

RdS

revista digital de salud

Dirección de Enfermería. Hospital Universitari Son Espases

Entrevista a Juan Manuel Gavala Arjona: Director de Enfermería



Trabajo Colaborativo
Interdisciplinario en el
Hospital General

Radiofísica Hospitalaria

Asociación ASPACE



Lactancia Materna
durante el embarazo y
en tándem

Psiquiatría Infanto-
Juvenil

Blogosfera Sanitaria

RdS

revista digital de salud

Dirección de Enfermería. Hospital Universitari Son Espases

Director de la revista
Juan Manuel Gavala Arjona

Supervisora Área I+D+I
Pilar Andreu Rodrigo

Coordinadora de la revista
María Teresa Pérez Jiménez

Comunicación
Juan Carlos González Otermin

Contenidos:
Ana María Luis Martínez
María Viña García-Bericua
Ernesto Sardi
Enrique Luján Sosa

Colaboración del Servicio de
Audiovisuales

Revisada por el Servicio
Lingüístico

Colaboración viñetas:
Tolo Villalonga

Contacto:
hse.revistaenfermeria@ssib.es
@Redes_HUSE

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

SUMARIO

EDITORIAL

A LA VANGUARDIA

PROTAGONISTA

VENTANA A LOS ESPECIALISTAS

COMPAÑEROS

ASOCIACIONES

WE2.0/RECURSOS

RINCÓN DE METODOLOGÍA

AGENDA/PREMIOS



Son Espases
hospital universitari

RdS

revista digital de salud

Dirección de Enfermería. Hospital Universitari Son Espases

EDITORIAL

Actualment, s'ha reconegut l'efecte terapèutic que exerceix la comunicació sobre els usuaris del sistema sanitari. Parlar de comunicació en salut fa referència a totes les interaccions que s'estableixen entre el professional de la salut i l'usuari de l'atenció sanitària. Està ben demostrat que el resultat de la interacció influeix en la satisfacció de l'usuari pel que fa a la qualitat assistencial percebuda i, respecte al professional, determina la seva satisfacció laboral. Per tant, la comunicació en salut és el factor més influent en el procés salut-malaltia i inclou el pacient, la seva família i el professional de la salut. Aquest procés comunicatiu és més efectiu per a l'afrontament, l'evolució i l'acceptació de la malaltia, la presa de decisions i l'adherència terapèutica que els fàrmacs o els procediments clínics.

En aquest sentit, caldria preguntar-se si els professionals de la salut estam preparats per assumir el repte de la interacció comunicativa en la nostra pràctica diària, respecte a la capacitat de proporcionar un clima de confiança i d'acompanyament emocional. Els pacients necessiten ser reconeguts en les seves necessitats, emocions, creences, sentiments i opinions. Per a això, el professional ha de fer una autoobservació de les seves actituds i emocions, a causa de l'impacte que produeixen, per mantenir una comunicació adequada en el procés d'interacció.

Mentre que s'avança en la cura tècnica, sembla que ens hem quedat ancorats a l'hora de millorar la capacitat relacional del professional, fet que marca un dels reptes que hem d'aconseguir com a líders en cures assistencials.



A LA VANGUARDIA

María Viña García-Bericua

Trabajo Colaborativo Interdisciplinario en el Hospital General

El Hospital General, a lo largo de sus más de 500 años de historia, ha ido adaptándose a las necesidades sociales y de salud de la población hasta convertirse, en el año 2003, en un hospital sociosanitario o de media estancia. Por el hecho de trabajar con un modelo de atención centrado en la persona, es necesario un equipo interdisciplinario que realice un abordaje integral del paciente. La intervención de todas las disciplinas permite tener un enfoque biopsicosocial que facilita la atención integral.

En un equipo interdisciplinario (profesionales de diferentes disciplinas trabajan para la consecución de un objetivo común y aportan cada uno sus conocimientos según su profesión y sus competencias) que trabaja de manera colaborativa, la información se comparte, discute y analiza entre todos los miembros del equipo, aporta cada uno su parte y se dirige el trabajo hacia un objetivo común. Cada profesional es consciente de su rol y del rol de los demás.

El respeto y la comunicación son fundamentales. Se resuelven problemas y se toman decisiones de manera compartida.

En el Hospital General, existen cuatro programas para los pacientes ingresados: Ictus, Orto geriatria, Pluripatológicos (pacientes crónicos complejos y avanzados) y Cuidados Paliativos.

El equipo de profesionales que trabajan con los pacientes ingresados en la Unidad de Ictus y Orto geriatria se reúne semanalmente para la puesta en común de la valoración, la evolución y los objetivos que se tienen con cada paciente. A esta reunión, acuden: médicos, supervisora y enfermeras de la Unidad, enfermera gestora de casos, fisioterapeuta, logopeda, terapeutas ocupacionales, médico rehabilitador y trabajador social. Se comentan, uno a uno, los casos para que cada profesional aporte su parte y así poder realizar un plan de tratamientos y de cuidados común que conlleve a la consecución de los objetivos planteados, que deben ser individualizados, claros y realistas, y revisados semanalmente. En estas reuniones, se planifica el alta, teniendo en cuenta las necesidades del paciente y de su familia, y el trabajo de los distintos profesionales.

Los equipos que trabajan en las unidades de pacientes crónicos también realizan reuniones interdisciplinarias semanales, a las que asisten médicos, supervisora, enfermeras y auxiliares de la Unidad, enfermera gestora de casos, fisioterapeuta y trabajador social, que, de la misma manera, aportan y comparten información de cada paciente para trabajar en común.

El abordaje interdisciplinario facilita el trabajo y mejora la atención del paciente y su familia.

En el caso del equipo de Cuidados Paliativos, la reunión es diaria ya que, debido a la complejidad de los pacientes con los que trabajan, su situación puede variar día a día. Asisten a la reunión médicos, supervisora, enfermeras y auxiliares de la Unidad, psicóloga y trabajadora social.

Las ventajas del trabajo colaborativo interdisciplinario son múltiples: favorece el intercambio de información, evita duplicidades, aumenta la eficiencia, crea sinergia, facilita un feedback entre los profesionales... Esta manera de trabajar es muy enriquecedora ya que permite la posibilidad de aprender de los conocimientos y experiencias de otros profesionales y mejora la seguridad y la calidad de la atención al enfermo.



UNITAT DE QUALITAT

Seguretat dels pacients #SegPac

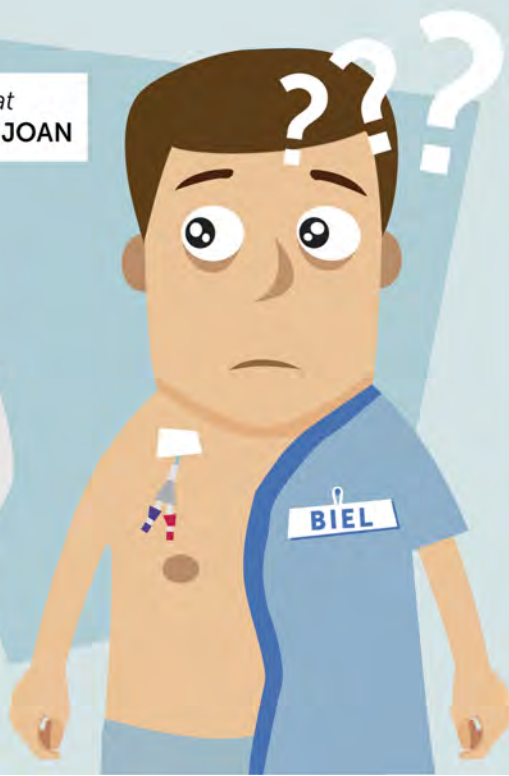


miqueltorres.es

Identificació dels pacients

1. Tots els pacients han d'estar identificats amb la polsera.
2. Hem de confirmar el nom del pacient abans de realitzar qualsevol procediment, tècnica o trasllat intrahospitalari.

T'hem posat un catèter, JOAN





PROTAGONISTA

María Viña García-Bericua

Entrevista a Juan Manuel Gavala Arjona, Director de Enfermería de HUSE

Juan Manuel Gavala Arjona (Lebrija, 1977) és diplomat en Infermeria (Universitat de Granada, 1996-1999), llicenciat en Biologia (Universitat de les Illes Balears 2006-2010) i llicenciat en Bioquímica (Universitat de les Illes Balears 2009-2011). Compta també amb un màster en Infermeria d'Urgències, Emergències i Catàstrofes (Universitat de Sevilla 2000-2001) i un expert en Gestió Clínica (UNED 2015). I és, a més, infermer especialista en Pediatria des de l'any 2015.

Després de gairebé un any com a supervisor d'àrea de Docència, Recerca i Innovació afronta amb il·lusió el repte professional i personal que suposa ocupar la Direcció d'Infermeria de l'Hospital Universitari Son Espases.

Quan començares a treballar a l'HUSE? Què destacaries dels teus inicis com a infermer?

Vaig començar a treballar a l'antic Hospital Universitari Son Dureta l'any 2002, en el Servei d'Urgències de Pediatria, hi vaig treballar durant nou anys, primer amb contractes, després amb una interinitat i, més tard, amb la plaça en propietat.

