

RdS

revista digital de salud

Dirección de Enfermería. Hospital Universitari Son Espases



Son Espases

hospital universitari
sector ponent

13

PARLEM DE LA INFÀNCIA D'AVUI: l'escenari

Barbara Stilwell, directora ejecutiva de la campaña global Nursing Now

Funcionamiento del Servicio de Hemodinámica

Centro de Simulación Clínica del HUSE, un proyecto innovador necesario para Baleares

STAFF

RdS
revista digital de salud
Direcció de l'informació Hospital Universitari Son Espases

Director de la revista
Juan Manuel Gavala Arjona

Supervisora Área I+D+i
Pilar Andreu Rodrigo

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

Fotografía
Banco de imágenes HUSE

Revisión Lingüística
Servicio Lingüístico HUSE

Colaboración viñetas
Tolo Villalonga

Contacto
hse.revistaenfermeria@ssib.es
@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 13 Septiembre 2019

EDITORIAL 3

LLEGÓ EL VERANO

A LA VANGUARDIA 4

PARLEM DE LA INFÀNCIA D'AVUI: L'ESCENARI

PROTAGONISTA 9

BARBARA STILWELL, DIRECTORA EJECUTIVA DE LA CAMPAÑA
GLOBAL NURSING NOW

COMPAÑEROS 14

ENTREVISTA A ANA GARCÍA GIRÓN
UNA MATRONA DE LA LECHE

LA VOZ DEL PACIENTE 17

FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE HEMODINÁMICA

COMISIONES 20

SUBCOMISSIÓ PACIENT ACTIU

MI EXPERIENCIA EN... .. . 23

SOFÍA MARIÑO PÉREZ.
MI EXPERIENCIA COMO ENFERMERA EN ALEMANIA

INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA 26

PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR UN PROYECTO DE INVESTI-
GACION EN EL ÁREA DE ENFERMERÍA DE SON ESPASES

DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA 29

CENTRO DE SIMULACIÓN CLÍNICA DEL HUSE, UN PROYECTO
INNOVADOR NECESARIO PARA BALEARES

AGENDA 32



Llegó el verano

Cuando llega mayo, nos vamos preparando para esas ansiadas y tan necesarias vacaciones. En un hospital como el nuestro, en el que trabajan más de 5.000 profesionales, hace falta una gran contratación de personal para poder satisfacer todas las necesidades; pero, en los últimos años, nos encontramos, sobre todo a nivel de enfermería, que no tenemos suficientes profesionales para suplir la demanda.

En la pasada década, cuando un profesional terminaba sus estudios de enfermería no tenía muy claro lo que iba a hacer en los meses siguientes, ni cuál sería su destino. Muchos optaban por quedarse en sus provincias y trabajaban con contratos de 1 o 2 meses durante el verano; otros se matriculaban en algún máster o experto interesante o se inscribían en alguna academia para prepararse el EIR y los más atrevidos se decidían a ir a países que tenían falta de enfermeros (Portugal, Reino Unido, Francia, Alemania, Italia...) donde los profesionales españoles estaban, y están, muy bien valorados. Eran años donde con suerte trabajabas 5 o 6 meses.

Después de la crisis de principios de esta década, nuestra profesión ha dado un gran giro, ya que se han ido adquiriendo nuevas competencias y se han recuperado derechos que fueron suprimidos. Se ha aumentado el número de enfermeros por pacientes (aunque aún queda bastante para igualarnos a algunos países de Europa), se están estabilizando las plantillas y se mejoran los tipos de contratos que se ofrecen.

El Grado en Enfermería es uno de los más demandados en todo el territorio español, con notas de acceso superior al 10 en el 80% de las facultades de enfermería. En nuestra Comunidad, este año la nota de corte se ha quedado en 9,248 y se han ofertado 125 plazas.

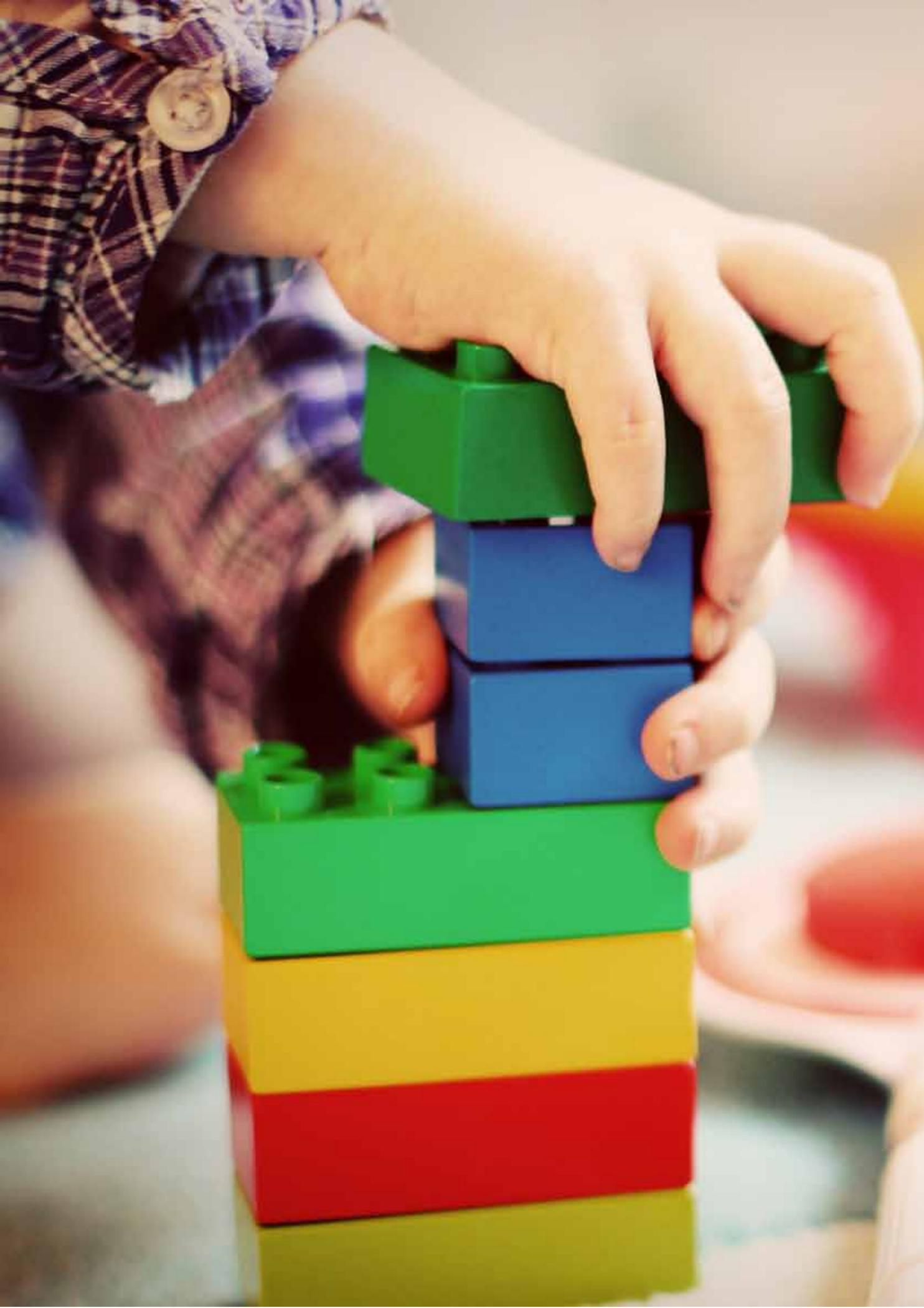
Hasta hace poco, en Baleares, el alto precio de la vivienda y el nivel de vida, así como contratos poco competitivos respecto a otras comunidades, dificultaba la contratación; aunque también podemos decir que se ofrecían como ventajas el atractivo de ser una isla y la continuidad en las contrataciones tanto en centros públicos como privados. Pero, hoy en día, la dificultad llega a casi todos los hospitales españoles, ya que las bolsas de trabajo de la mayoría de las comunidades se han ido agotando a lo largo del mes de junio.

Con este panorama, que tiende a ir empeorando con los años, debemos plantear al Ministerio de Educación si no se deben aumentar el número de Facultades de Enfermería, así como los números clausus de acceso; si los hospitales pueden acoger a tan alto número de estudiantes y si, realmente, están bien enfocados los estudios tal y cómo están diseñados.

¡Esperamos que este problema se solucione en breve!

Juan Manuel Gavala Arjona

EDITORIAL



PARLEM DE LA INFÀNCIA D'AVUI: l'escenari

Neus Martorell Dols

Pot ser angoixant pensar que qui sap més del desenvolupament i de l'adquisició del llenguatge en sap poquet. Tant com alliberador, perquè, en la mateixa premissa, hi ha la idea que cada un de nosaltres desenvolupam el llenguatge segons una sèrie de factors que només tenen a veure amb nosaltres mateixos i amb la nostra història de vida. Malgrat hi hagi tantes similituds amb els nostres iguals que ens cataloguen de ser previsibles, en el fons, n'hi ha una que ens diferencia sempre i que no es pot imitar, ni copiar, ni clonar: és la individualitat i l'essència de cadascú. Per això, la veu, per exemple, ja és una empremta d'identitat. I com usam les paraules és quelcom que ens diferencia de la resta del món.

A partir d'aquesta idea, es desenvolupa l'explicació de com evoluciona el llenguatge. I de com cada infant té el seu procés únic i genuí. Hi ha un escenari per a cada persona que neix, que viu. No n'hi ha dues d'iguals. I qualsevol intervenció hauria de partir de la base d'aquesta "tautologia".

Laura Gutman escriu, reflexiona i forma amb relació a la importància, com a pares i com a adults, de revisar d'on venim, quina infància tenguérem. Indica la importància d'entendre la biografia pròpia per poder entendre el comportament dels nostres fills. Això és tan revelador que mou muntanyes. Els nostres fills saben (sabem) de la història no explicada dels pares. Capten allò que no s'ha dit i ho diuen com poden, o no ho diuen (no dir és també una manera clara d'expressar-se). Donar veu al silenci, a les vivències tapades... dona llibertat als qui continuen la nissaga de la història.

