

Rd's

revista digital de salud

Dirección de Enfermería. Hospital Universitari Son Espases


son Espases
hospital universitari
sector ponent

6



Entrevista a Quim García de Castrillón,
terapeuta ocupacional de salud mental

Unitat de càncer hereditari

Asociación DIME

Herramientas digitales y recursos para la
investigación en Enfermería

STAFF

RdS

revista digital de salud

Direcció, de l'Enfermeria Hospital Universitari Son Espases

Director de la revista

Juan Manuel Gavala Arjona

Supervisora Àrea I+D+i

Pilar Andreu Rodrigo

Coordinadora de la revista

María Teresa Pérez Jiménez

Comunicación

Juan Carlos González Otermin

Contenidos

Esperança Bauça Amengual

Ana María Luis Martínez

Enrique Luján Sosa

Neus Martorell Dols

María Mayol Roca

Ernesto Sardi

María Viña García-Bericua

Diseño, maquetación, fotografía

Servicio de Audiovisuales 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 6

Marzo 2018

EDITORIAL 3

COMUNICACIÓ, GRÀCIES

A LA VANGUARDIA 5

LA TERAPIA ASISTIDA CON PERROS EN EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON DOLOR CRÓNICO

PROTAGONISTA 8

ENTREVISTA A QUIM GARCÍA DE CASTRILLÓN: TERAPEUTA OCUPACIONAL

COMPAÑEROS 12

UNITAT DE CÀNCER HEREDITARI

LA VOZ DEL PACIENTE 16

"SUPERPEQUEÑA" MONTSERRAT VILLANUEVA, ENFERMERA Y PACIENTE

ASOCIACIONES 19

DIME

WEB 2.0 22

HERRAMIENTAS DIGITALES Y RECURSOS PARA LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA 25

EL PACIENTE PEDIÁTRICO EN RADIOLOGÍA

DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA 28

ENTREVISTA A ENFERMEROS INTERNOS RESIDENTES OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICOS

AGENDA 32



Comunicació, gràcies

Podem no comunicar-nos? No. Així, doncs, podem dir que la no-comunicació no existeix? Sí, la no-comunicació no existeix. Què feim quan no ens entenem? Ens comunicam malament? No, ens comunicam sense entendre'ns, no ens escoltam, no sabem explicar-nos, presuposam el que ens vol dir l'altre, ens avançam segons el nostre judici o prejudici... Alguna cosa falla dins el procés comunicatiu.

De la teoria de la comunicació, en l'àmbit de la salut no s'ha cuidat prou cap dels elements clau del procés: l'emissor no està ben entrenat ni motivat, el receptor no és protagonista i el canal no està prou treballat perquè els missatges siguin eficaços i no siguin només un tràmit.

Segurament, el concepte COMUNICACIÓ sona com un dels termes de moda. I a qualsevol àmbit de la vida humana. És un d'aquests conceptes superutilitzats i suprautilitzats. Qualsevol malentès és per culpa de la comunicació, i qualsevol encert és gràcies a la comunicació. Dins l'era de la informació i de la comunicació, cal esperar aquest elogi a la comunicació. Però sembla que perdem de vista la gènesi de la comunicació humana: les persones i la necessitat de relació, tan bàsica en la salut i en la malaltia.

Qualsevol professional de la salut, en algun moment de la seva formació, sent parlar de la importància de la comunicació, i durant la seva pràctica diària s'adona de com n'és de clau. I com adquirim la vareta màgica de l'escolta, de la presència, de l'estar, de la paciència, de no frissar? Es tenen en compte les aptituds comunicatives dels professionals de la salut? Només quan hi són s'agraeixen; si no, evidentment, es pateixen.

Podríem pensar que disciplines joves com la logopèdia neixen, entre altres coses, de la manca de temps que els professionals de la salut han patit i que no han pogut donar espai a les persones amb problemes de comunicació. La comunicació humana és lenta i necessita temps per desenvolupar-se. Al final, el que el mateix sistema demana és el que consumeix i maltracta, el temps. Temps per comunicar-nos millor.

Tot plegat és una paradoxa. Una paradoxa que si l'analitzam bé, la podríem desfer. Necessitam temps per actuar, per escoltar i per comunicar-nos. El necessita la persona com a usuària del servei de salut, el necessita la persona com a professional del servei de salut i el necessita la persona com a gestora, directiva o política del servei de salut. Tothom demana temps per dir i per fer, però ningú dona temps a l'altre perquè digui o faci. Tenim temps per escoltar bé a l'altre? Estam davant d'un trastorn de la comunicació en l'àmbit de la salut? Algun tipus d'afàsia? Necessita el sistema anar al logopeda? Escoltar plenament no és trivial, no és fàcil.

La comunicació no és una tècnica. La comunicació no s'adquireix amb un curs i uns crèdits, s'adquireix amb temps i amb valentia, exposant-se a la veritat de qui parla i amb la veritat de qui escolta. Quan això passa és quan les coses canvien. Parlar de cara amb la persona de què sent, de què necessita, de què li passa... Si escoltam bé, l'altre també ens escoltarà millor.

La comunicació ha de cobrar pes, com a habilitat i com a responsabilitat, dins l'àmbit de la salut. Cal donar-li el valor d'excel·lència qualitativa que es mereix dins la societat. Per tant, la comunicació és una competència nuclear dins la salut, i a tots els nivells... o ho hauria de ser.

Des de la revista REDES recomenam dues pel·lícules en les quals es fa evident la importància de la comunicació en l'àmbit de la salut:

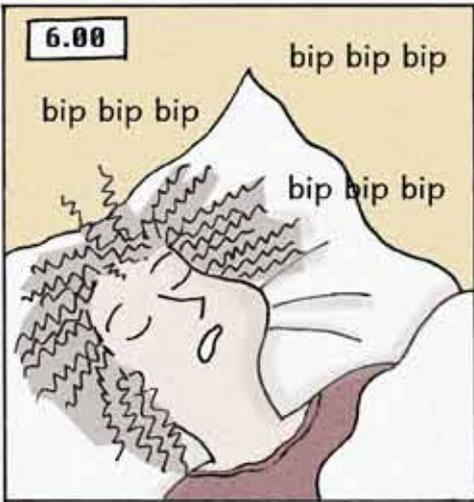
- *Amar la vida*, interpretada per Emma Thompson i Christopher Lloyd. Comença amb un impactant diàleg entre el Dr. Harvey Kelekian (Christopher Lloyd), oncòleg, i la Dra. Vivian Bearing (Emma Thompson), professora de literatura anglesa de la mateixa universitat que el Dr. Kelekian.
- *Las confesiones del Dr. Sachs*, on es veu la importància de la comunicació com a eina pal·liativa, d'acompanyament i de qualitat de vida.

Neus Martorell Dolç



Historias Radiológicas

Los sanitarios también somos humanos





La terapia asistida con perros en el tratamiento de las personas con dolor crónico

Ernesto Sardi

A LA VANGUARDIA

El dolor crónico es un grave problema de salud pública. Todos los estudios recogen cifras elevadas sobre su prevalencia. Por ejemplo, en Europa, uno de cada cinco adultos (19%) estaría experimentando algún tipo de dolor crónico. En España, los datos disponibles también son muy significativos. Por ejemplo, Huguet y Miró, en un estudio realizado con una muestra de escolares de entre 8 y 16 años, detectaron que el 37% de los participantes informaban de algún problema crónico de dolor. Igualmente, en ancianos la extensión del problema se revela muy alta. Así, por ejemplo, el único estudio específico sobre dolor crónico en ancianos realizado hasta la fecha en España registra que el 73% de los participantes experimentaban algún tipo de dolor y que, mayoritariamente (94%) se trataba de un dolor crónico.

Los efectos del dolor crónico se dejan sentir más allá de quienes lo experimentan en primera persona

El impacto del dolor crónico en la vida de las personas es muy importante. Los estudios publicados demuestran que estas personas experimentan desajustes emocionales, habitualmente, informan de depresión, ansiedad o miedo, problemas de sueño, discapacidad,

interferencia en sus relaciones sociales y, en general, de una peor calidad de vida. Además, los efectos del dolor crónico se dejan sentir más allá de quienes lo experimentan en primera persona y acaban afectando a todos los que conviven con el paciente. Así, por ejemplo, las investigaciones realizadas indican que los familiares experimentan malestar emocional, limitaciones en el funcionamiento diario, además de cierto sentimiento de culpabilidad (al menos en el caso de los padres de niños con dolor crónico), así como problemas de pareja. Más aún, el dolor crónico también puede tener una incidencia importante en el ámbito económico y, de esta manera, interferir en el funcionamiento familiar. En efecto, los costos directos e indirectos (por ejemplo, la pérdida de productividad por no poder trabajar, sea porque se tiene un dolor invalidante o porque alguien debe permanecer en casa para cuidar de un ser querido con dolor crónico) son importantes. En España, se ha estimado que el coste que provoca la atención a adultos con dolor crónico es de 16.000 millones de euros anuales. En los más jóvenes, las cifras también son de consideración. Desafortunadamente, a pesar de contar con nuevos procedimientos diagnósticos; de los avances en la comprensión de la neurofisiología del dolor, y de disponer de tratamientos médicos, farmacológicos y quirúrgicos muy sofisticados, la mayoría de los pacientes no consi-

guen eliminar por completo el dolor. Ante esta falta de resultados cada vez es más frecuente que se recurra a tratamientos alternativos, complementarios a los tratamientos médicos tradicionales, para mejorar la calidad de vida de estas personas.

La terapia asistida con perros es la terapia con animales más utilizada en personas con dolor crónico

Las terapias complementarias son intervenciones no farmacológicas que se utilizan conjuntamente con la medicina convencional. En general, estas terapias tienen como objetivo principal mejorar la calidad de vida del paciente, reducir posibles efectos negativos deriva-



dos del tratamiento y aumentar la sensación de control percibido en el tratamiento de la enfermedad. Entre las terapias complementarias destaca la terapia asistida con animales, tanto por la extensión en su uso como por los efectos beneficiosos que ha demostrado en diferentes dominios relacionados con la salud y el bienestar de las personas, con independencia de la edad y de la condición.

La terapia asistida con animales está basada en la introducción intencionada de un animal, habitualmente perros o caballos, con un entrenamiento específico y ciertas características de calma, estabilidad y obediencia, para facilitar el entorno terapéutico, con el propósito de

alcanzar unos objetivos fijados por profesionales de la salud. La terapia asistida con perros es la terapia con animales más utilizada en personas con dolor crónico, aunque no existe una postura unívoca sobre su eficacia y, así, sobre la conveniencia de su uso.

No obstante, y aunque los resultados deben ser valorados a la luz de las deficiencias aludidas, en general, las personas que han participado en los grupos de terapias asistidas por perros informan de una menor intensidad de dolor, significativamente menor que la informada por las personas de los grupos de control, al menos en aquellos casos en los que se han comparado ambas alternativas. Así, por ejemplo, en un trabajo de Marcus y cols., los pacientes informaron de una reducción significativa de la intensidad del dolor tras pasar un periodo de tiempo con un perro de terapia. En un estudio posterior, este mismo grupo de investigadores informa que pacientes con fibromialgia a los que les permitían interactuar con un perro, mientras esperaban para iniciar la terapia, mostraron descensos significativos en el dolor percibido respecto a un grupo que permanecía en la sala de espera habitual sin interacción con el animal. También en personas con deficiencias mentales se han registrado resultados positivos. Por ejemplo, recientemente Lima y cols. han publicado un estudio piloto con dos pacientes con una enfermedad mental y discapacidad intelectual asociada a discapacidades motoras, cognitivas y sensoriales graves, en el que informan de mejoras relevantes tras una sesión de terapia asistida con perros. Uno de los pacientes era un niño de cinco años de edad con un diagnóstico de enfermedad mental y discapacidad intelectual debido a una encefalopatía hipóxico-isquémica perinatal.