Després d'estudiar a Ceuta durant tres anys, el que tenia clar era que volia treballar com a infermer d'una manera contínua, com gairebé tots els professionals, per això vaig enviar el meu currículum a totes les borses de treball. Vaig treballar a Sevilla, Màlaga, Badajoz, fins i tot me'n vaig anar a Itàlia, fins que finalment, com que tenia amics que feien feina a Son Dureta, vaig decidir venir a Mallorca. Els meus inicis professionals a l'Illa van ser a la Clínica Femenia i a la Clínica Rotger, en el Servei d'Urgències, ja que havia cursat un màster en Urgències, Emergències i Catàstrofes. Poc temps després, vaig començar a Urgències de Pediatria de Son Dureta. Els nou anys que hi vaig ser van ser fantàstics. Quan vaig arribar tenia 22 anys i la resta de companyes superaven els 40, a més era l'única lot i, per tant, em van tractar com un fill. La manera de treballar en el Servei era com el de "la vella escola" i, a poc a poc i amb altres companys joves que van arribar després, li vam poder donar un gir i l'adaptarem als temps que corrien, sempre tenint com a base l'experiència de les nostres companyes i la pràctica en l'evidència.

Sempre m'he considerat un infermer, assistencialment parlant, com molts d'altres, però amb moltes inquietuds, per aquest motiu m'he anat preparant en cada un dels llocs que he ocupat.

Des de la teva experiència com a infermer especialista en Pediatria, quins aspectes del tenir cura consideres especialment importants?

Durant els 14 anys que vaig treballar a Pediatria, vaig aprendre que calia prestar una atenció especial a les famílies, no ens hem de centrar només en els infants.

En els anys que vaig fer feina com a supervisor d'Oncologia, Cirurgia i Trauma, teníem molt clar que havíem d'orientar les cures a apoderar les famílies en l'atenció de la malaltia. Amb aquesta finalitat, dissenyàrem diferents projectes com sessions multidisciplinàries per a pares d'infants amb càncer, elaboràrem guies de cures, creàrem el Blog Oncoinf...

També tractàrem d'apoderar els pacients i no ens centràrem només en els pacients pediàtrics a partir de 8-9 anys, sinó que tractàrem de fer entendre als infants de menys de 8 anys aspectes relacionats amb la seva malaltia. En aquest projecte, s'hi va implicar també Maria Bimbolles.

Cal tenir cura dels professionals, sobretot dels que treballen a unitats en què el risc de Burnout és més elevat. També posàrem en marxa un projecte sobre afrontament a la mort en el personal d'infermeria i sobre l'atenció de situacions complicades. Per a aquests projectes, tinguérem l'ajuda de la psicòloga d'Aspanob i de Cures Pal·liatives Pediàtriques, que ens van fer sessions de coaching.

Treballes en alguna línia de recerca? En quin camp t'agradaria aprofundir?

En el lloc que ocup actualment, no em puc dedicar a la recerca; però, en el moment en què deixi de ser director d'Infermeria, vull començar el doctorat, que anirà dirigit en la línia de la cronicitat infantil

Com començares a interessar-te per la gestió? Què t'ha aportat?

No m'havia plantejat mai ser supervisor, m'ho havien proposat en tres ocasions i sempre havia dit que no, que estava estudiant i que no em motivaven gaire els llocs que em proposaven. Quan nasqueren els meus fills, bessons, la meva dona i jo teníem torns rodats, gairebé no ens vèiem i jo era a punt d'acabar la carrera, llavors em van comentar que una supervisora volia deixar el càrrec i em vaig oferir directament. Arran d'això, em vaig formar i vaig treballar cinc anys com a supervisor d'Oncologia, Cirurgia i Trauma infantil, un any com a supervisor d'àrea de Docència, Recerca i Innovació i, actualment, ocup el càrrec de director d'Infermeria.

M'ha aportat moltes coses en l'àmbit personal, abans era molt més impulsiu, ara pens una mica més les coses. He moderat el caràcter. M'ha ajudat a potenciar el meu costat més humà en les relacions personals, abans era més introvertit; però, sobretot, m'ha situat en una posició propera al lloc on es prenen una part de les decisions i s'hi tenen en compte les meves aportacions.

Què va suposar el teu nomenament com a director d'Infermeria?

En primer lloc, vaig sentir molt de vertigen i una gran responsabilitat. També va suposar un gran orgull poder dirigir, en l'àmbit de la infermeria, l'Hospital en el qual he crescut professionalment. Sé que tenc una gran tasca per endavant, encara que tenc clar que he de seguir el treball iniciat pels meus companys anteriors, però impregnant aquests projectes amb la meva essència.

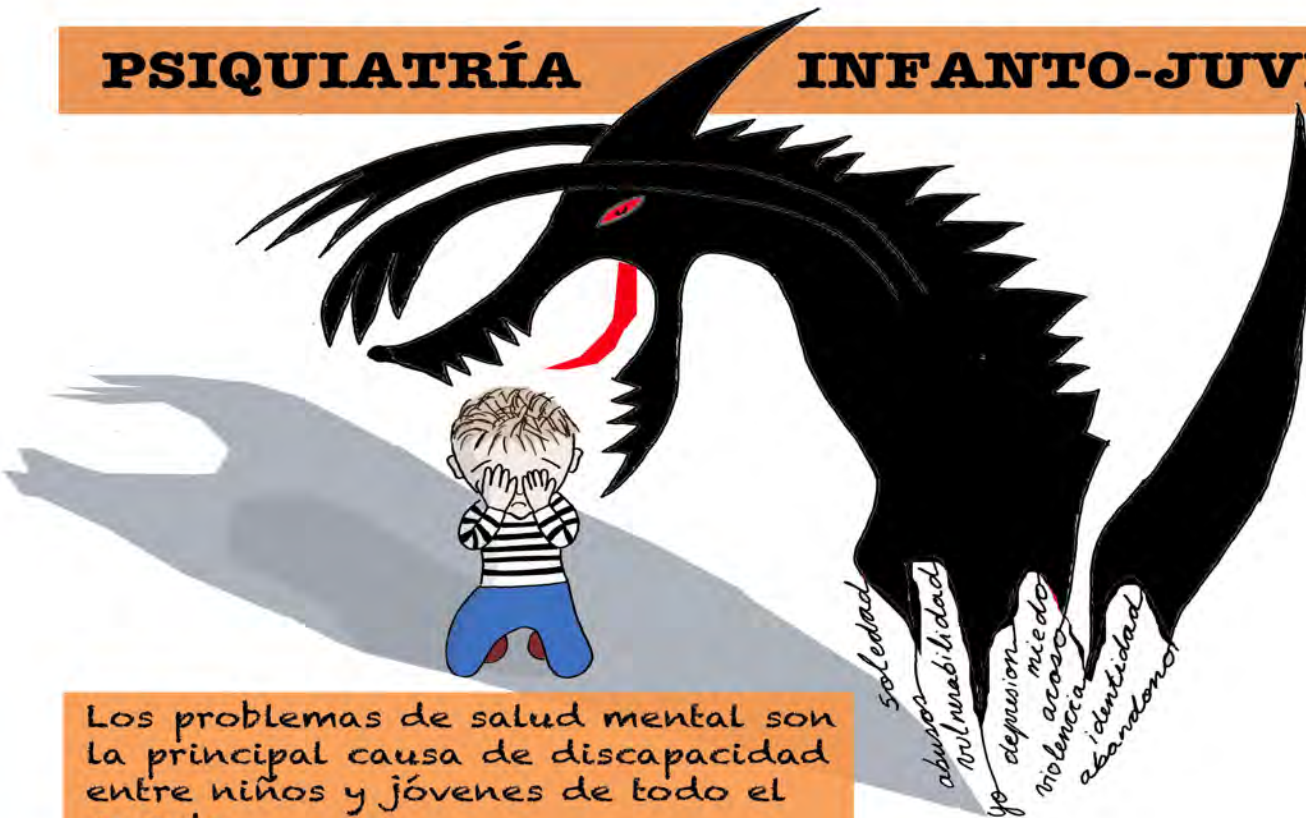
En el teu projecte per a la Direcció d'Infermeria, a què atorgues prioritat?

Des del minut u, tant el director gerent como jo mateix, ens hem proposat abans de res millorar tot el que estigui relacionat amb Recursos Humans (millores en la contractació, adequacions de llocs de treball, circuits interns...).

També és important disposar, en el nostre Hospital, d'una infermeria més especialitzada i aconseguir que hi hagi més infermers de pràctica avançada.

M'agradaria molt que l'Hospital fos més visible fora de la Comunitat i que mostràssim tots els projectes que s'hi duen a terme, tant amb la presentació a congressos, amb l'assistència a jornades o amb la publicació a revistes.

També té prioritat impregnar als nostres companys l'essència de la recerca i la transferència del coneixement i humanitzar les cures en totes les àrees.



Los problemas de salud mental son la principal causa de discapacidad entre niños y jóvenes de todo el mundo

Anaïs

VENTANA A LOS ESPECIALISTAS

Eugenia Nadolu

Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil

El mito de que los niños y los adolescentes ni se deprimen ni sufren ya ha pasado a la historia. Desgraciadamente, en la sociedad que nos ha tocado vivir, cada vez hay más sufrimiento mental en los menores. Estamos ante una demanda de la sociedad, cada vez con más auge, en la que los profesionales sanitarios tenemos que formarnos y entrenarnos para atender a estas nuevas necesidades.

