sonidos. La infografía nació como un medio de transmitir información gráficamente. A los documentos elaborados con esta técnica se los denomina infogramas (1)

Valor de la Infografía:

1. Originalidad, contenido único con valor añadido
2. Posicionamiento en buscadores gracias a las palabras clave
3. Atención a la audiencia: el 90% de la información que se trasmite al cerebro es visual
4. Valor educativo: más rápido y más efectivo
5. Viralidad
6. Branding
7. Atemporalidad: no caduca
8. Diferenciación

El valor de la educación en salud para el paciente: el valor de la infografía

El objetivo de los profesionales y de las organizaciones sanitarias es educar en salud a los pacientes y a los ciudadanos en general, por lo que, hoy en día, dentro de las estrategias de comunicación y de difusión de información y de conocimientos, debe primar el hecho de elaborar un contenido que aporte valor, que transmita un mensaje claro, sencillo, muy visual y que esté al alcance de todas las personas a través de la red.

Las infografías de salud cumplen estos objetivos y, además, aportan el valor añadido educacional, tal y como se pone de manifiesto en la publicación de Toni González y Pablo Medina “Comunicación online en el sector salud. El valor de la infografía” cuyas conclusiones cito a continuación:

“El gran interés que la población tiene por los temas de salud representa una oportunidad única para que los actores implicados directamente en esa área fomenten, gracias al uso de las nuevas herramientas tecnológicas, distintas iniciativas que tengan como objetivo la educación de la población en hábitos de salud. Este enfoque de la educación resulta el más útil para que las distintas iniciativas de información en línea alcancen, por un lado, el mejor valor comunicacional posible, y por otro, para que la organización transmita hacia fuera una imagen de responsabilidad social” (2)

Recursos para crear infografías

Existen numerosas herramientas para crear infografías, muchas de ellas son gratuitas, con plantillas que nos ayudan a elaborar y a estructurar el contenido. Nuestra compañera Silvia Sánchez (Revista redes @Creative_Nurse, blog: enfermeriacreativa.com) es la enfermera referente para confeccionar infografías ya que es una experta en el tema. En la revista, hemos compartido, en cada número, una infografía elaborada por ella. Silvia Sánchez colabora en muchos proyectos y crea contenido visual creativo basado en la evidencia, sin duda es un ejemplo a seguir.

Para crear vuestras propias infografías, comparto estos recursos que os servirán para empezar. Muchas de estas herramientas son plantillas que facilitan el comienzo. Os invito a dar rienda suelta a vuestra creatividad. Si os animáis y empezáis a hacer infografías de vuestras unidades que puedan resultar de interés para profesionales o pacientes, nos las podéis hacer llegar y las compartiremos en la revista.

Enlaces de interés:

- 15 Herramientas para hacer infografías: <http://www.elperiodico.com/es/tecnologia/20140119/15-herramientas-para-hacer-infografias-5691051>
- Historia y evolución de las Infografías: <https://ticsyformacion.com/2017/02/19/historia-y-evolucion-de-las-infografias-infografia-infographic-design/>
- Súper guía y ponencia para hacer Infografías desde cero: <http://xn--diseocreativo-lkb.com/guia-para-hacer-infografias/>

Bibliografía:

(1) Definición de Infografía de Wikipedia.

(2) González-Pacanowski, Toni; Medina, Pablo. "Valor comunicacional de la infografía". El profesional de la información. 2009, julio-agosto, v. 18, n. 4, pp. 413-420.DOI: 10.3145/epi.2009.jul.08

“La creatividad es inventar, experimentar, crecer, tomar riesgos, romper las reglas, cometer errores y divertirse”.

Mary Lou Cook

MEJORES HERRAMIENTAS PARA CREAR infografías GRATIS Y FÁCILMENTE

<p>1 CANVA</p> <p>Gran cantidad de plantillas Muchos íconos y elementos gráficos Una herramienta muy versátil De utilización fácil e intuitiva Resultados de gran calidad Totalmente en español</p>	<p>2 EASELLY</p> <p>Número limitado de plantillas pero muy personalizables Dispone de suficientes íconos y elementos gráficos de calidad De fácil utilización Buen resultado final Totalmente en español</p>
<p>3 GENIALLY</p> <p>Puedes crear infografías interactivas con elementos animados Su utilización requiere de cierta práctica Incluye tutoriales que te ayudarán a manejarla Totalmente en español</p>	<p>4 PIKTOCHART</p> <p>La versión gratuita tiene un número limitado de plantillas Tiene gran número de íconos, imágenes, fotografías, marcos y estadísticas de calidad Fácil de utilizar Está en inglés</p>
<p>5 VISME</p> <p>La versión gratuita tiene gran número de plantillas, pero no muchos íconos e imágenes Fácil de utilizar Se consiguen resultados de gran calidad Está en inglés</p>	<p>6 VISUALIZEME</p> <p>Pensada especialmente para que puedas crear tu currículum en forma de infografía Puedes incluir todos los datos de tu perfil de LinkedIn Dispone de diversas plantillas y estilos para diseñar tu CV Está en inglés</p>

<https://webservicespro.wordpress.com>

© webservicespro

Todo lo que un Profesional debe saber sobre las Infografías

Infografía de billage

Las infografías han tenido en Internet un crecimiento exponencial, cada vez es mayor el número y la temática de las infografías que se crean y difunden en Internet. Han llegado a convertirse, junto con el vídeo, en el formato de contenido de mayor éxito en Internet. Hoy cualquier estrategia de Marketing de Contenidos debe incluir la infografía entre los formatos a utilizar, es uno de los medios que menor coste por impacto consigue.

Profesionales e Infografías

Según RAE

Técnica de elaboración de imágenes con ordenador. Imagen obtenida por medio de esa técnica.

Definiciones

Según Wikipedia

La infografía es una representación visual de los propios textos; en la que intervienen descripciones, narraciones o interpretaciones, presentadas de manera gráfica, normalmente figurativa, que pueden o no coincidir con grafismos abstractos y/o sonidos.

Según Alfredo Vela

Una infografía es cualquier información puesta en formato de imagen.



Puedes hacer la mejor infografía del Mundo, pero si no consigues que los usuarios la visiten, no habrás conseguido tu objetivo. Sin duda, los Medios Sociales, y en particular las Redes Sociales son las mejores opciones para hacer una buena difusión de la infografía.



- 10 características de una buena infografía**
- Atemporalidad:** Si seleccionas un tema atemporal, la difusión de la infografía se puede hacer durante mucho tiempo. En cambio, si usas una noticia de actualidad, su tiempo de difusión es limitado.
 - Buen título:** El título es lo primero que vemos de una infografía, si no nos interesa, no haremos clic en el enlace ni veremos el resto de la Infografía. El título tiene que corresponder al contenido y ser atractivo.
 - Público objetivo grande:** Si quieres llegar a la mayor cantidad de personas posibles hay que elegir un tema "general" que te permita llegar a un gran público.
 - Menos de 3 minutos:** Es difícil que alguien te dedique más de 3 minutos de atención sobre un contenido, haz que tu infografía no los supere.
 - No pongas derechos de autor:** ¿Para qué?, tiene poco sentido poner derechos de autor a los contenidos en Internet, así que ni te lo plantees, haz que tu infografía sea libre de derechos.
 - Buen diseño:** Aunque lo más importante de una Infografía es la información que quiere transmitir, si además la acompañamos de un buen diseño, mejor que mejor.
 - Idioma/s adecuado/s:** Hay que elegir el idioma más adecuado para la infografía, es evidente que en función del público objetivo al que se quiera llegar.
 - Buena difusión:** Una de las 2 claves del éxito es el contenido y diseño de la infografía, pero sin una buena difusión no conseguirás el éxito.
 - Indica las Fuentes usadas:** Si has utilizado información de fuentes externas, has de indicar qué Fuentes has utilizado, la credibilidad de ellas dará credibilidad a tu Infografía.
 - Pon todos los datos de contacto:** Es evidente, que uno de los objetivos de la infografía es crear/mejorar tu imagen de Marca, has de poner todos los datos personales o de empresa que quieras que los demás recuerden de ti.