Se ha publicado un estudio piloto con dos pacientes con una enfermedad mental asociada a discapacidades motoras en el que informan de mejoras relevantes tras una sesión de terapia asistida con perros

El otro era un niño de seis años de edad con un diagnóstico de enfermedad mental y discapacidad intelectual debido a una citopatía mitocondrial. Debido a la imposibilidad de la comunicación oral, la medición del dolor se realizó por medio de la observación directa y la evaluación de sus conductas. Ambos niños debían someterse a procedimientos rutinarios que ocasionaban dolor, como cambio de pañales, posicionamiento en la silla de ruedas o cambiarse de ropa. Se comparó la intensidad del dolor (referido por las conductas manifiestas de los niños) de dos situaciones: por una parte, tras participar en una sesión de terapia con perro y, por otra, tras pasar idéntico

tiempo con la madre. Tras un total de cinco sesiones en ambas modalidades, se analizaron patrones gestuales como sonrisas, gemidos, llantos y muecas, además de la frecuencia cardíaca, en cada una de las sesiones. Los investigadores señalan que la tendencia sonriente y el descenso en la frecuencia cardíaca de estos niños en las situaciones estudiadas fue mayor tras participar en las sesiones con perro de terapia.

Los resultados de estudios realizados en la población pediátrica sin déficits cognitivos también muestran efectos positivos. Por ejemplo, un trabajo de Braun y cols. con un grupo de niños ingresados en una unidad de cuidados intensivos muestra que la intervención de un perro de terapia durante un breve espacio de tiempo, de quince a veinte minutos, estaba asociado a una disminución de la intensidad del dolor autoinformado significativamente mayor que los registros de un grupo de niños que pasaban quince minutos en un ambiente tranquilo. La información que dieron los padres sobre la intensidad del dolor de los niños era concordante con las referidas por sus hijos.

La terapia con perros contribuye significativamente a mejorar el estado de los participantes

Además de la reducción de la intensidad del dolor, los estudios disponibles también señalan reducciones significativas en el uso de fármacos específicos. Por ejemplo, un estudio de Lust y cols., en el que participaron un grupo de 58 adultos con lesión cerebral adquirida, lesión medular, enfermedad degenerativa o grave discapacidad, informa que aquellos que participaron en la terapia disminuyeron el consumo de fármacos analgésicos respecto a los tres meses anteriores a las sesiones con el perro, así como una mejora en la calidad de vida.

Discusión

En general, los resultados de estos estudios muestran que la terapia con perros contribuye significativamente a mejorar el estado de los participantes en este tipo de intervención; a reducir la intensidad del dolor y el consumo de analgésicos, y a mejorar otras variables relacionadas como son la fatiga, el estado de ánimo y el malestar emocional.

Las causas subyacentes a estos efectos positivos son una cuestión actualmente en debate. Una hipótesis extendida atribuye los efectos benéficos a la reducción del estrés y la ansiedad. En efecto, diferentes estudios informan de reducciones significativas de los niveles de cortisol y frecuencia cardíaca, ambos indicadores de estrés y frecuentemente relacionados con el dolor.

Otras variables cuantificadas en la interacción perro-paciente, y que se podrían relacionar con un posible efecto analgésico, son el aumento de algunas sustancias como la endorfina, la oxitocina, la prolactina, el ácido fenilacético y la dopamina. Aunque preliminares, estos hallazgos parecen indicar que existe una relación entre la participación en terapias con perros y la disminución del dolor.

Cabe pensar que una relación afectiva bien establecida será útil, pero se desconoce cuánto más útil, o si puede ser completamente prescindible

No obstante, y a pesar de estos resultados positivos, el número de estudios con diseños rigurosos es escaso. Bien es verdad que este tipo de problemas se observan en los inicios de un área de investigación (como es el caso que nos ocupa) cuando existen pocos recursos para investigar y la penetración de las técnicas en las instituciones resulta difícil. Son necesarios más estudios, con diseños más exigentes y con muestras más amplias, para validar los resultados que aquí se han descrito. Más aún, la falta de información sobre qué se hace o cómo, o las diferencias en la forma en cómo se administra este tipo de intervención no permiten extraer conclusiones definitivas sobre cómo se debe proceder. Así, pues, los estudios futuros también deberían dedicarse a identificar qué elementos son los ingredientes activos de la intervención. Por ejemplo, no sabemos en qué contexto, realizado por quién y bajo qué condiciones la intervención da mejores resultados. Tampoco se conoce el tiempo necesario o el número de sesiones imprescindibles para conseguir cambios significativos y estables o si influiría en los resultados el uso de diferentes animales en una misma sesión, incluso si diferentes tamaños o tipo de pelaje y color del animal pudieran afectar a los resultados. Otro aspecto a investigar son los enlaces de afecto con el perro. Cabe pensar que una relación afectiva bien establecida será útil, pero se desconoce cuánto más útil, o si puede ser completamente prescindible, con lo que se ahorraría tiempo y recursos al utilizar este tipo de terapia. Igualmente relevante es identificar cómo debe ser el proceso de finalización de la terapia, es decir, si es necesario que sea de forma progresiva o si el gradiente de separación y el proceso en el que tiene lugar no influyen en los resultados a largo plazo.

1- Pedrosa, S., Aguado, D., Canfrán, S., Torres, J., & Miró, J. (2017). La terapia asistida con perros en el tratamiento de las personas con dolor crónico: una revisión sistemática. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 24(1), 11-18.



Fundació Social
Fundació La Sapiència

CEBESUDOR
Gestió Sanitària de Mallorca

Govern de les Illes Balears
Sanitària de Mallorca
"Son Gibert"
"Es Blanquer"

Ajuntament de Palma
CMSS EST

AD JOVE

Gràcies a tots, feim

Govern de les Illes Balears
GESMA
Gestió Sanitària de Mallorca

Fundació Reial Mallorca
el ver mallorquinista

Govern d'

Entrevista a Quim García de Castrillón: terapeuta ocupacional

Esperança Bauça Amengual

El Protagonista

L'any 2018 es declara l'any de la Salut Mental a les Illes Balears.

La intenció d'aquesta declaració és donar visibilitat a la feina que es fa amb el col·lectiu de persones afectades per algun tipus de patologia mental, i, al mateix temps, reivindicar més serveis públics, intensificar la feina a tots els nivells assistencials i millorar i ampliar les prestacions que s'ofereixen alhora que es coordinen els serveis existents.

A les Balears, hi ha diagnosticades al voltant de 185.000 persones amb algun tipus de trastorn de salut mental: 150.000 a Mallorca, 15.000 a Menorca i 20.000 a Eivissa i Formentera, segons les dades del Servei de Salut, de les quals, unes 5.000 pateixen un trastorn mental greu.

Cal avançar en la lluita contra l'estigma a través d'activitats educatives. És important impulsar iniciatives individuals i comunitàries per a la promoció i la prevenció de la salut mental.

En aquest sentit, professions fins ara menys visibles en l'àmbit de la Salut Mental juguen un paper important en l'atenció transdisciplinària d'aquestes persones, com és el cas de la Teràpia Ocupacional.

Quim García de Castrillón és un dels primers terapeutes de les nostres Illes. Jo en destacaria que té molta experiència, el seu activisme en la bona pràctica i la promoció de la professió. Un exemple, entre molts d'altres, és la seva participació, des de fa uns anys, en l'elaboració de l'estratègia de Salut Mental de les Illes Balears.

Ens pots explicar un mica què entens per teràpia ocupacional?

Tenint en compte la definició de la Federació Mundial de Terapeutes Ocupacionals (WFOT): "la teràpia ocupacional és el mètode terapèutic que es fa càrrec de la promoció de la salut i el benestar a través de l'ocupació, en què el principal objectiu és capacitar les persones per participar en les activitats de la vida diària mitjançant l'habilitació dels individus amb la utilització d'activitats

com a instruments terapèutics i l'adaptació i modificació de l'entorn físic, psíquic i social", aquí hi afegiria que durant les primeres entrevistes a les persones que atenc he après a explicar-los, de manera senzilla, quina feina desenvolupam els terapeutes ocupacionals, per això utilitzam un dels gràfics creat per Reed i Sanderson en què es parla de les diferents àrees i components ocupacionals: per una banda, l'activitat de la vida diària, de l'oci i del temps lliure, a més de la productivitat (estudis/treball), i per l'altra, els components biomecànics, sensoriomotors, psicosocials, cognitius i creatius i la seva relació amb l'entorn i la seva adaptació.

És important impulsar iniciatives individuals i comunitàries per a la promoció i la prevenció de la salut mental

Com varen ser els teus inicis professionals?

Vaig venir des de Barcelona cap a Mallorca ja fa més de 18 anys i el que més em va sorprendre en arribar va ser la precarietat i l'endarreriment que hi havia en l'aplicació del que en aquell moment s'entenia com la Reforma Psiquiàtrica. Sempre explic que el que em vaig trobar va ser un antic manicomi, tot i així vaig tenir la sort de poder participar en el procés de desinstitucionalització dels usuaris de l'Hospital Psiquiàtric, que s'havia iniciat, tímidament, a finals dels 90 i que va prendre impuls cap a la creació de nous serveis (unitats de salut mental, unitats comunitàries de rehabilitació, hospitals de dia, servei de habitatges... a partir de l'any 2000 amb una tasca admirable de professionals de diferents categories: auxiliars, monitors de rehabilitació, treballadors socials, infermers, terapeutes ocupacionals, psicòlegs, psiquiatres... Tot i anar a contracorrent i lluitant contra conceptes adquirits i acceptats amb molts d'anys de recorregut. Vaig viure i participar en primera persona l'inici del camí cap a l'atenció més bio-psico-social i comunitària.

Què fa un terapeuta ocupacional en Salut Mental?

Sens dubte, la tasca més important que fa és utilitzar l'ocupació com a entitat, agent i medi cap al canvi, donar la rellevància que es mereix l'ocupació significativa de qualsevol persona i la relació que aquesta té amb el



seu benestar i salut. Com ho explicaria d'una manera senzilla?

...en patir una alteració de la nostra salut, en aquest cas mental, hi ha una alteració de la nostra ocupació. Si estic deprimit deix de fer tasques del meu dia a dia, des de les més bàsiques: dutxar-me, menjar, dormir..., fins a les més complexes: cuinar, conduir, treballar... El terapeuta ha d'avaluar, definir i tractar quins components ocupacionals es troben alterats (per exemple, l'estat d'ànim baix, l'aïllament, l'apatia...) i com afecten l'execució de les diferents ocupacions i com recuperar-les de manera adequada amb activitats rígides, graduades i adaptades.

La professió ens ofereix 1.000 eines, 1.000 possibilitats, cap d'elles màgica i totes valuoses

Com definiries la situació actual de la Salut Mental a Balears i quin és el teu paper en l'estratègia de Salut Mental?

En l'actualitat, personalment, diria que vivim una nova etapa d'ànim,

d'esperança i d'il·lusió, tot i que, al llarg d'aquests quasi 20 anys que hi faig feina, s'han anat creant nous serveis i ampliant recursos. Amb l'elaboració del nou "Pla estratègic de Salut Mental de les Illes Balears 2016-2020" es pretén donar un gran impuls a l'atenció a les persones que tenen algun trastorn de salut mental.

Cal reforçar els projectes d'inclusió social real que afavoreixen la reducció de l'estigma

He participat com a membre de l'equip tècnic d'aquest nou Pla, juntament amb professionals d'altres categories: psicòlegs, psiquiatres, una infermera, una treballadora social, una pediatra i un metge de família; al mateix temps, també he estat coordinador i he participat en uns quants grups de feina: Lluita contra l'estigma, Reorganització de recursos de l'Hospital Psiquiàtric...

Com a terapeuta ocupacional, crec que he aconseguit donar una visió holística de la persona a atendre els

diferents serveis i unitats, ressaltant la importància de la intervenció dels terapeutes ocupacionals per mantenir, adaptar i recuperar l'ocupació significativa de l'individu, defensant l'activitat com a instrument terapèutic i utilitzant l'entorn i l'atenció comunitària.

Què diries a un terapeuta més novell que comença a treballar en Salut Mental? Alguna cosa important a destacar en el teu aprenentatge com a terapeuta ocupacional dins Salut Mental?

