

núm.13 JUNY 2015

inf

REVISTA DEL COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE LLEIDA



# Nutrició i alzheimer

Estudi de recerca

Cursos  
COILL 2015



747  
Gastrobar

# Nou Menú Gastrobar

Vine a descobrir la nostra renovada carta restaurant, amb nous i exquisits plats de qualitat d'arreu del món.

Entre setmana, a migdia també pots gaudir el nostre nou menú, molt elaborat i d'excel·lent qualitat.

14,80 €  
Iva inclòs



Segueix-nos a Facebook  
i descobreix que algo nou s'està  
cuinant a 747 Gastrobar



APP

Descarrega-la!



ANDROID



IOS



747 GASTROBAR  
Av. Alcalde Porqueres 11 · Lleida  
Tel. 973 23 08 48  
www.747gastrobar.com



# inf

## JUNY 2015

4  
opinió  
Infermeria  
low-cost

6  
diada 2015  
IV Jornada  
d'Infermeria  
i Fisioteràpia

16  
llevadores  
Diada de la  
llevadora

19  
tabaquisme  
Manifest del  
Consell sobre el  
control del  
tabaquisme

26  
recerca  
Mariona Rocaspana:  
Estado nutricional  
de los pacientes de  
Alzheimer



40  
entrevistes  
Raman Kaur  
Preet (Suècia)  
John Lavis  
(Canadà)

56  
jornades  
HUAV  
Hospital  
Comarcal  
Del Pallars

64  
IRBLeida  
Congrés  
Nacional de  
Biobancs

66  
BPSO  
Taller  
d'impulsors

68  
món  
universitari  
Mobilitat a  
la Facultat  
d'Infermeria  
de la UdL

76  
formació  
Màsters UdL i  
Cursos COILL



COL·LEGI OFICIAL  
D'INFERMERES I INFERMERS  
DE LLEIDA

El COILL no comparteix necessàriament les opinions dels autors dels escrits, els quals en són titulars i responsables.

**Edita:** COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE LLEIDA [Paer Casanovas, 37 altell. 25008 Lleida. Tel. 973 243 760. Fax 973 246 069. [coill@coill.org](mailto:coill@coill.org)] **[Junta de Govern:** Josep M. Camps Balagué (president). Montserrat Gea Sánchez (vicepresidenta). Miquel Àngel Calderó Solé (secretari). Mercè Folguera Arnau (vicesecretària). Mercè Porté Llotge (tresorera). Maria Montserrat Duch Clavé (vocal I). Ana M. Quintanilla Sanz (vocal II). Carmen Mayayo Monreal (vocal III). Lourdes Terés Vidal (vocal IV). Anabel Fernández Cuesta (llevadora)] **Realitza:** MISSATGES GESTIÓ DE COMUNICACIÓ SL [Gabinet de Comunicació i Premsa del COILL, C/ Vila de Foix 2, 2n 2a. 25002 Lleida. [missatges@missatges.com](mailto:missatges@missatges.com)] [Continguts, redacció, disseny i maquetació © Rafa Gimena, Montse Gimena, Sara Bobet] [Fotografia © els autors] [Publicitat: Núria Martínez - [nmartinez@missatges.com](mailto:nmartinez@missatges.com) • 973 273 977]. **Imprimeix:** ARTS GRÀFIQUES BOBALÀ [Dipòsit Legal L-832-2012]. Trimestral / 3.000 exemplars.

LA MAJOR PART de les notícies dels mesos de març i abril en els grans mitjans de comunicació espanyols van ser sobre la salut mental del copilot de l'avió que va estavellar la nau que pilotava als Alps, causant la mort de cent cinquanta passatgers.

Però no es va dir res sobre les condicions contractuals del pilot, ni sobre les circumstàncies que van determinar que un pilot amb tan poca experiència tingués aquesta responsabilitat: tripular un avió de tal complexitat i desenvolupament tecnològic com és l'Airbus 320. Segons un reportatge publicat al New York Times del passat 2 d'abril, el copilot Andreas Lubitz, acumulava només 630 hores de vol, una xifra considerada molt limitada i insuficient per pilotar aquest aparell. Com pot ser que una persona amb tan poca experiència de vol, només 630 hores, se li permetés tripular un A320? Això es preguntava l'Amy Fraher, una excomandant de l'Armada dels EUA i expilot de la companyia

nord-americana United Airlines, en l'esmentat reportatge. La resposta de Fraher, en l'actualitat professora de la Universitat de Birmingham (Gran Bretanya) és que, per l'interès de reduir costos, s'han reduït excessivament la formació i l'experiència dels pilots, obviant requisits com ara els set o vuit anys d'experiència exigits antigament. S'omet aquest requeriment i de forma accentuada, en les companyies aèries de baix cost (*low cost*). Aquestes són les conclusions d'una persona experta en aviació civil i militar, que representen una opinió molt generalitzada.

Hi hauria d'haver –i a hores d'ara no existeixen– estudis internacionals objectius, rigorosos i independents, que analitzessin la seguretat en l'aviació civil en termes comparatius, incloent-hi dades sobre la qualitat de la formació i experiència dels pilots segons el tipus de companyia aèria i, no només pel tipus d'avió com es fa ara.

---

∞ JOSEP MARIA CAMPS. President del COILL

“Els gestors han de ser conscients que com que hi ha menys infermeres, aquestes pateixen sobrecàrrega de treball i les conseqüències, majoritàriament, les pateixen els pacients”

“La probabilitat que els nostres pacients morin és gairebé un 50% superior, comparat amb Noruega, o un 35%, comparat amb Holanda”



Però, d'aquests estudis, sí que en tenim a infermeria. Així, mentre la mitjana de pacients per infermera en hospitals de Noruega és de 5,2 o de 7 a Holanda, a Espanya és de 12,7 per infermera. Per tant, la probabilitat que els nostres pacients morin és gairebé un 50% superior –comparat amb Noruega– o un 35% –comparat amb Holanda–.

Aquestes xifres les publicava Linda Aiken, al BMJ i The Lancet. Però és que, a més, els gestors han de ser conscients que com que hi ha menys infermeres, aquestes pateixen sobrecàrrega de treball, i les conseqüències, majoritàriament, les pateixen els pacients.

És per això que demanem als nostres gestors que **no ens aboquin a una infermeria low cost, perquè el centre de la nostra professió és sempre el pacient, per sobre de tot.** []

infermeria  
low cost



# IV JORNADA D'INFERMERIA I FISIOTERÀPIA DE LLEIDA



# diada



diada 2015

15 MAIG 2015  
Recull gràfic i crònica  
de la jornada





foto Rafa Gimena  
MISSATGES

MARIONA ROCASPANA va obtenir el primer premi de la 23a edició del Premi d'Investigació Infermera de Lleida que atorga el Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida (COILL). L'anunci es va fer públic el 15 d'abril, en el marc de la IV Jornada d'Infermeria i Fisioteràpia, celebrada a l'Aula Magna del Campus de Ciències de la Salut de la UdL per commemorar el Dia

Internacional de la Infermeria i que, per primer cop, ha estat organitzada de forma conjunta per la UdL, COILL i CFC (Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya).

Rocaspana, que es va endur els 1.800 euros i la inscripció al XIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados, va estar guar-





donada pel seu treball anomenat "Estudi descriptiu de l'Estat Nutricional dels Pacients amb malaltia d'Alzheimer que viuen en la comunitat" (vegeu pàgines 26 a 39 d'aquesta publicació).

El COILL va concedir també la 5a beca al Millor Projecte de Recerca Infermera que va ser per

Sandra Alexandre per "Traducción, Adaptación Cultural y Validación de Perineal. Assesment Tool en Lengua Española". La dotació de la beca és de 6.000 euros i els resultats s'hauran de presentar l'any 2006 coincidint amb la V Jornada d'Infermeria i Fisioteràpia, com ho va fer enguany la guanyadora de la passada edició, Núria Navarro, infermera de l'HUAV.

## Mariona Rocaspana guanya el XXIII Premi d'Investigació Infermera de Lleida

El COILL beca Sandra Alexandre amb 6.000 euros pel millor projecte de recerca infermera

Un dels moments més emotius del dia va ser l'homenatge a les infermeres col·legiades lleidatanes que es van jubilar durant l'any passat. El president del COILL, Josep M. Camps, va lliurar a les vint-i-una professionals de la infermeria un diploma en reconeixement a tota la seva carrera i tasca professional.



SANDRA ALEXANDRE, GUANYADORA DE LA BECA.

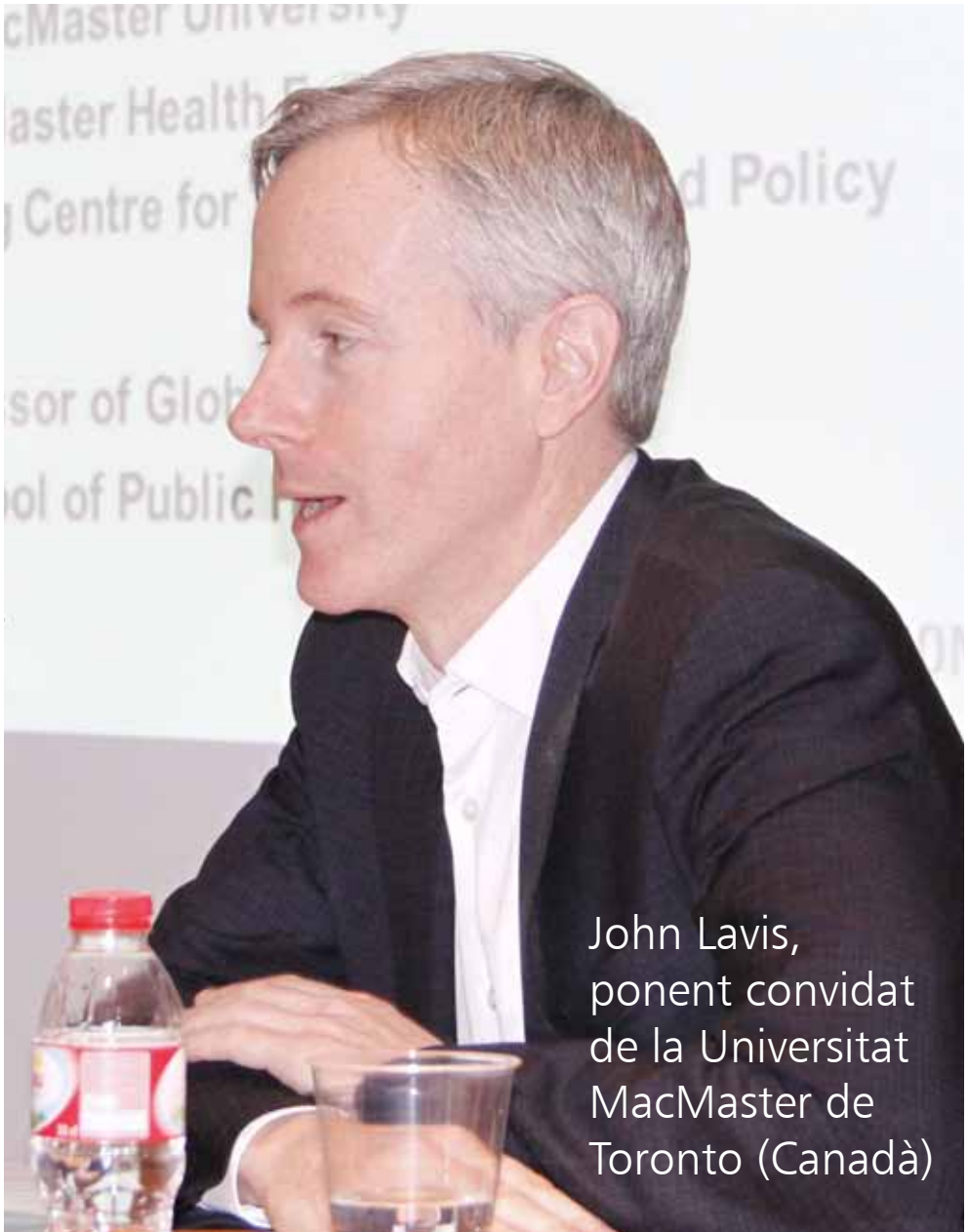


JOSEP MARIA CAMPS, PRESIDENT DEL COILL, I MARIONA ROCASPANA, GUANYADORA DEL PREMI 2015.

Les infermeres reconegudes van ser Conxita Agustí, Pilar Allende, Juana Barberà, M. Carme Cañameras, Aurora Casadevall, Isabel Curià, Asunción Flores, Juanjo García, Ana M. Majoral, Blanca Marion, Mercedes Molluna, Joaquim Prada, Concepción Prunera, Josefa J. Puig, Ascensión Sánchez, Carme Saperas, Mercedes

Vall, Pilar Gómez, Marina Prados, Teresa Terré i Rosa Biosca.

La jornada va tenir com a ponència central del matí la conferència del doctor John Lavis de la Universitat MacMaster de Toronto (Canadà), intervenció que es va centrar en la importàn-



John Lavis,  
ponent convidat  
de la Universitat  
MacMaster de  
Toronto (Canadà)



cia que té la recerca científica i l'evidència que d'ella se n'extreu pel futur de la salut, tant a nivell global com individual. Lavis va dir que l'evidència científica de qualitat no només estalvia costos, la qual cosa afecta a la salut pública, sinó que està demostrat que fa que la pràctica clínica sigui més efectiva i, per tant, s'obtinguin millors resultats en la salut individual. "Per trobar la solució correcta d'un problema o, almenys, la més adequada a les circumstàncies; cal trobar-ne la causa i això només es pot fer a través de la recerca científica", va dir Lavis en la seva ponència.

La doctora Sonia Souto, professora titular del Departament de Fisioteràpia de la Universitat d'A Coruña, editora associada de la revista Fisioteràpia de l'Associació Espanyola de Fisioterapeutes i Vicepresidenta segona de la Regió Europea de la Confederació Mundial per a la Fisioteràpia va parlar, a la tarda, de "Visión de la fisioterapia en un contexto europeo".

Un altre dels moments destacats del dia va ser la presentació de Ramon Aiguadé, professor de la UdL i Tresorer del Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya, sobre els "25 anys del Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya".



RAMON AIGÜADÉ I SONIA SOUTO, VAN PARLAR DE FISIOTERÀPIA.



# Homenatge a les infermeres i infermers jubilats



NÚRIA NAVARRO, BECA 2014.

TAULA RODONA MODERADA PER EVA BARALLAT.





Concurs de  
fotografia  
*people lovers*







Joan Blanco, degà de la Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de Lleida, també va lliurar els guardons del premi del concurs de fotografia 2015.

Els premis incorporaven en guany una categoria especial per a alumnes preuniversitaris, en el marc de la campanya "wanted people lovers for a healthy world". []





diada de

# la lleñadora

4 DE JUNY DE 2015





EL COILL i l'Associació Catalana de Llevadores va celebrar, el passat 4 de juny, la Diada de la Llevadora amb una tarda d'activitats lúdiques i professionals que va cloure amb el tradicional sopar de germanor.

L'Associació va celebrar una reunió extraordinària, en el marc de la trobada, i, tot seguit, els

vins de Lleida van ser els protagonistes amb un tast comentat pels responsables del celler Analec, DO Costers del Segre, subzona Valls del Riu Corb.

La presentació dels darrers productes i novetats, a càrrec de diferents firmes especialitzades, va donar pas al sopar.[]





# Promoció **BALUARD**

Pisos de 3 i 2 dormitoris a la millor zona de Lleida, **molt a prop dels hospitals Arnau de Vilanova i de Santa Maria.**

Espaiosos, lluminosos, ben distribuïts, amb amplies terrasses i acabats de primera qualitat.

**Lliurament: novembre de 2015**



99,6 m<sup>2</sup> | 3 dormitoris i 2 banys  
**129.000€**  
Parquing i traster en venda conjunta (no inclosos en el preu)



**VISITEU EL NOU PILOT!**



Promou


Gestiona

Finança

Pis pilot



Joc de la Bola amb Onze de Setembre  
Zona Alta - Lleida  
973 118 016 - baluard@salasserveis.com  
www.salasserveis.com/lleida



65.000 FUMADORS  
PODRIEN DEIXAR  
EL TABAC CADA  
ANY GRÀCIES AL  
COL·LECTIU  
INFERMER

tabaquisme

Manifest del Consell de  
Col·legis d'Infermeres i  
Infermers de Catalunya  
sobre el control del  
tabaquisme

entrevista Sara Bobet

foto Nathalie Narazas

MISSATGES/INGIMAGE

**LA INFERMERIA,  
PEÇA CLAU PER  
REDUIR EL NOMBRE  
DE FUMADORS**

# DEIXAR DE FUMAR ÉS POSSIBLE

El tabac mata cada any gairebé 6 milions de persones, de les quals 600.000 són no fumadors exposats al fum de tabac aliè. A menys que es prenguin mesures urgents, la xifra anual de morts podria ascendir a més de 8 milions al 2030.


[Dades 2014 de l'Organització Mundial de Salut, OMS]

**“LA TASCA INFERMERA de prevenció i promoció de la salut, així com els consells breus i d’ajuda en el procés de deixar de fumar són un actiu bàsic en el sistema de salut que es podria traduir en 65.000 fumadors menys cada any”. Així de taxatiu es manifesta el Consell de Col·legis d’Infermeres i Infermers de Catalunya que ha fet públic un manifest per reivindicar el paper de la infermera en la lluita contra el tabac.**

La rellevància del paper de les infermeres en aquesta qüestió s’explica al tractar-se del col·lectiu de salut més nombrós, amb 42.000 infermeres a Catalunya en contacte directe amb la ciutadania, i pel seu rol autònom en la prevenció, control i foment en la cessació tabàquica. El Consell va constituir l’any passat el Grup de Treball contra el Tabaquisme i forma part de la Comissió Assessora del Tabaquisme des del 2002. Amb aquest manifest es vol donar suport al desenvolupament de les polítiques per al control del mateix proposades per l’OMS.

El Col·legi Oficial d’Infermeres i Infermers de Lleida (COILL) ha participat activament en la redacció d’aquest manifest a través de l’infermer de l’Hospital de Santa Maria de Lleida, Josep



A black and white photograph showing a hand holding a lit cigarette. The smoke rising from the cigarette is artistically shaped into a human face, with the eyes, nose, and mouth clearly defined by the wisps of smoke. The background is plain white.

[Dades OMS 2014] Gairebé el 80% dels mil milions de fumadors que hi ha al món viuen en països d'ingressos baixos o mitjans.

[Dades OMS 2014] Només el 15% de la població mundial (21 països), disposa de serveis nacionals integrals per ajudar els consumidors a deixar de fumar.

Les campanyes en els mitjans de comunicació també poden reduir el consum de tabac encoratjant la gent perquè protegeixi els no fumadors i convencent als joves perquè abandonin el tabac.

Miquel Jové, que ens explica breument la rellevància d'aquest document.

**Amb aquest manifest, canvia molt el rol d'infermeres i infermers davant el problema del tabac?**

El rol no canvia en absolut. Aquest manifest té una doble finalitat. D'una banda vol donar un missatge de reforç als professionals infermers davant del problema del tabac, recolzant la seva tasca diària en la deshabitació tabàquica i, per l'altra, es vol enviar un missatge clar i entenedor a la societat: la infermera que tens al teu costat et pot ajudar a deixar de fumar!

Les infermeres som el grup de professionals més nombrós i estem presents en tots els moments vitals de l'individu i la seva família. Així que podem actuar en la prevenció del tabac en els nens i joves, així com ajudar als pacients fumadors a augmentar la seva disposició a deixar de fumar i donar suport en l'abandonament.

Cal que tots ens impliquem en aquest tema tan important com és el del tabaquisme. En aquest moment són moltes les infermeres que ho fan



i, amb aquest manifest, volem sensibilitzar el major nombre dins del col·lectiu infermer.

