RdS
revista digital de salud
Dirección de Enfermería. Hospital Universitari Son Espases

Entrevista a Siro Buendía

Enfermero que cuida corazones

Terapia Ocupacional i Logopèdia de l'Hospital General

Anestesia Pediátrica

Son Espases
hospital universitari

TCA del dolor en el parto de bajo riesgo

Ángeles sin Alas

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
Illes Balears

SUMARIO

EDITORIAL

A LA VANGUARDIA

PROTAGONISTA

VENTANA A LOS ESPECIALISTAS

COMPAÑEROS

ASOCIACIONES

WEB 2.0/RECURSOS

INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

RINCÓN DE METODOLOGÍA

AGENDA/PREMIOS

Son Espases
hospital universitari

RdS
revista digital de salud
Dirección de Enfermería. Hospital Universitari Son Espases

EDITORIAL

Iniciam un nou curs amb energies renovades i amb la il·lusió de millorar i aprendre noves estratègies de cures d' infermeria.

Durant el procés d'aprenentatge, l'ésser humà es transforma i, per aquest motiu, contínuament estam evolucionant i ens desenvolupam com a professionals de la cura de les persones. L'ensenyança de la professió sanitària té diferents línies d'actuació, d'entre les quals podem destacar la que s'adreça als mateixos professionals, als estudiants, als pacients i als familiars. Els continguts dels plans formatius de les institucions sanitàries i educatives tenen una gran repercussió en la qualitat assistencial que reben els nostres pacients i els seus familiars. Aquest fet ha de ser un element de canvi constant per aconseguir l'adaptació a les necessitats dels pacients.

Qualsevol estudiant ha de sabre relacionar el seu procés d'aprenentatge amb les distintes competències que ha de desenvolupar en el procés formatiu. En primer lloc, una adquisició de coneixements: el saber és la part cognitiva, l'encarregada de nodrir i d'enriquir el procés formatiu. En segon lloc, el saber fer consisteix en l'aplicació dels coneixements a la pràctica diària. En tercer lloc, el saber ser i saber estar és la part de la gestió i del control emocional, és l'encarregada del desenvolupament d'habilitats socials i comunicatives.

Les aptituds i les actituds amb què s'enfronta cada dia el professional juguen un paper fonamental i són les que sustenten tot el procés d'aprenentatge.

"L'aprenentatge és l'experiència, tota la resta és informació"
(Albert Einstein, 1879-1955)

Seguretat del pacient

#SegPacc

Son Espases
hospital universitari

INSTRUCCIÓ de SEGURETAT

Identificació de les al·lèrgies

1. Investiga si el pacient té al·lèrgies.
2. Registra les al·lèrgies en la Història Clínica en el lloc adequat i de forma visible per a tots els professionals.
3. Assegura't que tota la informació clínica del pacient arriba al professional que l'ha d'atendre.
4. Confirma-ho amb el pacient abans d'administrar-li la medicació.

UNITAT DE QUALITAT
Col·labora: M.J. Arévalo

A LA VANGUARDIARDIA

Ernesto Sardi

Fisioterapia del suelo pélvico

La fisioterapia del suelo pélvico es una especialidad que se inició en Europa hace unos 15 años y es relativamente nueva en España. El suelo pélvico es un conjunto de músculos y ligamentos que cierran la cavidad abdominal en su parte inferior. Su función es sostener los órganos pélvicos (vejiga y uretra, útero y vagina, y recto) en la posición adecuada porque de ello depende su normal funcionamiento.
El equipo de Suelo pélvico en el servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Son Espases está formado por: el Dr. Jaime Gutiérrez, María José Orenes, Ana Miranda, María González y Ketty Ruiz.

Los pacientes que acuden a la Consulta de Suelo Pélvico son derivados a la consulta del Dr. Gutiérrez de Rehabilitación de Suelo pélvico desde los servicios de Urología, Ginecología, Coloproctología, Digestivo, Unidad del Dolor o del médico de cabecera. El Dr. Gutiérrez hace la primera visita, una exploración física y deriva a los pacientes a Fisioterapia, donde se les cita y se inicia el tratamiento. Posteriormente, realizan una revisión con el Dr. Gutiérrez.

En España, aún no están reconocidas las especialidades en Fisioterapia. En otros países existe la especialidad del suelo pélvico. Este hecho ha mejorado mucho el tratamiento y la evolución de la clínica de los pacientes, con magníficos resultados.
Para el tratamiento de las patologías más comunes que se tratan en la Especialidad de Suelo Pélvico podemos destacar la fisioterapia uroginecológica (incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia de urgencia, incontinencia postprostatectomía, enuresis...), coloproctológica (estreñimiento crónico distal, fisura anal, incontinencia anal...), periparto (en pacientes derivadas de la unidad de riesgo por patologías previas relacionadas con el suelo pélvico o en postparto traumático) y síndrome de dolor pélvico crónico.

El síndrome de dolor pélvico crónico engloba diferentes patologías dolorosas de suelo pélvico. En el 2011, la media de consultas de un paciente con síndrome de dolor pélvico crónico antes de ser diagnosticado era de 84 visitas, actualmente ha mejorado, pero los síntomas son fáciles de confundir con otras patologías y los pacientes aún tardan en ser diagnosticados.

EL síndrome de vejiga dolorosa tiene una sintomatología similar a la de las infecciones de orina de repetición, pero sin presencia de bacteriuria. Si el paciente acude a urgencias por síntomas de infección de orina y después no recoge el cultivo, puede ser tratado con antibióticos en cada episodio, durante meses y meses, sin que se busque la causa de ese dolor que no está relacionado con una infección de orina. Los pacientes tienen dolor inespecífico en la pelvis, que puede estar relacionado con la defecación, la sedestación, la micción o las relaciones sexuales, o todas ellas a la vez. Son pacientes que llevan mucho tiempo con dolor y que precisan un tratamiento a tres bandas, psicoterapia, farmacología y fisioterapia especializada para el dolor pélvico crónico.

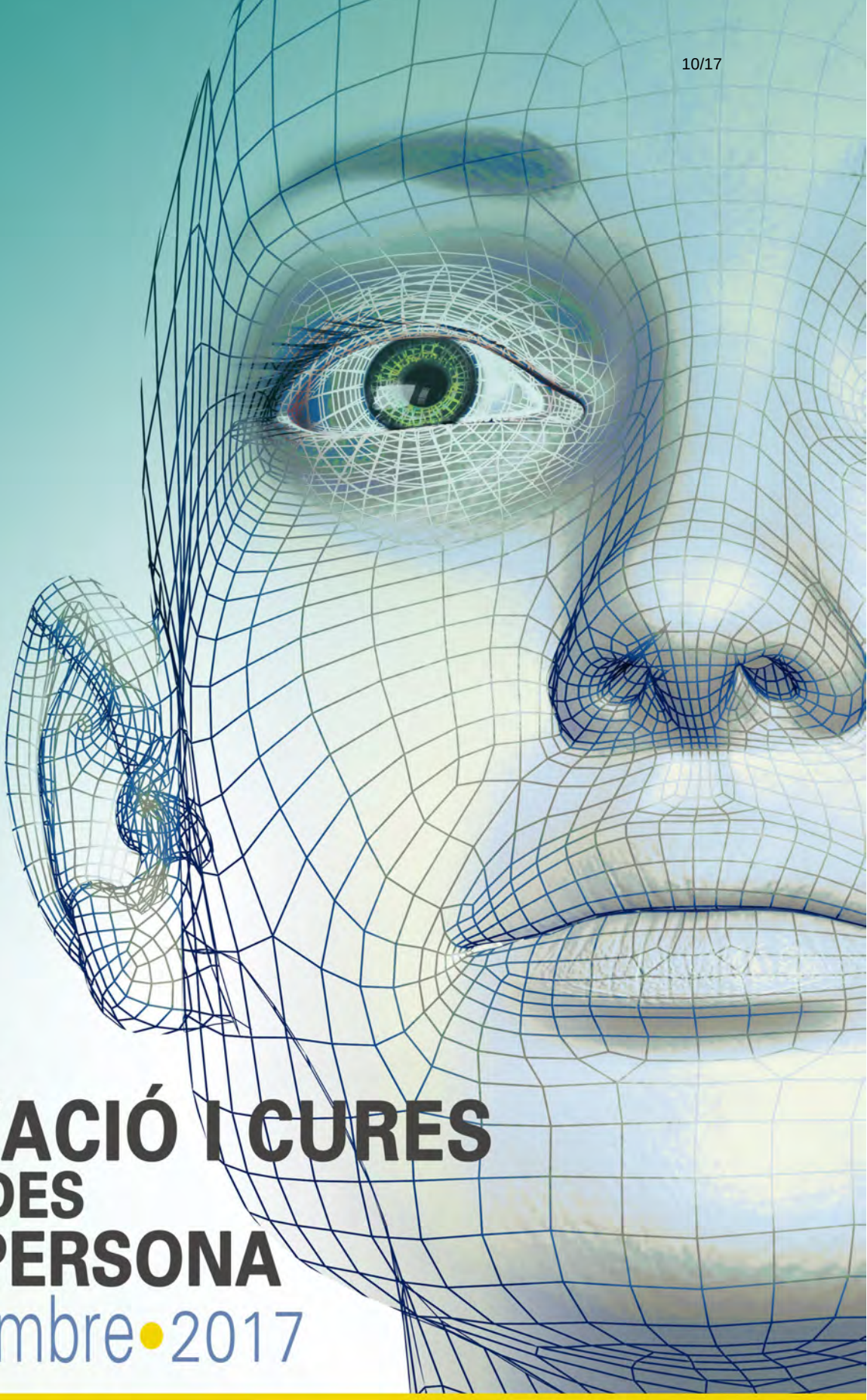
Otro dolor que se confunde muy fácilmente es el síndrome miofascial de suelo pélvico con el dolor de fisura anal o de hemorroides. El paciente tiene dolor durante la defecación que aumenta un poco después de defecar pudiéndose hacerse insoportable e impidiendo, en algunos casos, que el paciente esté sentado más de 5 minutos. Este tipo de paciente, para evitar el dolor, tiene que adoptar rutinas como comer de pie, desplazarse en autobús para no tener que sentarse, trabajar en mesas altas... Por lo tanto, el problema no será la intervención médica o quirúrgica de la fisura o de las hemorroides sino el tratamiento manual para las hipertonías del suelo pélvico causantes del síndrome miofascial.