Després d'aquests anys duent a terme la pràctica clínica com a terapeuta ocupacional en rehabilitació de la salut mental i en el tracte diari amb persones que pateixen un trastorn de salut mental, tot plegat m'ha ensenyat a veure i a viure aquesta condició tenint en compte una sèrie de punts fonamentals i per a mi imprescindibles per dur a terme un procés de recuperació òptim:

- La primera passa és oferir ajuda i que l'usuari aprengui a acceptar-la, per això s'utilitza el vincle terapèutic com a primera eina, juntament amb l'empatia de manera imprescindible. Tot i així, per a mi sempre ha estat important deixar clar en la primera intervenció que som el professional, no un amic, "et puc ajudar però no participaré del teu dia a dia". També ha estat important utilitzar el sentit de l'humor com a instrument vinculant i empàtic, adequadament i participa per ambdues parts.

- Cal dir-se a un mateix: "Tanca la porta en sortir de la feina. Tenim la necessitat del nostre propi equilibri ocupacional i hem de cercar un entorn desvinculat de la feina mitjançant activitats i amistats que no tinguin res a veure amb el món de la salut. Per la teva salut, si és possible, no parlis del teu dia a dia professional. Si no et cuides tu, no pots cuidar els altres".

- Dins la rehabilitació en salut mental me n'he adonat que qualsevol procés i evolució es possible, hi ha hagut usuaris considerats molt greus que han aconseguit un grau de recuperació molt òptim.
- L'entorn i la família com una eina més en el procés.
- Des del principi, cal plantejar un nou projecte de vida, després del trauma de patir un diagnòstic.
- Donar el missatge de: "Mirar enrere només per agafar impuls".
- Utilitzar l'apoderament i l'actuació en primera persona, l'activisme i les noves tendències en la recuperació.
- Cal plantejar objectius després d'una avaluació acurada i exigent: individu, entorn físic i social, volició... sense pressa però sense pausa. Sempre tenint en compte l'activitat significativa.
- La professió ens ofereix 1.000 eines, 1.000 possibilitats, cap d'elles màgica i totes valuoses.
- Cal actuar més en els símptomes i no en els diagnòstics.
- La productivitat com a eina imprescindible per a la recuperació: formació i treball, cal sentir-se útil.
- El modelatge participatiu i directe com a aprenentatge.
- A vegades, tenen més força les pors dels professionals que les del mateix pacient. Arrisca't i deixa que s'arrisquin: les decisions sobre el seu projecte de vida les pren l'usuari.
- Cal emfatitzar en la rehabilitació funcional, d'equilibri entre la part cognitiva, psicològica, física, sensorial...
- És molt més eficaç la intervenció comunitària amb entorns habituals que no amb ambients hospitalaris.
- Cal reforçar els projectes d'inclusió social real que afavoreixen la reducció de l'estigma i l'autoestigma i evitar les activitats "gueto", infantils, discapacitants, diferencials, expositives...
- L'activitat s'adreça a l'usuari no al reconeixement del professional, cal més coherència.
- La consciència de malaltia va estretament lligada a la informació del procés terapèutic.
- Cal facilitar les relacions de parella i l'emancipació, així com una sexualitat digna i comprensiva, les re-

lacions socials que afavoreixen el fet de compartir i no l'aïllament.

- Tot i disposar d'una agenda, m'ha estat molt útil i facilitador, envers el vincle i l'adherència al tractament, mantenir les portes obertes de la consulta.
- Cal mantenir bones relacions institucionals, acords i convenis, ajuda mútua i facilitar la docència i la formació.
- En docència, facilita l'aprenentatge la comunicació interactiva, la reducció de la utilització de presentacions en "PowerPoint" plenes de text per anar a presentacions més visuals, directes, des de la pràctica clínica, l'experiència viscuda en primera persona, l'intercanvi i la resolució de dubtes i de problemes...
- Si ja hi ha un recurs o una activitat per utilitzar com a instrument, cal no perdre el temps i aprofitar-la. Cal també mantenir-se actiu en l'elaboració de projectes i la participació en l'administració, en aquest sentit, siguem ambiciosos i millor pensar en un gran projecte que en un petit fracàs, uns projectes que crec que són claus compartir per obtenir l'èxit: que no et pugui la por que te'l prenguin.

Ja que parles de projectes... Què diries de la feina en equip per dur endavant un projecte?

Dins l'equip de feina, tots som imprescindibles, és útil una elasticitat dels rols i les tasques que s'han de desenvolupar, les decisions han de ser recolzades, no qüestionades.

És millor adoptar una postura de recolzament professional i no una defensa de rols únics i de qüestionament. El coneixement de l'usuari és proporcional a les hores invertides. Coneix més el pacient un monitor que un facultatiu, per això, cal escoltar tots els professionals.

Afegiries alguna cosa?

Si tanques la porta, deixa una finestra oberta. Davant una alta assistencial, deixa la possibilitat que puguin tornar contactar amb tu.

Conèixer-te és necessari per fer conèixer els límits i les capacitats.

Redes
revista digital de salud
Dirección de Enfermería - Hospital Universitario Ssib

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

Envía tus propuestas al siguiente mail: hse.revistaenfermeria@ssib.es

#RedesHUSE



La Unitat de Càncer Hereditari pertany al Servei d'Oncologia i s'inicià el mes de desembre de 2007 a Son Dureta

Maria Mayol i Pilar Andreu

La Unitat de Càncer Hereditari és ubicada a la planta 0, mòdul H, sala 24 de l'Hospital Universitari Son Espases. Aquesta consulta pertany al Servei d'Oncologia i s'inicià el mes de desembre de 2007 a Son Dureta. Durant aquests deu anys, la consulta s'ha incrementat amb tres especialistes d'Oncologia, dos d'Aparell Digestiu i una infermera.

De tots els tumors malignes, només entre un 5 i un 10 per cent són deguts a una predisposició hereditària al càncer. La majoria dels casos de càncer són esporàdics, per tant una història familiar de càncer no implica necessàriament que sigui hereditari, però és important fer-ne una valoració. Per aquest motiu, la Unitat té com a objectiu identificar

persones amb un alt risc de desenvolupar un càncer a causa de la seva predisposició genètica per poder-los oferir mesures de diagnòstic precoç i de prevenció.

De tots els tumors malignes, només entre un 5 i un 10 per cent són deguts a una predisposició hereditària al càncer

Els especialistes o els metges d'Atenció Primària són els que fan les derivacions o les captacions de malalts. Aquests professionals envien una sol·licitud d'interconsulta amb la història personal i familiar de l'individu perquè la Unitat pugui valorar la indicació i establir la prio-

ritat que pot tenir el cas. Els casos es remeten a partir d'uns criteris unificats de sospita de predisposició hereditària al càncer, es valora el nombre de casos de càncer de la família, les edats que tenien els diferents familiars en el moment del diagnòstic i el tipus de càncer.

A la Unitat de Càncer Hereditari es valora l'individu i la família i se'ls informa de la possibilitat de presentar o de transmetre un càncer; les implicacions i la necessitat o no de la realització d'un estudi genètic, ja que no sempre és indicat o no és possible fer-lo.

Es tracta d'identificar persones que, per la seva història familiar, tenen un risc més alt de desenvolupar un



Unitat de Càncer Hereditari

COMPANEROS

càncer que la població en general i, d'aquesta manera, poder establir mesures de detecció precoç i de prevenció adequades abans de les que s'estableixen per a la resta de la població.

La Unitat té com a objectiu identificar persones amb un alt risc de desenvolupar un càncer a causa de la seva predisposició genètica

Les síndromes de càncer hereditari més freqüents (perquè són més nombroses o perquè coneixem més alteracions genètiques associades i les mesures de detecció precoç i de prevenció) són les següents:

- Síndrome del càncer de mama i d'ovari hereditari
- Síndrome del càncer de còlon hereditari no polipòsic o síndrome de Lynch
- Síndromes polipòsics de còlon

Quan arriba la sol·licitud d'interconsulta a la Unitat, es fa un primer contacte telefònic per donar i recollir informació i per assignar una data per a la primera consulta. A la primera visita, la infermera informa sobre l'objectiu de la consulta; es construeix l'arbre familiar o arbre genealògic, que és l'eina bàsica i fonamental per fer una bona valoració; es recopilen els antecedents oncològics de tota la família, ja que és molt important poder documentar la majoria de diagnòstics, normalment es demana la informació sobre les tres generacions anteriors; es valora el risc, i s'acorda l'actuació que s'ha de seguir. A partir d'aquest moment, es decideix si es pot fer l'estudi genètic. Si el pacient decideix que li poden fer, ha de signar el consentiment informat. Normalment, s'efectua l'extracció de sang per fer l'estudi genètic el mateix dia. Si no hi ha cap criteri per fer l'estudi genètic, la Unitat elabora un infor-

me amb recomanacions segons la història familiar. A la segona visita, el facultatiu informa dels resultats de l'estudi genètic, elabora un informe amb les recomanacions i fa un seguiment del cas. Si l'estudi manifesta una alteració genètica, s'ha de recomanar fer l'estudi genètic a tots els membres de la família.

La Unitat de Càncer Hereditari és una unitat molt petita i específica, amb molts pocs recursos però amb grans resultats. Des de la seva inauguració, s'han valorat gairebé 1.500 famílies (1.060 criteris de valoració per a la síndrome de càncer de mama i d'ovari hereditari, 310 criteris de valoració per càncer de còlon hereditari i poliposis i 50 amb altres síndromes).

En cas de necessitat, aquesta Consulta compta amb la col·laboració de la psicooncòloga de l'Hospital ja que, en alguns casos, els pacients



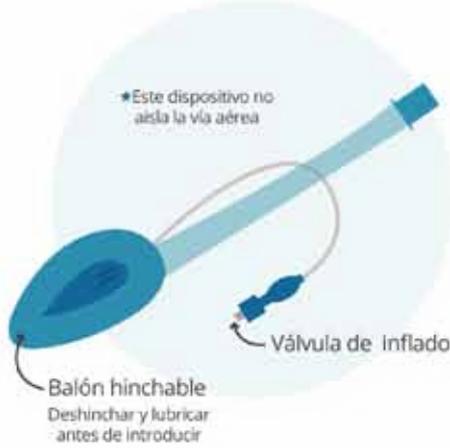
tenen una percepció de risc de patir un diagnòstic de càncer molt elevat. En alguns casos, pot ser patològic i els genera trastorns d'ansietat i de depressió.

Aquesta Unitat és l'única que hi ha a la comunitat autònoma de les Illes Balears. La infermera responsable de la Unitat és Catalina Lladó Sampol, la qual du a terme una gran labor assistencial. D'entre totes les tasques que desenvolupa es poden destacar la promoció de la salut i l'educació per a la salut mitjançant recomanacions d'hàbits saludables.

