

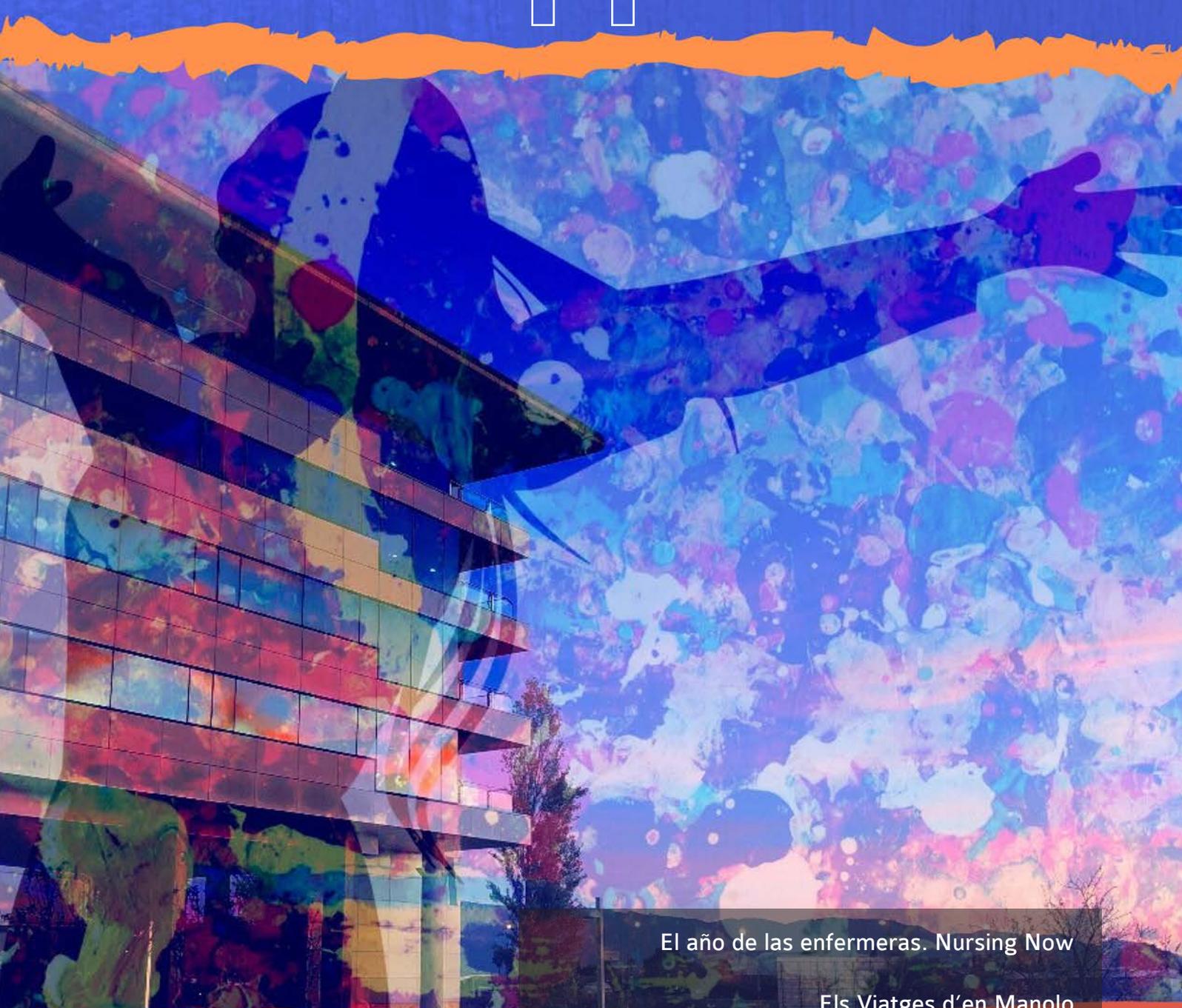
# RdS

revista digital de salud

Dirección de Enfermería. Hospital Universitari Son Espases

  
**Son Espases**  
hospital universitari  
sector ponent

# 11



El año de las enfermeras. Nursing Now

Els Viatges d'en Manolo

Competencias digitales para profesionales  
de la salud

Mitos sobre el embarazo

## 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**

**Coordinadora de la revista**  
**Comunicación**  
**María Teresa Pérez Jiménez**

**Contenidos**  
**Ana María Luis Martínez**  
**Enrique Luján Sosa**  
**Neus Martorell Dols**  
**María Mayol Roca**  
**María Viña García-Bericua**  
**Raúl de la Yeza Carmona**

**Fotografía**  
**Banco de imagenes HUSE**

**Revisión Lingüística**  
**Servicio Lingüístico HUSE**

**Colaboración viñetas**  
**Tolo Villalonga**

**Contacto**  
**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 11

Marzo 2019

EDITORIAL .. .. .	3
EL AÑO DE LAS ENFERMERAS. NURSING NOW	
A LA VANGUARDIA .. .. .	4
CONGRESO DE MEDICINA GRÁFICA, UN CONGRESO DONDE DIBUJAR MIENTRAS ESCUCHAS NO TE CONVIERTE EN EL RARITO	
PROTAGONISTA .. .. .	9
ENTREVISTA A EUGENIA VIOLETA NADOLU VÉLEZ, SUPERVISORA DE PSIQUIATRÍA INFANTIL	
COMPAÑEROS .. .. .	12
UNITAT DE CURES INTENSIVES INTERMÈDIES: MIVI	
LA VOZ DEL PACIENTE .. .. .	16
ELS VIATGES D'EN MANOLO	
COMISIONES . . . . .	21
COMISIÓN DE RCP	
WEB 2.0 .. .. .	23
COMPETENCIAS DIGITALES PARA PROFESIONALES DE LA SALUD	
INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA .. .. .	26
LA ATENCIÓN AL DOLOR POR PARTE DE LOS ENFERMEROS COMO ELEMENTO DE MEJORA...	
DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA .. .. .	29
MITOS SOBRE EL EMBARAZO	
AGENDA . . . . .	32



# El año de las enfermeras. Nursing Now

En el año 2020 se cumplirán 200 años del nacimiento de Florence Nightingale, enfermera inglesa considerada la precursora de la enfermería profesional moderna y la creadora del primer modelo conceptual de enfermería. En su honor, cada 12 de mayo, celebramos el Día Internacional de las Enfermeras.

Coincidiendo con este aniversario, se propone el próximo 2020 como el año de las enfermeras y de las matronas. El pasado mes de febrero, el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, con el respaldo del Consejo Ejecutivo, confirmó la propuesta y solo queda que la Asamblea Mundial de la Salud, máximo órgano decisorio de la OMS, la ratifique en su reunión anual, en Ginebra, el próximo mes de mayo.

Esta propuesta apoya la campaña Nursing Now (<https://www.nursingnow.org>), de 3 años de duración (2018-2020), lanzada por la OMS y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), a la que ya se han adherido 40 países, con el fin de reconocer, fortalecer y potenciar la figura de la enfermera y su contribución a la salud. La campaña se basa en el informe "Triple impacto" (disponible en: [https://www.who.int/hrh/com-heeg/digital-APPG\\_triple-impact.pdf?ua=1](https://www.who.int/hrh/com-heeg/digital-APPG_triple-impact.pdf?ua=1)), publicado en 2016, que explica cómo el desarrollo de la profesión enfermera mejoraría la salud, promovería la igualdad de género y apoyaría el crecimiento económico. Se pone de manifiesto la necesidad urgente en el ámbito internacional de elevar el perfil de la enfermera y permitir que trabaje a su máximo potencial.

¿Por qué *Nursing Now*? ¿Qué tenemos? ¿Qué necesitamos?

Tenemos enfermeras cualificadas, preparadas e implicadas. Necesitamos que se las valore. Que se las respete. Que se invierta en la profesión, en la formación y en el desarrollo profesional. Enfermeras con conocimiento y reconocimiento.

Tenemos una práctica enfermera que aporta valor. Necesitamos apoyarla e impulsarla. Dar voz a los pacientes, empoderarles y hacerles partícipes en la toma de decisiones (decisiones compartidas). Y potenciar, fortalecer e invertir en la Atención Primaria, como pilar fundamental en la asistencia.

Tenemos la mirada enfermera, la visión del cuidado, que es clave en cualquier estrategia de gestión en salud. Necesitamos aumentar la participación de las enfermeras para mejorar la eficiencia del sistema sanitario. Las enfermeras tienen que estar donde se toman las decisiones.

Tenemos liderazgo enfermero. Tenemos enfermeras de práctica avanzada que asumen nuevas competencias para cubrir nuevas necesidades, enfermeras especialistas con una cualificación profesional y una formación específica acreditada, enfermeras que investigan, enfermeras que trasladan la investigación a la práctica asistencial... Necesitamos más enfermeras en puestos de responsabilidad, de gestión y de política. Necesitamos enfermeras que lideren un cambio de modelo asistencial.

Tenemos capacitación y habilidades para mejorar la salud. Necesitamos mejorar las condiciones de empleo y potenciar el desarrollo competencial de las enfermeras. Tal y como afirma J.M. Morales, en base a un estudio realizado en Europa, "la falta de enfermeras dispara la mortalidad en el sistema sanitario". Las enfermeras salvan vidas.

Apostar por las enfermeras es apostar por la salud.

Ahora es el momento. #NursingNow

María Viña García-Bericua



Congreso de Medicina Gráfica, un  
congreso donde dibujar mientras  
escuchas no te convierte en el raro

Ana María Luis Martínez

Fotografías cedidas por la organización de Congreso de Medicina Gráfica

El 30 de noviembre de 2018, se celebró en el Paraninfo de la antigua Facultad de Medicina de Zaragoza el primer Congreso Nacional de Medicina Gráfica, un congreso dirigido a los profesionales interesados en el uso de la ilustración, el cómic, las infografías y otros métodos de narración visual como recurso para transmitir conocimiento y experiencias que estén relacionados con el mundo científico y sanitario.

El concepto *Graphic Medicine* fue acuñado por el médico británico Ian Williams, conocido como *Bad Doctor* (@TheBadDr), que en España fue adoptado y traducido, con el permiso de su creador, por un grupo de profesionales interesados en la utilización de estas herramientas en el ámbito sanitario. De esta manera, nació <https://medicinagrafica.com>, la hermana en habla hispana de <https://www.graphicmedicine.org>. El grupo Medicina Gráfica en España está formado por Mónica Lalanda @mlalanda, médica de urgencias y fundadora del proyecto; Tolo Villalonga @tolitovm, enfermero de pediatría en Atención Primaria en Mallorca y colaborador de esta revista; Mónica López @Mo1ni1ca1,

licenciada en Psicología; Juan Carlos Claro @xuanca, médico, especialista en Medicina Interna y académico en la Universidad Católica de Chile; Alejandro Martínez @talphin1975, médico de Familia en Ciudad Real; José Luis de la Fuente @joseldelafuente, médico malagueño; Rafael Marrón @rafael\_rmarron, médico de urgencias; Daniel Sender @friekenmedicina, especialista en medicina Familiar y Comunitaria en Zaragoza; Eugenia García Amor @uge\_garabatos, estudiante de Medicina; Guido Rodríguez y Juan Sánchez-Verde, médicos de urgencias en Madrid y creadores de YoDoctor.es.