Los ejercicios de Kegel son una parte pequeña del tratamiento del suelo pélvico, aunque son los más conocidos por la población. Es importante destacar que dichos ejercicios se deben acompañar con una serie de hábitos saludables (postura, alimentación, hidratación, hábitos defecatorios, tipos de actividad física...).

Actualmente, no se hacen ejercicios de Kegel aislados, sino que se utiliza el control motor y la sinergia existente entre el suelo pélvico y el transverso profundo del abdomen y los multífidos para conseguir que el paciente automatice la contracción de esa musculatura a la hora de hacer esfuerzos. En condiciones de normalidad, existe una precontracción de todos esos músculos, que empieza justo antes de que se produzca un esfuerzo abdominal (risa, estornudo, tos, grito a los hijos, actividad física...), en la patología de suelo pélvico esa precontracción se ha perdido y el paciente tiene que automatizarla. Es muy importante que el paciente entienda el proceso y para ello es vital el uso de la ecografía funcional para explicar al paciente qué es la sinergia y porqué la ha perdido y cómo automatizarla. En Son Espases, se utiliza como tratamiento la electroterapia para mejorar la contracción y el trofismo de los músculos del suelo pélvico, biofeedback motor y sensitivo, electropunción del nervio tibial posterior para la urgencia miccional y el dolor, terapia manual, técnicas miofasciales, enseñanza de ejercicios activos de suelo pélvico en diferentes posiciones y ante diferentes esfuerzos, control motor para estabilizar el transverso y el multífido en esas actividades, gimnasia abdominal hipopresiva, fisiosexología, punción seca...

La fisioterapia periparto prepara la pelvis de la madre y el periné para el embarazo y el parto. El embarazo no es una enfermedad, pero tampoco se puede llevar una actividad física normal, lo que no significa que solo puedan hacer natación y caminar durante el embarazo. Ahora, en el preparto, se realiza formación a las mujeres en actividad física que respeta el suelo pélvico y tonifica la faja abdominal para sujetar al bebé durante el embarazo y que no empiecen síntomas como la incontinencia urinaria o la lumbalgia antes del parto. Se prepara la pelvis para que las articulaciones estén móviles y no dificulten el paso del bebé por el canal del parto y se prepara el periné para que sea lo suficientemente elástico para evitar el desgarro en el expulsivo. La episiotomía es un acto médico, para prevenirla el ginecólogo o la matrona que atiende a la mamá en el parto no tiene que querer hacerla, actualmente se hacen cada vez menos episiotomías, lo que previene el desgarro. Se realiza masaje perineal especializado desde la semana 28 y en cuanto es posible se utiliza un aparato que recibe el nombre de Epi-no y con el que se pueden calibrar cuántos centímetros de diámetro biparietal caben en cada momento en ese periné. Es muy útil a nivel de tejido conjuntivo y da mucha tranquilidad a la mamá que se siente en condiciones de sacar a un bebé a través del periné. Pues depende de cómo está cada mamá en ese momento. Algunas sólo necesitarán reentrenamiento de su suelo pélvico y de su faja abdominal para las actividades de la vida diaria y el esfuerzo y otros tratamientos específicos para diferentes síntomas que pueden aparecer en el postparto como incontinencia, estreñimiento, dispareunia, anorgasmia...

Son Espases
hospital universitari



V jornada

INNOVACIÓ I CURES CENTRADES EN LA PERSONA

12 • desembre • 2017

Inscripció: amb l 'usurari "u" en el Portal de Serveis al Personal (intranet.caib.es).
Personal no CAIB: hse.formacio2@ssib.es

SALA D'ACTES
HOSPITAL UNIVERSITARI SON ESPASES

PROTAGONISTA **Pilar Andreu Rodrigo**

Entrevista a Siro Buendia: enfermero que cuida corazones

Siro Buendía Martínez es enfermero del Servicio de Hemodinámica del Hospital Universitario Son Espases. En estos momentos, es miembro del Comité de Acreditación Español de Enfermería en Hemodinámica (AEEC), coordinador y docente en el Máster Nacional de Enfermería en Hemodinámica UFV-SEC-AEEC y consultor y docente de la Academia educativa de Medtronic, por lo que podemos decir que es una institución en el mundo de la enfermería en Hemodinámica en Baleares, en España y en Europa.

Su formación académica se inicia, en el año 1996, en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Granada. Una vez finalizados sus estudios, empieza una nueva etapa en la sanidad irlandesa, concretamente en Dublín, en el Beaumont Hospital como enfermero en radiología intervencionista cerebral y periférica durante los años 2000 y 2001. En aquel momento, la Hemodinámica empieza a formar parte de su desarrollo profesional como enfermero.

En el año 2002, regresa a Mallorca y se incorpora al Servicio de Hemodinámica de la Policlínica Miramar hasta 2003, posteriormente, se incorpora al Servicio de Hemodinámica de Son Dureta donde continúa en la actualidad en el Hospital Universitario Son Espases

Su vida laboral se ha visto acompañada por una gran formación como docente, en el ámbito nacional e internacional, en el campo de la enfermería en hemodinámica desde el 2008. Ha participado en multitud de conferencias y ha sido ponente en congresos celebrados en diversos lugares del mundo (Washington, Holanda, Suiza, San Francisco, Miami y Londres).

Desde el año 2007 al 2013, compagina su trabajo con la dirección de las sesiones de enfermería del Congreso Europeo de Hemodinámica de la Sociedad Europea de Cardiología y con la dirección de las sesiones de enfermería del Congreso Asiático de Hemodinámica en Singapur.

Siro ha participado, como miembro del comité organizador, en el primer curso de Hemodinámica general y avanzada de la multinacional Medtronic destinado a los enfermeros de toda Europa. En dicho curso, la simulación juega un papel muy importante para la formación. El hecho de que los alumnos puedan aprender con la simulación de casos prácticos reales enriquece mucho y permite dotar al profesional de herramientas básicas para gestionar una gran variedad de situaciones en entornos de cuidados críticos cardiovasculares. Por este motivo, los grandes avances tecnológicos que tenemos hoy en día en el campo de la simulación son el marco ideal para formar y preparar a los profesionales de la salud ante situaciones reales de urgencia vital.

Buendía es autor, coordinador y docente del primer Máster Nacional de Enfermería en Hemodinámica de la Universidad Francisco de Vitoria—Sociedad Española de Cardiología, requisito para poder acreditarse como enfermero de hemodinámica. En estos momentos, junto con un grupo de enfermeros de toda España, tiene como objetivo conseguir la acreditación nacional avanzada de enfermería en Hemodinámica que, actualmente. Dicha acreditación ya ha sido entregada al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Este grupo cuenta con el apoyo de la Sociedad Española de Cardiología Intervencionista y de la Asociación Española de Enfermería Cardiovascular. Conseguir el reconocimiento de la especialización de la enfermería experta en hemodinámica y cardiología intervencionista es un sueño al que este grupo de profesionales dedican muchas horas y muchos esfuerzos y esperan que pronto sea una realidad para el beneficio y la mejora de los cuidados al paciente.

La formación especializada es la que proporciona conocimientos, habilidades y competencias profesionales que mejoran la calidad asistencial y los resultados. De hecho, la enfermería de práctica avanzada (EPA) es uno de los grandes retos de la enfermería en España. En países como Estados Unidos, Holanda e Inglaterra, la figura de la enfermería de práctica avanzada está más que instaurada, se denomina Nurse practitioner (NP), Phisician's Assistant (PA) o Clinical Nurse Specialist. Estos enfermeros desarrollan un rol profesional autónomo con muy buenos resultados respecto a la calidad asistencial y a la seguridad del paciente.

El éxito del funcionamiento del Servicio de Hemodinámica del Hospital Universitario Son Espases no solo depende de un personal bien formado sino también del trabajo en equipo. Cada uno de los miembros de las diferentes categorías profesionales (auxiliares, enfermeros y médicos) del Servicio de Hemodinámica son piezas fundamentales para desarrollar un buen modelo de trabajo y obtener unos excelentes resultados.

Siro lleva más de 15 años cuidando a pacientes que sufren enfermedades coronarias (anginas de pecho e infartos) y asistiendo en la realización de angioplastias. Esperamos poder seguir aprendiendo de su gran experiencia laboral y docente

VENTANA A LOS ESPECIALISTAS

Esperança Bauza
Neus Martorell

Terapia Ocupacional i Logopèdia de l'Hospital General

L'aigua sempre fa el seu camí...

Homes, dones, nins i nines funcionam comunicant i fent. No existeix la no comunicació i el no fer també pot esdevenir una acció, un acte voluntari i, inclús, un acte necessari en moltes situacions.
Fer és ocuparnos dels nostres quefers diaris. Quan estam ocupats amb el que volem estam bé, ens sentim "plens". Aquesta ocupació és la llibertat de fer, de pensar i de decidir, ja sigui fer un cafè, dormir tot lo dia, anar a treballar, pintar-nos els llavis... Tots els nostres quefers ens ocupen i ens defineixen com a les persones úniques que som.

Entenem per comunicar (o comunicarse) la necessitat que tenim els humans, els infants i els adults, de tenir contacte amb els altres per créixer i ser feliços (IOC).
L'ésser humà des del moment que neix necessita expressarse i comunicarse amb el món que l'envolta. El llenguatge és una facultat humana que permet comunicar els propis pensaments i sentiments. L'adquisició del llenguatge constitueix un dels aspectes principals del desenvolupament psicològic. Per mitjà de la comunicació, interactuam per adaptar-nos al món, per ser autònoms i per desenvolupar capacitats intel·lectuals superiors.

Quan el nostre parlar o el nostre fer es veu afectat per una patologia, es veu alterat l'equilibri que ens manté lliures per ser persones totalment autònomes.

Però aquesta afectació no hauria d'impedir que la persona afectada pugui seguir comunicant o fent, possiblement d'una manera diferent a la que utilitzava; però amb adaptacions, capacitacions, modificacions, etc., pot aconseguir l'ocupació i la comunicació amb la màxima autonomia. Sí, així com fa l'aigua quan li tallen el camí, l'aigua sempre en troba un altre de més llarg, més estret, més abrupte, més difícil, més costós... però el troba i arriba a la mar.