Es tracta d'identificar persones que, per la seva història familiar, tenen un risc més alt de desenvolupar un càncer

MASCARILLA LARÍNGEA

Dispositivo supraglótico



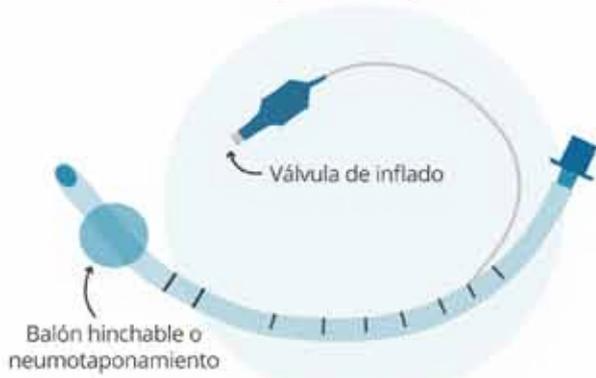
MASCARILLA LARÍNGEA T-GEL

Dispositivo supraglótico



TUBO ENDOTRAQUEAL

Dispositivo infraglótico

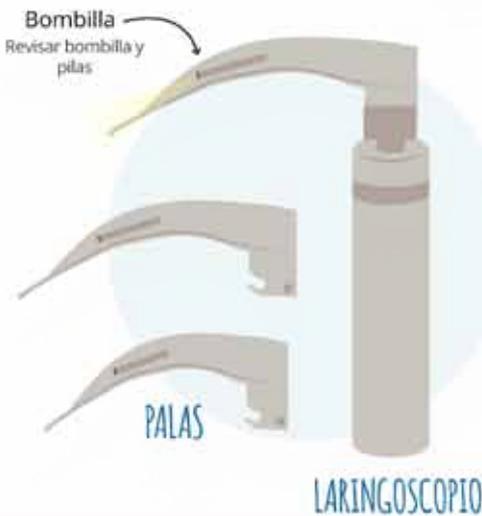


TUBO DE BRAIN

Su uso es adecuado para la intubación a ciegas a través de la mascarilla FASTRACH



- TEN ESTE MATERIAL CERCA Y EN CONDICIONES ÓPTIMAS -



MANÓMETRO DE PRESIÓN



CÁNULA DE GUEDEL





“Superpequeña”

Montserrat Villanueva, enfermera y paciente

Los pasados 25, 26 y 27 de octubre se celebró en Palma el I Congreso Internacional de Investigación e Innovación en Cuidados: Evidencia, Enfermería de Práctica Avanzada y Seguridad Clínica, organizado por el Colegio de Enfermería de las Illes Balears (COIBA) y la Universitat de les Illes Balears (UIB). La mañana del día 27 se celebró una sesión plenaria titulada "Humanizando la atención sanitaria y empoderando al paciente". Entre los ponentes se encontraba Montserrat Villanueva del Moral (Madrid, 1974) que presentó la ponencia "Superpequeña". Montse es enfermera y paciente experta y, actualmente, trabaja en UTAMO y en el Servicio de Oncohematología del Hospital Universitario Gregorio Marañón.

Con su ponencia no dejó a nadie indiferente, nos contó su día a día y cómo vive su enfermedad con ella. Mon, como le gusta que le llamen, refiere que ella no tiene un Síndrome de Shwachman-Diamond, sino que es un Síndrome de Shwachman-Diamond. Se trata de una patología rara, genética con herencia recesiva y crónica. La incidencia de esta patología es de 1 caso por cada 500.000 personas. Le fue diagnosticada la enfermedad en el verano del año 2000, el primer verano del S. XXI. Cuando se le diagnosticó la enfermedad, Mon ya era enfermera y trabajaba en Oncohematología Infantil. Ya llevaba 6 años de profesión. No le influyó, por tanto, en la elección de estudiar enfermería como profesión. "Yo ya era una apasionada de esta profesión. Lo que sí que determinó fue mi visión de nuestro campo de actuación. La experiencia vivida como paciente hizo necesario que me apartara de la clínica por un tiempo y descubrí que se puede hacer enfermería en multitud de campos y ámbitos de la vida. En la gestión, en el ámbito psicosocial, en el domicilio, en geriatría, con el donante sano, con el cuidador..."

El Síndrome de Shwachman-Diamond se trata de una patología rara, genética con herencia recesiva y crónica

¿Cómo afecta la enfermedad a tu vida diaria?

En mi vida diaria, mi Síndrome de Shwachman-Diamond no tiene una afectación invalidante. Debo seguir una dieta baja en grasas de forma rigurosa para proteger el páncreas al 42% de su capacidad funcional exocrina. Realizo solo dos comidas al día ya que mis digestiones por malabsorción intestinal duran el doble de lo normal. Pero puedo salir a comer o cenar fuera y saltarme las restricciones de manera ocasional sin tener mayores consecuencias que un aumento de la esteato-

rrea temporal. Salvo las diferencias en la dieta, mi vida cotidiana no tiene limitaciones. No puedo decir que la "enfermedad" haya afectado a mi rutina diaria porque, en verdad, tener una patología rara no te hace enfermo cada día, durante las 24 horas. Enfermas cuando algo no va bien, como una persona normal. A tu vida diaria no le afecta la enfermedad, le afecta la mutación que hace que tu cuerpo tenga un comportamiento y un equilibrio distintos.

¿Y a tu trabajo como enfermera?

No tengo una afectación negativa en mi trabajo. Ocasionalmente, puedo notar que estoy más cansada a causa de una ferropenia grave sin que se altere mi ritmo laboral. Cuando me ocurre, realizo un tratamiento endovenoso en hospital de día sin modificar mi actividad. En mi trabajo como enfermera, creo que las afectaciones de mi mutación son todas positivas. Ahora poseo vivencias intensas y muy reales de muchos momentos por los que pasan mis pacientes. Puedo ayudarles a denominar síntomas y sensaciones que no saben definir. Mi Síndrome de Shwachman-Diamond me aproxima más a las personas que cuido sin ponerme en su lugar. También ser enfermera ha sido un aliciente a la hora de ayudar y orientar a las familias de niños con dicho síndrome que he conocido en España. Ser una "rara declarada" me ha aproximado profesionalmente a un campo de patología bastante desconocido para mí y que, realmente, no nos es tan lejano.

¿La visión de una enfermera que además es paciente crónica, le da una visión distinta a la sanidad?

Sí, he de decir con rotundidad que así es. Hace poco, en uno de mis turnos, hablábamos de qué tipo de pacientes somos los profesionales sanitarios. Hay multitud de opiniones al respecto. Pero es innegable que, después de una experiencia como paciente intensa, larga y continua cada cierto tiempo, te hace más sensible. Intentas conseguir que nuestra sanidad sea un derecho universal, con una calidad individualizada que siempre se cuestione, que nunca se conforme y que no ceda. Cuidar es un privilegio y no puedes dejar que jamás te lo quiten. Formamos parte de los momentos más frágiles de la vida de un ser humano y vamos a dejarles una huella. En ellos y en nuestra sanidad. Si cuidamos esa huella, podremos avanzar. Siempre.

¿Es más fácil humanizar la sanidad, desde el doble rol de enfermera-paciente?

No sé si es más fácil. Es más intenso, más directo, más real. Te muerde más. Yo nunca he entendido una sanidad deshumanizada. Nunca he podido ejercer mi pro-

fesión al margen de mi calidad humana. No necesitaba ser paciente para ser una profesional con calidad humana. Pero si vives esa experiencia, úsala. Úsala cada día para recordar en tu entorno la humanidad que nos debemos. Úsala cada día para que tus pacientes, las personas que cuidas sientan que no solo sus síntomas, sino que cada una de sus emociones nunca te van a ser ajenas.

Ser enfermera ha sido un aliciente a la hora de ayudar y orientar a las familias de niños con dicho síndrome que he conocido en España

Mon también nos quiere dejar claro que la enfermedad nos expone. Y como en una fotografía, cuando la imagen sufre una exposición prolongada en el tiempo, corre el riesgo de quemarse. Cuando enfermas, te ex-

pones una y otra y otra vez. Y algo se incendia. Y quemado se quiebra. Cualquier enfermedad es una pérdida. La enfermedad no se elige, no es una elección, nunca

Nuestro trabajo como enfermeros incide directamente en esa exposición, en esa pérdida. Como paciente vas a tener que rearmarte, vaciarte y volverte a llenar. Y cuando vuelvas a tu vida, la nueva, porque la que tenías ya no existe, cuando vuelvas a tu vida, vas a necesitar reconocerte. La enfermería preserva al individuo ante su enfermedad, lo prepara para volver a subirse al mundo y a elegir sus saltos, sus trenes y sus paradas.

CUIDAR ES UNA DE LAS HUELLAS MÁS HUMANAS QUE PODEMOS DEJAR. QUE SEA BONITA. SIEMPRE.

Queremos dedicar esta entrevista a todos aquellos pacientes que profesionalmente trabajan en sanidad.





dime

cuenta con nosotros

¿Cuándo fue la última



por primera vez?



vez que hiciste algo



dime...



María Viña García-Bericua

La Asociación de Voluntarios de Cuidados Paliativos de las Islas Baleares, DIME, surge en el año 2007 tras más de 10 años de experiencia en el acompañamiento a pacientes y a sus familiares en la última etapa de la enfermedad

ASOCIACIONES

¿Qué son los cuidados paliativos?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos (CP) como "el enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades que amenazan la vida mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de la identificación temprana y la evaluación y el tratamiento impecables del dolor y de otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales". Completa la definición con los principios básicos de los CP:

- Proporcionan alivio del dolor y de otros síntomas.
- Reafirman la vida y consideran que morir es un proceso normal.
- No intentan acelerar ni posponer la muerte.
- Integran los aspectos psicológicos y espirituales de la atención al paciente.
- Ofrecen un soporte para ayudar a los pacientes a vivir de la forma más activa posible hasta el fallecimiento.

- Ofrecen soporte para ayudar a la familia a afrontar la enfermedad del paciente y sobrellevar su propio duelo.
- Abordan en equipo las necesidades de los pacientes y sus familias, incluido el duelo si está indicado.
- Mejoran la calidad de vida y también pueden influir positivamente en el curso de la enfermedad.
- Se aplican en el transcurso de la enfermedad, de forma precoz, junto con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia, e incluye las investigaciones necesarias para comprender mejor y tratar las complicaciones clínicas.

En Mallorca, comienza a funcionar, en el año 1993, la primera unidad en el Hospital Virgen de la Salud (iniciativa de algunos oncólogos del Hospital Son Dureta) y, en el año 1994, en el Hospital de la Cruz Roja, donde se atendía también a pacientes no oncológicos y enfermos de VIH en situación avanzada. La atención a es-

tos pacientes se amplió con la incorporación de equipos de atención domiciliaria por parte de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y de los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) por parte de Atención Primaria.

Con la reconversión del Hospital General y del Hospital Joan March de hospitales de agudos a hospitales socio-sanitarios (actualmente llamados hospitales de media estancia o de atención intermedia), se produjo la creación de las dos unidades de Cuidados Paliativos (UCP), que actualmente atienden a este tipo de pacientes.

Los voluntarios trabajan en equipos de 3 personas, en turnos de mañana y tarde, dedicando 100 horas anuales a esta labor

Historia de la asociación

La Asociación de Voluntarios de Cuidados Paliativos de las Islas Baleares, DIME, surge en el año 2007 tras más de 10 años de experiencia en el acompañamiento a pacientes y a sus familiares en la última etapa de la enfermedad. Contaba en sus inicios con 33 personas. Se trata de una asociación sin ánimo de lucro formada únicamente por personal voluntario que centra su actividad exclusivamente en el área de los cuidados paliativos.

Los servicios donde el voluntariado desempeña su labor son la UCP del Hospital Joan March, la UCP del Hospital General y el ESAD

Los voluntarios fueron integrados desde un primer momento en los equipos interdisciplinares que trabajan con el paciente que precisa atención paliativa. Dichos equipos trabajan con un modelo de atención centrado en la persona. La formación de los primeros voluntarios la realizó la AECC. En el año 2005, se integraron en la asociación ARA y dos años después crearon DIME para desarrollar dos objetivos que consideran prioritarios: "la promoción del desarrollo del voluntariado mediante una formación adaptada a las necesidades reales de las UCP y la divulgación de los cuidados paliativos como un derecho fundamental de todos los enfermos".

Actividades que realiza DIME

Los voluntarios trabajan en equipos de 3 personas, en turnos de mañana y tarde (de 10.00 a 13.00 h y de 16.30 a 19.30 h). Cada uno de ellos dedica 100 horas anuales a esta labor. Realizan intervenciones con el enfermo y con la familia y colaboran, además, con los profesionales sanitarios.

Ofrecen al enfermo acompañamiento (fomentando su autonomía y su validez a través del refuerzo positivo, la empatía, la escucha y la comprensión) y entretenimiento (a través de juegos, paseos, etc.). En el caso de los familiares, les ofrecen acompañamiento, posibilidad de desahogo y les facilitan el descanso. Trabajan en colaboración con el equipo sanitario de las UCP ayudando a detectar necesidades en los pacientes y en las familias, sin entorpecer en los cuidados.