Acostumbrados a la seriedad y a la formalidad de los congresos científicos, los asistentes se encontraron con un formato mucho más relajado y divertido de lo habitual, comenzando por el moderador Curro Fatás, miembro de Puturrú de Fua, que invitaba a los que se pasaban del tiempo a acabar su presentación entre risas y bromas. Siguiendo por los dibujos de Fernando Abadía que resumía en formato XL y a la vista de todos lo que se hablaba en el Congreso, o el hecho de que casi todo el mundo tomara notas con colores y acuarelas.





Sin embargo, este ambiente menos formal no significó que faltaran ideas interesantes que llevarse de vuelta a casa ya que en todas las mesas se abordaron temas que preocupan a la mayoría de los profesionales sanitarios.

En la primera mesa, *¿Por qué es importante la Medicina Gráfica en el panorama actual?*, formada por Mila García Barbero, Fernando Carballo y Fernando A. Navarro, se habló de la necesidad de utilizar la ilustración como método para comunicar y transmitir conocimiento en el ámbito sanitario y científico.

La segunda mesa *¿Cómo hemos llegado hasta aquí? Un poco de historia*, se inició con la intervención de Ian William, que explicó cómo se gestó el concepto *Graphic Medicine*. Juan Royo Abenia y Álvaro Pons Moreno, dos expertos en Cómics, hablaron sobre el lenguaje y la historia del cómic. Cerrando la mesa, Inés González Cabeza con una exposición sobre las patografías gráficas, es decir, sobre cómo se describe la enfermedad en el cómic.

En la tercera mesa, con el tema *El cómic como herramienta docente para estudiantes*, Rogelio Altisent explicó, de manera práctica y muy divertida, cómo utiliza el cómic en sus clases de ética médica, desde las explicaciones en clase hasta su empleo en los métodos de evaluación de los alumnos.

La cuarta mesa, *La Medicina Gráfica como medio para transmitir información a la sociedad*, formada por Mónica López, Jose Manuel Salas y Tolo Villalonga, trató sobre la utilización de imágenes, dibujos y cómics para transmitir información sanitaria de manera clara y efectiva a los pacientes y a la sociedad en general.

En la quinta mesa, *La Medicina Gráfica como medio de transmisión de profesional a profesional*, Silvia Sánchez (creadora de *Creative Nurse*), Miriam Rivero (Biomiics), Jesús Sánchez (alymphslife) y Pilar Calvo del IACS, demostraron que las infografías y la cómica son unos recursos indispensables para transmitir el conocimiento entre los profesionales.

La cuarta y la quinta mesas fueron quizás las más prácticas para los profesionales sanitarios porque mostraron, claramente, que la información sanitaria, sea para quien sea, se transmite de manera mucho más efectiva si va acompañada de dibujos o de ilustraciones.

En la sexta mesa, *Medicina gráfica creada por pacientes*, fueron los propios pacientes los que hablaron de su experiencia con la enfermedad y de cómo el dibujo les ayudó a superar y expresar todo el proceso de su





enfermedad. Javier Arranz mostró los dibujos que representaban todo lo que había vivido durante el ingreso por una enfermedad grave. Gracias a esos dibujos pudimos ver la perspectiva del paciente, tanto la subjetiva (lo que siente), como la objetiva (literalmente lo que ve desde su cama cuando lo llevan al quirófano o cuando está postrado tras una operación y no puede moverse), o lo que siente un paciente cuando creemos que no nos oye o que no nos entiende. Además, desde Menudos Corazones nos mostraron una guía creada por y para adolescentes que deben ser sometidos a una cirugía cardíaca y que ayuda a los jóvenes a entender mejor lo que les va a pasar.

En la mesa redonda *Patografías gráficas a través de sus creadores*, encontramos a cinco autores que, a partir una experiencia personal con la enfermedad, crearon novelas gráficas donde narran su historia. Zarva Barroso (*Don Barroso*) nos presenta un cómic que es un homenaje a su padre, José Barroso, un hombre que justo al llegar a su madurez fue diagnosticado de cáncer. Cristina Duran (*Una posibilidad entre mil*), explica que a los dos días de nacer Laia, su primera hija, sufrió una hemorragia cerebral y fue entonces cuando los médicos les dijeron que había una posibilidad entre mil de que saliese adelante. En ese momento empezó la batalla, primero por salvar la vida de la niña y después para conseguir pequeños progresos que todos los padres dan por seguros en sus hijos, pero que para Laia

fueron toda una hazaña. Isabel Franc (*Alicia en un mundo real*) y María Hernández (*Que no, que no me muerro*) tratan todo el proceso por el que pasa una mujer al ser diagnosticada de cáncer de mama, y, finalmente, Miguel Gallardo (*María y Yo*), donde trata con mucha ternura y humor las situaciones a las que se enfrentó durante unas vacaciones en Canarias con su hija María que es autista.

Lo importante de esta mesa redonda es que todos los autores hablaron de sus vivencias, de cómo se enfrentaron a la enfermedad o a la discapacidad, pero también sirven de reflejo para que los profesionales sanitarios puedan verse con los ojos de un paciente. Porque, si hay algo en común en las historias de todos ellos es que hablan de que, en muchas ocasiones, se encuentran con profesionales distantes que los tratan con frialdad o que utilizan un lenguaje que, en momentos de angustia, es absolutamente incomprensible.

En definitiva, este ha sido un congreso donde el objetivo común de los asistentes era encontrar formas atractivas e innovadoras de transmitir y recibir conocimiento porque, como se afirmó al inicio de las charlas, la esencia de la *Medicina es una persona que sufre y pide ayuda a otra*. Y es indudable que para ayudar es imprescindible que el paciente entienda al profesional y que el profesional entienda al paciente, aunque sea utilizando dibujos.

# CONTENCIÓ VERBAL



## RESPECTAU L'ESPAI PERSONAL



- Manteniu com a mínim dues longituds de braç de distància.
- No us acosteu massa al pacient ni li bloquegeu la sortida.

## EVITAU UNA ACTITUD PROVOCATIVA

- Manteniu les mans visibles i els braços relaxats.
- Manteniu els genolls flexionats lleugerament.
- Evitau mirar directament el pacient.
- Manteniu la calma.
- Evitau els gestos bruscos.



## ESTABLIU CONTACTE VERBAL

- Presentau-vos al pacient i digau-li quina professió teniu.
- Explicau-li que sou aquí per vetlar per la seva seguretat.

Hola, som na Carme i som la vostra infermera

"Som aquí per ajudar-vos"  
"No us farà mal ningú"  
"Aquest és un lloc segur"  
"Us ajudarem a recuperar el control"



## HEU DE SER DIRECTE I CONCÍS EN ELS MISSATGES



Sofia, Per favor, escoltau-me!

- Utilitzau frases curtes i un vocabulari senzill.
- Donau temps al pacient perquè processi la informació.
- Repetiu el missatge fins que el pacient us escolti.

## IDENTIFICAU ELS DESITJOS I ELS SENTIMENTS



- Preguntau-li què necessita (*encara que no sigui possible satisfer el que demana*).
- Respondeu de manera empàtica.
- Expressau-li el desig d'ajudar-lo.
- Estau atent al seu llenguatge corporal.

## MANTENIU UNA ESCOLTA ACTIVA

- Prestau atenció al seu discurs.
- Reconeixeu els seus sentiments i les seves emocions.
- Repetiu el seu missatge per transmetre-li que l'heu entès.

EXPRESSAR ACORD...

Entenc que us sentiu frustrat.

Entenc que tengueu ràbia.

Això us fa sofrir molt.

AMB LA VERITAT

AMB UNA PART

AMB LA IDEA



## ESTABLIU LÍMITS CLARS

Disculpai, però no és permès fumar dins la unitat

- De manera respectuosa.
- Comunicau-li, de manera NO AMENÇADORA, que no es tolera provocar danys a altres pacients i que, si és necessari, es podran prendre mesures de contenció.



## MANTENIU UNA ESCOLTA ACTIVA



Fa dies que no em trob bé

- Prestau atenció al seu discurs.
- Reconeixeu els seus sentiments i les seves emocions.
- Repetiu el seu missatge per transmetre-li que l'heu entès.

## OFERIU OPCIONS



- Oferiu li opcions realistes.
- Heu de ser assertiu i proposar alternatives a la violència.
- Oferiu li medicació perquè:
  - No ho passi tan malament
  - Vegi les coses d'una altra manera
  - No sofreixi tant
- Donau-li l'opció de prendre la medicació per via oral.

## INFORMAU I FEIS PREGUNTES

- Explicau-li per què era necessària la intervenció.
- Deixau que el pacient expliqui com ho ha viscut.
- Ensenyau-li al pacient com ha de controlar la ira de manera no violenta.

Com us sentiu ara?





## Entrevista a Eugenia Violeta Nadolu Vélez, supervisora de Psiquiatría Infantil

Juan Manuel Gavala Arjona

Empezó su trayectoria profesional de enfermera en Rumanía, su país de origen, en un hospital de enfermedades infecciosas (después de la caída del régimen comunista, se habían diagnosticado muchos niños con HIV procedentes de los orfanatos rumanos, debido a los contagios masivos por falta de recursos).

PROTAGONISTA

Por motivos personales, llegó a Mallorca donde empezó la homologación del título de enfermera para poder seguir ejerciendo la profesión en España.

Estuvo trabajando durante diez años en una clínica privada de Mallorca y, desde el año 2001, ejerce de enfermera en la sanidad pública.

Trabajó, de manera sucesiva, en el Hospital General, en el Hospital Psiquiátrico y, posteriormente, en la Cruz Roja, donde hacía muy poco tiempo que se había puesto en marcha la Unidad Ambulatoria de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Hasta entonces, los pacientes con esta patología tenían que viajar a Barcelona para ser atendidos, pero seguía faltando una unidad de hospitalización, que se implementó más tarde en el momento del traslado al Hospital Universitario Son Dureta.

En este período de cambios, le surgió la posibilidad de poder obtener la especialidad en salud mental, por la vía excepcional, previo examen que tuvo que realizar en Madrid. No quiso desaprovechar esta oportunidad y obtuvo, finalmente, la titulación.

En la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria trabajó durante quince años como enfermera asistencial hasta que se le propuso la supervisión de la Unidad de Psiquiatría Infantojuvenil. Refiere que le costó salir de la zona de confort, pero se propuso aceptarlo como reto profesional y personal.

Su principal temor, ante el nuevo reto, era si podría asimilar el sufrimiento de los menores durante los episodios de autoagresión y heteroagresión que derivaban en contenciones mecánicas frecuentes e intervenciones

muy coercitivas y traumáticas para pacientes de corta edad.