La societat i el mateix sistema sanitari que en forma part han observat les seves limitacions per abordar aquestes mancances i és per això que han nascut professions i disciplines com la Teràpia Ocupacional i la Logopèdia per poder pal·liar, ajudar, restaurar, reeducar, rehabilitar, compensar, reconduir... les persones en el seu quefer quotidià i en el dret a expressarse i a entendre el món en què viuen.
Les noves tendències socials i sanitàries rauen en la visió holística de la persona i en el model centrat en la persona, en la família i en l'entorn. Les troballes més actuals apunten cap a aquesta orientació i entenen la persona com un ésser bio-psico-social i, fins i tot, espiritual (que no és el mateix que religiós). Però si ens endinsam en el coneixement més profund i més lògic de la persona, arribarem als antics i observarem que això que ara indicam no és res més que el que han fet els nostres avantpassats, la història de la humanitat i la mateixa naturalesa. És l'actitud més adaptativa que ha trobat la persona per continuar: seguir fent i seguir relacionantse. Com l'aigua busca el seu camí.

El fi últim de la Teràpia Ocupacional i la Logopèdia és aconseguir l'apoderament i la capacitació de les persones de poder fer i de poder comunicarse de la manera més funcional i autònoma possible.

Enguany, la disciplina de Teràpia Ocupacional ha complert 100 anys. Per tant, no parlam d'una professió recent però sí que encara és jove dins el nostre sistema sociosanitari.

No podem definir la Teràpia Ocupacional sense la paraula ocupació ja que és l'element idiosincràtic de com veu la realitat un terapeuta ocupacional.
Som i serem éssers ocupacionals, amb necessitat de participar en les nostres activitats. Aquestes activitats van canviant al llarg de la vida i, en cada etapa, cal establir l'equilibri entre elles. A vegades i per diferents circumstàncies, com una patologia, aquest equilibri ocupacional, entre les activitats del nostre dia a dia (quotidianes, cognitives, emocionals, laborals, acadèmiques, relacionals, socials...) es pot veure alterat.
Quan passa això, el terapeuta ocupacional és l'expert en la valoració i en la intervenció per restablir aquest desequilibri ocupacional.
Cada terapeuta s'ha d'adaptar a la seva regió, cultura, centre... i ha d'emprar l'ocupació com una eina per capacitar les persones en el seu dia a dia. En aquest mateix entorn i a partir dels interessos de cada persona, s'han de traçar nous camins, com l'aigua que s'adapta i cerca sortides per continuar i per avançar en el seu curs. Quan això esdevé, la satisfacció de la persona és immensa. Ha tornat la capacitat de fer, de ser.

Per tant, si tenim en compte que el terapeuta ocupacional cerca restablir l'equilibri ocupacional valorant i tractant les àrees de desenvolupament de la persona que s'han vist alterades, el professional ha de treballar més enllà de les institucions i fer immersió en l'entorn personal, això és el que intentam fer en el Servei de Teràpia Ocupacional de l'Hospital General (HUSE Sector Ponent).

Parlar de logopèdia és parlar de comunicació.

El logopeda és el terapeuta de la comunicació (llenguatge, parla, veu) i, per tant, és el professional que du a terme aquesta tasca i que vetla per la comunicació humana i per totes les seves possibilitats. La logopèdia també inclou molt especialment l'abordatge de les alteracions de la deglució. Menjam i parlam amb les mateixes estructures i, encara que utilitzem els àpats com a actes socials i de comunicació, cal tenir en compte que quan esdevé el procés concret de deglució, no podem parlar i, a la inversa, quan parlam, no menjam. El simple fet d'enviar la saliva, fa que s'aturi el parlar. El cos està tan ben dissenyat que fa cada cosa al seu moment; d'aquesta manera s'utilitza un dinar per poder gaudir d'una bona companyia i d'un bon àpat.

Què li passa a la persona quan veu minvades aquestes funcions?

La Logopèdia actua des de la perspectiva funcional, anatomofisiològica, sociabilitzadora, cognitiva.
Sebastià Serrano, en el seu llibre Els secrets de la felicitat (Barcelona: Ara Llibres), dedica un capítol a la comunicació que titula "La vida està unida a la comunicació", diu:

"La comunicació és l'espurna generadora del canvi. La vida està unida a la comunicació, que n'impregna tots els nivells, des de la neurona fins a la nació i a la humanitat sencera. Les cèl·lules, per exemple, van boges per enviar-se missatges les unes a les altres, per contar-se històries codificades en el meravellós llenguatge de la química. Quina conseqüència útil té aquesta mena de festival de la comunicació i què pretén aconseguir? Ras i curt, la supervivència. Aquells i aquelles que transmeten i interpreten millor la informació que circula pel seu entorn viuen més temps, viuen millor i, encara més, viuen en els seus descendents. Per tant, la inversió en comunicació haurà estat la millor de les inversions fetes al llarg de la història de la vida."

La Teràpia Ocupacional i la Logopèdia són dues disciplines universitàries que es cursen en forma de grau. Es basen en el coneixement científic que les avala i en l'art professional que les desenvolupa. Són testimonis reals de la importància de fer pràctica basada en l'evidència.

Treballant per aconseguir la funcionalitat comunicacional i ocupacional, també ens hem adonat de la importància de mesurar les paraules i els fets. Observam cada dia com moltes persones no poden parlar i, en canvi, poden fer, i d'altres que parlen però que es returen en l'execució de l'activitat. Cal fer una reflexió d'aquest fet, ja que, com a professionals de la matèria i seguidors d'un model d'intervenció interdisciplinari i transdisciplinari, és indicat ajustar, als nostres usuaris i a nosaltres mateixos, la paraula amb l'acte i ser coherents entre el que feim i el que deim.
Ens comunicam per fer i feim per comunicar-nos. Per tant, pensar amb comunicació sense ocupació no té sentit; per aquest motiu, a l'Hospital General (HUSE Sector Ponent), creim amb el treball conjunt entre terapeutes ocupacionals i logopedes per atendre les necessitats de la població que tractam.
El Servei de Teràpia Ocupacional i el Servei de Logopèdia integren, juntament amb el Servei de Fisioteràpia i el Servei de Medicina Física i de Rehabilitació, l'Àrea de Reeducació Funcional de l'Hospital General (HUSE Sector Ponent). Actualment, l'equip està integrat per cinc fisioterapeutes, dues terapeutes ocupacionals, una logopeda i un metge rehabilitador.

A partir del coneixement científic comú, elaboram el pla d'actuació individualitzat amb la intenció d'ajudar les persones que atenem, així com fa l'aigua, a trobar el camí més eficaç, segur, còmode i sà possible.

COMPAÑEROS **Ana María Luis Martínez**

Equip d'Anestesiologia Pediàtrica

L'anestesiologia s'encarrega de l'estudi i de la preparació del pacient abans d'una intervenció qui-rúrgica, de la supressió del dolor i de la vigilància de les constants vitals durant la cirurgia així com de la continuació de les cures un cop finalitzada la intervenció. Inclou, a més, altres àrees d'actuació com el tractament del dolor i la gestió dels quadres clínics crítics i de les situacions d'emergència dins i fora dels hospitals.

L'actual Servei d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor de l'HUSE és el servei més gran i important de les Illes Balears

Durant l'any 2015, va efectuar 19.738 procediments anestèsics urgents i programats a las sales d'operacions, el 6% dels quals foren practicats a pacients pediàtrics. Un cop acabat el procediment quirúrgic, l'equip segueix l'atenció dels pacients en els espais de recuperació postanestèsica i a la Unitat de Reanimació postquirúrgica. A més, disposa d'una Unitat del Dolor que du a terme més de 6.000 tècniques analgèsiques anuals. Aquest Servei proporciona, per tant, assistència en quatre àrees principals

• • Valoració preoperatòria i consulta de preanestèsia. A la Consulta de Preanestèsia, s'hi duu a terme la valoració preoperatòria dels pacients, se'ls explica el procediment i se n'obté el consen-timent informat per al procediment anestèsic. Quan s'han revisat la història clínica, les analítiques i les proves addicionals, si són necessàries, l'anestesiòleg indica si el pacient és considerat apte per a la realització del procediment.

• • Unitat del Dolor: s'hi efectua el tractament del dolor de qualsevol etiologia, tant aguda com crònica.

• • Anestèsia fora de l'Àrea Quirúrgica (gabinets, Gabinet de Braquiteràpia, serveis de Medicina Nuclear i Radiologia, Unitat de Reproducció). En el moment actual, una gran part de l'activitat assistencial realitzada pel Servei d'Anestesiologia s'efectua fora de l'Àrea Quirúrgica i s'arriben a sobrepassar els 7.000 procediments anuals.

• • Anestèsia dins l'Àrea Quirúrgica. En les sales d'operacions es duen a terme tots els procediments anestèsics de totes les especialitats quirúrgiques. A la Unitat de Recuperació Post-Anestèsica (URPA), s'atenen els pacients durant el període postoperatori immediat. La Unitat de Reanimació (REA) s'encarrega de l'atenció continuada durant les 24 hores del dia dels pacients sotmesos a intervencions de cirurgia d'alt risc.

•

El responsable de la Unitat d'Anestèsia Pediàtrica és el Dr. Ignacio Gálvez. A més del responsable, en aquesta Unitat hi treballen deu metges anestesistes i set infermeres. La Unitat es va crear l'any 2014 amb la pretensió de ser un equip dinàmic que s'adapta a les noves tècniques i procediments. L'equip té com a objectiu principal la millora d'una sèrie d'actuacions com l'ús de la via aèria, els protocols d'anestèsia fora de l'Àrea Quirúrgica, la reducció de les analítiques preanestèsia quan el pacient no té cap patologia greu o quan no s'espera un sagnat important durant la intervenció, i del control i la prevenció del dolor, que és una gran prioritat en l'atenció als infants.

Totes aquestes millores suposen un doble benefici, d'una banda per a la Institució, ja que es redu-eixen costos i, de l'altra banda, per al pacient, perquè pateix menys traumes ocasionats per pro-cediments innecessaris o inadequats. A més, aquests canvis han permès reduir el nombre de pa-cients pediàtrics que s'han de desplaçar fora de les Illes per poder rebre una assistència adaptada a les seves necessitats.

Més enllà de les millores de les tècniques i dels procediments específics, és molt important per a l'equip d'Anestèsia Pediàtrica aconseguir que, per als infants, l'experiència sigui el menys traumàtica possible. Per aquest motiu, es duen a terme cures respectuoses centrades en les necessitats dels pacients, es redueixen les esperes i s'impulsa la creació de zones específiques per a pediatria com, per exemple, una zona de despertar postquirúrgic exclusiva, per evitar, d'aquesta manera, que els infants es despertin de l'anestèsia envoltats per adults o que siguin testimonis de reanimacions i d'altres procediments que els puguin espantar.

