

**INFERMERES**  
UNA VEU PER LIDERAR  
LA SALUT PER A TOTHOM



12



## La salut per a tothom

**JORNADA  
DIA INTERNACIONAL  
DE LA INFERMERIA**

Jornada de enfermería de práctica avanzada

Grupo de apoyo emocional a los profesionales  
afectados por eventos adversos

Contacto piel con piel tras la cesárea

Cooperación Internacional. Valoración y ayuda

## STAFF

# 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

### Contenidos

Ana María Luis Martínez

Enrique Luján Sosa

Neus Martorell Dols

María Mayol Roca

Pedro Sañre Fullana

María Viña García-Bericua

Raúl de la Yeza Carmona

### Fotografía

Banco de imágenes HUSE

### Revisión Lingüística

Servicio Lingüístico HUSE

### Colaboración viñetas

Tolo Villalonga

### Contacto

[hse.revistaenfermeria@ssib.es](mailto:hse.revistaenfermeria@ssib.es)

@Redes\_HUSE

### Versión impresa

Imprenta HUSE

### Depósito legal versión impresa

PM 246-2018

### Edición

Hospital Universitari Son Espases

Carretera de Valldemossa, 79

07120. Palma

Illes Balears

## SUMARIO 12

Mayo 2019

EDITORIAL .. .. .	3
ENFERMERÍA UNA VOZ PARA LIDERAR: LA SALUD PARA TODOS	
A LA VANGUARDIA .. .. .	5
JORNADA DE ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA	
PROTAGONISTA .. .. .	9
ENTREVISTA A MARGARITA COMPANY BAUZA, SUPERVISORA DE LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA	
COMPAÑEROS .. .. .	12
GRUPO DE APOYO EMOCIONAL A LOS PROFESIONALES AFECTADOS POR EVENTOS ADVERSOS	
LA VOZ DEL PACIENTE .. .. .	16
HEMODIÁLISI BALLA	
COMISIONES . . . . .	18
COMISSIÓ DE MORTALITAT. UNA MILLOR ATENCIÓ PER A LA VIDA	
COOPERACIÓN .. .. .	22
COOPERACIÓN INTERNACIONAL. VALORACIÓN Y AYUDA	
INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA .. .. .	26
CONTACTO PIEL CON PIEL TRAS LA CESÁREA	
DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA .. .. .	29
PROTOCOLOS DE VALORACIÓN EN RESONANCIA MAGNÉTICA (RM) DE PACIENTES PORTADORES DE IMPLANTES Y DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS	
AGENDA . . . . .	32



# Enfermería una voz para liderar: la salud para todos

El Día internacional de la Enfermería se conmemora el 12 de mayo, con ocasión del aniversario del nacimiento de Florence Nightingale, fundadora de la enfermería moderna, para celebrar el “Día de las enfermeras” desde 1965. El 1975 se convirtió en el “Día Internacional de la Enfermería” en todo el mundo.

Cada año el Consejo Internacional de Enfermeras propone un lema con motivo del Día de la Enfermería. El lema de 2019 es “Enfermería una voz para liderar: la salud para todos”. Dentro de este lema, a su vez, ponen de manifiesto unos valores enfermeros:

- Los enfermeros salvan vidas y mejoran la salud y el bienestar.
- Los enfermeros son un punto de acceso vital 24/7 a cuidados continuados desde el nacimiento hasta el fallecimiento y en emergencias.
- Los enfermeros son los cimientos de unos cuidados de calidad, asequibles y accesibles.

En este Día se honra el esfuerzo infatigable de los enfermeros y la función esencial que desempeñan en la atención sanitaria. El Día Internacional de la Enfermería también nos ofrece la oportunidad de sacar a la luz los problemas que aquejan a nuestra profesión y a la calidad de la atención sanitaria.

El enfermero es una pieza clave en la prestación de los servicios sanitarios y en el fortalecimiento del sistema de salud. La enfermería constituye el mayor cuadro de profesionales sanitarios, de ahí su importancia, para garantizar una atención sanitaria universal centrada en las personas.

Garantizar una cobertura sanitaria para todos sin empobrecimiento forma la base para lograr los objetivos sanitarios así expuestos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Aunque aún tenemos un largo camino por recorrer, alrededor de 400 millones de personas, uno de cada diecisiete ciudadanos del mundo, no tienen acceso a servicios sanitarios esenciales.

“Nadie debería tener que elegir entre la muerte y las dificultades económicas. Nadie debería tener que elegir entre comprar medicamentos y comprar alimentos”.

Millones de personas enferman y mueren por causas que en su mayoría serían evitables si tuvieran acceso a servicios de salud. Además, millones de familias caen más aún en la pobreza por carecer de protección social y tener que pagar el coste de la atención sanitaria.

Uno de los principales problemas es la escasa voluntad política y capacidad económica de los países en desarrollo para asignar recursos a la salud. Además, muchos de estos países presentan una elevada dependencia de la cooperación internacional, que suele ser insuficiente e impredecible a largo plazo. A todo esto se suma que, durante la crisis económica, los países con altos ingresos han abandonado sus responsabilidades internacionales y reducido, de manera drástica, sus presupuestos de ayuda internacional.

Hace poco más de 40 años, la Declaración de Alma-Ata fue el primer pronunciamiento internacional que destacó la importancia de la atención primaria de salud (APS) como la piedra angular de los sistemas sanitarios en la era moderna y provocó una etapa de reformas importantes en todo el mundo.

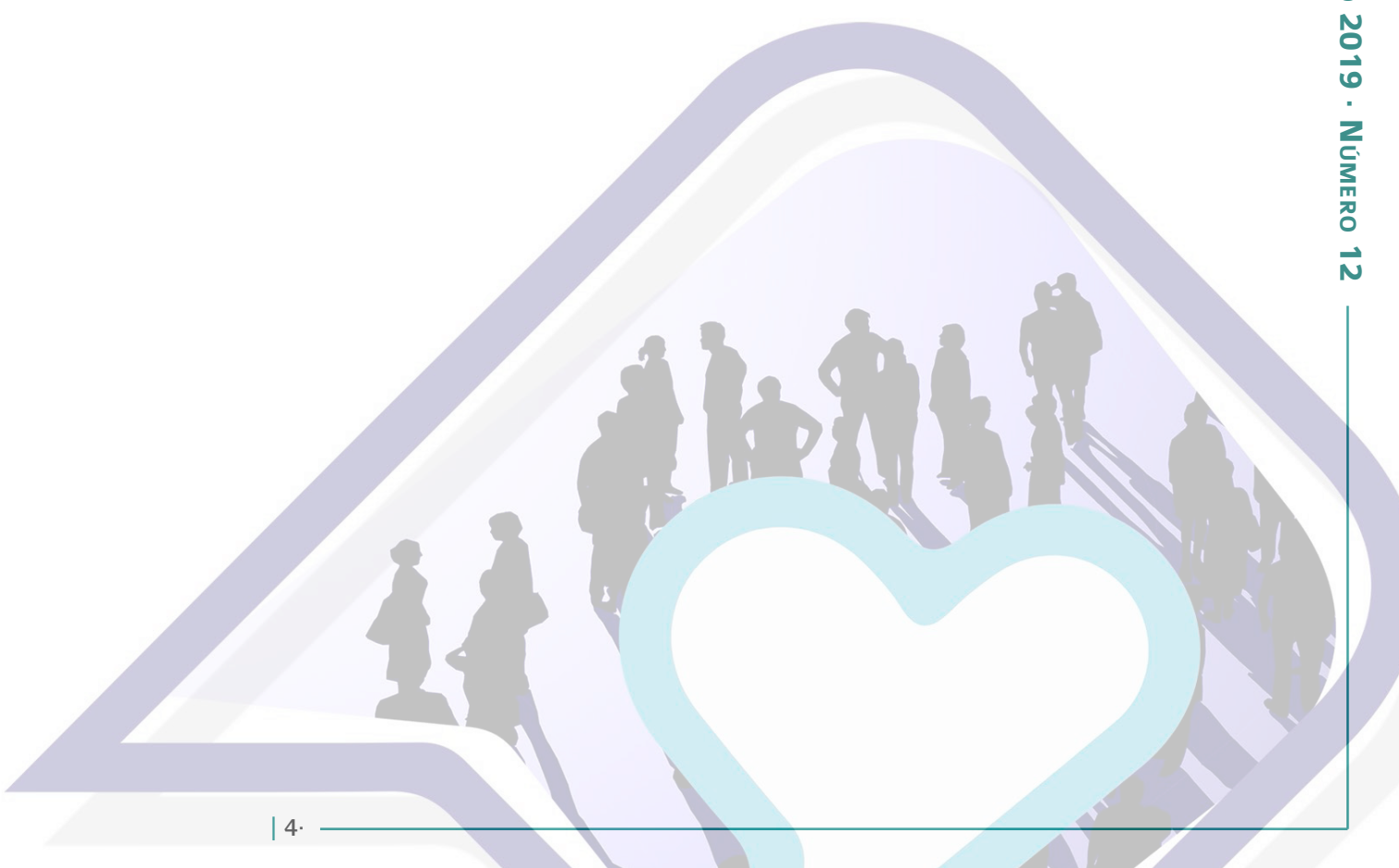
En las últimas cuatro décadas, ha habido progresos y lecciones aprendidas, pero también queda mucho camino por recorrer en los próximos 40 años para alcanzar la “salud universal para todos, en todas partes”. Es oportuno preguntarnos: ¿qué significa salud universal? Significa que todas las personas, independientemente de su origen socioeconómico, étnico o de su género, estén cubiertas por un sistema de salud bien organizado y financiado, que ofrezca servicios integrales y de calidad, ya sean de promoción de la salud, curativos, preventivos, rehabilitadores o paliativos. Significa la eliminación de barreras, tanto físicas como geográficas, culturales, económicas y de género, para acceder a los servicios de salud. También significa que las personas deben estar protegidas contra las dificultades financieras, lo que implica que nadie se vea obligado a perder su hogar o a renunciar a la atención porque no la puede pagar. Y abordar los determinantes sociales de la salud para que las personas alcancen su potencial humano y lleven vidas dignas y productivas.

“En este preciso instante, hay enfermeros trabajando en entornos sanitarios de uso cotidiano, así como en puestos influyentes en los que se toman decisiones.

En el Día internacional de la enfermería, unámonos para saber cómo los enfermeros están mejorando la atención sanitaria y los sistemas de salud de manera que nadie se quede atrás”.

“Juntemos nuestras voces para ser una voz para liderar, sostengamos un planteamiento de cuidados centrados en las personas y los sistemas sanitarios, a la par que garantizamos que nuestras voces se escuchan con el fin de influenciar en las políticas de salud y en su correspondiente planificación y realización”.

Juan Manuel Gavala Arjona



# Jornada de enfermería de práctica avanzada



Pedro Sastre Fullana

El 20 de marzo se celebró la I Jornada de Enfermería de Práctica Avanzada (EPA), organizada por la Dirección de Enfermería del Hospital Universitari Son Espases, y que contó con la colaboración del Servei de Salut de les Illes Balears y del Col·legi Oficial d'Infermeria de les Illes Balears. Dicha Jornada nació al amparo del fuerte impulso que la EPA ha tenido en la última década en nuestro país, con el objetivo de compartir experiencias sobre algunos de los proyectos relacionados con los profesionales que se encuentran actualmente implicados en el desarrollo y en la implementación de roles de enfermería de práctica avanzada en diferentes puntos del panorama nacional. Cabe señalar que la difusión y la transferencia del conocimiento son partes importantes de la calidad de los sistemas sanitarios modernos y, por lo tanto, este tipo de foros, en los que se ponen a la palestra diferentes maneras de abordar aspectos tan específicos del desarrollo profesional en nuestra disciplina, son esenciales.

Pese a que en nuestro entorno carecemos de una regulación formal sobre los roles de EPA, los diferentes desarrollos de implementación de estos perfiles se cuentan por decenas en nuestro país y han sido especialmente pujantes en los últimos cinco años. Era necesario pues poner a la palestra diferentes visiones de este proceso de entrada de la EPA en España, y el formato de Jornada, como primera tentativa, aunaba las bondades de

poder concentrar en un solo día un sustrato potente de enfermeras de todo el país involucradas en los diferentes niveles de dicho proceso.

Recordemos que la enfermería de práctica avanzada es el nivel más alto de práctica en el ámbito de la enfermería. Se integran en ella una formación de posgrado, la práctica clínica directa basada en la evidencia y la investigación, además de aspectos relacionados con el liderazgo clínico, la gestión de los cuidados y una clara autonomía profesional. Se trata de perfiles profesionales orientados a dar respuesta a las necesidades concretas de los sistemas sanitarios. A menudo, la implementación de roles de enfermería de práctica avanzada supone innovaciones disruptivas, eficientes y que aumentan la accesibilidad de los pacientes a recursos específicos y mejoran la continuidad asistencial.

Las participantes ilustraron un compendio de experiencias y conocimientos de la EPA dentro de todo el espectro de lo que la práctica avanzada puede significar. Desde las perspectivas internacionales y el planteamiento de desafíos de futuro en el entorno europeo y nacional, hasta experiencias concretas de proyectos relacionados con aspectos como la intervención comunitaria liderada por enfermeras, junto a asociaciones de pacientes, la valoración integral en el contexto de la intervención finalista por parte de enfermeras en la

demanda urgente, los procesos de mentoría, liderazgo clínico y transferencia del conocimiento basado en la mejor evidencia disponible y su impacto sobre los resultados de mejora en unidades de hospitalización convencional, pasando por exposiciones que ilustran procesos estratégicos de amplio calado para la identificación y reconversión de roles enfermeros hacia la práctica avanzada, por poner algunos ejemplos.