Como respuesta a esta demanda, en nuestra Comunidad Autónoma se creó, en el año 2010, el Institut Balear de Salut Mental de la Infància i l'Adolescència, con sede principal en el Hospital Universitari Son Espases, módulo A, planta -1. El Servicio dispone de cuatro niveles de actuación:

1. Recursos primarios (pediatras, maestros, equipos de orientación psicopedagógica)
2. Tratamiento individual en las Consultas Externas (psicólogo, psiquiatra, enfermero)
3. Tratamiento grupal en consultas (psicoeducación)
4. Tratamiento más especializado e intensivo en el Hospital de Día y en Hospitalización.

Cada vez se aboga más por ingresos hospitalarios de corta duración y se pone énfasis en el tratamiento en el área ambulatoria para atender de manera integral al menor, a la familia y al entorno social.

La cartera de servicios de IBSMIA incluye: trastornos generalizados del desarrollo o trastorno de espectro autista (TEA), trastorno de la conducta alimentaria (TCA), trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH), trastornos psicóticos, trastornos afectivos y del estado de ánimo.

La mayor parte de la demanda en salud mental infante juvenil es y seguirá siendo “los problemas de conducta”, que muchas veces no corresponden a ninguna patología pero que provocan ansiedad a los padres y a los profesores y el colapso de los servicios.

Cuando la situación de crisis lo requiere, se lleva a cabo el ingreso hospitalario en la planta. Este año, debido al aumento de la demanda, se ha ampliado el número de camas de 8 a 11.

El equipo que atiende a los menores ingresados está constituido por: 2 psiquiatras; un psicólogo compartido con el Hospital de Día; 7 enfermeros, de los cuales 2 son especialistas en salud mental; 7 auxiliares, y 4 celadores.

Llama la atención el incremento, en el último año, de las conductas autolesivas y la ideación suicida en los adolescentes, muchas veces como una reacción de “contagio” en las redes sociales.

Por eso, el personal de enfermería debe formarse continuamente para poder acercarse a las necesidades emergentes de los menores.

Se necesita tener una “ACTITUD” en salud mental, ya que es una potente herramienta terapéutica.

En la Unidad, se realizan talleres terapéuticos, que, junto con la medicación, agilizan la recuperación y disminuyen el sufrimiento del menor. La relajación, los ejercicios físicos y estiramientos, los juegos de mesa, actividades como pintar... ayudan a que la mente desconecte y que se distraigan.

Este mes, vamos a poner en marcha nuevos talleres como: arteterapia, aromaterapia, cine fórum y expresión corporal para ampliar la oferta de abordajes terapéuticos que pueden ser llevados a cabo por parte del equipo de la Unidad: enfermeros, auxiliares y celadores.

La Unidad participa en el Programa de Contención Mecánica 0 del nuevo Plan Estratégico de Salud Mental (2016-2020) y cuyo objetivo es reducir el número de las contenciones mecánicas y promover la formación en estrategias de contención verbal para todo el personal de la Unidad. Reducir el número de las contenciones mecánicas es un indicador de calidad que nos hemos propuesto para el nuevo contrato de gestión.

En la línea de reducir las intervenciones coercitivas, se creará en la Unidad una “Habitación de Tiempo fuera”, una contención ambiental para actuar ante los episodios de agitación psicomotriz en los menores ingresados.

A pesar de que la Unidad dispone de pautas generales de actuación, muchas veces las intervenciones se llevan a cabo de manera individualizada para garantizar una buena praxis.

Una vez más, no cuenta la cantidad, sino la calidad de la atención y eso es lo que queremos ofrecer a los niños ingresados. Muchas veces, durante el turno laboral, es necesario un enfermero para atender a un solo menor. Supervisar, acompañar, monitorizar la seguridad y las ingestas requiere estar con los pacientes durante todo el tiempo.

Para aumentar la seguridad en la Unidad, están instaladas cámaras de vigilancias en algunas habitaciones. El reto es conseguir que se instalen en todos los espacios de la Unidad. El proyecto está en marcha.

Dentro del equipo, hay personal con habilidades creativas que ayuda a decorar la planta y a convertirla en un espacio más acogedor.

Los materiales “fungibles” que, muchas veces, utilizamos en la Unidad son: acuarelas, pinceles, cartulinas, mandalas, juegos de mesa, rotuladores de colores, pelotas..., objetos que se convierten en un lenguaje más comprensible para los menores. Los resultados de las “intervenciones” nos siguen sorprendiendo.

En la base de nuestro trabajo está el lema “Juntos hacemos un gran equipo” que nos ayuda a motivar, formar y autocuidar.

Eugenia Nadolu, supervisora IBSMIA.

“Cada niño y joven del planeta es un reflejo de su hogar, su familia y su sociedad. Dale confianza y será confiable, respétalo y será respetuoso, ámalo y será un gran ser humano.”



HISTORIAS RADIOLÓGICAS

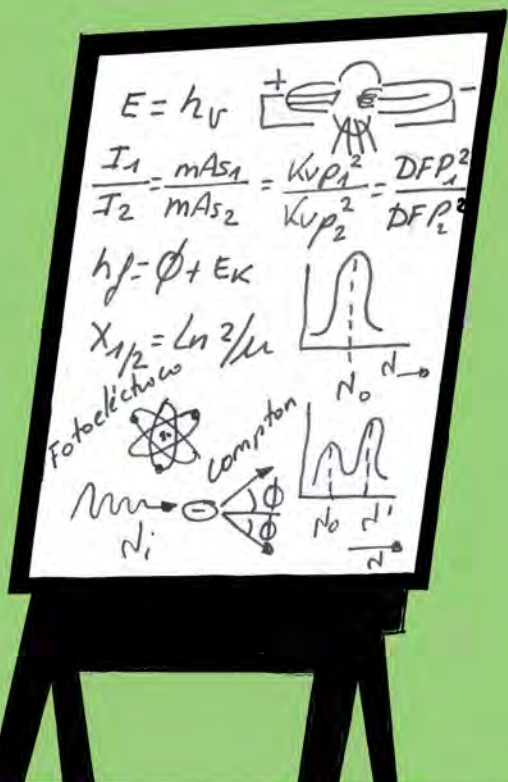
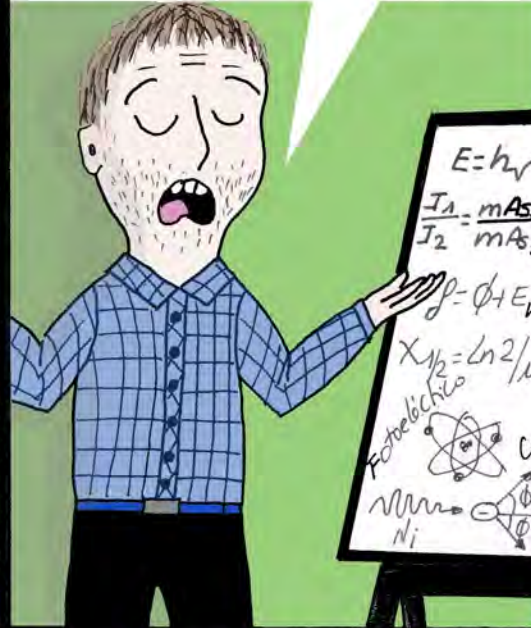
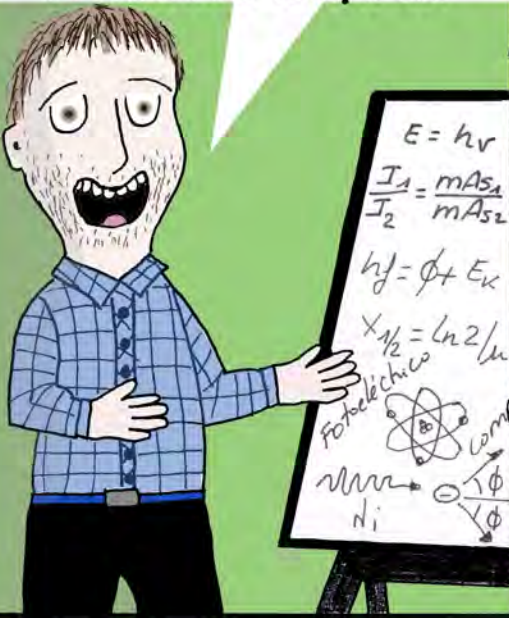
La sesión de Radioprotección

"Saber que sabemos lo que sabemos y saber que no sabemos lo que no sabemos, eses es el verdadero conocimiento" Nicolás Copérnico

y los FOTONES bla bla bla
absorbidos bla bla bla
blindaje bla PLOMO bla bla
bla paredes bla ventanas
Plomadas bla bla ZONAS
bla VIGILADAS bla bla bla
DOSIMETRO solapa bla

Organismos bla bla bla
internacionales bla OIEA bla
ICRP bla bla bla informes
CSN bla bla mSv bla limites
dosis RPSRI bla bla bla SEPR
bla bla bla bla RD 783/ 2001

Y es por esto que desde
Protección Radiológica
podemos afirmar que
la seguridad está
garantizada
¿¿ALGUNA PREGUNTA???