La infermera d'anestèsia pediàtrica. Molt més que una ajuda per l'anestesiòleg

Durant el període de temps immediatament anterior al procediment quirúrgic o diagnòstic, la in-fermera d'anestèsia és fonamental per a la recepció del pacient, la comprovació dels requisits per a l'anestèsia i la informació al pacient i a la seva família. Les necessitats d'aquests pacients i dels seus familiars són diferents de les dels pacients adults i requereixen un suport adequat per a l'adaptació a l'entorn hospitalari ja que solen presentar més estrès i ansietat davant la intervenció.

En el moment de la realització de l'anestèsia, és imprescindible l'assistència i la col·laboració de la infermera amb l'anestesiòleg en la preparació i administració de medicació, en la canalització de vies perifèriques, en la inducció anestèsica, en la ventilació manual o en qualsevol altra activitat requerida. En aquest moment, són moltes les dificultats amb les quals l'equip d'anestesiologia es pot trobar, però aquests problemes es veuen mitigats si la infermera ha comprovat i preparat tota la medicació i el material que pugui ser necessari i més si és capaç de proporcionar una ajuda experta durant les situacions crítiques o de risc avançant-se a les necessitats i als requeriments dels anestesiòlegs.

En el període de temps postanestèsic, durant el despertar, és una tasca essencial de la infermera efectuar una estreta vigilància de l'estat hemodinàmic, respiratori i de consciència del pacient, dur a terme la valoració de la presència o de l'absència de dolor, així com fer l'acompanyament i tenir cura de la protecció de la seguretat i de la integritat del pacient.

Aquest moment és d'especial importància en Pediatria, ja que molts dels pacients són massa petits i encara no són capaços d'explicar com es troben o es poden despertar molt agitats i irritats amb el perill que ells mateixos es puguin produir lesions.

Quan l'anestèsia es realitza fora de l'Àrea Quirúrgica (fonamentalment per procediments diagnòstics i terapèutics de tipus radiològic i endoscòpic), la feina de l'equip d'anestesiologia pediàtrica es molt més delicada ja que totes les dificultats que es poden presentar durant una anestèsia es veuen agreujades per la limitació de recursos (materials i humans) i són moments que requereixen que la infermera sàpiga actuar de manera segura i immediata en una situació de gran estrès. Es pot considerar, per tant, que per poder realitzar les tasques de la infermera d'anestèsia, és essencial l'experiència i la preparació de les professionals molt més enllà de les competències pròpies de la infermeria.

Historias Radiológicas

"El Supervisor" Tragedia en cinco actos

Ana Luis

ASOCIACIONES **María Viña García-Bericua**

Asociación Ángeles sin Alas

"Importas porque eres tú, e importas hasta el último momento de tu vida". Cicely Saunders

Desde el año 2012, la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos (UCPP) del Hospital Universitario Son Espases (una de las cuatro que existen actualmente en España) atiende a niños que padecen una enfermedad que limita o amenaza su vida, y a sus familias. Se trata de una Unidad inseparable que presta una atención integral a los niños con enfermedades graves que precisan cuidados especiales y a sus familias ya que deben interrumpir su actividad laboral para dedicarse a su cuidado. Además, en muchas ocasiones, precisan de un tipo de material ortoprotésico que resulta caro y, a veces, las ayudas de las administraciones, estatal y autonómica, llegan tarde o no son suficientes.
El equipo interdisciplinario está formado por pediatras, enfermeras, una psicóloga y una trabajadora social que, desde el inicio del proyecto, detectó que había muchos problemas sociales y económicos en los domicilios de sus pacientes. Ante la urgencia por dotar de los dispositivos y de los recursos necesarios para mejorar la calidad de vida de estos niños y de sus familias, el personal sanitario inició actividades con el fin de intentar recaudar fondos. Para tratar de cubrir estas necesidades, en marzo de 2013, crearon una asociación sin ánimo de lucro que brinda apoyo a las familias.
Así nació Ángeles sin alas. Su nombre (puesto por una compañera que estudiaba medicina y que conocía la actividad de la Unidad) surge de su lema: No todos los ángeles tienen alas, y su logotipo fue dibujado por una componente de la asociación y mejorado por la Sra. Marina Cascales como contribución gratuita.

MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL NIÑO QUE TIENE AMENAZADA SU VIDA Y LA DE SUS FAMILIAS

Nuestro valor, nuestro fundamento y nuestra razón de ser

Desde la UCPP, los profesionales acompañan a las familias en el proceso de la enfermedad y se preocupan de que los niños, tanto en el hospital como en casa, tengan controlados los aspectos físicos, emocionales, psicológicos, sociales y espirituales, y, en los casos en los que el niño fallece, también acompañan a sus familiares durante el duelo. Los niños, generalmente, quieren estar en casa porque se sienten menos solos y reducen la sensación de miedo, y las familias también prefieren cuidarles en su domicilio. Por lo tanto, es necesario adecuar los recursos para facilitar estos cuidados en el entorno que ellos desean. La trabajadora social que, junto con el resto del equipo interdisciplinario, identifica las necesidades, inicia los trámites y se pone en marcha una red asistencial para la obtención de estos recursos; pero, en los casos en que la inmediatez lo requiere, la asociación interviene facilitando las ayudas que permitan cubrir estas necesidades de manera urgente. La compra o el préstamo de sillas de ruedas, grúas, colchones antiescaras, el pago de medicamentos, alimentos o transportes, o cubrir los gastos de un funeral, son algunas de las actividades que se realizan desde la asociación. También tratan de cumplir los sueños de los niños que tiene un pronóstico de vida limitado. Hasta la fecha han cumplido deseos tan variados, como dar una vuelta en un coche de carreras, visitar el acuario, nadar entre delfines o disfrutar de unos días de estancia en un hotel.

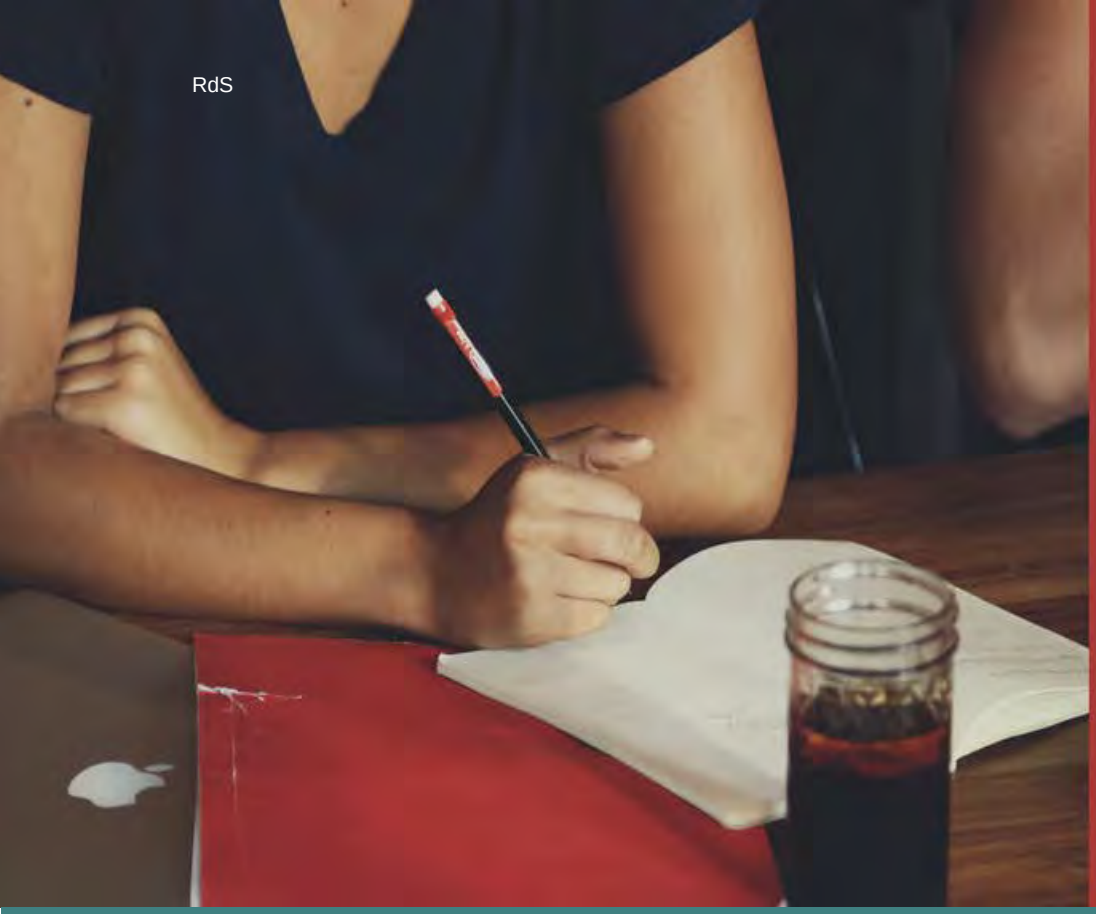
La asociación pone de manifiesto en su web la importancia de ACOMPAÑAR:
"ACOMPAÑAR en un proceso de fin de vida de los niños que tienen una enfermedad.
ACOMPAÑAR a niños que sufren una enfermedad que va a limitarles la vida.
ACOMPAÑAR a familias que luchan para dar a su hijo una calidad de vida.
ACOMPAÑAR a profesionales que luchan para mejorar la calidad de vida de esas familias.
ACOMPAÑAR a todos los que queréis estar con nosotros, a nuestro lado...
Eso es lo que hacemos en Ángeles Sin Alas Balears."

Desde su página de Facebook https://www.facebook.com/angelessinalasbalears/, su web https://www.angelessinalas.es/ y su Twitter @ANGELESSINALAS1 organizan eventos para poder llevar a cabo su misión.

Actualmente, la asociación se encuentra en periodo de crecimiento y su objetivo es llegar a más familias. Su intención es poder contar con socios próximamente y ampliar el número de voluntarios, que recibirán formación previa, para ampliar sus actividades.

Para más información: angelessinalasbalears@gmail.com
Gracias a Susana Jordá, presidenta de la asociación, por su colaboración.

Incluso el más pequeño de los pies tiene el poder de dejar huellas eternas en este mundo."