Así que, cuando la invitaron a participar en el “Programa de contención mecánica cero” del nuevo Plan Estratégico de Salud Mental de Baleares, no lo dudó en ningún momento. Empezó a trabajar, con mucho entusiasmo, con un equipo formado por enfermeros especialistas en salud mental y psiquiatras.

---

### En España el “Colectivo Locomún”, a través de las redes sociales, pone de manifiesto la realidad de las contenciones mecánicas en nuestro país.

---

Después de un año de trabajo, de muchas búsquedas bibliográficas, reuniones y puestas en común, salió a la luz el nuevo “Programa hacia la contención mecánica cero”. El objetivo prioritario del Programa es reducir el número de contenciones mecánicas que se llevan a cabo en las unidades de psiquiatría y de urgencias en los hospitales de Baleares. Pero, para poder alcanzar este objetivo, hace falta crear unas líneas de actuación sobre las que están trabajando actualmente.

En este sentido, el año pasado, desde la Consejería de Salud, se llevaron a cabo cursos de formación en contención verbal para todo el personal que trabaja en las unidades de psiquiatría de las Islas Baleares. Tuvieron muy buena acogida y marcaron un cambio de visión en la atención de los pacientes con agitación. La formación y el entrenamiento en estas habilidades de comunicación enseñan que ya no sirve argumentar que “las cosas se han hecho siempre así”.

---

### Tratar al paciente de forma respetuosa, empática, amable, sin juzgarle, sin amenazas y mostrando el deseo de ayudarle, puede evitar que la agresividad vaya a más y, de esta manera, no llegar a la contención mecánica.

---

1. ¿En qué consiste la contención mecánica cero?  
La salud mental es un reto global para el siglo XXI. Según la OMS, una cuarta parte de la población mundial sufrirá algún trastorno mental a lo largo de su vida. Vivimos en una sociedad poco contenedora, con estructuras familiares en continuo cambio, donde la autorregu-

lación emocional de los niños se realiza sin referentes y donde las escuelas han perdido su identidad. Cada vez más, en las unidades de urgencias, se ven casos de jóvenes con trastorno de la conducta que exige al personal sanitario habilidades en la contención verbal para evitar las sujeciones mecánicas. Hay países a nuestro alrededor que llevan años sin utilizar este tipo de medidas coercitivas en las unidades de psiquiatría.

El Gobierno de Italia puso en marcha, en el año 2016, la campaña *E tu slegalo súbito* para acabar con las contenciones mecánicas en las unidades de psiquiatría. Dos años más tarde, hospitales psiquiátricos como el de Módena, ya pueden celebrar la contención mecánica cero. ¿“Curar sin atar” es posible? Parece que sí. Ellos lo han conseguido, ¿por qué no nosotros?

En España el “Colectivo Locomún”, a través de las redes sociales, pone de manifiesto la realidad de las contenciones mecánicas en nuestro país y exige a los profesionales de la salud mental formación y entrenamiento en contención verbal.

---

### En el año 2018, la Asociación Nacional de los Programas de Salud Mental de Estados Unidos publicó unas recomendaciones denominadas “Seis estrategias claves para reducir el uso de las contenciones físicas y el aislamiento psiquiátrico”.

---

Muchas veces, detrás de un comportamiento de agitación o de agresividad hay un ser humano que está sufriendo, con historias de trauma en su vida y con mucho miedo. Al tratarlo de forma respetuosa, empática, amable, sin juzgarle, sin amenazas y mostrando el deseo de ayudarle, puede evitar que la agresividad vaya a más y, de esta manera, no llegar a la contención mecánica. Pero, para poder hacer esto, es importante que el personal sanitario esté formado, entrenado y que se cuestione el estigma hacia el paciente psiquiátrico.

2. ¿Crees que son evitables las contenciones físicas en nuestro entorno? ¿Cómo?

Es esencial una transformación en la cultura de la asistencia de un paciente agitado, alejándonos de la actitud paternalista y dirigiéndonos hacia una concepción de intervención donde tengan un carácter prioritario los derechos de la persona. Solo así conseguiremos que las inmovilizaciones mecánicas pasen a formar parte del pasado.

En el año 2018, la Asociación Nacional de los Programas de Salud Mental de Estados Unidos publicó unas recomendaciones denominadas “Seis estrategias claves para reducir el uso de las contenciones físicas y el aislamiento psiquiátrico”. Es una herramienta de planificación diseñada para ser utilizada como una lista de verificación (*checklist*) que guíe el diseño de un plan de reducción de las contenciones mecánicas e incorpore un enfoque preventivo. También se puede utilizar como una herramienta de seguimiento para supervisar la implantación de un plan de reducción de las contenciones mecánicas.

Las seis estrategias son:

- Liderazgo hacia un cambio organizacional
- Utilizar datos para informar sobre la práctica
- Desarrollo profesional (formación y entrenamiento)
- Uso de técnicas para reducir las contenciones mecánicas
- El papel activo de los usuarios
- Técnica de análisis o *debriefing*

---

**El proyecto *Prevenir és tenir cura*, que puso en marcha la Dirección de Enfermería del Hospital, ha dado visibilidad a las unidades de psiquiatría a través del lema “Contención mecánica cero”.**

---

3. En el Servicio de Psiquiatría Infantil, ¿qué medidas lleváis a cabo para evitar las contenciones?

Es fundamental que en las unidades de psiquiatría haya personal de enfermería especializado y con un perfil de salud mental.

En Psiquiatría Infantojuvenil, esta necesidad se hace más patente ya que las intervenciones que se realizan en este rango de edad quedan reflejadas en la historia de la vida de los menores ingresados.

Las medidas que estamos llevando a cabo en Psiquiatría Infantojuvenil son:

- Todo el personal de la Unidad ha realizado el Curso de formación en desescalada verbal.
- Se ha creado una habitación de confort, que es un espacio amable, relajante, donde los usuarios pueden realizar talleres de relajación, estiramientos o simplemente estar a solas y en silencio.
- En los menores de 12 años con episodios de agitación, utilizamos la sujeción corporal (*one to one*), siempre y cuando la constitución corporal del menor

lo permita. Mantenemos la sujeción hasta que baja el estado de agitación del menor. Está demostrado que el contacto táctil es un modulador sensorial de la ira, la rabia y la frustración.

- Estamos a la espera de habilitar una habitación de aislamiento psiquiátrico (habitación de “tiempo fuera”) en la Unidad de Hospitalización.
- Incluir las tasas de contenciones mecánicas como indicador de calidad en el nuevo contrato de gestión.
- Y si se lleva a cabo una contención mecánica en la Unidad, se realiza una evaluación de la misma con el equipo que ha participado en dicha intervención.

---

**Es esencial una transformación en la cultura de la asistencia de un paciente agitado, dirigiéndonos hacia una concepción de intervención donde tengan un carácter prioritario los derechos de la persona.**

---

4. ¿Qué acciones se han llevado a cabo durante el mes de diciembre?

El proyecto *Prevenir és tenir cura*, que puso en marcha la Dirección de Enfermería del Hospital, ha dado visibilidad a las unidades de psiquiatría a través del lema “Contención mecánica cero”.

Con la ayuda del Equipo de Enfermería Docente y del Servicio de Audiovisuales del Hospital, se ha diseñado una infografía de “Contención verbal” basada en el proyecto BETA de la Asociación Americana de Urgencias Psiquiátricas (buenas prácticas en la evaluación y el tratamiento de la agitación).

---

**En el HUSE se ha diseñado una infografía de “Contención verbal” basada en el proyecto BETA de la Asociación Americana de Urgencias Psiquiátricas.**

---

La infografía consiste en la representación en imágenes y texto de los diez dominios de la desescalada verbal y ha sido repartida en todas las unidades de hospitalización de Son Espases. Representa el ABC de las intervenciones en un episodio de agitación psicomotriz. Sobre esta base, se pueden construir otros tipos de intervenciones no coercitivas. Lo más importante es que el personal sanitario sea consciente de que las cosas se pueden hacer de otra manera.



# Unitat de Cures Intensives Intermèdies: MIVI

María Mayol Roca

L'aparició d'unitats de cures intensives neix de la idea d'agrupar uns determinats tipus de malalts en àrees concretes per aprofitar els recursos tècnics i humans de manera eficient. La situació clínica del pacient, en aquestes unitats, genera una dependència del 100% del personal d'infermeria per poder satisfer les necessitats bàsiques. Les cures d'infermeria que s'hi desenvolupen són vitals per la situació clínica en què es troba el pacient. Actualment, l'Hospital Universitari Son Espases disposa de 42 llits de crítics d'adults: 32 a la Unitat de Cures Intensives i 10 a la Unitat de Reanimació Postoperatòria.

L'evolució del sistema sanitari, l'augment de l'esperança de vida i el desenvolupament de les cures intensives han originat la necessitat de la creació de les unitats de cures intermèdies, amb l'objectiu de poder donar una atenció de cures específica a la situació del pacient. Aquestes unitats requereixen menys personal i menys recursos tècnics que una unitat de cures intensives. El perfil del pacient de les unitats de cures intermèdies es fonamenta en la necessitat de monitoratge i de control de les constants vitals de manera contínua, però sense monitoratge invasiu amb mitjans de suport vital.



El dia 19 de novembre de 2018 es va inaugurar, a l'Hospital Universitari Son Espases, la Unitat de Cures Intermèdies (MIVI) del Servei de Medicina Intensiva. Aquesta Unitat es troba ubicada a la planta +2, mòdul I i depèn organitzativament de la Unitat de Cures Intensives. Està formada per quatre llits amb un infermer, dos auxiliars per torn i un metge referent. La incorporació d'aquesta Unitat a l'organització de l'Hospital suposa una més bona utilització dels recursos que estan a la disposició dels pacients. Els ingressos dels pacients a aquesta Unitat depenen d'uns criteris molt ben definits per part dels metges de Cures Intensives, en situacions clíniques en què es disminueixen les necessitats assis-

tencials i amb la disminució de les cures progressives prèvies al trasllat a la unitat d'hospitalització convencional. El perfil del pacient d'aquesta Unitat són els pacients amb una situació clínica estable però que, per la seva patologia, són susceptibles de complicacions i que, si en sorgeixen, els professionals les han de resoldre de manera ràpida. Es pot descriure com una unitat d'alta dependència de cures d'infermeria i amb una menor necessitat d'atenció mèdica contínua.

El paper que juga la família en aquestes unitats és molt important. A les unitats de cures intensives, la família sol adoptar un paper passiu degut a l'estrès emocional

que suposa la situació d'ingrés. A les unitats de cures intermèdies, s'intenta incentivar que la família adopti un paper actiu i proporcionar un clima de confiança amb la família que permeti introduir els familiars en les cures d'infermeria de manera progressiva. Aquesta Unitat no té restricció d'horaris ni de visites, ja que l'acompanyament i l'estimulació neurològica en aquest tipus de pacients és molt important. El procés d'alta a la unitat d'hospitalització es produeix quan l'estat fisiològic del pacient s'ha estabilitzat i ja no és necessari un monitoratge continu.