En Menorca existe un ESAD en el Hospital Mateu Orfila y en Ibiza existe una UCP domiciliaria en el Hospital Can Misses

Organizan exposiciones, realizan mejoras en el entorno hospitalario, facilitan recursos, celebran meriendas, participan en las actividades que se desarrollan en las UCP, colaboran en la realización de vídeos y documentales y, además, aportan humanidad y calidez.

Los servicios donde el voluntariado desempeña su labor son la UCP del Hospital Joan March (Bunyola), puesta en marcha en el año 2002; la UCP del Hospital General (Palma), puesta en marcha en el año 2003 y el ESAD. A partir de este año 2018, también en el Hospital Virgen de la Salud (Palma).

En Menorca, existe un Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) ubicado en el Hospital Mateu Orfila, en Maó. Y en Ibiza existe una Unidad de Cuidados Paliativos domiciliaria (UCP domiciliaria) que tiene su base en el Hospital Can Misses.

Los proyectos, en colaboración con los equipos de las UCP y de la Administración, que quieren desarrollar son los siguientes:

- Formación continuada para garantizar la calidad y estabilidad del voluntariado.





- Formación de nuevos voluntarios para atender las necesidades de las UCP.
- Divulgación del concepto y de la realidad de los Cuidados Paliativos.
- Investigación sobre la eficiencia e impacto del voluntariado.

Para ser voluntario de la Asociación hay que pasar por un proceso de selección

Para ser voluntario de la Asociación hay que pasar por un proceso de selección (entrevista personal, cuestionario de personalidad NEO F-II y entrevista diagnóstica ADIS) con una psicóloga externa. Una vez seleccionado, se recibe una formación inicial (de 20 horas) impartida por profesionales de los equipos de las UCP.

ASOCIACIONES

Para más información, disponen de un correo de contacto (avcpib@hotmail.com) y de una página web muy completa (www.cuentaconnosotros.es) que van actualizando con las actividades en las que colaboran.

“DIME, se fundamenta en los valores de solidaridad, fraternidad, competencia y compromiso frente a la vulnerabilidad, dependencia y sufrimiento de los enfermos, familiares y amigos ante el proceso de morir.”

Herramientas digitales y recursos para la investigación de enfermería

María Teresa Pérez Jiménez

La investigación de enfermería tiene como objetivo desarrollar el conocimiento que guía y apoya la práctica y la disciplina de enfermería. Esto presupone una concienciación y un reconocimiento de sus funciones y responsabilidades en el servicio de salud. La asistencia de enfermería tiene como finalidad promover la salud, el bienestar y la calidad de vida en todas las edades y situaciones, dirige sus actividades hacia los individuos y grupos con problemas de salud y discapacidades, tanto agudas como crónicas. Las funciones de enfermería se desarrollan en diferentes emplazamientos que incluyen hospitales generales, atención primaria y domicilio de los pacientes como parte del servicio asistencial a la comunidad. Debido a los altos costos de los servicios hospitalarios, los pacientes pueden ser dados de alta aunque sigan necesitando la asistencia de enfermería. El uso de la alta tecnología ya no está limitada a los hospitales, sino que debe adaptarse a los domicilios de los pacientes (1)

La promoción de la investigación de enfermería y la utilización de los resultados exigirán que cada país desarrolle estructuras que faciliten las actividades y la práctica de la investigación. Hay urgente necesidad de que la investigación de enfermería sea incluida en las estructuras actuales y en los sistemas de información a nivel nacional, regional y local.

Es esencial, como escribió Marie-Luise Badonaille en 1986: "que la investigación debería formar parte de los recursos mentales de toda la enfermería para ver como su profesión progresa desde un estrecho corporativismo a un profesionalismo y/o deseo de contribuir a la mejora de la calidad de la enseñanza de enfermería tanto a nivel básico como directivo".

Las experiencias docentes relacionadas con la investigación deberán ser introducidas de manera progresiva desde la educación básica hasta los niveles superiores. Se tienen que tomar medidas para preparar un número de profesionales con grado de doctorado.

"No todas las enfermeras tienen la obligación de hacer avanzar la Enfermería, pero si la tienen de no hacerla retroceder. Utiliza la evidencia. Azucena Santillán."

Esta frase de nuestra compañera investigadora y experta en Práctica Basada en la Evidencia, Azucena Santillán, es la clave para lanzarse a la investigación en enfermería, algo que nos da miedo por diferentes motivos: falta de motivación, de apoyo en la organización o en nuestras unidades, de formación y también mucho desconocimiento al respecto. Hace unos días a raíz de un tuit sobre una encuesta sobre investigación en enfermería, varias compañeras expresábamos el mismo sentir: falta formación en investigación de enfermería desde el comienzo de la carrera y, posteriormente, en la formación continuada.

"La investigación en enfermería necesita ir más allá del conocimiento disruptivo y exploratorio, hay que profundizar en la evaluación de los efectos/beneficios de nuestra práctica" Edurne Zabaleta.

Herramientas y recursos para la investigación en enfermería

Infografías en Pinterest

Pinterest es una red social fabulosa para buscar y seleccionar contenido de todo tipo, ordenarlos en tableros y acudir a ellos cuando los necesitemos. Es una herramienta de organización de contenidos y un lugar donde almacenar todo aquello que nos resulte de interés. En mi Pinterest tengo un tablero de investigación donde voy guardando Infografías que nos pueden servir para la investigación de enfermería.

Podéis acceder a mi tablero en <https://www.pinterest.es/Duedevoacion/>

En las imágenes del artículo podéis ver algunas infografías interesantes.

Redes sociales para investigadores

Las redes sociales se han convertido en una herramienta más de gran utilidad para los investigadores ya que en ellas surgen oportunidades de colaboración, se realizan trabajos en red (networking), se crean perfiles de investigadores que se indexan en Google con lo que se aporta visibilidad académica y se facilita la difusión

de la investigación ya que el documento se adjunta indexado y se consigue un mayor alcance de dicha investigación.

Las redes sociales más destacadas para los investigadores son las siguientes:

- ResearchGate.net
- Mendeley.com
- Academia.edu
- Myscienciework.com
- Social Science Research Network (ssrn.com)

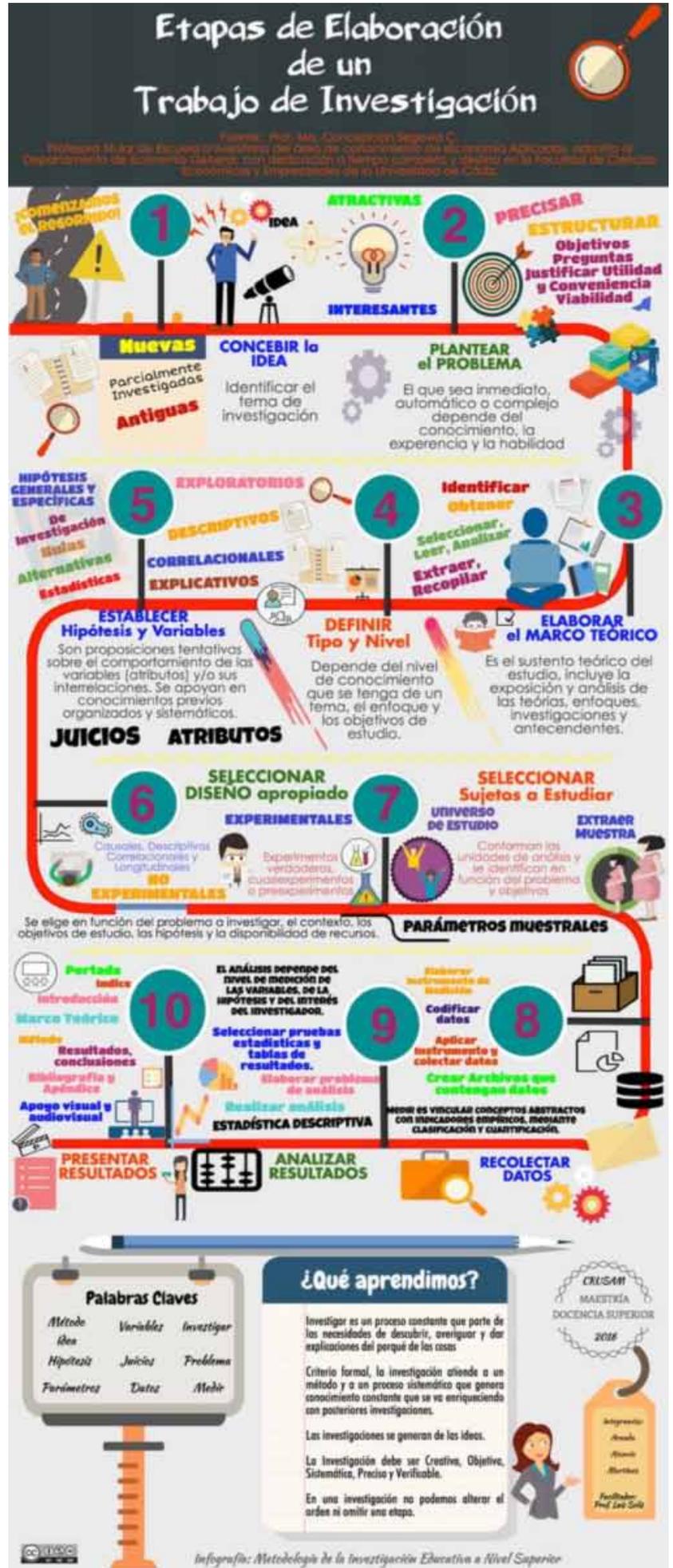
Buscadores de información digital científica

A la hora de buscar información en Internet conviene hacerlo en buscadores específicos donde la información que encontremos tenga criterios científicos. Algunos de estos buscadores que nos pueden ayudar son los siguientes:

- Google Académico (Google Scholar): ofrecido por Google, este buscador ofrece recursos científicos y académicos ya que indexa todo tipo de documentos. Tipo de información que Google Académico ofrece sobre los resultados de búsqueda: citas o referencias bibliográficas, referencias de un libro, documentos en formatos PDF o DOC y HTML o recursos web.
- PubMed: es un motor de búsqueda de acceso libre a los datos de Medline, la base de datos científica de salud más grande que existe
- Bibliotecas institucionales: las bibliotecas virtuales que ofrecen muchas instituciones (universidades, administraciones y centros de salud) son una herramienta excelente para buscar información digital científica y deben ser tenidas en cuenta como recurso.
- Las anteriormente citadas redes sociales científicas también sirven de buscadores de información.

Almacenamiento, recopilación de información y marcadores sociales

Recopilar la información, almacenarla y ordenarla forma parte de las tareas en un trabajo de investigación para tenerla localizada y luego poder acudir a ella. Existen muchas herramientas que nos pueden ayudar y facilitar este trabajo, a continuación cito algunas. Todas estas herramientas y



Metodología de la Investigación

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- Establecer objetivos de investigación.
- Desarrollar las preguntas de investigación.
- Justificar la investigación y analizar su viabilidad.

PROCESO DE INVESTIGACIÓN



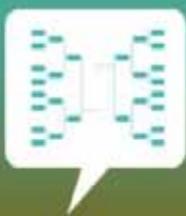
- 1) Analizar el escenario en el que se presenta el problema
Establecer un consenso sobre cómo se percibe dicho escenario

Planteamiento del problema



- 2) Identificar la info. con la que se cuenta

Identificar la información pre-existente entre los diferentes miembros del equipo.



- 3) Elaborar un esquema y descripción del problema

La descripción debe ser breve, debe ser revisada a cada momento en que se disponga de nueva información.



- 4) Elaborar un esquema de trabajo

El esquema debe señalar las posibles opciones para llegar a cubrir los objetivos de aprendizaje y la solución del problema.

- 5) Recopilar información



Buscar información en todas las fuentes pertinentes para cubrir los objetivos de aprendizaje y resolver el problema.

- 6) Analizar la información



Se buscan opciones y posibilidades; en caso de ser necesario, el grupo se dedica a buscar más información.

- 7) Retroalimentar



El proceso de retroalimentación debe ser constante a lo largo de todo el proceso de trabajo del grupo.



son Delicious y Diigo. Os recomiendo crearos cuenta en ambas y mirar tutoriales para aprenderlas.