HERRAMIENTAS DIGITALES: TRABAJO COLABORATIVO DE SALUD EN RED

WEB 2.0/RECURSOS

María Teresa Pérez Jiménez

Herramientas Digitales para el trabajo colaborativo de salud en red

El uso de las TIC y el acceso a internet ha provocado el cambio de las sociedades de tal manera que ahora se llaman sociedad de la información y el conocimiento o sociedad red ya que ha supuesto un cambio disruptivo ofreciendo a golpe de click todo aquello que podamos imaginar, de tal manera que se ha democratizado la información y conocimiento en todas las áreas y esferas de nuestra vida.
La evolución de internet nos ha traído numerosos servicios y herramientas no sólo de contenidos sino de relación con otros usuarios y personas de nuestro interés dando lugar a la llamada web 2.0 o web social y a partir de aquí surgen numerosas sinergias de trabajo colaborativo a través de la red.
En este número compartimos una serie de herramientas digitales y recursos que nos servirán para realizar trabajo colaborativo en red para poner en marcha todo tipo de proyectos de salud o bien para facilitarnos la labor de los que ya tenemos en marcha. Aprovechemos todo el potencial de las redes y trabajemos juntos sin importar el lugar donde estemos. Las redes unen personas con intereses comunes, creemos sinergias colaborativas y compartamos conocimientos para mejorar la calidad asistencial de nuestra práctica diaria.

Herramientas para el trabajo colaborativo de salud en red

El trabajo colaborativo se centra en crear conocimiento de forma compartida y simultánea entre distintas personas que además pueden estar en lugares del mundo diferentes, ya que hoy en día con el acceso a la red todo es posible. La palabra "colaborar" según la RAE ya se define como "trabajar con otra y otras personas en la realización de una obra. Contribuir" Por lo tanto trabajo colaborativo sería "el trabajo donde se desarrollan roles que se relacionan, complementan y diferencian en prosecución de una meta común".

El trabajo colaborativo implica la intervención de varias áreas y competencias a la vez. Así se asegura en el trabajo de Cecilia Artola (2012), quién explica que al trabajar colaborativamente, de manera necesaria se relaciones conceptos tales como la investigación, la creatividad, la interacción, la participación y la comunicación; y a su vez intervienen para ello otros tantos aspectos, como lo son: el aprendizaje, las estrategias, el análisis, la innovación y la propia tecnología.

En todos estos aspectos que debemos tener en cuenta cuando decidamos realizar un trabajo colaborativo de salud en red, sea del tipo que sea, las TIC nos pueden ayudar y facilitar enormemente el trabajo tanto a la hora de compartir documentos, sincronizar calendarios, realizar videoconferencias con el equipo de trabajo, comunicarnos a través de grupos.....y un sin fin más de herramientas disponibles que seguro muchos de vosotros conocéis pero para los que no y quieran empezar a trabajar en equipo a través de la red comparto estos recursos.

4 Aplicaciones gratuitas para trabajar en equipo:

-Google Drive: Servicio de almacenamiento de archivos en la nube de Google, popularmente conocido por su suite ofimática online con la que podemos trabajar documentos de texto, hojas de cálculo y presentaciones desde el navegador. Ideal para todos los equipos de salud y donde todos los miembros aportan contenidos, comentarios en los documentos, etc y es ideal para tenerlo todo organizado en carpetas de acceso desde cualquier dispositivo electrónico con red.

-Slack: herramienta de comunicación para trabajos en equipo. Se trata de una de las plataformas más utilizadas a día de hoy por aquellas empresas en las que sus trabajos se encuentran en diferentes puntos del mundo. Además de facilitar la comunicación a través del chat, Slack permite adjuntar todo tipo de archivos y conectar la aplicación con otras herramientas que utilizamos. Y no solo eso, ya que también es posible realizar llamadas convencionales.

-Dropbox: excelente herramienta de almacenamiento que además cuenta con su versión Dropbox Business con más prestaciones.

-Asana: A pesar de que se pueden mantener conversaciones con otros miembros del equipo, se trata de una herramienta orientada principalmente a la organización de tareas y proyectos. Una vez configurada, la plataforma nos permite tener controlados aspectos como la fecha límite de un proyecto concreto o los miembros del equipo trabajando en una tarea determinada. Además, dispone de calendario y permite adjuntar archivos.

* **Herramientas de comunicación**
**__WhatsApp y Telegram__: todos conocemos ambas aplicaciones y todos estamos metidos en
*millones de grupos en ambas plataformas de comunicación. Bien usados estos grupos son una
*excelente herramienta para comunicación entre los miembros de un grupo de trabajo, a través del
*mismo se pueden intercambiar imágenes, archivos, etc y son grupos creados para este fin en
*concreto, por lo tanto debe respetarse y no hablar de otros temas.
**__Grupos de Facebook__: todos conocemos la red social Facebook y los grupos que se pueden crear,
*pudiendo ser privados y cerrados, por lo tanto el administrador gestiona quien entra y el contenido
*que se comparte en dicho grupo. Para grupos de investigación y trabajos colaborativos de salud
*pueden ser muy útiles así que habrá que tenerlos en cuenta.
**__RRSS:__ y por supuesto las redes sociales serán las líderes de comunicación y donde podamos crear
*comunidades y sinergias entre usuarios para iniciar el trabajo colaborativo que queramos desarrollar.
*A destacar Twitter, Facebook y LinkedIn, tanto para crear el grupo de trabajo, compartir e
*intercambiar conocimientos como para luego el trabajo de divulgación del mismo, porque a través de
*las redes se divulga ciencia y esa es también nuestra función como profesionales de la salud.
*

INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Enrique Luján Sosa

Técnicas complementarias y alternativas del dolor en el parto de bajo riesgo

El dolor durante el proceso del parto es relatado desde la antigüedad y, aún hoy día, constituye una realidad en los servicios de obstetricia. Para la mujer, el trabajo de parto es un reto fisiológico y psicológico que, cuando se inicia, suele ir acompañado de emociones contradictorias como temor y ansiedad, excitación y alegría. La tensión y el miedo pueden contribuir a aumentar la sensación dolorosa, lo que dificulta la evolución del parto y distorsiona la vivencia del nacimiento.

El dolor, durante el parto, es producido por las contracciones uterinas y la dilatación del cérvix y, en el expulsivo, por la dilatación de la vagina y del suelo pélvico para acomodar al neonato. Por lo tanto, las características del dolor varían a medida que avanza el parto. Se distinguen tres tipos de dolor según el estadio en el que nos encontremos: dolor visceral primario, dolor somático profundo-visceral secundario y dolor somático superficial.

Durante las últimas décadas del siglo XX, se produjo una tecnificación de la asistencia al proceso del nacimiento. Este hecho desembocó en más intervencionismo y en una medicalización de la atención al parto. La dirección activa del proceso de parto, que implicaba la utilización rutinaria de fármacos para aumentar la intensidad de las contracciones y la rotura de las membranas amnióticas con el fin de disminuir la duración del trabajo de parto, se convirtió en la práctica habitual bajo un enfoque medicalizado y altamente intervencionista de una situación fisiológica. Estos procedimientos (entre otros), aplicados de manera rutinaria y convertidos en prácticas habituales en muchos hospitales, provocaron un aumento del malestar y la incomodidad de la madre y constituyeron un factor de insatisfacción y vulnerabilidad para muchas gestantes.

Durante los últimos años, se han generado diversos movimientos liderados por usuarias y profesionales, a nivel mundial, que demandan una atención al parto más respetuosa y humanizada. En España, la demanda llegó a instancias institucionales al inicio de la primera década del 2000 y promovió las líneas de trabajo de una asistencia obstétrica profesional menos intervencionista y tecnológica en los embarazos de bajo riesgo con el fin de obtener una mayor calidad en la atención y un mayor reconocimiento del protagonismo de las gestantes.

Según la definición del Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCAAM), una terapia se considera complementaria, cuando se utiliza conjuntamente con la medicina alopática, y alternativa cuando se utiliza en lugar de esta.

La revisión bibliográfica evidencia un aumento de la demanda de terapias complementarias y alternativas (TCA) por parte de la población, y su uso es cada día más frecuente durante el embarazo y el parto, aunque no se dispone de datos exactos sobre su utilización.

La evidencia científica sobre el uso de las TCA en el ámbito obstétrico se centra en la reducción del dolor del parto y se pueden categorizar en cinco tipos de intervenciones:

- Intervenciones cuerpo-mente: yoga, hipnosis, terapias de relajación...
- Práctica médica alternativa: homeopatía, medicina china tradicional...
- Métodos curativos manuales: masaje, reflexología...
- Aplicaciones bioelectromagnéticas: TENS, imanes...
- Hidroterapia: ducha relajante, inmersión en agua...

Intervenciones cuerpo-mente

Según Vickers et al. 1999 (1), las intervenciones cuerpo-mente tales como la relajación, la meditación, la visualización y la respiración son utilizadas frecuentemente durante el trabajo de parto y son muy accesibles a las mujeres, ya que estas técnicas se enseñan en los cursos prenatales. El yoga, la meditación y la hipnosis pueden no ser tan accesibles a las mujeres; pero, en su conjunto, estas técnicas pueden tener un efecto calmante y distraer del dolor y de la tensión.

Melzack et al. 2003 (2) refiere que la hipnosis parece ser un estado de atención concentrada aunque limitada que reduce la percepción de los estímulos externos en favor de una mayor respuesta a las sugestiones.

Maquet et al. 1999 (3) afirma que la sugestión da lugar a cambios espontáneos evidentes en la percepción, en el estado de ánimo o en el comportamiento, está dirigida al subconsciente del paciente y propicia respuestas independientes de cualquier esfuerzo o razonamiento consciente. Las mujeres pueden aprender a autohipnotizarse, lo que puede ser utilizado durante el trabajo de parto para reducir el dolor de las contracciones.

El "apoyo continuo a las mujeres durante el parto" consiste en que una mujer es atendida íntimamente por una persona de referencia durante todo el proceso. Ha sido revisado por Bohren et al. 2017 (4) y se ha asociado a una mayor probabilidad de nacimiento vaginal espontáneo, a una menor demanda de analgesia epidural y a una menor probabilidad de parto por cesárea

Práctica médica alternativa

La acupuntura se realiza mediante la inserción de agujas finas en diferentes partes del cuerpo. Otras técnicas relacionadas con la acupuntura incluyen la acupuntura con láser y la acupresión (aplicar presión sobre el punto de acupuntura). El objetivo de todas estas técnicas es tratar las enfermedades y aliviar el dolor mediante la estimulación de los puntos de acupuntura. Los puntos de acupuntura utilizados para reducir el dolor durante el trabajo de parto están localizados en las manos, en los pies y en las orejas. Se han presentado varias teorías para explicar cómo es exactamente el mecanismo de acción de la acupuntura: Wall 1967 (5), Pomeranz 1989 (6) y Ng 1992 (7).