Cualquier profesional, freelance o pequeña empresa puede (y debe) utilizar infografías para difundir su imagen de marca a lo largo de Internet y las Redes Sociales.

COMO HACER UNA INFOGRAFIA



EN ADOBE ILLUSTRATOR

neotack.com @jesusmadurga

PASOS PARA ESTRUCTURAR UNA INFOGRAFÍA PARA TU POST

- 01 BOCETO PREVIO:** Disposición de la estructura en general.
- 02 TITULAR LLAMATIVO:** Como hacer una INFOGRAFIA
- 03 IDENTIDAD CORPORATIVA:** Colores corporativos, tipo de letra, logotipo, etc.
- 04 ICONOS, IMÁGENES, ILUSTRACIONES:** Espacio para ilustraciones, iconos, etc.

SELECCIÓN DE TEXTOS E IMÁGENES

- SELECCIÓN DE TEXTOS:** Elige frases o conceptos sintetizados, intenta escribir tus post de forma esquematizada para facilitar la lectura al usuario y la selección de textos.
- SELECCIÓN DE ILUSTRACIONES:** Elige las ilustraciones que mejor representen los textos de la infografía. El objetivo es ahorrar tiempo y facilitar la lectura al usuario.

CONCORDANCIA, ESPACIO Y REDISEÑO DE INFOGRAFÍAS



FALDÓN E IMAGEN DE MARCA DE LA INFOGRAFIA

neotack.com NeoAttack @jesusmadurga @neotackagency

- ✓ Página web
- ✓ Logotipo
- ✓ Nombre y/o Perfiles Sociales

RECOMENDACIONES

Potencia tu imagen de marca impidiendo robos



INTRODUCE ELEMENTOS DE LA MARCA

Introduce el logotipo siempre que puedas y tenga sentido en los iconos de la infografía

INTRODUCE MARCAS DE AGUA

Introduce marcas de agua con el logotipo siempre que puedas y tenga sentido en los iconos de la infografía



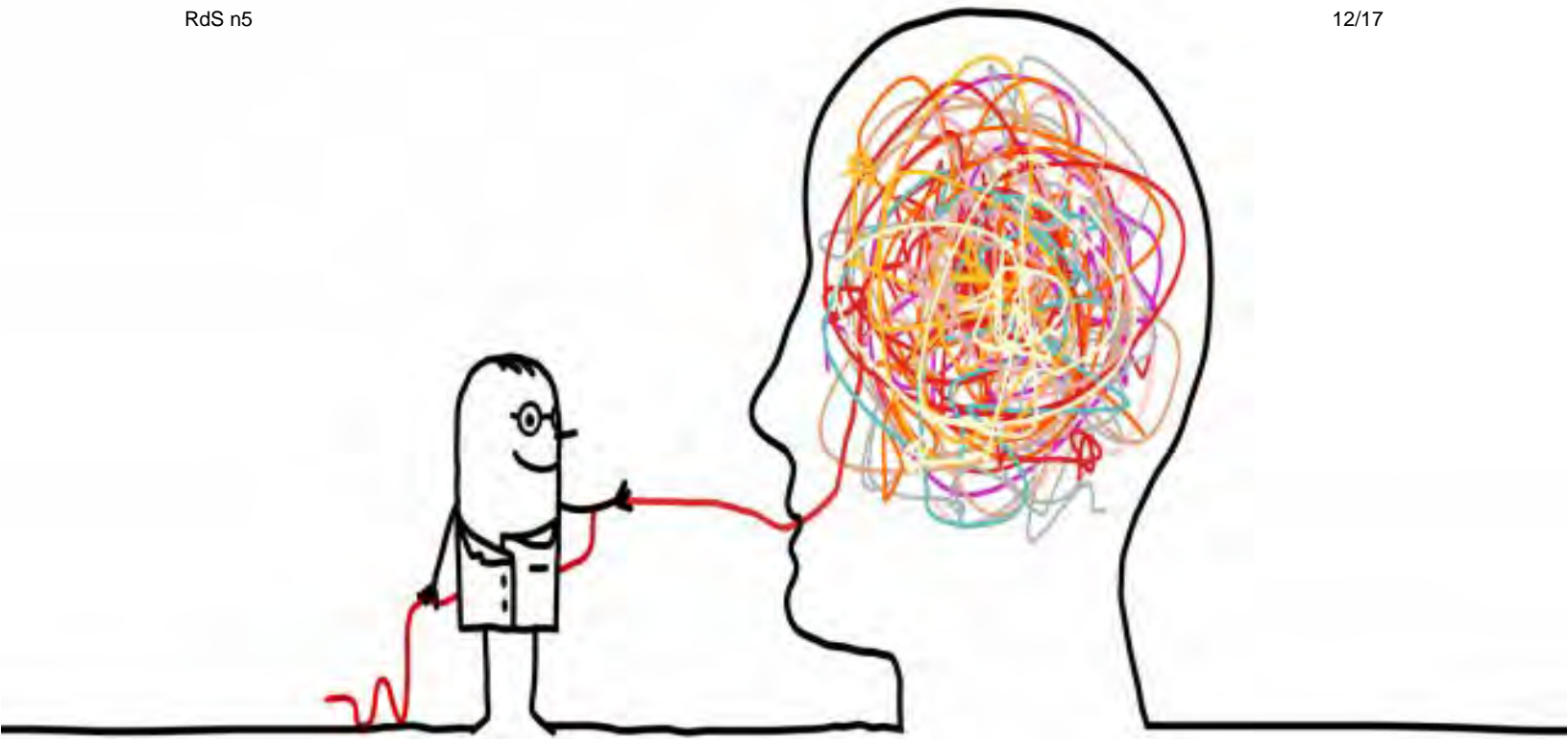
USA EJEMPLOS PROPIOS

En este apartado mostramos como creamos la concordancia, espacio y rediseñamos una infografía propia. Ejemplo imposible de robar.

DIFUNDIR INFOGRAFIAS: LAS 10 HERRAMIENTAS VITALES



SLIDESHARE	LINKEDIN	VISUALLY	GRAPHS.NET	NEWSLETTER
PINTEREST	TWITTER	GOOGLE +	FACEBOOK	FICKR



INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Neus Martorell

DISFÀGIA: EMERGÈNCIA I EVIDÈNCIA VITAL

La disfàgia és el terme mèdic que defineix la dificultat en la deglució. Tot i classificar-se com a símptoma i/o signe, a la CIM-10 el terme s'utilitza com a entitat de malaltia. L'OMS també la tipifica dins la classificació de malalties (codi: 787.2, R13).