L'iceberg que hi ha sota la punta del llenguatge és immens, i diferent en cada persona. Es va fent a poc a poc i amb relació a les vivències i experiències que es van teixint des del dia que ens conceben. Sí, sí... que ens conceben. D'aquí la importància de la sexualitat com a font de vida i com a font per viure.

Per entendre què significa el llenguatge, com s'estructura des del mateix desenvolupament fetal, com podem ajudar a un bon desenvolupament i què po-

dem fer per prevenir disfuncions, hem de començar pel principi: per l'origen. És bàsic. I l'origen del petit són els seus pares. L'iceberg d'aquesta criatura que ha nascut i que anirà creixent, com qualsevol ésser, són els seus pares. Els pares que l'acompanyaran tota la vida.

Dins la petita infància, i dins la infància, tot és vinculant, tot es relaciona i l'emergent és simultani. Aparentment, es desenvolupen abans unes funcions que d'altres, però totes ja s'han anat cuinant des d'aquell moment de la concepció. Aleshores, esdevé un concepte i una actitud d'atenció cap als més petits que no té una visió parcel·lada malgrat són moltes les disciplines que inclou: és la mirada de **l'atenció primerenca**.

"L'atenció primerenca és entesa com un conjunt d'actuacions urgents de caràcter preventiu, de detecció, diagnòstic i d'intervenció terapèutica de caràcter interdisciplinari, que s'estén des del moment del naixement fins que l'infant compleix sis anys i que inclou les etapes perinatal, postnatal i la primera infància.

Per tant, els serveis d'atenció primerenca s'adrecen a tota la població infantil que presenta trastorns en el desenvolupament o que està en risc de patir-ne. Una de les característiques definitòries de l'atenció primerenca és la globalitat de l'atenció:

- *Globalitat respecte l'infant com a subjecte d'atenció, considerat en les diferents dimensions del creixement: afectiu, relacional, intel·lectual i motriu.*
- *Globalitat respecte al seu entorn, atenent la família, amb una estreta col·laboració i coordinació amb els centres i amb els serveis educatius i sanitaris.*

Així, la tasca assistencial no es limita al dèficit específic, sinó que s'obri a una concepció àmplia d'intervenció integrada i coordinada que té en compte la situació global".

Aquesta és la definició que recull i publica l'Oficina de Dependència del Govern de les Illes Balears i que també és vàlida segons el Llibre Blanc d'Atenció Primerenca. Malgrat tot, les teories evolutives actuals es flexionen i esmenten que, sovint, el tall amb els infants pot ser

més ampli. Aleshores, s'escau pensar que el límit de les intervencions d'atenció primerenca pogués arribar als 8 anys d'edat, per exemple... i per això és indicat pensar en cada infant com a ésser únic i tenir en compte tota la seva història i el seu escenari abans de limitar el temps, burocràticament parlant.

En la infància **els diagnòstics** haurien de ser funcionals i flexibles. Haurien de ser útils, sobretot útils. Realistes. Clarificadors. I els adults hauríem d'aprendre a relativitzar-los. Ens referim a diagnòstics evolutius, de desenvolupament, d'adquisició... i entendre tant la importància de tenir una bona etiqueta com la marca escarlata que pot provocar. Simplement, saber-ho. Hauríem de poder parlar de característiques, de trets... dels infants, i poder rebre l'ajuda pertinent. Però l'administració té un retard amb això, i no ho entén. Només entén les etiquetes que classifiquen els nins i les nines dins sacs de trastorns motors, cognitius i mentals. Cada vegada la societat, els professionals i les persones fan més feina per rompre aquest estigma burocràtic, i per acostar la realitat a les polítiques i a les administracions. **S'anomena sentit comú.** Malgrat sigui "el menys comú dels sentits".

I mirar la infància a partir dels **entorns reals** dels infants. Perquè la seva vida i la seva comunicació passa per cada un dels escenaris que veuen, on creixen, on viuen. Donar peu a la creativitat des de casa nostra i en els moments més quotidians. Des de nosaltres, com a pares i com a adults. Amb tots els nostres llums i les nostres ombres. Així esdevé el terme: responsabilitat.

El neurocientífic David Bueno demana: "quants de nosaltres recordam alguna cosa de quan teníem un any? Ningú. No vam aprendre res? I de quan teníem dos anys? Res? Ens pot semblar que com que no en recordam res, tant és el que fem abans dels tres anys. És just el contrari: és, amb diferència, l'etapa més important que condiciona com serà el nostre comportament, el tarannà i el caràcter durant tota la vida".

Bueno explicà a la conferència que va fer en el marc del 28è Fòrum Local d'Educació a Barcelona que, a banda d'excepcions de vivències puntuals, no podem recordar el que vam viure abans dels tres anys perquè el centre que gestiona la memòria en el cervell encara no està prou madur.

I afegeix una sèrie de curiositats que cal tenir en compte quan tenim infants davant nostre que tenen a veure amb la comunicació i amb el llenguatge:

- Trenta-sis hores després de néixer els infants ja volen aprendre el més important: les emocions. En-

cara que no hi vegin bé, ja fixen la seva mirada en la dels pares i/o dels cuidadors. Els nins tarden 24 hores més que les nines.

- L'important és estimular, no sobreestimar. El cervell viu la sobreestimulació com una amenaça i és per això que activa els sistemes d'estrès. L'estrès és l'enemic número u del cervell perquè bloqueja la capacitat d'aprenentatge i la capacitat de gestió emocional.

- Les zones del llenguatge maduren per assaig, per error i per imitació. Primer, escoltant parlar els adults: els imiten. Pots explicar-li a un nadó de dues setmanes que li estàs canviant els bolquers, semblarà que no t'entén, però està incorporant el llenguatge. I quan arribi el moment, ja parlarà.

- Els dos darrers mesos, el cervell del fetus ja incorpora coneixement de l'exterior a través de la mare, de l'úter i de la placenta. S'ha vist que entre un mes i mig i dos mesos abans de néixer el cervell del fetus ja incorpora el ritme de la llengua materna.

- Quan ens diem coses boniques el cervell que les rep produeix l'hormona de l'oxitocina, que és la que dilata el canal del part al naixement, estimula la producció de la llet i també és l'hormona de la socialització. L'oxitocina és capaç de travessar la placenta, arribar al cervell del fetus i estimular les xarxes corresponents.

- Des que naixem fins als tres anys, una de les missions més importants del cervell és adequar la persona al lloc on viu perquè hi pugui sobreviure. Tenim l'instint de la supervivència a totes les cèl·lules. D'aquí sorgirà la posterior empatia, el llenguatge i el control emocional.

- Per això els infants aprenen a parlar sense que ningú els n'ensenyi. Quants d'idiomes poden aprendre? Al cervell li és igual, i això no produeix cap efecte secundari. Dominar diversos idiomes és un avantatge brutal per al cervell, i quan abans es coneix un idioma, millor. L'única diferència és que si algú té contactes amb tres idiomes o més, per aprendre'ls pot tardar una mica més...

- El cervell es fixa en les relacions socials i les incorpora als patrons de comportament que es mantindran tota la vida. S'ha vist que els infants que viuen en ambients d'alta conflictivitat, el tipus de connexió que es fa a la zona de gestió emocional és lleugerament diferent de les connexions que fan en ambients de relativa estabilitat. El cervell s'adapta al que troba. En un ambient d'alta conflictivitat, haurà de respondre impulsivament. I segur que aquesta reacció acabarà influint en comportaments posteriors.

- Tot és reconduïble. Un aprenentatge desadaptat (que genera conflictes) és reconduïble en la infan-

SEPTIEMBRE 2019 · NÚMERO 13

A LA VANGUARDIA



tesa, en l'adolescència o en l'edat adulta, perquè el cervell és plàstic i pot fer connexions noves sempre. Però allò que s'aprèn dels zero als tres anys de manera automàtica amb unes poques setmanes, si és prou desadaptat, faran falta mesos o anys per reconduir-ho, i amb l'ajuda d'especialistes.

- L'instint no s'activa si m'ho donen tot fet, sinó amb la possibilitat de poder explorar l'entorn.

- A un infant de tres anys no li pots dir: "Si acabem això ara, demà farem tal cosa". Demà per a ells és l'infinit. Per a ells el que compta és ara. La capacitat de moure'ns amb consciència en el temps comença en l'adolescència i acaba de madurar cap als 34 anys.

- Com aprenen els infants? Per imitació. En el cervell, hi ha les neurones mirall que, si ens veuen motivats, les ajudam a motivar-se; si estam contents, les ajudarem a estar contentes; si ens veuen atents pel que fem, hi estaran més. Al llarg de la vida, el cervell canvia constantment i diàriament.

Cada infant es troba dins una **família**. Les famílies són de moltes maneres i cada una d'elles és normal. Sí, pels infants, la manera de ser de la família on han nascut i crescut és la bona, la normal. Com el cos de cada un de nosaltres. El nostre cos és el que utilitzam cada dia, i hi estam còmodes, inicialment, és on ens trobam més còmodes... No?

Com és la vida dels infants, de les famílies i de la societat? Quan esdevenen els problemes i les alteracions en el transcurs del desenvolupament?

Les múltiples opcions de maternitat i de paternitat dissenyen els escenaris on creixen els més petits. La famí-

lia és el primer nucli afectiu i social de l'infant. No hi ha dues famílies iguals. Actualment, estam passant d'un model de família patriarcal moderna, a noves maneres d'entendre i de viure les relacions familiars i de parentiu entre sexes i entre generacions.