**Com ha d'afectar a la pràctica clínica diària aquest manifest?** El manifest dóna visibilitat a la tasca de la infermera en les activitats de control de tabaquisme i dóna valor al rol que les infermeres aporten a la societat en aquest tema. A més, facilita amb propostes concretes de formació, guies i recomanacions l'abordatge del tabaquisme, tant actiu com passiu, d'una manera protocol·litzada i homogènia. Ha de servir, a més, per estimular als professionals d'infermeria perquè dins dels seus diversos àmbits d'actuació abordin, sense complexos, el tema de la deshabituació tabàquica.

**Quines són les guies basades en l'evidència que la professió infermera aplicarà i promourà a partir d'ara?** Són guies elaborades a nivell de Catalunya per professionals del nostre context. Infermeres i metges amb àmplia experiència i coneixement en el tema.

[Dades OMS 2014] Només el 16% de la població mundial està protegida per lleis nacionals integrals sobre espais sense fum.

Totes les persones haurien de poder respirar aire sense fum. Les lleis contra el fum protegeixen la salut dels no fumadors, són ben acollides, no perjudiquen els negocis i animen les persones a deixar de fumar.







**Quin paper juga la informació i la formació a partir del manifest?** La informació i la formació de les infermeres i infermers en tabaquisme és clau. El manifest recorda al col·lectiu la necessitat de formar-se i actuar. A Catalunya totes les infermeres poden accedir a formació presencial i/o online realitzada per experts, en la majoria de casos gratuïta, i amb el suport de la Xarxa d'Atenció Primària sense Fum i la Xarxa Catalana d'Hospitals sense Fum. La formació i la informació és un pilar en la nostra professió que es forma/actualitza de forma contínua.

**Quins programes concrets es promouran entre la professió i també entre la població en general, en especial, entre els joves?** Es promouran els programes que hi ha fins ara i que es venen oferint des del Departament de Salut, amb col·laboració de les societats científiques, i que donen informació i formació: Classe Sense Fum, Infància Sense Fum, Programes d'Atenció Primària Sense Fum, Xarxa Catalana d'hospitals sense fum, etc.

**Com s'aconseguirà la implicació de la professió infermera en aquestes accions?** Val a dir que moltes infermeres ja treballen en la prevenció i el control del tabaquisme. El Consell i els Col·legis volen recordar aquesta tasca que les infermeres fan a la societat i per això s'aprofita el dia mundial sense tabac per comprometre's com a col·lectiu i així continuar vetllant per una societat més lliure de tabac i més saludable. A més, s'aprofita per activar que els professionals que encara no fan accions se sensibilitzin, es formin i actuïn davant la primera causa de mort evitable en el nostre medi.

**Es potenciarà el paper de la infermeria en l'Atenció Primària per abordar aquest pro-**

**blema? Si és així, com es farà?** Totes les infermeres, no importa on treballin: escola, Atenció Primària (AP), hospitals, centres de treball, mútues, serveis de prevenció... poden actuar i aportar un salt qualitatiu enfront a la situació actual i el tabac. És cert que l'AP té més facilitat per fer-ho, ja que els pacients confien en la seva infermera de referència i l'acostumen a visitar amb certa freqüència. Tot i això, les infermeres de l'hospital i d'altres dispositius de salut (escola, centres de salut mental, etc.) també poden implicar-se i ajudar els seus pacients a la no iniciació i a l'abandonament del tabac.

Al nostre país, com he mencionat anteriorment, existeixen dues xarxes que vetllen per la dinamització dels CAPs i els Hospitals. El Programa d'Atenció Primària Sense Fum (PAPSF) i la Xarxa Catalana d'Hospitals sense Fum (XCHSF). Totes dues desenvolupen accions dirigides a formar professionals, instaurar intervencions poblacionals i a col·lectius específics, distribuir recursos, protocol·litzar accions, etc.

Al 2002 es va iniciar el Programa Atenció Primària Sense Fum (PAPSF) com una iniciativa promoguda per la CAMFiC, l'AIFICC i l'ASPCAT. El desplegament del programa en totes les ABS de Catalunya va finalitzar al 2009. Des de llavors treballen amb un web ([www.papsf.cat](http://www.papsf.cat)) on es dona informació, notícies, s'ofereix formació, actualitzacions, etc, que a través dels referents del programa arriba als companys dels seus centres. La Setmana Sense Fum, que se celebra des de fa anys, és un exemple de la implicació que hi ha per molts professionals d'AP, entre ells els d'infermeria, vers aquest tema.

Moltes infermeres i infermers ja hi estan implicats. El Consell i els Col·legis ho saben i volen recordar-ho, a més d'animar a tot el col·lectiu a sumar-se en aquestes accions en motiu del dia mundial sense tabac (31 de maig de 2015).[]



## MANIFEST DEL CONSELL DE COL·LEGIS D'INFERMERES I INFERMERS DE CATALUNYA SOBRE EL CONTROL DEL TABAQUISME

El tabac és un dels problemes de salut pública més importants que afecta la nostra societat i la primera causa de morbiditat evitable a Catalunya.

El Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya vol manifestar el seu suport en el desenvolupament de les polítiques per al control del tabaquisme i el seu posicionament sobre les accions necessàries que les infermeres, com a col·lectiu, han de desenvolupar:

1. Encoratjar les infermeres perquè siguin promotores de la salut i un exemple en el control del tabaquisme.
2. Advocar col·lectivament pel compliment de les polítiques del **Conveni Marc per al Control del Tabaquisme de l'OMS** (estratègia MPOWER) i impulsar col·laboracions amb les organitzacions politicosanitàries governamentals i no governamentals que també hi estiguin compromeses, així com amb organitzacions científiques i professionals.
3. Integrar al catàleg de serveis de les infermeres i a la seva activitat professional diària l'abordatge i la intervenció sobre el tabaquisme, tant si és actiu com passiu.
4. Fomentar el compliment de la **normativa vigent (Llei 42/2010)** dels espais sense fum a totes les dependències sanitàries i llocs públics, incloent-hi els accessos, zones enjardinades i zones de trànsit i transport, entre altres, i vetllar perquè els entorns exteriors adjacents siguin saludables.
5. Prevenir el consum de tabac entre els infermers, les infermeres i estudiants d'infermeria i fomentar la cessació tabàquica en aquests col·lectius.
6. Oferir ajuda per deixar de fumar a tots els pacients fumadors atesos en l'àmbit sanitari, sigui quina sigui la seva patologia o motiu de consulta, ja que està demostrat que el consell infermer ajuda a avançar en el procés per deixar de fumar.
7. Promoure i aplicar a la pràctica diària les intervencions per deixar de fumar basades en l'evidència. **Guies per al tractament del tabaquisme actiu i passiu. Guia de pràctica clínica. ICS. Guia per deixar de fumar.papsf.cat .**
8. Educar respecte a la nocivitat del fum ambiental del tabac per protegir la població general i, en especial, els més vulnerables (malalts crònics, gent gran, **infància**, etc.).
9. Participar en campanyes informatives i educatives adreçades a la comunitat i promoure entre els joves una vida sense tabac. (Ex. **Programa Classe Sense Fum**)
10. Formar les infermeres en intervencions eficaces per deixar de fumar (grau i postgrau). Formació bàsica en **intervenció en tabaquisme** i en **tabaquisme passiu en infància**

El Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya considera que la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia són tasques fonamentals de la infermera. En conseqüència, totes les infermeres haurien d'estar implicades en diverses accions d'intervenció contra el tabaquisme a fi de disminuir-ne la prevalença.

**Barcelona, 18 de març de 2015**

“Debemos ofrecer una educación sanitaria de calidad y todos los recursos a nuestro alcance, para prevenir que los pacientes de EA, con riesgo de malnutrición, evolucionen”



# estudio

## Estado nutricional de los pacientes con enfermedad de Alzheimer que viven en la comunidad

**MARIONA ROCASPANA GARCÍA** es la autora de este estudio distinguido con el XXIII Premio de Investigación de Enfermería de Lleida (2015) que otorga el Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida.

Rocaspana es diplomada en enfermería y máster en Investigación en Salud por la Universitat de Lleida. Actualmente, prepara el doctorado y trabaja como enfermera asistencial del Banco de Sangre y Tejidos de Lleida.[]

RESUMEN EJECUTIVO  
©COILL  
TODOS LOS DERECHOS  
RESERVADOS



REPRODUCCIÓN  
ÍNTEGRA DEL ESTUDIO  
WWW.NEWSCOILL.COM

foto Nathalie Narazas  
MISSATGES/INGIMAGE

## índice

1. INTRODUCCIÓN	29
2. MARCO TEÓRICO	29
3. LA DEMENCIA Y LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	29
4. JUSTIFICACIÓN	31
5. HIPÓTESIS	31
6. OBJETIVOS	31
7. MATERIAL Y MÉTODOS	31
8. RESULTADOS	34
9. DISCUSIÓN	35
10. CONCLUSIONES	34
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

### PREMIO

XXIII Edición del PREMIO DE  
INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA  
DE LLEIDA (2015)  
del Col·legi Oficial d'Infermeres  
i Infermers de Lleida

#### Autora:

Mariona Rocaspana García

••••

### agradecimientos

"Especial agradecimiento a todo el equipo de profesionales de la Unidad de Trastornos Cognitivos del Hospital Santa María por brindarme la oportunidad de realizar este proyecto en su unidad. Gracias por el apoyo, amabilidad y ayuda proporcionados en todo momento"

## 1. Introducción

Actualmente, la población está incrementando de forma importante dado que la expectativa de esperanza de vida cada vez es más elevada (1).

En España, al igual que en las poblaciones del Sud de Europa, el envejecimiento de la población se caracteriza desde; el punto de vista demográfico, por el aumento de la esperanza de vida de los mayores de 65 años (2,3). Estos datos reflejan que en el futuro cada vez habrá más personas ancianas y muchas de ellas con demencia, dado que la edad es uno de los factores de riesgo para padecer esta enfermedad (4). Se conoce que una de las demencias más comunes es la enfermedad de Alzheimer (EA), dado que representa el 70% de los casos.

Sin embargo, la nutrición y el estado nutritivo de las personas ancianas es un factor que también se ve afectado en el proceso de envejecimiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el estudio de nutrición en el envejecimiento (5), señaló que este grupo de personas desde el punto de vista nutricional son muy vulnerables debido a los cambios anatómicos y fisiológicos que experimenta la propia persona en el proceso de envejecer. Se estima que aproximadamente el 35-40% de los ancianos presentan alteraciones nutricionales (2). Además, diversos estudios experimentales y epidemiológicos han demostrado que el estado nutricional, es un indicador válido para predecir la longevidad y la calidad de vida de la población en general y en particular de los ancianos (6-8).



## 2. marco teórico

Hoy en día, la OMS (9) define el concepto de demencia como un síndrome que implica el deterioro de: la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria (AVD). La demencia es causada por lesiones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria, como la EA. Siendo así, la demencia, una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores de todo el mundo.

## 3. la demencia y la enfermedad de Alzheimer

### 3.1 LA DEMENCIA

#### 3.1.1 LA DEMENCIA

A día de hoy, el concepto de demencia, Peña (10) lo define como: un síndrome multietiológico adquirido de deterioro crónico, produciendo así pérdida de las funciones cognitivas y conductuales, con afectación muy intensa de la capacidad funcional de la persona que dificultan las AVD. El principal síntoma es la pérdida de memoria episódica, al mismo tiempo, el individuo, de forma gradual va perdiendo independencia para desarrollar las AVD de una forma totalmente autónoma; por este motivo, cada vez necesita más ayuda y supervisión de otras personas. En nuestra sociedad, la causa de demencia más prevalente es la EA (11-14).

#### 3.1.2 LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La EA es una enfermedad neurodegenerativa caracterizada por la presencia de muerte neuronal, pérdida de sinapsis (comunicación neuronal) y atrofia cerebral. El inicio de la enfermedad es insidioso, los procesos patológicos subyacentes actúan durante los períodos de inducción y latencia de la enfermedad, y una vez instaurada, los tratamientos de los que se dispone actualmente son solo paliativos. Por ello, la prevención primaria y secundaria de



esta enfermedad mediante el adecuado conocimiento de sus factores de riesgo y su control es especialmente importante en su manejo. Por estos motivos, es importante la figura enfermera en la elaboración de un buen plan de cuidados orientados a realizar una buena prevención frente a la enfermedad. Aunque la etiología de la EA no se conoce con exactitud, se sabe que es una patología multifactorial, en la que interaccionan factores de tipo genético con otros ambientales y del estilo de vida susceptibles de modificación, como la dieta. (15).

### 3.2.3 PREVALENCIA DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La EA es la causa más frecuente de deterioro cognitivo en los sujetos mayores de 65 años, representando entre el 50-70% de los pacientes con deterioro cognitivo de esta edad y su incidencia incrementa exponencialmente con la edad. En España, al igual que en otros países la prevalencia de EA varía según sexos; siendo más elevada en mujeres que en varones, y según intervalos de edad (16). En la población mayor de 65 años, la tasa de prevalencia oscila entre el 6-8%, según un estudio realizado por el Consenso Español sobre Demencias (17), además existe evidencia que a partir de esta edad la prevalencia se dobla cada 5 años.

### 3.2 ESTADO NUTRICIONAL

Pese a vivir en una sociedad desarrollada, existe un riesgo de malnutrición especialmente elevado en ciertos subgrupos

de población vulnerable, como es la población anciana. En nuestro país, la prevalencia de desnutrición en personas que viven en la comunidad se sitúa alrededor del 3% (18,19) y hasta una cuarta parte de los individuos de edad igual o superior a los 65 años está en riesgo de malnutrición y un 4% presenta desnutrición franca. Un estudio realizado por Jürschik P, et al.(2009) (20), en las personas mayores de 65 años, concluyó que la prevalencia de padecer riesgo de desnutrición en esta población era del 15,2%. Este hecho, hace más evidente la importancia de adquirir y llevar a cabo una buena alimentación para conseguir un envejecimiento saludable.

Los pacientes con EA suelen cambiar sus hábitos dietéticos, por lo que presentan una prevalencia de malnutrición aún más preocupante que la de la población anciana en general (15-50%) (21,22). Esta malnutrición es ocasionada por la aparición de alteraciones en la deglución, inapetencia y rechazo a ciertos alimentos como consecuencia del deterioro cognitivo, los estados depresivos o la ansiedad, todos ellos factores que pueden contribuir al desarrollo de la malnutrición (23) La malnutrición, la pérdida de peso y la caquexia han mostrado ser factores asociados a disfunción cognitiva, disminución de las AVD y peor supervivencia en la EA en diversos estudios, y una adecuada intervención nutricional a nivel clínico puede ser crucial para detectar alteraciones nutricionales y actuar en su consecuencia con antelación, pudiendo así, prevenir posibles problemas nutriciona-

les y ayudar en el manejo de la enfermedad (24).

Desde el punto de vista de los cuidados de enfermería, es fundamental tener en cuenta que existen múltiples causas que explican esta pérdida de peso en pacientes con EA, de ahí la importancia de adaptar la alimentación acorde a las necesidades de cada paciente, teniendo en cuenta los hábitos alimentarios y su capacidad de autoalimentación dado que varían en las distintas fases de la enfermedad. Algunos estudios demuestran que incluso 6 años antes del diagnóstico de la enfermedad los pacientes ya han empezado a perder peso (23,25).

En este sentido, los planes de cuidados no sólo deben estar orientados hacia las necesidades de los pacientes, si no que requieren de una perspectiva más amplia que incluya a la familia y especialmente al cuidador principal. Tal y como demuestra la literatura científica de los últimos años (26-29), los cuidadores de las personas con EA padecen elevados niveles de sobrecarga y estrés, hecho que podría estar relacionado con la pérdida de peso de los pacientes. A ello se añadirían circunstancias tales como que los cuidadores no puedan invertir los recursos necesarios para que el enfermo esté bien nutrido por falta de recursos económicos, sociales o por el propio empeoramiento de la salud del cuidador, especialmente relevante en un contexto de aplicación de medidas de austeridad caracterizado por las restricciones y paralización de las acciones de apoyo previstas por la Ley de la dependencia (27,30,31).



## 4. justificación

Existen distintas razones por las cuales se quiso llevar a cabo este estudio de investigación. Una de ellas fue el hecho de conocer que la EA es una de las demencias más frecuentes en nuestro país. En segundo lugar, un dato que llama la atención es que en los próximos 30 o 40 años, el número de personas afectadas por esta enfermedad puede triplicarse a causa del envejecimiento de la población a consecuencia de la elevada incidencia en edades avanzadas de demencias y más concretamente de EA. Por otro lado, cabe destacar que estos individuos, además de presentar síntomas neuropsicológicos, también presentan problemas alimenticios, este último es uno de los problemas más comunes presentes en este tipo de enfermos (32,33). Ante la ausencia de tratamientos curativos en la EA, todas aquellas medidas que ayuden a enlentecer el curso de la enfermedad, son de suma importancia. Entre ellos, los trastornos de la alimentación, sabemos que son muy frecuentes en este grupo de población. El presente proyecto pretende evaluar la presencia de alteraciones nutricionales en las dis-

tintas fases de la enfermedad y estudiar posibles relaciones con los síntomas cognitivos, conductuales, funcionales y con los hábitos alimentarios de los pacientes. Éste tiene que ser el punto de partida des del punto de vista de la enfermería para posteriormente realizar una correcta valoración nutricional a estos pacientes y en caso de detectar algún tipo de alteración nutricional poder intervenir en su consecuencia.

## 5. hipótesis

Los pacientes con EA presentan malnutrición o riesgo de malnutrición en un porcentaje mayor que la población general y este peor estado nutricional se correlaciona con la situación cognitiva, conductual y funcional de los pacientes y con el grado de sobrecarga del cuidador.

## 6. objetivos

### 6.1 OBJETIVO PRINCIPAL

Determinar el estado nutricional de los enfermos con diagnóstico de EA mayores de 65 años y su situación cognitiva, conductual y funcional.

### 6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el estado nutricional de la población con EA mayor de 65 años.
- Describir las características de la dieta de los pacientes con EA mayores de 65 años.
- Evaluar el perfil analítico de los pacientes con EA mayor de 65 años.
- Evaluar el nivel de deterioro cognitivo, el estado funcional y las alteraciones conductuales de la población con EA mayor de 65 años.
- Conocer el grado de sobrecarga de los cuidadores en los diferentes estadios funcionales de los pacientes con EA.
- Analizar desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, la situación de malnutrición del paciente diagnosticado de EA.

## 7. material y métodos

### 7.1 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio observacional transversal de pacientes mayores

de 65 años de la Unidad de Trastornos Cognitivos (UTC) de referencia, con diagnóstico de EA GDS 3-6 de más de 6 meses de evolución según los criterios de McKhann, reclutados de forma consecutiva durante un periodo de 5 meses.

## 7.2 SUJETOS DE ESTUDIO

### 7.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de EA con GDS 3-6 según los criterios de McKhann (34).
- El paciente y tutor o representante legal firman el consentimiento informado para su participación en el estudio.
- El cuidador ha de estar capacitado para completar los registros requeridos.

### 7.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con enfermedades crónicas complejas que puedan contribuir, a alteración del estado nutricional independientemente de la EA (insuficiencia renal en tratamiento con diálisis, insuficiencia cardíaca severa, cáncer en estadios avanzados).
- Pacientes con limitaciones sensoriales (visuales o auditivas) que puedan limitar los resultados de las exploraciones cognitivas.

- Pacientes institucionalizados o que carezcan de un informador fiable sobre los hábitos alimentarios del paciente.
- Paciente que presente otras patologías que puedan ocasionar demencia como Parkinson, hidrocefalia, etc.
- Paciente y tutor o representante legal con dificultad o incapacidad para entender los cuestionarios de salud formulados en castellano.
- Pacientes a los que no sea posible llevar a cabo correctamente las medidas antropométricas por problemas de movilidad.