L'objectiu de la Direcció de l'Hospital és ampliar aquesta Unitat i dotar-la de 8 llits. Hi ha molts d'estudis que demostren que una part del gran cost econòmic de les unitats de cures intensives és degut al personal; per aquest motiu, l'ampliació de llits d'aquests tipus d'unitats intermèdies pot reduir costos i, a la vegada, augmentar l'eficiència tècnica i econòmica. A més d'aquests llits de cures intermèdies d'intensius, l'Hospital en té d'altres per als pacients que requereixen monitoratge i cures específiques: la Unitat de Cures Intermèdies Cardiològiques (5 llits) i la Unitat de Cures Respiratòries Intermèdies (4 llits). L'existència d'aquestes unitats de cures intermèdies facilita unes cures progressives a uns determinats pacients amb personal especialitzat i amb experiència.



Aquestes unitats requereixen menys personal i menys recursos tècnics que una unitat de cures intensives. El perfil del pacient de les unitats de cures intermèdies es fonamenta en la necessitat de monitoratge i de control de les constants vitals de manera continua, però sense monitoratge invasiu amb mitjans de suport vital.



Neus Martorell Dols

Certament, les coses més impactants ocorren de forma inesperada. Ens sorprenen. No es poden planificar. Succeeixen i punt.

En Manolo tenia les maletes preparades per viatjar fins a Reus quan l'íctus el va visitar. Sí, la destinació va ser una altre. Aquell dia viatjà cap a un lloc absolutament desconegut i així com anaven passant les hores es desprenia de més coses: la mobilitat d'una part de la cara, la mobilitat de l'hemicòs, l'expressió de les paraules, la lectura, l'escriptura..., fins que s'estabilitzà. Les pèrdues s'aturaren. Havia començat el temps 0 i, ara, en Manolo havia de tornar a remuntar, a funcionar. Havia de tornar a re-ordenar les pàgines de la seva vida.

Ell i la seva família passaren els primers mesos entre habitacions d'hospital i serveis de rehabilitació. Amb un lema intern que no callava, però que no podia expressar: "me'n sortiré, sí o sí!". Això, en Manolo, sempre ho va tenir molt clar.

Vam començar a treballar amb la comunicació de seguida que va ser traslladat a l'Hospital General. A més de l'atenció del metge que li assignaren, dels infermers, dels auxiliars d'infermeria i dels zeladors; cada dia acudia a rehabilitació per fer les sessions corresponents de fisioteràpia i de teràpia ocupacional i, diàriament, també rebia tractament logopèdic.

Escric aquest article amb el llibre d'en Manolo just devora. Al pròleg vaig explicar amb més detall la seva reeducació logopèdica. Per això, algunes vegades utilitzo les mateixes paraules per explicar la història d'"Els Viatges d'en Manolo".

*Record el primer dia que el vaig conèixer a la sala de logopèdia, en Manolo només emetia sons forçats que, amb prou feines, podien entreveure la forma d'alguna paraula. Ell només volia parlar i parlar i s'intoxicava molt amb les paraules. Una de les primeres pautes que li donàrem fou: calla i escolta, no frissis, a poc a poc, atura. No li va caure bé. Era el mes de novembre de 2017.*

Paradoxalment, el logopeda, sovint, ha de treballar molt en el callar abans d'estimular a parlar. Si escoltam el silenci podem escoltar els sons i les paraules. També les que estan callades i desestructurades, i les podem ordenar. I, evidentment, acompanyar la persona en la frustració del que suposa no poder parlar i, també, la seva família.

Després del treball logopèdic sistemàtic, precoç i intensiu necessari en les persones que cursen amb una afàsia postictus, que dicten les guies clíniques de logopèdia; s'entra dins un segon període (cap el quart mes d'evolució de l'íctus, aproximadament). En aquest moment i, en funció de l'evolució del pacient, el full de ruta a seguir es pot modificar. En qualsevol cas, s'han de valorar els objectius i elaborar un nou pla de treball o corroborar-ne la continuïtat.

Aquest és un exemple clar de la importància de determinar protocols d'intervenció amb una capacitat de flexibilitat tan gran com cada persona individual existent. Perquè el llenguatge, malgrat que estigui localitzat en zones específiques del nostre cervell, no funciona exactament igual en cada persona. I, des d'aquesta òptica, cal elaborar els protocols de logopèdia. Pensar localment per actuar per tothom o pensar en global respectant les individualitats.

Als tres mesos de tractament, en Manolo parlava de manera coherent amb una certa lentitud pràxica i amb algunes alteracions en l'estructura sintàctica i en la denominació. Així mateix, l'evolució era excel·lent.

### **Contar per tornar parlar, escriure per tornar parlar...**

En aquesta segona etapa, i ja entrats dins el 2018, corresponia incidir amb la funcionalitat i l'autonomia, amb el tornar a fer allò que li agradava i a materialitzar-ho amb el llenguatge. Aleshores, en un moment donat explicà que el que més li agradava era viatjar i que el que més desitjava era poder tornar-ho a fer. A més, amb la terapeuta ocupacional, ja havien començat a treballar el tornar a sembrar i a cuidar el seu hort de Pollença. I la fisioterapeuta ja no incidia tant en el dèficit sinó en la importància d'estar en forma i de fer salut, a més d'integrar les seqüeles en l'activitat física.

A les sessions de logopèdia, començarem a escriure un petit diari i, parlant dels viatges, li vaig comentar que dugués algunes fotos...

La sorpresa fou l'ordenació de totes aquelles fotografies dins cada *pen drive* determinat segons el continent visitat. Allò ja explica molt de l'organització i estructuració

del cervell, del pensament, de la vida i de la realitat d'en Manolo. Les paraules creen realitats. I així, vivim.

Aleshores, li vaig fer la proposta: "Feim un projecte de logopèdia amb els teus viatges?". De seguida va dir que sí.

Utilitzarem els viatges com a fil conductor de les sessions de logopèdia. Les sessions tenien una estructura molt clara i molt organitzada, amb els objectius establerts i el disseny metodològic convenient. Treballarem els països visitats per continents. La dinàmica era senzilla: una sessió/un país. Ell havia d'explicar amb una estructura clara: quan va visitar el país, quants de dies hi va estar, què va visitar, i una anècdota viscuda. Jo, terapeuta del llenguatge, just escrivia el que ell produïa.

Així treballarem l'estructuració morfosintàctica, la fluència de la parla, l'accés al lèxic, la memòria verbal, l'explicació ordenada, la temporalitat del discurs... A més, podia llegir el que deia i, si hi havia errors, tenia un *feedback* molt clar i els anava corregint. I aquesta mateixa retroalimentació lingüística i escrita, encara l'ajudava més amb la recuperació del llenguatge. Era una activitat senzilla però rodona, podíem fer una activitat de reeducació i, a l'hora, mentre la fèiem, ja es recuperava. Va ser genial! En Manolo es va motivar moltíssim (i jo, també). Anàrem creant un material de viatges físic amb tota la feina feta, mentre el seu llenguatge continuava eixamplant-se i podia deixar d'esforçar-se per parlar, simplement, gaudint de parlar per l'interès d'allò de què es parla.

Amb tot, en Manolo, que mai no havia llegit, començà a passar-s'ho bé amb la lectura i amb els llibres de *Lectura Fàcil* i anà consumint obres dels clàssics i dels antics. Ràpidament, llegí *No sabes lo que me cuesta escribir esto*, d'Olivia Rueda (Blackie Books, 2018). I encara més coratge li va néixer. —Si ella pot, jo també.

Olivia Rueda fou un referent important en les sessions durant unes bones setmanes. El seu llibre ha donat llum i comprensió a moltes persones que, de manera directa o indirecta, pateixen problemes de comunicació, silencis i invisibles.

### **El llibre**

Amb el temps i les bromes, sorgí la idea que tota aquesta feina pogués ser un llibre propi. La voluntat i els recursos de la família, sobretot del seu fill Pere (historiador i propietari d'una revista de les Illes), ajudaren que aquesta dèria de fer com si escrivíssim un llibre fos una realitat. En Pere de seguida va veure el material editat.



I la motivació d'en Manolo i la meva encara van créixer més.

Treballar d'aquesta manera és treballar sense adonar-te'n. És creure amb el que fas perquè el que fas i com ho fas forma part de la natura del mateix procés. No pot succeir d'una altra manera. Aleshores, esdevé fàcil, fluït, ecològic i saludable. I les paraules surten soles.

*Com a terapeuta de la comunicació i del llenguatge, l'objectiu de saber on arribaríem no el vaig tenir gaire en ment. Arribaríem on poguéssim arribar. Treballar cada dia com si fos el primer i el darrer, crec que fou la clau del procés de rehabilitació. El meu objectiu, sobretot, era donar eines a en Manolo, recursos, camins i maneres que el poguessin dur a parlar; a comunicar-se de la manera més eficaç, autònoma, real i còmoda possible.*

Escollir els seus viatges era com transportar-te al moment i al lloc que explicava. Per exemple d'Itàlia conta: "Agost de 2007. 8 dies. Sicília. Vam haver de quedar a fer nit a Madrid perquè l'avió es va rompre. Catània, Taormina, és molt guapo. Vaig poder veure fins i tot foc en el volcà Etna. La meva dona no hi va voler pujar, hi vaig anar sol i em vaig trobar una pollencina amb un amic. També anàrem a Palerm. El menjar no va ser gens bo, cada dia macarrons i peix. Decidírem anar a menjar a fora. Vaig aprendre un poc d'italià. Tenen un

idioma propi a Sicília que no és un dialecte de l'italià, és la llengua siciliana".

El llibre d'en Manolo es llegeix fàcilment. És àgil i fresc. I, sobretot, és fet amb l'honestedat immensa de qui vol parlar i ho aconsegueix transcendent la reeducació pensada amb una reeducació viscuda i motivada, aconseguint poder parlar d'allò que un vol, sense pensar en com parla.

*Aquest llibre s'ha de llegir amb la ment buida de prejudicis i sense voler trobar res més que a una persona lluitadora que un dia es va quedar sense parlar i va començar un dur camí de silenci i de recerca de les seves paraules. Aquests viatges han estat el fil conductor d'aquesta recerca de la pròpia comunicació.*

#### **En Manolo**

*En Manolo, de petit, aprengué a parlar a Pollença, malgrat haver nat a Sierra de Yegüa (Màlaga) i que els seus pares fossin castellanoparlants, i aprengué a escriure en castellà. Ha fet de vidrier tota la vida i s'ha compromès per l'activitat política de la seva terra, de Pollença i de Mallorca.*

*En la recuperació del llenguatge, les paraules d'en Manolo que anaven apareixent eren en català; algunes en castellà i, fins i tot, alguns reductes concrets de l'anglès*

*s'interposaven d'una forma graciosa. Els mushrooms van venir abans que els xampinyons, per exemple.*

*L'articulació poc precisa fou i és la seqüela més difícil de suavitzar, com algunes paraules que queden a la punta de la llengua o síl·labes desaparegudes que encara són el cavall de batalla amb què lluita en Manolo cada dia, però que no l'aturen de fer una vida absolutament normal.*

*El gran viatge d'en Manolo, des del novembre de 2017, ha estat redescobrir un món de paraules, de missatges, d'emocions, de sorpreses, de llocs amagats (oblidats i coneguts) d'ell mateix. El 2018, en Manolo va tornar agafar avions i, el 2019, continua i vol continuar coneixent món i gaudint de la vida.*

### **Gràcies**

En aquest article, vull agrair molt profundament a en Manolo i a la seva família la confiança que han dipositat en el nostre equip de feina de l'Àrea de Rehabilitació Funcional de l'Hospital General de Palma. I, molt especialment, a creure en la tasca del logopeda, que tantes vegades s'invisibilitza. El llenguatge se sent però no es veu. I el maltractam i el menyspream sense voler, perquè és canviable. No poder parlar és absolutament limitant, desconcertant i t'aïlla. I quan ho podem fer ens oblidam del valor i de la importància que té poder transmetre necessitats, desitjos, queixes... als altres.