La disfàgia es classifica segons la localització (disfàgia orofaríngia i disfàgia esofàgica), segons la causa (disfàgia neurògena i disfàgia mecànica) i segons la funcionalitat (disfàgia durant la deglució o disfàgia postdeglutori).

Les causes de la disfàgia són múltiples i variades. Encara que es pot produir a qualsevol franja d'edat, cal posar molta atenció en els extrems d'edat de la població, tant en els noutats amb una manca de maduració com en els ancians pel mateix procés d'envelliment.

El passat mes de setembre es va celebrar a Barcelona el 7è Congrés de la European Society for Swallowing Disorders (ESSD) juntament amb el World Dysphagia Summit (WDS), en què es va exposar l'actualització en investigació, avaluació, abordatge, situació sociosanitària i econòmica, etc., sobre la disfàgia a escala internacional.

El Dr. Pere Clavé, president de la ESSD, investiga i treballa en el camp de la disfàgia. Com a autoritat en el tema, a partir de la seva pràctica creix el coneixement sobre les alteracions deglutòries.

A continuació, es presenten algunes conclusions de les troballes més actuals en la recerca de la disfàgia, organitzades per diferents àmbits.

El diagnòstic instrumental de la disfàgia

Per al diagnòstic instrumental de la disfàgia orofaríngia cal una avaluació fibroscòpica de la deglució(1). També s'usen altres eines com la videofluoroscòpia (VFC), que és la més utilitzada. Farneti(2) proposa l'endoscòpia (TP-SCORE) per mesurar l'excés de residu en la faringe i en la laringe per relacionar-ho amb la gravetat de la disfàgia.

A més, cal destacar el paper de les noves tecnologies per a l'estudi del diagnòstic de la disfàgia a través dels telèfons intel·ligents (smartphones) o a través de plataformes en línia que proposen les universitats d' Austràlia i del Japó.

La relació entre la disfàgia orofaríngia i la fragilitat, la sarcopènia i les pneumònies per aspiració

La fàcil gravetat de la disfàgia posa una alarma en la sanitat actual. Diversos estudis demostren que la disfàgia és una síndrome geriàtrica(3) que cal no deixar passar de llarg, ja que és imminent la producció d'una pneumònia per aspiració. Se sap que la meitat de les pneumònies per aspiració, en cas de disfàgies d'origen neurogen, poden desencadenar en èxitus.

La fisiologia de la deglució

Les troballes en relació amb la fisiologia de la deglució marquen fites en l'abordatge terapèutic i en el pronòstic. Els australians estudien com afecta el volum en l'obertura de l'esfínter esofàgic superior i els japonesos es basen en els efectes de maniobres de deglució, l'esforç deglutori (maniobra de Mendelsohn) i el moviment esofàgic.

Per tant, s'ha de tenir en compte que la força aplicada en la deglució i el volum d'aliment administrat pot influir en el recorregut del bolus fins a l'estómac.

La disfàgia orofaríngia

La literatura i la pràctica basada en l'evidència mostren la necessitat de les actuacions infermeres en matèria de deglució en persones d'edat avançada i la importància de les atencions domiciliàries en cas de disfàgia. Destaca l'obligatorietat de posar èmfasi en com s'ha d'actuar davant casos de disfàgia en les persones d'edat avançada hospitalitzades i molt especialment en les unitats de cures intensives dels hospitals d'aguts.

La modificació de les textures dels aliments per les persones que pateixen disfàgia orofaríngia. Evidència basada en la classificació de les textures modificades dels aliments sòlids i líquids

La Fundació ALÍCIA neix de l'encontre entre l'alimentació i la ciència. La Fundació proposa que el menjar ha de ser sostenible, sa i bo. Destaca la importància del "bo", per això estudia i investiga de quina manera les persones amb disfàgia poden gaudir dels menús amb textures modificades.

Les complicacions de la disfàgia en geriatria i les malalties neurodegeneratives

Margarita González Lindh(4) és logopeda i treballa a Suècia. La seva recerca es basa en l'estudi de la funció deglutòria en les malalties pulmonars com la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) i investiga si la disfàgia en la MPOC és un factor de comorbiditat de la mateixa malaltia, ja que les funcions deglutòria i respiratòria són actes automàtics que es poden dirigir i es veuen obligatòriament sotmesos a coordinar-se.

Ortega també destaca un estudi de cohort sobre la disfàgia orofaríngia que presenten les persones institucionalitzades en un psicogeriàtric amb demències i les actuacions que necessiten.

Molt important és veure com s'ha demostrat que els estudis sobre maniobres deglutòries s'han de realitzar amb grups controls de la mateixa edat. Cock(5) i els seus companys han estat premiats per demostrar que, en persones majors sanes, l'esforç en les maniobres deglutòries es veu restringit; per tant, cal considerar que les persones majors amb patologia i amb disfàgia encara veuen més costosa la utilització i sobretot l'eficàcia i la seguretat d'aquestes maniobres. S'han d'establir uns criteris de seguretat en la deglució de les persones majors i, sobretot, si pateixen disfàgia. Altres aportacions expliquen els canvis individuals en la biomecànica deglutòria de les persones majors sanes en relació amb el context.

La malnutrició en persones majors

Abizanda i Ortega vetllen per la nutrició/malnutrició de les persones d'edat avançada. Ortega i els seus companys(6) publiquen en el Llibre Blanc de la Disfàgia, presentat per la ESSD-EUGMS (European Union Geriatric Medicine Society), la disfàgia com una síndrome geriàtrica.

La disfàgia en persones que han patit un ictus

Dins la neurorehabilitació de la disfàgia de les persones que han patit un ictus destaquen els resultats dels efectes de l'estimulació magnètica transcranial a baixa freqüència.

Els alemanys també demostren la importància de fer un registre a llarg termini sobre l'evolució de la disfàgia post-ictus de cada individu i la implementació de guies clíniques específiques de disfàgia en les unitats d'ictus, tan per a les fases agudes com per a les fases més cròniques, i la inclusió de les actuacions de valoració i de reeducació en matèria de disfàgia dins la història clínica electrònica.

Pisegna i Langmore(7) detecten les diferències en l'elevació laríngia i l'escurçament faríngic en l'ictus de l'hemisferi dret versus l'ictus de l'hemisferi esquerre, fet que indica certs canvis d'actuació en el tractament de la disfàgia post-ictus.

El tractament de la disfàgia en pediatria i en la paràlisi cerebral

Hi ha una elevada prevalença entre la deglució i les alteracions en l'alimentació dels individus amb paràlisi cerebral infantil al llarg de tota la seva vida.

Mourao mostra un estudi multimodal de neuroimatge en què es veu la connexió entre la funcionalitat i l'estructura lesional amb els nins amb paràlisi cerebral unilateral i la clínica de la disfàgia.

El Comitè de Pediatria del WDS indica la necessitat de l'observació i de l'estimulació, si escau, de la deglució en la fase oral perquè, sovint, és la fase més afectada en aquesta població, sobretot en el cas dels noutats prematurs, ja que en el 85% dels casos presenten disfàgia.