La conferencia inaugural corrió a cargo de Montse Artigas, directora de Cures del Institut Català de la Salut (ICS), quien delineó el proceso de identificación de roles de EPA en el ámbito específico de los hospitales y centros de salud dependientes del ICS. Para ello se llevaron a cabo procesos de identificación de ámbitos potenciales de EPA de una manera exhaustiva, mediante una batería de herramientas de cribado y evaluación de competencias que habían sido diseñadas ad-hoc mediante rondas de consenso de expertos (utilizando el método Delphi), o bien adaptadas de otro contexto y validadas en Cataluña. El uso sistemático de este enfoque permitió discriminar, en primera instancia, toda una serie de roles potenciales de ser asimilados al ámbito de la EPA, de los que finalmente se confirmaron un menor porcentaje mediante el uso cruzado de los instrumentos descritos. Este proceso, ha permitido al ICS identificar puestos de trabajo cuyo nivel de desempeño es cercano a la EPA, reconocerlos formalmente y establecer planes de formación y estímulo para poder abordar los gaps detectados con respecto a aquellas dimensiones competenciales (normalmente relacionados con la investigación y la transferencia del conocimiento) en las que el desempeño era sensiblemente inferior con respecto a lo esperado para los roles formales de EPA.

En cuanto a la primera mesa, cuatro profesionales de diversos ámbitos de otras comunidades han ilustrado, por ejemplo, aspectos más generales sobre el proceso histórico de desarrollo de la EPA, remarcando el carácter anglosajón de los primeros roles de EPA que aparecen formalmente por primera vez en la década de los años sesenta del siglo pasado en los Estados Unidos, con una rápida expansión a nivel internacional que no ha parado de crecer hasta nuestros días y cuyo impulso no decae. Esta perspectiva más general se ha imbricado con ilustraciones de roles concretos que sirvieron como la piedra de toque del desarrollo de la EPA en España, como es el caso de la gestión de casos en Andalucía, su origen, las dificultades de su implantación, el recorrido hasta nuestros días, así como la organización de los circuitos asistenciales en los que participan, poniendo énfasis en los roles hospitalarios de esta figura de EPA y el claro impacto positivo que tiene, especialmente en lo referente a la garantía de la calidad asistencial rela-

cionada con los cuidados transicionales y la mejora de la satisfacción de los usuarios. Junto a estas experiencias, también se presentó el desarrollo específico de la EPA en España, que comenzó en Canarias en 1993 con la gestión de casos (el rol conocido de la enfermera de enlace), expandiéndose posteriormente por el resto del territorio nacional; también se repasó la experiencia catalana en la demanda de la atención urgente en el contexto de la atención primaria de salud, así como la migración de este modelo al entorno de las urgencias hospitalarias en Andalucía, entre otras implantaciones a nivel nacional. Esta mesa concluyó repasando el modelo de atención interniveles del Consorci Hospitalari de Vic, para garantizar unos cuidados de calidad al anciano frágil, donde la implementación de un rol específico de EPA ha permitido consolidar una atención integrada multidisciplinaria y transicional segura y de alta calidad para este perfil de paciente pluripatológico complejo.

Por lo que respecta a la segunda mesa, se expusieron experiencias muy concretas sobre modelos de implementación de roles específicos de EPA, como puede ser el relacionado con el ámbito de la oncología, en la Clínica Universidad de Navarra, donde lo interesante de la experiencia es que el enfoque está sólidamente sustentado en los estándares y en las recomendaciones que sobre la EPA han elaborado los organismos internacionales más competentes en la materia (especialmente el Consejo Internacional de Enfermeras), donde la formación de posgrado de nivel máster es un requisito sine qua non para poder acceder a estos puestos de trabajo. Apuntar a que la delineación de este rol se basó en el modelo de las Clinical Nurse Specialist americanas (con amplia penetración en los sistemas sanitarios internacionales como el segundo rol con mayor presencia), donde capitaliza especialmente los dominios competenciales de liderazgo clínico, mentoría y coaching, relaciones interprofesionales y gestión de la calidad y seguridad, sin olvidar nunca la atención clínica directa como eje de sus actuaciones. Otra de las ponencias, especialmente novedosa, fue la que ilustró el rol avanzado de intervención en el ámbito comunitario en directa colaboración con asociaciones de pacientes (con especial participación de la comunidad inmigrante y gitana), mediante un proceso de capacitación y empoderamiento dirigido a fomentar la participación de la población en situación de vulnerabilidad en un entorno urbano. Esto sucede gracias al apoyo institucional y profesional mediante estrategias de mediación intercultural en salud, la formación de profesionales de atención primaria capacitados para la equidad y la gestión de la diversidad, con un enfoque claro en acción comunitaria que aprovecha la red de asociaciones, busca la reorientación de servicios y la implicación de los agentes de salud dentro

de la propia comunidad. También en esta mesa se presentó el Proyecto de Enfermería de Práctica Avanzada en Unidades de Hospitalización, auspiciado por el Servei de Salut de les Illes Balears, en colaboración con la Universitat de les Illes Balears, que precisamente cumplía un año recientemente. Este perfil de EPA se capacita mediante una formación longitudinal (un modelo innovador en el ámbito de la EPA) que permite responder a necesidades concretas conforme surgen en el día a día de estas profesionales. Este proyecto en expansión (en breve pasarán de 5 a 9 profesionales) identifica unidades asistenciales de hospitalización con un entorno profesional proclive (mediante un cribado situacional utilizando la escala Nursing Work Index) para elegir contextos candidatos en los que la implementación de nuevos roles sea más exitosa. En la Jornada, un grupo representativo de EPA presentó un video en el que el grupo de participantes volcó sus percepciones, análisis crítico y planes de futuro del proyecto para su difusión entre los asistentes. Finalmente, la gestora de casos del Hospital de Manacor, Margalida Terrassa, repasó la consolidación profesional en gestión de casos, después de dos años desde el arranque de este rol de EPA en las Illes Balears, basado en la participación activa en reuniones interdisciplinarias, garantizar la continuidad asistencial, la actuación planificada y coordinada entre los profesionales de los diferentes ámbitos de salud: comunitaria, hospitalaria y de media estancia, trabajando en estrecha colaboración con las enfermeras gestoras de casos de Atención Primaria, para el seguimiento de casos complejos, además de participar en aspectos transversales como la formación y docencia o la investigación y la transferencia del conocimiento.

La responsabilidad del cierre de la Jornada recayó en Cristina Oroviogicoechea, directora de Investigación, Formación y Desarrollo en Enfermería de la Clínica Uni-

versidad de Navarra, quien sintetizó magistralmente el panorama global del desarrollo de la EPA en los diferentes contextos internacionales, repasó algunos de los modelos conceptuales de referencia en este ámbito y profundizó en la definición actualizada de la EPA, así como en los diferentes perfiles y roles profesionales que se han descrito exhaustivamente en la literatura científica. Otros elementos clave del discurso fueron las diferentes opciones de formación y capacitación para las profesionales de la EPA, así como aspectos clave de regulación y legislación que aún se encuentran pendientes en nuestro entorno. Se abundó en la discusión con respecto a los roles de enfermera especialista, actualmente plenamente desarrollados (que no tanto implantados) en nuestro país, y en la necesidad de definir el perfil, identificar las competencias y las características, así como definir el alcance de la práctica de los roles de EPA, de cara a conseguir un proceso de implementación exitoso, sin descuidar aspectos clave como la estandarización y acreditación de la formación necesarias para el desempeño de estos puestos de trabajo, a la par que se identifica el modelo adecuado de regulación de la enfermería de práctica avanzada en nuestro contexto.

Sin duda alguna, esta Jornada ha demostrado el impulso, el recorrido y el prometedor futuro que la enfermería de práctica avanzada posee ahora mismo en nuestro país y, especialmente, en nuestra Comunidad Autónoma, como una de las opciones con mejores resultados para dar respuesta a las necesidades de nuestros sistemas sanitarios y que, además, posee el potencial de estímulo para los profesionales de enfermería, puesto que permite un desarrollo y una carrera profesional que van más allá de los ámbitos habituales de práctica de nuestra profesión.



# 6

## STEPS senzills per trobar

# EVIDÈNCIA



### 1

#### Definició de la recerca bibliogràfica

Elabora una pregunta d'investigació: **PICO**

**ESTRATÈGIA PICO**

**P**OBLEMA: pacient/problema

**I**NTERVENCIÓ: tractament, prova, exposició...

**C**OMPARACIÓ (si és procedent)

**O**UTCOMES resultats d'interès

Augmenten la cicatrització (O) de les úlceres de peu diabètic (P) els tractaments tòpics que contenen plata (I), enfront dels que no en contenen (C)?

### 2

#### Definició de les paraules clau

relacionades amb cada un dels components de l'estratègia **PICO**

**PARAULES CLAU**

- Peu diabètic (*diabetic foot*)
- Úlcera del peu (*foot ulcer*)
- Plata (*silver*)

**Descriptors primaris**  
corresponen a la P i a la I de PICO

**Descriptors secundaris**  
corresponen a la O i a la C de PICO

### 3

#### Convertir les paraules clau en descriptors

**DESCRIPTOR (Mesh)**

- *diabetic foot*
- *foot ulcer*
- *silver*

- DeCS**  
<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
- MESH**  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- EMTREE**  
<http://www.Emtree.com/emtree>

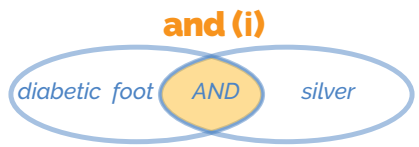
### 4

#### Combinació dels distints termes de la recerca

mitjançant operadors booleans

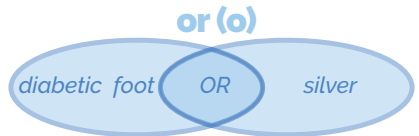
#### OPERADOR DE REDUCCIÓ

Recupera documents que únicament contenen es dues paraules.



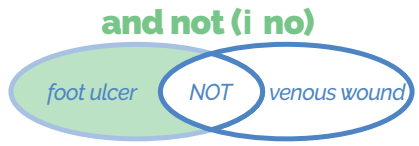
#### AMPLIA LA RECERCA

Recupera documents que contenen les paraules dels dos conjunts i els que només en contenen una.



#### OPERADOR D'EXCLUSIÓ

Recupera documents que contenen únicament la paraula del conjunt no exclosa.



### 5

#### Selecció de les bases de dades i execució de la recerca bibliogràfica

([www.bibliosalut.com](http://www.bibliosalut.com))

- BASES DE DADES EXPECÍFIQUES**
  - Pubmed/Medline (anglès) (Tesauro: MESH)
  - EMBASE (anglès) (Tesauro: Emtree)
  - CINAHL (anglès)
  - CUIDEN (espanyol)
  - IBECs (espanyol)
  - PEDro (anglès)
- BASES DE DADES DE REVISIONS, ASSAJOS I GUIES DE PRÀCTICA CLÍNICA**
  - Guíasalud
  - NICE
  - Cochrane Library Plus (espanyol)
  - Fistera (espanyol)
  - SIGN
- METACERCADORS**
  - EBSCOhost. Diversos idiomes, bases de dades: Medline, Cinahl. Text complet / resum
  - Biblioteca virtual en salud (BVS)
- SELECCIÓ D'ALTRES RECURSOS**
  - Tesis doctorals
  - Butlletins oficials

### 6

#### Selecció de les fonts i optimització de la recerca bibliogràfica

Utilitza un gestor bibliogràfic com **Mendeley** per guardar les referències bibliogràfiques.



[www.bibliosalut.com](http://www.bibliosalut.com)





# Entrevista a Margarita Company Bauzá, supervisora de la Unidad de Fisioterapia

Pilar Andreu Rodrigo

PROTAGONISTA

**En primer lugar, cuéntenos de manera breve su trayectoria profesional.**

Soy diplomada en Fisioterapia por la Universidad de Enfermería y Fisioterapia Gimbernat (Barcelona, 1991) y Licenciada en Fisioterapia por la ULB (Bruselas, 1993). He sido profesora universitaria en las Escuelas Universitarias Gimbernat (1993-1998), en la Universidad de Enfermería y Fisioterapia de las Illes Balears y profesora de postgrado en varias universidades españolas. En 1998 obtuve una plaza de Fisioterapia en el Ib-Salut, a la que me incorporé el 2009, después de una excedencia. Con la apertura del Hospital Universitario Son Espases (HUSE), inicié mi colaboración con la supervisión de Fisioterapia y, en 2015, fui nombrada supervisora de la Unidad de Fisioterapia del HUSE.

**¿Cuántos fisioterapeutas forman parte del Servicio de Rehabilitación y cómo están distribuidos en la organización del Servicio?**

En estos momentos, en el HUSE, disponemos de 38 fisioterapeutas que están repartidos entre los turnos de mañana y de tarde; además de 4 terapeutas ocupacionales y 6 auxiliares de enfermería.

**Aparte de la titulación académica, ¿qué condiciones considera que se necesitan para ser un buen fisioterapeuta?**

Como en cualquier profesión, la titulación académica no es más que un punto de partida. Un buen fisioterapeuta debe tener las aptitudes adecuadas para desarrollar su profesión, además de muy buena actitud. Estudios científicos muestran que en el éxito del tratamiento influye enormemente la empatía que el paciente pueda llegar a tener con su terapeuta. Por ello, en nuestra Unidad, procuramos que cada paciente tenga su fisioterapeuta referente, para conseguir que se establezca de la manera más adecuada este vínculo paciente-terapeuta.