S'entén per diversitat familiar, sense que un patró sigui millor que els altres, famílies de característiques i dimensions força diferents, pel que fa al sexe dels progenitors (parella heterosexual o homosexual), a la procedència dels fills (biològics, adoptats, de la parella actual o d'una parella anterior), a la inclusió o no de més de dues generacions, a l'augment de les famílies monoparentals, a l'augment en l'edat de la maternitat, al descens de la natalitat, a la interculturalitat i a l'origen ètnic, a les relacions obertes de la pròpia parella (el concepte del poliàmor) o a les relacions extramatrimonials clandestines, a la diversitat de mètodes de concepció... Ara conviuen una gran varietat de constel·lacions que donen com a resultat una complexa, heterogènia i rica xarxa de relacions personals.

I això genera una gran varietat, també, de creences, de concepcions, d'estils de vida i de pràctiques educatives en què incideixen factors com el nivell socioeconòmic i cultural dels pares, la formació rebuda, les expectatives, les opcions religioses, les maneres en què pares i mares han estat socialitzats i les influències dels sistemes i dels contextos que envolten la seva vida.

Els experts coincideixen que, pel que fa al desenvolupament saludable d'un infant, no és tan rellevant que facin de pares dues dones o dos homes o que el fill sigui biològic o no; tampoc no ho és la qualitat dels vincles

que els cuidadors hi estableixen; el benestar emocional que els pares li poden proporcionar; la seva capacitat de tenir-ne cura, d'acompanyar-lo en el creixement, de posar-li límits quan cal...

Com diuen els canadencs a Quebec "Diversitat familiar: l'amor és el que compta".

La comunicació ens salva i ens permet la super-vivència. També de l'infant que "aparentment" té un problema de comunicació, que no es relaciona, que no parla... però que no para de comunicar-se.

El llenguatge és el vehicle per expressar-nos i comunicar-nos. Res no seria de nosaltres si no tenguéssim la facultat de poder-nos expressar i comunicar. Des del naixement, la naturalesa dota els infants de maneres d'expressar-se perquè els adults es facin càrrec de les seves necessitats, i dota els adults de la capacitat d'interpretar els reclams dels infants. El llenguatge és el vehicle per a l'educació, el vehicle per al desenvolupament de l'individu, ja que és l'eina bàsica d'accés i de transmissió del coneixement, de la construcció de la pròpia imatge i de la integració social i de gènere.

El llenguatge s'anirà desenvolupant de manera molt ràpida durant els primers anys de vida de l'infant. Per aquest motiu, cal conèixer les fites importants de desenvolupament que ens marquen les guies clíniques pediàtriques, però també s'ha de tenir molt en compte que les edats són orientatives i molt flexibles. I amb aquesta mirada clara, flexible i funcional podem parlar de prevenció com una de les funcions més importants de l'atenció primerenca, de les escoles i de les escoles d'educació infantil. Entenent que sense diagnòstic també es pot prevenir.

Cal pensar amb la idea d'Emmy Pinkler sobre permetre el moviment lliure i aplicar-la al llenguatge. No cal sobreestimar amb sons artificials i paraules perquè sí tota l'estona molt directament al nin, sempre tenint en compte que és petit i que per edat no li correspon fer més del que fa. Els sons de la casa, les converses de la mare i del seu entorn són les indicades i suficients. Ser coherents en la nostra manera de ser i de fer com a pares i mares, i posar-hi consciència si identifiquem que per ventura alguna cosa volem o necessitem canviar.

Què succeeix quan es detecten alteracions en el desenvolupament del llenguatge i de la comunicació, o quan hi ha risc de patir-ne? I què passa als infants que, a més a més, tenen alteracions neurològiques, físiques, malalties rares, cromosòmiques, genètiques, de desenvolupament... i que, a més, les seves famílies tenen les seves creences o venen

d'una família amb unes característiques pròpies? I els seus mestres?

Reduir l'impacte i les conseqüències de les dificultats lingüístiques ha de ser una tasca de tots. I requereix un grau de comprensió per part de l'adult i de la comunitat (família, escola, entorn...) alt i tolerant. És fonamental entendre el llenguatge com un instrument de cognició, de desenvolupament humà i d'aprenentatge. Aleshores, es fa necessària l'explicació de professionals en la matèria, com els logopedes. Els pediatres i d'altres professionals sanitaris també han d'estar assabentats d'aquests conceptes i de les particularitats i han de treballar conjuntament i transdisciplinàriament amb tots els adults i sistemes que tenen relació amb els infants. Pren una importància cabdal el paper de les escolletes, de les escoles, dels mestres i dels professors, en el sistema social i educatiu en el qual vivim. I, sobretot, no es pot parlar d'atenció a la infància sense tenir present i sense respectar les famílies amb tota la seva variabilitat i naturalesa on estan integrats els infants.

Dins aquest món de presses, cal aturar-se i escoltar per sentir què ens diu l'altre. I responsabilitzar-nos del silenci, de la quietud, de l'escolta, de la calma i de la presència. No s'ha d'oblidar que hi ha so perquè hi ha silenci, i viceversa, és clar.

Justament cada una d'aquestes reflexions intervenen directa o indirectament en la comunicació final i en el desenvolupament i l'adquisició del llenguatge; en l'estructuració del pensament, i en la cognició de cada infant. A causa de totes les nostres vivències som com som i, malgrat aquestes vivències, som com som. I parlem com parlem...

En aquest primer article sobre la infància, hem passat per la variabilitat d'escenaris que ens podem trobar, tants com d'adults i d'infants, com de famílies. Hem parlat de les bases reals del desenvolupament dels nostres fills. Nosaltres com a pares i mares i com a adults i éssers socials responsables, hem qüestionat i reflexionat en relació a tot aquest *ménage a trois*, amb altres variables que poden coexistir com les patologies i malalties, el propi entorn... que poden comprometre el desenvolupament "normal". Hem enquadrat l'atenció primerenca com a primera atenció a la petita infància i conceptualitzat l'iceberg del llenguatge i la comunicació. Aquest és l'escenari que es trobaran els qui estan per venir i els qui han acabat d'arribar.

Seguirem...

SEPTIEMBRE 2019 · NÚMERO 13

Barbara Stilwell, enfermera, investigadora y académica británica nacida en Liverpool, es desde julio de 2018 la directora ejecutiva de la campaña global Nursing Now (www.nursingnow.org), de 3 años de duración, que está impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y que se basa en el informe "Triple impacto" (2016) (https://www.who.int/hrh/com-heeg/digital-APPG_triple-impact.pdf), con el objetivo de reconocer, fortalecer y potenciar la figura de la enfermera y su contribución a la salud.

Barbara Stilwell, directora ejecutiva de la campaña global Nursing Now

María Viña García-Bericua - Pilar Andreu Rodrigo

Con motivo de la presentación institucional de la campaña en Baleares el pasado mes de mayo, la Dra. Stilwell impartió la conferencia “¿Por qué enfermeras? ¿Por qué ahora?”, organizada por el Col·legi Oficial d’Infermeria de les Illes Balears (COIBA), que nos brindó la oportunidad de entrevistarla y charlar con ella sobre la campaña y la situación actual de las enfermeras.

¿Cómo surge “Nursing Now”?

Nursing Now surgió porque el grupo sobre salud del Parlamento británico decidió analizar el papel de las enfermeras a nivel mundial y recolectaron la evidencia de muchas fuentes, de literatura, de personas, de muchos países de todo el mundo y, de la evidencia, se dieron cuenta de que las enfermeras, potencialmente, tienen un “triple impacto” (pueden leer este informe), por lo que mejoran la salud, mejoran la economía del país y mejoran la igualdad de género. La conclusión fue que las enfermeras suelen trabajar en un rol extendido, por lo que tienen más competencias, están formadas para llenar los vacíos en la atención; pero, a menudo, no se les reconoce por eso, y eso es especialmente cierto en los países menos desarrollados, donde las enfermeras son, a veces, el único profesional sanitario. Recorren 200 millas, porque no hay otro profesional, no hay médicos ni farmacéuticos, nadie, pero no se les reconoce, ¡ya sabes!, lo hacen, pero..., no hay reconocimiento.

En numerosas ocasiones el paciente no reconoce a la enfermera en el cuidado de su salud y por ello hay que trabajar para darle una mayor visibilidad. El hecho de que sea una profesión con una tradición de género femenina también ha podido influir en esa falta de reconocimiento.

¿Cuáles son los objetivos de la campaña?

El objetivo general es elevar el perfil y el status de las enfermeras y, para hacerlo, nuestro objetivo es aumentar el número de enfermeras en puestos de alto nivel en todo el mundo. En algunos países no hay un jefe de enfermería (chief nurse), hay un director médico, pero no hay un jefe de enfermería, por lo que las enfermeras no pueden participar en la toma de decisiones de alto nivel. Estamos presionando para que se logre. El primer éxito fue que la OMS decidió nombrar a una enfermera jefe después de diez años sin tener una, y eso fue como resultado de este informe, el triple impacto. Entonces, ese es uno de los objetivos: lograr que, al menos, el 75% de los países tengan un jefe de enfermería.

Además, queremos poner más enfermeras en los puestos de liderazgo, cambiar la forma en que las enfermeras se ven a sí mismas, porque a menudo no quieren hablar de sí mismas, son un poco tímidas, no tienen mucha confianza. Hicimos una encuesta a 2.500 enferme-

ras en todo el mundo y nos dijeron esto: “no nos gusta hablar en reuniones, no nos gusta hablar en público”. Si deseas que una enfermera participe en una mesa, en un programa de televisión, no puedes encontrarla. Ahora, cuando tenemos una conferencia, preguntamos a la OMS: “¿Cuántas enfermeras tienen en la mesa?” y se hace el silencio, y luego dicen: “de acuerdo, buena idea, necesitamos algunas enfermeras”. Así que hemos dicho que tendremos una lista de enfermeras a escala mundial y que podremos recomendarlas para que participen en charlas, (por ejemplo, su consellera de salud, Patricia, sería genial). Así que, tendremos una lista de enfermeras que podrán hablar en un nivel superior, porque creemos que tienen que estar representadas.