## 7.3 VARIABLES

Para el presente estudio se estudiarán variables relacionadas directamente con los pacientes: socio-demográficas (sexo, edad, edad de escolarización, nivel de escolarización, antecedentes familiares de deterioro cognitivo, hábito tabáquico, tiempo de evolución de los síntomas, fecha de diagnóstico de la enfermedad, antecedentes personales) cognitivas (Mini-Examen del Estado Mental (MMSE), esta escala permite la evaluación cognitiva multifuncional de pacientes geriátricos (35,36)), funcionales (La Escala de Deterioro Global (GDS), esta escala además de facilitar

información sobre el estado funcional también se utilizará como método para incluir o excluir los sujetos de estudio (37)), conductuales (Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings (NPI), es un instrumento estructurado y validado para el estudio de síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con demencia (38)), antropométricas (altura, peso actual, índice de masa corporal (IMC), circunferencia de la cintura, circunferencia de la parte superior del brazo, circunferencia de la pantorrilla, pliegue cutáneo del tríceps) nutricionales (escala Mini Nutritional Assessment (MNA) (39), el Cuestionario de Frecuencia de Consumo Alimentario (CFCA) corto (40), datos analíticos que se usan como referencia para valorar el grado de desnutrición conjuntamente con la tabla de alerta de desnutrición valorada por el Sistema de Control Nutricional (CONUT) (41), además de las medidas antropométricas que nos proporcionan información sobre el estado nutricional del sujeto), parámetros sanguíneos (valores analíticos que son de suma importancia en el CONUT: albúmina, colesterol total, linfocitos), así como el grado de sobrecarga del cuidador (Escala





de sobrecarga del cuidador de Zarit (EZ) (42) (43).

#### 7.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño muestral se calculó aceptando un error máximo del 10% y un intervalo del 95%. Se estimó una prevalencia de riesgo de desnutrición del 32,5% resultante del valor medio de la prevalencia de los estudios consultados (44–46).

Se calculó que la muestra necesaria siendo representativa de la población estudiada, debía tener un mínimo de 84 pacientes. En este trabajo se presentan los resultados preliminares de los 5 primeros meses de estudio en los cuáles se reclutó una muestra de 35 (de los 84 pacientes esperados).

#### 7.5 RECOGIDA DE DATOS

El reclutamiento de casos se realizó a partir de pacientes en seguimiento en la UTC dado que es la unidad de referencia para este tipo de pacientes. Con ello se asegura la correcta recogida de datos y a la vez que los resultados del estudio se podrán extrapolar a la población. Los pacientes fueron reclutados de forma consecutiva siempre y

cuando cumplieran con los criterios de Mckhann para el diagnóstico de EA. Se le explicaba detalladamente al paciente y al familiar responsable en qué consistía el estudio, se le daba la hoja de información al paciente y finalmente el paciente y cuidador decidían si quieren firmar el consentimiento informado. Posteriormente, se cumplimentaba el cuaderno de recogida de datos mediante entrevistas personalizadas realizada por la propia investigadora, a continuación se llevaron a cabo las medidas antropométricas y se realizaba la extracción de sangre. Además, el cuidador principal también era evaluado con la escala de Zarit para valorar el nivel de sobrecarga que experimentaba por el hecho de cuidar de su familiar.

#### 7.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La estadística se realizó mediante software estadístico SPSS (SPSS para Windows, v.20; SPSS, Inc., Chicago, IL). Los resultados de las diferentes variables fueron expresados como su valor medio  $\pm$  desviación estándar en las variables cuantitativas y en porcentajes en las variables cualitativas. La significación estadística de las

diferencias entre las variables cuantitativas y cualitativas se evaluó mediante t-student o análisis de la varianza (ANOVA) según correspondió. Para investigar la existencia de correlaciones entre las variables clínicas se usó el test de correlación bivariada de Spearman y el análisis multivariante. Para la comparación de variables cualitativas se utilizó estudios de  $\chi^2$ . Los valores de p inferior a 0.05 fueron considerados estadísticamente significativos.

#### 7.7 TRATAMIENTO DE SESGOS

Se intentó evitar el sesgo de selección incluyendo a todos los pacientes con EA a los cuales se les pudiera realizar la valoración nutricional.

Para intentar evitar el sesgo de medición se excluyeron a los pacientes a los cuales no era posible realizar las medidas antropométricas por problemas de movilidad. Las mediciones se llevaron a cabo dos veces consecutivas y de la misma manera para asegurar que se estaban tomando de forma correcta, y así evitar posibles errores.

Para evitar el sesgo de información se incluyó a los pacientes y representante legal que no tuvieran dificul-

tad o incapacidad para entender los cuestionarios de salud formulados en castellano. Se intentó evitar el sesgo de memoria preguntando los parámetros nutricionales tanto al paciente como al cuidador principal o al familiar de referencia dado que existía la posibilidad de olvido y de esta manera se podía conseguir una valoración nutricional lo más precisa posible.

Para evitar el sesgo por falta de sensibilidad de un instrumento, las medidas antropométricas se tomaron siempre de la misma manera a todos los pacientes y con instrumentos validados.

### 7.8 PLAN DE TRABAJO

Durante 5 meses, aquellos pacientes con diagnóstico de EA GDS 3-6 que acudían a la UTC, además de cumplir con los criterios de inclusión y que firmaron el consentimiento informado (tanto el paciente como el tutor o representante legal) fueron evaluados tanto a nivel cognitivo, conductual, funcional y nutricional. Eran valorados en entrevistas independientes por el neurólogo e enfermera. Además de aplicar los test descritos en el apartado de material y métodos.

### 7.9 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Se informó al paciente por escrito de la naturaleza y propósitos del estudio. El paciente y su tutor o representante legal firmaron el consentimiento informado de manera totalmente voluntaria.

Así pues, también se les explicó que el hecho de participar en el estudio no suponía ningún ries-

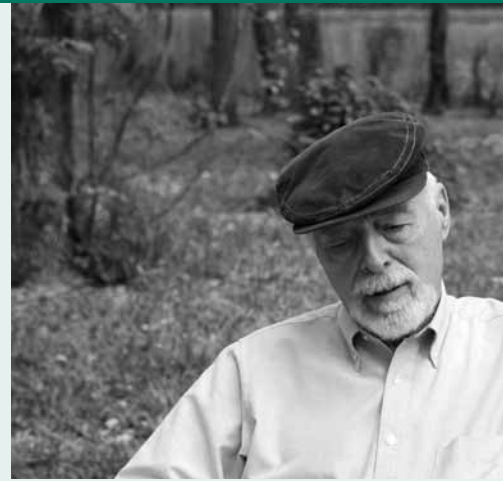
go para la salud del paciente. Los derechos de los pacientes estuvieron en todo momento protegidos por la declaración de Helsinki y el documento de Belmont. Se solicitó la aprobación del estudio por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC).

Se pidió permiso a la dirección del centro donde se llevó a cabo el estudio. Una cuestión relevante es la intimidad y evitar la identificación directa de los participantes, es por ello que durante toda la evaluación se obtuvo y procesaron los datos de forma correcta y legal. Se identificó a cada sujeto con un código, de manera que no se pudiera identificar al paciente de forma directa.

El archivo de codificaciones se guardó de manera cifrada en un ordenador de la UTC bajo contraseña. Los datos obtenidos no se usaron con finalidades incompatibles con aquellas para las que los datos han sido recogidos y acordados. Aquellos datos de carácter personal que resultaron inexactos o incompletos fueron rectificadas o cancelados. Los datos derivados de este estudio se guardarán durante un período de 15 años, una vez pasado este período y no sean necesarios, serán eliminados.

## 8. resultados

La muestra total estudiada fue de 35 pacientes, de los cuales el 34,3% fueron hombres y el 65,7% mujeres. Respecto a la edad de la población de estudio, la franja de edad estuvo comprendida entre 65 y 90 años; con una media de 77,6 $\pm$ 6,4 años.



En relación a los antecedentes familiares el 42,9% presentaban antecedentes familiares de EA de primer grado, todos ellos de debut superior a los 65 años.

El factor de riesgo más prevalente en nuestra población de estudio fue la hipertensión arterial junto con la dislipemia (51.4% para ambas entidades) y hasta el 40% de los pacientes estaban en tratamiento con antidepresivos.

Según las valoraciones antropométricas, el peso, la circunferencia abdominal y la circunferencia del brazo son significativas y se correlacionan con el riesgo de malnutrición o incluso de padecer malnutrición. Pero en cambio, no se correlacionan con el estado funcional o cognitivo de los pacientes.

Respecto a las características funcionales de los pacientes, el 28,7% de los sujetos eran independientes para las actividades instrumentales de la vida diaria, el 31,43% presentaban una dependencia leve, el 20% presentaban un GDS 5 y el 20% restante GDS 6. Las características de las puntuaciones del MMSE están en relación al grado de deterioro cognitivo del paciente. Destaca la elevada presencia



de alteraciones conductuales en los pacientes a estudio, siendo la depresión, apatía, irritabilidad y agresividad las alteraciones más frecuentes.

Respecto a la escala de Zarit, hasta el 41,7% de los cuidadores presentan algún grado de sobrecarga según la puntuación obtenida en esta escala.

Las características sobre el estado nutricional de la población a estudio mediante la escala MNA, un 14,3% de los pacientes están malnutridos y un 57,1% presentan riesgo de malnutrición.

Al comparar los valores de la escala de CONUT todos los pacientes presentan un alerta de desnutrición baja, teniendo en cuenta los valores analíticos consultados. Sin embargo, al comparar los resultados analíticos de: la albúmina, el colesterol total y los linfocitos, obtenidos en la escala de CONUT con el MNA, no se encuentran relaciones estadísticamente significativas entre los valores analíticos y la escala MNA.

Por otro lado, los pacientes que presentaban puntuación más alta en el GDS, presentaban menor puntuación en el MMSE y mayor el NPI, presentando así relación estadísticamente significativa entre ellos. Destá-

car que existe una correlación positiva entre el estado nutricional mediante la escala MNA con la puntuación del MMSE ( $r=0,504$ ;  $p=0,002$ ) y el grado de sobrecarga del cuidador ( $r=0,563$ ;  $p=0,004$ ). Como también existe una correlación inversa entre el estado nutricional y la situación funcional (GDS) ( $r=-0,489$ ;  $p=0,004$ ) y el estado neuropsiquiátrico (NPI total) ( $r=-0,336$ ;  $p=0,031$ ), y específicamente con la presencia de delirios ( $r=-0,436$ ;  $p=0,009$ ), alucinaciones ( $r=-0,371$ ;  $p=0,028$ ), depresión ( $r=-0,449$ ;  $p=0,007$ ) y apatía ( $r=-0,485$ ;  $p=0,003$ ).

Aquellos pacientes catalogados con GDS menor (GDS 3) expresaron haber comido menos o incluso haber perdido el apetito en los últimos 3 meses (40%). Y un 40% experimentaron una pérdida de peso de entre 1 y 3 kilogramos (kg) en menos de 3 meses. Al comparar la ingesta de distintos alimentos con el grado de GDS no se encuentran diferencias estadísticamente significativas.

Por último, de la totalidad de la muestra, un 48,5% de los pacientes comían acompañados. En fases iniciales de la enfermedad los pacientes comían solos, sin la compañía de nadie y ya en estadios más avanzados, el porcentaje de pacientes que comían acompañados aumenta de forma gradual a medida que se adquieren grados más elevados de dependencia.

## 9. discusión

El presente estudio, se realizó en personas mayores de 65 años dado que la prevalencia de EA aumenta de forma sig-

nificativa a partir de esta edad. Las características socio-demográficas de la muestra estudiada presentan datos similares a los de la población española (16,17) siendo mayor el número de mujeres (65,7%) que hombres (34,3%) que padecen EA. Entre los antecedentes patológicos que se relacionan con el riesgo de padecer EA son, al igual que en estudios previos (15,47), las enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial y dislipemia) y la depresión. Diferentes estudios (48,49) destacan la importancia de tratar la depresión, ya que va aumentando a medida que avanza la enfermedad ocasionando peor capacidad cognitiva y funcional en el enfermo así como, mayor sufrimiento tanto en la propia persona como en el cuidador.

Como era de esperar, las características cognitivas se correlacionan con el grado de deterioro funcional del paciente. Cuanto más se agrava la función cognitiva, mayor es el deterioro funcional que experimenta el enfermo de forma progresiva. Otro aspecto a tener en cuenta son las alteraciones conductuales, siendo la depresión, la apatía, la irritabilidad y la agresividad las más frecuentes. El NPI conjuntamente con el GDS, MMSE conllevan un mayor grado de sobrecarga en el cuidador, al igual que confirman otros estudios (50-53), Dado que el cuidador tiene que estar más pendiente del enfermo y tiene que proporcionar mayor apoyo en la realización de las AVD (54).

En este caso, la población de estudio se ve claramente afectada a nivel nutricional, presentando resultados de malnutrición en



un 14,3% y un porcentaje elevado de riesgo de malnutrición (57,1%). Como ya demostraron Cuervo y Scheltens en sus estudios (21,22), los pacientes con EA presentaban una prevalencia más elevada de desnutrición que la población anciana en general. Por este motivo, desde el punto de vista de los cuidados de enfermería esto se debe de tener en cuenta y debe de ser abordado elaborando un buen plan de cuidados dirigido sobre todo a intervenir en los aspectos dietéticos, modificando o ajustando la dieta según las necesidades y déficits de cada persona. Y de esta forma prevenir la pérdida de peso y el riesgo de padecer malnutrición.

### **Concordancia entre los diferentes métodos de valoración**

Al testar los resultados analíticos en la escala de CONUT, se obtienen puntuaciones bajas que indican que los pacientes de estudio presentan alerta de desnutrición baja en este test. Sin embargo, cuando se han valorado los pacientes en la escala MNA, las puntuaciones obtenidas indican que hasta un 58,3% de los pacientes padecen riesgo de malnutrición. Por otro lado, al comparar los valores de la albúmina sérica, el colesterol total y los linfocitos, con las puntuaciones totales de la escala MNA no se encuentran relaciones estadísticamente significativas a diferencia de otro estudio realizado por Jürschik, et al. (20), en el que sí encuentran relación significativa entre ambas valoraciones. Por lo que la escala MNA es más sensible para detectar alteraciones nutricionales en este grupo

de sujetos. En cambio, sí se han encontrado relaciones estadísticamente significativas entre el grado de GDS, MMSE y NPI en la primera parte de cribaje del cuestionario MNA. Al comparar los resultados de dicho apartado con la valoración funcional (GDS), se obtuvo que aquellas personas con menor GDS expresaron haber comido menos y habían perdido apetito en los últimos 3 meses, además de haber experimentado una pérdida de peso de entre 1 y 3 kg, tal y como corroboran algunos estudios mencionados con anterioridad (25,55), donde en fases iniciales de la enfermedad se pierde el apetito lo que conlleva a una pérdida de peso.

Uno de los objetivos del estudio fue evaluar el grado de sobrecarga del cuidador. Se obtuvo que a mayor nivel de sobrecarga, mayor era el riesgo de malnutrición. Estos datos son coincidentes con la literatura (27,30) donde los elevados niveles de sobrecarga y estrés del cuidador principal pueden interferir en la nutrición de la persona con EA, dado que por distintas circunstancias, como: la falta de recursos económicos, sociales o por el empeoramiento de la salud del cuidador, el enfermo podría experimentar pérdida de peso y malnutrición. En el presente estudio al igual que en la literatura (32,56–60), se observa que en fases más avanzadas de la enfermedad, el deterioro funcional va evolucionando de forma gradual, la cual cosa conlleva a que los enfermos necesiten mayor soporte para la realización de la compra y la preparación de los alimentos o incluso necesitan ayuda para comer. De ahí la importancia de la figura

enfermera/o para proporcionar apoyo y asesoramiento a los cuidadores sobre los cambios asociados a la enfermedad para que puedan gestionarlos y hacerles frente de la mejor manera posible y de este modo, poder reducir el nivel de sobrecarga y estrés, además de contribuir a una mejora del estado nutricional proporcionando consejos y distintas técnicas para tratar de evitar la malnutrición.

Al analizar la posible relación entre la alimentación de los pacientes y el grado de GDS, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos de alimentos y las diferentes fases del deterioro funcional. Féart C, et al. (61), en su investigación concluyeron que una adhesión a la dieta Mediterránea, podría reducir el riesgo de padecer enfermedades neurodegenerativas, ya que contiene propiedades antioxidantes.

### **9.1 LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Una de las limitaciones del estudio fue el método de inclusión de los pacientes en el estudio, porque la inclusión se realizó solo con aquellas personas que acudieron a la UTC. No se pudieron evaluar a las personas con EA institucionalizadas en residencias y que no se habían desplazado a la unidad por distintos motivos. Tampoco se incluyeron aquellos pacientes institucionalizados que carecían de un acompañante fiable que pudiera proporcionar información sobre los hábitos alimentarios que tenía el paciente en la residencia.

Otra de las limitaciones, es que no se ha podido valorar a to-



para prevenir o detectar malnutrición y así intentar disminuir la frecuencia de EA, dado que la dieta es un factor importante en el desarrollo de la enfermedad. Y la tercera línea de investigación conveniente y de suma importancia, sería hacer hincapié en el papel del cuidador principal en relación a los hábitos alimentarios. Se tendrían que tener en cuenta los recursos económicos y sociales de cada individuo, además de considerar los recursos de los cuales dispone cada cuidador, así como su estado de salud, sobrecarga y estrés dado que podrían ser factores asociados a alteraciones nutricionales.

das aquellas personas enfermas que residen en el domicilio y se encuentran encamadas, situación que hace difícil el desplazamiento a la unidad. Además de todas aquellas personas a las que no se les podía realizar las medidas antropométricas por problemas de movilidad.

Por último, destacar que otra de las limitaciones se encontraba en el hecho que en edades avanzadas la gente tiene limitaciones sensoriales (visuales o auditivas) cosa que podía limitar los resultados de las exploraciones cognitivas, por este motivo fue considerado un criterio de exclusión. Además, cabe destacar que otro de los factores limitadores del estudio fue el hecho de conocer que la gran mayoría de gente mayor presenta distintas patologías y enfermedades crónicas. Esto se tuvo en cuenta porque podía interferir en la valoración nutricional, dado que podían presentar alteraciones nutricionales independientemente de si padecía o no EA.

## 9.2 NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

En futuras investigaciones, se pueden destacar tres líneas de investigación:

La primera consistiría en aumentar el tiempo de recogida de datos y el tamaño de la muestra, para conseguir el suficiente número de pacientes para así eliminar las limitaciones del tamaño muestral y valorar si las conclusiones en el estudio tienen la suficiente fuerza estadística.

La segunda línea a tener en cuenta sería la modificación o ajuste de la dieta de las personas con EA, elaborado un plan nutricional personalizado teniendo en cuenta las carencias y dificultades que presentan cada persona para alimentarse y así intentar prevenir la pérdida de peso, el riesgo de malnutrición o incluso la malnutrición que sufren estos pacientes. También, se deberían realizar valoraciones nutricionales a las personas de edad avanzada,

## 10. conclusiones

A través de los análisis de los resultados, se confirma la hipótesis en el que las personas con EA presentan malnutrición o riesgo malnutrición en relación con una peor situación cognitiva, conductual y funcional y con el grado de sobrecarga del cuidador.

En base a los objetivos se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Existe relación entre la situación cognitiva, conductual y funcional y el estado nutricional de los pacientes. A mayor GDS y NPI, y menor puntuación en el MMSE, peor es el estado nutricional.
- Más de la mitad de los pacientes con EA presentan riesgo de malnutrición y hasta un 14,3% están malnutridos.
- No se observa relación entre los diferentes grupos de alimentos y las diferentes fases del deterioro cognitivo, funcional y conductual.

• No se encuentra relación significativamente estadística entre los valores analíticos y la escala MNA. Así pues se puede decir que la escala MNA es más sensible para detectar alteraciones nutricionales en este grupo de sujetos que la escala de CONUT.