**La formación continuada ocupa un lugar importante para el desarrollo profesional. ¿Qué aspectos considera que hay que complementar en la formación de posgrado del fisioterapeuta?**

Pienso que, en gran medida, se deben respetar las inquietudes del profesional. Nuestra profesión carece de subespecialidades, pero es tremendamente amplia. Existe la necesidad de especializarse en temas concretos como terapia manual, neurología, suelo pélvico,

respiratorio, linfología... Son especialidades tan alejadas entre sí que el dominio de las mismas exige al fisioterapeuta una subespecialización a través de másteres y cursos de formación de postgrado, frecuentemente costeados por el propio profesional durante toda su vida. Ante tal situación, pienso que hay que respetar y favorecer que cada fisioterapeuta pueda ejercer su profesionalidad en el tipo de patología en que esté formado. Salimos todos beneficiados con ello, tanto el profesional como el Servicio y, por supuesto, el paciente, que es quien está en el centro de nuestros objetivos. Evidentemente, siempre existen necesidades del Servicio porque hay una mayor demanda de ciertas patologías. En este caso, desde el Hospital, se ofrecen recursos de formación específica, para que la mayoría de nuestros fisioterapeutas puedan abordar algunas patologías.

**En su disciplina están desarrollándose algunas especialidades, ¿nos podría describir las que considera más relevantes y por qué?**

Las más relevantes, en la actualidad, son Traumatología, Fisioterapia Respiratoria, Fisioterapia Neurológica, Fisioterapia en Suelo Pélvico y Fisioterapia Pediátrica, con un peso especial en Fisioterapia Neonatal.

**En su área conviven muchas categorías profesionales, ¿nos puede describir las funciones de cada una de ellas y cómo es la distribución y comunicación entre las mismas?**

Tenemos la gran suerte de formar un gran equipo: desde los médicos rehabilitadores hasta los auxiliares de enfermería estamos muy unidos profesionalmente, formamos una verdadera “piña”. Cada cual tiene sus funciones, pero existe mucha comunicación entre todos. En líneas generales, el médico rehabilitador es quien valora al paciente y el que genera una petición de tratamiento, ya sea de fisioterapia, electroterapia o terapia ocupacional. En otras ocasiones, según las necesidades del paciente, se decide pasarlo a una consulta de intervencionismo. Desde la supervisión, al recibir las peticiones, se distribuyen los pacientes, por orden de prioridad y de espera, entre los diferentes profesionales, según la especialidad de los mismos. En algunos casos, como Suelo Pélvico y Terapia Ocupacional, son los mismos profesionales quienes gestionan sus agendas. Los tratamientos de rehabilitación que se llevan a cabo en nuestro Servicio no tendrían el nivel de calidad que tienen en la actualidad si no fuera por el constante apoyo de nuestros auxiliares de enfermería, que siempre están pendientes de las necesidades de cada uno de nuestros pacientes.

Debo destacar también la gran labor del personal administrativo, que trabajan codo a codo con todos nosotros, haciendo que el Servicio funcione de la mejor manera posible.

**La Fisioterapia, estrictamente o desde el punto de vista académico, es la aplicación de medios físicos como tratamiento. Se trata de una profesión joven, con poco más de 50 años. Desde su visión, ¿cómo ha ido evolucionando y cuáles son los retos futuros de su profesión?**

Concretamente, llevamos 62 años de Fisioterapia en España, pero el nivel académico del fisioterapeuta ha experimentado grandes cambios, sobre todo en los últimos 20 años.

La Fisioterapia empezó siendo una especialidad de Enfermería, hasta que, en 1987, pasó a ser una carrera universitaria independiente. Pero, sobre todo, fue en 2008, cuando se aprobaron los planes de estudios del Grado de Fisioterapia i, en España, empezó a despegar la investigación en Fisioterapia. Es cierto que en otros países, como Bélgica, nos llevaban la delantera, sin embargo, hoy en día podemos decir que la calidad de la Fisioterapia en España se ha igualado por completo a la de los otros países europeos.

Como sabemos, la evolución de una profesión va íntimamente ligada a la investigación. Existe una gran inquietud investigadora entre los nuevos graduados en Fisioterapia. En veinte años hemos evolucionado mucho, pero lo que nos espera es muy prometedor.

**La labor del fisioterapeuta va más allá del tratamiento. Hay también una labor de diagnóstico, preventiva, educadora, investigadora, administrativa y docente. ¿Cómo se organizan todas estas competencias en la práctica asistencial?**

El tratamiento de fisioterapia, desarrollado tanto a nivel hospitalario como ambulatorio, permite al fisioterapeuta establecer, a partir del razonamiento clínico, los propios criterios de tratamiento, respetando en todo momento las prescripciones médicas. Por este motivo, es muy importante la comunicación entre los diferentes profesionales. Efectivamente, durante el tiempo de tratamiento del paciente, el fisioterapeuta o el terapeuta ocupacional educa, instruye y adiestra tanto al paciente como a sus familiares. Es nuestro trabajo cotidiano.

Para mí, como supervisora, siempre he intentado impulsar, entre nuestro equipo, las ganas de iniciar proyectos de investigación, de elaboración de protocolos, etc. En este momento, estamos haciendo lo que buenamente podemos, ya que la carga asistencial es mucha. Aun así, existe un equipo de elaboración de protocolos basados

en la evidencia que trabaja duro para conseguir que, cada vez más, se ofrezcan tratamientos de calidad al paciente.

La función administrativa no sería posible sin la colaboración de la supervisión de los coordinadores y del personal administrativo del Servicio. La carga asistencial es mucha y compleja, y la atención al paciente es muy cercana, lo cual exige mucho de todo el equipo.

Y en cuanto a la formación, debo destacar que somos de los pocos colectivos profesionales que se forman, de manera preferente, en fin de semana para no dejar a nuestros pacientes sin sus tratamientos. La implicación de la mayoría de fisioterapeutas que tenemos actualmente en nuestro Servicio, con su formación como profesionales es de 10. Siempre he pensado que hay que favorecer la formación de los profesionales ya que es el mejor beneficio para el paciente. Debo decir también que buena parte de nuestra plantilla son profesores colaboradores de la UIB o, en su caso, profesores de másteres universitarios o de cursos de postgrado. Ello asegura un gran espíritu de "hacer las cosas bien" en nuestro Servicio.

**La imagen que podemos tener del fisioterapeuta es la de un especialista que trata problemas relacionados con el movimiento. ¿Considera que dicha imagen es la que tiene la sociedad sobre su profesión?**

Cuando en 1991 acabé mis estudios de Fisioterapia, a la mayor parte de conocidos les costaba pronunciar la palabra fisioterapeuta. Cuando eran capaces de pronunciarla, hacían el comentario "que bien sabes dar los masajes", de hecho no se conocía muy bien la diferencia entre un fisioterapeuta y un masajista.

Es cierto que sigue habiendo mucha confusión y que en la calle hay muchísimo intrusismo. La gente no distingue muy bien entre lo que es un fisioterapeuta, un quiropráctico o un osteópata, si bien es cierto que colectivos, como son el colegio de fisioterapeutas y las intervenciones mediáticas de muchos fisioterapeutas en el ámbito del deporte, han hecho que se reconozca un poco más la figura del fisioterapeuta.

En el ámbito hospitalario, no nos podemos quejar de nuestra evolución. Cada vez más se cuenta con la figura del fisioterapeuta en el plan de cuidados del paciente, y el paciente, cada vez más, aprecia nuestra intervención. Solo existe un problema frente a este hecho, y es la gran falta de recursos ante tan gran demanda de asistencia.

**Las listas de espera de su Servicio, ¿cómo las gestionan?, ¿en qué situación se encuentran?, ¿cuál es la mayor demanda?**

Como podemos. Las listas de espera de los pacientes ambulatorios están más o menos controladas, quisiéramos reducirlas, pero no es fácil. Existe una gran adherencia a los tratamientos y el paciente cada vez exige más. Dar altas es complicado, llegar hasta el fisioterapeuta también. Somos conscientes de que el éxito de la Fisioterapia es poder atender al paciente a medio plazo de su patología, que es cuando tiene realmente sentido la fisioterapia... Y no siempre nos es posible. Damos prioridad a ciertas patologías, pero nos gustaría tener menos lista de espera... Hacemos lo que podemos.

La mayor demanda en la actualidad es, sin duda, el suelo pélvico. Como he explicado antes, no existen subespecialidades en nuestra profesión. La demanda de este tipo de tratamiento cada vez es más alta y los profesionales formados en este tipo de tratamientos no es suficiente. De hecho, desde el Área de Docencia de este Hospital se están haciendo grandes esfuerzos para promover la formación de fisioterapeutas en suelo pélvico.

**¿Qué es lo que más le gusta de su profesión? ¿Y lo que menos?**

Lo que más me gusta es el contacto directo con el paciente y el hecho de poder ayudarle en la recuperación de su salud.

No hay nada de mi profesión, en esencia, que no me guste. Sí que es cierto que me gustaría que la ratio de fisioterapeutas y de terapeutas ocupacionales se acercara más a las recomendaciones que existen hoy en día.

**Como supervisora, ¿qué áreas le gustaría potenciar e impulsar en un futuro en su Unidad?**

Sin lugar a dudas la investigación y conseguir que se ofrezcan tratamientos basados en la evidencia en beneficio de los pacientes.

Hay mucho camino por recorrer y muchos proyectos a iniciar... Lo único que nos para son los recursos.

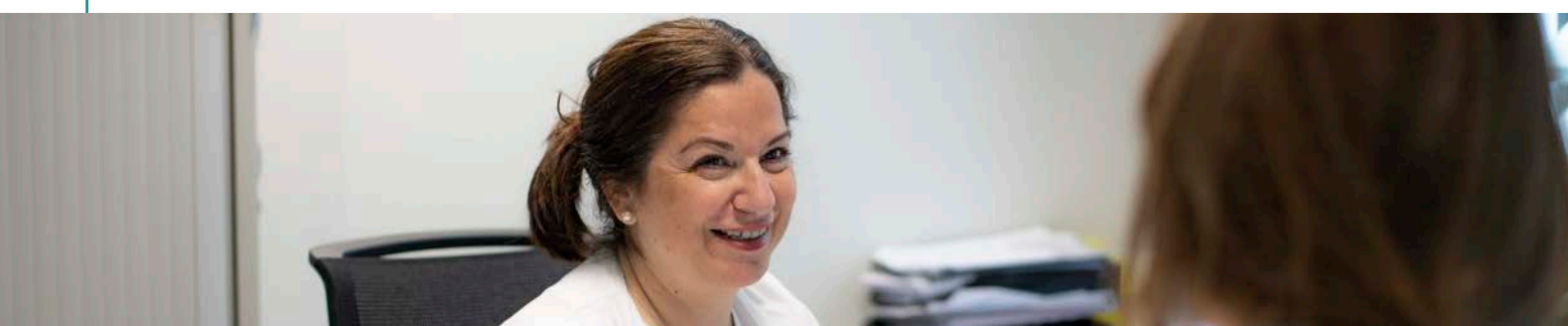
**Responda de forma breve:**

**Una película:** El Nombre de la Rosa.

**Un color:** el rosado, símbolo de salud.

**Un libro:** Los naufragos del alma, de Toty de Naverán.

**Un sueño por cumplir:** ¡uf! son tantos...





# Grupo de apoyo emocional a los profesionales afectados por eventos adversos

Fátima Roso Bas  
María Viña García-Bericua

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos recuerda que hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud y que 1 de cada 10 pacientes hospitalizados sufre un efecto adverso.

**Cuando ocurre un EA, pueden aparecer en los profesionales síntomas traumáticos parecidos a los que se generan en las situaciones de crisis.**

Los eventos adversos (EA), definidos como incidentes no intencionales que causan un daño grave al paciente por la intervención asistencial, pueden estar relacionados con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. Se estima que en España un 15% de los profesionales se verán involucrados al año en un evento adverso grave (Aranaz JM,

Mira JJ, Guilabert M, Herrero JF, Vitaller J. Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas).

Cuando ocurre un EA, pueden aparecer en los profesionales síntomas traumáticos muy parecidos a los que se generan en las situaciones de crisis o en las catástrofes. Si el profesional no resuelve adecuadamente el impacto emocional, puede, además, desembocar en nuevos incidentes.

En España, gracias a la cultura de la seguridad del paciente, se están llevando a cabo iniciativas que prestan atención a los profesionales en los planes de respuesta, para lo que es necesario establecer un marco no punitivo que contemple y analice los fallos como algo sistémico, aunque es aún un tema incipiente en muchos hospitales. En Son Espases, se ha implantado un plan de respuesta que incluye un sistema de notificación propio (Not-i-Fic), diferentes grupos de análisis y gestión de los

EA y el Grupo de apoyo emocional a los profesionales afectados por un evento adverso (Grup de suport de segon nivell, GS2).