Y... empoderar, así que, a través del desafío Nightingale, ya tenemos un grupo de 30 enfermeras jóvenes, todas tienen menos de 35 años. El desafío, realmente, les hace pensar cómo pueden interactuar con el mundo internacional de enfermería y lo importante es que entiendan lo que sucede en la OMS. La mayoría de las enfermeras no piensan que sea relevante para ellas, pero hay muchas cosas que suceden en la OMS que son muy relevantes para la enfermería, por lo que se les está haciendo entender eso.

En puestos de alto nivel estamos viendo desigualdad de género. En nuestra encuesta descubrimos que las enfermeras, con mucha frecuencia, tienen familias y, por lo tanto, tiende a haber discriminación en términos de liderazgo. Si hay un hombre y una mujer que se postulan para el puesto de liderazgo, el hombre obtiene el trabajo. Esto no es exclusivo de la enfermería, está el techo de cristal, pero también está la escalera mecánica de cristal, que es donde el hombre se sube y las enfermeras lo apoyan.

La enfermería es una ocupación de género, pero es tan de género que no se considera una ocupación de ciencias, como la tecnología, la ingeniería o las matemáticas. Es realmente extraño, así que estamos diciendo, es una ciencia además de un arte, es ambas cosas; pero en las universidades están estudiando medicina, tecnología, ingeniería, ¡ya sabes!, todas esas cosas, pero no miran la enfermería, no consideran la enfermería. Los hombres piensan en sí mismos como científicos y la enfermería no se ve como una ciencia. Por lo tanto, estamos tratando de ver esa imagen completa de la enfermería, se trata de liderazgo de género, enfermeras jóvenes que hagan enfermería, hacer que las enfermeras hablen con los formuladores de políticas y con los políticos, haciendo que compartan su investigación más allá de la enfermería, porque de momento, las

enfermeras hablan con las enfermeras, todo el tiempo. Si vamos a una conferencia de enfermería y decimos cuántas enfermeras hay en la audiencia, todos levantarán las manos. Queremos que más profesionales diferentes: farmacéuticos, médicos, asistan a conferencias de enfermería.

¿Qué ha logrado la campaña hasta ahora?

Estamos en más de 80 países, estamos bastante sorprendidos, porque solo somos un equipo muy pequeño, pero ya hemos entrado en 80 países y todavía estamos creciendo, muy rápido... En agosto de 2018 éramos 30, ahora, 80. Lo que creo que habla del momento, ¡ya sabes!, el momento, ahora, es un momento en el que todos piensan ¿cómo damos asistencia sanitaria a todos?, ¿cómo lo hacemos?, ¿y cómo lo hacemos dentro del presupuesto?

Hemos empujado a la OMS para que declare el 2020 el año de la enfermera y la matrona, porque es el bicentenario de Florence Nightingale. También la empujamos para que haga un informe sobre el estado de la enfermería en el mundo, va a hacerlo y se publicará en 2020 y se iniciará, y estamos copresidiendo el comité científico, con la OMS y el CIE, por lo que es un gran golpe para Nursing Now. Sabemos que tenemos socios poderosos y que somos muy afortunados, pero lo que debemos hacer es tener un informe que establezca la agenda de enfermería para 2030, por lo que será un informe muy significativo, y todos necesitamos alimentarlo, todos necesitamos ver cómo podemos influir en él.

(Nota: el número ha seguido creciendo desde que se realizó la entrevista y actualmente participan 103 países y 375 grupos).

¿Cómo podemos hacer llegar esta campaña a todas las enfermeras asistenciales? ¿Qué pueden aportar?

Hay que ir a las universidades, a los hospitales, a los centros... Hay que involucrar a la sociedad y hacerle llegar esta información. Y, sobre todo, trabajar juntos, fomentando una unión del colectivo y plantear la situación a nivel político para obtener un respaldo y una solidez. También hay que trabajar con todas las generaciones de enfermeras, desde las más veteranas a las recién graduadas, porque la visión no es la misma y no podemos dejar de impregnar nuestro objetivo.

El valor que aportan las enfermeras en el sistema sanitario es muy importante y es el que tiene que hacer la fuerza que favorezca la autonomía de nuestra profesión.



PROTAGONISTA



5 DE NOVIEMBRE DE 2019

Día de les persones cuidadores

HOSPITAL GENERAL

El poder que tienen las enfermeras está relacionado con los sentimientos y las emociones. El verdadero poder que tiene la enfermera son las habilidades que nos permiten llegar a la otra persona y provocar el cambio de hábitos que se precisa para mejorar el estado de salud.

La escucha que realiza una enfermera al paciente va mucho más allá de una simple escucha. Es una herramienta muy potente que nos permite conectar, de manera terapéutica, con el paciente, ya que sentirse escuchado es muy importante para establecer un clima de confianza y nos abre el camino para el cuidado del paciente.

¿Cuál es la situación de las enfermeras españolas en el Reino Unido?

Las enfermeras españolas siempre son bienvenidas. Son buenas profesionales. Pero considero que debemos globalizar la profesión y estandarizar las calificaciones universitarias. Es muy importante para la evolución de la profesión el poder moverse y conocer otros sistemas sanitarios de los diferentes países.

Recientemente, se ha constituido el comité Nursing Now Baleares, coordinado por la Dra. Cristina Moreno, con el fin de hacer un diagnóstico de la situación en Ba-

leares y establecer las propuestas de mejora para el año 2020 con los siguientes objetivos:

- Mayor inversión para mejorar la educación, el desarrollo profesional, la regulación y las condiciones laborales de los enfermeros.
- Mayor y mejor difusión de las prácticas efectivas e innovadoras en Enfermería.
- Mayor influencia de los enfermeros en las políticas de salud, tanto a nivel global como local.
- Más enfermeros en puestos de liderazgo y más oportunidades de desarrollo a todos los niveles.
- Más evidencia para que los que toman las decisiones, los responsables políticos, sobre dónde tiene más impacto la Enfermería, cuáles son los obstáculos que impiden que los enfermeros puedan hacer aportaciones a su máximo nivel y cómo abordar estas dificultades.

Los nuevos modelos de atención y las necesidades de los usuarios requieren un enfoque holístico, y los enfermeros están preparados para enfrentar este desafío, porque, como destaca la Dra. Stilwell, "los enfermeros son los únicos profesionales que tienen la visión de la persona como algo integral a nivel físico, mental, social, emocional, y espiritual, en tres períodos de tiempo: presente, futuro y pasado".



UN DIA PER CUIDAR
ELS QUE CUIDEN



Entrevista a Ana García Girón

Una matrona de la leche

Enrique Luján Sosa

Ana García Girón, matrona desde 2015, es la persona que se encarga de implantar el proyecto Espai de Criança en el HUSE desde abril de 2019.

Explicanos, brevemente, tu trayectoria profesional

Desde que terminé en 2015 la especialidad de Enfermería Obstétrica-Ginecológica (matrona) vía EIR, principalmente, he estado en Atención Primaria, debido a que la continuidad en los contratos es mayor, aunque también he pasado por los paritorios de los distintos hospitales de Palma. Estas etapas profesionales complementan el trabajo que en este momento estoy llevando a cabo en el "Espai de Criança del HUSE", ya que salir del Hospital y pasar por distintos centros hace que veas la otra parte de la atención puerperal y lo que sucede en la etapa de crianza, y te das cuenta del apoyo que necesita una madre para algo tan delicado como la lactancia.

[Aun siendo matrona, y con la especialidad reciente. Ha tenido que actualizarse y reciclarse en un campo tan extenso y a la vez tan denostado hasta hace poco como la lactancia materna (LM). Si bien es cierto que la experiencia en este campo va dando "tablas" y permite adquirir habilidades].

COMPAÑEROS

Sanidad en recursos humanos y vida como "influencer"

"Conecta con tu matrona" es el perfil profesional de Ana en recursos humanos: Instagram, Youtube, Facebook, un bloc en Wordpress y colaboraciones en línea con otros profesionales.

Todo empezó como un proyecto para un congreso, en el que se podía exponer su aportación mediante un video explicativo que acompañaba al póster. Después de esto, se dio cuenta de que Internet, esa gran red de información, estaba repleta de mitos e inexactitudes para temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, que son competencia de las matronas.

Por otra parte, es consciente de que al perder la condición de "tribu", las mujeres, hoy en día, no tienen experiencias cercanas respecto a la maternidad y la crianza, y Ana cree que puede aportar cierta luz desde una visión profesional y cercana a la vez.

En qué consiste el "Espai de Criança del HUSE".

Es un espacio físico que está habilitado en la planta 1N del HUSE que cuenta con una matrona, en turno de mañana. Se pretenden reforzar los conocimientos sobre la crianza: cuidados del recién nacido (RN), cuidados de la madre en el postparto, signos de alarma tanto de la madre como del RN por los que acudir al Hospital... Hay que tener en cuenta que las madres ya tienen nociones de estos conocimientos porque se dan en las clases de educación maternal y de parto que se imparten en Primaria; pero aquí se incide en lo más importante, justo en este periodo crítico, mediante charlas cortas (entre 30 minutos y una hora). Además, en el Espai de Criança, se hace de enlace entre atención hospitalaria y primaria si existe algún problema que necesite una continuidad de cuidados, por ejemplo: problemas de lactancia, exceso de bilirrubinemia, pérdida de peso llamativa, etc., colaborando con los pediatras del HUSE y haciendo consultas conjuntas con el equipo multidisciplinario.

Por otro lado, también se valoran las lactancias de la planta, desahogando el trabajo de las matronas que se encargan de dar las altas de las púerperas de bajo riesgo sin necesidad de un ginecólogo.

El Espai de Criança, hace de enlace entre atención hospitalaria y primaria si existe algún problema que necesite una continuidad de cuidados, por ejemplo: problemas de lactancia, exceso de bilirrubinemia, pérdida de peso llamativa...

Y también hay que colaborar con otros servicios, valorando problemas de lactancia si los RN están ingresados (en UCIN o Cuidados Medios) o de madres lactantes ingresadas en cualquier servicio hospitalario del HUSE (UCI, REA, Medicina Interna...) ya que en estos servicios no hay profesionales especializados en el tema.