• El 71,43% de los pacientes presentaban dependencia para las AIVD, las puntuaciones del MMSE están en relación al grado de deterioro cognitivo y sobre las alteraciones conductuales de los pacientes cabe destacar la elevada presencia de depresión, apatía, irritabilidad y agresividad siendo las alteraciones más frecuentes.

• El grado de sobrecarga de los cuidadores se ve influenciado en los diferentes estadios funcionales de los pacientes con EA. A mayor grado de GDS mayor es el nivel de sobrecarga que experimenta el cuidador.

• La figura de un cuidador interfiere en los hábitos alimentarios y en el estado nutricional del paciente, dado que los distintos factores económicos, sociales y el estado de salud de los cuidadores, hacen que el enfermo presente o no riesgo de malnutrición o incluso malnutrición.

Como conclusión final, se podría afirmar que más de la mitad de los pacientes con EA mayores de 65 años presentan riesgo de malnutrición. Es por ello de suma importancia que el personal sanitario; en especial el personal de enfermería, debe ser consciente de este hecho y debe ofrecer una educación sanitaria de calidad y todos los recursos que estén a su alcance para prevenir que los pacientes con riesgo de malnutrición evolucionen y acaben padeciendo malnutrición, dado que un empeoramiento en el estado nutricional es influenciable en el deterioro cognitivo, conductual y funcional.[]

trición evolucionen y acaben padeciendo malnutrición, dado que un empeoramiento en el estado nutricional es influenciable en el deterioro cognitivo, conductual y funcional.[]

## 11. referencias bibliográficas

- Spijker J. Benest@r. A fons [Internet]. Diputació de Barcelona Xarxa de Municipis., [cited 2014 Feb 13]. Available from: <http://www.diba.cat/butlletins/detall.asp?id=5316>
- Jiménez M, Sola JM, Pérez C, Turienzo MJ, Larrañaga G, Mancebo MA, Hernández MC, et al. Estudio del estado nutricional de los ancianos de Cantabria. *Nutr Hosp*. 2011;26(2):345–54.
- Generalitat de Catalunya. Estat dels serveis socials a Catalunya. Pla estratègic de serveis socials de Catalunya 2010-2013. Barcelona; 2010.
- Grillo RL, Mangone CA. Perfil de personalidad premórbida en pacientes con demencia tipo Alzheimer presintomático y pacientes con deterioro cognitivo vascular no demencial. ¿Es un factor de riesgo? *Neurol Arg*. 2010;2(1):14–20.
- Who. Keep fit for life. Meeting the nutritional needs of older persons. 2002.
- Gariballa SE. Malnutrition in hospitalized elderly patients: when does it matter? *Clin Nutr*. 2001;20(6):487–91.
- Darnton I, Nishida C, James WP. A life course approach to diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *Public Heal Nutr*. 2004;7(1A):101–21.
- Sayer AA, Cooper C. Early diet and growth: impact on ageing. *Proc Nutr Soc*. 2002;61(1):79–85.
- OMS. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2012 [cited 2014 May 27]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Peña J. Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos. Fundación . Barcelona; 1999.
- Arango C, Crespo B, Bernardo M. Neuroimagen en psiquiatría. 2006.
- Leiguarda R. Neurología. 2005.
- Zieher LM. Psiconeurofarmacología Clínica y sus bases neurocientíficas. 2003.
- Institutes National of health US. Demencia [Internet]. 2014 [cited 2014 Feb 6]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/dementia.html>
- Lee Y, Back JH, Kim SH, Na DL, Cheong HK. Systematic review of health behavioural risks and cognitive health in older adults. *Int Psychogeriatr*. 2009;3:1–14.
- Mayeux R. Alzheimer's disease: Epidemiology. *Handb Clin Neurol*. 2008;89(3):195–205.
- Martín M, Agüera L, Sánchez M, Mateos R, Franco M, Castellano M, et al. Consenso Español sobre Demencias. 2a ed. 2005.
- Carbajal A, Varela G, Ruiz B, Perea I, Moreiras O. Nutrición y salud de las personas de edad avanzada en Europa: Euronut-SENECA. Estudio en España (3). Estado nutricional: antropometría, hematología, lípidos y vitaminas. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1993;(28):230–42.
- Ramon J, Subira C. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española. *Med Clin*. 2001;117(20):766–70.
- Jürschik P, Torres J, Solá R, Nuin C, Botigué T. Estado nutricional de la población mayor de Cataluña de diferentes niveles asistenciales. *Arch Latinoam Nutr*. 2009;59(1):38–46.
- Cuervo M, García A, Ansorena D, Sánchez A, Martínez MA, Astiasarán I, Martínez JA. Nutritional assessment interpretation on 22,007 Spanish community-dwelling elders through the Mini Nutritional Assessment test. *Public Health Nutr*. 2009 Jan;12(1):82–90.
- Schelens P. Moving forward with nutrition in Alzheimer's disease. *Eur J Neurol*. 2009;16(1):19–22.
- Ibarzo A, Suñer R, Martí A, Parrilla P. Manual de Alimentación del paciente Neurológico. p. 1–41.
- Scarmeas N, Luchsinger J, Mayeux R, Stern Y. Mediterranean diet and Alzheimer disease mortality. *Neurology*. 2009;69(11):1084–93.
- White HK, McConnell ES, Bales CW. A 6-month observational study of the relationship between weight loss and behavioral symptoms in institutionalized Alzheimer's disease subjects. *J Am Med Dir Assoc*. 2004;5:89–97.
- Borghesi AC, de Castro VC, Marcon S, Carreira L. Sobrecarga de familiares cuidadores de ancianos con la Enfermedad de Alzheimer: un estudio comparativo. 2013.
- Roepeke SK, Mausbach BT, Patterson TL, Von Känel R, Ancoli-Israel S, Harmell AL, Grant I. Effects of Alzheimer caregiving on allostatic load. *J Health Psychol*. 2011;16(1):58–69.
- Von Känel R, Mausbach BT, Dimsdale JE, Mills PJ, Patterson TL, Ancoli-Israel S, Grant I. Effect of chronic dementia caregiving and major transitions in the caregiving situation on kidney function: a longitudinal study. *Psychosom Med*. 2012;74(2):214–20.
- Van der Lee J, Bakker TJ, Duivenvoorden HJ, Dröes RM. Multivariate models of subjective caregiver burden in dementia: A systematic review. *Ageing Res Rev*. 2014;15:76–93.
- Legido H, Otero L, Parra DL, Alvarez C, Martín JM, McKee M. Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? *Brit Med J*. 2013;346.
- Jefatura del Estado. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE. 2006 p. 299.
- Riviere S, Gillette-Guyonnet S, Nourhashemi F, Vellas B. Nutrition and Alzheimer's disease. *Nutr Rev*. 1999;57:363–7.
- Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad. IMSERSO [Internet]. 2014 [cited 2014 Feb 24]. Available from: <https://colaboracion.imserso.es/entornoColaboracion/view/artefact.php?artefact=691&view=110>
- McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR, Kawas CH, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the



- National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. Elsevier Ltd; 2011 May;7(3):263-9.
35. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12:189-98.
36. Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Mini Mental State Examination (MMSE) [Internet]. 2000. Available from: <http://www.neuropsicol.org/Protocol/mmse30.htm>
37. Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. GDS-Reisberg 1982, 1988) [Internet]. 1999 [cited 2014 Feb 26]. Available from: <http://www.neuropsicol.org/Protocol/gdsresb.htm>
38. López S, Vilalta J, Garre J, Pons S, Cucurella MG. Caracterización y prevalencia de los síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con demencia. *Rev Neurol*. 2007;45(11):683-8.
39. Guigoz Y, Vellas BJ, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Rev Gerontol*. 1994;4(2):15-29.
40. Trinidad I, Fernández J, Cucó G, Biarnés E, Arijá V. Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario corto: reproducibilidad y validez. *Nutr Hosp*. 2008;23(3):242-52.
41. Ulíbarri JJ, et al. CONUT : A tool for Controlling Nutritional Status . First validation in a hospital population. *Nutr Hosp*. 2005;20(1):38-45.
42. Zarit SH, Reever KE, Bach J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980;20:649-55.
43. Izal M, Montorio I. Evaluación del medio y del cuidador del demente. In: Del Ser T, Peña J, editor. *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: Prous Science; 1994. p. 201-2.
44. Sandman P, Adolffson R, Nygren C, Hallmans G, Winblad B. Nutritional status and dietary intake in institutionalized patients with Alzheimer's disease and multiinfarct dementia. *J Am Geriatr Soc*. 1987;(35):31-8.
45. Bedard M, Molloy DW, Bell R, Lever JA. Determinants and detection of low body mass index in community-dwelling adults with Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*. 2000;(12):87-98.
46. Guerin O, Andrieu S, Schneider SM, et al. Different modes of weight loss in Alzheimer disease: a prospective study of 395 patients. *Am J Clin Nutr*. 2005;(82):435-41.
47. Muñoz A, Agudelo G, Lopera F. Diagnóstico del estado nutricional de los pacientes con demencia tipo Alzheimer registrados en el Grupo de Neurociencias, Medellín, 2004. *Biomédica*. 2006;26:113-25.
48. Zubencko GS, Zubencko WN, McPheson S. A collaborative study of the emergence and clinical features of the major depressive syndrome of Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*. 2003;160:857-66.
49. Starkstein SE, Jorge R, Mizrahi R, Robinson RG. The construct of minor and major depression in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*. 2005;162:2086-93.
50. Ankri J, Andrieu S, Beauflis B, Grand A, Henrard J. Beyond the global score of the Zarit Burden Interview: useful dimensions for clinicians. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005;20:254-60.
51. Berger G, Bernhardt T, Weimer E, Peters J, Kratzsch T, Frolich L. Longitudinal study on the relationship between symptomatology of dementia and levels of subjective burden and depression among family caregivers in memory clinic patients. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2005;18:119-28.
52. Rinaldi P, Spazzafumo L, Mastriforti R, Mattioli P, Marvardi M, Polidori MC et al. Predictors of high level of burden and distress in caregivers of demented patients: results of an Italian multicenter study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005;20:168-74.
53. Garre J, Hernández M, Lozano M, Vilalta J, Turón A, Cruz MM et al. Carga y calidad de vida en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Rev Neurol*. 2000;31:522-7.
54. Turró O, Soler O, Garre J, López S, Vilalta J, Montserrat S. Distribución factorial de la carga en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol*. 2008;46(10):582-8.
55. Guérin O, Andrieu S, Schneider SM, Cortes F, Cantet C, Gillette S, Vellas B. Characteristics of Alzheimer's disease patients with a rapid weight loss during a six-year follow-up. *Clin Nutr*. 2009 Apr;28:141-6.
56. Berlinger WG, Potter JF. Low body index in demented out patients. *JAGS*. 1991;39:973-8.
57. Grundman M, Corey J, Jernigan T, Archibald S, Thal LJ. Low body weight in Alzheimer's disease is associated with mesial temporal cortex atrophy. *Neurology*. 1996;46:1585-91.
58. Soltesz KS, Dayton JH. Finger foods help those with Alzheimer's maintain weight. *J Am Diet Assoc*. 1993;93:1106-8.
59. Spindler A, et al. Nutritional status of patients with Alzheimer's disease: a 1-year study. *J Am Diet Ass*. 1996;96:1013-9.
60. Davis J, Kim S. *Applied Nutrition and Diet Therapy for Nurses*. 2nd ed. W.B., editor. USA: Saunders Company; 1994.
61. Féart C, Samieri C, Allès B, Barberger P. Potential benefits of adherence to the Mediterranean diet on cognitive health. *Proc Nutr Soc*. 2013 Mar;72:140-52.



MARIONA  
ROCASPANA  
GARCÍA

A black and white portrait of a woman with dark hair, smiling slightly. She is wearing a dark, textured top and a necklace with a small pendant. The background features intricate Gothic architectural details, including pointed arches and columns with decorative capitals.

RAMAN  
KAUR PREET

**“La salut  
no és caritat,  
és un dret”**

“Hem de  
treure'ns del  
cap la idea  
que segons  
on neixis  
estàs privat  
d'aquest dret”



## entrevista

“Els reptes més importants en salut global són com donem a les dones l’espai que necessiten, com calculem la població mundial i com ens enfrontem al canvi climàtic”

entrevista i foto Sara Bobet  
MISSATGES/INGIMAGE

**RAMAN KAUR PREET és coordinadora i investigadora de Salut Global i Epidemiologia del Departament de Salut Pública i Medicina Clínica de la Universitat d’Umea (Suècia). Preet és, a més, professora del Màster en Recerca en Salut de la Facultat d’Infermeria de la UdL i va visitar Lleida per impartir una ponència dins de l’assignatura Recerca Crítica en Salut.**

**Quins són els problemes de salut global més greus que tenim avui en dia?** La salut global avui dia té diferents reptes. Un d’ells és la salut de les dones, especialment en zones rurals, entenen dins d’aquesta la salut maternal i també la infantil, temes en els quals cal

invertir molt. En segon lloc, hem de tenir en compte que cada ésser humà és important, per tant, necessitem comptar quants som al món i un cop ho sapiguem, el repte és donar a tothom un espai on viure, reproduir-se i tenir una vida millor. I potser una altra qüestió en la qual hem de pensar, pel que fa a la salut global, és com es veurà afectada pel canvi climàtic que esdevindrà un problema de gran impacte, tot i que potser ara, al 2015, no ens espanta però que, dins d’uns quinze anys, serà molt diferent. Els efectes que faci més fred o més calor, cosa que ja apreciem ara, tindran un gran impacte. En definitiva, els reptes més importants en salut global són com donem a les dones l’espai que necessiten, com calculem la població mundial i com ens enfrontem al canvi climàtic. Si ens volem centrar en el tema de les malalties, el repte són les malalties no contagioses que

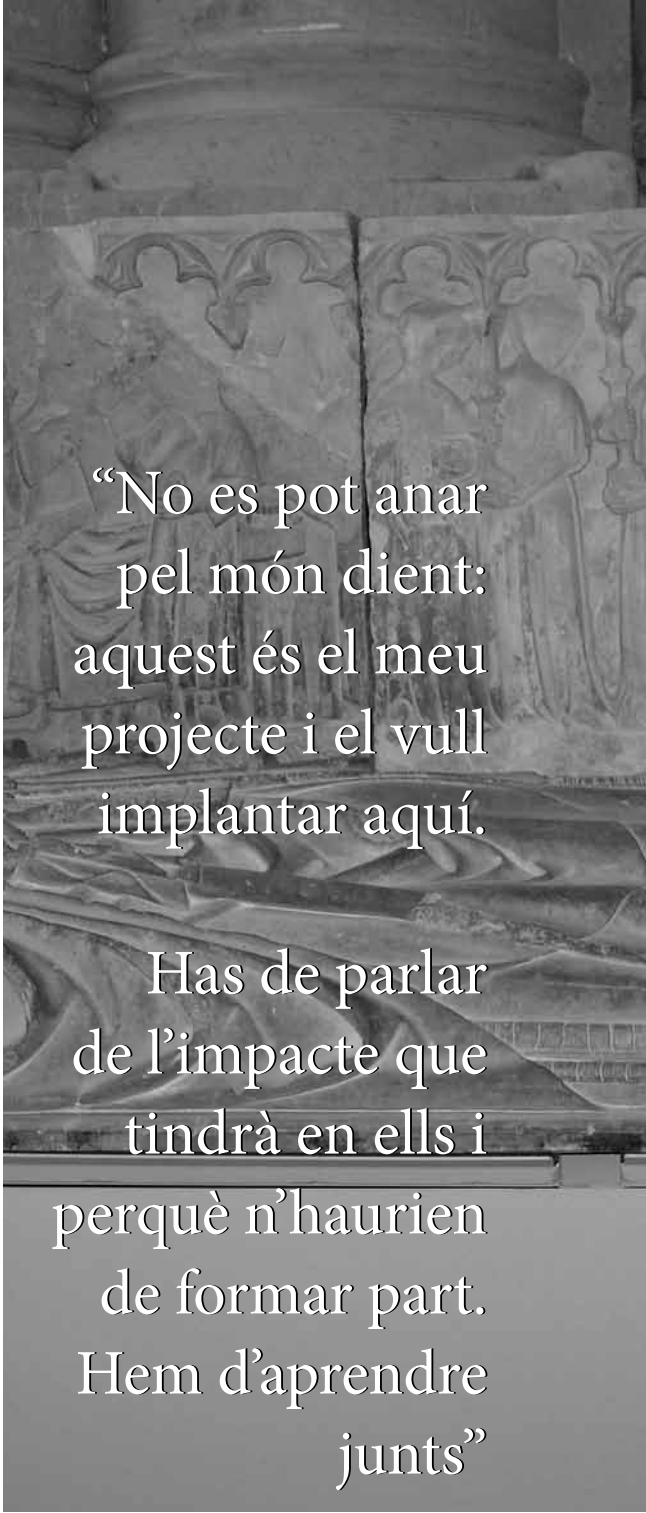


“Si ens volem centrar en el tema de les malalties, el repte són les malalties no contagioses que estan esdevenint cròniques, tant en el primer com en el tercer món. Les malalties no contagioses tenen una doble càrrega en el món desenvolupat i seran un greu problema arreu del planeta”

estan esdevenint cròniques, tant en el primer com en el tercer món. Hem arribat a un punt en què veiem en els països en vies de desenvolupament malalties infeccioses com la malària, de les quals en sabem molt encara que no les hàgim conquerit per diferents motius. Però les malalties no contagioses tenen una doble càrrega en el món desenvolupat i seran un greu problema arreu del planeta.

**Així doncs, les malalties no contagioses seran, en un futur pròxim, un greu problema a nivell mundial?** Sí. Em refereixo a les malalties no contagioses que són cròniques, com per exemple problemes de cor o respiratoris. En aquest sentit cal pensar que la contaminació, especialment en el primer món, està augmentant moltíssim. La urbanització està creixent molt ràpid i, si pensem en certes ciutats de certs països, la contaminació augmenta per moments a causa del consum humà (més cotxes, més gent, més de tot) i això té un impacte en la pol·lució mundial i en la salut de les persones. Aquest tema està esdevenint una àrea de treball cada cop més gran.

**La població, en general, no és conscient que la pol·lució és un problema tan greu. No creu que hi ha molta més alarma social davant les malalties infeccioses, com ha passat amb l'Ebola? D'altra banda, creu que la seguretat alimentària serà també un greu problema?** Absolutament. A més, està relacionat amb el canvi climàtic del qual he parlat. Pensi que la modificació de la temperatura afectarà els cultius arreu, per exemple, aquí a Espanya si es cultiva vinya o tomàquet és perquè el clima ho permet. Si les temperatures canvien, això tindrà un efecte en la producció i en els éssers humans (productors, famílies,...). Quan parlem de salut global no ens referim a la salut de les persones que viuen fora del nostre país. No ens referim al concepte de salut pública per se. El sistema de salut pública espanyol ha d'ocupar-se dels problemes de salut del país, òbviament, però la salut global fa referència no només a qüestions mèdiques, sinó que també engloba l'educació, recollida de brossa, instal·lacions sanitàries, aigua potable, etc. Com més canvis vinguin en l'àmbit climàtic, l'impacte en la població mundial serà més gran.



“No es pot anar  
pel món dient:  
aquest és el meu  
projecte i el vull  
implantar aquí.