**En España un 15% de los profesionales se verán involucrados al año en un evento adverso grave.**

Este grupo de mejora se constituye en el HUSE a finales de 2017 y tiene un carácter multidisciplinario. Actualmente, está formado por 10 profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, un psicólogo y un biólogo), la mayoría de ellos asistenciales, con formación académica superior y conocimientos avanzados en psicología. Tiene como propósito ayudar a minimizar el impacto de los EA graves en los profesionales y prevenir posibles consecuencias patológicas. Ofrece apoyo emocional “entre pares” a los profesionales implicados en eventos adversos. La incorporación al grupo es totalmente voluntaria, pero se tienen que cumplir los siguientes requisitos: conocer el protocolo de actuación y firmar la declaración del compromiso de confidencialidad. Hay una serie de características y competencias que deben reunir:

- Respeto y confianza en los compañeros
- Habilidades de comunicación efectiva
- Madurez emocional y empatía
- Capacidad para manifestar una atención incondicional y no enjuiciar
- Sensibilidad intercultural

**El grupo de apoyo emocional se constituye en el HUSE a finales de 2017 y tiene un carácter multidisciplinario. Actualmente, está formado por 10 profesionales sanitarios.**

## DECÁLOGO DE BUENAS PRÁCTICAS PARA AYUDAR A LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS

1. Actuar con honestidad y transparencia, reparando el daño e informando de lo que ha sucedido y de las medidas para evitar que pueda repetirse.
2. Actuar de forma prudente evitando juicios de valor y aportando datos.
3. Contrastar la información antes de informar a los medios de comunicación.
4. Buscar la opinión de expertos para hacer más comprensibles los hechos.
5. Transmitir la noticia con objetividad sin buscar culpables.
6. Lograr el máximo respeto para el profesional involucrado.
7. Intentar evitar sensacionalismos, buscando interlocutores de los medios especializados en sanidad.
8. No contribuir a crear estereotipos equívocos de profesionales sanitarios.
9. Transmitir que la institución tiene entre sus fines la búsqueda de lo mejor para el paciente.
10. Garantizar el derecho a la intimidad cuando la noticia incorpore imágenes.

(Tomado de Aranaz et al., 2013).

Trimestralmente, se realizan sesiones en las que se llevan a cabo actividades prácticas como poner en común los casos, plantear cuestiones sobre intervenciones, entrenamientos mediante escenificación de casos, concreción del contenido y estructura de los talleres sobre apoyo emocional que se imparten (talleres prácticos de primeros auxilios emocionales debido a su importancia en los primeros momentos tras el incidente). El GS2 organiza estos talleres para grupos de 8 a 20 profesionales, con una duración de 30-45 minutos (se solicitan a través de la Unidad de Calidad, ext: 75587 / 76840).

### **El apoyo emocional entre compañeros cuando ocurre un evento adverso**

Al detenernos en la vivencia de un evento adverso por parte de los profesionales implicados, conocidos como “segundas víctimas”, en numerosos estudios se ha descrito que se pueden llegar a experimentar emociones negativas intensas como ansiedad, culpa, tristeza, miedo, vergüenza e inseguridad. También pueden aparecer síntomas físicos: problemas de sueño y descanso, dificultad de concentración, taquicardia, etc. A veces, aparecen cambios de hábitos perjudiciales e incluso ideas de abandono de la profesión.

**LOS EVENTOS ADVERSOS SERIOS PUEDEN SER DE DIVERSOS TIPOS**

**1 RELACIONADOS CON PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS O INVASIVOS**

1. Cirugía u otro procedimiento invasivo realizado en el sitio equivocado.
2. Cirugía u otro procedimiento invasivo realizado a un paciente equivocado.
3. Equivocación en el tipo de cirugía o procedimiento invasivo realizado a un paciente.
4. Retención no intencionada de un cuerpo extraño en un paciente tras cirugía o procedimiento invasivo.
5. Muerte intra o postoperatoria inmediata de un paciente ASA I

**2 RELACIONADOS CON PRODUCTOS SANITARIOS O DISPOSITIVOS MÉDICOS**

6. Muerte o daño asociado a la utilización de medicamentos, dispositivos o productos biológicos contaminados.
7. Muerte o daño asociado a la utilización de un dispositivo o aparato con una función diferente especificada por el fabricante.
8. Muerte o daño asociado a embolia gaseosa intravascular.

**EVENTOS ADVERSOS**



**3 RELACIONADOS CON LA PROTECCIÓN DE LOS PACIENTES**

9. Entrega de un bebé a la persona equivocada.
10. Muerte del paciente o daño relacionado con la fuga del paciente.
11. Suicidio, intento de suicidio o autoagresión que tiene como resultado un daño grave.

**4 RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA O TRATAMIENTO AL PACIENTE**

12. Muerte o daño asociado a un error de medicación.
13. Muerte o daño asociado a reacción hemolítica a causa de la administración de componente sanguíneo.
14. Muerte materna o daño grave relacionado con el parto de un embarazo de bajo riesgo.
15. Muerte del recién nacido o daño grave asociado al parto en un embarazo de bajo riesgo.
16. Muerte o daño grave asociado a una caída.
17. Cualquier úlcera por decúbito de estadio 3, 4 o no clasificable adquirida durante el ingreso.
18. Inseminación artificial con el esperma u óvulo equivocado.
19. Muerte del paciente o daño resultante de la pérdida irrecuperable de un espécimen biológico insustituible.
20. Muerte o daño resultante de la falta de seguimiento o comunicación de resultados de laboratorio, anatomía patológica o estudios radiológicos.

**5 AMBIENTALES**

21. Muerte o daño asociado a un electrochoque.
22. Cualquier incidente en el que el sistema de suministro de oxígeno u otros gases no contenga oxígeno o bien otro gas o esté contaminado.
23. Muerte o daño asociado a quemadura provocada.
24. Muerte o daño asociado con el uso de medios de contención física.

**6 RADIOLÓGICOS**

25. Muerte o daño asociado a la introducción de un objeto metálico en el área de resonancia magnética.

**7 CRIMINALES**

26. Asistencia prestada por una persona que se hace pasar por un profesional sanitario.
27. Secuestro de un paciente (de cualquier edad).
28. Abuso sexual a un paciente.
29. Muerte o daño provocado a un paciente como resultado de una agresión física.



NATIONAL QUALITY FORUM (NQF) (2011). SERIOUS REPORTABLE EVENTS IN HEALTHCARE—2011 UPDATE: CONSENSUS REPORT. WASHINGTON DC: Nfq.

La ayuda emocional recibida en los primeros momentos de los compañeros, junto con el apoyo social y familiar, es de gran importancia para minimizar el impacto emocional. La familia y los compañeros representan las redes de apoyo naturales más adecuadas porque forman parte del entorno normal de la persona.

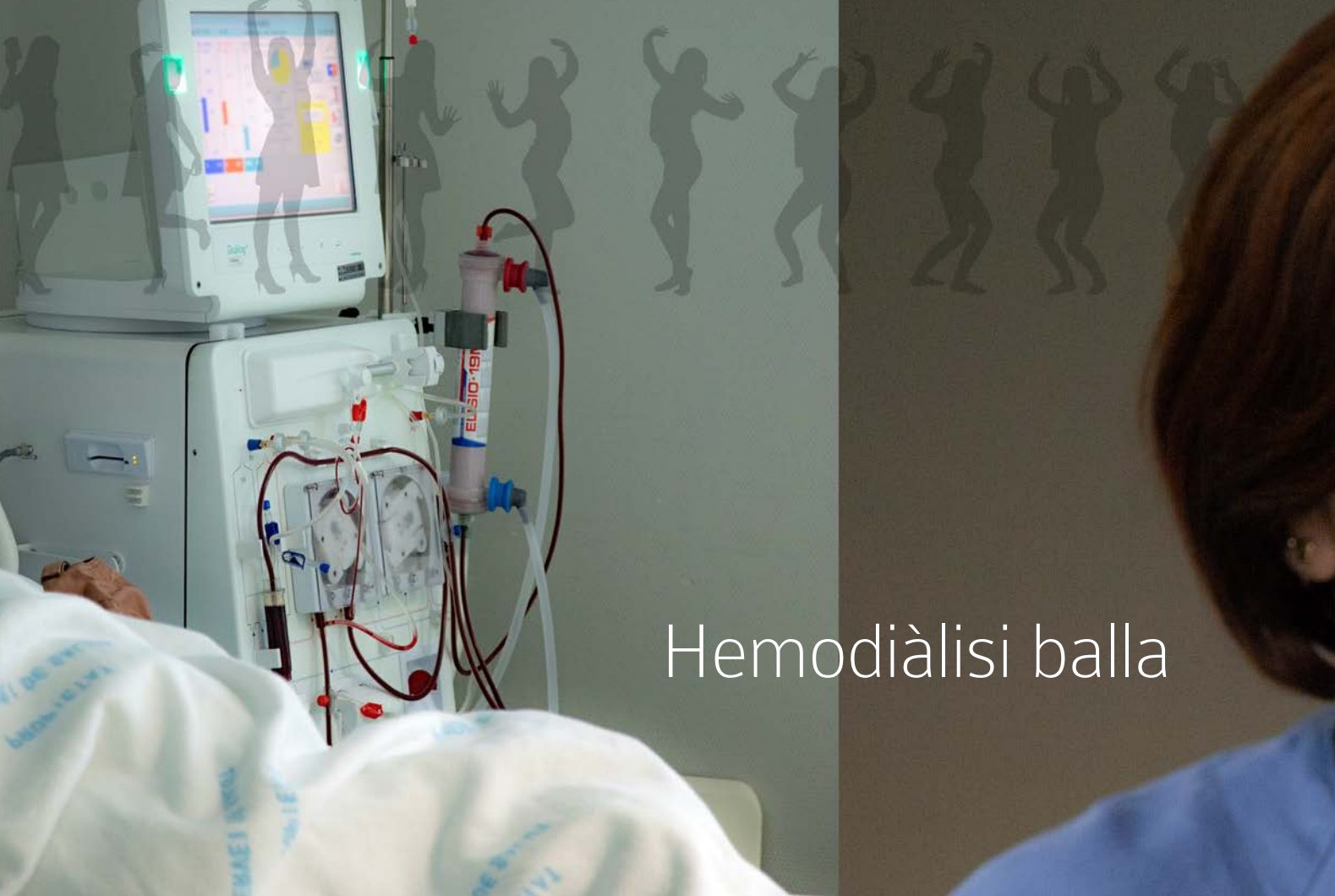
El apoyo que ofrece el Hospital y la percepción del mismo por parte del profesional implicado en un evento adverso es también una cuestión clave. Además de minimizar las secuelas emocionales, se ha asociado con una menor tendencia de absentismo y abandono del servicio.

Aunque en ocasiones puede ser difícil solicitar apoyo, se recomienda que el profesional afectado haga uso de este recurso contactando con el Grupo telefónicamente o a través de una aplicación en la intranet del Hospital. La información sobre este servicio ha sido difundida a través de: sesiones con los responsables de los servicios y de las unidades, el Boletín de Seguridad del Paciente, los folletos informativos del GS2 y en los talleres para los profesionales. Después de la implantación



del programa, se ha observado una buena acogida, sin embargo, resulta aún un recurso desconocido en buena parte de los profesionales.





## Hemodiàlisi balla

Maria Mayol Roca

L'espera a la Unitat de Diàlisi pot ser diferent. Els pacients de Diàlisi passen una mitjana de 1.700 hores cada any dialitzant-se i el temps els transcorre molt a poc a poc.

Fa un any i mig, a Brasil, va sorgir la iniciativa de ballar mentre s'efectua el procediment de la diàlisi, li posaren el nom de **BRASIL BALLA** —per als brasilers, el ball forma part del seu dia a dia, són molt marxosos—. Aquest projecte es va estendre de manera molt ràpida. En aquest aspecte, les associacions de malalts fan molta feina i juguen un paper molt important per difondre tot el que es fa a altres llocs.

Arran de tot això, a Espanya, una infermera de Madrid agafà el testimoni d'aquesta iniciativa i es posà en contacte amb l'Associació d'Infermeria Nefrològica Espanyola i amb alguns hospitals per explicar-los el projecte brasiler. Així va ser com ens arribà aquesta divertida activitat anomenada **HEMODIÀLISI BALLA** per poder fer participar els pacients durant el procés de les sessions. Es va fer a escala nacional i hi participaren uns 60 hospitals i centres concertats, així que ja ens podem

imaginar la quantitat de malalts que han format part d'aquesta experiència.

La Direcció d'Infermeria de Son Espases plantejà als professionals de la Unitat la possibilitat de adherir-se a la campanya i no s'ho pensaren gaire, tot d'una varen dir que sí, i posaren en marxa el projecte. Tot l'equip de professionals es posà en feina i estaren ben entretinguts. Durant unes setmanes, havien de triar una cançó, preparar la coreografia... També es va haver d'explicar el projecte als pacients i la seva resposta superà totes les expectatives, fins i tot, alguns es posaren a cercar per les xarxes socials informació del projecte.

Les setmanes en què es preparà el rodatge foren molt divertides i entretingudes, tant per part dels pacients com dels professionals. La participació va ser totalment voluntària i cadascú aportà el que va poder depenent de les seves limitacions. Aquest projecte els donà molta motivació i la possibilitat de fer coses diferents dins l'àmbit hospitalari, la qual cosa és molt important a l'hora d'afrontar una malaltia .





Sentir-se motivat professionalment també és molt important, ja que millora el clima laboral i és una garantia d'una assistència de qualitat, perquè ajuda a rompre la barrera entre el professional i el pacient.

De tota la feina feta amb aquesta iniciativa, la recollida de dades encara està pendent d'analitzar. Però, tal com explica M. Antònia Bauzà, supervisora de la Unitat d'Hemodiàlisi, podríem començar a parlar, des d'una perspectiva qualitativa, d'una experiència molt bona i enriquidora tant per als pacients com per als professionals.