Las inyecciones de agua estéril intracutánea (la aplicación subcutánea tiene resultados más débiles en cuanto a su efectividad analgésica) forman unas pápulas que estimulan los receptores de presión, la transmisión de estos estímulos hacia el cerebro interrumpe la transmisión de los estímulos dolorosos a través de los nervios espinales.
Las inyecciones deben ponerse a ambos lados de la base de la columna vertebral simultáneamente, en la región lumbosacra dentro del área comprendida por el rombo de Michaelis. El efecto comienza a los pocos segundos, es máximo a los 30-40 minutos y puede durar en torno a los 90 minutos. La analgesia se produce exclusivamente para el dolor lumbar, pero no es efectiva para el dolor abdominal ni perineal. Se recomienda la aplicación temprana durante la fase de dilatación. Existen varios estudios con buena calidad metodológica en los que se demuestra su efectividad analgésica. Dichos estudios están recogidos en la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal en el SNS (8).
La aromaterapia se basa en los poderes curativos de las plantas y de sus aceites esenciales, aunque su mecanismo de acción es incierto. Stevensen et al. 1995 (9) investigaron los efectos psicológicos y fisiológicos de los aceites esenciales y no encontraron efectos sobre parámetros fisiológicos, como la presión arterial o la frecuencia cardíaca, pero mostraron mejoría psicológica del estado de ánimo y de los niveles de ansiedad

Los aceites esenciales pueden administrarse por medio de masajes en la piel o pueden inhalarse usando una infusión de vapor o un mechero.
Los remedios homeopáticos se prescriben como potencias que son el resultado de cantidades pequeñas y muy diluidas de las substancias de las cuales derivan. Mientras más se diluye la substancia y más se agita vigorosamente (sucusión), la potencia del remedio homeopático es mayor. El principio del tratamiento es que la substancia homeopática estimula el cuerpo y las funciones curativas, con lo que se alcanza un estado de equilibrio con alivio de los síntomas. Todos los productos homeopáticos son medicinas naturales. Todos derivan de hierbas, de minerales o de otras substancias naturales. Los remedios utilizados durante el trabajo de parto se administran de acuerdo con los tipos de dolor que se experimenten y el estado emocional de la mujer. Charlish 1995 (10) propone que la homeopatía estimula determinados procesos fisiológicos de la mujer, ya que al funcionar bien le permiten hacer frente al trabajo de parto y aliviarla y relajarla emocionalmente, lo que puede reducir su dolor.

Métodos curativos manuales: masaje y reflexología

El masaje incluye la manipulación de los tejidos blandos del cuerpo. Se utiliza frecuentemente para ayudar a relajar los músculos tensos y suavizar y calmar al paciente. Una mujer que está experimentando dolor de espalda durante el trabajo de parto puede aliviarse con un masaje sobre la región lumbosacra. Algunas mujeres encuentran consuelo con el masaje abdominal.

Las diversas técnicas de masaje pueden ajustarse a diferentes mujeres. El masaje puede ayudar a aliviar el dolor al contribuir a la relajación e inhibir las señales dolorosas o al mejorar el flujo sanguíneo y la oxigenación de los tejidos según Vickers et al. 1999 (11).
Los reflexólogos proponen que hay puntos de reflejo en los pies que se corresponden con órganos y estructuras del cuerpo, por lo que se puede disminuir el dolor mediante la manipulación o la presión suave en ciertas zonas del pie. Se ha demostrado que la presión aplicada en los pies produce un efecto anestésico sobre otras partes del cuerpo según Ernst 1997 (12).

Aplicaciones biolectromagnéticas

Barragán Loayza et al. 2006 (13) usaron el biofeedback, una terapia que pretende entrenar a las mujeres a reconocer algunas señales físicas para cambiar sus respuestas corporales con la ayuda de instrumentos electrónicos que dan una señal. Es un enfoque alternativo que tiene como objetivo permitir que las mujeres obtengan control sobre sus respuestas corporales.
El TENS es una técnica fisioterápica que trata de controlar el dolor mediante la teoría de la barrera, con los impulsos emitidos por un aparato se consigue bloquear los estímulos dolorosos. Orange et al. en 2003 (14) aplicaron electroestimulación transcutánea para aliviar el dolor durante el trabajo de parto y llegaron a la conclusión de que dicha aplicación fue efectiva al retardar la instalación de la analgesia farmacológica, sin tener efecto sobre la intensidad del dolor ni sobre la duración del parto. También se vio que no había efectos negativos maternos o neonatales.

Hidroterapia

Según el documento de consenso de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) (15), la utilización de agua caliente durante la primera etapa del trabajo de parto (la dilatación) induce a la mujer a la relajación, reduce la ansiedad, estimula la producción de endorfinas, mejora la perfusión uterina, aumenta la satisfacción y la sensación de control y disminuye la duración de dicha etapa.

La Revisión Cochrane, realizada por Cluett et al. en 2007 (16), defiende que la inmersión en agua durante la dilatación reduce significativamente los requerimientos de analgesia epidural/raquídea y la notificación de dolor materno, sin perjudicar la duración de trabajo de parto, las tasas de partos instrumentados o el bienestar neonatal. Del mismo modo, tampoco parece suponer un mayor riesgo de infecciones maternas o neonatales. Sin embargo, sostiene la necesidad de realizar más investigaciones para evaluar el efecto de la inmersión en agua sobre la morbilidad materna y neonatal y no recomienda el parto en inmersión.

Bibliografía:

1. Vickers A, Zolloman C. ABC of complementary medicine: hypnosis and relaxation therapies. BMJ 1999;319:1346-9.
2. Melzack R, Wall PD. Hypnotic analgesia. Handbook of pain management. Londres: Churchill Livingstone, 2003; 521-31.
3. Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, Delfiore G, Luxen A, Franck G, et al. Functional neuroanatomy of hypnotic state. Biological Psychiatry 1999;45(3):327-33.
5. Wall PD, Sweet W. Temporary abolition of pain in man. Science 1967;155:108-9.
6. Pomeranz B, Stux G. Scientific bases of acupuncture. Berlin: Springer-Verlag, 1989.
7. Ng LKY, Katims JJ, Lee MHM. Acupuncture, a neuromodulation technique for pain control. In: Aronoff GM, editor(s). Evaluation and treatment of chronic pain. 2nd Edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 1992.
8. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01
9. Stevensen CJ. The psychophysiological effects of aromatherapy massage following cardiac surgery. Complementary Therapies in Medicine 1995;2:27-35.
10. Charlish A. Your natural pregnancy: a guide to complementary therapies. 1st Edition. London: Eddison Sadd, 1995.
11. Vickers A, Zollman C. ABC of complementary therapies: massage therapies. BMJ 1999;319:1254-7.
12. Ernst E, Koeder K. An overview of reflexology. European Journal of General Practice 1997;3:52-7.
13. Barragán Loayza IM, Solà I, Juandó Prats C. Biofeedback para el manejo del dolor durante el parto. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2011, Número 6. Art. CD006168. DOI: 10.1002 / 14651858.CD006168.pub2.
14. Orange FA., Amorim MMR, Lima L. Uso de la electroestimulación transcutánea para aliviar el dolor durante el trabajo de parto en una Maternidad-escuela: ensayo clínico controlado. Rev Bras Ginecol Obstet. 2003; 25(1):45-52.
15. Iniciativa para el parto normal. Federación de Asociaciones de Matronas de España. VelezMálaga, Junio de 2006.Disponible en: http://www.federacionmatronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal
16. Cluett E R, Nikodem VC, McCandlish RE, Burns EE. Inmersión en agua para el embarazo, trabajo de parto y parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2007.

Cómo interpretar un ELECTROCARDIOGRAMA

@Creative_Nurse

1 FC
FRECUENCIA CARDIACA

68

300 150 100 75 60 50

2 RITMO

3 EJE

Mira el **QRS** en

I	aVF	
+	+	= normal
+	−	= izquierda
−	+	= derecha
−	−	= extrema

4 onda P

Mira si existen ondas P antes de cada complejo QRS = ritmo sinusal

< 0,10 seg y un máx de 0,25 mV
Siempre es **positiva** menos en aVR (-) y en V1 (isoeléctrica)