Has de parlar  
de l'impacte que  
tindrà en ells i  
perquè n'haurien  
de formar part.  
Hem d'aprendre  
junts”



**Quina diferència hi ha en la manera d'afrontar aquests problemes entre els països desenvolupats i els que es troben en vies de desenvolupament?**

Els països en vies de desenvolupament no estan encara preparats. Si prenem un simple exemple com el cas de la malària, sabem que hi ha dues coses que ajuden a lluitar i potser eradicar-la: prendre una medecina o posar una mosquitera al llit. Malgrat això, no hem estat capaços de fer-ho, fins i tot sabent que són mesures efectives. Tot i que hi ha certes zones d'Àfrica i l'Àsia colpejades per la malària, el problema que ve i que serà més greu és el que he comentat abans: el de les malalties no transmissibles o no contagioses. El primer món sap com afrontar aquestes malalties cròniques, per exemple, aquí a Espanya una persona amb diabetis pot afrontar aquesta malaltia. Però en els països subdesenvolupats, la gent encara no sap què és una diabetis, no hi ha diagnòstics, no han rebut educació o formació per entendre què els passa o identificar els símptomes que poden tenir, no entenen que el tractament pot ser de per vida i, fins i tot si se'ls diagnostica la malaltia, és molt possible que no es puguin permetre el tractament per tota la seva vida. Això és una mostra més de la dicotomia entre el món desenvolupat i el que es troba en vies de desenvolupament. No hem estat capaços de donar suport al tercer món i en la recerca que faig ens agrada recollir dades sobre el que anomenem Nord Global i Sud Global. El primer són els països desenvolupats i el Sud Global és, sobretot, l'Àsia i l'Àfrica; una zona més tropical i més calenta mentre que el nord és més fred i té un millor clima. Les dues zones han de treballar de la mà. El Nord Global sap què ha de fer i el món en vies de desenvolupament ha progressat molt en els darrers cinquanta anys a causa de la globalització. Malgrat tot, la gent dels països del tercer món no volen que els del primer món vagin allí i els diguin què han de fer. Volen que el que s'hagi de fer es faci conjuntament. Aquest és el canvi més gran en el món de la recerca. No es pot anar pel món dient: aquest és el meu projecte i el vull implantar aquí. Has de parlar de l'impacte que tindrà en ells i perquè n'haurien de formar part. Hem d'aprendre junts. Jo mateixa vaig néixer a l'Índia i la meva educació bàsica és d'aquest país però, he passat els darrers 20 anys fora i



he rebut l'educació superior a l'estranger, entre Londres i Nova York, i ara visc a Suècia. Així doncs, entenc perfectament que les coses s'han de fer conjuntament perquè tinguin sentit. Potser aquesta és la raó per la qual em sento tan propera als temes de salut global.

**I si no treballem junts, nord i sud...** No ens en sortirem, en absolut. La salut és un dret, no és caritat. Hem de treure'ns del cap la idea que segons on neixis estàs privat d'aquest dret. Això podríem relacionar-ho amb el que ha passat aquí a Espanya en aquests anys de crisi econòmica i com ha canviat el país. Òbviament, hi ha tingut un impacte en la nació i s'ha produït una distinció entre les persones socialment més privilegiades i les que ho són menys. Aquestes desigualtats existeixen no només arreu del món, sinó dins d'un mateix país o dins d'una mateixa zona. Això és el que s'anomena determinants socials de la salut, uns condicionants que traslladen la discussió sobre la salut del món mèdic al social. És un concepte relativament nou, que té uns sis anys, i que està esdevenint molt popular.

**Encara que resulti sorprenent, la desigualtat social en alguns països rics, com el Japó o els Estats Units, és enorme.** Efectivament. Tot i així, una noia que neix en certs països viurà 45 anys mentre que, si neix en uns altres, en viurà 80. L'expectativa de vida per tant, no té res a veure. Hi ha per tant una gran desigualtat entre països a nivell mundial però, també hi és dins el mateix país, especialment en països com els Estats Units. Si una persona viu més anys en el primer món, no és només una qüestió mèdica, és a dir, no depèn només que en el lloc on vius no hi ha malària, per exemple, hi ha més aspectes que sí que trobem en el món desenvolupat i no en el tercer món. Em refereixo a l'educació de la dona. Si les dones reben educació, tota la família i tot el sistema esdevé privilegiat. I aquest és el canvi que cal fer. Per tant, l'educació de la dona és el més important per canviar les coses. En segon lloc, cal pensar en l'aigua, tenir aigua potable, lavabos, clavegueram, etc. Tot ésser humà ha de tenir accés a un lavabo net i això no ho tenim a tot arreu, sobretot a l'Àfrica o l'Àsia. Estic pensant en països de l'Àfrica subsahariana i altres com l'Índia o Bangladesh. Per tant, la desigualtat existeix, sobretot si no hi ha cobertes les ne-

cessitats més bàsiques. Com a investigadors tenim aquest repte de transmetre que a més dels temes purament mèdics, hi ha qüestions molt determinants.

**Com afectarà la mobilitat en la salut global tenint en compte que cada cop hi ha més ones migratòries causades per conflictes bèl·lics, pobresa i la desesperació de molta gent?** Jo sóc un exemple d'aquesta mobilitat però no en el context que no tenia res i vaig emigrar. Vaig tenir la millor educació al meu país, l'Índia, després vaig completar els meus estudis a Londres i Nova York, ara visc a Suècia... Aquesta mobilitat és un tema que tot el món ha de plantejar-se. Per exemple, ara treballo en un projecte de recerca que connecta divuit països i que implica a setze organitzacions alhora, des de Singapur als Estats Units. Avui en dia no cal anar d'un lloc a l'altre, amb els mitjans que tenim, podem treballar des de casa i reunir-nos un cop a l'any. Òbviament, això no és així en ambients menys privilegiats. En general, la mobilitat avui dia és més fàcil, més accessible i més probable per la població. Els sistemes de salut es veuran afectats per la mobilitat i s'haurà de veure com ho afronten.

**Els sistemes nacionals de salut hauran de canviar molt per adaptar-se al que està venint?** Hi ha països com els Estats Units on has de pagar una assegurança de salut per tenir accés a la sanitat i d'altres, com Suècia, on la sanitat és totalment pública i tens la millor qualitat. Tot i això, recentment el govern suec està pensant també en la privatització. Això és una cosa que estem discutint en el món de la recerca. Hi ha molts països on la gent no té diners per sanitat. Això és un repte perquè els països pobres estan esdevenint cada cop més pobres i això és un cercle viciós perquè si demanen préstecs, els hauran de tornar i amb interessos. La cobertura sanitària universal és el model que s'està intentant desenvolupar en molts dels països del tercer món. Tenim evidència que el sistema sanitari no depèn només de la medicina sinó que són un conjunt de factors multisectorials.

**Per què posa èmfasi en les dones quan parla de la salut global?** Perquè les dones suposen la meitat de la població mundial i si



“Si invertim en les dones, invertim en la família.  
 Continua sent la dona la que cria els fills.  
 Especialment en aquest món globalitzat, donar una  
 educació bàsica a les dones és donar-los ales”

invertim en les dones, invertim en la família. Continua sent la dona la que cria els fills. Especialment en aquest món globalitzat i interconnectat donar una educació bàsica a les dones és donar-los ales. Jo mateixa en sóc un exemple. Jo vaig néixer en un poble molt petit de l'Índia en una família amb cinc germanes i el meu pare

ens va donar una educació diferent a cadascuna i, ara, vivim totes en diferents parts del món. Si ara sóc aquí, és per la meua educació. Puc dir a tothom, sense oblidar d'on vinc, que en educació és on més s'ha d'invertir. Posaria èmfasi en l'educació de les noies per aconseguir que el món sigui un lloc millor.[]

## “Ara tenim una oportunitat enorme per actuar com a líders i contribuir a enfortir el sistema de salut basant-nos en l'evidència científica”

El doctor John N. Lavis és professor i director del Fòrum de Salut i de la Càtedra de Recerca en Sistemes de Salut basats en l'evidència de la Universitat McMaster d'Ontàrio (Canadà) i, a més, és professor adjunt en Salut Global a l'Escola de Salut Pública de Harvard. El passat 15 d'abril, el Dr. Lavis va impartir una ponència en el marc de la celebració de la IV Jornada d'Infermeria i Fisioteràpia organitzada per la Facultat d'Infermeria de la UdL, el Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida i el Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya.

Sota el títol “How to use research to make a difference” (com utilitzar la investigació per marcar la diferència), John Lavis va destacar la importància de que les polítiques de salut es basin en l'evidència i va encoratjar els joves estudiants a liderar aquest canvi de paradigma que ha de conduir a enfortir i millorar els sistemes de salut en tots els àmbits. De la importància de la recerca científica, així com d'altres qüestions, vam parlar amb Lavis, un reconegut expert internacional en determinar els problemes dels sistemes nacionals de salut, així com en implementar solucions òptimes per a donar-los resposta.

**Les decisions polítiques respecte a la salut haurien de tenir en compte la recerca científica. En quin sentit?** La política pública està influenciada per molts factors i la recerca científica n'és un. Sabem que les persones que prenen decisions polítiques treballen amb li-

JOHN  
N. LAVIS

canadá





foto Albert González  
UN PHOTO

mitacions institucionals, tenen els seus propis valors, els valors dels seus partits polítics, estan sotmesos a diferents pressions... i a més, hi ha factors exteriors, com podria ser la situació econòmica, que condicionen les decisions. Per tant, l'evidència científica és només un dels condicionats. Dit això, l'evidència ens pot ajudar de moltes maneres. D'una banda ens pot ajudar a entendre millor el problema i les seves causes, perquè molts països poden afrontar la mateixa qüestió i, per tant, els seus investigadors poden estudiar el problema i trobar-ne les

causes. Per altra banda, l'evidència científica ens pot ajudar a triar entre diferents opcions. Estic pensant, per exemple, en la prescripció de medicaments per part d'algunes infermeres. L'evidència ens pot dir quins són els beneficis d'aquesta opció, els seus costos, els seus perjudicis... Finalment, si decidim triar una opció concreta, l'evidència ens ajudarà a esbrinar quina és la millor manera d'implementar-la. Per tant, l'evidència ens ajuda a entendre el problema, a triar entre diferents opcions i ens ajuda també a escollir l'estratègia d'implementació.



“A cada país les decisions polítiques estan influenciades per molts factors ... però, pel que fa als valors, no crec que hi hagi cap diferència”

**Sembla que els polítics no ho tinguin tan clar com vostè. Creu que els legisladors escolten prou els investigadors?** La dificultat pels legisladors és que la seva interacció amb el món de la investigació sovint no és útil. Moltes vegades quan els polítics interactuen amb els investigadors perquè aquests darrers, per exemple, els presenten un estudi singular sobre un tema que els interessa i, resulta, que l'esmentat estudi pot contestar només una de les vint preguntes que el legislador necessita respondre. Per tant, si tinc un estudi per exemple que demostra

que les infermeres poden prescriure antibiòtics per calmar malalties o infeccions, podem trobar vint estudis més que analitzin aquesta mateixa qüestió però un polític tindrà una visió més ampla. Dirà que, a més, voldria saber la rendibilitat d'aquesta mesura, si hi poden haver perjudicis, si la mesura s'ha implantat ja en algun lloc i amb quines conseqüències, quina és l'evidència de l'aplicació de la mesura, si es permetés la seva aplicació com s'hauria d'implementar... I resulta que l'investigador que s'ha presentat amb el seu estudi no sap què contestar a totes aquestes preguntes perquè ha centrat les seves investigacions només en un tema. Crec, doncs, que el problema no és només a la banda dels legisladors, sinó també a la dels investigadors. Estem molt centrats en estudis únics i no ens centrem en les preguntes que els interessin als polítics. Ells no són conscients de les eines d'investigació que existeixen i que els permetran implementar l'evidència de manera molt eficient. Creuen que prendre cada decisió els costarà sis o deu mesos però, en realitat, algunes d'aquestes cerques es poden fer en minuts o, com a molt, en hores. És probable, doncs, que no en siguin conscients. Un altre factor és que hi ha moltes demandes al mateix temps, competint entre elles, durant el procés de presa de decisions -una d'elles són els interessos dels grups de pressió- i l'evidència s'ha d'encabir dins d'aquesta realitat política. Per tant, crec que el problema és a les dues bandes. Estic convençut, però, que tenim molts bons exemples del fet que si canviem la manera de fer les coses, l'impacte que s'aconsegueix és molt més gran.

**Hi ha la impressió que l'evidència científica només s'implementa si suposa un estalvi de diners.** Els polítics se centren en diferents qüestions. En sentit estricte estan centrats en la reelecció i això els fa estar molt atents a les demandes dels seus votants. Si els seus electors estan pressionant per aconseguir, per exemple, millorar l'atenció hospitalària, molts polítics respondran. No hi ha dubte que si presentes una evidència científica del fet que la implementació d'alguna cosa pot millorar la qualitat i, alhora, reduir costos, els polítics estaran molt contents. Cal tenir en compte que moltes economies de tot el món han passat temps difícils en els darrers cinc anys. És indubtable que els

polítics estan centrats a reduir despeses. Crec que l'evidència pot ajudar molt a l'hora de triar el camí per ser més eficients. Per tant, crec que el tema no és només reduir costos. Si molts polítics en molts països del món basen les seves decisions en l'evidència, s'aconseguirà millorar la salut de la població i, per tant, contribuirà a la sostenibilitat del sistema.

**Quins són els avantatges de fer informes d'evidència previs (evidence briefs). Estalviar diners o centrar-se en el problema?**

Crec que els "evidence briefs" representen un nou enfocament per la investigació. En el passat teníem estudis centrats en només una qüestió i teníem revisions sistemàtiques de com enfocaven el tema. Els informes d'evidència són quelcom diferent. L'informe d'evidència comença amb el problema que el legislador o el gerent té. I, després, torna enrere per establir quin és el problema i les seves causes i, segons això, quines poden ser les opcions per afrontar el tema, quins poden ser els obstacles per implementar les possibles solucions i quines són les estratègies per vèncer aquestes barreres. Per tant, els informes d'evidència mostren totes les proves que els legisladors voldrien veure i responen a totes les preguntes que es fan en primer terme. Malgrat tot, l'informe d'evidència és només una part d'allò que necessitem pel diàleg del qual formaran part els legisladors, els investigadors i els grups de pressió. Els investigadors hem de mantenir-nos fermes en demostrar què signifiquen aquests informes per a nosaltres, tenint en compte que hi haurà altres factors que influiran en la presa de decisions, és a dir, hem de tenir clar quines pressions tenim sobre nosaltres per centrar-nos en unes causes concretes, quines són les pressions que ens fan triar una opció en lloc d'una altra o escollir un procés d'implementació en lloc d'un altre. Per tant, la combinació de l'informe, amb tota l'evidència possible sobre un problema, i el diàleg polític és una barreja molt poderosa. Tot i que, al final, continua sent una elecció dels legisladors que volen ser reelegits democràticament i es troben en posicions difícils però, almenys, d'aquesta manera ens assegurem que l'evidència té una influència clau i ens asseguren que una gran varietat de persones que estaran involucrades i que es veuran afectades per la decisió tindran, realment, l'oportunitat de dir



“L'evidència ens ajuda a entendre el problema i a escollir entre diferents opcions”



què implica prendre aquella decisió concreta en el seu país.

**Vostè identifica els problemes dels sistemes de salut i les seves causes. Quina diferència hi ha entre fer això en països desenvolupats i entre els que es troben en vies de desenvolupament?**

Vam trobar que fer enfocaments idèntics en països com Catalunya o Canadà era prometedors. I el mateix per països com l'Argentina i Uganda. Vam supervisar un estudi sobre 44 països respecte a donar suport a les decisions polítiques basades en l'evidència i van veure que a l'Àfrica els legisladors valoraven molt més els informes d'evidència i el diàleg abans de prendre decisions, més que en països desenvolupats com pot ser el Canadà. A l'Àfrica van introduir respostes ràpides davant un problema concret i, en fer l'avaluació posterior, vam veure que va anar molt bé. Sempre em sorprèn molt les similituds en legislar i la resposta de la gent a les estratègies de donar suport a l'evidència a l'hora de legislar entre els països. Puc estar a l'Argentina, Uganda o Canadà i sento que estic treballant amb els mateixos problemes i les mateixes solucions semblen extremadament prometedores. I per algunes d'aquestes solucions, com els informes d'evidència i els diàlegs polítics, tenim dades molt rigoroses recollides sistemàticament que demostren que aquestes coses es tenen en compte i es tradueixen en bones intencions d'actuar amb el que s'ha après.

**La implementació de mesures sanitàries xoca moltes vegades amb les creences culturals d'algunes societats. Aquest fet és exclusiu de països subdesenvolupats o també es dona en el primer món?**

Crec que en cada país les decisions polítiques estan influenciades per molts factors com he comentat abans. Limitacions institucionals, interessos dels grups de pressió, valors, esdeveniments externs... Pel que fa als valors, no crec que hi hagi cap diferència si comparem Catalunya, el Canadà, Uganda o el Camerun. Els problemes poden ser diferents. Hi haurà temes que seran més sensibles políticament en un lloc o en un altre i aquí és on la cultura i les diferències culturals esdevindran més importants. Però aquest tipus de qüestions són una fracció molt petita del total de decisions que es prenen, són molt visibles i



“El nostre govern (Canadà) té molt en compte l'evidència per prendre decisions i legislar... s'ha produït un canvi espectacular”

causen preocupació, però en un ministeri de salut es prenen centenars de decisions en un any i només una o dues tindran aquesta problemàtica. Per la resta, no trobaríem grans diferències.

**Vostè parla de canvis en la recerca científica des de fa 5 anys. Per què?** Justament fa cinc anys algunes persones de la meua universitat –McMaster University– van començar a preguntar-me perquè feia tota aquesta feina en països en vies de desenvolupament i no feia el mateix al Canadà. En aquell moment la meua resposta va ser que no trobada un ambient receptiu. No veia gens d'interès en el nostre govern per basar les seves decisions en l'evidència i aconseguir així un millor sistema de salut. Llavors la universitat em va dir: perquè no proves d'aplicar aquí aquestes idees que has estat utilitzant per ajudar altres països? I així vam fundar el *McMaster Health Forum*, tot just fa cinc anys. Al mateix temps van començar a produir-se canvis molt importants en el ministeri de sanitat canadenc. Ara, cinc anys després, ens trobem en una situació molt diferent, ja que



el nostre govern té molt en compte l'evidència per prendre decisions i legislar. Per aquest motiu parlo sempre d'un període de cinc anys perquè, si al Canadà s'ha produït aquest canvi tan espectacular en un lustre, això pot passar a qualsevol lloc del món.