En el cas del dany cerebral, cada vegada són més els estudis sobre la reeducació del llenguatge i la comunicació en persones que han patit un ictus. L'univers de l'afàsia i dels trastorns de la comunicació associats és immens.

De cada vegada més, els científics mostren com el llenguatge és fruit d'una relació i com la mateixa relació propicia el llenguatge. N'és un exemple la recent aportació del biòleg xilè, Humberto Maturana, a la conferència "Nobel Prize Dialogue" (Xile, gener 2019), sobre la definició de la vida com a procés de viure i, en el mateix sentit, l'extensió que en fa sobre el llenguatge, dient: *"no es un sistema de comunicació o transmisión de información, sino un sistema de convivir en las coordinaciones de los deseos, los sentires, los haceres, en cualquier dimensión del convivir que está ocurriendo"*.

Al final, per ventura, podem dir que la relació curarà el llenguatge. Seguirem treballant, observant i comunicant. Perquè, com diu Joan-Ramon Laporte, catedràtic amb farmacologia, *"el progrés i la ciència si són secrets no són progrés ni són ciència"*.

En cap cas vam començar aquesta feina amb la intenció que acabés en forma de llibre, per descomptat. I aquesta és l'altra cosa inesperada que la vida, també, ha donat a en Manolo. L'ictus en va ser una, i poder escriure el seu llibre, n'ha estat l'altra.



# HISTORIAS HOSPITALARIAS

Efectos secundarios a la preparación de oposiciones del IB-Salut

Por Ana Lluís

Cinco minutos antes de la convocatoria de oposiciones...



El sujeto es feliz y lleva una vida apacible



Primer efecto secundario cinco minutos tras la convocatoria



El sujeto comienza a comer como un león hambriento

Segundo efecto secundario. Aparición en las primeras semanas de estudio...



El sujeto presenta insomnio, pensamientos negativos y alucinaciones

Tercer efecto secundario. Aparación durante las semanas previas al examen



El sujeto muestra signos de aislamiento y comportamiento asocial

Tras la oposición...



Disclaimer: cualquier parecido con la vida de la autora de la viñeta es pura casualidad... o no.



## Comisión de RCP

**La reanimación cardiopulmonar (RCP) es un procedimiento de emergencia para salvar vidas, que se utiliza cuando la persona ha dejado de respirar o el corazón ha cesado de palpar**

La Comisión de RCP nace en el Hospital Universitario Son Dureta en el año 2010 y continuó su actividad en Son Espases. El primer protocolo de actuación en RCP data de marzo del 2007.

### COMISIONES

Gracias a esta Comisión se cambió la historia del Hospital en cuanto a la RCP, tal y como la conocemos en la actualidad. En los años 80, el personal de enfermería llamaba, de manera arbitraria, a profesionales de Urgencias o de Cuidados Intensivos, sin ningún protocolo establecido, para atender la parada cardiorrespiratoria (PCR). Es a partir del año 2012 cuando se activa un circuito de parada a través del número de teléfono 989 (exclusivo para la PCR), lo que moviliza a profesionales de Urgencias, que son los que actualmente atienden la parada en la mayoría de plantas del Hospital. Los facultativos del Servicio de Urgencias son los responsables de la atención a las paradas cardiacas que se producen en nuestro centro hospitalario, así como de la formación a los profesionales en estas maniobras de resucitación cardiopulmonar.

Debido al traslado de Hospital se tuvieron que suspender las reuniones de esta Comisión y se reiniciaron en

febrero de 2014, en que se ampliaron los miembros que la constituyen y se estableció un grupo de trabajo multidisciplinar y dinámico con reuniones programadas hasta la actualidad.

Dicha Comisión está constituida por: un intensivista, tres pediatras, dos médicos de Urgencias, un cardiólogo, un anestesiólogo, tres supervisores de enfermería y dos médicos de hospitales sociosanitarios, además de la Dirección del Hospital.

Se realizan reuniones trimestrales en las que se toman decisiones importantes para llevar a cabo el tratamiento de la parada cardiorrespiratoria en el Hospital de manera uniforme y reglada basada en las recomendaciones de expertos.

Las actividades realizadas en 2018 han sido:

- Difusión del nuevo Protocolo de Parada Cardiorrespiratoria a los profesionales del Hospital a través de la intranet.
- Actualización de los fármacos que se incluyen en el carro de paros para facilitar el uso en situación de PCR.

- Implantación de un número alternativo de teléfono para el aviso de parada 65989. Este número permite activar el aviso de paro a través de un teléfono corporativo, además del existente (989) que permite hacerlo desde un teléfono fijo.
- Implantación del Icono en Millennium para identificar desde su ingreso en el Hospital si los pacientes son o no tributarios de reanimación cardiopulmonar

## Los facultativos del Servicio de Urgencias son los responsables de la atención a las paradas cardiacas que se producen en nuestro centro hospitalario

Además, la Comisión supervisa y aprueba el Plan de Formación en RCP de la Unidad de Docencia del Hospital, de este modo, se han realizado los programas de 2017, 2018 y 2019. Con ello, se ha incrementado, de manera exponencial, la formación en RCP de todos los profesionales ofreciendo formación dirigida a todos los

estamentos y categorías profesionales. La formación realizada ha sido de 373 profesionales en 2017 y 575 en 2018.

Desde la Comisión también se contabilizan las activaciones de PCR que se realizan desde los distintos puntos del Hospital. En 2018, se recibieron un total de 57 activaciones, una media de 4/5 avisos al mes. Uno de los objetivos es revisar los aspectos de mejora en la actuación multidisciplinar de este procedimiento.

Para poder mejorar y detectar las necesidades "in situ" de actuación durante la RCP, se realizó, por primera vez en nuestro Hospital, un simulacro de PCR el 15 de mayo de 2018, en la planta de hospitalización de la UH3M, con una excelente aceptación y participación de los profesionales. Con la idea de repetir la experiencia y poderla desarrollar en otros servicios del Hospital.

"La RCP salva vidas".

### Miembros de la Comisión RCP

#### Presidente:

Ajenjo Guijarro, Fernando

Servicio de Urgencias

#### Secretaria:

Bonnín Arnas, Olga

Servicio de Administración Periférica

#### Vocales:

Balliu Badia, Pere R.

Caldés Llull, Onofre

Servicio de Pediatría

De Carlos Vicente, Juan Carlos

Servicio de Cardiología

Del Río Vizoso, Manuel

Servicio de Pediatría

Ferrés Serrat, Francesc

Dirección Médica

Gavala Arjona, Juan Manuel

Servicio de Pediatría

Gilabert Irióna, Núria

Dirección de Enfermería

Giménez Herrero, José Benigno

Servicio de Pediatría

Guerra López, Mónica

Área de Psiquiatría Socio-sanitaria

Pérez Galmés, Carolina

Servicio de Urgencias

Rayo Ordóñez, Luis Arturo

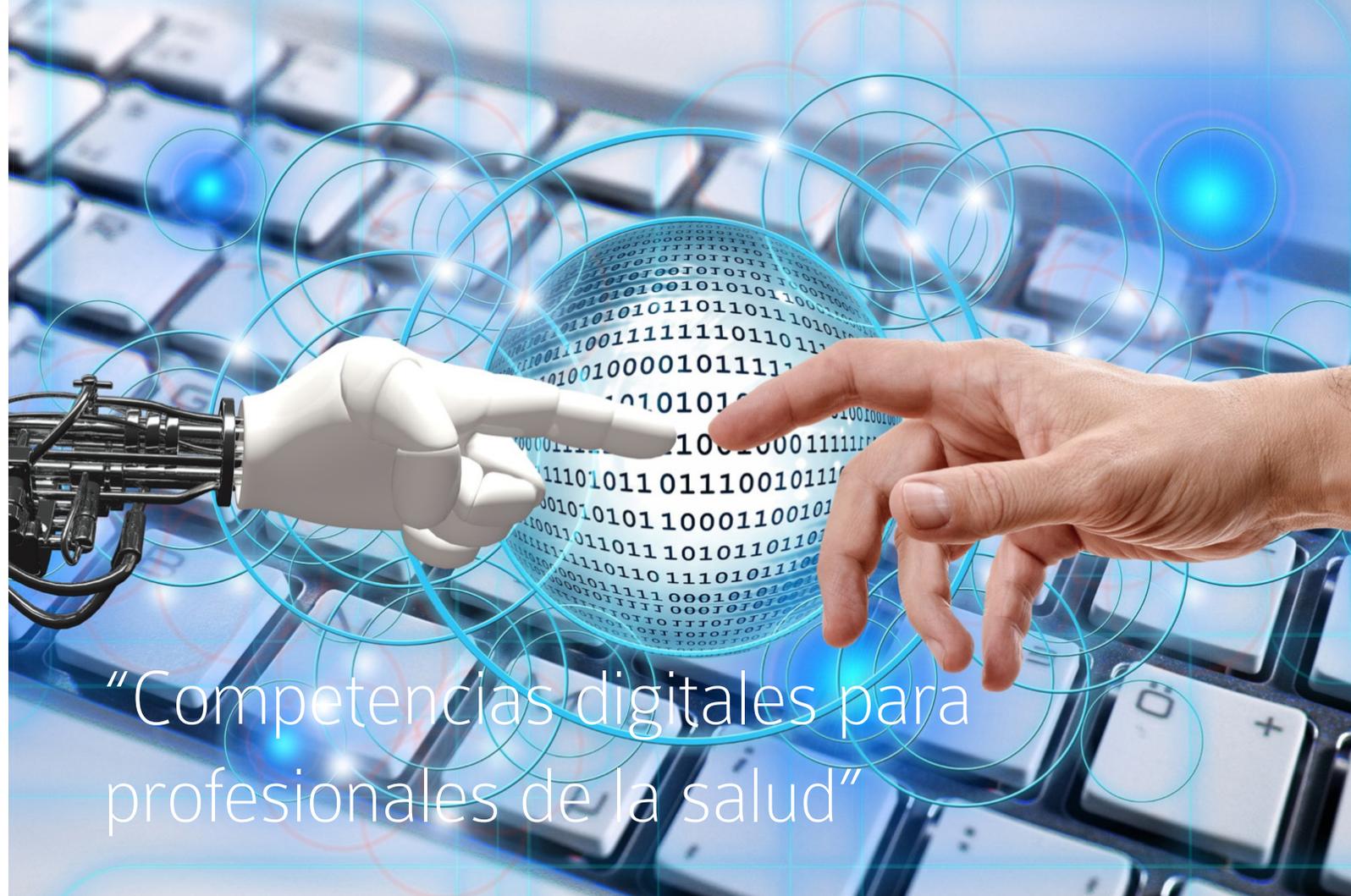
Servicio de Docencia

Seguí Mas, José Ramón

Servicio de Medicina Intensiva

Torres Padrós, Vicente

Servicio de Medicina Interna



## “Competencias digitales para profesionales de la salud”

María Teresa Pérez Jiménez

La esfera digital se ha convertido en el principal entorno al que acude el ciudadano en busca de información sobre su salud, incluso antes de acudir al especialista. Este fenómeno nos confiere a los profesionales sanitarios un mundo de posibilidades a la hora de acercarnos al ciudadano, poner a su disposición un sin fin de herramientas y canales informativos a los que acudir en busca de información veraz en salud.