L'epidemiologia de la disfàgia(8)

Les dades sobre l'epidemiologia poblacional de la disfàgia encara són escasses. Malgrat que és molt visible, hi ha pocs coneixements sobre la prevalença, els factors de risc i l'impacte sobre la qualitat de vida de la disfàgia a la comunitat, falta més investigació per objectivar les dades que mostrin les dificultats reals que viu cada dia una persona amb disfàgia.

Així i tot, la disfàgia és notablement comuna en la població i reflecteix una alarma en l'efecte que té sobre la persona. L'angoixa que genera és molt elevada i, en el cas d'un procés crònic de disfàgia, la persona s'aïlla i manifesta conductes més depressives. Cal afegir que l'alimentació és un acte tan necessari que esdevé social i en les persones amb disfàgia es veu afectat absolutament qualsevol àpat amb companyia

La importància de les actuacions clíniques estàndards protocol·litzades i supervisades en la disfàgia

Masako(9) parla de la freqüència de la disfàgia després d'un ictus. Estima que el 50% dels individus que han patit un ictus presenten disfàgia i que, en més del 15%, als 6 mesos d'evolució de l'ictus, la disfàgia encara pot persistir. En les seves revisions, posa una especial atenció a establir protocols, guies clíniques i actuacions comunes tant per a l'avaluació i el tractament com per a la gestió de la disfàgia. Concreta que, en aquestes actuacions, cal incloure la reeducació logopèdica de la disfàgia, la modificació de textures i de consistències, les maniobres de deglució específiques per a cada cas i el context de la persona amb relació a la seva alimentació (materials, hàbits, preferències...).

La disfàgia després de qualsevol intervenció de càncer de cap i de coll

En les intervencions de cap, de coll i de tronc superior, no s'ha de deixar de banda la revisió i la valoració de la funció deglutòria. En aquest àmbit, hi ha molt a dir i a fer en matèria de deglució, alimentació, respiració, fonació, masticació, parla, comunicació ja que aquestes funcions es veuen íntimament relacionades.

Virginie Woisard du una llarga trajectòria en la intervenció de la disfàgia i, també, en la disfàgia posterior als tractaments de càncer de cap i de coll. Els seus coetanis investigadors assenyalen la importància de la qualitat de vida en matèria d'alimentació-deglució de les persones que han passat per un tractament per un càncer de cap i coll. En aquesta mateixa línia, Cartmill(10), com a logopeda, destaca la importància d'un model d'actuació basat en la realització d'unes sessions d'educació sobre deglució i nutrició prèvies a la cirurgia i al tractament de quimioteràpia i/o de radioteràpia. Altres autors afegeixen també la importància del treball dels sabors després d'una intervenció quirúrgica de càncer de cap i de coll.

Les novetats en rehabilitació: qui, quan i com s'ha de fer? L'equip multidisciplinari i l'especialista en la deglució

Plowman(11) i el Comitè de "New Rehabilitation tools, Who? When? How?" del WDS conclouen que el professional més qualificat per a la realització de l'abordatge funcional i més integral de la deglució, així com per a la especialització en la matèria és el logopeda. En una enquesta efectuada en l'àmbit internacional pel mateix Comitè, s'indica el logopeda com el professional específic per a la reeducació de la disfàgia i dels trastorns de la deglució. L'odontologia i l'otorrinolaringologia també són especialitats de la medicina considerades òptimes per a la tasca reeducativa segons els resultats de l'estudi de l'esmentat Comitè. Més del 70% de la comunitat científica està d'acord que el logopeda sigui l'especialista que aborda la problemàtica deglutòria juntament amb tot l'equip multidisciplinari. Als Estats Units, el terapeuta ocupacional també du a terme funcions sobre la deglució i, a Espanya, els professionals d'infermeria sovint també s'ocupen d'aquestes tasques. Al Japó, s'exigeix que el 95% dels professionals que es dediquen a la deglució siguin logopedes.

Segons el Comitè, es preveu que la institució més adient per al tractament de la disfàgia és l'hospital i que ha de dur a terme l'atenció a la disfàgia tot un equip interdisciplinari: logopedes, otorrinolaringòlegs, dietistes, infermers, terapeutes ocupacionals, fisioterapeutes, auxiliars d'infermeria, odontòlegs, metges rehabilitadors... Aquest fet suposa una ampliació dels recursos humans a la sanitat, segons el que marca l'evidència científica.

El Comitè, a partir de les enquestes realitzades, ordena l'abordatge de la disfàgia i preveu les actuacions següents:

- L'infermer fa el cribratge de la deglució.
- El logopeda realitza l'observació, la valoració funcional de la deglució i l'assessorament.
- L'otorrinolaringòleg avalua la videofluoroscòpia i efectua l'observació clínica de la deglució.
- El logopeda duu a terme el tractament reeducatiu de la deglució.

La ESSD remarca els logopedes com els terapeutes de la deglució tant per a la població adulta com per a la pediàtrica.

Per a la reeducació de la disfàgia, cal tenir en compte la cultura de la persona en qüestió ja que l'alimentació d'un poble està molt lligada a la seva cultura.

Els nous enfocaments de la rehabilitació de la disfàgia es basen en perspectives conductuals, de biofeedback, de modulació neuronal i amb pautes concretes. En l'àmbit clínic és on s'apliquen més, amb el professional adient, les maniobres de deglució determinades. En la pràctica clínica, juntament amb exercicis neuromusculars i propioceptius, la tècnica de biofeedback que més s'utilitza és l'estimulació elèctrica neuromuscular, la resta s'usen per recerca/investigació.

El treball amb estimulació cerebral central té com a objectiu canviar la programació cerebral i, per tant, canviar la deglució. Aquesta tasca es du a terme a partir d'una anàlisi seqüencial de destreses conductuals linguals que dissenya un enfocament sistemàtic per a la disfàgia. Així, s'arriba al concepte de destresa deglutòria.

Els nous paradigmes d'actuació també posen l'accent en l'opinió de l'usuari. És d'obligat compliment passar un qüestionari de qualitat de vida.

Cada país i cada comunitat treballa la reeducació i l'estimulació segons molts de factors. Els usuaris i les institucions amb més recursos treballen amb les noves tecnologies, per la qual cosa no cal un desplaçament a l'hospital o al centre de rehabilitació concret. En canvi, altres comunitats amb menys recursos han hagut de desenvolupar les eines de la consciència i de l'aprenentatge, és a dir, de la memòria permanent, repetint moltes vegades, de manera diària i continuada, el patró motor i propioceptiu determinat. Per tant, el nombre de sessions està determinat pels recursos i els factors de la mateixa comunitat. És molt important iniciar la reeducació de la disfàgia al més aviat possible després de la lesió, d'una manera intensiva i interdisciplinària.