Almacenamiento: hoy en día disponemos de muchas herramientas de almacenamiento en la nube como, por ejemplo, iCloud del sistema operativo IOS, Google Drive y Dropbox por nombrar algunas. Nos sirven para guardar todo tipo de documentos, organizarlos en carpetas y son ideales también para el trabajo colaborativo en red.

“No todas las enfermeras tienen la obligación de hacer avanzar la Enfermería, pero si la tienen de no hacerla retroceder. Utiliza la evidencia.” Azucena Santillán.

Feedly y lectores de RSS: utilizar Feedly y otros lectores de RSS nos puede ayudar para organizar el contenido, almacenarlo y recopilar en ellos todo tipo de información.

Gestores de información científica. Los gestores bibliográficos son la especialización de los servicios de marcadores sociales que ofrecen la misma capacidad de captura, etiquetado y trabajo en grupo pero que están más enfocados a las referencias bibliográficas, con lo que se están convirtiendo en herramientas imprescindibles para investigadores y bibliotecarios.

Los principales gestores a destacar son los siguientes:

- Refworks
- EndNote
- Zotero
- Mendeley

Zotero y Mendeley son más sencillos de utilizar que los dos anteriores por lo que os recomiendo investigarlos. Podéis crearos vuestros perfiles en ambos y empezar a conocerlos, mirando tutoriales en Youtube que hay muchísimos e incluso descargando la App de Mendeley para vuestro smartphone.

(1) EUROPEO, I. Y. R. D. C., & SALUD, D. INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA. Enlace aquí.

recursos conviene ir explorándolos y conociéndolos, existen numerosos tutoriales en Youtube que nos enseñan como manejarlos.

Servicios de almacenamiento: marcadores sociales. Cuando navegamos por internet y vamos encontrando información de interés utilizamos los llamados “enlaces favoritos o bookmarks” que ofrecen los buscadores. Pero con la evolución de la web social o 2.0 llegan los marcadores sociales, servicios donde, además de guardar la información y organizarla, podemos compartirla con otros usuarios. Los más utilizados, y que son herramientas multiplataforma,



El paciente pediátrico en radiología

Ana María Martínez

INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

“Des de la seva invenció moderna com a continent segregat i extern, la infància i els seus habitants han aparegut condemnats a una marginació generalitzada. Al món, però en tants sentits fora d'ell, sense drets, sense intel·ligència complexa, sense veu, sense sexualitat, sense tot allò que faria d'ells éssers complets, les persones considerades menors —i per tant menys— han estat abocades a pul·lular la seva presumpta simplicitat per un univers perifèric i estrany ...”

Manuel Delgado “Territoris de la infància”

“L'hospital és un ambient inusual per a l'infant ja que altera la seva vida quotidiana i la de la seva família. Quan un infant ha d'anar a l'hospital s'interromp de manera breu o prolongada la seva vida normal i, molt sovint, es veu obligat a deixar durant un temps variable l'escola i a restringir el temps lliure i la vida social. Malgrat tot, s'han identificat factors amortidors de l'impacte de l'hospitalització, associats a l'entorn físic, social i familiar del menor. Cal destacar com a principals els factors següents: el suport social dels membres de la família, l'estimulació agradable, la informació precisa i adequada, la formació psicològica del personal sanitari, la intervenció psicològica i

psicoterapèutica, l'empatia mèdica i el control de l'ansietat.” (Méndez i Ortigosa 2000)

A més, hem de tenir ben clar que l'infant no es un ésser humà a mig fer ni un projecte d'adult. L'infant és un ésser humà complet i complex, amb unes característiques específiques segons l'etapa evolutiva en la qual es trobi i, per tant, quan atenem un infant a l'hospital, cal observar-lo des d'una perspectiva contrària a la debilitat i la incapacitat. Quan, per exemple, volem que un nin o una nina de 6 anys estigui quiet durant 15 minuts no podem pretendre que ho entengui si li ho explicam de la mateixa manera que ho fariem amb un adult. Però aquesta dificultat no

té res a veure amb una incapacitat sinó que depèn del seu moment evolutiu. L'infant d'aquesta edat es troba en un estadi de pensament intuïtiu i encara és lluny de comprendre el temps en el seu sentit abstracte ja que per a ell el temps s'incorpora als fets i cada fet té el seu propi temps, de manera que en lloc de dir-li que haurà d'estar quiet quinze minuts li hauríem de dir que ha d'estar quiet tant de temps com dura, per exemple, un capítol dels seus dibuixos preferits.

“Els infants perceben la figura del sanitari com la d'algú d'una jerarquia superior que els seus mateixos pares i que d'ells depèn la seva curació. En molts de casos s'estableix

entre ells una relació asimètrica i molt impersonal. És per això que la manera com el professional sanitari s'ha de relacionar amb l'infant passa a ser un assumpte prioritari (ha d'utilitzar un llenguatge fàcil d'entendre, s'ha d'adreçar a l'infant anomenant-lo pel seu nom i no per un sobrenom o un número, ha de gestionar empàticament la manifestació de por o de dolor i no l'han de reprimir, ha de tenir en compte que l'infant necessita afecte, companyia, parlar dels seus sentiments i saber què li faran). Per tot això, és fonamental que siguem capaços d'adaptar el nostre llenguatge i la manera d'actuar." (Silva Panez 2012)

Per tot això, en el número d'aquest mes, presentam alguns articles de com s'han de tractar els infants en el Servei de Radiologia, on la relació amb els petits esdevé encara més complexa per la presència d'uns equips d'exploració que sovint resulten extremadament intimidants.

La màquina que fa més por, la ressonància magnètica. Article: *Children's and parents perception of a Magnetic Resonance Imaging.*

En aquest article, trobam un estudi respecte a les percepcions que tenen, tant els infants com els pares, sobre la ressonància magnètica. L'estudi indica que les fonts d'ansietat provenen, en primer lloc, de l'escàner ja que causa ansietat per les dimensions, pel disseny i pel renou que fa. En segon lloc, l'altra font d'ansietat per als infants és el fet d'haver d'estar immòbils ja que pensen que serà molt difícil perquè no saben com han d'estar de quiets o quant de temps hi han d'estar; aquests dos fets fan augmentar la por a fer-ho malament i que l'estudi resulti fallit.

Respecte a les fonts de seguretat, l'article especifica que, en tots

els casos, els infants van manifestar que era positiu estar acompanyats durant la prova i poder aturar l'exploració quan ells volguessin.

La manera com el professional sanitari s'ha de relacionar amb l'infant passa a ser un assumpte prioritari

L'actitud dels sanitaris esdevé crucial pel que fa a la sensació de seguretat dels pacients. Els pacients atesos per personal que facilita l'exploració (entrar a visitar la sala, veure la via que ha de dur l'infant, fer una representació de com s'han de col·locar a la taula...), que dona més explicacions i que té més empatia, foren els que finalitzaren l'estudi amb més èxit.

La por al dolor. Article: *Will it hurt? dealing with children during radiographic examinations.*

En tractar amb infants i interactuar-hi durant un examen radiogràfic, és vital per als professionals de la salut tenir coneixements sobre el desenvolupament infantil. S'ha de tenir en compte el fet que el dolor i l'angoixa poden influir en la percepció que el nin pot tenir dels procediments radiològics. En aquest context, la interacció verbal entre el nin i el radiòleg necessita clarament ser adaptada al grau de comprensió de manera individual. S'ha de posar, per tant, un èmfasi especial en desenvolupar pràctiques centrades en l'infant per establir interaccions basades en el respecte mutu i en la confiança, la qual cosa serà beneficiós per a totes les persones involucrades.

No oblidem moltes coses que ja sabiem. Article: *Exploraciones radiológicas infantiles.*

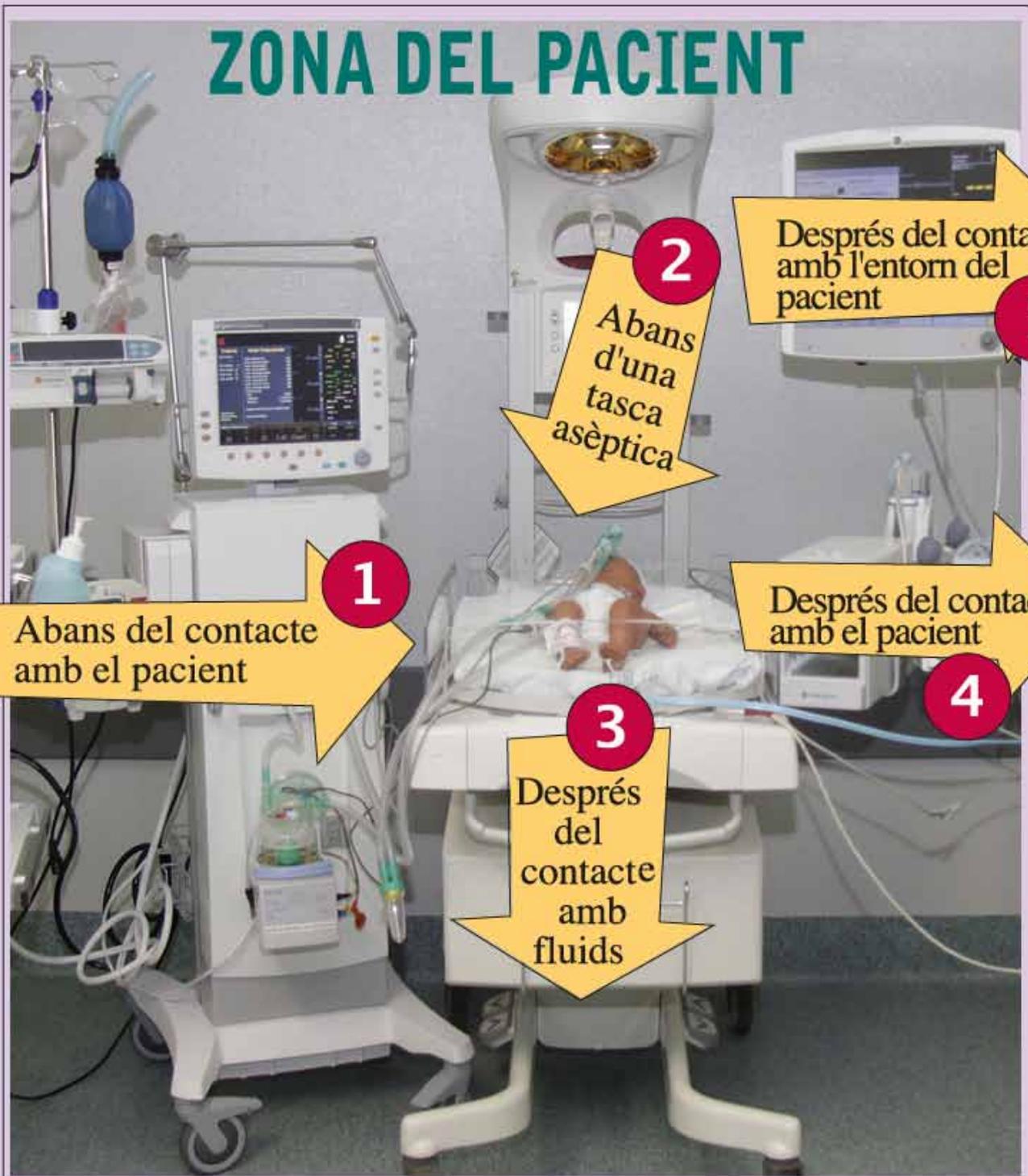
Aquest article fa vint anys que es va publicar, però segueix sent un dels

escrits en castellà que són bàsics per als professionals de radiologia pediàtrica. Aquest article revisa les dificultats que apareixen en el moment de fer una radiografia a un infant. Parla tant de qüestions pràctiques com fer immobilitzacions i col·locar proteccions contra la radiació com de la relació amb els pares i amb el mateix pacient. En aquest darrer punt, se centra en el temps que es dedica a atenuar la por i l'actitud refractària o d'oposició davant l'exploració, en la paciència necessària per aconseguir captar la confiança de l'infant i en la sensibilitat del professional per captar l'estat emocional tant dels pares com dels infants.