Pues mi vecina del quinto
tiene una prima que está
casada con el hermano de
un conocido que un día
pasó por el hospital, y me
ha dicho que los fotones de
Rx si que pueden
atravesar el plomo y que
además saben doblar las
esquinas, así que ...
¿¿¿ A QUIEN TENEMOS
QUE CREER???

anavalus



COMPAÑEROS

Ana María Luis Martínez

Radiofísica Hospitalària

Les tasques dels Físics a l'àmbit hospitalari es desenvolupen a Espanya des dels anys setanta, però el reconeixement oficial de la professió no es va produir fins a la creació de l'especialitat sanitària l'any 1997. Aquest reconeixement oficial no sempre ha comportat la visibilitat dels professionals que desenvolupen la seva feina als serveis de física mèdica dels hospitals, i és per això que en aquest tercer número hem decidit presentar el treball dels companys de Radiofísica Hospitalària, un servei i uns professionals desconeguts tant per als pacients com per a la major part del personal de l'hospital.

La finalitat del Servei de Radiofísica Hospitalària és donar suport a qualsevol instal·lació, tant de l'hospital Son Espases com dels altres centres sanitaris de l'IBSALUT, per assegurar una utilització de les radiacions adient i amb el menor risc possible pels pacients, treballadors i públic. La seva cartera d'activitats inclou de manera general:

- Controls de qualitat i seguiment dels manteniments preventius d'unitats de tractament de Radioteràpia, fonts radioactives, equips de Radiodiagnòstic i equips de Medicina nuclear.

- Dosimetria de pacients de radioteràpia i control de dosi de pacients sotmesos a proves diagnòstiques o de tractament amb radiacions ionitzants
- Acreditació del personal per a l'operació amb equips emissors de radiacions ionitzants
- Gestió dels dosímetres del personal exposat a radiacions ionitzants
- Protecció radiològica en general dins de l'àmbit hospitalari

La història del Servei de Radiofísica té el seu inici l'any 1982 a l'Hospital Son Dureta, on Bartolomé Ballester Moll va començar a realitzar les seves funcions com a físic adscrit al Servei de Radioteràpia. L'any 1991 la gerència de Son Dureta va crear el Servei de Radioprotecció com a unitat independent assistencial, de la qual Bartolomé Ballester Moll va ser Cap de Servei fins a la seva renúncia al novembre de 1992, i l'any 1993 el va substituir en el càrrec Joan C. Font Gelabert, l'actual Cap de Radiofísica (1)

El Servei de Radioprotecció de l'Hospital Son Dureta estava ubicat al soterrani de l'Edifici A, juntament amb les instal·lacions de Radioteràpia i Medicina Nuclear, i durant els primers anys comptava amb el Cap de Servei, dos Físics adjunts, dos Tècnics Especialistes i un Administratiu. Amb el progressiu augment d'hospitals a totes les Illes Balears i el trasllat de Son Dureta a Son Espases es va produir un increment tant del nombre d'instal·lacions com d'equips, i va permetre l'acreditació del servei com a Unitat Docent per a la formació de Radiofísics, a més de suposar una ampliació gradual del personal.

Actualment trobam la unitat de Radiofísica Hospitalària a la Planta -2, mòdul H, i està formada pel Cap de Servei, quatre Radiofísics adjunts, tres Radiofísics residents, quatre Tècnics Especialistes i una auxiliar Administrativa.

L'equip de Tècnics realitza la seva feina de dilluns a divendres en torn de matí, i està integrat per dos Tècnics Superiors en Imatge pel Diagnòstic i Medicina Nuclear (TESID/TESIDMN), Francisca Hidalgo Rodríguez i Maria Dolores García Carmona i per dos Tècnics Superiors en Radioteràpia i Dosimetria (TSRTD), tot i que en aquest moment només trobam Juan Romero Pérez ja que l'altra plaça està pendent d'adjudicar.

Les tasques de les dues Tècnics Superiors en Imatge pel Diagnòstic i Medicina Nuclear es divideixen en cinc blocs principals: medicions i controls relacionats amb el servei de Medicina Nuclear, gestió del magatzem de residus radiactius, col·locació i retirada de dosímetres d'àrea mensuals a diferents instal·lacions de l'hospital, manteniment i calibratge dels propis equips de medicion i realització de registres i estadístiques de les activitats realitzades. A part de tot això, en cas de necessitat poden realitzar juntament amb els Radiofísics controls de qualitat dels equips de Radiodiagnòstic.

De totes aquestes activitats, les relacionades amb Medicina Nuclear i la gestió del magatzem de residus radiactius són les que ocupen la major part de la jornada laboral.

Els pacients de Medicina Nuclear es converteixen en fonts radioactives una vegada que han rebut el radioisòtop i és important realitzar medicions de dosi ambiental i de contaminació als diferents espais que transiten a dins del propi Servei de Medicina Nuclear i a d'altres ubicacions de l'hospital on també son tractats. Aquestes medicions es fan amb la finalitat d'evitar exposicions innecessàries de pacients, treballadors o públic, tant a primera hora com a darrera hora del dia, així com en qualsevol altra situació en que es consideri necessari, com per exemple en els casos de vessament accidental de fluids radioactius.

En quant a la gestió dels residus radiatius, s'encarreguen del control del funcionament general del magatzem, de la vigilància dels nivells dels dipòsits d'excretes i verificació del decaïment dels residus radioactius hidrosolubles abans de realitzar l'abocament a la xarxa de clavegueram.

Les funcions dels Tècnics Superiors en Radioteràpia i Dosimetria es realitzen sempre baix la supervisió dels Radiofísics i comprenen la calibració de feixos, la gestió de les diferents etapes del procés de planificació i simulació, la realització de controls de qualitat i el registre de les activitats realitzades.

De totes aquestes activitats, la realització de dosimetries clíniques suposa el 90% del temps de feina del tècnic de dosimetria. Una vegada realitzats tots els estudis clínics al pacient, les dades arriben al servei de Radiofísica on les imatges de TC, RMN o PET són sotmeses a diferents processos amb la intenció d'identificar les estructures anatòmiques i traçar els contorns.

La dosimetria clínica s'encarrega de l'anàlisi i manipulació d'aquestes imatges amb el fi de planificar les irradiacions dels pacients que es realitzaran a Radioteràpia. Aquests càlculs es fan de manera individual per cada un dels pacients i són de màxima importància a Radioteràpia, on les dosis subministrades són molt elevades. Per poder dur a terme tot el procés amb seguretat s'utilitzen programes informàtics especialitzats, amb la intenció de assegurar amb gran exactitud que el tumor rep la major part de la radiació mentre que es protegeix la resta de teixits sans que es troben al voltant.

En definitiva, les funcions dels Tècnics a un servei de Radiofísica Hospitalària són diferents de les que podrien desenvolupar a Medicina nuclear, Radiodiagnòstic o Radioteràpia, ja que no s'ocupen directament de l'obtenció de la imatge diagnòstica ni de l'aplicació dels procediments de tractament, si no que s'encarreguen dels aspectes relacionats amb la protecció radiològica i la planificació dels tractaments. Aquestes activitats passen desapercebudes i per tant són molt sovint poc valorades, però en realitat són essencials per la seguretat de tots aquells que hem d'acudir cada dia a l'hospital a rebre atenció sanitària o realitzar la nostra feina.

“No cal témer a res a la vida, només cal comprendre”

Maria Skłodowska-Curie



ASOCIACIONES

Ernesto Sardi



La Asociación Parálisis Cerebral a Baleares es una entidad privada, sin ánimo de lucro, que se constituyó en el año 1976 por la iniciativa de unos padres que tenían hijos afectados por esta enfermedad. La misión de ASPACE es la atención integral de las personas con parálisis cerebral y patologías afines, así como a sus familias. Aspace cuenta, dentro de sus instalaciones, con un Colegio de Educación Especial, CCEE Pinyol Vermel, concertado con la Consejería de Educación y Cultura, con un enfoque hacia la inclusión educativa de niños y niñas.

Para poder llevar a cabo su labor, Aspace cuenta con una gran diversidad de profesionales, que realizan una atención directa, entre ellos: trabajadores sociales, enfermeros, logopedas, psicólogos, fisioterapeutas especializados en adultos y en pediatría, terapeutas ocupacionales, ortopedas y médico rehabilitador.

Concretamente, la Fisioterapia Neurológica Infantil.

Trata a bebés y a niños con alteraciones en su capacidad de movimiento para que tengan un adecuado desarrollo motor y puedan alcanzar la máxima independencia funcional. Es decir, trata a bebés prematuros y a recién nacidos con algún tipo de riesgo neurológico, así como a niños y preadolescentes con un daño cerebral adquirido o congénito o con trastornos neurológicos.

Una de las principales características en las que difiere el tratamiento de los niños al de las personas adultas, es que los niños están en fase de desarrollo madurativo; así pues, hay que saber acompañar y potenciar este desarrollo de una manera específica y adecuada y tener una especial consideración y coordinación con el entorno familiar y social.