Els pacients reberen molt bé aquesta iniciativa i volen continuar en la mateixa línia amb diversos projectes d'humanització de l'assistència sanitària. Aquest fet demostra el bon ambient que hi ha entre els pacients i els professionals a la Unitat de Diàlisi de l'Hospital Universitari Son Espases.

Amb aquests projectes es vol destacar la importància de no limitar-nos només al tractament de la malaltia sinó que hem de donar importància a l'estat d'ànim dels pacients, que és una part molt important en les malalties cròniques.

A la Unitat de Diàlisi, fa uns 10 anys, un grup de professionals i de pacients començaren a fer activitats de diverses modalitats i temàtiques: disfresses, pintar, manualitats, bingo... Però, fa un temps, es va deixar de fer, tot i que arran d'aquesta experiència hi ha ganes de tornar a reprendre aquest projecte. De fet, en aquests moments, un grup de professionals de la Unitat fan una proposta que es basa en un cronograma setmanal d'activitats per fer amb els pacients (gimnàstica, manualitats, jocs, etc.). Això pot servir per sortir del "rol de malalt" durant un temps i per afrontar el dia a dia de la malaltia amb més ganes i amb una altra actitud. Acabam mecanitzant situacions molt humanes i deixam de banda la part emocional.

Estam molt entusiasmats amb el resultat d'aquest projecte i amb la possibilitat de seguir treballant en aquesta línia, ja que seria una gran oportunitat per garantir una qualitat assistencial al servei dels pacients d'Hemodiàlisi. Esperam que aquest tipus d'iniciatives vegin la llum ben aviat en el nostre Hospital.

**AFRONTAR LA MALALTIA AMB MOTIVACIÓ ÉS MOLT MILLOR.  
UN SOMRIURE ET POT CANVIAR EL DIA.**



## Comissió de Mortalitat. Una millor atenció per a la vida

Neus Martorell Dols

MAYO 2019 · NÚMERO 12

La Dra. Maria Riera Segrera (Palma, 1968) és llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Barcelona (1992), té formació com a especialista en Medicina Intensiva a l'Hospital Son Dureta de Palma (1998). És doctora en Ciències Biosociosanitàries per la Universitat de les Illes Balears (2011).

Des de l'any 2003, exerceix la tasca assistencial com a metge intensivista a la Unitat de Cures Intensives de Cirurgia Cardíaca del Servei de Medicina Intensiva de l'Hospital Universitari Son Espases de Palma (Mallorca) i, des del mes de gener de 2015, n'és la cap de secció.

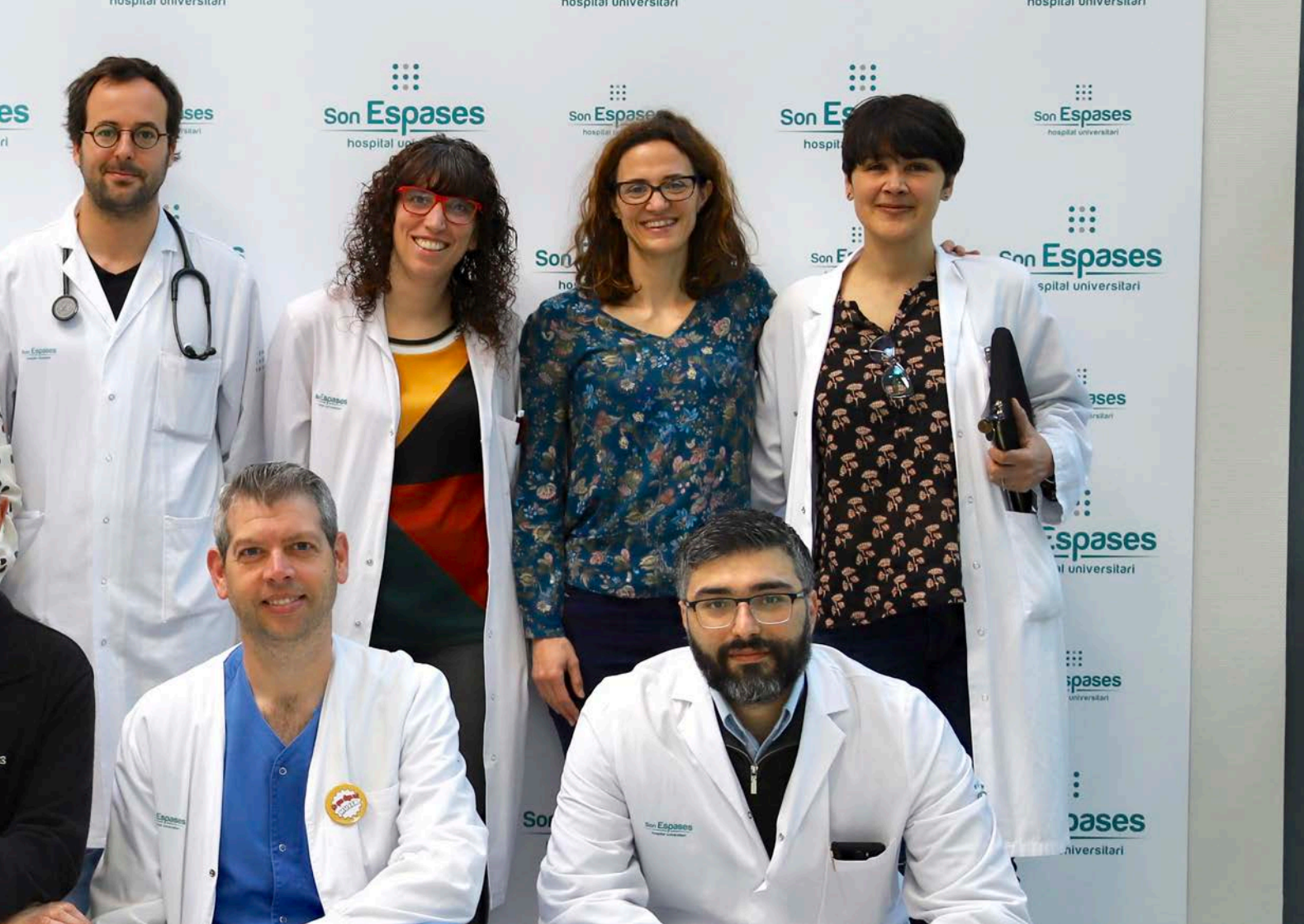
La seva tasca docent i investigadora s'ha centrat en l'àmbit postoperatori de la cirurgia cardíaca amb especial interès per la morbidimortalitat de la cirurgia a curt i a llarg termini i els factors de risc associats. El mes de gener de 2016 obtingué el premi anual de la Societat Balear de Medicina Intensiva i Unitats Coronàries al millor treball sobre recerca en el pacient crític. Des del mes de setembre de 2018, és professora associada a la Facultat de Medicina de la Universitat de les Illes Balears. En aquests moments, és la presidenta de la

Comissió de Mortalitat de l'Hospital Universitari Son Espases (HUSE).

La informació que ha aportat la Dra. Riera ens ha permès escriure i aprendre sobre la importància de la tasca de les comissions de mortalitat. De fet, és considerat d'obligat compliment que els hospitals tinguin una comissió de mortalitat.

Des de l'any 2017 i per demanda de la Direcció Mèdica, la Comissió és presidida per la Dra. Riera, la qual, juntament amb tots els membres que la formen i del seu treball rigorós i coordinat, n'emprèn la reactivació. Es du a terme una reestructuració de la Comissió i el 40% dels membres antics mantenen la continuïtat. Mitjançant una crida pública es demana la participació de nous membres per, d'aquesta manera, poder tenir representació de tots els serveis.

En aquests moments, integren la Comissió 21 membres més una secretària. La majoria dels membres són metges, però també hi participa un infermer. Actualment, hi ha la perspectiva que s'hi incorpori un altre infermer. Els



## COMISIONES

facultatius representen els serveis de l'HUSE següents: Anatomia Patològica, Cirurgia General i Digestiva, Pediatria, UCI, Neurocirurgia, Oncologia, Traumatologia, Urologia, Medicina Interna, Hematologia, Ginecologia, Anestèsia, Urgències, Pneumologia, Cirurgia Toràctica i Cirurgia Vasculard. També hi participa un metge representant de l'Hospital General (HUSE Sector Ponent). Els integrants representen els serveis centrals, l'àrea mèdica i l'àrea quirúrgica.

En aquests moments, a la Comissió no hi ha cap representant de Cures Pal·liatives, ja que no es presentà cap candidatura relacionada amb aquesta especialitat.

L'infermer que forma part de la Comissió i el que s'hi ha d'integrar pròximament pertanyen als serveis de Cardiologia (Hemodinàmica) i de Medicina Intensiva.

La Comissió valora que, en aquests moments i de manera rutinària, no és necessària la presència d'un psicòleg.

La Comissió està formada per un president, un vicepresident, un secretari i 19 vocals. La vicepresidenta és la Dra. Begoña Guardiola que substitueix la Dra. Maria Riera en casos d'absència.

---

**Es tracta d'una comissió multidisciplinària i transversal. Actualment, té una bona i ben equilibrada representació dels serveis de l'Hospital, però, si sorgeixen dubtes sobre temes específics o si és necessari desenvolupar millor algun aspecte concret, la Comissió convida algun expert en la matèria.**

---

La Dra. Riera recalca que la principal tasca que du a terme la Comissió, com totes les comissions clíniques, rau en la seva finalitat: col·laborar amb la Direcció de l'Hospital, donar suport i assessorar sobre matèries o activitats que afecten l'activitat del mateix Hospital, principalment amb l'objecte de millorar l'assistència que es presta als pacients i als usuaris.

En qualsevol cas, l'objectiu de treball de la Comissió de Mortalitat és establir un procés de revisió dels casos de mortalitat hospitalària centrat en l'anàlisi de les causes evitables de mort i en el tipus de intervencions que s'han d'efectuar per prevenir-ne les recurrències.

De manera específica, les funcions de la Comissió de Mortalitat són les següents:

- Establir una llista bàsica de mortalitat evitable que la Comissió ha de revisar a partir de la bibliografia i de les fonts de informació de mortalitat hospitalària (informes d'alta per èxits).
- Adoptar un mètode estructurat de revisió dels casos de mortalitat evitable que permeti entendre millor i aprendre dels processos d'atenció mèdica associats amb la mortalitat.
- Fomentar, en l'àmbit hospitalari, la realització de sessions estructurades de mortalitat, enfocades a la millora contínua del procés assistencial i a la formació mèdica.
- Recordar l'interès de l'autòpsia hospitalària per a l'avenç del coneixement mèdic.

Cal tenir en compte que la Comissió de Mortalitat no és un observatori, ja que no s'hi calculen indicadors. L'anàlisi quantitativa de la mortalitat hospitalària no és el seu objectiu. Així i tot, la Comissió col·labora amb la Gerència, que és la que proporciona la llista dels pacients morts a l'Hospital, i pot desenvolupar l'anàlisi de mortalitat en l'àmbit hospitalari utilitzant el sistema d'informació SIHUSE, ens explica la Dra. Riera.

El procediment que es du a terme amb la llista de tots els pacients morts a l'Hospital és el següent: en primer lloc, se seleccionen els casos que es consideren tributaris de revisió perquè entren dins la definició de causes evitables de mort definides per l'Oficina Europea d'Estadística (Eurostat). Seguidament, s'hi sumen els casos escollits a l'atzar per franges d'edat. Quan es té la mostra dels casos que s'han de revisar, es reparteixen entre els membres de la Comissió, s'intenta quadrar el perfil del pacient èxitus amb el servei de procedència. Cada membre de la Comissió pot arribar a revisar uns 20 casos a l'any, cal tenir en compte que és una tasca que requereix una inversió de temps molt important.

La Comissió es reuneix una hora cada dos mesos per posar en comú el treball de revisió efectuat per cada un dels membres. Cal considerar que els casos que es consideren dubtosos, quant a l'evitabilitat de la mort, passen una segona revisió i, posteriorment, es remetent a la Unitat de Qualitat. La Comissió es reuneix a l'any sis o set vegades.

La tasca principal és analitzar els casos de mortalitat des de totes les fases de les cures del procés assistencial, des del tractament inicial fins als últims dies de vida, i la mort.

El mètode de revisió dels casos de mortalitat s'efectua mitjançant l'eina avaluadora de judici estructurat del Servei Nacional de Salut del Regne Unit (NHS), que es basa en la revisió retrospectiva de la història clínica. Aquest procés de revisió consta de dues etapes: en una primera etapa se centra en cada fase de les cures (tractament inicial, manteniment, últims dies i cures globals) i es dona un judici explícit amb el qual s'atorga una puntuació (1= molt dolenta, 2= dolenta, 3= adequada, 4= bona, i 5= excel·lent). Passen a la segona etapa els casos que han obtingut una puntuació baixa a la primera etapa. En aquesta segona etapa de revisió s'intenten establir els possibles factors d'evitabilitat de la mort.

A més, la Comissió té molt clara la importància dels estudis de les necròpsies. Sovint, la Comissió comenta i reflexiona sobre la importància de sol·licitar més necròpsies per analitzar més a fons els casos de mortalitat, ja que ajuda o podria ajudar en la millora posterior de l'atenció necessària. La Dra. Riera i la comissió que representa són molt conscients que això requereix més conscienciació dels equips mèdics, que són els que han de sol·licitar les necròpsies. El Dr. Rafael Ramos és el patòleg de la Comissió i s'encarrega de revisar els casos dels pacients a qui s'ha practicat l'autòpsia. Això suposa un valor afegit per les conclusions finals de l'estudi de casos i afecta directament sobre les posteriors atencions a les persones que la necessiten o que la necessitin.