1. Gardling J, Edwinston Mansson M. *Children's and parents perception of a Magnetic Resonance Imaging.* 2014 *Journal of Radiology nursing.* 33(1) 30-34
2. Björkman B, Golsäter M, Simeonson R.J, Enskär K. *Will it Hurt? Verbal Interaction between Child and Radiographer during Radiographic Examination.* 2013. *Journal of Pediatric Nursing.*
3. Navarro Ribera J, Ponsell Vicens E, Fornés Vives J. *Exploraciones radiológicas infantiles.* 1998 *ROL de Enfermería* 235, 61-66
4. Cabanellas I, Eslava C (Coord.) *Territorios de la infancia. Diálogos entre arquitectura y pedagogía.* Editorial Graó, Barcelona 2005
5. Carmona Buendía V, Valero Ramos, E. *Arquitectura para la infancia en el entorno hospitalario.* https://pa.upc.edu/ca/Varis/altres/arqs/congresos/copy_of_International-Workshop-COAC-Barcelona-2012---Jornadas-Cientificas-COAC-Barcelona-2012/comunicacions-isbn-in-process/carmona-buendia-victoria-valero-ramos-elisa
6. Ortigosa, J, Méndez, F. *La hospitalización infantil.* En Ortigosa Quiles, Juan Manuel y Francisco Xavier Méndez Carrillo, (coords.). *Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas.* Madrid: 2000, Biblioteca Nueva.
7. Silva Panez, Giselle *Las vivencias de los niños hospitalizados desde sus dibujos y testimonios.* 2012 http://www.pedagogiahospitalaria.net/doc/vivencia_ninos_hospitalizados.pdf

ÀREA D'ASSISTÈNCIA

ZONA DEL PACIENT





Entrevista a Enfermeros Internos Residentes

Enrique Luján Sosa

Mediante la prueba conocida como Enfermero interno residente (EIR), los enfermeros españoles acceden a la formación especializada tras superar sus estudios universitarios básicos generalistas. Dichas especialidades se cursan mediante el sistema de residencia, al que se accede tras superar una prueba única y de carácter anual convocada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

El Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, regula la creación de las especialidades. Actualmente, están funcionando todas las especialidades excepto la especialidad de Cuidados Médico-Quirúrgicos (la cual se dividirá en tres ramas: UCI/Urgencias, Quirófano y Médica), dichas especialidades son:

- Enfermería obstétrico-ginecológica
- Enfermería de salud mental
- Enfermería geriátrica
- Enfermería del trabajo
- Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos
- Enfermería familiar y comunitaria
- Enfermería pediátrica

Debido a que son de nueva creación o a que enfermeros generalistas ocuparon los puestos laborales de estas especialidades durante algunos años (excepto en la enfermería obstétrico-ginecológica), cada una de ellas ha tenido una vía excepcional para acceder, consistente en tener experiencia laboral, formación teórica y superar una prueba de evaluación de competencias.

En 2018, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ofrecerá un total de 1.051 plazas EIR para las distintas especialidades, que se distribuirán por comunidades autónomas en unidades docentes. En el caso de la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica se ofrecen 375 plazas, siendo la especialidad que más ofrece y no por ello la menos demandada.

Entrevista conjunta

En el caso particular que nos ocupa, la comunidad autónoma de las Illes Balears y la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica, el Ib-Salut ofrece un total de 14 plazas por año, entre Mallorca y Eivissa, con una duración de dos años de programa formativo (común al resto de España). El Hospital Universitario Son Espases ofrece cuatro de estas 14 plazas por año, es decir, hay ocho residentes de matrona por año (primer año:



Obstétrico-Ginecológicos

DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

Rafael Carmona, Andrea Capó, Sara Ena y Rocío Martínez. Segundo año: Carla Azorín, Laura Bassa, Macarena González y María Meléndez). En este artículo vamos a intentar conocerles mejor, intercalando sus respuestas en esta entrevista conjunta.

¿Tenéis experiencia laboral en enfermería?

La mayoría de los residentes tienen una escasa experiencia laboral en enfermería y, si tienen, es casi siempre en entidades privadas. Posiblemente debido a que hoy en día, la prueba de acceso es la que determina el número de orden para escoger plaza, ya que no cuenta en absoluto la experiencia laboral.

Esto tiene una parte muy positiva, los residentes no suelen tener "vicios" arrastrados de años de profesionalización en enfermería.

¿Cómo fue vuestra experiencia en el examen EIR?

El conjunto de residentes consiguió plaza para la especialidad que quería en el primer o en el segundo intento de acceso al EIR.

Según Rocío, su experiencia fue bastante dura: "Empecé a preparar el EIR antes de terminar la carrera y fue realmente duro poder compaginar todas las prácticas que teníamos en la carrera (teóricas, trabajo fin de grado y asistir a la academia para la preparación del EIR). Una vez que terminé el curso académico en junio,

comencé a trabajar el mismo verano y no pude dedicarme al 100% a preparar el examen, probablemente fue una mala decisión ya que poder aprobarlo y realizar alguna especialidad es actualmente muy difícil tanto por la gran cantidad de temario como por el gran número de aspirantes que se presenta al mismo. No obstante conseguí plaza ese año pero no para la especialidad que quería y, por ello, volví a presentarme, una decisión muy dura por todo el esfuerzo y empeño puestos para aprobar. El segundo año, fue aún más duro que el anterior, el miedo, la inseguridad y la incertidumbre son tus grandes compañeros en este viaje y hacen que sientas que todo el esfuerzo es en vano. La preparación del examen es difícil porque cuesta mucho ver el final, hay muchos obstáculos y te frustra mucho esforzarte día a día sin saber si vas a poder conseguir tu meta, la parte positiva es que aprendes a no rendirte y a superarte para conseguir tu meta. Tu estado anímico es una montaña rusa diaria, pero el futuro pertenece a quienes creen en la belleza de sus sueños. Por suerte, ese segundo año pude conseguirlo, lo cual compensa todo lo anterior, ya que lo mejor estaba por llegar".

¿Qué especialidad elegisteis y por qué?

La totalidad de los residentes eligieron la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica prácticamente de manera "vocacional". No les importó tener que

repetir una prueba de acceso muy dura, ni tener que cambiar su lugar de residencia dejando atrás a amigos y familia para perseguir su sueño.

¿Tuvisteis opciones para optar a otra especialidad?

Todos los residentes pudieron escoger cualquier otra especialidad de las seis ofertadas, ya que la que cursan tiene una de las notas de acceso más altas aún siendo la que más plazas ofrece. Si bien es cierto, que al ser ofrecidas por comunidades autónomas, unas tienen más demanda que otras. El prestigio de la unidad docente, así como la buena comunicación de la ciudad, son dos de los factores determinantes a la hora de plantearse dónde cursarla.

¿Durante la residencia, por qué servicios pasáis? ¿Cuántos años dura?

Estamos realizando la residencia en el Hospital Universitario Son Espases (HUSE) en Palma y son dos años de duración. Durante los mismos, pasamos por varios servicios que hacen de nuestra residencia una formación muy completa. Evidentemente, preferimos unos servicios a otros, pero el programa de formación lo impone el Ministerio. Cada unidad docente reparte las otras materias formativas de la manera que cree oportuno, en el caso de la nuestra pasamos por los servicios de: Urgencias de Obstetricia y Ginecología, Paritorio, Unidad de Hospitalización de Gestantes y Puérperas, centro de Atención Primaria, Consulta Ginecológica en Atención Primaria, consultas ginecológicas y obstétricas (Diagnóstico Prenatal, Alto Riesgo Obstétrico, Reproducción, IVE), Unidad de Cuidados Medios Neonatales y Unidad de Suelo Pélvico (Rehabilitador y Fisioterapeuta).

Rafael, nos comenta que "Antes de elegir, me estuve informando de cómo era la residencia en este Hospital, me llamo la atención la variedad de servicios por los que se rota, creo que es de los que mejor nos prepara".

¿Qué haces un día común de tu residencia? ¿Cuál es la carga horaria?

En Paritorio se hacen turnos de 12 horas que pueden ser diurnos o nocturnos, mientras que en la planta de Gestantes y Puérperas los turnos de 12 horas solo son diurnos. En el resto de los servicios, se realizan turnos de 8 horas y suelen ser por la mañana o por la tarde.

¿Rotáis en algún otro hospital? ¿Dónde y por qué?

Sí, todos los residentes de Mallorca tenemos una rotación interna obligatoria incluida en nuestro cronograma anual en el segundo curso. De Son Espases y Son Llàtzer a Inca y a Manacor, alternando cada año. La idea, en nuestro caso, es que conozcamos el funcionamiento y la manera de trabajar de un hospital comarcal, ya que a nuestro Hospital, al ser el hospital de referencia de las Illes Balears, acude toda la patología y es de mayor intervención.

Macarena nos comenta que "En mi caso fui al Hospital Comarcal de Inca y me encantó esta rotación, no solamente por ir a un hospital en el que se trabaja de manera diferente ya que la población es totalmente diferente, la carga asistencial también, los medios distan un poco, tienen bañera para partos y, además, no hay residentes de otras especialidades médicas con los que compartir la formación. También el hecho de ver y trabajar en otro sitio, fuera de tu zona de confort, te hace adquirir un sentido crítico. Por comparación te replanteas qué cosas se hacen bien y qué no se hace tan bien, qué clase de profesional quieres ser en el futuro cuando te toque tomar decisiones. Es una experiencia enriquecedora".

¿Cuál es vuestra formación durante la residencia? ¿Qué cursos tenéis? ¿Son obligatorios?

Tenemos un plan transversal de formación en nuestra residencia que es común a los residentes de otras especialidades y cursos obligatorios de: comunicación, investigación, protección radiológica, farmacovigilancia, búsqueda bibliográfica y régimen jurídico... poco relacionados con nuestra actividad asistencial.

Además, tenemos una formación teórica concreta obligatoria previa al inicio práctico de nuestra especialidad, dos semanas de clases, impartidas por matronas que trabajan en los distintos servicios por los que rotamos durante la residencia, para todos los residentes de la Unidad Docente. También es obligatorio acudir a las sesiones clínicas. Todo lo aprendido en estos dos periodos es materia de examen tanto en primero como en segundo año para evaluar nuestro aprendizaje.

¿Cómo es la vida social de un residente de tu especialidad?

Tenemos un mes de vacaciones en verano, se nos respetan algunos días libres en Navidad y Semana Santa, solemos tener días libres a lo largo de la semana o los fines de semana. Por otra parte, no excediendo el número de 4 turnos semanales, podemos cambiar con los compañeros y juntar días que te permiten descansar... la verdad es que no podemos quejarnos.

Algunas residentes entre risas comentan que la vida de un residente que no sea de esta ciudad, sabiendo organizarse, da para mucho: salir, visitar a las familias e incluso conocer un poquillo de mundo. Macarena reconoce con una sonrisa "Personalmente puedo decir que tengo una mini familia mallorquina, todos somos resi y tenemos muy buen rollo".

¿Cuál es la salida laboral una vez terminada la residencia? ¿Cuál es la remuneración como residente (aproximadamente)? ¿Conocéis cual será como profesional (aproximadamente)?

A día de hoy, la salida laboral como enfermero especialista en obstetricia y ginecología no es tan halagüe-



ña como hace unos años, si bien es cierto que en Balears es bastante mejor que en otros lugares de la Península. El mero hecho de titularte en una especialidad de enfermería, ya de por sí, debería brindarte una mejor salida laboral, por el simple hecho de la dedicación y el esfuerzo; desafortunadamente, no es así. Como residente interno de enfermería, el sueldo base son unos 968,57, que asciende a unos 1.000-1.100 haciendo aproximadamente unas tres noches al mes.

Algunos de los entrevistados, comenta que no conocen el salario de una matrona titulada, aunque argumentan que, por la mayor formación y el aumento de competencias y responsabilidad que conlleva el puesto, debería de ser al menos mayor al de una enfermera generalista.