¿Crees que hay buena aceptación de los profesionales de la labor que realizas en otras unidades?

Al llevar poco tiempo implantándose, desde abril de este mismo año, algunos compañeros se sorprenden; sin embargo, las usuarias se sienten muy reconfortadas. Aunque algunos profesionales se quejen de la subdivisión por tareas que implica esta nueva "consultoría", pero teniendo en cuenta que nace de la demanda de las usuarias, esperamos que con el tiempo se vea como cualquier otro recurso de enfermería que hace de consultor en otras unidades.

¿Cómo se crea e implanta dicho proyecto?

Al comenzar el Protocolo de Alta de las Matronas a las Puerperas de Bajo Riesgo, en que toda la atención de un proceso no patológico, como es el puerperio, recae en las matronas, sin la interferencia de otros profesionales médicos asistenciales, nos dimos cuenta de que la carga asistencial era mucho mayor de la que en un principio se pensó y que, por lo tanto, no podría asumirse dar altas asistenciales, realizar el trabajo de atención a los cuidados propios de enfermería, así como, las tareas delegadas por otros profesionales médicos, ginecólogos y pediatras, y al mismo tiempo, atender un proceso tan importante como la instauración de la lactancia materna.

En el Espai de Criança se pretenden reforzar los conocimientos sobre la crianza: cuidados del recién nacido (RN), cuidados de la madre en el postparto, signos de alarma tanto de la madre como del RN por los que acudir al Hospital.

A este proyecto se le puede sacar mucho partido aún: charlas de educación maternal a las gestantes de alto riesgo que están ingresadas mucho tiempo en el Hospital y que por ello no puede acudir a las charlas de educación maternal del centro de salud; grupos con madres lactantes dentro del Hospital; consulta para revisiones postparto de las madres que tienen al RN ingresado y que, por determinados motivos, no pueden acudir a su centro de salud (recordemos la peculiaridad insular de nuestro entorno).

Habitualmente, ¿cómo se desarrolla la jornada típica de la matrona dedicada al Espai de Criança?

1) Se informa de las incidencias sobre la lactancia materna del turno de noche. Al realizar una jornada de 8 a 15 horas, le permite comunicarse con las matronas que atienden en planta de 9 a 21 horas, o

sea, que se informa oralmente y luego lee las incidencias en los evolutivos.

2) Pasa visita por las habitaciones de madres lactantes y les pregunta sobre el proceso que están viviendo. También valora la siguiente toma del RN.

3) Evalúa los problemas que tengan algún tipo de repercusión física, tanto de la madre (grietas, enrojecimientos...) como del RN (pérdida de peso...). La idea es intentar que no se alarguen los ingresos.

4) Valora, conjuntamente con los pediatras, la repercusión que la instauración de la lactancia materna está teniendo en el RN: pérdida de peso excesiva, ictericia... Consulta los casos que no deberían ser alta o que necesiten alguna "consulta externa".

5) Realiza charlas grupales sobre cuidados a la puerpera o al RN.

6) Redacta un informe evolutivo sobre toda la jornada.

7) Revisa los controles citados o la atención a demandas externas.

¿Hacia dónde lleva este Proyecto? ¿Cuál es el límite?

El contrato que autorizó la Dirección de Enfermería para el Proyecto tiene una duración de 6 meses, tras este tiempo, supongo que tendrán que valorar la efectividad de este nuevo puesto y la conveniencia de perpetuarlo y ubicar a una persona fija o continuar con contratos temporales. Es una pena que un proyecto así termine desapareciendo, lo continúe yo o cualquier otra persona. Es importante que se perpetúe en el tiempo, ya que responde a una necesidad expresada por las usuarias.

En comparación con otros hospitales de nuestra Comunidad que, desde hace tiempo, tienen implantado este proyecto, lo que necesitamos es tiempo y profesionales. No hay límites para todos los beneficios que podemos obtener con trabajo duro.

¿Algo más que desees aportar?

Sería necesario realizar formación sobre lactancia materna a todos los profesionales implicados con RN y madres lactantes, no tanto para que desapareciera esta Unidad, sino para potenciar la lactancia materna en todo el HUSE, ya que este campo no es exclusivo de las matronas.

[Le gustaría proponer que el turno fuese de 12 horas, porque el de 8 a 15 horas, de lunes a viernes, no es suficiente para hacer todo el trabajo].

Estoy contenta con el desarrollo que hacemos y creo que vamos por muy buen camino. Esperemos que perdure.

SEPTIEMBRE 2019 · NÚMERO 13



Funcionamiento del Servicio de Hemodinámica

Margarita Cristina Soteras Llompart

La cardiología isquémica es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en nuestra Comunidad Autónoma. El síndrome coronario agudo (SCA) se produce cuando, en una de las arterias del corazón, una placa de ateroma se rompe de manera brusca, originando un coágulo que bloquea total o parcialmente el flujo de sangre a una parte del músculo del corazón. Hay dos tipos de SCA en función del electrocardiograma:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCAEST)
- Síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST o IAMCEST)

Si por un SCA se produce la muerte de células del corazón hablamos de infarto (IAM) y si no, de angina inestable. En cualquier caso, cuanto menos tiempo se tarde en restablecer el flujo sanguíneo, menos daño miocárdico aparecerá. De este modo, se pueden evitar complicaciones agudas graves y, a largo plazo, del SCA.

Desde el año 2008, disponemos de un sistema de atención inmediata a los pacientes que presentan un síndro-

me coronario agudo con elevación del ST (SCACEST o IAMCEST) denominado "Código Infarto de les Illes Balears". Cuyo objetivo es la realización de una estrategia de reperfusión miocárdica, ya sea de manera mecánica o farmacológica, en el menor tiempo posible desde que el paciente es diagnosticado.

Si el paciente que sufre un SCACEST está en Mallorca, se traslada a la Unidad de Hemodinámica del Hospital Universitario Son Espases (solo existe esta Unidad en la red pública de las Islas Baleares) para que le realicen una intervención coronaria percutánea (ICP), a este procedimiento se le denomina angioplastia primaria.

Si el paciente sufre un SCAEST en otra de las islas de nuestra Comunidad, se realiza reperfusión miocárdica mediante fibrinólisis (fármacos que se utilizan para eliminar el trombo que obstruye la arteria coronaria) i, posteriormente, se traslada a nuestra Unidad para realizarle una ICP, angioplastia sistemática electiva tras fibrinólisis, con objeto de tratar la lesión residual. El paciente se traslada en un intervalo de tiempo no inferior



a 4 horas y no superior a 24. Si el tratamiento fibrinolítico no es efectivo, se realiza un traslado de emergencia para hacerle una ICP, angioplastia de rescate.

En la Unidad de Hemodinámica de Son Espases, el programa de intervencionismo percutáneo garantiza una cobertura permanente (24 horas, 7 días a la semana, 365 días al año). Para ello contamos con un equipo especializado, el **equipo código infarto**, formado por un cardiólogo hemodinamista y dos enfermeros.

¿Cómo y cuándo se activa el Código Infarto?

Cuando un paciente empieza a presentar los síntomas (dolor precordial que puede irradiarse a la mandíbula, brazos, cuello y espalda; náuseas, mareos, vómitos, escalofríos, sudoración, dificultad para respirar y/o sensación de muerte...) y llama al 061, acude a su centro de salud o va a su hospital de referencia, es valorado in situ por el personal médico (del 061, de urgencias...) quien realiza un electrocardiograma (ECG) y diagnostica el SCACEST. Es en este momento, cuando se realiza una transferencia telefónica del ECG al cardiólogo hemodinamista de guardia, quien, a su vez, activa el Código Infarto, para iniciar el traslado del paciente y realizarle una ICP.

¿En qué consiste una ICP?

Es la dilatación de la zona estrechada u obstruida de una arteria del corazón. Para ello se introduce un catéter por una arteria de la pierna (femoral) o del brazo (radial) hasta el corazón. Por este catéter se introduce un contraste radio-opaco y por medio de Rx se visualizan las arterias coronarias. Una vez sabemos cual es la arteria culpable del IAMCEST se introduce un balón que dilata la arteria desde dentro. En la mayoría de los pacientes se completa la angioplastia colocando uno o varios "stents" (son dispositivos metálicos, pueden ser fármacoactivos o no, que hacen que la arteria quede más abierta y con menor riesgo de que se pueda volver a cerrar).

¿Qué sucede cuando el paciente acude a la Unidad de Hemodinámica en el contexto del Código Infarto?

El paciente cuando es trasladado a la Unidad de Hemodinámica por el 061, se encuentra en situación hemodinámicamente inestable, tiene dolor y está asustado ya que le acaban de informar de que está sufriendo un IAM y que le tienen que intervenir con urgencia.

Es en este contexto, en el que los enfermeros de Hemodinámica deben actuar con rapidez, seguridad y proporcionar un entorno en el que el apoyo emocional al paciente es vital, ya que en muchos casos apare-

cen sentimientos negativos. Algunas veces, se pueden administrar sedantes al paciente para tranquilizarlo, ya que es una intervención que no precisa anestesia general.

Mientras un enfermero (instrumentista) se encarga del campo quirúrgico y de colaborar con el hemodinamista, el otro enfermero (circulante) debe encargarse de suministrar todo el material necesario para la intervención, administrar la medicación al paciente y garantizarle el máximo confort en estos momentos tan difíciles.

Es de vital importancia que el personal de enfermería esté especializado y muy entrenado, ya que son situaciones críticas y con elevadas cargas de estrés.

El programa de intervencionismo percutáneo de HUSE garantiza una cobertura permanente 24x7x365.

Mi experiencia en el Servicio

Mis primeras impresiones al trabajar en un Servicio de Hemodinámica se inician en el año 2003 ya que poco a poco empieza mi inmersión en el mundo de la Cardiología intervencionista. Me sedujo desde el primer momento, puedo decir que 20 años después solo tengo palabras de agradecimiento, comprensión y respeto por la Hemodinámica como subespecialidad de la Cardiología.