Hablaremos, pues, de una de las especialidades, la Fisioterapia Pediátrica en la atención a los niños afectados de parálisis cerebral y patologías afines.

El Fisioterapeuta Pediátrico, de manera general, interviene en los aspectos relacionados con el desarrollo motor del niño: el tono muscular, la coordinación motora, el equilibrio y el control postural.

Dicho profesional debe conocer el desarrollo motor del niño desde el nacimiento hasta los dos años; debe tener en cuenta que sus estructuras óseas y musculares evolucionan según van creciendo, por lo que es necesario un buen examen ortopédico y neurológico y unas constantes revisiones para adaptarse a los cambios sufridos.

Ante todo, debe valorar y tratar al niño, en colaboración con los padres, y estar integrado dentro de un equipo transdisciplinario, lo que ofrece un valor añadido al tratamiento integral, favorece una mayor consecución de objetivos terapéuticos y presenta un marco de actuación terapéutica más completo, lo que puede enriquecer el resultado global del mismo al producirse una complementariedad entre las distintas disciplinas de intervención.

Para ello, debe haber coordinación y, si es necesario, un trabajo conjunto en la misma sesión de tratamiento con terapeutas de otras disciplinas.

El tratamiento adecuado de fisioterapia pasa por el trabajo con el niño y con su familia, siempre motivador. El fisioterapeuta debe comprender lo mejor posible su situación biopsicosocial y ajustar el tratamiento a sus necesidades y motivaciones. Los objetivos en cada caso dependerán del diagnóstico clínico del niño y de sus características individuales, entre otros muchos factores.

Generalmente, dicho tratamiento estará centrado en potenciar o mantener las habilidades motoras (gruesas y finas); potenciar o mantener la coordinación, el equilibrio, la fuerza y la resistencia; facilitar su actividad funcional y, como consecuencia, conseguir una mejora en la integración sensorial y cognitiva y un bienestar personal.

Existen múltiples y diferentes ENFOQUES para el tratamiento:

- Conceptos clásicos (Bobath, Le Métayer, Vojta, Perfetti, Kabat, Doman Delacato...).
- Conceptos modernos para el trabajo de resistencia al esfuerzo (Therasuit, Forced use), para el trabajo de conciencia corporal (Anat Baniel), para el trabajo de la fascia (Abr), para el trabajo de integración de los reflejos (TMR, MNRI Masgutova), para el trabajo con repetición (Move) y modelos centrados en la familia.

No existen estudios que demuestren la superioridad de ninguno de ellos sobre los demás, pero es realmente interesante ir conociéndolos para tener una gran variedad de herramientas y ver cómo pueden enriquecer el tratamiento cada uno de ellos.

Aparte de conocer los diferentes enfoques, el fisioterapeuta pediátrico debe conocer de primera mano las AYUDAS DINÁMICAS. Estas ayudas son un apoyo o dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético.

Denominamos ayudas dinámicas a aparatos, dispositivos y soportes usados para corregir o facilitar la ejecución de una acción, una actividad o un desplazamiento, procurando ahorro de energía y mayor seguridad. Sirven para sostener, alinear o corregir deformidades y para mejorar la función del aparato locomotor.

Son las férulas, los trajes neuromusculares, el mobiliario adaptado, los bipedestadores, las sillas adaptadas... algunas de estas ayudas son para facilitar la movilidad y otras son para el CONTROL POSTURAL.

La deficiencia del control postural en los niños con parálisis cerebral es el resultado de múltiples factores: los problemas de interacción sensorial, la debilidad de la musculatura antigravitatoria, las alteraciones musculoesqueléticas secundarias... Y, sea la afectación que sea, GMS V, IV, III, II o I (de mayor a menor importancia según el orden escrito por la falta de movilidad que les caracteriza), es una variable muy importante que se debe controlar para retrasar la aparición del dolor, las intervenciones quirúrgicas y la instauración de las deformidades.

Nuestro agradecimiento a los niños Laura, Julian y Biel, y a los fisioterapeutas, Mari Carmen Abraham, Mima Moranta y Juan Quesada.

Blogosfera Sanitaria



WEB 2.0/RECURSOS

M^a Teresa Pérez Jiménez

Blogosfera Sanitaria

La Formación continuada es el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios destinado a actualizar sus conocimientos, habilidades y actitudes ante la evolución científica y tecnológica (Ley 44/2003 Ordenación de las profesiones sanitarias, art. 33.1)

La competencia profesional es la conjunción de conocimientos teóricos y las habilidades o destrezas adquiridas, todos ellos gobernados por una serie de actitudes necesarias, también actitud 2.0 basados en la participación, colaboración, actitud abierta, interactiva y horizontal con el único objetivo de compartir conocimientos para mejorar la salud de las personas.

Con estas premisas y valores de la web 2.0 nace la blogosfera sanitaria, espacios webs, blogs, wikis y canales sociales creados para promover las actitudes anteriormente citadas, compartir conocimiento, estar en constante formación continuada lo que enriquece nuestro entorno personal de aprendizaje o PLE, algo que todos debemos hacer en nuestra práctica diaria.

Es por ello que en este número queremos compartir algunos blogs creados por compañeros nuestros, profesionales de la salud activos, inquietos y en continuo aprendizaje que tienen la generosidad de compartir sus conocimientos y su personal entorno de aprendizaje.

Todos tenemos mucho que aportar porque no hay nada más valioso que el conocimiento profesional de años de experiencia, es por ello que desde #RedesHUSE os animamos a escribir y a crear blogs de salud y si ya lo tenéis lo podéis compartir con todos nosotros y le daremos difusión desde nuestros canales de comunicación.

-elenfermerodependiente: blog dedicado a divulgar gratuitamente técnicas, protocolos y manuales de enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos de manera visual y práctica. Creado por nuestro compañero Isidro Manrique, en las redes @uciero, Enfermero en la UCI de Castellón, que además es docente sobre Enfermería 2.0 y Salud 2.0.

Podéis acceder al blog en este enlace: <https://elenfermerodependiente.com>



- **enfermeriatecnologica:** aprovecha la tecnología para facilitar la vida de los demás, nos dice el autor de este blog, Pau Matalap, enfermero de la Unidad de críticos del hospital de Castellón, apasionado de las redes sociales, la tecnología, enfermerista e innovador. Con este blog estaréis al día de todos los avances tecnológicos, redes sociales, recursos digitales, apps y mucho más porque este enfermero es muy inquieto y no para. Podéis acceder al blog en este enlace: enfermeriatecnologica.com

A screenshot of the 'Enfermería Tecnológica' blog homepage. The header includes the title 'Enfermería Tecnológica' and a subtitle 'Blog dedicado a la tecnología aplicada a la enfermería'. Navigation links for 'INICIO', 'QUIÉN SOY', 'CATEGORÍAS', and 'ENLACES DE INTERÉS' are visible. The main content area features a large image of fireworks with the date '15 NOV' and the author 'PauMatalap'. Below the image, it says 'Publicado en Blog' and '22s comentarios'. The article title is 'HOY NACE "ENFERMERÍA TECNOLÓGICA"'. The text below the title reads: 'No hay mejor fecha que hoy, el día de mi cumpleaños, para arrancar este nuevo proyecto llamado "Enfermería tecnológica". Desde hace tiempo que he descubriendo el potencial de las Redes Sociales a la hora de adquirir conocimientos, compartir y recibir mi propia opinión'. On the right side, there is a search bar labeled 'BUSCAR' and a subscription section titled 'SUSCRIBETE AL BLOG POR CORREO ELECTRÓNICO' with a form to enter an email address and a 'SUSCRIBIRSE' button.

-Cuidando Neonatos: Rosario Ros es la autora de este blog, enfermera especialista en Pediatría y Supervisora de Docencia del Hospital La Fe, amante de las TICs, RRSS, eSalud y docencia, creó este espacio para ofrecer información fiable y de calidad sobre neonatos tanto a profesionales como a padres. Podéis acceder al blog en este enlace: cuidando-neonatos.blogspot.com.es.



-Enferdocente: es un medio de difusión del conocimiento enfermero tanto a nivel asistencial, como docente e investigador, a través de entrevistas, reportajes, vídeos y píldoras educativas. El autor es David Fernández, enfermero docente e investigador de Valencia, experto en vídeos, realidad virtual y todo lo digital. Os recomiendo seguirlo de cerca en este enlace: <http://www.enferdocente.es>.



-**Enfermería Basada en la Evidencia:** blog y enfermera de referencia en Evidencia, Azucena Santillán creó este espacio para promulgar los cuidados basados en la evidencia y la investigación en cuidados. No dudéis en guardar este blog este vuestros favoritos, enlace aquí: <http://ebevidencia.com>



- **Fisiobell, un fisioterapeuta enredado:** Manuel Sánchez, @fisiobell en redes, es un padre enamorado, amante de las redes sociales y la Fisioterapia, además de ser un #sherpa20. Su blog es uno de los referentes en Fisioterapia con contenidos sobre esta profesión, redes sociales, marketing y mucho más. Enlace: fisiobell.com.