**A Espanya podria també produir-se aquest salt qualitatiu?**

No conec en profunditat la situació aquí. Sé que hi ha una forta cultura de recerca entre algunes institucions i grups. No hi ha però, pel que sento, una correspondència forta per part de legisladors o gerents en centrar-se en l'evidència per prendre decisions o legislar. Malgrat això, mai assenyalaria a ningú perquè fa cinc anys hauria dit el mateix sobre els gerents i polítics del Canadà i, a més, hi ha parts del meu país on encara no he vist els canvis que li he explicat. Per tant, la meva sensació és que ara hi ha una oportunitat enorme pels professionals en infermeria, fisioteràpia i altres àrees que haurien d'actuar com a líders i contribuir a enfortir el sistema de salut basant-se en l'evidència científica.[]

ESTUDIANTS PARTICIPEN EN UN DEBAT ORGANITZAT PEL MCMMASTER HEALTH FORUM DE CANADÀ, SOBRE LA INDÚSTRIA DE LA SALUT.

foto McMaster Health Forum





M. FOLGUERA

M. GEA

foto Sara Bobet  
MISSATGES

# DIA MUNDIAL



M. PEIRON

C. MAYAYO

# DE LA INFERMERIA

HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA





L'HOSPITAL UNIVERSITARI Arnau de Vilanova (HUAV) va celebrar, el passat 19 de maig, el Dia Internacional de la Infermeria amb una jornada que, sota el títol, "Excel·lència en cuidatges d'infermeria: Guies de pràctica clínica", va donar a conèixer als assistents el projecte d'excel·lència en cuidatges d'infermeria basats en l'evidència científica i la importància de promoure la seva aplicació que s'està duent a terme. (Vegeu pàgina 66)

La sessió, conduïda per Josep Maria Gutiérrez, infermer supervisor de servei d'Urologia de l'HUAV, va tenir com a ponents Marina Peiron, directora d'Infermeria de l'HUAV; Montserrat Gea, infermera i professora de la Facultat d'Infermeria de la UdL; Mercè Folguera, infermera supervisora del servei de psiquiatria de l'HSM; Carmen Mayayo, infermera cap de la Unitat d'Atenció a l'Usuari de l'HUAV; Anna González, infermera de medicina interna i Domènec Farré, infermer d'oncohematologia.[1]





# Evidència científica i aplicació a la praxis infermera

HOSPITAL COMARCAL DEL PALLARS

# I Jornades d'Actualització en Infermeria



# “Contagiats per l'Excel·lència en Cures”

Montserrat Gea, vicepresidenta del COILL, destaca el seu paper de garants en l'aplicació de les Guies de Bones Pràctiques de la RNAO







text i foto Rafa Gimena  
MISSATGES

**MONTSERRAT GEA, vicepresidenta del COILL, va destacar el paper de garants en l'aplicació de la guia de bones pràctiques de la RNAO.**

"Els professionals de la infermeria són les eines fonamentals per implantar correctament les Guies de pràctica clínica fixades per aconseguir l'acreditació de Centre Compromès amb l'Excel·lència en Cures", així ho va manifestar Montserrat Gea en la conferència del passat 24 de març, en el marc les I Jornades d'Actualització en Infermeria de l'Hospital Comarcal del Pallars (Trem) celebrades a la capital del Pallars Jussà. La infermera, va dir Gea, "és el garant de l'excel·lència en cures de salut perquè és el professional sanitari que està més hores en contacte directe amb el pacient i, per tant, ha de ser capaç de fomentar, facilitar i donar suport a la implantació, avaluació i manteniment, en qualsevol entorn de la pràctica infermera, de les

bones pràctiques en cures, basades en les Guies de la RNAO" (Registered Nurses Association of Ontario). Aquestes guies estan reconegudes a nivell internacional i la seva correcta implantació en un centre de salut atorga, si així es demana, la categoria de Centre d'Excel·lència. En aquest sentit, Gea va anunciar que, de la mateixa manera que la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Lleida, l'Hospital de Santa Maria i l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida ja treballen en aquesta certificació, l'Hospital Comarcal del Pallars serà el primer que es "contagiarà" d'aquesta excel·lència mitjançant la implantació de les guies. (Vegeu pàgina 66)

La conferència va tractar, a més, altres qüestions com la rellevància de la investigació en la pràctica clínica diària, de manera que "tota infermera ha de ser capaç d'utilitzar els resultats de les investigacions i modificar la pràctica d'acord amb les noves descobertes". Cal difondre tots els descobriments, de manera senzilla, perquè tots els professionals de la salut els puguin posar en pràctica. Altres temes abordats



durant la ponència van ser com s'ha d'utilitzar la guia, quins membres la poden desenvolupar, quin és el període de revisió i com s'ha d'analitzar el nivell d'evidència.

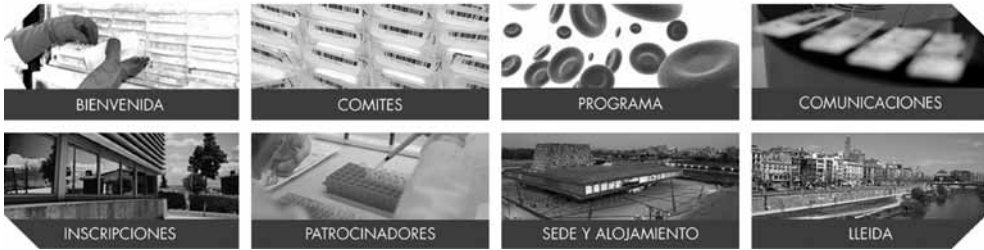
En una primera taula de comunicacions sobre "Educació sanitària a l'alta hospitalària" –amb les infermeres Laura Planchería, Jasmina Perisé, Mireia de Castro, Maria Carretero i moderada per Vanesa Benet–, les ponents van insistir en la importància de la informació i educació del pacient en la seva malaltia per tal d'evitar agreujaments i guanyar autonomia i qualitat de vida. Especialment en el cas de les malalties renals cròniques, pulmonars obstructives, insuficiències cardíagues o diabetis, que han estat les patologies concretes objecte d'aquesta primera roda de ponències.

Les infermeres de planta Cristina Subías i Susanna del Río van presentar, per la seva banda, la Guia per a l'Administració de Medicació Intravenosa al pacient pediàtric, fent especial èmfasi al càlcul de la dosi i la dilució dels fàrmacs.

Anna Corona i Carme Marsol van comentar el vídeo d'una operació de vesícula per laparoscòpia, especificant el protocol establert; en tant que, Rosa Maria Pérez i Maite Elvira, van presentar les dades recollides per la plataforma TPSC 2014 i els resultats d'observacions d'higiene de mans, en el marc d'una ponència sobre la "Seguretat dels Pacients". Pérez i Elvira van destacar la importància de ser proactius i prendre consciència per minimitzar al màxim el risc d'accidents.

A la darrera ponència de la jornada, sobre el "Servei d'Urgència", els infermers Roger Josep, Montse Navarra i Mònica Llussè, van presentar els protocols en cas de codi ictus, hipotèrmia accidental i la pràctica via intraòssia, respectivament.

La cloenda de la jornada va anar a càrrec de la presidenta del Grup de Treball d'Infermeria de l'Hospital Comarcal del Pallars, Cristina Subías.[]



# Taller d'infermeria al congrés nacional de biobancs

**Lleida, del 18 al 21 de noviembre de 2015**

LA CELEBRACIÓ AL NOVENBRE del *VI Congreso de la Red Nacional de Biobancos* portarà a Lleida els principals experts en gestió de mostres i dades associades per a la recerca biomèdica. Dins del programa, i amb la col·laboració del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida, es realitzarà un taller específic adreçat als professionals de la infermeria que estiguin interessats a formar-se en aquest camp.

**PROGRAMA** Sota el lema, "*Nuevos retos y oportunidades de los Biobancos en la investigación clínica*", el congrés s'iniciarà el dimecres dia 18 a La Llotja, amb l'assemblea de la *Plataforma Red Nacional de Biobancos (Instituto de Salud Carlos III)* i diversos tallers.

Dijous, dia 19, les primeres sessions giraran entorn del paper dels biobancs en la investigació clínica i els nous tipus de mostres en assajos oncològics. A la tarda, es tractarà sobre la relació existent entre la investigació clínica i les associ-

acions de pacients, així com dels biobancs com a eina d'investigació.

La darrera jornada, divendres 20 de novembre, estarà dedicada als models de gestió i la indústria biotecnològica. També es preveuen comunicacions orals i pòsters orals, els quals estaran exposats durant tot el congrés.

**INSCRIPCIONS** Les inscripcions formalitzades fins al 2 d'octubre, tindran un preu especial de 180 euros. A partir del 3 d'octubre, el cost serà de 250 euros. En ambdós casos, el preu per taller serà, a més, de 30 euros.

El congrés està organitzat per l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLleida) i la *Plataforma Red Nacional de Biobancos (Instituto de Salud Carlos III)*.

[www.congresobiobancoslleida2015.com](http://www.congresobiobancoslleida2015.com)

text Montse Gimena / MISSATGES

## Institut de Recerca Biomèdica de Lleida

# BioBanc IRBLleida

El BioBanc IRBLleida és la unitat responsable dels processos de recepció, processat, emmagatzematge de les mostres biològiques recollides, per tal de garantir la seva qualitat i traçabi-

litat en el moment de posar-les a disposició de la comunitat científica. En l'actualitat, engloba la investigació biomèdica de Lleida de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, l'Hospital Santa Maria i Universitat de Lleida.

Entre els serveis que aglutina el BioBanc destaquen:

- Gestió de projectes de recerca i/o noves col·leccions.
- Assessorament ètic, científic i legal en el tractament de les mostres i les dades associades: obtenció, processat i emmagatzematge.
- Cessió de mostres biològiques a projectes d'investigació aprovats prèviament pels Comitès –ètic i científic– Externs del BioBanc.
- Seguiment del control de qualitat de les mostres biològiques d'ADN i ARN.
- Processament de teixits congelats.
- Tècniques moleculars: extracció d'àcids nucleics, a partir de sang perifèrica de teixit congelat i parafinat.
- Tincions histològiques.

El biobanc lleidatà té el seu origen en el banc de teixits i materials biològics creat el 2004 per *Acció Especial del Ministerio de Ciencia y Tecnología (SAF2002-10529-E; IP: Xavier Matias-Guiu)*. Posteriorment, l'any 2008, l'*Instituto de Salud Carlos III* va concedir l'ajut *Convenio para la adecuación, mantenimiento y mejora de los biobancos del SNS (Resolució del 7 de novembre 2008; IP: Xavier Matias-Guiu)*, gràcies a la qual es va iniciar el banc de mostres biològiques (sèrum, plasma, sang sencera, DNA i RNA). No fou fins a l'any 2009, que el Biobanc IRBLleida obtingué la RETIC de Biobancs (*Resolució del 4 de desembre 2009 (RD09/0076/00059; IP: Xavier Matias-Guiu)*).

Des de 2013, l'ens forma part de la *Red Nacional de Biobancos (Resolució del 19 de desembre 2013 (PT13/0010/0014; IP: Xavier Matias-Guiu)* i també és membre de la Xarxa Catalana de Bancs de Tumors. Des de 2012 té, a més, la certificació de qualitat UNE EN ISO 9001:2008 i va ser autoritzat pel Departament de Salut el 29 d'abril de 2013. El Biobanc IRBLleida està inscrit al Registre Nacional de Biobancs del *Instituto de Salud Carlos III* i adscrit al Comitè Ètica d'Investigació Clínica de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova.[]



# taller

## IMPULSORS

EL PASSAT MES D'ABRIL, la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Lleida (UdL) va acollir el primer "Taller per a impulsors de les Guies de Bones Pràctiques en Infermeria de la RNAO. L'activitat formativa marca l'inici del programa conjunt de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV), l'Hospital de Santa Maria (HSM) i la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Lleida (UdL) que, com a centres compromesos amb l'excel·lència, preveu la implantació en un període de tres anys (2015-2017) de les guies de la RNAO, en quatre àmbits:

- Atenció orientada al pacient.
- Cuidatges i maneig de l'ostomia.
- Valoració del risc de caigudes i lesions derivades.
- Valoració i prevenció de les nafres per pressió.

### GUIES DE BONES PRÀCTIQUES EN INFERMERIA DE LA RNAO

La convocatòria a Centre Compromès amb l'Excel·lència ve de la mà d'Investén-Isccii (Unidad de Investigación de Cuidados en Salud del Instituto de Salud Carlos III), centre col·laborador de l'Institut Joanna Briggs per a les Cures en Salut Basades en l'Evidència i l'Associació d'Infermeres d'Ontàrio (RNAO-Canadà).[]



INICI DEL TALLER, AMB MERCÈ FOLGUERA, LÍDER DEL PROJECTE D'IMPLANTACIÓ.



EL COILL VA  
PATROCINAR  
L'EDICIÓ DE LES  
GUIES DE LA  
RNAO PER A LA  
FORMACIÓ DE LES  
INFERMERES

CSdE

CARMEN MAYAYO, RESPONSABLE  
DE LA GUIA D'ATENCIÓ ORIENTADA AL  
PACIENT, AMB ALUMNES DEL TALLER.

foto Nathalie Narazas/MISSATGES

2018 JUNY nf 67

# Internacionalització de

# Programa de mobilitat

**INTERNACIONALITZAR LA DOCÈNCIA i la investigació és una de les estratègies de la Facultat d'Infermeria de la UdL que contribuirà, sens dubte, a millorar la qualitat, tant de la docència com de la recerca.**

Consolidar la institució a nivell internacional, objectiu que contempla el Pla Operatiu de la Facultat d'Infermeria 2013-2016, proporciona prestigi al Grau d'Infermeria de la UdL i, també, als estudis de postgrau i màsters que des de la facultat es puguin oferir. Per tot això, atreure estudiants de la resta d'universitats de l'estat i, especialment, de l'estranger s'ha convertit en un objectiu primordial per la Facultat d'Infermeria. Acollir estudiants d'arreu, dins del Grau d'Infermeria o en els estudis de màster, revaloritza la facultat.

Per això, en els darrers anys la Facultat ha ampliat el número de convenis per la mobilitat i es reben estudiants de diferents universitats europees, així com de la resta del món. En l'àmbit europeu i amb programa Erasmus, els convenis són amb: Bèlgica, Itàlia, República Checa, Finlàndia, Malta, Polònia i Portugal. Fora d'Europa, hi ha convenis amb l'Argentina, Xile, Mèxic, els Estats Units, el Brasil i Corea.

Durant el darrer curs acadèmic han estat onze els estudiants d'arreu del món que han triat la Facultat d'Infermeria de la UdL per completar la seva formació teòrica i, sobretot, pràctica. I és que la majoria han fet una estada per realitzar les pràctiques clíniques i, des de la Facultat, s'intenta atendre les seves demandes i interessos. Segons la Dra. Carmen Nuin, vicedegana de la Facultat d'Infermeria i coordinadora de

Relacions Internacionals, les pràctiques "permeten els estudiants conèixer el nostre sistema sanitari i, en especial, els permeten aprofundir en el paper de la infermera en el procés d'atenció a la salut i la malaltia".

Les estades dels estudiants estrangers es coordinen gràcies a les professores associades de pràctiques, que són les que tutel·len els alumnes, tot que els estudiants tenen uns tutors en els centres sanitaris on són destinats. Aquests tutors són infermeres i infermers que actuen com a guies en el procés d'aprenentatge dels estudiants en la seva estada a Lleida i que tenen un paper fonamental en la seva formació.

Per conèixer de primera mà l'experiència de formar part del programa de mobilitat de la Facultat d'Infermeria de la UdL, la revista INF ha parlat amb diferents estudiants estrangers i també, amb algunes de les infermeres que han supervisat les seves pràctiques clíniques.

## entrevistem els estudiants

**Xile, França, Itàlia o la República Txeca són els països de procedència d'alguns dels estudiants que, aquest curs acadèmic, ha acollit el programa de mobilitat de la Facultat d'Infermeria de la UdL. Alguns van venir a Lleida per elecció pròpia, però d'altres hi van arribar per casualitat. Després de l'experiència, tots estan molt satisfets de que el destí els conduís a la capital del Segrià d'on s'enduen molt més**





CARMEN NUIN AMB ALGUNS DELS ALUMNES DEL PROGRAMA DE MOBILITAT.

**del que haurien imaginat. Carolina, Federico, Paul, Karinna, Lissette, Silvia i Marie expliquen la seva vivència de la què destaquen el magnífic tracte dels professors, la bona organització universitària o l'excel·lent aprenentatge que han tingut amb els seus tutors. I és que Lleida omple ja un capítol de la seva vida.**

**Què us va portar al programa de mobilitat per realitzar les pràctiques clíniques i, concretament, a la Universitat de Lleida?**

**Carolina Andrea Muñoz:** Va ser a través de la Universidad Mayor de Santiago de Chile, lloc on vaig estudiar i vaig obtenir la informació sobre el programa de mobilitat estudiantil. Des del departament de relacions internacionals de la meua universitat es va contactar amb les institucions seleccionades a Espanya per poder realitzar les meves pràctiques clíniques. En principi, vaig seleccionar tres universitats: en primer lloc

Girona, segon Lleida i, finalment, Navarra. Quan tenia a punt tots els tràmits per anar a Girona, em van comunicar que no seria possible realitzar l'intercanvi estudiantil en aquest lloc i, llavors, vaig venir a Lleida. Crec que, sens dubte, no existeixen les casualitats. Aquí he complert els meus propòsits, tant en l'àmbit personal com professional, i estic convençuda que estava destinada a realitzar la meua mobilitat estudiantil en aquest lloc.

**Federico Cremones:** Vaig saber del programa de mobilitat a través dels meus companys de curs i la meua professora. Vaig triar Lleida perquè, com volia anar a Espanya, entre les ciutats possibles per realitzar el programa de mobilitat, era la més còmoda.

**Paul Tison:** Després d'una estada de dos mesos a l'Àfrica que vaig fer el segon any de l'Escola d'Infermeria, volia fer una altra mobilitat de tres mesos en el tercer any de carrera. Com només era possible fer-la a Europa, vaig triar Espanya perquè m'encanta aquest país i parlo



una mica l'idioma. Em vaig inscriure tard i només quedava Lleida com a destinació. Avui dia, no em penedeixo en absolut d'aquest retard perquè aquesta ciutat és magnífica.

**Karinna Morales:** Durant la meua carrera, sempre vaig voler viure l'experiència d'intercanvi. Sempre vaig pensar en Europa i, concretament, en Espanya, per ser un país de parla hispana. Això em tranquil·litzava per a la realització de les meves pràctiques clíniques, ja que disminuïa la possibilitat de greus errors envers un pacient, per no entendre una indicació. Respecte a la Universitat de Lleida, la vaig escollir per la seva proximitat a Barcelona i per aprendre català.

**Lisette Valdivia:** M'interessava tenir experiències diferents respecte al que és Infermeria en altres països. Volia conèixer i entendre un altre tipus de pacients, amb altres necessitats i expectatives en l'atenció de la salut. Tenia també interessos personals de viatjar i relacionar-me amb un altre tipus de gent i submergir-me en una altra cultura. La meua elecció de la Universitat de Lleida va ser perquè mai havia estat escollida per estudiants de la meua universitat i, per això, em cridava l'atenció. A més, està a Catalunya que era el lloc que més il·lusió em feia conèixer.

**Silvia Zanetti:** Tenia interès a conèixer una altra cultura, aprendre espanyol, comparar les diferències en el treball diari d'infermeria entre Itàlia i altres països. Per tot això em vaig decidir a sol·licitar el programa de mobilitat. Concretament vaig triar la Universitat de Lleida perquè, entre les opcions que tenia dins d'Espanya, geogràficament era una ciutat molt propera a Barcelona.

**Marie M. Šimková:** Sempre vaig somiar a fer pràctiques clíniques en països diferents per poder conèixer diferents sistemes sanitaris, aprendre idiomes, conèixer gent i cultures diferents, aprendre el millor per a utilitzar-lo de la millor manera possible. L'elecció de Lleida va ser perquè, de les universitats que em van oferir, va ser la primera que se'm va acudir i, a més, vaig veure que es parlava el català a més del castellà, i em va interessar.

**Què destacarieu de la formació pràctica adquirida aquest curs i de l'entorn d'aprenentatge que heu trobat?**

**Carolina Andrea Muñoz:** Sens dubte, m'agra-

daria destacar la dedicació dels professionals d'infermeria amb els què he fet les pràctiques clíniques. La disponibilitat d'ensenyar de forma compromesa i amable, brindant les millors oportunitats per assolir un bon aprenentatge.

**Federico Cremones:** M'agradaria comentar que, de vegades, he tingut dificultats per no entendre el català, sobretot, a l'hora d'escriure o llegir. D'altra banda, és important que els infermers no considerin errònies les tècniques que els estudiants d'intercanvi han après en el seu país d'origen.

**Paul Tison:** La formació pràctica és igual que a França, encara que hi ha algunes coses diferents com ara la higiene que és molt més estricta a França. El programa de mobilitat m'ha permès aprendre una nova organització en el treball, fer cures en un idioma diferent i amb diferents costums. L'intercanvi cultural ha estat una oportunitat de la què no em penedeixo.

**Karinna Morales:** Crec que, en comparació amb el que és la infermeria a Xile, he vist un equip molt més unit i transversal, és a dir, no hi ha grans diferències entre els diferents professionals de l'equip i es complementen en la seva acció.

**Lisette Valdivia:** Destaco l'esperit de treball en equip que he vist en les meves pràctiques clíniques, ja que és una cosa de la qual es parla durant tota la carrera. No obstant això, en les meves pràctiques a Xile, mai el vaig veure i aquí l'ambient laboral és generós, empàtic i productiu. A més, el tracte cap als estudiants afavoreix l'aprenentatge i no és només una instància per a l'aplicació dels coneixements que he adquirit durant la carrera, sinó que també he trobat l'espai per a desenvolupar la meua personalitat professional, aplicar el meu criteri i les meves opinions com a persona.