Es difícil poder explicar con palabras la sensación que tengo como enfermera al asistir a un paciente que llega a nuestra Unidad de urgencia en el contexto de un IAM: el paciente está asustado, angustiado y con dolor... Poder comprobar que, en un tiempo relativamente corto, sale de nuestro Servicio sin dolor, contento e incluso contando chistes.... Aunque no nos engañemos, hay momentos "malos" como en cualquier servicio que asiste a pacientes críticos, pero son los que menos recuerdo. En el instante que el paciente es dado de alta de nuestra Unidad sientes que el esfuerzo por aprender y superarte, día a día, ha valido la pena. Me siento llena de orgullo y feliz al poder formar parte de un equipo multidisciplinario. Por este motivo, siempre que me preguntan cómo definirías la Hemodinámica, contesto que es una especialidad "muy agradecida". Considero que es uno de los pocos servicios de los que puedes observar los resultados en tan poco tiempo y, al estar el paciente despierto, puedes ver su reacción y su sensación de gratitud. Me perdonaréis porque es un tópico pero para mí y, me atrevo a decir, para cualquiera de mis compañeros, estos momentos valen "TODO EL ORO DEL MUNDO".



Subcomissió Pacient Actiu

Maria Mayol Roca

El Programa Pacient Actiu sorgeix de la necessitat de generar nous models organitzatius i de provisió dels serveis sanitaris en què els pacients i els familiars assumeixen un paper central en la cura de la seva salut. Per aquest motiu, aquest programa sorgeix amb la intenció de millorar la salut i la qualitat de vida de les persones amb malalties cròniques i de les persones cuidadores mitjançant mecanismes de recolzament, d'acompanyament i de formació entre iguals que els permetin adquirir una major autonomia i efectivitat en les seves cures.

El Programa Pacient Actiu de les Illes Balears s'engloba dins el Pla d'Atenció a les persones amb malalties cròniques 2016-2021 i l'Estratègia social de promoció de la salut de la Conselleria de Salut de les Illes Balears. A la vegada, està alineat amb l'Estratègia per a l'Abordatge de la Cronicitat i amb l'Estratègia de Promoció de la Salut del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. Actualment, els pacients associen la salut a l'absència de malaltia i no són conscients del potencial que tenen per controlar, modificar o desenvolupar comportaments

i estils de vida saludables. Per aquest motiu, aquest programa té per objectiu possibilitar l'apoderament de les persones i les accions que possibilitin el desenvolupament de capacitats i d'habilitats amb programes d'educació basats en l'autocura, per mitjà de la formació entre iguals amb malalties cròniques per tal de promoure el canvi cap a la millora de la salut.

PACIENT ACTIU: persona que, afectada per un procés crònic, es fa coparticipant i corresponsable de la gestió de la seva salut, es capaç d'identificar els símptomes i d'adquirir les eines que li permetin gestionar l'impacte físic, emocional i social de la malaltia, amb la qual cosa podrà millorar la seva qualitat de vida.

L'any 2012 s'inicià un projecte de formació dels professionals d'Atenció Primària sobre educació diabetològica per aconseguir que els pacients fossin més actius i formats en l'autocura. Dins l'àmbit hospitalari a les nostres Illes, hi ha poques experiències amb pacients actius. A escala nacional hi ha molts bons resultats a algunes comunitats autònomes com és el cas d'Astúries

(Programa Paciente Activo-PACAS), d'Andalusia (Escuela de Pacientes de la EASP) i de Catalunya (Programa Pacient Expert), entre d'altres.

COMISIONES

Hi ha una Comissió Tècnica Autònoma dins el Programa Pacient Actiu de les Illes Balears, que es va constituir el 22 de març de 2016 per desenvolupar accions per a una correcta implementació del Programa Pacient Actiu.

Per donar visibilitat al Programa, s'han constituït subcomissions del Programa Pacient Actiu als diferents hospitals de les nostres Illes: Hospital Universitari Son Espases, Hospital Son Llàtzer, Hospital de Manacor i Hospital Comarcal d'Inca. Aquestes subcomissions tenen com a objectiu principal desenvolupar accions de difusió i de captació de pacients dins l'àmbit hospitalari. A l'Hospital Universitari Son Espases s'ha generat el grup de treball de la subcomissió i s'ha començat a fer feina amb aquests objectius:

- Oferir informació i assessorament del Programa Pacient Actiu als professionals de l'Hospital per captar pacients formadors.

- Col·laborar en l'elaboració dels documents continguts en el Programa Pacient Actiu.
- Recollir i analitzar les propostes de millora de l'Hospital i dels pacients que participen en el Programa Pacient Actiu. Implementar les propostes, si són adequades, i resoldre les dificultats que puguin sorgir.
- Generar aliances amb les associacions de pacients, amb les societats científiques i d'altres.
- Donar visibilitat al Programa mitjançant activitats de difusió.

Tota aquesta informació ha estat recollida del programa <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1744/programa-pacient-actiu-ca.pdf>

Per a més informació:
<https://www.ibsalut.es/apmallorca/ca/pacients-i-familiars/pacient-actiu>
<https://www.youtube.com/watch?v=lj3A0flkvJc>
patientactiuib@ibsalut.caib.es
[@pacientactiuib](https://twitter.com/pacientactiuib)

Voleu conèixer el PROGRAMA PACIENT ACTIU?

Si sou una **PERSONA AMB UN PROBLEMA DE SALUT CRÒNIC O TENIU CURA D'ALGUN PACIENT CRÒNIC**, aquest programa us pot interessar



QUINA FINALITAT TÉ?

Aprendre a cuidar-vos millor compartint coneixements i experiències amb altres pacients i cuidadors



PACIENT ACTIU FORMADOR

Si pensau que la vostra experiència pot ajudar altres persones que tinguin el mateix problema de salut, us recomanem fer-vos pacient actiu formador



QUINS REQUISITS HEU DE TENIR PER SER PACIENT ACTIU FORMADOR?

Voluntarietat per ajudar els altres
Bon control de la malaltia
Habilitats comunicatives
Ganes d'aprendre
Motivació



GRUPS DE FORMACIÓ

Si voleu millorar la salut, us recomanem acudir als grups de formació, conduïts per dues persones amb la mateixa malaltia que patiu i amb el suport d'un professional sanitari



DE QUINS TEMES ES TRACTA EN ELS GRUPS DE FORMACIÓ?

Com dur una vida més saludable (alimentació, activitat física, etc.), com afrontar les complicacions, com prendre la medicació, i també les relacions socials, les emocions, l'estrès, el pla d'acció...



COM PODEU CONTACTAR?

Mitjançant els vostres professionals de la salut o l'associació de pacients a la qual pertanyeu

TAMBÉ PER AQUESTS MITJANS:

 pacientactiuib@ibsalut.caib.es
 [@pacientactiuib](https://twitter.com/pacientactiuib)
 971175883



Sofía Mariño Pérez Mi experiencia como enfermera en Alemania

Ana María Luis Martínez

MI EXPERIENCIA EN...

Varios estudios señalan que cada año emigran enfermeras formadas en España para trabajar en otros países de la Unión Europea. Hasta el momento, se estima que más de 8.000 trabajan o han trabajado en Europa y que el país receptor por excelencia es el Reino Unido. Sofía es una de esas enfermeras que tuvo que salir de España para poder trabajar, en su caso en Alemania, desde octubre de 2012 hasta enero de 2016.

Sofía acabó la carrera de Enfermería en plena crisis. En aquel momento, las ofertas de trabajo eran escasas, incluso en Mallorca, así que se apuntó a las bolsas de ofertas de trabajo para otros países del Servei d'Ocupació de les Illes Balears (SOIB). No se había planteado ir a Alemania, pero, a través de dicho Organismo, recibió la oferta para trabajar en aquel país y le proporcionaron el primer curso de alemán de 200 horas en Mallorca con el que pudo adquirir conocimientos básicos del idioma.

Esta oferta, que en principio parecía bastante buena, se frustró cuando el SOIB dejó de trabajar con la empresa alemana intermediaria y les informaron de que

buscarían otras opciones. Al cabo de un tiempo, el SOIB junto con European Employment Services (EURES) y el gobierno alemán, les pusieron en contacto con otra empresa que fue la encargada de realizar las entrevistas a los candidatos interesados. De entre dichos candidatos, eligieron a 10 personas. Finalmente, de las 10 personas seleccionadas solo seis se trasladaron a Alemania, aunque le consta que muchas otras personas que realizaron el curso de alemán con ella también llegaron a marcharse con otras empresas.

Estando todavía en Mallorca, firmó un contrato de trabajo donde se indicaba que EURES y el gobierno alemán le proporcionarían un plan de formación en el que el 80% del tiempo correspondería a un curso de alemán y el 20% restante a trabajo en el centro sanitario hasta que pudiera conseguir el nivel de alemán necesario para la homologación del título. Sin embargo, una vez que llegaron a Alemania, la empresa intermediaria les presentó un nuevo contrato de permanencia que ninguna de las enfermeras que habían sido elegidas esperaba. En dicho contrato, la empresa se aseguraba de que



el trabajador debía permanecer en la empresa como mínimo tres años a partir del momento en que obtenían la homologación del título y que, en el caso de querer irse antes, deberían pagar una multa económica. A pesar de todo, Sofía quiere advertir a las personas que se estén planteando ir a Alemania que estas cláusulas no siempre son legales y que pueden hacer una búsqueda en Internet donde encontrarán mucha información al respecto y testimonios de otras personas que han pasado por la misma situación. De hecho, Sofía afirma que cuando el primero de los enfermeros que decidió volver a España antes de los tres años que indicaba el contrato de la empresa se puso en contacto con un abogado, dicho abogado descubrió que su contrato no era legal y, por lo tanto, no llegó a pagar nunca la multa.