-**Matronas y Tu, el blog de la FAME:** blog de la Federación de Asociaciones de Matronas de España creado para acercar a las matronas a todas vosotras, ayudar a la mujer a hacerla partícipe del proceso del parto y a mejorar la relación matrona-mujer. Espacio lleno de recursos, información y con presencia en redes sociales, enlace aquí: <https://matronasytu.com>



- **Zona (des)controlada:** aventuras de una técnico de Radiología, Radioterapia y además im-paciente, Almudena Calleja (@AlmuRadX) trabaja actualmente en Burgos como Técnico de Radioterapia, que además sabe lo que es estar del otro lado, recién diagnosticada de cáncer de mama es ejemplo de paciente im-paciente en la red.

Os invito a seguirla y a entrar en su blog. <https://zonadescontrolada.wordpress.com>



-**Enfermera de Vocación:** mi blog personal con contenido de Salud Mental, unidad donde trabajo y además todo tipo de recursos y herramientas digitales, mi pasión es la Salud Digital y las redes sociales. Soy muy activa, sigo todo lo relevante de nuestra profesión, hashtags de jornadas y congresos, elaboro crónicas y comparto todo lo referente a la enfermería en la red. Entre las secciones de mi blog podéis mirar en la blogosfera sanitaria con una selección de más blogs que pueden ser de vuestro interés. Enlace: enfermeradevocacion.com



¿Qué tubo lleno primero?

Orden de llenado de los tubos para analíticas

@Creative_Nurse

Si el método de extracción es con...

SOCIALIZADOS

JERINGA



PALOMILLA



ANALITICAS



LA GASOMETRIA DEBE SER ENVIADA LO ANTES POSIBLE AL LABORATORIO
Valora extraerla la última para disminuir el tiempo que esta sin procesar

CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA



El orden de extracción es una estrategia para **minimizar** el riesgo de contaminación de los tubos con aditivos como el citrato de sodio o el K-EDTA.



Revisa el **PROTOCOLO** o **MANUAL** de tu lugar de trabajo. **No** en todos los centros de trabajo **existe el mismo material**, por lo que debes tenerlo en cuenta.



Elige el **método de extracción** más adecuado tanto para el paciente como para el análisis que se le va a realizar.



Se sugiere como causa de la **contaminación de muestras** no el orden de extracción de tubos, sino el **uso de sistema abiertos** como la **jeringuilla**.



Mira en las etiquetas de los tubos para saber exactamente si contiene o no algún aditivo o anticoagulante. **Los colores de los tubos pueden variar** según el fabricante.



Utiliza **dispositivos de bioseguridad** que impiden o minimizan el riesgo de "pinchazos" en el procedimiento de extracción de muestras sanguíneas.



INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Enrique Luján Sosa

Lactancia materna durante el embarazo y en tándem

Una madre que está amamantando a su hijo y vuelve a quedarse embarazada decide no interrumpir la lactancia materna y seguir dando el pecho durante todo el embarazo. Una vez nacido el bebé, amamanta a sus dos hijos, conjuntamente o por separado. Este tipo de lactancia recibe el nombre de lactancia en tándem.

Cuando empiezas a indagar sobre la lactancia durante el embarazo y sobre la lactancia en tándem, la principal cuestión que te planteas es la de la seguridad de dicha práctica. No hace mucho, algunos profesionales advertían a las mujeres, erróneamente, de que dicha práctica podía causar un aborto involuntario o un parto prematuro. Mientras que, por otra parte, otros profesionales, basándose en sus propias observaciones, afirmaban que no había ningún problema ya que, durante la historia de la humanidad, muchas mujeres habían amamantado durante el embarazo sin ningún problema. Sin embargo, ninguno de estos dos grupos, podía ratificar sus argumentos, pues no había ninguna investigación directa al respecto.

La oxitocina (hormona secretada por la hipófisis) cuando es secretada fisiológicamente provoca contracciones uterinas y estimula la subida de la leche. También se prepara farmacológicamente con el fin de inducir el parto, aumentar la fuerza de las contracciones o controlar la hemorragia posparto. La investigación médica sobre cómo se segrega la oxitocina con la estimulación del pezón y cómo podría desencadenar el parto demuestra que, durante la lactancia, se libera menos cantidad y que el útero no reacciona de la misma manera. Un estudio de Kimura et al (1996) constató que una alta dosis de oxitocina sintética no es capaz de desencadenar el parto hasta que el embarazo no llega a término.

L. Regan, Director of the Service at St Mary's Hospital of London, refiere, en alguna de las entrevistas que le han realizado, que "[...]no existe base científica para afirmar alguna conexión entre el aborto involuntario y la lactancia materna, por lo que no existe un motivo para incitar a una mujer embarazada a destetar[...]", "[...]si un embarazo es saludable, la lactancia materna no lo hace descarrilar[...]" y "[...] si una madre lactante experimenta un parto prematuro o un aborto voluntario, lo más probable es que hubiera ocurrido igual".

Investigación reciente

- Ishii 2009, Japón. Se hizo un estudio con 110 mujeres que combinaban embarazo y lactancia frente a 774 que no lo hacían. Este estudio demostró que el aborto involuntario se produjo en el 7,3% en el primer grupo y en el 8,4% en el segundo, una diferencia no significativa.

Conclusión: incluso si la madre está embarazada, la lactancia materna debe continuar hasta que se produce el destete de forma natural, el tema de la lactancia materna durante el embarazo es un problema que hay que superar. A través de la incomprensión y de los prejuicios, innumerables bebés han sido privados de los beneficios de la lactancia materna.

- Madarshahian y Hassanabadi 2012, Iran. Se realizó un estudio con 80 mujeres que combinaban embarazo y lactancia frente a 240 que no lo hacían. Se centraron en los embarazos de bajo riesgo y no encontraron diferencias en la incidencia de problemas durante el embarazo: infección, hipertensión y hemorragia. Además, las madres gestantes que amamantaron tuvieron las mismas probabilidades que las que no amamantaron de tener partos a término.

Conclusión: la lactancia materna, durante el embarazo de bajo riesgo, no está asociada con un mayor riesgo de resultados adversos maternos y neonatales. La combinación de la lactancia materna con el embarazo es una decisión personal

- Aldabra 2013, Iraq. Se hizo un estudio, durante un año, con 215 embarazadas que amamantaron durante la gestación frente a 288 que no lo hicieron. La incidencia de nacidos prematuros y con bajo peso al nacer no fue estadísticamente significativa entre los dos grupos, mientras que la incidencia de aborto involuntario fue significativamente menor en el grupo que amamantaba.

Conclusión: la lactancia materna no aumenta el riesgo de nacimientos prematuros o abortos espontáneos ni tampoco afecta al peso del bebé al nacer.

- Ayrim 2014, Turquía. Se realizó un estudio con 165 mujeres con embarazo único que estaban amamantando al bebé que habían tenido anteriormente. 45 de las mujeres continuaron con la lactancia, mientras que 120 destetaron. Las mujeres embarazadas que amamantaban ganaron menos peso que las que no amamantaban y tuvieron una mayor disminución del nivel de hemoglobina durante el embarazo. Entre los dos grupos, no hubo diferencia estadísticamente significativa de hiperémesis gravídica, amenaza de aborto, preeclampsia, parto prematuro, peso neonatal o test de Apgar al nacimiento.

Conclusión: la lactancia materna durante el embarazo no es perjudicial y los profesionales de la salud no deberían recomendar el destete si las gestantes continúan amamantando, deberían observar de cerca a la madre, al bebé y al feto por si hubiera efectos negativos y, en su caso, paliarlos.

Los hallazgos de Aldabra y Ayrim, en relación con el peso al nacer, hacen referencia a otra gran preocupación sobre la lactancia durante el embarazo: ¿Podría dañar al feto la lucha por los nutrientes con el bebé lactante? ¿Podrían las demandas del feto y del bebé agotar a la madre? Hay motivos que amparan que las mujeres de países desarrollados con acceso a una dieta variada no necesitan preocuparse de perjudicar ni a su feto ni a su bebé ni a ellas mismas. Con la vigilancia a un adecuado aumento de peso durante la gestación, con una dieta básica con suficientes calorías y con la ingesta de líquidos apropiada es suficiente para asegurar que la nutrición es adecuada para los tres.

Las mujeres mal alimentadas o desnutridas están en una situación de desventaja a la hora de proveer los nutrientes necesarios al feto y al bebé y, aún más, cuando se trata de ambos a la vez. Un intervalo corto de recuperación entre el nacimiento y un nuevo embarazo se suma a la sobrecarga de estos requerimientos. Es necesaria más investigación para determinar los efectos de la suplementación nutricional así como de los factores socioeconómicos en estas situaciones.

Existe evidencia de que la lactancia materna durante el embarazo no presenta riesgos para una madre bien alimentada y con un embarazo saludable. De igual manera, es grande la evidencia de los beneficios tanto físicos como emocionales de la lactancia materna cuando la madre y el bebé así lo desean.

La American Academy of Family Physicians (AAFP), en 2008, declaró el apoyo a la lactancia materna durante un embarazo normal e insistió en que el destete, antes de los dos años, aumenta la probabilidad de enfermedades en la infancia.

La Società Italiana di Medicina Perinatale, Il gruppo di lavoro sull'allattamento al seno, y il Ministero della Salute d'Italia, llevaron a cabo una revisión exhaustiva de las publicaciones científicas existentes para "determinar la compatibilidad médica del embarazo y la lactancia".