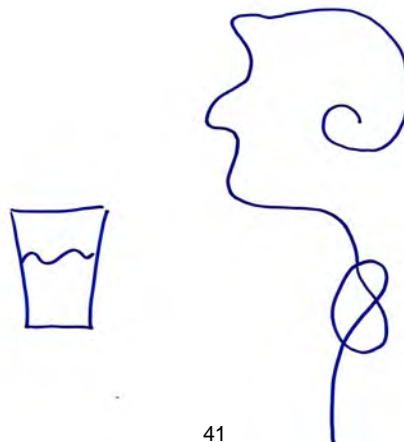
L'economia de la salut amb la disfàgia. Les polítiques sanitàries, el paper de les societats científiques i els òrgans reguladors amb relació a la disfàgia

Guillem López-Casanovas, economista i estudiós de l'economia de la salut, indica que, evidentment, la disfàgia no es pot mesurar en termes econòmics. Afegeix que per a la sanitat és molt més barat una sanitat de qualitat. Indica la possibilitat d'establir relacions entre els tècnics i els gestors econòmics dels hospitals.

Espanya compta amb diferents centres en els quals es pot fer formació específica sobre disfàgia: Escola de Patologia del Llenguatge (EPL) de l'Hospital de Sant Pau i de la Santa Creu (Barcelona), Fundació Institut Guttman (Barcelona) i Hospital de Mataró (Barcelona), el qual col·labora amb la UAB i amb l'ESSD per dur a terme el Posgraduate Diploma on Swallowing Disorders.

Bibliografia:

- (1) Niessen A, et al. Narrow Band Imaging Enhances the Detection Rate of Penetration and Aspiration in FEES. *Dysphagia* 2017 Jun;32(3):443-448. doi: 10.1007/s00455-017-9784-4. Epub 2017 Mar 9.
- (2) Farneti D, et al. The Pooling-score (P-score): inter- and intra-rater reliability in endoscopic assessment of the severity of dysphagia. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2014 Apr;34(2):105-10.
- (3) Clavé P, et al. Dysphagia: A New Geriatric Syndrome. *J Am Med Dir Assoc.* 2017 Jul 1;18(7):555-557. doi: 10.1016/j.jamda.2017.03.017. Epub 2017 May 16.
- (4) Gonzalez M, et al. Prevalence of swallowing dysfunction screened in Swedish cohort of COPD patients. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2017 Jan 17;12:331-337. doi:10.2147/COPD.S120207. eCollection 2017.
- (5) Cock C, et al. Biomechanical Quantification of Mendelsohn Maneuver and Effortful Swallowing on Pharyngoesophageal Function. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017 Nov;157(5):816-823. doi: 10.1177/0194599817708173. Epub 2017 Jun 13.
- (6) Ortega O. European Society for Swallowing Disorders- European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clin Interv Aging.* 2016 Oct 7;11:1403-1428. eCollection 2016.
- (7) Pisegna J, Langmore SE, et al. Pharyngeal Swallowing Mechanics Secondary to Hemispheric Stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2017 May;26(5):952-961. Doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.11.001. Epub 2016 Nov 29.
- (8) Dysphagia: epidemiology, risk factors and impact on quality of life--a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2008 May;27(10):971-9. doi: 10.1111/j.1365-2036.2008.03664.x. Epub 2008 Feb 28.
- (9) Masako Fujiu-kurachi. Dysphagia Management in Acute and Sub-acute Stroke. *Curr Phys Med Rehabil Rep.* 2014 Dec 1;2(4):197-206
- (10) Cartmill B, et al. Pretreatment factors associated with functional oral intake and feeding tube use at 1 and 6 months post-radiotherapy (+/- chemotherapy) for head and neck cancer. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2017 Jan;274(1):507-516. doi: 10.1007/s00405-016-4241-9. Epub 2016 Aug 6.
- (11) Ploman E, et al. A bibliometric review of published abstracts presented at the Dysphagia Research Society: 2001-2011. *Dysphagia.* 2013 Jun;28(2):123-30. doi: 10.1007/s00455-012-9420-2. Epub 2012 Aug 15.





RINCÓN DE METODOLOGÍA

Millennium, conocerlo es mejorar

En el Hospital Universitario Son Espases (Sector Ponent), uno de los objetivos del Grupo de Metodología es crear dinámicas de trabajo que generen un entorno de cuidados más seguro.

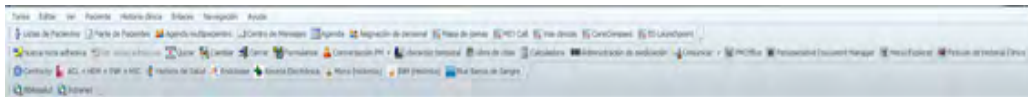
Cuando hicimos el análisis de la situación en el Hospital, detectamos un escaso uso de Millennium, una herramienta que ofrece grandes posibilidades. Una de las causas, era la falta de preparación del personal de enfermería, por lo que uno de los objetivos que nos propusimos fue la formación en la utilización de Millenium, tanto al personal fijo como al de nueva incorporación. Para el personal fijo, se planificó la asistencia y el apoyo específico en las unidades o en los servicios donde desarrollan su labor, y para el personal de nueva incorporación, se planificó una formación básica, en un curso de 2-3 horas, con apoyo documentado, en el cual se les enseña una descripción básica del programa, que está estructurado en los puntos siguientes:

- Acceso a Millennium
- Barra de Herramientas
- Lista de pacientes
- Historia clínica del paciente
- Registro de alergias
- Flujo de trabajo recomendado
- Agenda de cuidados
- Registro de medicación
- Peticiones y tratamiento
- Vista interactiva
- Observaciones de enfermería
- Formularios (Informe de enfermería)
- Impresión de pulseras identificativas
- Impresión de etiquetas de laboratorio

Acceso a Millennium

Se les enseña el acceso a Millennium a través del icono de intranet y el acceso simplificado desde el conector (plug-in) de Citrix v12, desde la barra de herramientas, desde el escritorio o bien desde el menú de inicio. Si por alguna razón no aparece el conector, se puede instalar haciendo clic desde "Inicio-todos los programas-citrix-online plug-in".

Barra de herramientas



Desde la barra de herramientas del menú, se pueden realizar una multitud de acciones relacionadas con nuestro trabajo. Resumiremos las más útiles e importantes:

Altas: (siempre se dan cuando se ha ido el paciente).

Traslados: (desde el PM-Office, lo debe realizar la unidad de donde sale el paciente).

Mapa de camas: permite ver el estado de las camas (altas y traslados) y presenta, mediante iconos, información relativa a cada paciente (alergias, aislamientos, dietas).

Lista de pacientes

Es uno de los primeros pasos que debe realizar el personal de nueva incorporación. Tienen que configurar la lista de pacientes de la unidad donde van a trabajar, normalmente esta lista está clasificada por la ubicación. El siguiente paso es crear otra lista de pacientes, esta vez personalizada, para poder trabajar con los pacientes que llevan ese día.

Historia clínica del paciente

La pantalla se divide en tres partes: barra demográfica (arriba), menú (parte izquierda) y zona central. En la barra demográfica encontramos el registro de alergias, y en la zona izquierda del menú, entre otras cosas, están los accesos al registro de medicación, la vista interactiva (registro de datos) y la agenda de cuidados; la parte central refleja los datos de las distintas secciones del menú (que también podemos configurar según nuestros intereses)

Flujo de trabajo recomendado

Llegados a este punto, nos pareció importante recalcar la necesidad de trabajar en un orden determinado, lo que podemos llamar flujos de trabajo en los cuales:

1. Recibimos el cambio de turno.
2. Revisamos las tareas (cuidados) para nuestro turno de trabajo (desde el parte de pacientes, el Care -Compas o la agenda de cuidados).
3. Documentamos las tareas de medicación en el MAR
4. Documentamos los cuidados planificados en la agenda de cuidados.
5. Revisamos los planes de trabajo pautados a nuestros pacientes (si tenemos que indicar, modificar, interrumpir).
6. Al final del turno, no debe de quedar ninguna tarea (incluida la medicación) pendiente o fuera de plazo.