A vegades, hi pot haver discrepàncies entre el diagnòstic clínic de la mort i els diagnòstics revelats per l'autòpsia. Amb freqüència, l'autòpsia aporta informació clínica rellevant. Per això, és un element essencial per valorar, també, la qualitat del procés assistencial. A més, les autòpsies tenen un paper important com a eina docent en el procés de formació mèdica.

Amb l'estudi de la mortalitat, es destaquen les conclusions en relació amb els casos d'evitabilitat de la mort. En aquest sentit, un exemple típic és el pacient al·lèrgic a un fàrmac, que, després de l'administració de l'esmentat fàrmac, mor com a conseqüència de dita administració. Així, s'observa l'evidència que la mort s'hauria pogut evitar.

Encara que es demostra que són una majoria els pacients en fase terminal que moren en el context de limitació de l'esforç terapèutic, com a complicacions i causes tractables i millorables durant el procés assistencial, la Dra. Riera recorda la importància de les infeccions adquirides a l'Hospital i el seu elevat impacte en la mortalitat.

El treball de la Comissió es visibilitza amb dades que mostren les causes, les circumstàncies i la possible evitació i/o prevenció de la mort. Es demostra de manera clara i precisa que, amb l'avaluació de la mortalitat d'una manera tan detallada, s'obté molta informació sobre la qualitat de les cures en l'àmbit hospitalari i s'obren les possibilitats respecte a la prevenció de l'èxitus. La Comissió se n'alegra i s'ha sorprès molt gratament quan ha pogut comprovar que la majoria de les cures que es realitzen a HUSE són molt bones, i recalca que amb la seva pròpia tasca també s'han pogut detectar de manera més precisa els punts amb un cert marge de millora. Així, la Comissió pot notificar la disfunció exacta a Qualitat perquè aquesta Unitat adopti les mesures oportunes.

La Comissió també ens informa i visibilitza, en funció dels pacients que revisa (és conscient que no s'inclouen tots els pacients morts a l'Hospital), que els serveis que aporten un major nombre de pacients són Medicina Intensiva, Oncologia i Medicina Interna. D'aquesta manera, sense tenir en compte la mortalitat perinatal, les causes més freqüents de mort entre els pacients revisats són les malalties cerebrovasculars i la cardiopatia isquèmica. Seguint els criteris de selecció de l'Eurostat, la majoria de pacients revisats tenen una edat inferior de 75 anys.

De l'any 2018, el que és més destacable per la Comissió de Mortalitat és el fet de tornar a funcionar com una comissió i de posar en marxa el procés de revisió de manera estructurada amb tota la informació necessària. Respecte a les expectatives, la Comissió és prudent i ara mateix no pot afirmar que la seva tasca esdevengui la solució per a l'evitació de la mort, però el coratge i les ganes de fer feina no limiten que aquesta pugui ser una futura conclusió de pes. La Dra. Riera explica que encara és molt prest per poder constatar-ho, ja que la comissió actual és jove, encara no té ni dos anys de recorregut. Malgrat tot, la presidenta i els altres membres de la Comissió tenen un esperit ambiciós i esperen poder contribuir a modificar aspectes que poden millorar relacionats amb el procés de la mort hospitalària en un futur proper.

La Comissió fa esment a una de les oportunitats que permeten una atenció millor en el final de la vida i destaquen el treball per garantir unes cures pal·liatives de qualitat per a totes les persones que han de morir a l'Hospital.

El repte principal que es marca la Comissió de Mortalitat per enguany és molt realista: la seva continuïtat. No és

fàcil mantenir el compromís de tanta gent perquè el treball de revisió requereix invertir moltes hores i no resulta fàcil poder-les compaginar amb la resta d'activitats diàries. En aquest sentit, la Comissió està negociant amb Gerència aconseguir més temps disponible per dur a terme les tasques establertes i pateix mentre espera que aquesta proposta es pugui materialitzar.

La Dra. Riera també afegeix que, durant l'any 2019, els agradaria donar a conèixer el mètode de revisió que usen als serveis de l'Hospital i, fins i tot, a altres hospitals, per si pot ser d'utilitat. La Comissió té l'objectiu futur de desenvolupar algun curs de formació per als professionals que hi puguin estar interessats i, sobretot, per als membres de recent incorporació.

La mort és un tema de vital importància i forma, íntimament, part de la vida. No hi ha vida sense mort, no existeixen l'una sense l'altra. La vida i la mort esdevenen conceptes de reflexió i acosten disciplines aparentment distants i essencialment tan pròximes com són la filosofia i la medicina. Els coneixements que tenim sobre la mort i la vida provenen de moltes òptiques i de perspectives diferents, i per entendre-les hem hagut i hem de seguir separant-les, analitzant-les... per arribar, finalment, a un punt comú. Aquests processos han estat motiu de discussió i de creixement del nombre d'estudiosos d'aquesta matèria. Ens han aportat una visió humil de la vida i de la mort que s'imposa des de qualsevol angle: vivim fins que arriba la mort. Però ningú sap com és la mort més que aquell o aquella que hi passa. Aprendre a observar com morim ens ajuda a viure millor.

La vida i la mort són contínuament presents en el cinema. A la pantalla, tot viu i tot mor. La Dra. Riera, però, considera que són poques les pel·lícules que aborden el tema de la mortalitat evitable. Recomana "Into the wild", una pel·lícula de l'any 2007 dirigida per Sean Penn, que mostra com, a principis de la dècada dels noranta, un jove idealista deixa les seves possessions i els seus estalvis a la beneficiència, abandona el món civilitzat per marxar cap a la salvatge Alaska per estar en contacte amb la natura i descobrir el vertader sentit de la vida.

Amb aquesta recomanació cinematogràfica, s'acosta la tasca diària i pràctica de la Comissió de Mortalitat de HUSE a la comprensió humana i necessària sobre la mort i la vida, i s'entén la importància de la tasca concreta per a una millora global de l'atenció en la vida de les persones, la nostra vida.





# Cooperación Internacional. Valoración y ayuda.

Juan Manuel Gavala Arjona

El pasado mes de enero, se celebró en nuestro Hospital la I Jornada de Cooperación Internacional, en la que, sobre todo, participaron profesionales que han vivido esta experiencia con distintas ONG y en distintos países. La conferencia de clausura corrió a cargo del director general de Cooperación del Govern de les Illes Balears.

La cooperación internacional se refiere al apoyo que se prestan dos o más agentes del contexto internacional (gobiernos de distintos países, empresas, ONG...) con el fin de promover el desarrollo económico y/o social. Generalmente, la cooperación internacional consiste, generalmente, en la transferencia o en el préstamo de recursos valiosos (dinero, asistencia técnica, etc.) con el fin de que el destinatario pueda superar problemas puntuales o potenciar su desarrollo.

Así, por ejemplo, existen organizaciones internacionales que envían recursos (alimentos, materiales de construcción...) a países que se encuentran en situación de pobreza o de conflicto bélico. También tenemos el caso de países que llevan a cabo acuerdos para la asistencia técnica y el traspaso de conocimientos a través de becas, inversiones conjuntas en investigación, prácticas internacionales, etc.

La cooperación internacional puede perseguir diversos objetivos, entre los más comunes se encuentran:

- Prestar ayuda humanitaria a los ciudadanos de países pobres o en conflicto.
- Potenciar el desarrollo económico y social de los países que se encuentran en desventaja.
- Proteger a los ciudadanos que sufren discriminación por su raza, credo, origen...
- Mantener y proteger la paz.
- Proteger los derechos humanos.
- Fortalecer y proteger la democracia y la libertad de expresión.

Durante la Jornada, en el descanso, hablé con la Dra. María Peñaranda, facultativa de Medicina Interna de nuestro Hospital, especializada en medicina tropical, y miembro de la ONG Llevant en Marxa. Me comentó que, en el mes de abril, querían ir a impartir formación materno-infantil al Hospital de Gambo (Etiopía), y me preguntó si me apetecía ir con ellos ya que solo sería una semana.

Para mí fue toda una sorpresa, ya que anteriormente había estado en Senegal con la ONG Gooding para impulsar, en un centro de salud y en un colegio, un proyecto que, finalmente, no se realizó. Y sin pensármelo dos

veces, puesto que se trataba solo de nueve días, acepté la propuesta.

Pregunté si podían venir otros compañeros, a los que no me fue muy complicado convencer, y finalmente, nos desplazamos seis personas (dos pediatras, un internista, dos enfermeros y una abogada).

Como la mayoría de los profesionales que se van de cooperación, organizamos nuestros turnos, con vacaciones, días de libre disposición o haciendo cambios con compañeros.

Nuestro destino era Gambo.

En una de las regiones más deprimidas de Etiopía, en una zona montañosa de la región de Oromia situada a 2.200 metros de altitud, se encuentra la comunidad de Gambo. El pueblo más cercano, Lephis, ni siquiera sale en muchos mapas. Se encuentra a 245 kilómetros al sureste de Addis Abeba, en un agradecido entorno campestre donde solo personas y animales transitan por los polvorientos caminos que atraviesan el bosque. En este lugar se esconde el Hospital Rural de Gambo, donde la vida y la muerte libran una intensa batalla todos los días.

Los orígenes del Hospital se remontan a una leprosería construida en 1922, que fue y continúa siendo, un centro de referencia de toda la región y que atiende a una población que ronda las 340 mil personas.

El Hospital tiene un total de 150 camas y acceden a sus instalaciones entre 150 y 200 personas diariamente. Se ofrecen servicios de: medicina interna, tuberculosis, leprosería, VIH, cirugía, consultas externas, sala de radiografía, ortopedia, farmacia, laboratorio, ginecología y obstetricia, pediatría, unidad de tratamiento de malnutrición, atenciones previas al nacimiento. También dispone de otras dependencias no asistenciales como cocina, servicios de mantenimiento y lavandería, entre otros. Gran parte de estos trabajadores no asistenciales son antiguos pacientes de lepra.

Actualmente, el recinto hospitalario dispone de una plantilla de 283 personas, con un nuevo equipo directivo que lidera la ONG Llevant en Marxa. El Centro, además, cuenta con la ayuda de 30 voluntarios extranjeros.

Gambo no es la típica mole de cemento y cristal donde todo es frío, aséptico y huele a lejía. Allí todos los pabellones que caben en un centro sanitario se distribuyen caprichosamente por una verde llanura, conectados entre sí por senderos de tierra rojiza cuajados de árboles y flores. Los familiares disponen de lavaderos o de



cocina y pueden usar los jardines. Los niños juegan y los adultos charlan y rezan al sol y hasta echan alguna cabezada.

El Hospital participa en los planes nacionales contra la malnutrición y contra las enfermedades cuya erradicación está incluida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU, como el VIH, la tuberculosis o la lepra, de la que es centro de diagnóstico y tratamiento. Posee 98.000 historiales médicos de ciudadanos de los distritos de Arsi Negele y Kore y atiende, anualmente, a unos 3.000 pacientes nuevos y entre 1.000 y 3.500 reincidentes.

Durante nuestra estancia en el Hospital de Gambo, en los primeros días fuimos al pabellón de Pediatría. Allí estuvimos en la sala de curas, en la que los principales problemas eran las quemaduras por agua caliente. Luego estuvimos pasando visita por las distintas salas con el pediatra.

Durante la primera mañana en el Hospital, acompañamos a los pediatras a pasar visita en el Pabellón de Pediatría. Nos llamó la atención la distribución de las salas y la cantidad de pacientes que había en cada una de ellas, una media de 12 pacientes y 6 camas, cada una estaba ocupada por dos niños y por sus madres. Si por algún motivo no quedaban camas disponibles, se instalaban colchones en el suelo. Las respiratorias eran una de las principales patologías de ingreso, ya que las poblaciones que acuden al Hospital están en zonas altas con mucha humedad y frío. En las cabañas donde viven se enciende fuego, por lo tanto el humo se acumula y produce afectación pulmonar. También se debe a que en las chozas viven muchas personas y este hecho favorece el contagio de infecciones.

Dentro del Área de Pediatría también estuvimos en el Área de Malnutrición. Según el Plan Nacional contra

la Malnutrición del Ministerio de Salud, se estima que un 44% de los niños etíopes no está alimentado correctamente y que un 51% de las muertes de menores de cinco años se debe a este problema. No obstante, la pobreza, que es la principal causa de estos índices de mortalidad, se ha reducido considerablemente: en 1994, un 49,5% de la población vivía con menos de un euro al día; en cambio, los últimos datos de Unicef rebajan esta cifra al 30,7%. Además, la economía del país es una de las que más crece de los países no productores de petróleo de África. Solo entre 2005 y 2012 lo hizo a un ritmo por encima del 10%.

Fue triste ver la presencia de madres ingresadas con sus hijos recién nacidos con desnutrición por falta de leche materna. La leche artificial es muy difícil de conseguir en Etiopía y, además, es muy cara. En el momento de nuestra visita, en el Hospital solamente había diez botes de leche artificial.

El primer día fue uno de los más duros, por la tarde nos avisaron de que había un bebé agonizando y nos preguntaron si podíamos ayudar. Al llegar al paritorio, el Dr. Balliu, coordinador del Servicio de Neonatología del HUSE, comprobó que se trataba de una espina bífida abierta, con difícil solución en nuestro país, por lo tanto allí... Al pedir medicación para poder disminuir el dolor del recién nacido comprobamos que no había para este tipo de pacientes. A todo esto hay que sumar que eran las seis de la tarde y que ya no había luz natural. El generador del Hospital solo se enciende en caso de urgencias, por lo tanto estuve todo el tiempo alumbrando con dos linternas. En la sala de partos, mientras estábamos con el recién nacido, ingresaron tres parteras más. Finalmente, se consiguió una medicación para adultos, y el bebé se fue relajando poco a poco.