5 INTERVALO P-R

Mide entre **0,12-0,20 seg**

AURICULA — VENTRICULO

PR corto = ej. Síndrome de Wolff-Parkinson-White
PR largo = ej. Bloqueos AV

6 INTERVALO Q-T

Un QT normal esta entre 0,34-0,45 segundos

$$QT_c = \frac{QT}{\sqrt{RR}}$$

Varía con la FC
Corregir con la **Fórmula de Bazzet**

7 QRS

Mide **< 0,12 seg**

QRS ESTRECHO = origen supraventricular
QRS ANCHO = origen ventricular

8 SEGMENTO S-T

Debe ser ISOELÉCTRICO

⇧ST

⇩ST

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

9 onda T

Amplitud máx **5 mm**

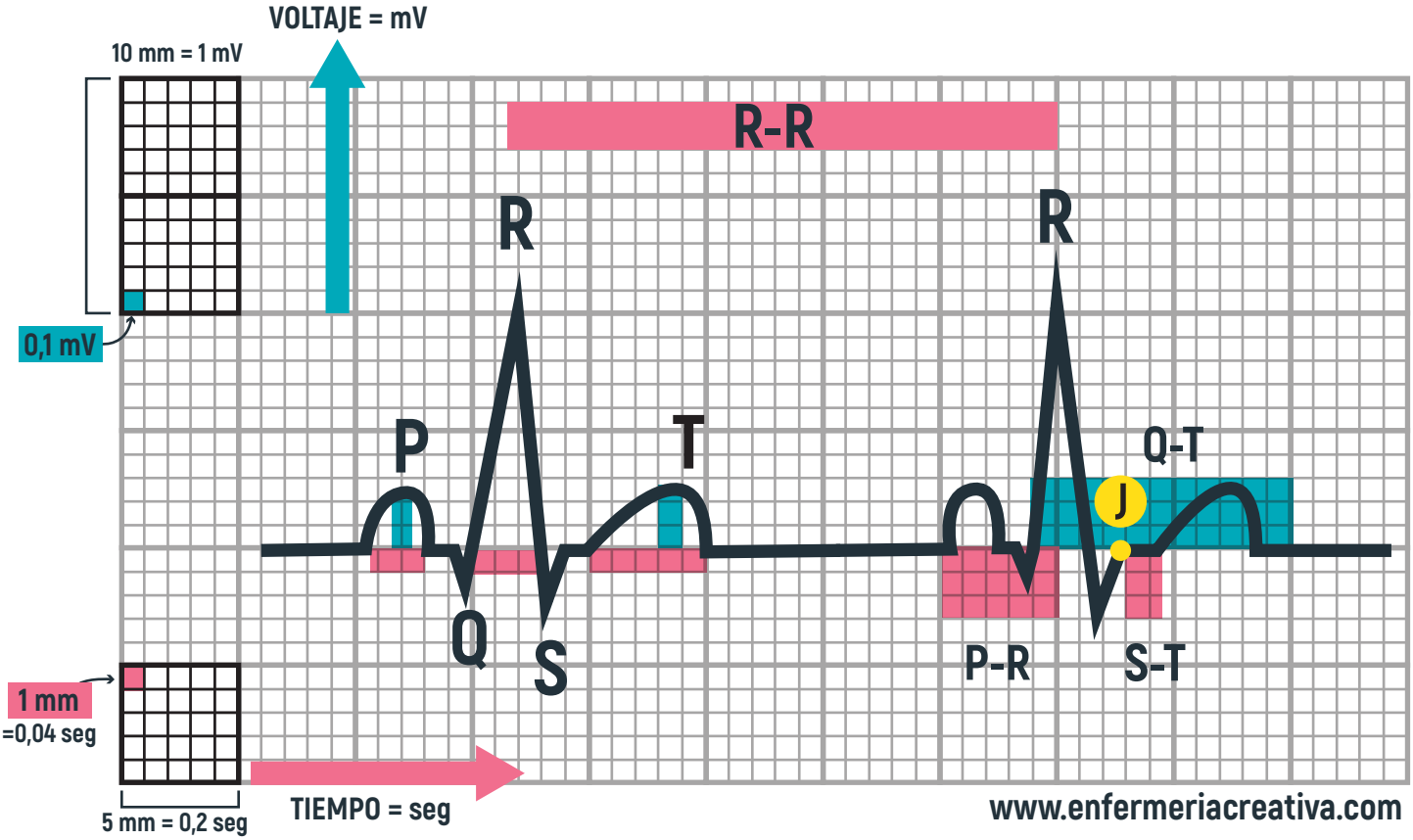
ondas T altas:
- **hiper**potasemia
- repolarización precoz
- pericarditis aguda

ondas T negativas o planas:
- **hipo**potasemia
- TEP
- bloqueos de rama

10 MARCA PASOS

La estimulación del marcapasos se representa con una **espícula**

La espícula aparece dependiendo del sitio de estimulación del marcapasos. Ej. estimulación auricular



www.enfermeriacreativa.com

Fuentes: my-ekg.com y cardioteca.com

RINCÓN DE METODOLOGÍA

Jesús Hernández Hernández

Registros de Enfermería

Enfermería registra su actividad, como no podía ser de otra manera, desde la pretérita época de los ATS. Entonces, fundamentalmente, se consideraba necesario escribir la trascripción de la terapia farmacológica y la identificación, en numerosas ocasiones simbólica, de su administración. También se reflejaban algunos parámetros como las constantes, la diuresis, la dieta y, más raramente, se registraba el tipo de cura que se realizaba en una herida. En su mayoría se trataba de actividades derivadas del rol de colaboración.

Con la evolución de la profesión y cada vez más identificado el rol autónomo, surge también la necesidad de reflejar en la historia clínica la planificación y la ejecución de los planes de cuidados de enfermería. El trabajo en equipo origina la necesidad de adecuar el intercambio de información entre profesionales y, de esta manera, se favorece la valoración integral del paciente.

Existen numerosos y variados motivos por los que debemos realizar los registros de enfermería. Dichos motivos pueden englobarse en tres grandes esferas:
enfermería. Dichos motivos pueden englobarse en tres grandes esferas:

- Seguridad del paciente
- Aspecto legal
- Desarrollo profesional

Seguridad del paciente

La cumplimentación adecuada de los registros asegura un pase de información segura. Cuando se registra de manera clara quién hace qué, cuándo y cómo, y se redactan unas observaciones claras, se aumentan los niveles de seguridad del paciente y se evita la aparición de eventos adversos.
Fernando Martin y otros, en su artículo "Los sistemas de información guiados por el conocimiento. El futuro de los registros enfermeros", resalta que los errores de comunicación y la inadecuada documentación son las dos causas principales de eventos adversos, según la bibliografía norteamericana. Un estudio en dos hospitales refleja que los enfermeros detectan el 86% de los errores de medicación antes de que produzcan daños al paciente, lo que pone de manifiesto el papel relevante de la enfermería en estos temas de seguridad.
Cuando la seguridad del paciente puede estar comprometida, los registros tienen que centrarse en el paciente y no en el profesional. No debemos crear registros estancos para cada profesional, los registros deben ser abiertos para que cada profesional pueda beneficiarse de las aportaciones del compañero para un fin común con el paciente.

Aspecto legal

La Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad hace referencia a la obligación legal que tienen los profesionales de realizar los registros en la historia clínica del paciente.
A partir de dicha Ley, se desarrollan numerosas leyes en las que se especifican los documentos que deben formar parte de la historia clínica, que tiene que ser única y exclusiva del paciente y que el hospital tiene que garantizar su custodia.
En general, la historia clínica tiene que reflejar todo lo que se considera transcendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente, todo el proceso de la asistencia tiene que estar ordenado secuencialmente y los profesionales que intervienen en el proceso tienen que estar identificados.
Por lo tanto, la historia clínica es un derecho del usuario y un deber del profesional.
Además, no debe olvidarse que la correcta documentación en la historia clínica del paciente puede ser una herramienta útil de trabajo para la defensa ante posibles denuncias de los usuarios.

Desarrollo profesional

Algunos autores, como García S. y otros (2007), proponen algunas normas para la cumplimentación de los registros:

- No registrar nada antes de haber ejecutado la actividad.
- Anotar las conductas del paciente sin descalificarlo.
- No utilizar un lenguaje que sugiera una conducta negativa hacia el paciente, ni comentarios despectivos ni acusaciones.

La constancia en la historia clínica de los cuidados realizados al paciente permite dar visibilidad a la actividad de enfermería, además de asumir la responsabilidad única y exclusiva de enfermería en el plan de cuidados.

El trabajo conjunto con otros profesionales implica la necesidad de la comunicación para conseguir nuestros objetivos con el paciente y es necesario dejar constancia de lo que está hecho y de lo que queda por hacer.

En general, estamos más preparados para hacer una actividad, por dicho motivo pensamos que las labores de registro nos apartan de la labor asistencial. Los registros tienen que estar adaptados a las necesidades del paciente, es decir, debemos registrar lo que es importante para él, de esta manera será más fácil la relación entre el trabajador y el paciente.

Quedarnos en una valoración del trabajador solo en base a lo que ha registrado le hace de menos. Parece que al trabajador no se le valoran aspectos como el trato con el paciente. En este sentido, unos registros estandarizados y poco adaptados al paciente, no nos sirven para evaluar las potencialidades propias de cada profesional.

Debemos tener en cuenta que lo que no se registra no está hecho. Un adecuado registro de la actividad de enfermería es una valiosísima fuente para la investigación, mejora la calidad de la atención prestada, la seguridad del paciente, la continuidad de los cuidados y, como hemos dicho antes, nos permite evaluarlos.

Beneficios/efectos de un buen registro

Podemos describir una serie de beneficios o efectos que se obtienen con la adecuada cumplimentación de unos registros adecuados a las necesidades de los pacientes

Aspectos legales: cumplimos con la obligación y el deber que nos marca la Ley y nos puede servir como defensa en caso de denuncias.

Mejora la comunicación: entre los compañeros y miembros del equipo multidisciplinario, asegura la continuidad asistencial y mejora los tiempos de enfermería al evitar duplicidades.

Investigación: un buen registro es una herramienta válida para la descripción de la profesión y la progresión de la misma mediante la realización de estudios de investigación.

Organización del trabajo: permite prever necesidades futuras, cargas asistenciales, personal necesario para promocionar los cuidados.

Motivo de satisfacción: plasmar en la historia clínica nuestra aportación como enfermeros al paciente en todas las fases de la vida del paciente es un motivo de orgullo.

Como hemos comentado antes, en general, la enfermería tiene la idea de que dedicar tiempo al registro es quitárselo al paciente; aunque, en realidad, no tiene que ser así. Como ya hemos visto, el paciente se beneficiará del trabajo realizado con el registro. Hemos empezado y vamos por el buen camino, un camino que va a ser largo, pero alguien dijo "caminante no hay camino, se hace camino al andar" y digo yo que algún día teníamos que empezar.

Bibliografía consultada:

(1) Tarruella-Farré, Mireia. Registros de enfermería: porqué, para qué y cómo. Tesela [Rev Tesela] 2013; 14. Disponible en http://www.indexf.com.proxy1.athensams.net/tesela/ts14/ts9378.php

(2) Fernández Martín, Myriam; Cibanal Juan, Luis. Los sistemas de información guiados por el conocimiento. El futuro de los registros enfermeros. Tesela [Rev Tesela] 2009; 5. Disponible en http://www.index-f.com.proxy1.athensams.net/tesela/ts5/ts7049.php

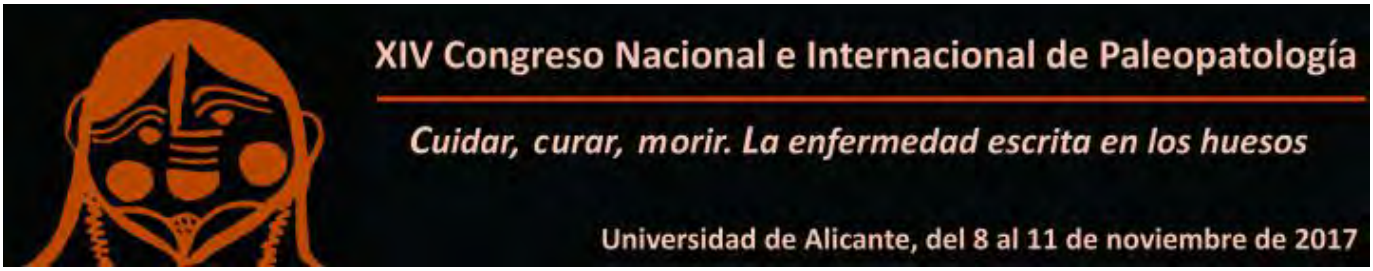
(3) De Pedro J, Zaforteza C. No más estudios sobre registros de enfermería: ¿hay resultados en términos de salud? Evidentia 2005 sept-dic; 2(6). En: http://www.index-f.com.proxy1.athensams.net/evidentia/n6/147articulo.php [ISSN: 1697-638X].