**Silvia Zanetti:** Com a punt negatiu destacaria que les tècniques d'infermeria realitzades durant algunes pràctiques són tasques de primer curs, per exemple: glucèmies, TA... En canvi, pel que fa a l'entorn de treball, m'he sentit ben acollida a l'hora d'ajudar-me i ensenyar-me.

**Marie M. Šimková:** Cada dia vaig aprendre alguna cosa en les pràctiques amb la gent de la universitat, els serveis de l'hospital i els pacients. M'agradaria destacar, sobretot, l'atenció de les persones que em van ajudar en la meua estada, tractant-me com si fos un dels seus estudiants



o un membre més del seu equip (sempre amb molta paciència, ensenyant-me tot el necessari i ajudant-me amb l'idioma). Agraieixo molt la seva col·laboració, són un bon equip. Gràcies al seu ajut vaig aprendre moltíssim, teoria i pràctica, i vaig millorar el que ja sabia. Vaig aprendre, a més, que aquesta professió no és una feina sinó una vocació on cal escoltar, donar suport en el sofriment, fer broma en els moments adequats, comportar-se de manera ètica, estar atent a cada moment, fer bé la feina i sense pressa... perquè tot pot influir en la vida de les persones que estan en aquesta fase de la seva vida i que depenen de nosaltres. També em van integrar a l'equip i vaig aprendre a no tenir por d'enfrontar-me a noves situacions i pacients. En definitiva, em van ensenyar que sí un vol, pot.

### **Expliqueu-nos alguna cosa que us hagin ensenyat els professionals i alguna cosa que hagueu après dels pacients.**

**Carolina Andrea Muñoz:** Els professionals de Lleida m'han ensenyat la importància d'un bon tracte. Al meu país hi ha molta competència professional i crec que els desafiaments són bons mentre no excedeixin els límits normals. Quan un professional ensenya amb la millor disposició i amabilitat, l'alumne té més facilitat per comprendre el missatge i seguir amb interès i el millor ànim cada pràctica clínica. Dels pacients aprenc cada dia la importància de donar amor. La infermeria és un art que ens brinda l'oportunitat com a professionals d'experimentar la reciprocitat de l'amor. Ajudar el pacient en el seu dolor i, alhora, rebre la seva gratitud, és la recompensa més gran que es pot experimentar com a professional de la salut.

**Federico Cremones:** Dels professionals he après a poder expressar i verbalitzar la meua opinió sobre tècniques i decisions que han de prendre pacients i familiars. I, pel que fa als pacients en

concret, he après que, de vegades, es pot sentir més afecte del que un es pensa.

**Paul Tison:** A Espanya la prevenció de les úlceres per pressió està molt present, cosa que no passa a França. També he après a retirar drenatges de Redon després de la cirurgia. Pel que fa als pacients, aquests m'han ajudat a progressar amb l'idioma. Parlant amb ells he corregit molt el meu espanyol. A més, em van aconsellar per visitar diferents llocs.

**Karina Morales:** Els professionals em van ensenyar que per aprendre no cal ser estricte, ni interrogar de manera exhaustiva. Sino que, més aviat, cal incloure l'estudiant en la pràctica i ajudar-lo com un supervisor. Dels pacients vaig aprendre que no importen les diferències d'idioma o cultura, ja que si dones un bon servei i atenció, sempre hi haurà un somriure i tindrà una bona relació.

**Lisette Valdivia:** Els professionals em van ensenyar la importància del treball en equip i la relació lineal entre professionals. He vist molta vocació de servei, la qual cosa em va motivar i inspirar per buscar l'àrea més indicada per treballar en el futur. Dels pacients, em va sorprendre l'empoderament i el paper que tenen els pares espanyols en els tractaments dels seus fills. Vaig veure un equilibri en la realització de les tasques de la paternitat i és una cosa que em va cridar molt l'atenció i em va agradar, ja que a Xile és molt estrany veure els pares encarregant-se de portar els seus fills al metge, a consulta o veure'ls tan interessats i informats, ja que sempre són les mares les que ho fan.

**Silvia Zanetti:** Dels professionals he après molts medicaments que són diferents als d'Itàlia i també diferents formes de realitzar les cures. M'ha cridat l'atenció la figura del zelador, ja que aquest lloc de treball no existeix a Itàlia perquè les seves funcions les duen a terme les auxiliars d'infermeria.



**Marie M. Šimková:** Els professionals em van ensenyar a estar segura del que faig i a transformar el coneixement teòric en pràctica. Vaig aprendre que m'he de formar sempre, cada dia, i que cal aprendre dels errors. Cal fer el correcte, sense presses, encara que hi hagi la necessitat d'actuar ràpid de vegades. He après que he d'estar oberta a aprendre tota la vida.

### Com heu viscut el contacte amb el sofriment? Heu sabut controlar el nivell d'implicació amb els pacients?

**Carolina Andrea Muñoz:** Tant en la meva experiència a Xile com a Espanya, el contacte amb el sofriment és constant. Treballar en l'àrea de la salut implica conèixer diferents dimensions del dolor. Ens trobem sovint amb pacients amb un estat de salut complicat, i són aquests moments de fragilitat com a éssers humans en què ens adonem que la vida pot canviar en un minut o menys, i és llavors quan pensem que aquest pacient que cuidem podem ser nosaltres mateixos o un familiar. Per això hem de ser forts, per controlar les nostres emocions i brindar així seguretat al pacient, sense oblidar que no és bo refredar o endurir el cor del tot, ja que la sensibilitat pròpia és la que genera el bon ànim per oferir la millor cura i atenció d'infermeria.

**Federico Cremones:** Després de 3 anys de pràctica al meu país, estic acostumat a la malaltia i ho he viscut aquí tal com ho vivia a Itàlia. Puc controlar el meu nivell d'implicació i si alguna cosa m'afecta per primera vegada, marxo una estona i la segona vegada, ja no.

**Paul Tison:** Els medicaments són els mateixos que a França, el que canvia és la pronunciació. Pel que fa al patiment, és controlable si el sabem administrar. El dolor és una cosa que s'entén ràpidament, fins i tot en un idioma estranger.

**Karina Morales:** Al meu parer, sí. Moltes vegades hi ha pacients amb els quals s'aconsegueix

una relació més estreta, de manera que no es pot evitar involucrar els sentiments. Sobretot, quan la relació d'una infermera no només és amb el pacient, sinó que també amb la seva família. No obstant això, crec que és important aconseguir mantenir el paper d'infermera, tot i les situacions que es presentin durant la pràctica, contenint a la família i aconseguint el bon maneig de la situació a nivell d'atenció de salut.

**Lissette Valdivia:** De vegades, és difícil separar les emocions en arribar a casa. És normal que comentem amb la nostra família o amb els nostres companys de pis, en aquest cas, el que fem a l'hospital. Així, que moltes vegades, encara que no vulguem, les situacions en el treball ens afecten en la nostra vida personal, però, això no és una cosa perjudicial sempre i afavoreix una connexió més profunda amb els nostres pacients.

**Silvia Zanetti:** Sí, ja que les patologies són les mateixes que a Itàlia i ja havia tingut contacte amb el sofriment, per això he sabut controlar el meu nivell d'implicació amb els pacients. Només destacaria que, en alguns moments, m'ha costat una mica més comunicar-me amb els pacients i dir el que voldria per l'idioma.

**Marie M. Šimková:** El sofriment significa una cosa diferent segons la cultura o religió. Uns veuen el sofriment com a raó, altres com un mitjà, altres com un càstig i altres com l'impuls per ser més fort. Depèn. El sofriment pot ser corporal però també mental. En primer lloc sóc conscient que el dolor és un estat d'alarma que prepara el pacient per a alguna cosa que podria ser més greu. Només puc pensar en quin grau puc disminuir aquest dolor per donar-li al pacient l'esperança de seguir lluitant per buscar una certa estabilitat. El patiment dels pacients m'afecta emocionalment sempre. És una cosa a la qual l'equip d'un hospital s'enfronta cada dia, per això intento trobar un bon equilibri per

no patir jo i poder ajudar els pacients adequadament. He après que se suporta millor la por que la desesperació.

### **Què us emporteu a casa d'aquests mesos a Lleida, tant a nivell de formació com a nivell personal?**

**Carolina Andrea Muñoz:** A nivell de formació, m'emporto una enorme gratitud, tant vers la meva tutora de la universitat com vers les infermeres de cada servei que m'han brindat les millors oportunitats d'aprenentatge. Vull destacar la meva estada al servei d'hemodiàlisi a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, lloc on he realitzat les pràctiques. A nivell personal he complert els meus objectius. Aquests mesos han estat de gran creixement personal, ja que estar lluny de la família ha requerit un major esforç per assolir les metes proposades.

**Federico Cremones:** M'emporto seguretat, la capacitat d'enfrontar-me a coses i tècniques noves a la feina i, més en general, enfrontar-me a totes les situacions que la vida em pot portar. A més m'enduc moltes persones i, sobretot, molts records.

**Paul Tison:** Crec que he millorat molt en la manera de tenir cura de les persones i ara em sento capaç de ser infermer. M'enduc records dels viatges que he fet en aquest país i de la gent que hi he conegut. He trobat professionals de la salut molt cooperadors i pacients que, si ha calgut, m'han explicat moltes vegades el que potser no havia entès bé per culpa de l'idioma.

**Karinna Morales:** Crec que enumerar el que m'emporto no hi cap en aquesta resposta. Per a mi aquesta experiència ha canviat la meva vida, no només he conegut una nova cultura i llengua que eren els meus objectius principals, sinó que també m'enduc un munt d'experiències enriquidores, nous amics i, pràcticament, una nova família com ho són molts dels nois d'Erasmus amb qui he compartit aquesta estada. Tot això, sense oblidar els llocs tan macos que he conegut. D'ara endavant, no puc imaginar la meva vida sense viatjar.

**Lisette Valdivia:** Durant aquest període he adquirit molts aprenentatges, tècniques noves... Vaig aprendre a treballar amb altres materials i a comprendre un altre sistema de salut que, moltes vegades, funciona millor que el que coneixia. A nivell personal, m'emporto molts amics

als quals ja trobo a faltar, professors d'hospital inoblidables i exemplars, i moments únics que només s'experimenten estant lluny de casa.

**Silvia Zanetti:** A nivell personal ha estat una experiència molt interessant perquè he après a viure sola, a saber-me defensar en una ciutat on no coneixia ningú, ni dominava l'idioma. I, a més, he conegut molta gent de cultures diferents. A nivell professional, he conegut nous medicaments, diferents maneres de fer cures i una organització diferent de les tasques del personal sanitari.

**Marie M. Šimková:** Aquesta experiència m'ha copsat molt. Les meves pràctiques a Lleida m'han enriquit i ho recordaré sempre. He trobat un sistema de salut diferent, altres maneres, noves mirades, millors idees. He tingut la sort de trobar sempre bona gent, assistir a bones classes i formar part d'un bon equip. M'ha agradat la manera com m'han ensenyat la teoria per, immediatament després, donar-me el suport per posar-la en pràctica a l'hospital. El sistema d'ensenyar aquí és molt bo perquè no hi ha tanta pressa com al meu país. En altres llocs que he visitat no es treballa igual. Aquí el pacient és el centre, el seu benestar és la meta per a les infermeres, metges i auxiliars. No només és treball o diagnòstic, sinó que es busca donar al pacient el millor tracte, la dignitat humana. Malmetre la dignitat és molt fàcil i reparar el dany és el més difícil del món. M'emporto a casa les converses amb els pacients, molts records de les millors infermeres i infermers i de bons metges.

### **Per què recomanariu a un estudiant del vostre país que esculli el programa de mobilitat de la Facultat d'Infermeria de la UdL?**

**Carolina Andrea Muñoz:** Crec que hi ha moltes coses bones per recomanar la mobilitat de la Facultat d'Infermeria de la UdL. Primer parlaria de la ciutat. Lleida és un lloc encantador amb un riu en el qual pots fer moltes activitats, des de trobar-te amb els teus amics per fer esport o senzillament sortir a caminar sola per a relaxar-te i gaudir del paisatge amb vistes a un bonic castell. Lleida és una ciutat petita, de manera que no gastes en transport i arribes caminant a qualsevol lloc.

Per arribar a les meves pràctiques en els diferents hospitals no tardava més de 30 minuts a



arribar a peu. I ho esmento perquè és un estalvi en diners i temps, tots dos fonamentals en el teu dia a dia. Una altra recomanació seria esmentar a la meua tutora de la facultat, la doctora Carmen Nuin, una persona propera que ha respost cadascuna de les meves preguntes, sol·licituds i, també, dificultats. Realment l'acollida ha estat meravellosa i m'he sentit com a casa. He après molt en les pràctiques, tant en l'àmbit professional com personal. Els diferents hospitals m'han ofert molt coneixement en infermeria i, també els diferents professionals de la salut, amb una disponibilitat absoluta, han estat clau en l'aprenentatge adquirit. La meua mobilitat estava en una altra ciutat d'Espanya però crec que, el destí em va portar a la UdL i ha estat el millor que em podia passar. Era el meu lloc i em sento afortunada de tot el creixement que he aconseguit.

**Federico Cremones:** Li diria que passi uns mesos a l'estranger i que provi l'experiència de viure sol, sense conèixer res. I li diria que a Lleida trobarà tot el que necessita i que pot aprofitar l'estada per viatjar a molts altres llocs.

**Paul Tison:** L'organització d'aquesta universitat és molt bona. Et sents còmode amb tota la gent de l'oficina de mobilitat. Aquesta és una ciutat molt bonica amb molts estudiants, la qual cosa permet passar una bona estada. Els professionals de pràctiques són molt amables i ens aprecien molt. És una destinació ideal per fer les pràctiques.

**Karina Morales:** Crec que tota persona ha de viure aquest tipus d'experiències, ja que allunyar-te del teu medi habitual, de la teua zona de confort, fa que aconseguis conèixer molt més, tant en el món com a nivell personal. Si algú sent la inquietud de viatjar i viure una cosa així, simplement ho ha de fer perquè mai se'n penedirà.

**Lisette Valdivia:** Diria que és una universitat que respon a les necessitats dels alumnes. Dóna solucions, busca el millor per a la teua formació, són bons guies i molt acollidors. També, al ser una universitat d'una ciutat petita, es creen relacions més properes amb companys i personal docent. Hi ha un ambient molt més familiar que en una universitat d'una gran ciutat.

**Silvia Zanetti:** Recomana el programa de mobilitat de la Facultat d'Infermeria de la UdL perquè tots els tutors de la universitat es van

mostrar molt disponibles. A més, perquè és una ciutat petita i, a l'hospital, els infermers i infermeres tenen sempre temps per explicar-te el que necessites.

**Marie M. Šimková:** Mai abans m'havia sentit tan ben rebuda. Em van tractar molt bé a l'hospital on vaig trobar excel·lents professionals, estudiants, pacients... Això és molt important per a sentir-se bé i no desmotivar-se. Jo vaig tenir bons companys, bons professors i directores. És una experiència que recomanaria a tothom, ja que gràcies a ella vaig conèixer persones de tot el món, amb diferents cultures i diferents idiomes. Recomano realitzar aquest programa de mobilitat perquè tot ha tingut un efecte positiu i m'he sentit molt ben tractada. Recordaré sempre els dies de pluja, el viatge amb autobús a la universitat, el meu treball a l'hospital... i, sobretot, la gent de Lleida.

## entrevistem les tutores

**Ana Usón, Estefanía Ruiz, Mariona Romero, Susana Pérez i Ester Lahoz són infermeres de diferents centres de salut de la ciutat de Lleida. A les seves tasques diàries s'ha afegit la responsabilitat de tutelar estudiants de mobilitat d'altres països vinguts a Lleida per fer les seves pràctiques dins del Grau d'Infermeria. Satisfacció personal, creixement professional o experiència gratificant i enriquidora, són algunes de les expressions que utilitzen aquestes professionals per parlar de la seva experiència com a tutores que ha estat, per totes, molt positiva.**

**Quin nivell de formació heu trobat en els estudiants de mobilitat?**

Ana Usón

Infermera del Servei de Nefrologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

El nivell de formació que he trobat en els estudiants de mobilitat m'ha sorprès. Són estudiants que tenen els conceptes molt clars. He de dir també que, en el meu cas, la unitat en la qual treballa és molt específica



PART DE L'EQUIP DOCENT DE LA FACULTAT D'INFERMERIA DE LLEIDA.

i, de vegades, no és molt coneguda. Malgrat això, tota aquesta manca de coneixement es compensa amb la bona actitud i les ganes d'aprendre que els estudiants tutelats han demostrat.

**Estefanía Ruiz**

Infermera d'Urgències de l'Hospital Montserrat de Lleida

En general, el nivell de formació, era bastant comparable als alumnes de Lleida. Lògicament, amb les diferències en la realització d'algunes tècniques o en la manera de treballar en el dia a dia.

**Mariona Romero**

Infermera de l'àrea d'Urgències de la Clínica Perpetuo Socorro de Lleida

El nivell ha estat divers. Hi havia estudiants molt ben preparats i n'hi havia d'altres que han tingut més dificultats per prendre decisions o per fer determinades actuacions. En aquest sentit, val a dir que l'idioma ha estat una dificultat afegida durant el primer contacte amb el servei o amb els pacients. Tot i això, a mesura que passaven els dies, es va notar ja una millora a l'hora de prendre la iniciativa, de preguntar o d'actuar. En l'àrea d'Urgències és molt important saber observar i escoltar els pacients per, posteriorment, tenir clar quines actuacions o prioritats té cada pacient. Les tècniques realitzades han tingut certa dificultat, ja que els estudiants no tenien molta experiència en l'àmbit professional. Tot i això, he trobat sempre molt interès per la seva part i, sobretot, iniciativa a l'hora d'actuar davant el pacient. En definitiva, crec que

tots els estudiants en finalitzar les pràctiques han après com han d'actuar en aquesta àrea.

**Susana Pérez Osuna**

Infermera de l'àrea de Pediatria del CAP Primer de Maig de Lleida

En aquesta ocasió, l'estudiant que he rebut tenia molta més formació sobre la pediatria que la que tenen els nostres estudiants. La raó ha estat que, segons el pla d'estudis d'aquesta estudiant, ja des de tercer curs havia fet l'elecció de l'especialitat i les seves pràctiques han estat centrades només en l'àrea escollida, en aquest cas Pediatria dins de l'Atenció Primària.

**Ester Lahoz**

Infermera de l'àrea d'Hospitalització de l'Hospital de Santa Maria de Lleida

El nivell varia segons la pràctica clínica de cada país, es pot veure diferències de praxis d'alumnes d'un mateix curs però de diferents països. No obstant el nivell dels alumnes han estat assequible.

### **Com han assumit els alumnes la complexitat de la pràctica clínica diària?**

**Ana Usón**: Bé, amb moltes ganes d'aprendre. Potser perquè es tracta d'una tècnica que no és molt coneguda.

**Estefanía Ruiz**: S'han integrat perfectament amb l'equip de l'hospital. De vegades es mostaven sorpresos per les diferències que hi podia haver a l'hora de la realització del nostre treball, però sempre es mostraven amb ganes de fer coses noves.

**Mariona Romero:** Dintre del servei d'urgències hi ha una complexitat diversa en relació a la pràctica clínica dels pacients. En l'última setmana de pràctiques els estudiants han après les actuacions adients, juntament amb la preparació del material.

**Susana Pérez:** Des del meu punt de vista, l'estudiant ha assumit la pràctica clínica amb total normalitat i suposo que, en aquest cas, ella ja havia viscut una pràctica diària al seu país molt més complexa.