Los profesionales sanitarios tenemos la responsabilidad de convertirnos en líderes de opinión con el fin de reducir al máximo los vacíos informativos en torno a cuestiones relevantes para el ciudadano y debemos desempeñar un papel activo en las conversaciones de salud que fluyen en los entornos digitales.

En el mundo digital, global, conectado y cambiante en el que vivimos, debemos formarnos y responder a las necesidades de esta sociedad red en la que nos encontramos, que avanza a un ritmo vertiginoso y sin retorno.

“La salud digital, e-salud o salud conectada significa utilizar las TIC en el amplio rango que afectan a los aspectos del cuidado de la persona. @ChemaCepeda”

Siguiendo con esta definición de Chema sobre la salud digital, les hago la pregunta siguiente: “¿y si os dijera que la salud digital no es un concepto tecnológico sino una forma de mejorar como profesionales y conseguir que los ciudadanos consigan una mejor salud?”

Para ello es necesario formarse en competencias digitales, ya que el reto de la transformación digital pasa por el reto de la transformación digital del talento. Una organización sanitaria será más competente con profesionales digitalmente competentes y, así, podremos abordar un futuro con garantías.

**En el manual de RocaSalvatella se habla de 8 competencias digitales** para el éxito profesional, que son las siguientes:

- 1) Conocimiento digital
- 2) Gestión de la información
- 3) Comunicación digital
- 4) Trabajo en red
- 5) Aprendizaje continuo
- 6) Visión estratégica
- 7) Liderazgo en red
- 8) Orientación al cliente



## 8 COMPETENCIAS DIGITALES

Cultura digital y transformación de las organizaciones

La transformación digital no es un tema tecnológico sino una cuestión de visión, estrategia, cultura organizativa y rediseño de procesos. En esta línea, el experto en salud digital, Chema Cepeda, en su manual **"7 competencias clave hacia una salud digital"**, habla de:

- 1) Visión innovadora
- 2) Gestión de la información
- 3) Identidad digital
- 4) Red
- 5) Aprendizaje permanente
- 6) Publicación de contenidos
- 7) Comunicación digital



También se habla de estas competencias en el **Marco Europeo de competencias digitales DIGCOMP**. En este texto se puede leer la definición completa de este concepto:

*"La competencia digital es el conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes, estrategias y concienciación que el uso de las TIC y de los medios digitales requiere, para realizar tareas, resolver problemas, comunicar, gestionar la información, colaborar, crear y compartir contenidos y generar conocimiento, de manera efectiva, eficaz, adecuada, crítica, autónoma, flexible, ética, reflexiva, para el trabajo, el ocio, la participación, el aprendizaje, la socialización, el consumo y el empoderamiento".*

Para ello, son necesarias cinco competencias:

- 1) Información
- 2) Comunicación

- 3) Curación de contenidos
- 4) Seguridad
- 5) Solventar problemas



Se pueden consultar las dimensiones y la estructura del marco:

- Dimensión 1: áreas de competencias (5)
- Dimensión 2: competencias (21)
- Dimensión 3: niveles de competencias (3)
- Dimensión 4: ejemplos de conocimientos, habilidades y actitudes
- Dimensión 5: aplicabilidad según los distintos objetivos (ocio, social, comprar y vender, aprendizaje, empleo, ciudadanía, bienestar)

Los profesionales y las organizaciones tienen que ser capaces de ver esta transformación como una oportunidad de adaptación, aprendizaje, re-aprendizaje, evolución y avance.

El profesional con la competencia de **conocimiento digital** es capaz de:

- Utilizar de manera eficiente recursos y herramientas digitales.
- Hacer uso de herramientas y medios digitales en su desarrollo profesional.
- Comprender la hipertextualidad y la multimodalidad de los nuevos medios digitales.
- Integrar las nuevas lógicas digitales en su trabajo profesional.
- Usar herramientas digitales para el pensamiento reflexivo, la creatividad y la innovación.
- Gestionar de manera apropiada la identidad digital corporativa y propia.
- Intervenir de manera responsable, segura y ética en entornos digitales corporativos o propios.
- Evaluar críticamente prácticas sociales de la sociedad del conocimiento.

Y **aporta** a la organización los aspectos siguientes:

- Aumenta la productividad y acelera la innovación.
- Cambia la manera de gestionar el talento y los procesos.
- Mejora la flexibilidad y la capacidad de reacción y de anticipación.
- Aumenta el conocimiento del entorno.
- Genera seguridad ante los cambios y la incertidumbre.

Este conocimiento digital, que también se explica en el manual de RocaSalvatella anteriormente citado, debe compartirse no solo a nivel interno sino a nivel externo, para ello es fundamental mejorar la comunicación tanto interna como en los medios digitales. Esta comunicación se entiende como la capacidad para relacionarse, comunicar y colaborar de manera eficiente con herramientas y entornos digitales.

El profesional con la competencia de **comunicación digital** es capaz de:

- Comunicarse de manera eficiente de manera asíncrona.
- Participar activamente en conversaciones y debates en línea y realizar aportaciones de valor.
- Comunicarse de forma eficaz y productiva con sus colaboradores utilizando medios digitales.
- Comunicarse de manera eficiente de manera síncrona en línea.
- Generar contenido de valor y tener opiniones que ayudan a generar debate.

• Participar proactivamente en entornos digitales, redes sociales y espacios colaborativos en línea y realizar aportaciones de valor.

• Identificar nuevos espacios en los que participar que puedan ser de interés.

• Establecer relaciones y contactos profesionales con medios digitales.

Y **aporta** a la organización los aspectos siguientes:

• Genera conocimiento de mercado y de clientes.

• Aumenta la eficiencia y la productividad interna.

• Favorece el posicionamiento y la construcción de marca.

• Reduce los riesgos de crisis de marca.

• Incrementa la transparencia y la visibilidad del conocimiento interno.

A ambas competencias hay que sumar el saber gestionar la información, trabajar en red, estar en aprendizaje continuo, abrir la mente y tener visión estratégica, con el objetivo de enfocarlo todo en el paciente.

Como profesionales del siglo XXI, debemos estar preparados, ser capaces de entender, saber interactuar y satisfacer las necesidades de un paciente activo, experto, empoderado e hiperconectado, e incluir en los procesos la experiencia del paciente.

**“La transformación digital es maquillaje tecnológico si no se desarrollan nuevas competencias en las organizaciones y en los profesionales”.**

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

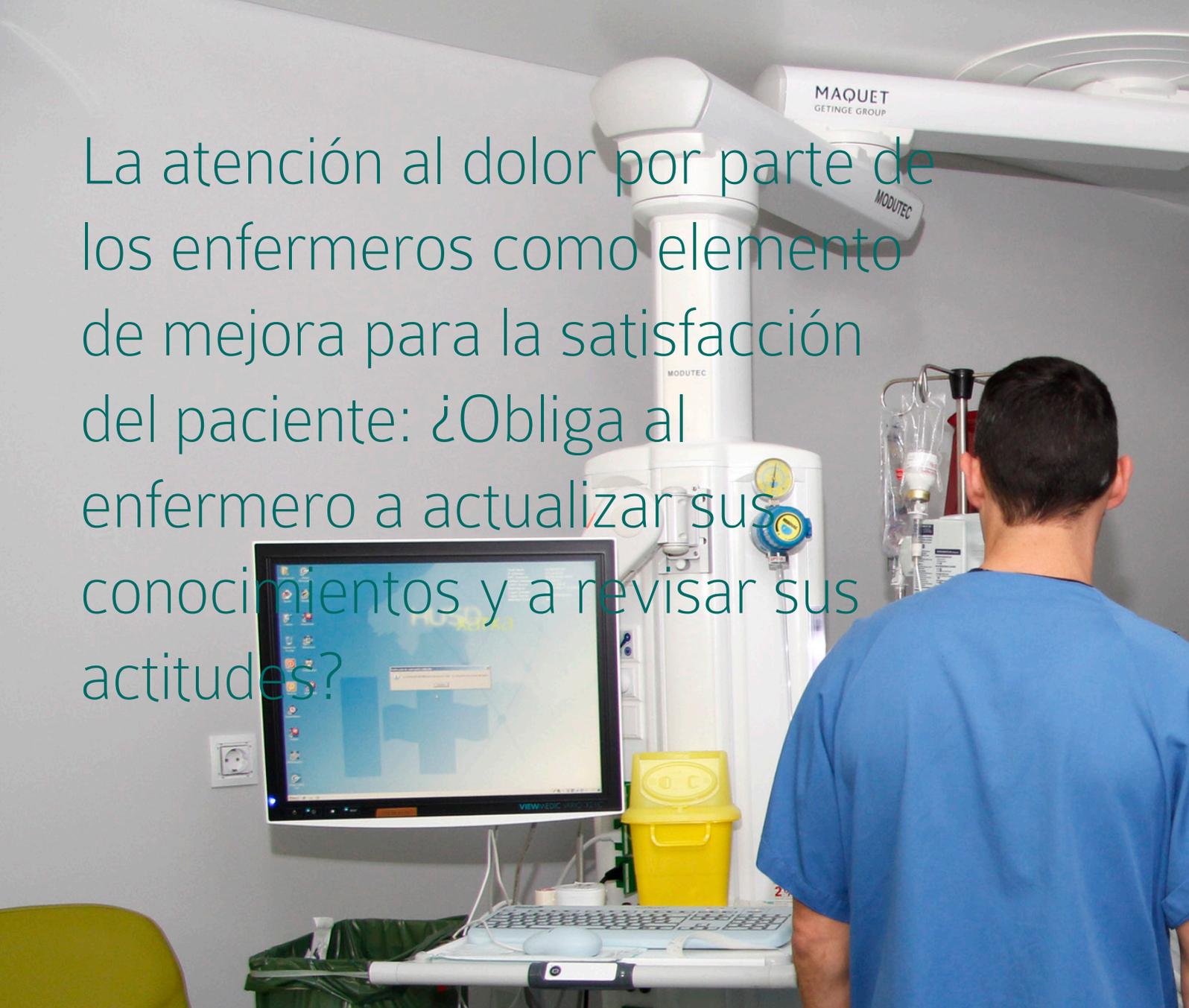
**Reds**  
revista digital de salud

Dirección de Enfermería. Hospital Universitari Son Espases

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

#RedesHUSE

# La atención al dolor por parte de los enfermeros como elemento de mejora para la satisfacción del paciente: ¿Obliga al enfermero a actualizar sus conocimientos y a revisar sus actitudes?