Agenda de cuidados

La agenda de cuidados se utiliza para identificar las actividades que hay que realizar para facilitar el acceso a la información necesaria para llevarlas a cabo y para favorecer su documentación. Las actividades se generan, normalmente, a partir de una indicación (peticiones y tratamiento), aunque hay algunas que se generan de manera automática cuando se producen ciertos eventos (como el ingreso que lleva asociada la indicación del protocolo de acogida).

Es importante seleccionar siempre las horas relacionadas con el turno en el que estamos trabajando desde la barra gris de arriba.

Si documentamos desde vista interactiva no estamos documentando las tareas (cuidados), por lo que la recomendación es que se haga siempre desde la agenda de cuidados.

Descripción de tarea	Estado	Fecha y hora	Frecuencia	Detalles de indicación
Observación: sangrado	Fuera de plazo	30/03/2017 17:37	Por turno (9h, 16h, 23h)	30/03/17 17:37:00
Ayuda para el baño/higiene	Pendiente	31/03/2017 8:00	C/24h (08:00h)	31/03/17 8:00:00
Escala visual analógica (EVA)	Pendiente	31/03/2017 9:00	Por turno (9h, 16h, 23h)	31/03/17 9:00:00
Observación: sangrado	Pendiente	31/03/2017 9:00	Por turno (9h, 16h, 23h)	31/03/17 9:00:00
Signos Vitales	Pendiente	31/03/2017 9:00	Por turno (9h, 16h, 23h)	31/03/17 9:00:00
Sondaje urinario: cuidados	Pendiente	31/03/2017 12:00	C/24h (12:00h)	31/03/17 12:00:00, 2,065
Vía venosa periférica: cuidados	Pendiente	31/03/2017 12:00	C/24h (12:00h)	31/03/17 12:00:00, 2,065

Registro de medicación

El registro de administración de medicación (MAR) se utiliza para ver e interactuar con todos los medicamentos activos, incluyendo los programados, PRN (si precisa o a demanda), y las infusiones continuas donde documentamos las acciones de administración de medicamentos.

La administración de sueroterapias también forma parte del registro de administración de medicación y debemos tener en cuenta que el registro de medicación no está optimizado para la documentación de sueroterapia alterna, por lo que si existen varias infusiones continuas deben administrarse en Y.

Se enseña a firmar la medicación, modificar el horario de administración reprogramando una dosis o todas las dosis, y se recomienda, por seguridad, documentar sobre el MAR desde el carro de medicación tras haberlo administrado.

Igualmente, debemos asegurar de estar en el intervalo de fecha y horas correcto.

Peticiones y tratamiento

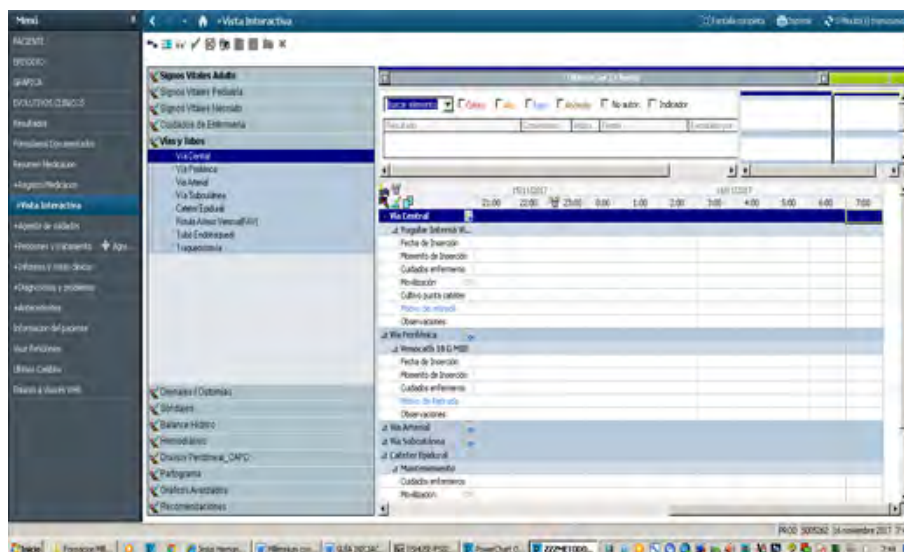
Aquí se pueden consultar todas las indicaciones establecidas, tanto por el equipo médico como por el de enfermería, se les enseña la manera de agregar indicaciones (pautar cuidados) estableciendo la periodicidad, a demanda o continua, mediante la ayuda de un buscador que debemos configurar con la palabra "contiene".

Para facilitar la tarea de planificar los cuidados se pueden crear unos campos favoritos, en los que tengamos los más habituales de nuestra unidad o servicio.

Vista interactiva

La vista interactiva supone un registro de resultados (es lo más parecido a la antigua gráfica de papel). Se puede realizar el registro de manera directa, pero lo recomendado es efectuar el registro como resultado de la documentación de una tarea desde la agenda cuidados, desde el Care-compas o desde el parte de pacientes.

Aquí resulta de especial relevancia el registro de dispositivos (sonda vesical, drenaje, vía venosa, etc...). En esta misma línea, cuando retiremos el dispositivo debemos registrar la retirada y el motivo y acordarnos de desactivarlo y, en caso de poner otro, hemos de registrar el nuevo.



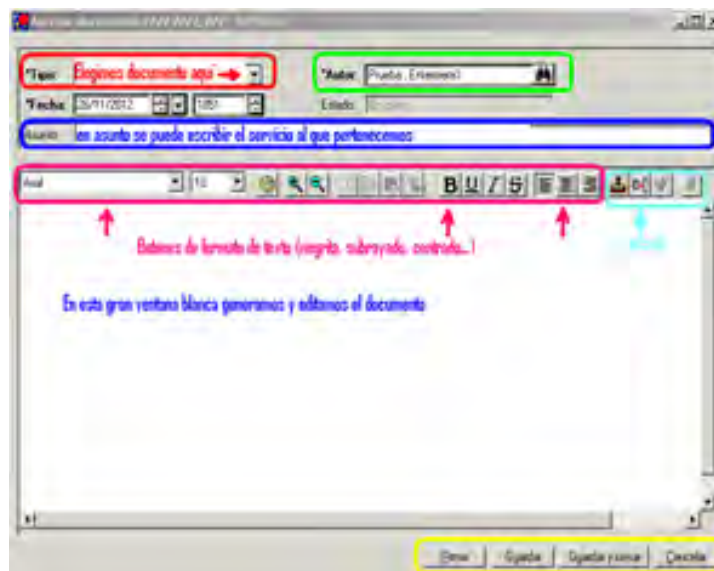
Formularios y observaciones

Clicamos en formularios y seleccionamos el de notas de evolución, se cumplimenta y se firma. Les recordamos que tenemos la posibilidad de seleccionar el contenido del evolutivo que estamos haciendo si creemos que es importante para que salga en el informe de alta.