Otro día, fuimos a pasar visita en el Área ambulatoria de Pediatría, nos sorprendió bastante ver cómo estaba gestionada. En primer lugar, antes de la visita, el paciente tiene que pasar por facturación y pagar la visita. A continuación, se pasa por triaje y los enfermeros dirigen el paciente hacia una consulta u otra. Una vez en la consulta, el enfermero hace "práctica avanzada", deriva a los pacientes hacia el Laboratorio para realizar una analítica, les da el alta con el tratamiento puesto, deriva los casos urgentes al pediatra de Urgencias y los menos urgentes son vistos por el pediatra por la tarde. Nos llamó la atención que a todos los pacientes se les realiza el test rápido de VIH y que casi ningún niño lloraba al ser explorado o al realizarle alguna técnica. En esa mañana se vieron más de 80 niños, la mayoría por infecciones (parásitos, pediculosis...), desnutrición y problemas intestinales.

También estuvimos en el Pabellón de Medicina y Tuberculosis (TBC). Había dos salas con ocho camas cada una para hombres con TBC y otras tantas para mujeres con TBC.

Por la tarde, pasamos consulta con la internista. Tras una tarde en la que se vieron bastantes casos de pacientes que llevaban más de 3-4 meses con dolencias y que no acudían al Hospital ya que la consulta costaba un dinero que, a veces, no tenían. Un caso curioso fue el de una mujer con 70 años, con saturación de oxígeno de 82%, caquéctica y que no podía ni moverse. Nos confirmaron que llevaba así varios meses. La internista quiso ingresarla, pero sus hijos dijeron que no podían pagar el ingreso. En los hospitales, el ingreso de una semana cuesta 700 Birrs (alrededor de 23 euros), pero si se trata de un paciente con tuberculosis cuesta 500 Birrs (18 euros). Como se trataba de un caso sospechoso de tuberculosis, se le ofreció ingresar en dicho pabellón, pero los familiares dijeron que volverían por la mañana si conseguían el dinero entre los vecinos del pueblo. Finalmente, a la mañana siguiente, ingresó la paciente.

El pabellón más sorprendente para nosotros fue el destinado a los pacientes con lepra. Los dos enfermeros que se encargan del pabellón nos explicaron todo lo relacionado con la enfermedad y pudimos observar a través de los distintos pacientes (más de 30, incluidos niños) la evolución de la misma. Nos impactaron las curas que se realizaban en las úlceras, ya que los pacientes se hacían lavados con agua y jabón y, luego, simplemente se les curaba con betadine® acuoso. En algunos casos se desbridaba alguna úlcera. En aquel momento, fuimos conscientes de lo mal que habíamos hecho las maletas y de todos los productos que tenían nuestras compañeras de la Consulta de Úlceras y que podíamos habernos llevado.

En el Hospital, también hay una zapatería en la que se hacen todas las prótesis para los leprosos.

Una parte del personal asalariado que se encarga de la cocina, la jardinería, la limpieza o la lavandería está formado por exleprosos.

Lo que nos ha quedado claro con esta experiencia es que todo el mundo debería pasar por sitios como este, al menos 2-3 días, para darse cuenta de lo que tenemos. Estos lugares te hacen reflexionar bastante y plantearte muchas cosas de la vida.

¡Se puede observar como hacen tanto con tan poco!  
¡Seguro que volveremos!







## Contacto piel con piel tras la cesárea

Enrique Luján Sosa

La cesárea es una intervención necesaria en caso de riesgo para la salud de la madre o del bebé, ya que permite la finalización inmediata del trabajo de parto para tratar las afecciones de ambos.

Actualmente las guías de práctica clínica recomiendan, con un grado de evidencia fuerte, realizar el contacto piel con piel de manera inmediata e ininterrumpida tras el parto. Para hacerlo, hay que poner al recién nacido en decúbito prono, desnudo, con la cabeza ladeada y en contacto piel con piel sobre el abdomen y el pecho desnudos de la madre en posición de fowler, al menos durante los 70 primeros minutos i prolongarlos, si es posible, hasta los 120 minutos de vida, ya que sus beneficios están ampliamente demostrados:

- Permite una adecuada transición del recién nacido que favorece la adaptación fisiológica a la vida extrauterina con una rápida mejoría de la oxigenación, regulación de la temperatura corporal y disminución del gasto energético.
- Confiere una mayor posibilidad de éxito de la lactancia materna.
- Aumenta el nivel de oxitocina con efecto antiestrés en la madre y mejora de la contractilidad uterina y la eyección de calostro.
- Mejora el vínculo afectivo madre/hijo. Facilita el desarrollo de un comportamiento de protección y un sentimiento de capacidad de la madre para cuidar de su bebé.

### La cesárea

La cesárea es el nacimiento de un bebé mediante una intervención quirúrgica, en la que se realiza una incisión en la parte más baja del abdomen para extraer al bebé. La creencia popular es que los bebés que han nacido mediante una cesárea son niños que sufren menos, siendo, por lo tanto, una mejor forma de nacer. En realidad, el parto vaginal es más seguro, tanto para la madre como para el recién nacido, dado que la cesárea es una intervención quirúrgica mayor.

Debe quedar claro que la cesárea es una intervención necesaria en caso de riesgo para la salud de la madre o del bebé, ya que permite la finalización inmediata del trabajo de parto para tratar las afecciones de ambos.

### Existen 2 tipos de cesáreas:

- **Programadas.** Se programa una cesárea cuando existe algún motivo conocido durante la gestación por el cual el bebé no pueda nacer por vía vaginal. Los motivos más comunes son: la presentación podálica, una enfermedad materna que contraindique el parto vaginal o algún evento anormal del propio embarazo como la placenta previa. La fecha

de la cesárea será cuando el embarazo haya llegado a término sin que la gestante experimente contracciones.

- **Urgentes.** Se realiza una cesárea de manera inesperada para mantener el bienestar materno-infantil, ya que existe algún riesgo para el bebé o para la madre. Este tipo de cesáreas se suelen producir en el transcurso de las fases del parto.

El porcentaje de cesáreas ha ido en aumento en los últimos años y, en ocasiones, están muy por encima del 15% de los partos recomendado por las instituciones sanitarias nacionales e internacionales. Suponen el 20% de los partos en los hospitales de tercer nivel que atienden toda la patología de una región, como en el caso de Son Espases.

---

**La creencia popular es que los bebés que han nacido mediante una cesárea son niños que sufren menos, siendo, por lo tanto, una mejor forma de nacer. En realidad, el parto vaginal es más seguro,**

---

Además de los costes sanitarios de una cesárea (personal, quirófano, etc.), se han estudiado los gastos colaterales en cuanto a morbilidad materna y fetal. Así, las cesáreas tienen una serie de efectos negativos que es importante conocer:

- **En el bebé** se interrumpe la transición normal del recién nacido, con ausencia de compresión torácica (menor eliminación del líquido intrapulmonar) y menor secreción de hormonas. A esto se suman los efectos de la separación de la madre.
- **En la madre** hay una mayor tasa de complicaciones que en los partos vaginales con peor recuperación, y más dolor y cansancio. También se producen efectos inherentes a la separación como una peor vivencia del parto, mayor riesgo de depresión postparto y mayor dificultad en el establecimiento del vínculo comparado con los partos vaginales.
- **Sobre la lactancia materna:** debido a una menor concentración de prolactina y oxitocina tras el parto, a la separación entre madre e hijo para la realización de los cuidados postquirúrgicos de la madre y a las alteraciones físicas (dolor, anestesia...) y psicológicas, las mujeres sometidas a una cesárea tienen más dificultades en iniciar y mantener la lactancia y presentan un alto índice de cese precoz de la misma. Este efecto sucede tanto en las cesáreas programadas como en las urgentes, si bien la repercusión es de mayor magnitud en las primeras.

### ¿Cuáles son los principales problemas para realizar el contacto piel con piel (CPP) en el quirófano?

Existen muchas barreras en el quirófano que dificultan llevar a cabo un adecuado CPP, la principal es la resistencia de los propios profesionales que aluden los siguientes argumentos:

- El quirófano es un lugar aséptico y el CPP puede comprometer la esterilidad.
- El quirófano es un lugar frío y el recién nacido se puede quedar hipotérmico.
- La cesárea es una cirugía mayor que puede tener complicaciones.
- El recién nacido requiere una vigilancia y no está definido quién es el profesional responsable de valorar la adecuada transición en las cesáreas.
- Tras la cirugía, el paso del recién nacido con la madre a la sala de reanimación también presenta dificultades porque los profesionales que realizan los cuidados de la madre no suelen tener formación en lactancia y la vigilancia del bebé se interpreta como un riesgo, una carga de trabajo.

### Piel con piel tras las cesáreas en el HUSE

Para afrontar las reticencias del personal, se fueron estableciendo comités multidisciplinares que están integrados por personal médico (anestesiólogos, ginecólogos y pediatras) y personal de enfermería (matronas, enfermeros de quirófano y auxiliares de enfermería) para unificar criterios y consensuar un protocolo de actuación. Era imprescindible animar a los profesionales a comprender la importancia de este momento único y que entendieran la necesidad de evitar la separación y de aprovechar el periodo de alerta sensitiva del recién nacido.

En la mayoría de las cesáreas programadas, es posible realizar el contacto piel con piel en el quirófano, máxime, teniendo en cuenta que asumimos en el servicio de paritorio la puérpera postquirúrgica, sin pasar por el Servicio de Reanimación postanestésica, siempre y cuando las condiciones lo permitan y bajo una estrecha vigilancia, gracias a la colaboración, implicación y formación de las matronas y de los auxiliares de enfermería del propio servicio de paritorio comprometidas en realizarlo.

---

**El CPP en las cesáreas es una práctica recomendada, beneficiosa y segura.**

---

No obstante, si por inestabilidad materna, no se puede efectuar el contacto piel con piel, es el padre el que disfruta de este primer contacto con el bebé, aunque fuera

de quirófano, tal es el caso de las cesáreas urgentes o de complicaciones en la cesárea programada.

### Conclusiones

El CPP en las cesáreas es una práctica recomendada, beneficiosa y segura. Disponer de un protocolo consensuado entre los servicios implicados permite aplicarlo como un procedimiento de cuidados habituales con el objetivo de conseguir un entorno similar al del postparto tras un parto vaginal, pero sin olvidar que se trata de una cirugía mayor.

- Es fundamental entender la importancia de que el primer contacto de madre e hijo y la primera puesta al pecho tenga lugar durante las primeras dos horas de vida, para aprovechar el periodo sensitivo del recién nacido, puesto que después el bebé entra en una fase de sueño fisiológico de recuperación del parto en la que es difícil que interactúe.
- La implicación del personal es imprescindible.
- No son necesarios medios técnicos especiales, solo disposición, implicación, colaboración, y formación, así como una adecuada vigilancia.
- La probabilidad de éxito de la lactancia materna es mayor si se establece el CPP.
- Reducir el tiempo de separación madre-bebé y favorecer la participación del padre conlleva a humanizar el nacimiento al tratarse de una experiencia muy satisfactoria para la familia, que además reporta beneficios fisiológicos.

### El CPP no requiere de medios técnicos especiales, solo disposición, implicación, colaboración, y formación, así como una adecuada vigilancia.

Cada día son más hospitales en España en los que se realiza el piel con piel en los bebés que han nacido por cesárea, afortunadamente, casi todos los hospitales de Baleares tienen implantado un "Protocolo de Contacto Piel con Piel en las Cesáreas", siendo el pionero el de Son Espases, que realizó su primera "cesárea acompañada y en contacto piel con piel" en Junio de 2013 ([http://www.hospitalsonespases.es/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=916:son-espases-hace-la-primera-ces%C3%A1rea-con-presencia-de-un-acompa%C3%B1ante-en-la-sala-de-paritorio&Itemid=597&lang=es](http://www.hospitalsonespases.es/index.php?option=com_k2&view=item&id=916:son-espases-hace-la-primera-ces%C3%A1rea-con-presencia-de-un-acompa%C3%B1ante-en-la-sala-de-paritorio&Itemid=597&lang=es)) para, posteriormente, ultimar un protocolo de actuación ante cualquier cesárea programada a principios de 2014, todo un orgullo, teniendo en cuenta que somos el hospital de referencia y el de mayor nivel asistencial de todo el archipiélago, así como una responsabilidad, ya que concentramos la mayor parte de la patología tanto gestacional como prenatal, lo que explica nuestra alta tasa de cesáreas. Mérito, sin embargo, que intentan usurparnos desde otros ámbitos (<http://www.saludediciones.com/2019/02/12/las-matronas-de-manacor-pioneras-en-protocolizar-el-proceso-piel-con-piel-en-la-cesarea-humanizada/>, <https://www.diariodemallorca.es/part-forana/2019/01/25/hospital-manacor-indice-cesareas-espana/1385772.html>; <http://www.saludediciones.com/2015/11/30/polclinica-miramar-aplica-por-primera-vez-el-contacto-piel-con-piel-madre-bebe-despues-de-la-cesarea/>).

¿Tienes ideas, sugerencias o artículos de interés para la revista?