Guenoun Sanz María, Céspedes Flor Fátima

Enfermeras del Grupo de Trabajo en Investigación en Cuidados de Enfermería del Hospital Universitari Son Espases. (GITSSE)

Artículo seleccionado: Brant, J. M., Mohr, C., Coombs, N. C., Finn, S., Wilmarth, E. Nurses' knowledge and attitudes about pain: Personal and professional characteristics and patient reported pain satisfaction. *Pain Management Nursing* [Internet]. 2017; 18(4), 214-223.

## Resumen

### Justificación

Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en la evaluación y en la atención al dolor, siendo éste un indicador importante sobre la calidad de los cuidados de enfermería y la satisfacción del paciente. Sin

embargo, el tratamiento del dolor es, en general, inadecuado debido al estigma social, al miedo a la adicción y a los conocimientos insuficientes sobre las mejores vías de controlarlo.

### Objetivos

Examinar los conocimientos y las actitudes de los enfermeros sobre el dolor mediante la encuesta "The Nurse Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain" (KAP) en diferentes unidades de hospitalización. Identificar las características profesionales y personales que predicen la actitud y el conocimiento de los enfermeros ante la atención al

dolor, mediante el instrumento KAP, analizar la puntuación obtenida en el KAP con la satisfacción del paciente de acuerdo con la encuesta "Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers", (HCAHPS).

### Diseño

Estudio descriptivo, de corte transversal, test/retest.

Lugar: Encuesta KAP en 18 unidades de hospitalización (enfermería) y encuesta HCAHPS en 6 de dichas unidades.

### Participantes

216 enfermeros cumplieron la encuesta KAP correctamente.



### **Intervención**

Se recogieron los datos demográficos de los enfermeros con una encuesta propia. Se examinaron las encuestas HCAHPS un año antes y después de la encuesta KAP. Se tuvo en cuenta la puntuación de las tres preguntas sobre el dolor de la encuesta HCAHPS. Se aceptaron las encuestas KAP cumplimentadas en un 85%.

### **Resultados**

La puntuación media de la encuesta de conocimientos y de actitudes realizadas por los enfermeros fue del 72%. La puntuación más alta se consiguió en la Unidad de Psiquiatría (77%) y las más bajas en Diálisis (65%) y en Cirugía (67%).

Las variables, con diferencias significativas en la encuesta KAP, fueron: tener más de 5 años de experiencia, el grado de formación del enfermero y haber recibido educación sobre el dolor en el último año. Carecieron de estas diferencias significativas en las puntuaciones del KAP la unidad de procedencia, el grado de enfermería más alto, la experiencia personal con el dolor, los antecedentes familiares de dolor crónico y el género. Pertenecer a una organización profesional se acercó al valor de  $p$  ( $=0,79$ ).

En el período estudiado, se observó una fuerte correlación entre KAP y HCAHPS (1 año antes,  $r=0,917$  y después,  $r=0,792$ ). Esta correlación

indica que el mayor conocimiento de los enfermeros sobre el dolor y una mejor actitud hacia el tratamiento del dolor en los pacientes está relacionado con la satisfacción general del paciente.

### **Conclusiones:**

El tratamiento del dolor a menudo no está bien gestionado y existe la preocupación de que esta deficiente gestión pueda aumentar con el incremento del uso de opioides y los temores relacionados. Por lo tanto, es necesario que los enfermeros mejoren su conocimiento sobre la correcta atención al dolor y en el manejo de los opioides y otros analgésicos. Las actitudes sobre el dolor también deben ser examinadas. En

general, parece existir una clara relación, entre un mayor conocimiento y una mejor actitud de los profesionales que atienden a los pacientes que presentan dolor y la satisfacción de los pacientes, la seguridad y la calidad de la atención.

### Comentario crítico

Para analizar la calidad metodológica del estudio, se utilizó la lista de comprobación STROBE<sup>1</sup> para estudios descriptivos.

El artículo no detalla las fechas ni los periodos de reclutamiento, exposición y recogida de datos.

En cuanto a la muestra, no se menciona el número de encuestas HCAHPS. Además, los pacientes que responden a la encuesta HCAHPS no representan a la población total de los pacientes hospitalizados. Hay que tener en cuenta que, en este tipo de estudios, puede existir un sesgo de respuesta entre los que contestan las encuestas y los no encuestados<sup>2</sup>.

El número de enfermeros que cumplen la encuesta KAP es del (%) y puede suponer una limitación. La Unidad de Crónicos tuvo una alta puntuación en el KAP ya que se aceptaron tres encuestas. La Unidad de Diálisis estuvo a la cola de la puntuación KAP con cuatro encuestas.

No se nombra la fuente de financiación ni los conflictos de intereses

La búsqueda bibliográfica relacionada en esta revisión crítica evidencia los escasos artículos científicos que han estudiado la correlación entre los conocimientos y las actitudes de enfermería sobre el dolor y la satisfacción del paciente. Sin embargo, los resultados de estos artículos sugieren que existe una relación entre estas dos variables<sup>2, 4-6, 8</sup>.

Existe numerosa bibliografía que estudia las estrategias para mejorar<sup>3</sup> el nivel que existe entre los profesionales sobre los conocimientos y las actitudes ante la atención y el tratamiento del dolor.

Dado que el dolor es un fenómeno multifactorial<sup>5</sup>, los enfermeros deben tener suficientes conocimientos tanto en terapias no farmacológicas como en farmacológicas<sup>5</sup> para mejorar la satisfacción del paciente<sup>4</sup>.

Además, hay que tener en cuenta las múltiples variables intrínsecas del paciente que influyen en la satisfacción en el tratamiento del dolor, incluidas las creencias personales, las expectativas y las interacciones con los proveedores de la atención médica<sup>5</sup>. Las recomendaciones enfatizan el uso de terapias multimodales<sup>4</sup>, una mejora en la evaluación del enfermero sobre el dolor y en la comunicación de enfermería con el paciente<sup>6</sup>, ya que son los ítems mejor valorados por el paciente<sup>7</sup>.

### Respuesta a la pregunta

El artículo refuerza la relación entre los conocimientos y las actitudes del enfermero con la satisfacción del paciente. El personal de enfermería debe formarse y revisar sus actitudes para optimizar la atención al paciente con dolor y mejorar su nivel de satisfacción.

### Nivel de evidencia

Según la clasificación GRADE, el grado de recomendación es C debido a su insuficiente evidencia científica con un nivel III respecto a la calidad de la evidencia propuesta por U.S. Preventive Services Task Force<sup>10</sup>.

### Bibliografía

1. Vandembroucke JP, et al. Mejorar la comunicación de estudios observacionales en epidemiología (STROBE): explicación y elaboración. *Gac. Sanit.* 2009. Disponible en:

<https://www.strobe-statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/translations/STROBE-Exp-SPANISH.pdf>

2. Craig AR, Otani K, Herrmann PA. Evaluating the influence of perceived pain control on patient satisfaction in a hospital setting. *Hospital Topics.* 2015;93(1):1-8.

3. Ladak SSJ, McPhee C, Muscat M et al. The journey of the pain resource nurse in improving pain management practices: understanding role implementation. *Pain Management Nursing.* 2013;14(2):68-73.

4. Holl RM, Carmack J. Complexity of pain, nurses' knowledge, and treatment options. *Holist.Nurs. Pract.* 2015;29(6):377-380.

5. Jarret A, Church T. Nurses' knowledge and attitudes about pain in hospitalized patients. *Clinical Nurse Specialist.* 2013;27(2):81-87.

6. Schroeder DL, Hoffman LA F, et al. Enhancing nurses' pain assessment to improve patient satisfaction. *Orthopaedic Nursing.* 2016;35(2):108-117.

7. Shindul-Rothschild J, Flanagan J, Stamp KD, Read CY. Beyond the pain scale: provider communication and staffing predictive of patients' satisfaction with pain control. *Pain Management Nursing.* 2017;18(6):401-409.

8. Mazurenko, Olena, et al. "Predictors of hospital patient satisfaction as measured by HCAHPS: A systematic review." *Journal of Healthcare Management* 62.4 (2017): 272-283.

9. López Alonso SR, Pedro Gómez JD, Marqués Andrés S. Comentario crítico de un estudio científico para una publicación. *Index Enferm.* 2009;18(1):52-56. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000100011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100011&lng=es)

10. Primo J. Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal al día.* 2003;2(2). Disponible en: <http://www.svpd.org/mbe/niveles-grados.pdf>



# Mitos sobre el embarazo

Enrique Luján Sosa

DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

En otros países de nuestro entorno, las matronas se preparan en escuelas de matronas independientes de las de enfermería. La situación de la profesión de comadrona en España es diferente, es necesario cursar enfermería para, posteriormente, desarrollar la especialidad de Obstetricia y Ginecología (matrona). Aún con esta proximidad, el embarazo sigue inspirando una serie de mitos y leyendas muy arraigados en nuestra cultura.

## 1) Hay diferentes “tipos” de barriga según si la mujer espera un niño o una niña.

El tipo de vientre de la gestante no tiene nada que ver con el sexo del bebé. Las formas que adquiere están relacionadas con el tono muscular y uterino, con la posición que adopta el bebé en el vientre y con la forma que tengan los huesos de la pelvis de la mujer. El único modo de conocer el sexo de un bebé es mediante una ecografía.

## 2) Una mujer embarazada ha de comer por dos.

Consideramos que bajo ningún concepto está indicado el “comer por dos”, porque esto podría acarrear casos de obesidad en la gestante. Lo aconsejable es llevar una dieta sana, equilibrada y muy

variada, y repartir las comidas en cinco o seis tomas al día, así se evita la ansiedad. En estas condiciones, lo normal es que la embarazada aumente su peso de 9 a 12 kilos, aunque esto va a depender de la estatura y de la constitución de cada una, pues no es lo mismo una persona que mide 1,60 que una que mida 1,80.

## 3) ¿Si la madre tiene un capricho y no lo resuelve le saldrá una mancha al bebé?

Más de la mitad de las gestantes tiene antojos o deseos irrefrenables de tomar algún alimento concreto a lo largo de su embarazo. Pero, desde luego, no hay una base científica que relacione su no satisfacción con la aparición de una mancha de la forma de lo deseado. Muchos bebés suelen nacer con algunas manchitas, pero no tienen nada que ver con los antojos, de hecho la mayoría de ellas desaparece con el tiempo.