El centro de trabajo era una residencia privada en un pueblo pequeño situado a unos 25 km de la ciudad de Colonia. La residencia contaba con un centro de día que tenía su personal y con 80 habitaciones individuales con baño privado repartidas en cuatro alas. En cada una de las alas, había una cocina y un comedor con una cuidadora durante todo el día que se encargaba de hacer la comida, ejercicios con los residentes, salir a pasear con ellos, realizar manualidades, leer, dar de comer y colocar la ropa. Las personas que ejercían de auxiliares se encargaban de la higiene, de la movilización y de dar de comer a los pacientes dependientes, pero no precisaban ningún tipo de titulación para poder ejercer.

MI EXPERIENCIA EN...

Una experiencia personal muy enriquecedora que permite conocer gente y aprender un nuevo idioma.

La acogida por parte del director, del subdirector y de la supervisora general del centro fue muy buena, nos ayudaron a buscar alojamiento y a acomodarnos ya que, en Alemania, los pisos se alquilan sin amueblar, incluso la mayoría de ellos, sin cocina. También, desde el primer momento, recibieron muy buen trato del gobierno y de la escuela donde realizaron el curso de formación. Sofía comenta que las personas más reacias a la presencia de trabajadores extranjeros fueron los compañeros y algún residente. Los compañeros les veían, al comienzo, como una carga a causa del idioma; pero, a medida que pasó el tiempo, les fueron aceptando. Entre los residentes y los familiares había diferentes opiniones, unos estaban contentos y les ayudaban incluso a mejorar el nivel de alemán, otros les veían solamente como una molestia y no llegaron a tener confianza en ellos. Mientras estuvieron allí, realizaron diversas entrevistas para periódicos y radios ya que su situación como enfermeras inmigrantes llamaba la atención

Las funciones de la enfermera en las residencias privadas eran las mismas que las del auxiliar, además de realizar curas, tomar las tensiones (que se realizaba de manera esporádica), controlar las glucemias, encargarse de las urgencias que pudiesen surgir, administrar hidratación por vía subcutánea, repartir la medicación y, en caso de no estar la supervisora, realizar las visitas médicas, preparar la medicación para la semana y hacer el pedido a Farmacia. No podían canalizar vías, sacar analíticas ni poner las vacunas, de ello se encargaba la ayudante del médico de cada consulta.

Sobre este tema, lo que más le llamó la atención fue el hecho de que las auxiliares de las residencias privadas no precisaran de ningún tipo de certificado para ejercer; pero, sobre todo, le sorprendió las funciones que tiene la enfermera en aquel país. Es un modelo donde están muy potenciadas las funciones en la esfera de la relación enfermera-paciente y en el cuidado de las necesidades básicas, pero encontró a faltar el hecho de no poder realizar determinadas técnicas y también tener cierta autonomía.

El final de su etapa en la residencia, la pasó como coordinadora de uno de los bloques y su función era realizar los planes de cuidados de todos los pacientes; realizar las visitas médicas y pedir citas para pruebas o visitas; preparar, revisar o pedir la medicación, encargarse de las revisiones de las aseguradoras para valorar a algún paciente y, junto con el director y la supervisora de la residencia, encargarse de las visitas de las empresas de evaluación de calidad.

Sofía describe la experiencia como dura e intensa con momentos malos, pero también con buenos momentos. Una experiencia personal muy enriquecedora que permite conocer gente, aprender un nuevo idioma y conocer un país con una forma de vivir muy diferente a la nuestra. Si volviera hacia atrás, volvería a irse aunque, quizás, no estaría tanto tiempo. La inquietud de realización profesional, la añoranza de la familia, los amigos, el hogar y el clima hicieron que decidiese volver.

De hecho, afirma que la mayoría de las enfermeras que conoció en Alemania han vuelto a España a pesar de tener una menor estabilidad laboral que la que podrían haber tenido si se hubieran quedado allí. Cree que esto no se debe solo a cuestiones de calidad de vida o de añoranza, sino a la comparación del rol de la enfermera en España respecto al rol que tiene en Alemania. Afirma que la enfermería en España está representada por profesionales capacitados y que, aunque quede mucho camino por recorrer, debemos estar orgullosos del que ya se ha recorrido

Procedimiento para realizar un proyecto de investigación en el Área de Enfermería de Son Espases, Sector Ponent



Mª Antonia Palou Oliver

La investigación sobre prácticas basadas en evidencias tiene consecuencias directas sobre la consolidación del conocimiento.

La investigación aplicada a los cuidados (IAC) es, en palabras de Manuel Amezcua, “un proceso de generación de conocimiento basado en metodología científica dirigido a la mejora o conservación de la salud de las personas, desde el respeto a su manera de sentir y de vivir y a sus posibilidades de participación efectiva”.

Las dimensiones de la IAC activan un amplio abanico de diseños posibles que van desde los estudios cuanti-

tativos, con predominancia evaluativa a estudios cualitativos de corte etnográfico, fenomenológico, hasta los diseños clásicos de síntesis del conocimiento (investigación secundaria). La investigación sobre prácticas basadas en evidencias tiene consecuencias directas sobre la consolidación del conocimiento.

Este procedimiento está enmarcado en la línea estratégica de cuidados de salud basados en la evidencia. Se aplica a los proyectos de investigación en cuidados que se desarrollen en las unidades/servicios del Hospital Universitario Son Espases (HUSE), Sector Ponent. Su objetivo es identificar e impulsar las iniciativas más prometedoras, de mayor excelencia científica y mayor

valor potencial e impacto social de los profesionales de la Dirección de Enfermería, así como fomentar las sinergias, impulsar el talento y promover la transferencia y aplicación del conocimiento científico-técnico a la mejora de los cuidados, la promoción de la salud y el desarrollo de los servicios de salud.

Es aplicable, cuando el investigador principal es un profesional que depende jerárquicamente de la Dirección de Enfermería del HUSE, Sector Ponent, pero también cuando el investigador principal no pertenezca al Área de Enfermería, pero su ámbito de investigación esté relacionado con la investigación en cuidados. En este caso será un requisito imprescindible que, al menos,

uno de los investigadores colaboradores pertenezca al Área de Enfermería del HUSE Ponent.

Documentación: para la solicitud de realización de un proyecto, el investigador tiene que presentar la siguiente documentación:

- 1) Solicitud de evaluación del proyecto firmada por el investigador. Dos cartas de acompañamiento que irán dirigidas a la Comisión de Investigación del HUSE (CI) y a la Dirección de Enfermería, solicitando autorización para poder llevar a cabo la investigación. En ellas debe constar el ámbito de estudio, objetivo, investigadores colaboradores y filiación de los mismos.

2) Protocolo del estudio o memoria científica. Descripción completa del proyecto, incluyendo una introducción y justificación, objetivos y variables a analizar, un desarrollo del mismo (material y métodos) y un apartado estadístico (cálculo de la N y análisis de los datos). Estructura básica de un protocolo de investigación. La Comisión de Investigación y la Dirección de Enfermería evalúan los aspectos metodológicos, éticos y legales del estudio; la pertinencia de la realización de dicho proyecto de investigación, en función de su relevancia científica, interés para la práctica clínica diaria y afinidad con el Plan Estratégico, y emite un dictamen (favorable, desfavorable o solicitud de aclaraciones). En los proyectos de investigación que impliquen actuaciones con seres humanos, sus muestras biológicas y/o sus datos personales deben ser evaluados por un Comité de Ética de la Investigación (CEI) acreditado, de conformidad con lo establecido en la legislación vigente.

3) Hoja de información al paciente y consentimiento informado (si procede). Son dos documentos diferentes. El acceso a la historia clínica con fines de investigación requiere el consentimiento informado por escrito del paciente. La obligación de recabar el consentimiento informado del paciente para que él, sus muestras biológicas o sus datos participen en una investigación tiene su respaldo en la normativa española: Ley básica de autonomía del paciente (41/2002, del 14 de noviembre), Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y su Reglamento de desarrollo RD 1720/2007. Ley de investigación biomédica (2007) y Real Decreto de ensayos clínicos (2015).

4) Certificado de costes de proyectos de investigación. Requerido para la autorización de la Comisión de Investigación. Declaración del investigador principal de que la realización del proyecto de investigación no supondrá la realización de pruebas o costes indirectos diferentes a los relacionados con la práctica clínica habitual.

5) Compromiso del equipo investigador de presentar un informe con los resultados de la investigación a la Dirección de Enfermería con la finalidad de identificar áreas de mejora.

La documentación del estudio se tiene que dirigir, mediante correo electrónico, a la Secretaría del Área de Formación, Investigación e Innovación de Enfermería. (hse.formacio2@ssib.es).

Obligaciones del investigador/colaborador

El investigador del estudio, debe:

1) Comunicar la fecha de inicio del estudio en la unidad/servicio.

2) Enviar un informe de seguimiento anual del estudio.

3) Informar de manera inmediata, a la Unidad de Docencia de Enfermería, sobre cualquier incidencia relevante que pueda producirse en su desarrollo.

4) Comunicar la fecha de finalización del estudio en el Centro (Unidad/Servicio y Unidad de Docencia de Enfermería).

5) Enviar el informe final del estudio, como máximo, 3 meses después de su finalización o interrupción y, en todo caso, antes de la difusión de resultados en cualquier medio (revista, congreso, patente licenciada u otros títulos de propiedad industrial; defensa de trabajos fin de grado, máster y tesis doctorales, y otras contribuciones en relación al desarrollo clínico, asistencial y/o desarrollo tecnológico). Debe presentar una copia electrónica de este informe mediante correo electrónico a la Secretaría del Área de Formación, Investigación e Innovación de Enfermería. (hse.formacio2@ssib.es).