El manual también tiene información sobre el registro de otros formularios confeccionados como los de valoración, CMA, nutrición y dietética, etc.

Informe del enfermero al alta

Se realiza desde Informes y notas clínicas, pretende ser un resumen de los cuidados prestados y de las recomendaciones de cuidados al alta. Dispone de herramientas que nos pueden facilitar su elaboración como la plantilla (recomendaciones habituales en la unidad) y el texto automático que nos facilita el registro de determinadas acciones que puedan ser de nuestro interés. Estos contenidos deberían consensuarse en cada unidad.



Informes i notas clínicas

Finalmente, y según el tiempo disponible, existe la posibilidad de aprender a imprimir las pulseras de identificación del paciente y las etiquetas para el laboratorio (Microbiología, Hematología, Bioquímica, etc.).

El objetivo final para el alumno es que la planificación de cuidados que ha surgido de la valoración y experiencia del cuidado con el paciente, se registre de la manera más eficaz y segura, para que el programa informático sea una herramienta de uso satisfactoria a los intereses del paciente.

AGENDA/PREMIOS

I encuentro nacional de historiadores de ciencias de la salud y III Foro Canario de Historia de la Enfermería

Lugar: San Cristóbal de la Laguna

Fecha: 15 de diciembre de 2017

Enlace: <http://portalcecova.es/agenda-profesional/jornadas-congresos/encuentro-nacional-historiadores-ciencias-salud-y-foro-canario-historia-enfermeria-2017>

Segundo Premio al mejor póster presencial del I Congreso Internacional de Investigación e Innovación en Cuidados: Evidencia, Enfermería de Práctica Avanzada y Seguridad Clínica

Título del Póster: "Simulación Clínica y Debriefing ¿Tendencia o Necesidad?"

Autora: M^a de Fátima Céspedes Ballona, Matrona de HUSE

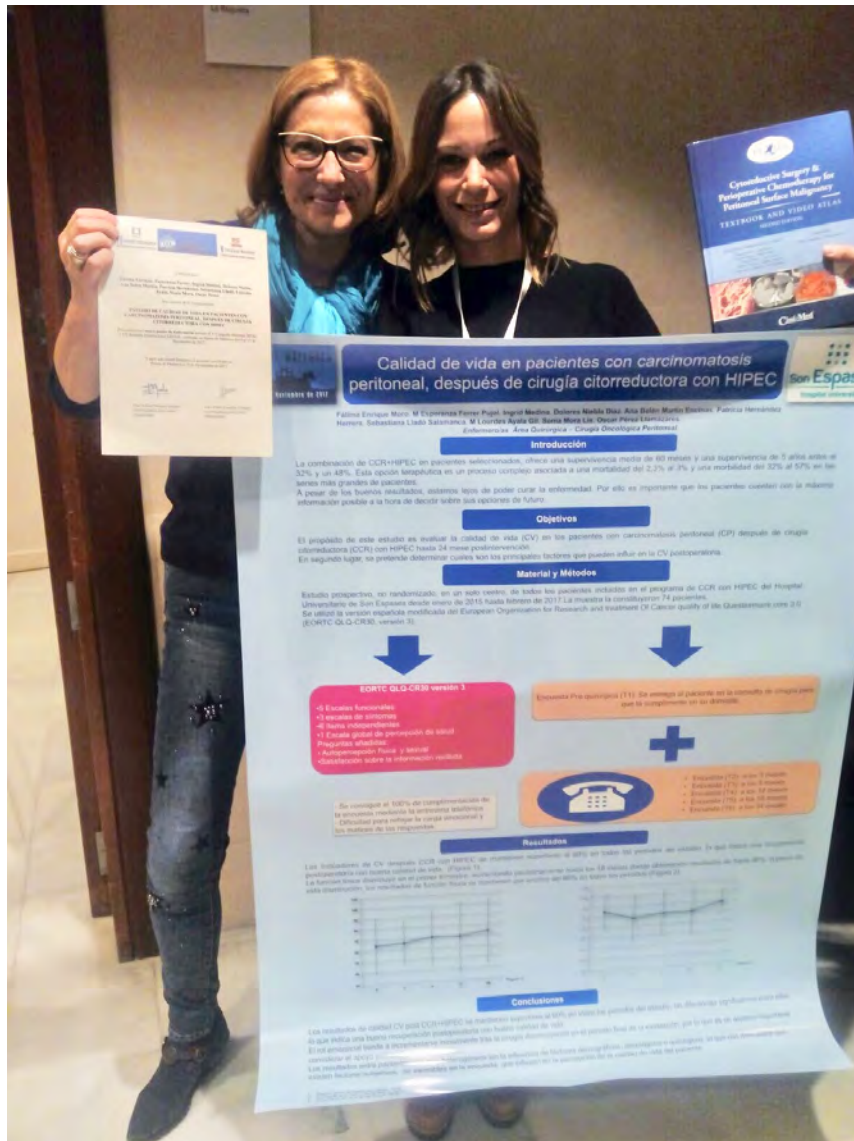


Premio mejor póster de Enfermería durante el V Congreso Nacional SEOQ y VII Reunión Internacional GECOP

Título del Póster: Estudio de Calidad de Vida en pacientes con carcinomatosis peritoneal, después de cirugía citorreductora con HIPEC.

Autoras: Fátima Enrique, Esperanza Ferrer, Ingrid Medina, Dolores Niebla, Ana Belén Martín, Patricia Hernández, Sebastiana Lladò, Lourdes Ayala, Sonia Mora, Óscar Pérez.

Lugar: Palma de Mallorca, del 8 al 10 de noviembre de 2017



Póster premiado de residentes de Mañana en el XVI Congreso FAME 2017

Título: Suplementación prenatal con magnesio para la prevención de la preeclampsia

Autoras: Carla Azorín Tovar y Laura Bassa Vanrell



ECR 2018

Enlace: <https://www.myesr.org/congress/radiographers-ecr>

Fecha: Del 28 de febrero al 4 de marzo de 2018

Lugar: Viena

Organizador: European Society of Radiology



6º Congreso nacional de Técnicos Superiores en Imagen para el Diagnóstico

Enlace: <http://www.geyseco.es/actedi/index.php?go=informacion>

go=informacion

Fecha: Del 23 al 24 de febrero de 2018

Lugar: Barcelona

Organizador: ACTEDI





SONDAS VESICIALES

by @Creative_Nurse



Los catéteres se nombran de acuerdo con las características de la punta distal



Facilita el drenaje en hematuria y/o para mantener un circuito de lavado



Para pacientes, prostáticos o con dificultad de vaciado uretral



Es el catéter estándar con punta redondeada



Punta redondeada y angular (30-45°). Para uretra membranosa o prostática



Para lavados de hematuria macroscópica

BOLSAS DE DIURESIS



MALECOT **PEZZER**
Se insertan quirúrgicamente

FUENTE: S. Siracusano, S. Cicillato, G. Ollandini and F. Visalli (2011). Catheters and Infections. Clinical Management of Complicated Urinary Tract Infection, Dr. Ahmad Nikibakhsh (Ed.), InTech, DOI: 10.5772/21877. Available from: <https://www.intechopen.com/books/clinical-management-of-complicated-urinary-tract-infection/catheters-and-infections>. Protocolo de inserción, mantenimiento y retirada del sondaje vesical. Complejo Hospitalario Universitario Albacete. SESCAM. Protocolo de sondaje vesical. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Servicio Andaluz de Salud.