Dicha revisión, publicada en 2014, es la recopilación más completa de investigación médica relevante hasta la fecha. Concluye que: “Hay que reconocer que, en su conjunto, las posibles consecuencias negativas de la lactancia materna durante el embarazo sobre la salud de la madre/embrión/feto/bebé no están basadas en la evidencia, [...] Incluso en los países menos desarrollados, los riesgos relacionados con la combinación de la lactancia materna y el embarazo parecen asociarse más con la falta de una nutrición suficiente de la madre y el bebé mayor, con el destete abrupto, y con intervalos cortos entre nacimientos que de la misma combinación, [...] En base al conocimiento actual, no hay evidencia médica para indicar que en la población general, las mujeres en edad reproductiva tengan un mayor riesgo de parto prematuro o aborto involuntario si continúan con la lactancia durante el embarazo. También es poco probable que una restricción significativa del crecimiento intrauterino pueda ser el resultado de la combinación del embarazo con la lactancia materna, particularmente en mujeres sanas y bien nutridas de países desarrollados”.

Es el momento de desmitificar esta práctica y dejar a un lado el paternalismo para que, de esta manera, las mujeres tomen sus propias decisiones sobre la lactancia durante el embarazo, así como en cualquier otro momento de su vida.

Una vez desmitificada esta práctica, despejaré algunas dudas frecuentes:

¿Los pechos están muy sensibles?

Uno de los primeros síntomas de embarazo es la extrema sensibilidad que la madre siente en los pechos. Por eso, para algunas mujeres, las tomas dejan de ser agradables, notan muchas molestias cuando el niño se coge al pecho. En ciertos momentos, este hecho puede forzar (o acelerar) un destete o provocar una reducción considerable en el número de tomas que hace el hermano mayor.

¿La producción de leche materna baja?

Se sigue produciendo leche materna pero en una cantidad mucho más reducida, este hecho es algo que disgusta a muchos niños que continúan mamando, por lo que prefieren destetarse por sí solos. Aproximadamente un 60% de los niños se destetan durante el embarazo de su madre, de ellos algo más de una tercera parte lo hacen entre el tercer y el cuarto mes de gestación, coincidiendo con la caída de la producción de leche, y el resto hacia el final del segundo trimestre. Antes se creía que lo dejaban por el cambio de sabor al aparecer el calostro, pero ahora se sabe que la leche materna no se transforma en calostro hasta pocos días antes del parto.

¿Qué ocurre con la subida de la leche?

La lactancia en tándem asegura una buena provisión de leche materna al haber más estimulación. La subida de la leche se produce igual pero con la ventaja de que se tendrá un hijo mayor que ayudará a descongestionar los pechos.

¿Afecta negativamente al nuevo bebe?

Aunque ya he intentado aclarar este concepto anteriormente, lo repetiré: no, el hermano mayor no le “roba” la leche materna al pequeño. De hecho, la lactancia en tándem hace que la pérdida de peso del recién nacido sea menor y que se recupere más rápidamente. También es habitual que en el hermano menor no se observen las conocidas crisis de crecimiento. Siempre parece haber leche materna de sobra.

¿Qué ocurre con la subida de la leche?

La lactancia en tándem asegura una buena provisión de leche materna al haber más estimulación. La subida de la leche se produce igual pero con la ventaja de que se tendrá un hijo mayor que ayudará a descongestionar los pechos.

¿Cómo se organizan las tomas?

La madre tendrá que organizar las tomas entre ambos hijos. Es frecuente que, sobre todo el primer mes de vida, el hijo mayor mame igual o más que el pequeño, y que cada vez que el recién nacido pida, el hijo mayor se acerque a mamar, pero esto no es un problema para el recién nacido que suele ganar peso con velocidad. En todo caso, las madres suelen acabar poniendo límites al mayor porque, emocionalmente, les es difícil tolerar tanta exigencia.

¿De qué modo lo vive la madre?

Cuando se pregunta a las madres sus razones para seguir con lactancia materna en tándem, las respuestas más frecuentes son:

- Para respetar las necesidades del hijo mayor.
- Porque tenían interés como madres por vivir esa experiencia.
- Porque querían favorecer el vínculo entre hermanos.

¿Puede ser una vía de contagios?

La lactancia en tándem no favorece el contagio de enfermedades entre hermanos. Incluso es probable que el hecho de que la madre comparta la misma inmunidad con ambos hijos consiga que el pequeño reciba defensas para luchar contra los virus o bacterias de los que el mayor es portador.

Referencias

- Albadran, Maysara, M. Efecto de la lactancia materna durante el embarazo en casos de aborto involuntario y parto prematuro. Iraqi Journal of Medicalo Sciences (Revista iraquí de Ciencias Médicas) 2013; 11.3.
- Academia Americana de Médicos de Familia (AAFP). Declaración sobre la lactancia materna. 2008.
- Ayrim, A. et al. Lactancia materna a lo largo del embarazo en las mujeres turcas. Breastfeeding Medicine 2014; 9(3): 157–160.
- Ishii, H. ¿La lactancia materna induce al aborto espontáneo? J Obset Gynaecol Res 2009; 35(5): 864–868.

- Kimura, T. et al. Expresión de receptores de oxitocina en el miometrio humano durante el embarazo. *Endocrinology* 1996; 137: 780–785.
- Lawrence RA. *La lactancia materna. Una guía para la profesión médica*. Madrid. Mosby/Doyma Libros, SA. 1996 Edición en español.
- Madarshahian, F. and Hassanabadi, M. Un estudio comparativo de la lactancia materna durante el embarazo: Impacto sobre los resultados maternos y neonatales. *J Nursing Research* 2012; 20(1): 74–80.
- Merchant, K. et al. Respuestas maternas y fetales a las tensiones de la lactancia simultánea con el embarazo y de los intervalos de recuperación cortos. *Am J Clin Nutr* 1990; 52:280–88.
- Moscone SR, Moore MJ Breastfeeding during pregnancy. *Journal of Human Lactation* 2016. Vol 9, Issue 2, pp. 83 – 88.
- Royal College of Midwives. *Lactancia materna. Manual para profesionales*. Barcelona. ACPAM, 1994.





RINCÓN DE METODOLOGÍA

Rosa Ballester

SUPORT EN METODOLOGIA INFERMERA A L'HOSPITAL

L'Hospital General, hospital d'estada mitjana o de convallescència, té assignada una població de referència, constituïda, en general, per persones fràgils i d'edat avançada, amb malalties cròniques o amb necessitats de cures pal·liatives i un grau variable de dependència.

Per proporcionar unes cures integrals i individualitzades al pacient i a la seva família i per garantir-ne la continuïtat entre els diferents àmbits assistencial, es va implantar la figura d'infermera referent.

Totes les infermeres tenen assignats uns pacients dels quals en són referents. Són les responsables de dur a terme l'acollida del pacient i de la família. Efectuen la valoració i el pla de cures segons el model de Virginia Henderson. Identifiquen i prioritza els problemes de salut per establir els objectius i programar les intervencions i les activitats que s'han de fer.

Amb l'objectiu de millorar la gestió de la història clínica i els coneixements en metodologia infermera a les unitats d'hospitalització, s'executaren les accions següents:

- Reunió amb la supervisora de la unitat per aconseguir-ne la implicació, la col·laboració en el projecte, la definició dels objectius i les estratègies que s'havien de seguir.
- Suport en metodologia a totes les infermeres de la unitat: revisió i registre de les al·lèrgies, valoració del dolor (escales de Braden, Dowton, Barthel i MNA), valoració infermera, pla de cures individualitzat (diagnòstics, objectius, intervencions/activitats) i ús de la taxonomia NANDA en tots els pacients que la infermera referent té assignats.
- Registre de ferides i programació de les cures. Confecció de la llista diària de la intervenció "cures de les ferides".
- Registre dels dispositius i planificació de les cures.
- Planificar les cures en funció dels resultats de les escales de Braden, Downton i Barthel.
- Revisió del pla de cures a l'alta del pacient, realització de l'informe infermer i col·laboració amb la infermera gestora de casos, si escau.

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

"Los cuidados de Enfermería consisten, principalmente, en ayudar al individuo, sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o restablecimiento (o a evitar padecimientos a la hora de la muerte), actividades que él realizaría por si mismo, si tuviera la fuerza, los conocimientos o la voluntad necesarios.

La función de la Enfermera es asistir en esas actividades, para que recobre su independencia lo más rápidamente posible".