## 4) ¿Si la madre tiene ardores el niño le saldrá peludo?

Los ardores y las malas digestiones en esta etapa están provocados por un aumento del tamaño del útero, lo que provoca el desplazamiento de los in-

testinos y del estómago. Para evitarlos, las gestantes no deberían comer demasiado ni tumbarse justo después de comer y deberían suprimir los alimentos ricos en grasas difíciles de digerir.

#### **5) Una mujer embarazada no puede teñirse el pelo ni depilarse.**

No hay ningún problema en que la mujer embarazada se tiña el pelo siempre que el tinte empleado no contenga acetato de plomo, amoníaco u otros derivados del petróleo.

Respecto a la depilación, requiere matices. El método más recomendable para depilarse durante el embarazo son las depiladoras que extraen el vello de raíz, el inconveniente es que pueden resultar más dolorosas. Las cremas depilatorias son inocuas, pero no existen estudios serios sobre este tema. En cuanto a la cera es mejor fría que caliente. La caliente se puede utilizar en las axilas, pero para las piernas y las ingles es mejor la opción fría porque la caliente predispone a la aparición de varices.

Sobre la depilación con láser, no se han realizado pruebas clínicas para conocer los efectos adversos que puede tener en el feto. En principio, cabría pensar que no son perjudiciales porque los láseres de depilación penetran entre 4,5 y 5 milímetros y es difícil que alcancen al embrión, pero lo más prudente es evitarla ya que puede tener reacciones cutáneas impredecibles.

#### **6) ¿Dar el pecho o dar biberón es lo mismo?**

Parece mentira que a estas alturas aún alguien se plantee esta pregunta y, aunque la mayoría tiene claro que la lactancia materna es la mejor opción para alimentar al bebé, aun se puede escuchar a personas, incluso a profesionales, diciendo frases como "tienes poca leche", "tu leche no alimenta", "se queda con hambre", etc.

Salvo raras excepciones (generalmente por enfermedades del niño o de la madre), no hay ningún motivo por el que la madre no pueda dar pecho.

La lactancia materna es el mejor alimento para un bebé desde el punto de vista nutricional y es importante animar a las madres a amamantar a sus hijos durante seis meses en exclusiva, como recomienda la OMS.

Si a pesar de todo, una madre decide conscientemente alimentar con biberón a su hijo, por los mo-

tivos que considere oportunos, su decisión deberá ser respetada.

#### **7) ¿El deseo sexual varía según la etapa de embarazo?**

Es importante señalar que la futura mamá, como mujer que es, puede sufrir oscilaciones significativas del deseo sexual a lo largo del embarazo, en función de sus condiciones físicas y psicológicas. Tan normal es tener falta de libido como un deseo más acentuado de lo habitual, y todo tiene su explicación.

En el primer trimestre de embarazo, la falta de libido se suele deber a la "tormenta hormonal" que vive la embarazada en su organismo. El segundo trimestre es, sin duda, el mejor para subir la libido, ya que está "asentado" el embarazo. En el tercer trimestre, el volumen y el peso del vientre se dejan notar. Ahora, resulta difícil encontrar una postura cómoda para hacer el amor y no todas las embarazadas se encuentran atractivas.

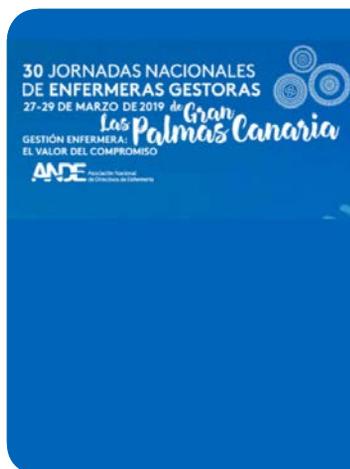
#### **8) ¿Pueden las relaciones sexuales dañar al bebé?**

Esta pregunta también necesita matices, es muy improbable causar daño al bebé ni por la penetración ni por soportar peso sobre el vientre porque "está bien protegido dentro del útero, que está sellado por el tapón mucoso y rodeado de una bolsa de líquido amniótico que amortigua la presión". Al contrario, las relaciones sexuales durante la gestación tienen algunos beneficios, siempre y cuando el embarazo sea de bajo riesgo.

#### **9) ¿Después del parto cuando pueden volverse a mantener relaciones sexuales con penetración?**

Dependerá del tipo de parto y de la RRSS. Normalmente, se recomienda sobrepasar el periodo puerperal (cuarentena), y siempre y cuando la mujer la desee.





## 30 Jornadas Nacionales de Enfermeras Gestoras

**Dates:** del 27 al 29 de març de 2019

**Lloc:** Palacio de Congresos de Canarias. Las Palmas

**Organitzador:** ANDE

**Enllaç:** <http://30enfermerasgestoras.com/>



## XVIII Congreso AEETO

**Dates:** del 3 al 6 d'abril de 2019

**Lloc:** Auditorio Ciudad de León. León.

**Organitzadors:** Asociación Española de Enfermería en Traumatología y Ortopedia A.E.E.T.O.

**Enllaç:** <http://www.aeeto.es/congreso>



## 8ª Jornadas Nacionales de Enfermería en Cuidados Paliativos

**Dates:** Del 4 al 5 d'abril de 2019

**Lloc:** Palacio de Congresos de Mérida

**Organitzador:** AECPAL

**Enllaç:** <http://aecpal2019.com/index.php>

**Contacte:** [sanicongress@aecpal2019.com](mailto:sanicongress@aecpal2019.com)



## XI Congreso Nacional de FAECAP, I Congreso de EFEKEZE y VIII Encuentro de EIR y Tutores

**Dates:** Del 4 al 6 d'abril de 2019

**Lloc:** Vitoria

**Organitzador:** FAECAP y EFEKEZE

**Enllaç:** <http://xifaecap.versalcomunicacion.com/>

**Contacte:** [congressofaecap2019@versalscq.com](mailto:congressofaecap2019@versalscq.com)



## I X Congreso español de Lactancia Materna

**Dates:** del 4 al 6 d'abril de 2019

**Lloc:** Santiago de Compostela

**Organitzador:** Asociación Profesional de Matronas Extremeñas (APMEX)

**Enllaç:** <http://matronasextremadura.org/x-congreso-espanol-de-lactancia-materna-4-a-6-de-abril-2019/>



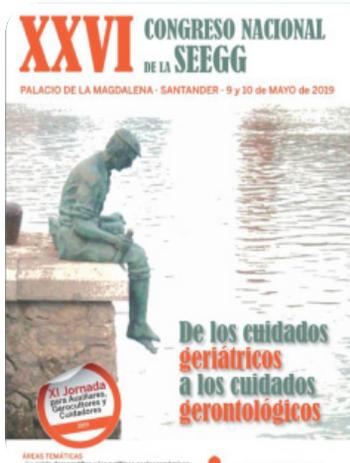
## WORLD HOSPITAL AT HOME CONGRESS

**Dates:** 5 i 6 d'abril de 2019

**Lloc:** MADRID

**Organitzador:** Kenes Group

**Enllaç:** [https://whahc.kenes.com/2019/Pages/default.aspx#.W\\_58QpNKi8X](https://whahc.kenes.com/2019/Pages/default.aspx#.W_58QpNKi8X)



## XXVI CONGRESO NACIONAL DE LA SEEG

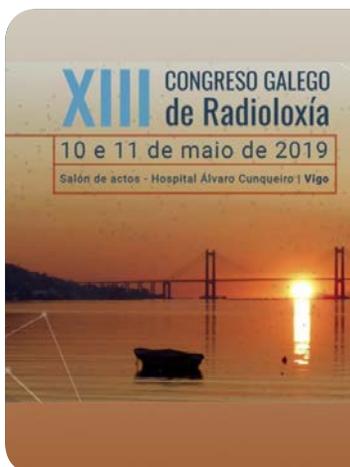
**Dates:** del 9 al 10 de maig 2019

**Lloc:** Palacio de la Magdalena. Santander.

**Organitzador:** Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica

**Enllaç:** <http://seegg.es/event/http-bocentium-com-seegg-2019/>

AGENDA



## XIII Congreso Gallego de Radiología

**Dates:** 10 i 11 de maig de 2019

**Lloc:** Hospital Álvaro Cunqueiro (Vigo)

**Organitzador:** Sociedad Gallega de Radiología

**Enllaç:** <http://radioloxiagalega.es/ix-congreso-galego-de-radioloxia//>



Sevilla  
15-17 mayo 2019

## XVI Congreso SERVEI

**Dates:** del 15 al 17 de maig de 2019

**Lloc:** Sevilla

**Organitzador:** Sociedad Española de Radiología Vascolar e Intervencionista (SERVEI)

**Enllaç:** <https://servei.org/calendario-de-cursos-y-congresos/>



## XXX Congreso Nacional de Técnicos en Cuidados de Enfermería y Técnicos en Emergencias Sanitarias. "Cuidados del técnico en las patologías urológicas"

**Dates:** del 29 al 31 de maig de 2019

**Lloc:** Palacio Euskalduna. Abandoibarra Etorb., 4, 48011

**Organitzador:** Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE)

**Enllaç:** <https://www.fundacionfae.org/congresos>



## IV Congreso de la Asociación Andaluza de Matronas

**Dates:** del 6 al 8 de juny de 2019

**Lloc:** Málaga

**Organitzador:** Asociación Andaluza de Matronas

**Enllaç:** <http://matronasandalucia2019.com/matronasandalucia2019>



## XIV Congreso Nacional AETR

**Dates:** del 21 al 23 de juny de 2019

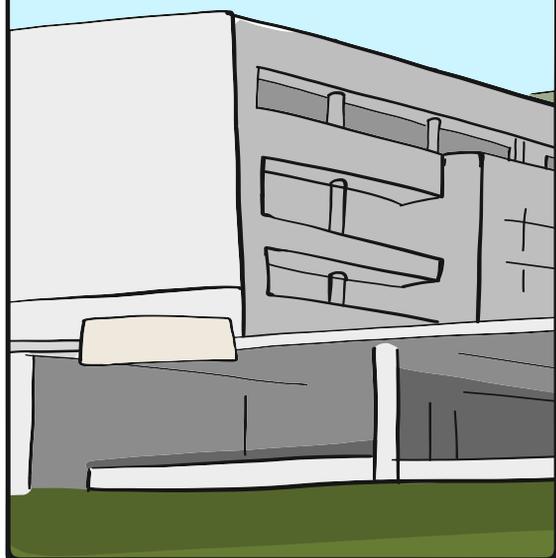
**Lloc:** Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Oviedo.

**Organitzador:** Asociación Española de Técnicos en Radiología (AETR)

**Enllaç:** <https://www.congresoatr2019.net/>

# Empecemos el turno

## Turno de mañana



## Turno de tarde



## Turno de noche



Promoció del son  
i del descans

març

**PREVENIR**  
*és tenir cura*

abril

Prevenició de caigudes