café

y Redes HUSE

Síguenos en Twitter @Redes_HUSE



**"En tu pausa café,
en el office, en el control....
Que la Revista Redes
HUSE te acompañe, que
sea punto de encuentro, de
información y de
conocimientos.
Juntos formamos un gran
equipo"**



V jornada
INNOVACIÓ I CURES
CENTRADES
EN LA PERSONA
Infermeria basada en l'evidencia
12 • desembre • 2017

SALA D'ACTES
HOSPITAL UNIVERSITARI SON ESPASES

09.30 h **Acreditació i recollida de la documentació**

10.00 h **Inauguració de la Jornada**

Josep Pomar. Director gerent. HUSE

Juan Manuel Gavala Arjona. Director d'Infermeria. HUSE

Isabel Zaldívar Laguña. Subdirectora de la Cartera de Serveis del Servei de Salut

10.15 h **CONFERÈNCIA INAUGURAL**

Cuidar les emocions. Avançant cap a un model d'atenció més integral per a la millora de la qualitat de vida i del benestar de les persones

Ainhoa Ulíbarri Ochoa

11.15 h **Descans - Cafè**

11.45 h **TAULA RODONA**

Innovant en cures a l'HUSE

Modera: Pilar Andreu Rodrigo. Supervisora de l'Àrea de Docència, Investigació i Innovació. HUSE

- **Infermer gestor de casos: garantia de coordinació i continuïtat assistencial.**

Silvia García Castro. Infermera gestora de casos. HUSE

- **Incontinència en pediatria.** Mirella Barredo Maya. Infermera del Gabinet de Pediatria. HUSE

- **Monitoratge remot de dispositius cardíacs: gestió infermera.** Teresa Falcó i Aina Bibiloni. Infermeres de la Unitat d'Arrítmies. HUSE

- **Satisfacció dels pacients amb el procés de preparació previ a una coloscòpia.** Raquel García Rodríguez. Infermera d'Endoscòpia. Servei de Digestiu. HUSE

- **Habitació de temps fora.** Eugenia Nadolu Vélez. Supervisora d'Infermeria IBSMIA i PAETCA

13.15 h **CONFERÈNCIA DE CLAUSURA**

Innovació per a una cura centrada en la persona. L'exemple de Diàlisi 24 h una app d'infermeria codissenyada amb pacients renals

Ruth Molina Fullerat

14.15 h **Presentació de la segona edició dels Premis d'Innovació de l'HUSE Clausura i lliurament del Premi a la Millor Comunicació Oral**

M. Teresa Pou Navarro. Subdirectora d'Infermeria de Qualitat, Desenvolupament i Recursos materials i estructurals. HUSE

Inscripció

Del 15 de novembre al 5 de desembre de 2017

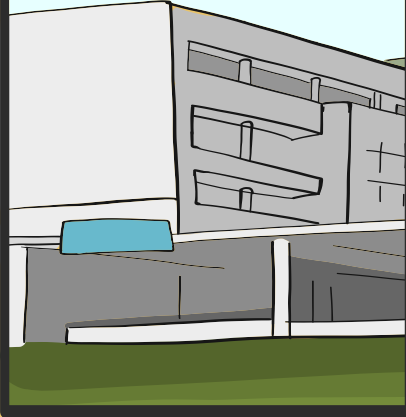
Amb l'usuari "u" en el Portal de Serveis al Personal (intranet.caib.es)

Personal no CAIB: hse.formacio2@ssib.es

Sol·licitada l'acreditació de la Jornada

Navidades en el hospital

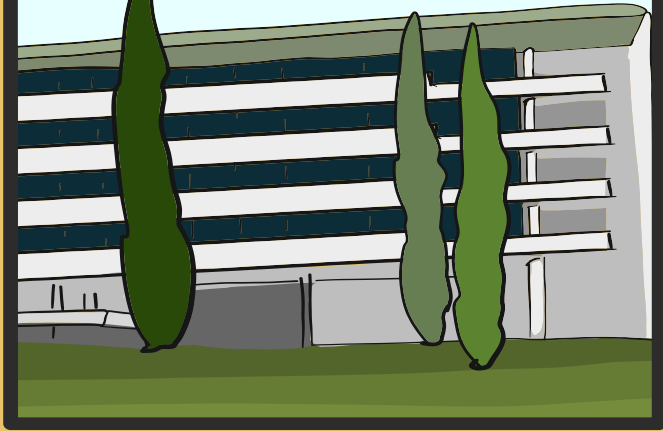
Hospital
Universitari
Son Espases



Parecen días
normales, ...



Tranquilos, ...



¡¡ Pero NO lo son !!
¡¡ Son festivos, NAVIDADES !!

Aún así, muchos, muchísimos
profesionales de la salud
celebran las Navidades junto
a los pacientes y sus familias.



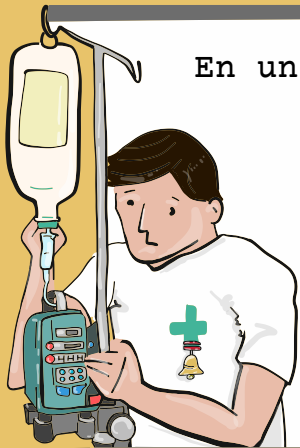
Están en urgencias,
en consultas,
en zonas de pruebas
(RX, TAC, ...)

*¿Ofreciendo
una sonrisa
navideña?*

En las plantas
hospitalarias,
pediatría,
salud mental,
etc...



*¿Ambientando
el entorno?*

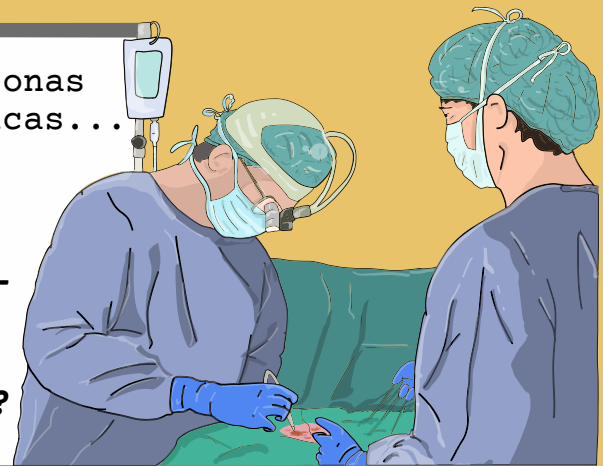


En unidades especiales,
UCI, paritorios,
neonatos, etc...

*¿Regalando
cantos y
villancicos?*

En las zonas
quirúrgicas...

*¿Desper-
tándose
con un
detalle?*



A hand holding a lit sparkler against a dark blue background. The sparkler is bright yellow and orange, with many sparks flying out. The hand is wearing a blue, textured glove.

El equipo de Redes HUSE os desea

FELIZ
NAVIDAD Y
PRÓSPERO
AÑO NUEVO

RdS

revista digital de salud

Dirección de Enfermería. Hospital Universitari Son Espases