¿Pero realmente ¿compensa hacer la especialidad? (Instrucción 5/2016 Resolución de director general del Servicio de las Islas Baleares de 19 de mayo de 2016 por la que se dictan instrucciones para elaborar nóminas del personal estatutario para el año 2016).

A groso modo, el sueldo anual bruto sin descuentos, como enfermera del Ib-Salut, sin contar la nómina complementaria de noches y festivos,

trienios o carrera profesional, es de 25.247,64, luego, en los dos años que curso la especialidad, si trabajara como enfermera generalista, ganaría (25.247,64 x 2) 50.495,28, por otra parte, durante esos dos años como enfermera interna residente, igualmente sin contar noches, festivos, etc., mi sueldo asciende a: (sueldo de 1er año: 968,57/mes y sueldo de 2º año 1.046,0/mes) 24.175,56.

Es decir, hacer la especialidad "cuesta" (50.495,28 – 24.175,56) 26.319,72, sin contar la inversión en tiempo.

Si consideramos que la diferencia máxima entre el sueldo de una enfermera y una matrona en Baleares es de 45,35/mes, tardaría más de 48 años en empezar a ser rentable el haber realizado esta especialidad, es decir, la especialidad comenzaría a ser rentable justo en el momento de la jubilación, y recordemos que hablamos por la parte más corta, no incluyendo lo que dejamos de ganar en concepto de noches y festivos, la carrera profesional o la pertenencia a una unidad de gestión clínica.

Claro está que, si me fuera a trabajar a Cantabria donde las compañeras han luchado y han conseguido una retribución más justa, la diferencia entre el sueldo de una matrona y de una enfermera es de 706,92/mes,

por lo que tardaría en amortizar la especialidad poco más de tres años. (Resolución disponiendo el depósito y la publicación del Acuerdo del Consejo de Gobierno por el que se aprueba el Acuerdo por el que se adecua el régimen retributivo de las matronas de atención especializada y la participación en la formación de los enfermeros internos residentes (EIR), disponible en: <https://boc.cantabria.es/boces/verAnuncioAction.do?idAnuBlob=116318>.

¿Algún consejo para quien se plantea hacer el examen EIR?

Todos los residentes coinciden en que plantearse aprobar un EIR es un reto personal en el que es importante organizarte los tiempos de estudio y de descanso, que una academia donde te den el temario resumido facilita la labor, pero no es imprescindible ya que al fin y al cabo conlleva un trabajo personal importantísimo.

Andrea sentencia "Es muy importante la constancia, tener clarísimo lo que quieres y una mentalidad positiva. Es una etapa muy dura, en la que seguramente tendrás que renunciar a muchas cosas, pero que luego ves recompensada con creces".

¿Algo que quieras comentarle a alguien interesado en tu especialidad o en hacer la residencia en el mismo lugar que tú?

La Unitat Docent de Comares de las Illes Balears prepara a las matronas bastante bien, todos los años ofrecen temarios actualizados y mantiene un contacto cercano con sus residentes, por lo que sería un buen lugar para formarse.

Sara comenta "Debe asegurarse bien de qué tipo de hospital quiere para su formación y si este cumple con lo que quiere. Yo personalmente estoy muy contenta con la formación que estoy recibiendo en Son Espases".



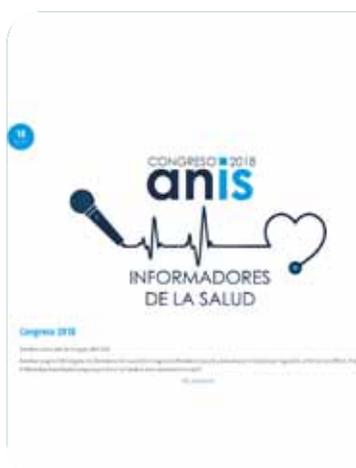
XXI Congreso Nacional de Informática de la Salud

Data: Del 13 al 15 de març de 2018

Lloc: Madrid

Organitzador: Seis informática de la salud

Enllaç: <http://seis.es/inforsalud2018/inforsalud2018.htm>



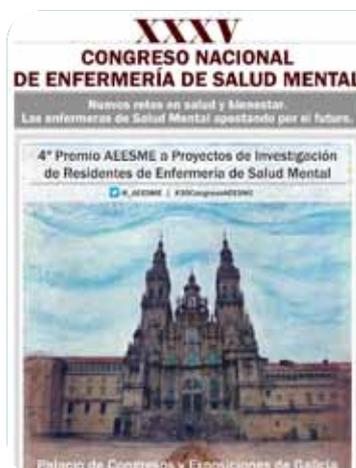
XIV Congreso Nacional de Informadores de la Salud

Data: Del 6 al 8 d'abril de 2018

Lloc: Barcelona

Organitzador: ANIS. Asociación Nacional de Informadores de la Salud.

Enllaç: <http://www.anisalud.com/actualidad/anis-al-dia/2253-congreso-2018>



XXXV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental

Data: Del 21 al 23 de març de 2018

Lloc: PALACIO DE CONGRESOS Y EXPOSICIONES DE GALICIA.
Santiago de Compostela

Organitzador: AEESME

Enllaç: <http://www.aeesme.org/principal/xxxiv-congreso-nacional-de-enfermeria-de-salud-mental/>



XVII Congreso Nacional de Enfermería en Traumatología y Ortopedia

Data: De l'11 al 13 d'abril de 2018

Lloc: Hotel Santemar, Santander

Organitzador: Asociación Española de Enfermería en Traumatología y Ortopedia

Enllaç: <http://www.aeeto.es/congreso-enfermeria-traumatologia-aeeto-2018/>



XIII Congreso Nacional de Enfermería Quirúrgica

Data: De l'11 al 13 d'abril
Lloc: MUSEO DE LAS CIENCIAS PRÍNCIPE FELIPE
 Ciutat de les Arts i les Ciències. València.
Organitzador: Asociación Española de Enfermería Quirúrgica
Enllaç: <http://www.13enfermeriaquirurgica.com/>



XXV Congreso nacional de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica

Data: Del 12 al 13 d'abril
Lloc: Girona
Organitzador: Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica
Enllaç: <http://seegg.boceantium.com/>



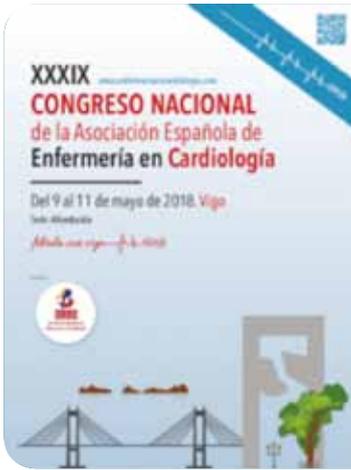
III Congreso Internacional de Salud y Empleo Público

Data: Del 17 al 20 d'abril
Lloc: Universidad de Almería
Organitzador: Universidad de Almería
Enllaç: <https://www.saludyempleopublico.com/>



VIII Congreso Europeo de Psicopatología del niño y del adolescente

Data: Del 26 al 28 d'abril de 2018
Lloc: Bilbao
Organitzador: AEPEA, SEPYMA
Enllaç: www.aepeabilbao2018.com/es/



XXXIX Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología

Data: Del 9 a l'11 de maig

Lloc: Vigo

Organitzador: Asociación Española de Enfermería en Cardiología

Enllaç: <https://www.enfermeriaencardiologia.com/aeec/congresos/proximo-congreso/>



XVIII Jornadas Nacionales de Celadores

Data: Del 9 al 11 de maig 2018

Lloc: Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo

Organitzador: Jefatura de Personal Subalterno E.O.X.I de Vigo.

Enllaç: <http://www.jornadasceladores.com>



V Congreso Internacional Iberoamericano de Enfermería

Data: Del 9 a l'11 de maig

Lloc: Santiago de Chile

Organitzador: FUNCIDEN

Enllaç: <http://www.campusfunciden.com/v-congreso-internacional-iberoamericano-enfermeria-2018/>



II Congreso Nacional de Asociaciones de Enfermería Pediátrica

Data: Del 24 al 26 de maig

Lloc: Santander

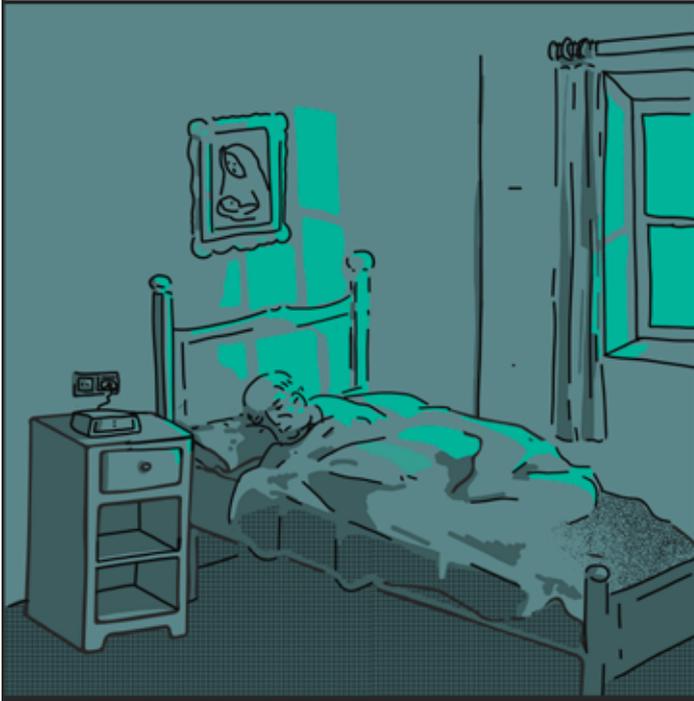
Organitzador: Asociaciones de Enfermería Pediátrica

Enllaç: <http://www.cnadep.org/bienvenida>

¿Qué supone para Juan acudir a las citas del hospital?

"Tiene usted cita el jueves día 6 a las 10:30 para una resonancia magnética en el Hospital Son Espases"

Para Juan y su familia, la cita empezó ayer. Se preparó la ropa, se duchó, puso el despertador para levantarse más temprano y preparó los informes



Normalmente se despierta a las 9 con tranquilidad ...



Su párkinson no le facilita levantarse ágilmente



Su hija se ha pedido el día libre para acompañarlo



Hablan de sus nietas, de su enfermedad, pruebas, ...



Llegan 10 minutos antes. Entre citas para pruebas y citas para controles médicos, acuden varias veces cada mes al hospital

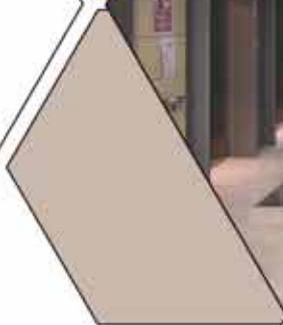
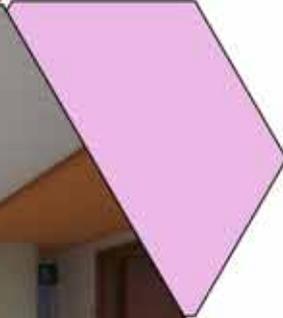
Juan necesita que su hija le acompañe, él sólo no podría. A veces, algún profesional administrativo o de la salud les gestiona varias citas en un mismo día para evitar tantos desplazamientos



Vienen en autobús, les resulta más económico



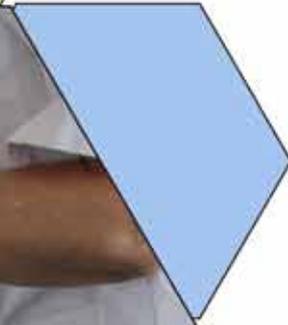
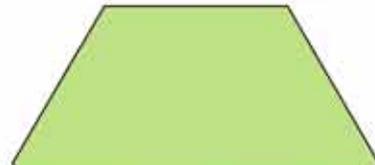
@tolitovm



Promoció
del son
i del descans



Campanya
PREVENIR
és tenir cura



Prevenció
de caigudes