(4) Guerrero Castillo JJ. Registros de Enfermería: la Historia del Paciente. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2004; 44-45. Disponible en <http://www.index-f.com.proxy1.athensams.net/index-enfermeria/44revista/44_articulo_74.php>

AGENDA

XIV Congreso Nacional e Internacional de Paleopatología

Lugar: Alicante
Fecha: del 8 al 11 de noviembre de 2017
Enlace: https://inaph.ua.es/es/paleopatologia/presentacion.html

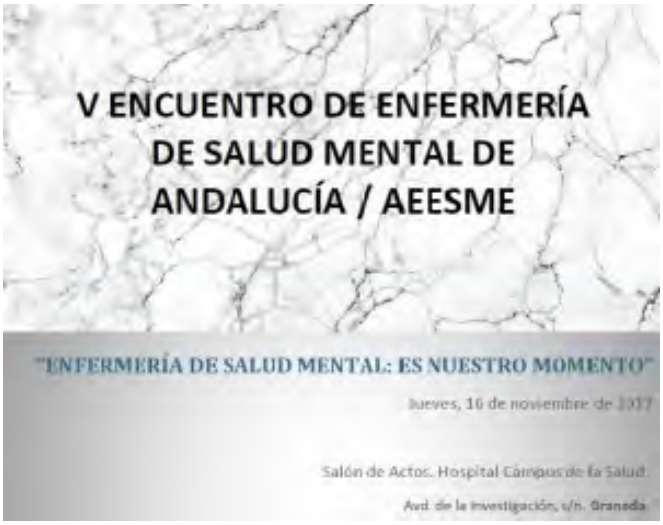


Jornadas Pirenaicas de Enfermería Quirúrgica

Lugar: Andorra
Fecha: 9 y 10 de noviembre de 2017
Enlace: http://www.enfermeriaandorra2017.com/

V Encuentro de Enfermería de Salud Mental Andalucía / AEESME

Lugar: Granada
Fecha. 16 de noviembre de 217



XII Reunión Internacional Investigación Cualitativa en Salud. Cualisalud 17
Enlace: http://www.index-f.com/ric/inicio.php
Fecha: Del 16 al 17 de noviembre de 2017
Lugar: Organización completamente digital
Organizador: Fundación Index
Contactar: secretaria@ciberindex.com

X Jornada Nacional de Enfermería.
Fecha: 20 de octubre de 2017.
Lugar: Hospital Universitario de Móstoles.
Contactar: direnf.hmtl@salud.madrid.org

XXII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados
Enlace: https://encuentros.isciii.es/madrid2017/es/abstracts.html
Fecha: Del 14 al 17 de noviembre
Lugar: Hospital 12 de Octubre, Madrid
Organizador: Unidad de Investigación en Cuidados de Salud del ISCIII

II Congreso de Experiencia del Paciente
Lugar: Madrid
Fecha: 21 de noviembre de 2017
Enlace: https://iexp.es/congreso/

1.ª Jornadas Nacionales de Enfermería Gestión e Innovación en Cuidados
Enlace: https://www.icscyl.com/textos/Tr%ed%81ptico%20Jornadas%20Nacionales%20de%20Enfermer%ed%81a.pdf?platform=hootsuite
Fecha: Del 16 al 17 de noviembre de 2017
Lugar: Hospital El Bierzo de León
Organizador: Dirección de Enfermería del Área Sanitaria El Bierzo
Contactar: informacion@iecscyl.com

XXIV Congreso Anual de SEDENE
Enlace: http://www.sedene.com/xxiv-congreso-anual-de-sedene/
Fecha: Del 22 al 24 de noviembre
Lugar: Palacio de Congresos de Valencia
Organizador: Sociedad Española de Enfermería Neurológica
Contactar: sedene@sen.org.es

II Jornada de Atención al Duelo Perinatal.
Enlace: http://www.aulavhebron.net/aula/index.php?go=info_cursos&curso=88&idioma=es
Fecha: 23 de octubre de 2017.
Lugar: Salón de Actos Pabellón Docente del Hospital Vall d´Hebrón, en Barcelona.
Organizador: Hospital Vall d´Hebrón.
Contactar: inscripcionsaulavh@vhebron.net

VIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Endoscopia Digestiva
Enlace: http://congreso.aeeed.com/modules.php?name=webstructure&idwebstructure=1
Fecha: Del 4 al 5 de noviembre de 2017.
Lugar: Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia
Organizador: Asociación Española de Enfermería en Endoscopia Digestiva

I Congreso Internacional de Investigación e Innovación en cuidados: Evidencia, Enfermería de Práctica Avanzada y Seguridad Clínica
Lugar: Palma
Fecha. del 25 al 27 de octubre de 2017
Enlace: http://www.congresocuidados3i.com/

CIMER 2017. Primer congreso de Imagen médica y Radioterapia
Enlace: http://www.cimersegra.com
Fecha: Del 10 al 11 de noviembre de 2017
Lugar: Madrid

I Congreso Internacional Virtual de Técnicos en Cuidados de Enfermería (TCAE). "Trabajo en equipo; garantía de calidad"
Enlace: http://www.campusfunciden.com/i-congreso-internacional-virtual-tecnicos-cuidados-auxiliares-enfermeria-tcae/
Fecha: Del 23 al 29 de noviembre de 2017
Organizador: Fundación para la Cooperación, Investigación y Desarrollo de la Enfermería

3er Congreso Español de la mama. XXXVI Congreso SESPM - XV Congreso SEDIM - XII Reunión SETS
Enlace: http://www.congresodelamama.org
Fecha: 19-21 octubre (20 octubre jornada para técnicos)
Lugar: Madrid

X Congreso de la Sociedad Balears de Aparato Digestivo 20-22 octubre 2017 Ibiza

XVI Congreso Nacional de Enfermería en ORL
Lugar: Elche
Fecha: 24 y 25 de Noviembre de 2017
Organiza: AEEORL
Enlace: congresosvinaloposalud.com/ jornadaorl/

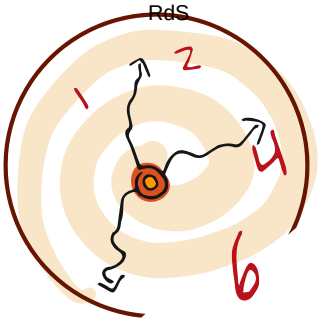
V Congreso Nacional SEOQ VII Reunión Internacional Grupo Español de Cirugía Oncológica Peritoneal
Lugar: Palma de Mallorca
Fecha: 8 al 10 de Noviembre de 2017
Enlace: http://www.seoq-gecop.com/

I Jornada Balear de Enfermería del Dolor NUESTRO RETO: TU DOLOR Menorca, 24 de noviembre de 2017

¿Tienes propuestas/sugerencias?

envíalas al correo: hse.revistaenfermeria@ssib.es

"El talento humano de una organización es considerado la pieza clave para lograr los objetivos de la misma. Este talento debe estar motivado y comprometido para lograr el éxito"



Pasamos mucho TIEMPO en el trabajo ...

... haciendo qué ¿? ...

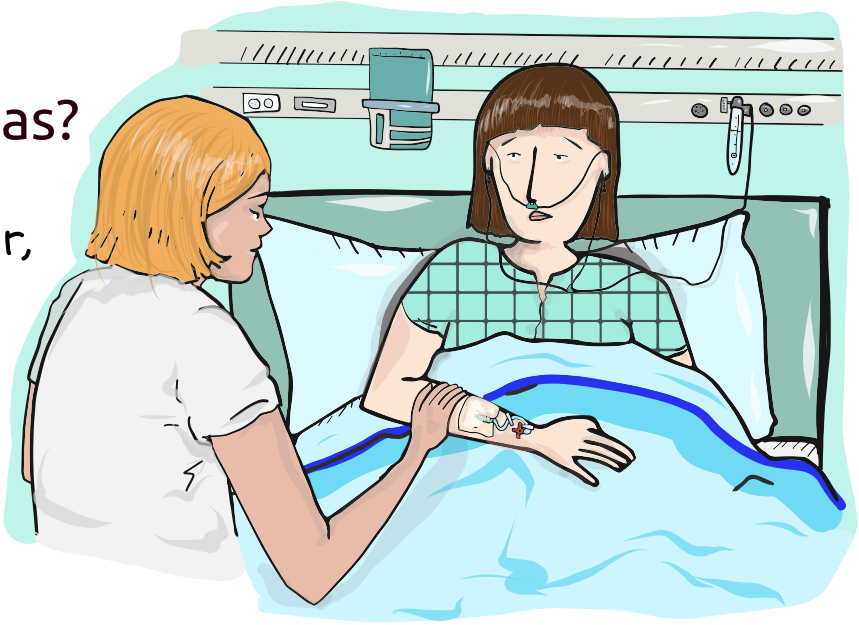
Muuucho, muuuuuuucho tiempo por los pasillos ...

Preparando medicación, administrándola. cargando fármacos, revisando tratamientos, haciendo pruebas complementarias, electrocardiogramas, tomando constantes, realizando curas, poniendo vías venosas, sondas nasogástricas, vesicales, preparando bombas de infusión, poniendo sueros, quitando sueros, quitando vías venosas, administrando insulinas, sacando sangre, revisando tratamientos nuevos, ... bla, bla, bla, bla bla, bla bla, bla, bla bla, bla , bla, bla, bla, bla, bla, bla, bla, bla bla, bla , bla, ...

Y a lo "OTRO" ...

¿Cuánto tiempo le dedicas?

Escuchar, atender, acompañar, facilitar, cuidar necesidades, animar, reconfortar, mirar, valorar capacidades, sonreir, aconsejar habilidades, ...



@tolitovm (Tolo Villalonga, Enfermero Atención Primaria)

RdS
revista digital de salud
Dirección de Enfermería. Hospital Universitari Son Espases