SEPTIEMBRE 2019 · NÚMERO 13



Centro de Simulación Clínica del HUSE, un proyecto innovador necesario para Baleares

M^a de Fátima Céspedes

DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

La mejora continua en la calidad y la seguridad del paciente son mandatos aceptados y prioritarios en los servicios de salud a escala mundial. Ofrecer una atención segura, de calidad y basada en la evidencia depende, en última instancia, de las competencias de los profesionales y del sistema que respalda su trabajo. Esto explica el aumento, que se ha producido en los últimos años, de la demanda de planes de estudio y de formación continua en metodologías que engloben estos aspectos. De esta manera, la simulación clínica, como estrategia pedagógica de primera mano en la formación y el reentrenamiento del personal de salud, es impulsada como una poderosa herramienta de aprendizaje para alcanzar niveles más altos de competencia y cuidados más seguros.

David Gaba definía la simulación como “una técnica de enseñanza, no una tecnología, que es empleada para sustituir o ampliar las experiencias reales a través de experiencias guiadas e interactivas. Estas experiencias deben ser consistentes, reproducibles, estandarizadas, seguras y predecibles para facilitar el aprendizaje”. Como estrategia educativa, la simulación ofrece la oportunidad de aprender del error, de manera inmersiva y experiencial, en un entorno seguro. Además, tiene el potencial de recrear escenarios que rara vez se

experimentan y de situar al profesional en situaciones críticas.

Actualmente, una amplia bibliografía sustenta el uso de la simulación para el entrenamiento de los profesionales sanitarios. Así mismo, existe un amplio consenso que apoya la necesidad de utilizar esta metodología en la formación sanitaria, ya que permite anticiparse a los entornos reales y, con su uso, poner en marcha los procesos necesarios para la integración de los conocimientos, de las habilidades técnicas y no técnicas, que garantizarán una mejora significativa en la calidad de la atención, con la máxima seguridad para los pacientes.

Dentro de este contexto, el Hospital Universitario Son Espases impulsa un proyecto en el marco de la colaboración UIB-IbSalut: la creación del Centro de Simulación del HUSE, con la misión de desarrollar las habilidades técnicas y cognitivas de los profesionales de la salud, en ejercicio o en formación, tanto de grado como de postgrado, que se encargará de mantener, actualizar y evaluar sus competencias. Educar en nuevos procedimientos y tecnologías emergentes, utilizando pedagogía de vanguardia, proporcionando una amplia experiencia basada en la simulación en sus formas más diversas: escenarios simulados, pacientes virtuales

les, simuladores de maniqués estáticos e interactivos, simulaciones basadas en pantalla o mediante realidad virtual, etc. Todo ello acompañado por un adecuado impulso a la innovación docente y a la investigación que respalden un modelo de aprendizaje significativo y seguro para los profesionales y los pacientes, con un mayor impacto en la organización y el sistema sanitario.

El Centro de Simulación tiene como sus principales objetivos:

- Desarrollar el entrenamiento en múltiples técnicas y procedimientos.
- Practicar situaciones y técnicas poco frecuentes y/o de alto riesgo.
- Entrenar al personal en situaciones clínicas complejas.
- Disminuir el nivel de estrés ante las situaciones reales mediante las prácticas basadas en la simulación.
- Mejorar la seguridad clínica del paciente.
- Garantizar el proceso formativo al alumnado de grado y a los residentes de formación sanitaria especializada.
- Evaluar las competencias de manera sistematizada.
- Facilitar la formación multidisciplinaria en liderazgo, trabajo en equipo y comunicación, entre otras habilidades no técnicas.

Actualmente, un equipo multidisciplinario de profesionales formado por: Juan Carlos de Carlos, Miguel Rodríguez, Carolina Pérez, Ana Cremades, Elena Jiménez, Irene Enríquez, Fátima Céspedes, Ana tejedor, Luciano Perri, Kai Boris Brandstrup, Jaume Bonnin, Mónica Guerra, Trinidad Cano, Javier Murillas y Javier Rascón, encabezados por Leandro Brogi, adjunto del Servicio de Anestesiología de nuestro Hospital, conforman la Comisión de Simulación. Esta Comisión viene incentivando las primeras actividades del Centro, como ha sido, la acogida de los nuevos residentes de formación sanitaria especializada. Este equipo, con múltiples proyectos futuros, tiene el desafío de establecer los primeros pasos para la implantación de un programa integral de simulación, con bases metodológicas sólidas que garanticen el cumplimiento de los objetivos del Centro y satisfaga la demanda, cada vez más creciente, de los profesionales de la salud de la Comunidad Autónoma.



Sala de recepción



Aula docente



Sala de simulación UCI-1 y UCI-2

Salas especialmente diseñadas para la simulación clínica avanzada. Equipadas con tecnología especializada (simuladores y maniqués de alta fidelidad).

SEPTIEMBRE 2019 · NÚMERO 13

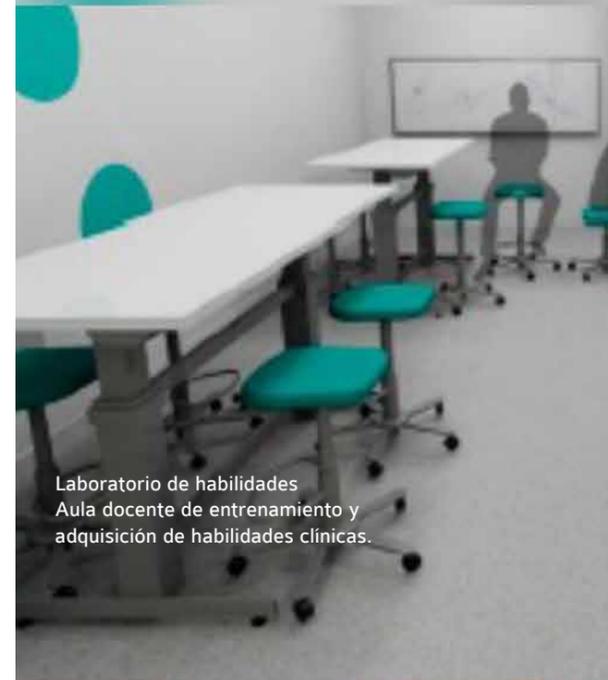
Como estrategia educativa, la simulación ofrece la oportunidad de aprender del error, de manera inmersiva y experiencial, en un entorno seguro.



Control room 1 y room-2
Espacio técnico desde donde se controlan los simuladores y se dirigen las actividades de simulación.



Sala de debriefing
Destinada a la reflexión, el análisis y la evaluación de la simulación realizada.



Laboratorio de habilidades
Aula docente de entrenamiento y adquisición de habilidades clínicas.



Simulador para anestesia epidural
Actualmente disponible en el centro de simulación.



Simulador de parto
Permite la práctica de competencias, tanto en partos normales como en partos complicados y urgencias obstétricas, mediante el entrenamiento del trabajo en equipo, en un entorno seguro, con el fin de detectar problemas en la asistencia a los casos más graves y poco frecuentes. Actualmente disponible en el centro de simulación.



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

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



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

Dates: del 2 al 4 d'octubre de 2019
Lloc: Madrid
Organitzador: SENEo - SEEN
Enllaç: <https://www.congresoneonatologia2019.com/index.php/bienvenida>



XXX Congreso Comunicación y Salud

Dates: del 3 al 5 d'octubre de 2019
Lloc: Santander
Organitzador: SEMFYC
Enllaç: <https://semfyc.eventszone.net/cys2019/index.php?idpagina=1&idioma=cas>



13 Congreso de ANECORM

Dates: del 16 al 18 d'octubre de 2019
Lloc: Saragossa
Organitzador: ANECORM
Enllaç: <http://www.anecorm.org/congreso2019/>



XL Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología

Dates: del 17 al 19 d'octubre de 2019
Lloc: Barcelona.
Organitzador: Asociación Española de Enfermería en Cardiología
Enllaç: <https://web.congresosec.org/>



X Jornadas Nacionales de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) VII Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria

Dates: del 23 al 25 d'octubre de 2019
Lloc: València
Enllaç: <http://www.enfermeriacomunitaria.org/web/index.php/jornadas2019-inicio/2102-x-jornadas-aec-valencia-2019>



XV Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica

Dates: del 24 al 25 d'octubre de 2019
Lloc: Múrcia
Organitzador: ANEDIDIC
Enllaç: <https://www.anedidic.com/>



I Congreso Internacional de Fisioterapia de Castilla la Mancha

Dates: del 25 al 27 d'octubre de 2019
Lloc: Toledo
Organitzador: COFICAM
Enllaç: <https://www.coficam.org/comunicacion/noticias/997/I-CONGRESO-INTERNACIONAL-COFICAM>

SEPTIEMBRE 2019 · NÚMERO 13

AGENDA



IV Congreso Nacional Sociedad Española de Formación Sanitaria Especializada (SEFSE) Areda XVI Encuentro de Tutores y Jefes de Estudio

Dates: del 6 al 8 de noviembre de 2019
Lloc: Barcelona
Organitzadors: Sociedad Española de Formación Sanitaria Especializada
Enllaç: http://www.geyseco.es/sefse19/index.php?go=pre_comunicacion



V Congreso de Enfermería y Salud: Liderando el Cambio

Dates: del 13 al 15 de noviembre de 2019
Lloc: Lleó
Organitzador: Asociación Andaluza de Matronas
Enllaç: <https://enfermeriaysalud.es/congreso/>



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

Dates: del 20 al 22 de noviembre de 2019
Lloc: La Rioja .
Organitzador: GENEAUUP
Enllaç: <https://bocemtium.com/reunionarnedillo/2019/>



Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados

Dates: del 20 al 22 de noviembre de 2019
Lloc: Barcelona
Organitzador: Investén-isciii
Enllaç: <https://encuentros.isciii.es/barcelona2019/es/index.html>

SEPTIEMBRE 2019 · NÚMERO 13



CELEBRACIÓN DEL DÍA INTERNACIONAL

DE LAS PERSONAS MAYORES



SOLO DE VIOLÍN DE ELÍAS HENRY-PICÓ

1 DE OCTUBRE DE 2019

A LAS 17H EN LA PLANTA BAJA DEL HOSPITAL GENERAL





PREVENCIÓ DE LES INFECCIONS

setembre

PREVENIR
és tenir cura

octubre