AGENDA

XVI Congreso Nacional de Enfermería en ORL

Lugar: Elche

Fecha: 24 y 25 de Noviembre de 2017

Organiza: AEEORL

Enlace: congresosvinaloposalud.com/jornadaorl/



28 Jornadas Nacionales de Enfermeras Gestoras

Lugar: Palacio de Congresos de Cáceres

Fecha: 4-5 y 6 de Octubre de 2017

Enlace: www.28enfermerasgestoras.com

Organiza: ANDE



ESMRMB 2017 Congresss 34 Annual Scientific Meeting

Lugar: Barcelona

Fecha: Del 19 al 21 de octubre de 2017

Organizador: European Society for Magnetic Resonance in Medicine and Biology (ESMRMB)

Enlace: http://www.esmrmb.org/index.php?id=/en/index/esmrmb_2017_congress.htm



CIMER17: I Congreso de imagen Médica y Radioterapia

Lugar: Madrid

Fecha: del 10 al 11 de Noviembre 2017

Enlace: <http://www.cimersegra.com>

Organiza: : Sociedad Española de Graduados en Radiología (SEGRA)



XXVIII Escuela de Salud Pública Menorca

Lugar: Menorca

Fecha: del 18 al 27 de Septiembre de 2017

Enlace: <http://www.emsp.cime.es/>



V Congreso Nacional SEOQ VII Reunión Internacional Grupo Español de Cirugía Oncológica Peritoneal

Lugar: Palma de Mallorca

Fecha: 8 al 10 de Noviembre de 2017

Enlace: <http://www.seoq-gecop.com/>



I Jornada Balear de Enfermería del Dolor

Lugar y Fecha: 24 de Noviembre 2017

Hospital Mateu Orfila (Menorca)

Organiza: ASEEDAR-TD

Enlace: <https://>

ijornadabaleardeenfermeriadedolor.wordpress.com/



I Congreso Internacional de Investigación e innovación en cuidados: Evidencia, Enfermería de Práctica Avanzada y Seguridad Clínica

Enlace: <http://www.congresocuidados3i.com/>

Fecha: 25,26 y 27 de Octubre de 2017

Lugar: Centro de Convenciones del Gran Hotel Meliá Victoria de Palma de Mallorca

Organiza: COIBA y UIB



PREMIOS

Isabel Román Medina

El Col·legi Oficial d'Infermeria de les Illes Balears (COIBA) celebrà, el 12 de maig de 2017, la 35a. edició del Dia Internacional de la Infermeria. Durant la celebració, es lliurà el premi Infermera de l'Any 2017. La guanyadora d'aquesta edició ha estat Isabel Román Medina, supervisora d'infermeria de l'Àrea Sociosanitària de l'Hospital General i presidenta de l'Associació de Balears d'Infermeres Geriàtriques i Gerontològiques (ABIGG). El premi suposa un reconeixement a la seva gran trajectòria professional.



Unitat d'Hospitalització UH1D

Les infermeres de la Unitat d'Hospitalització 1D han estat premiades amb el Premi a la Millor Comunicació Oral en el XVI Congrés de la Societat Espanyola d'Infermeria Oncològica. Presentaren un projecte sobre l'ús d'ulleres de realitat virtual per reduir l'ansietat dels pacients oncològics pediàtrics. Amb aquestes ulleres, els infants poden veure vídeos per distreure's mentre els fan alguna tècnica invasiva.



UCIP

Les infermeres de la Unitat de Cures Intensives Pediàtriques (UCIP) han guanyat el Premi a la Millor Comunicació Oral, atorgat pel Col·legi Oficial de Diplomats en Infermeria de Santander, per l'estudi prospectiu en què s'avaluen els catèters medials i centrals d'inserció perifèrica canalitzats en la UCIP entre els mesos de maig de 2015 i febrer de 2017.

Primera edició del Premi Projectes d'Innovació en Cures de l'Hospital Universitari Son Espases

Dels 14 projectes presentats, s'escolliren 6 finalistes. Entre aquests finalistes, obtingueren premi:

- "Ssst!... estic madurant" de la UCI Neonatal, que tracta de reduir el renou de la Unitat de Cures Neonatals. El guanyador del premi, Juan Carlos Berdeal (supervisor de la Unitat), recollí el premi dotat amb 2.000 euros i finançat per l'Obra Social "la Caixa".
- "Cribratge nutricional en la pràctica assistencial: valoració i anàlisi dels quatre instruments més utilitzats a escala internacional per a la implantació en el nostre entorn assistencial". L'autora del projecte, Regina Cortés (infermera d'hospitalització de la planta UH30), rebé un premi de 1.000 euros, també finançat per "la Caixa".



3r premio Comunicación oral en el XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC. Madrid, del 18 al 21 Junio 2017.

Volumen de sangre extraído al paciente crítico las primeras 24 horas de ingreso.

Autoras: Mònica Maqueda Palau i Eva Pérez Juan. Enfermeras MIVA

La anemia es la patología hematológica más frecuente en pacientes ingresados en UCI. Su etiología es multifactorial, una de las causas descritas en la bibliografía son las sucesivas extracciones para analíticas. La anemia nosocomial conlleva estancias hospitalarias prolongadas y un aumento de la mortalidad. Como enfermeras nos preguntamos qué repercusión puede tener en nuestros pacientes las extracciones sanguíneas que realizamos de manera rutinaria.

Los objetivos de este estudio fueron calcular el número de analíticas y el volumen de sangre extraído durante las primeras 24 horas de ingreso en la UCI, analizar los valores de hemoglobina basal y a las 24h y relacionarlas con: el volumen de sangre extraído, balance ponderal e índices de gravedad.

Es necesario concienciar a los profesionales sanitarios de la importancia de racionalizar la extracción de analíticas sanguíneas en el paciente crítico para prevenir la anemia iatrogénica.



#RedesHUSE: "Comparte información, comparte conocimiento"



"Lo que no se comparte se pierde, JUNTOS SUMAMOS MÁS"



@Redes_HUSE



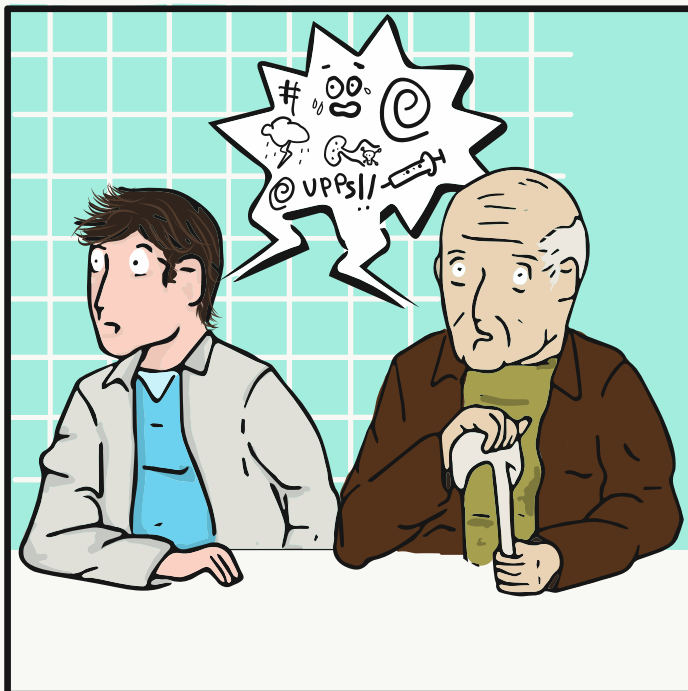
hospitalsonespases.es/index.php/es/revista-redes-revista-digital-de-salud

Juan acude con su hijo a la consulta del profesional sanitario para recibir una información

¿Cómo te comunicas con los pacientes?

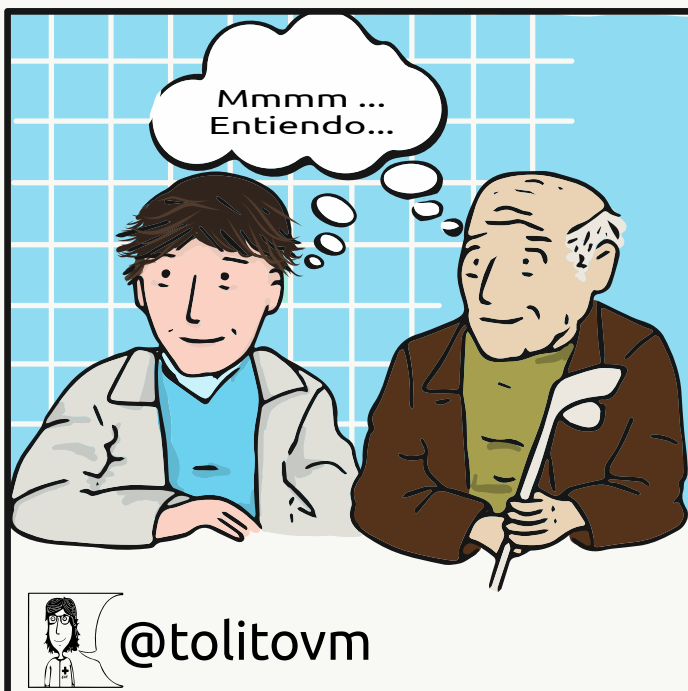
Opción A

Buenooo señor Juan, las pruebas indican que tiene un cólico nefrítico que es debido a espasmos musculares causados por la incrustación de una piedra de cristales en el uréter y el dolor se presenta incluso si el cálculo no da lugar a la obstrucción total del flujo urinario. En caso de hipertensión y aumento de la presión en la luz del uréter, se estimula la síntesis y liberación de hormonas que inducen el espasmo del músculo liso del uréter.



Opción B

Señor Juan, como ya le enseñado en la pantalla,...entendemos que son dolores causados por piedras en el riñón... mire el dibujo... ...aquí están...



RdS

revista digital de salud

Dirección de Enfermería. Hospital Universitari Son Espases