**RedS**  
revista digital de salud

Dirección de Enfermería. Hospital Universitari Son Espases

Envía tus propuestas a: [hse.revistaenfermeria@ssib.es](mailto:hse.revistaenfermeria@ssib.es)

#RedesHUSE



# Protocolos de valoración en resonancia magnética (RM) de pacientes portadores de implantes y dispositivos electrónicos

Ana María Luis Martínez

En los servicios de Radiología hay un gran interés y sensibilidad por los temas de protección radiológica relacionados con las radiaciones ionizantes, que están regulados por normativas legales nacionales y europeas, y supervisados por servicios de protección radiológica. Sin embargo, los temas relacionados con la seguridad en resonancia magnética no están regulados de manera tan uniforme y las normativas son menos conocidas en el entorno hospitalario. Conscientes de este problema, en el Servicio de Radiología del Hospital Universitario Son Espases, en el año 2017, se inició un protocolo de seguridad específico para la preparación de los pacientes portadores de prótesis e implantes que son sometidos a exploraciones de RM. El objetivo principal de este protocolo es establecer directrices y unificar criterios para la creación de un programa que asegure las buenas prácticas y la seguridad en la atención al paciente al hacer una resonancia magnética.

El Servicio de Radiodiagnóstico de Son Espases, en estos momentos, dispone de tres equipos de resonancia

magnética, dos de ellos de 1,5T y uno de 3T. En estos equipos se realizan anualmente unos 20.000 estudios y, según nuestros datos, aproximadamente el 10% de los pacientes explorados eran portadores de algún tipo de implante.

Las personas que entran en una sala del imán de RM se ven afectadas por una serie de agentes físicos que suponen un riesgo potencial para la salud. Estos agentes físicos son, entre otros, un campo magnético estático de alto campo generado por el imán principal, un campo magnético gradiente generado por el sistema de gradientes y un campo electromagnético generado por la emisión de la radiofrecuencia. A cada uno de estos agentes físicos presentes en la sala del imán le corresponde un riesgo determinado:

- Los campos electromagnéticos estáticos de alto campo ejercen fuerzas de traslación y/o rotación sobre materiales ferromagnéticos que pueden producir desplazamientos o torsiones de dispositivos e implantes pasivos, mal funcionamiento de dispositi-

vos electrónicos y efecto proyectil sobre cualquier objeto que se encuentre libre.

- La rapidez con la que se activan y desactivan los gradientes durante la adquisición de la imagen pueden inducir corrientes en el paciente que son las responsables de producir neuroestimulaciones periféricas y quemaduras por conducción.

- La emisión de la radiofrecuencia empleada para obtener la imagen deposita energía en forma de calor en los tejidos y existe el riesgo de aumento de la temperatura corporal del paciente.

A causa de todos estos riesgos, los objetos y dispositivos que vayan a entrar en una sala del imán de RM deben estar debidamente identificados según su seguridad. Para clasificar los materiales, se utilizan los criterios de la Food and Drug Administration (FDA) desarrollados por ASTM International en el standard F2503. Esta referencia es fundamental para minimizar las confusiones, ya que clasifica claramente los dispositivos médicos y cualquier otro material según su seguridad dentro de una sala del imán de RM. Según sus características, el material se podrá identificar como "no seguro" (cualquier objeto, implante o dispositivo que pueda provocar daños en las personas al entrar dentro del campo magnético o al activarse los gradientes y/o la radiofrecuencia), "seguro" (cualquier objeto, implante o dispositivo que no suponga un riesgo para las personas, ni al entrar dentro del campo magnético estático ni al activarse los gradientes y/o la radiofrecuencia) y "condicional" (cualquier objeto, implante o dispositivo electrónico que puede ser seguro, o no, para las personas dependiendo de las condiciones específicas en las que se produzca la exploración). Para conocer la clasificación de los materiales hay que consultar las especificaciones del fabricante o acceder a bases de datos donde figuren las indicaciones para cada material en particular. Nunca se debe suponer que un objeto o un dispositivo es "seguro o condicional" con la RM si no está debidamente documentado. Por lo tanto, ante la falta de información estos materiales se considerarán "no seguros" y no entrarán en la sala del imán.

Hasta el año 2017, la mayor parte de los pacientes portadores de implantes se detectaban en el momento de la llegada al Servicio de Radiodiagnóstico. Esto suponía una pérdida de tiempo y el retraso de las programaciones ya que el personal de la sala tenía que verificar, en el momento, mediante la consulta en la historia clínica del paciente y en las bases de datos disponibles, si se trataba de un implante compatible o no con la RM. En algunos casos, los pacientes tenían que irse del Servicio sin poder realizar la exploración, bien porque no se

encontraba la información o porque se constataba que el implante no era seguro.

Por estas razones, a las que se le añade que el Servicio considera que la valoración apresurada de los dispositivos no garantiza la seguridad de los pacientes, se decidió establecer un circuito para la detección, valoración y planificación de las exploraciones de RM previas a la citación del paciente, lo que ha mejorado la seguridad y reducido considerablemente la detección de implantes y, por consiguiente, la anulación de exploraciones el día de la cita.

Este protocolo consta de las siguientes etapas:

En primer lugar, desde la Secretaría de Radiología se llama al paciente para darle la fecha de la RM. Durante esa llamada se le interroga sobre si lleva o no algún tipo de implante. Si el paciente no es portador de implantes se confirma la cita. Si es portador de algún implante, la Secretaría de Radiología traslada la petición de resonancia al técnico superior de imagen para el diagnóstico (TSID) del Servicio, que es la persona responsable de la seguridad en el área de RM. En segundo lugar, se revisa la historia clínica del paciente para verificar el tipo de implante, los datos del fabricante y la fecha de implantación. Con toda esta información, se consulta la clasificación del implante en las bases de datos, donde podrá ser considerado:

- **No seguro:** en estos casos se avisa al radiólogo para que, en colaboración con el médico peticionario, soliciten una prueba alternativa.

- **Seguro:** se comunica a Secretaría que puede confirmar la cita al paciente.

- **Condicional:** se revisan las condiciones específicas que marca el fabricante para realizar la exploración y se programa la RM en la máquina adecuada siguiendo un protocolo de seguridad específico para el paciente con la exploración solicitada. Para establecer este protocolo, el TSID responsable de la revisión de implantes verifica las condiciones de campo magnético estático, de variación de la intensidad del campo magnético estático según la distancia, de SAR, las antenas permitidas, las posiciones permitidas, el tiempo desde la implantación del disposi-



tivo, la necesidad de monitorización del paciente o de preparación del dispositivo, etc. Una vez revisadas todas las características, se cita en el equipo de resonancia adecuado a las condiciones marcadas por el fabricante y se rellena un formulario de planificación, indicando los datos del paciente y los parámetros que tiene que tener en cuenta el TSID de la máquina el día que se realice la exploración. Este formulario es aprobado y firmado por el radiólogo y, posteriormente, adjuntado a la planilla de programación.

En los casos concretos de pacientes portadores de marcapasos/DAI y de pacientes portadores de bomba de infusión intratecal, existen dos circuitos estandarizados que implican la colaboración de profesionales de los servicios de Cardiología y de la Unidad del Dolor. En estos circuitos, los pacientes tienen que acudir antes y después de la resonancia a dichos servicios (antes, para poder preparar el dispositivo para la exploración y, una vez finalizada, para realizar una revisión del estado del implante y del paciente). Además, en las resonancias de pacientes con marcapasos/DAI se cuenta con la presen-

cia de un cardiólogo que vigila el estado del paciente durante el transcurso de toda la exploración.

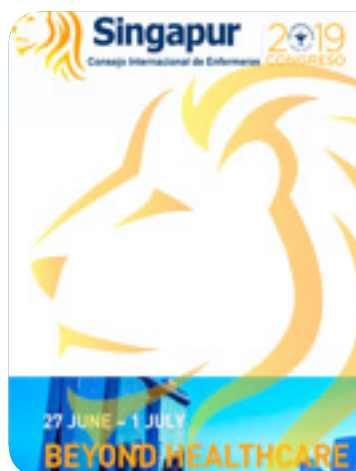
Por lo tanto, teniendo en cuenta que las exploraciones mediante RM se han convertido en herramientas fundamentales para el diagnóstico y el seguimiento de muchas patologías, y que cada vez hay más pacientes portadores de prótesis e implantes, la valoración previa de los pacientes se ha vuelto fundamental en nuestro Servicio. Sin embargo, esta valoración es un proceso que, a menudo, resulta difícil y lento debido a que no siempre contamos con la información necesaria. Por un lado, la mayoría de los pacientes no saben explicar muy bien qué tipo de implante o de prótesis llevan, por ejemplo, dicen: "que tienen algo en la cabeza", "que creen que les han puesto una grapa en el corazón" o "que les han operado y no saben si llevan alguna cosa metálica". Por otro lado, los datos sobre los implantes no siempre están correctamente reflejados en la historia clínica del paciente y, en muchas ocasiones, resulta muy laborioso y se tardan días en encontrar la información necesaria para poder verificar la compatibilidad del implante con los equipos de resonancia magnética.





## XLIII Congreso de la Asociación Española de Enfermería en Neurociencias

**Dates:** del 12 al 14 de juny de 2019  
**Lloc:** Sevilla  
**Organitzador:** AEEN  
**Enllaç:** <https://congresoSevilla2019.aeen.es/>



## CIE 2019

**Dates:** del 27 de juny a l'1 de juliol de 2019  
**Lloc:** Singapur  
**Organitzadors:** Consejo Internacional de Enfermeras  
**Enllaç:** <https://www.icn.ch/es/eventos/congreso-del-cie-en-singapur>



## VII Congreso Internacional de Enfermería Pediátrica y XXIV Jornadas Nacionales de Enfermería Pediátrica

**Dates:** del 2 al 4 d'octubre de 2019  
**Lloc:** Palacio de Congresos de Mérida  
**Organitzador:** AEEP  
**Enllaç:** <https://aeeppcongreso2019.com/>



## XXVII Congreso de Neonatología y Medicina Perinatal y VII Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Neonatal

**Dates:** del 2 al 4 d'octubre de 2019  
**Lloc:** Madrid  
**Organitzador:** SENeo - SEEN  
**Enllaç:** <https://www.congresoNeonatalogia2019.com/index.php/bienvenida>





## XXX Congreso Comunicación y Salud

**Dates:** del 3 al 5 d'octubre de 2019

**Lloc:** Santander

**Organitzador:** SEMFYC

**Enllaç:** <https://semfyc.eventszone.net/cys2019/index.php?idpagina=1&idioma=cas>



## 13 Congreso de ANECORM

**Dates:** del 16 al 18 d'octubre de 2019

**Lloc:** Saragossa

**Organitzador:** ANECORM

**Enllaç:** <http://www.anecorm.org/congreso2019/>



## XL Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología

**Dates:** del 17 al 19 d'octubre de 2019

**Lloc:** Barcelona.

**Organitzador:** Asociación Española de Enfermería en Cardiología

**Enllaç:** <https://web.congresosec.org/>

AGENDA



## X Jornadas Nacionales de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

## VII Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria

**Dates:** del 23 al 25 d'octubre de 2019

**Lloc:** València

**Enllaç:** <http://www.enfermeriacomunitaria.org/web/index.php/jornadas2019-inicio/2102-x-jornadas-aec-valencia-2019>



## XV Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica

**Dates:** del 24 al 25 d'octubre de 2019

**Lloc:** Múrcia

**Organitzador:** ANEDIDIC

**Enllaç:** <https://www.anedidic.com/>



## I Congreso Internacional de Fisioterapia de Castilla la Mancha

**Dates:** del 25 al 27 d'octubre de 2019

**Lloc:** Toledo

**Organitzador:** COFICAM

**Enllaç:** <https://www.coficam.org/comunicacion/noticias/997/I-CONGRESO-INTERNACIONAL-COFICAM>



## V Congreso de Enfermería y Salud: Liderando el Cambio

**Dates:** del 13 al 15 de noviembre de 2019

**Lloc:** Lleó

**Organitzador:** Asociación Andaluza de Matronas

**Enllaç:** <https://enfermeriaysalud.es/congreso/>



## 9º Encuentro Nacional de Comisiones de Úlceras por Presión y Heridas

**Dates:** del 20 al 22 de noviembre de 2019

**Lloc:** La Rioja .

**Organitzador:** GENEAUUP

**Enllaç:** <https://bocentium.com/reunionarnedillo/2019/>

**Francisca:**

Hace 14 años que es enfermera. Trabaja en la UCI. Hoy dobla turno para cubrir a una compañera que está de baja.

**Gladys:**

Enfermera de hace 27 años. Estudió en su país natal y convalidó el título en España. Es coordinadora de enfermería de la planta de Neumología.

**Carmen:**

Es residente de Salud Mental, es su segundo año. Hoy tiene que presentar un trabajo sobre cuidados domiciliarios para personas con anorexia.

**Carlos:**

Hoy sale del turno de noche. Lleva 5 años trabajando de enfermero, no tiene un contrato fijo, aunque ahora tiene uno de 6 meses en quirófano.

**Vero:**

Enfermera de hace 20 años. Siempre ha trabajado en Neonatología, aunque hace 4 años que es una de las subdirectoras de enfermería del Hospital.

**Judith:**

Enfermera de hace 18 años. Está trabajando en el Gabinete Técnico del Hospital en el Área de Seguridad al Paciente y Programas.

12 de mayo

# Día internacional de la enfermera



@tolitovm



@PICTONURSE



**Fuente propia:** Edición especial para la revista REDES del Hospital Universitario Son Espases (Mallorca)

# CONTINUITAT DE LES CURES

maig

**PREVENIR**  
*és tenir cura*

juny

*prevenció de la desnutrició*