**Ester Lahoz:** Segons el país de procedència era més complicat la comunicació entre infermera i pacient i entre nosaltres mateixes, com a conseqüència la pràctica clínica es complicava bastant. Encara així ens en vam sortir prou bé.

### Heu vist una evolució en els estudiants tutelats? En quin sentit?

**Ana Usón:** He vist una evolució bona, tant en la part personal com professional. El tracte que tenen amb el pacient és molt bo, ja que en aquesta unitat això és fonamental. La veritat és que tots ho han aconseguit i ho han fet molt bé. Pel que fa a l'aspecte professional he pogut apreciar l'evolució de cadascun d'ells, malgrat el poc temps que han estat amb mi. Em refereixo a poc temps perquè la diàlisi peritoneal és la gran oblidada. Tot i així, estic molt contenta de tots ells, ja que han arribat a realitzar algunes tècniques per si sols.

**Estefanía Ruiz:** L'evolució ha estat sempre positiva. M'he trobat amb alumnes amb moltes ganes d'aprendre i, al final del període de pràctiques, gairebé eren com un altre company més de la unitat.

**Mariona Romero:** Al principi, durant la primera setmana, els estudiants es van ubicar en l'àrea d'urgències i van dedicar-se a observar els casos clínics: simptomatologia, actuacions i evolució dels pacients. Va ser un moment per familiaritzar-se amb l'entorn de treball dintre de les tècniques i coneixements.

**Susana Pérez:** La veritat és que hem pogut compartir molts pocs dies (només l'he tutelat dues setmanes). La seva actitud ha estat molt activa, sempre intentant conèixer al màxim els nostres recursos, tractaments i, sobretot, les diferències que hi ha respecte a tot el que havia conegut fins aquell moment. El *feed-back* que hem mantingut ha estat molt enriquidor.

**Ester Lahoz:** En aquesta pregunta la resposta hauria de ser individualitzada per a cada alumne, ja que segons les ganes d'aprendre de cadascun, l'evolució era major o menor.

### Què us aporta aquesta experiència a nivell professional i personal?

**Ana Usón:** A nivell professional és un repte poder portar els coneixements d'aquesta tècnica a futurs professionals. I a nivell personal, és una gran satisfacció poder aconseguir que ells tinguin coneixement de la diàlisi peritoneal i, al mateix temps, poder veure altres formes de treballar de diferents països i, d'aquesta manera, aprendre de tots ells.

**Estefanía Ruiz:** Dóna sempre l'oportunitat d'aprendre i créixer professionalment perquè, encara que vagis acumulant anys de pràctica, sempre va bé veure el teu treball des d'una altra perspectiva i afegir noves experiències.

**Mariona Romero:** Tant a nivell personal com professional, he de dir que ha estat una experiència gratificant. Gràcies a la infermeria he conegut altres cultures i diferents maneres de fer. Tot i que, de vegades, ha estat difícil entendre's o bé ha costat que entenguessin què volia explicar-los. Malgrat tot, no hi ha hagut cap problema, ja que la relació ha estat molt bona a nivell professional i personal. Les ganes d'aprendre dels estudiants han fet la situació més agradable, sobretot a l'hora d'ensenyar-los qualsevol qüestió.

**Susana Pérez:** Aquesta ha estat la meva primera experiència amb un estudiant de mobilitat i, com ja he comentat abans, ha estat molt enriquidora. Hi ha hagut molt intercanvi de coneixements entre nosaltres pel que fa a protocols, actuacions i tractament. Nosaltres com a tutors sempre acabem aprenent coses noves.

**Ester Lahoz:** A nivell professional, sentim una gran il·lusió en veure com els alumnes posen en praxis els coneixements que l'equip sanitari els ha pogut ensenyar i resolen els dubtes que poguessin tenir en l'àmbit laboral.

A nivell personal, suposa aprendre de cadascun d'ells, ja que no solament aprenen ells, sinó que també nosaltres.[]

# MASTER INTERUNIVERSITARI\*

## RECERCA EN SALUT

### ANTIC MÀSTER EN CIÈNCIES DE LA INFERMERIA

**UVIC**  
UNIVERSITAT  
DE VIC  
FACULTAT DE  
CIÈNCIES DE LA SALUT  
I EL BENESTAR



Universitat de Lleida  
Facultat d'Infermeria

\*Pendent de verificació

formació

## PER LA UNIVERSITAT DE LLEIDA I LA UNIVERSITAT DE VIC-UCC

Es tracta d'un màster de caràcter científic que té com a objectiu principal formar els alumnes en aquelles competències relacionades amb l'adquisició de coneixements en matèria de metodologia de la investigació, així com en la seva aplicació en el desenvolupament de la recerca en les ciències de la salut.

### FITXA TÈCNICA

Edició: 4a. edició.

Crèdits: 90 crèdits ETCS.

Calendari: A partir d'octubre de 2015.

Modalitat: Semipresencial.

Lloc: Universitat de Lleida  
i Universitat de Vic-UCC.

Idiomes: Català, castellà i anglès.

Orientació: Recerca.

Coordinació acadèmica:

Montserrat Gea Sánchez.

### A QUI VA DIRIGIT

Titulats de l'àmbit de ciències de la salut: infermeres, fisioterapeutes, psicòlegs, treball social, nutricionistes i dietistes, així com qualsevol altre titulat que vulgui investigar en el camp de la salut.

*El màster dona accés al programa de doctorat en Salut de la Universitat de Lleida, així com al programa de doctorat interuniversitari en Cures Integrals i Serveis en Salut. També dona accés a doctorats dels àmbits nacional i internacional.*

### PLA D'ESTUDIS

#### Mòdul I: METODOLOGIA I EINES D'INVESTIGACIÓ AVANÇADA EN SALUT

Assignatures obligatòries: 6 ETCS/matèria.

- Metodologia en Investigació Quantitativa en Salut.
- Metodologia en Investigació Qualitativa en Salut.
- Cerca i Gestió de la Informació.
- Elaboració i Gestió de Projectes.
- Anàlisi de Dades en la Investigació en Salut 1.
- Anàlisi de Dades en la Investigació en Salut 2.
- Comunicació i Transferència dels Resultats d'Investigació en Salut.

#### Mòdul II: OPTATIVES

Cal superar, com a mínim, dues de les especialitats optatives: 18 ETCS/matèria.

- Especialitat A: Envel·liment Saludable.
- Especialitat B: Recerca Clínica.
- Especialitat C: Investigació en Cronicitat, Polítiques i Pràctiques Socials.
- Especialitat D: Activitat Física, Ocupació i Salut.
- Especialitat E: Alimentació, Salut i Benestar.

#### Mòdul III: TREBALL FINAL DE MÀSTER

Obligatòria: 12 ETCS

- Treball Final de Màster

### Més informació i preinscripcions:

[www.fi.udl.cat](http://www.fi.udl.cat)

[recerca.salut@infermeria.udl.cat](mailto:recerca.salut@infermeria.udl.cat) []



postgrau universitari (12a edició)

# Expert Universitari en Atenció Integral a la persona amb **ferides cròniques**



Universitat de Lleida  
Facultat d'Infermeria

## CONTINGUTS ESPECÍFICS ACADÈMICS

- Curs 2014-2015
- Crèdits: 22 ECTS
- Modalitat formativa:
  - Semipresencial (presencial en un 30% i 70% de treball en grup fora de l'horari presencial).

## COORDINACIÓ

Joan Blanco i Jordi Ballesté  
Tel. 973 702 455  
joan.blanco@infermeria.udl.cat

## ORGANITZACIÓ

ICE - CFC  
C/Jaume II, 71 (Campus de Cappont)  
25001 Lleida  
Tel. 973 703 382  
Fax 973 703 377  
formaciocontinua@ice.udl.cat

## Més informació i preinscripcions:

<http://www.ice.udl.cat/fc/curso/844>

Les úlceres i ferides en general són un tipus de lesió amb les què es troben molts pacients, sobretot d'edat avançada.

Aquest curs proporciona a l'alumne les claus per recrear les condicions fisiològiques més adequades de manera que l'organisme sigui capaç de reposar les perdudes en el menor temps possible, amb les menors seqüeles possibles i intentant que sigui amb el menor cost possible, tant des del punt de vista econòmic, com de l'organisme pròpiament.

El nostre treball doncs consistirà a oferir als interessats la forma d'actuar més adequada d'acord als recursos dels què disposa, però sempre afavorint i respectant la seqüència natural del procés de cicatrització, per al qual és imprescindible conèixe'l al detall.

Adreçat a tots els professionals del món sanitari, ja sigui de l'àmbit hospitalari, residencial o d'atenció al domicili.]]



Universitat de Lleida  
Facultat d'Infermeria

# MASTER UNIVERSITARI EDUCACIÓ PER A LA SALUT (6a edició)

L'Educació per a la Salut (EpS) és una disciplina que es caracteritza per la diversitat de ciències, mètodes, recursos i tècniques que contribueixen, en major o menor mesura, al seu desenvolupament. Això és causa de la complexitat d'actualitzar factors de tipus individual, com la conducta, els coneixements, les actituds i altres de tipus social, com els estils de vida, la cultura o l'educació, que convergeixen en les persones i que determinen la seva qualitat de vida, la salut i la felicitat.

Amb aquest màster es pretén capacitar al professional perquè sigui expert en Educació per a la Salut i pugui respondre com a tal a les demandes sobre aquest tema des dels diferents àmbits d'intervenció.

## A QUI VA DIRIGIT

Als professionals de les ciències de la salut, ciències socials i ciències de l'educació.

## OBJECTIUS

- Adquirir i actualitzar els coneixements, actituds i habilitats del camp de l'EpS.
- Planificar amb eficàcia programes i activitats d'EpS, en l'àmbit individual, familiar, grupal i comunitari.
- Capacitar per a la intervenció reflexiva i crítica en docència i investigació en salut.
- Desenvolupar actituds professionals positives.

## CONTINGUTS

- Fonaments teòrics en EpS.
- Psicologia i pedagogia de la salut.
- Comunicació innovació i creativitat.
- Fonaments metodològics en EpS.
- Metodologia de l'avaluació en EpS.
- Intervenció grupal i comunitària.
- Estratègies de gestió en EpS.
- Treball Fi de Màster.

## ACCÉS AL DOCTORAT

Des del Màster en Educació per a la Salut:

- Els participants amb títol de Grau o Llicenciat, l'accés és directe.
- Els que procedeixen de diplomatures hauran de realitzar els ECTS recomanats com complementaris (segons normativa actual).

## Més informació i preinscripcions:

Tel. 973 702 462

ssaez@infermeria.udl.cat

[www.mastereducaciosalut.udl.cat](http://www.mastereducaciosalut.udl.cat) []

# DIPLOMA DE POSTGRAU EN TERÀPIES NATURALS

PREVENCIÓ DE LA MALALTIA,  
MILLORA DE LA SALUT I DEL  
BENESTAR PERSONAL  
-TERCERA EDICIÓ-



## DIPLOMA DE POSTGRAU EN TERÀPIES NATURALS (3a edició)

Curs dirigit a professionals diplomats o  
llicenciats universitaris del camp de la salut  
Títol propi UdL / 32 crèdits ECTS / Modalitat: Presencial  
Del 7 d'octubre del 2015 al 15 de juny del 2016

## ESPECIALISTA UNIVERSITARI EN TERÀPIES NATURALS (4a edició)

Títol propi UdL / 20 crèdits ECTS / Modalitat: Presencial  
Del 7 d'octubre del 2015 al 6 d'abril del 2016

## TERÀPIES NATURALS FONAMENTS (5a edició)

Títol propi UdL / 10 crèdits ECTS / Modalitat: Presencial  
Del 7 d'octubre del 2015 al 13 de gener del 2016

Cursos dirigits a llicenciats o diplomats preferentment  
del camp de la salut obert a professionals d'altres àmbits

### Preinscripció:

A partir de juny del 2015 a **CFC - UdL**  
C/Jaume II, 71 Campus de Capponet - Tlf: 973 703 382  
formaciocontinua@udl.cat

### Horari: Dimecres de 17h a 21h

Una jornada cada mes en dilluns o dissabte  
Una sortida de camp per cada mòdul, en dissabte

### Preu dels cursos:

**1.900 €** Diploma de Postgrau en Teràpies Naturals  
**1.300 €** Especialista universitari en teràpies naturals  
**650 €** Teràpies naturals - Fonaments

### Lloc del curs: Teràpies Naturals Lleida

Alcalde Sol, núm 5, 25003 Lleida - Telf 973 281 413  
info@terapiasnaturalslleida.com  
terapiasnaturalslleida.com

## PROGRAMA MÒDUL I (d'octubre 2015 a gener 2016)

### Teràpies Naturals Fonaments

- Fonaments de les teràpies naturals
- Criteri naturista: el metge naturista opina
- Dietètica naturista
- Sistema digestiu actual, perspectiva clínica
- Els pilars de la salut: estrès cel·lular - estrès sistèmic
- Kinesiologia
- Teràpies manuals: Reflexoteràpia Podal
- Reeduació Postural Global
- Les plantes medicinals, visitem el seu entorn
- Ment humana i salut:  
Vivència del dolor - expectativa de benestar

## PROGRAMA MÒDUL II (de gener a abril 2016)

### Teràpies Naturals Aplicades

- Fitoteràpia:  
Una eina terapèutica amb passat, present i futur  
Plantes amb més evidència científica  
Principis actius de les plantes medicinals  
Origen, recolecció, qualitat i cultiu  
Aplicació a la consulta d'atenció primària
- Hidroteràpia balneoteràpia geoteràpia i talasoteràpia
- Dejudi terapèutic
- Terapèutica ortomolecular: Complementos oligoelements
- Pensament positiu i relaxació, Feldenkrais, Sofrologia
- Més perspectives: homeopatia, iridologia...

## PROFESSORS:

Sra. Sara Solans infermera màster postgrau de  
medicina natural docent facultat infermeria UdL.

Dr. Pere Ródenas, metge naturista,  
docent U.B.

Dra. Rosa Figueras, metgessa,  
homeòpata i kinesióloga

Dr. Albert Samó, psiquiatra i psicoterapeuta

Dra. Montserrat Palacín, metgessa naturista i  
reeduadora postural

Sra. Cristela Busqueta experta en  
preparats de plantes medicinals

Dr. Josep M<sup>e</sup> Reñé, digestòleg,  
professor UdL (F. de Medicina)

Dr. Jordi Recasens professor UdL i recerca ETSEA

Dra. Gemma Baulies, pediatra, metgessa naturista,  
màster en fitoteràpia U.B.

Sra. Cova Porta, farmacèutica,  
preparats de farmàcia

Dr. Ramón Rossell, metge estomatóleg

Dr. Josep Antoni Conesa, professor de  
Botànica a UdL, director de l'Arboretum-Jardí  
Botànic de Lleida

Sra. Rosa Maria Torres, infermera,  
màster en fitoteràpia, U.B.

Dr. Carles Alsinet, psicòleg social,  
professor UdL (C. de l'educació)

Sra. Roser Cristóbal, enginyera agrònoma, recursos  
naturals (C. Forestal Tecnològic Catalunya)

Dra. Pepita Macià, metgessa homeòpata

Dr. Rafael Solans metge estomatóleg, màster en  
sofrologia

Sr. Jordi Mauri, psicòleg, kinesióleg

Sra. Gemma Solé, psicòloga, homeòpata

Dr. Santi Giol, metge naturista

Sra. Pilar Velasco, fisioterapeuta professora oficial  
SGA P.Suchard

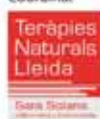
Dra. Marta Serra especialitzada en medicina  
integrativa

Sra. Laura Mestres farmacèutica especialitzada  
en Aromateràpia Científica

## PROGRAMA TERÀPIES NATURALS MÒDUL III (d'abril a juny 2016)

- Kinesiologia: test muscular, el cos respon
- Geobiologia: influència de les geopaties sobre la salut
- Teràpia neural i camps interferents
- Flors de Bach
- Salut de la dona, visió naturista
- Medicina tibetana
- Treball final

Coordina:



Organitza:



Universitat de Lleida  
Centre de Formació Continua

Amb la  
col·laboració de:



COL·LEGI OFICIAL  
D'INFERMERES I INFERMERS  
DE LLEIDA



# MÁSTER EN ENFERMERÍA ESCOLAR

NOVIEMBRE 2015 > MODALIDAD ON-LINE

PIONERO A NIVEL NACIONAL Y CON EL AVAL DE 8 EDICIONES FORMANDO ESPECIALISTAS.

CON UN ENFOQUE MUY PRÁCTICO Y ADAPTADO A LA REALIDAD LABORAL.

TE PREPARA PARA ATENDER LOS NUEVOS PROBLEMAS DE SALUD DE LOS ESCOLARES DESDE LA PROXIMIDAD Y CONOCIMIENTO DEL MEDIO EDUCATIVO, QUE NO PUEDEN SER RESUELTOS POR PADRES Y/O PROFESORES ÚNICAMENTE.

DA RESPUESTA A LA CRECIENTE DEMANDA DE ENFERMEROS/AS EN LA SALUD ESCOLAR.

**DESCUENTO EN LA MATRÍCULA PARA COLEGIADOS DEL COILL**



Descúbrelo y amplía toda la información en:  
**www.il3.ub.edu**



**ESPECIALÍZATE PARA INTERVENIR EN EL ÁMBITO DE LA SALUD ESCOLAR**





# ENGLISH STUDY CENTRE

## Your English School!

### KIDS' CLASSES

A l'**ESC** practiquem l'anglès mitjançant una gran varietat d'activitats i projectes: cançons, jocs didàctics, contes... sense oblidar-nos de parlar, llegir i escriure.



**Campaments d'estiu**

### TEENS' CLASSES

A l'**ESC** treballem de valent i també ens divertim! Ens preparem per als exàmens de Cambridge: A2, B1, B2, C1 i, per als més avançats, C2.



**Cursos intensius d'estiu per l'A2, B1, B2, C1 i C2**

### ADULTS' CLASSES

Amb un somriure, una mica de dedicació i assistint amb regularitat a les classes, tothom pot aprendre anglès! A l'**ESC** també tenim classes de preparació per als exàmens: B1, B2, C1 i C2.



**Aquest estiu, prepara't pel B1, B2, C1 i C2!**

Prat de la Riba 16 (Secretaria)  
Torres de Sanui 11. **Lleida**

[www.englishstudycentre.es](http://www.englishstudycentre.es)

Tel: 973 27 09 09

[info@englishstudycentre.es](mailto:info@englishstudycentre.es)

Seguro de **Automóvil**



DESCUBRA NUESTRAS  
**COBERTURAS  
EXCLUSIVAS**  
PENSADAS  
PARA USTED  
Y SU COCHE

**60%\***  
**Bonificación**  
**en coches nuevos**

PARA CUALQUIER MODALIDAD



LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

**www.amaseguros.com**  
**902 30 30 10**

**A.M.A. LLEIDA**

Passeig de Ronda, 175-177 Tel. 973 22 47 83 lleida@amaseguros.com

Síguenos en     

[\*] Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados entre el 30 de abril y el 31 de diciembre de 2015. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

Una cosa és dir que treballem en PRO dels professionals.  
Una altra és fer-ho:

## Compte Expansió PRO.

### T'abonem el 10% de la teva quota de col·legiat\*.

0

comissions  
d'administració i  
manteniment.\*\*

+

3%

de devolució dels  
teus rebuts  
domèstics  
principals.\*\*\*

+

Gratis

la targeta de crèdit i de  
dèbit per titular i  
autoritzat.

+

Més de

2.300

oficines al teu  
servei.

Al cap i a la fi, som el banc de les millors empreses. O el que és el mateix, **el banc dels millors professionals: el teu.**

**Truca'ns al 902 383 666, identifica't com a membre del teu col·lectiu, organitzem una reunió i comencem a treballar.**

[sabadellprofessional.com](http://sabadellprofessional.com)

El Compte Expansió PRO requereix la domiciliació d'una nòmina, pensió o ingrés regular mensual per un import mínim de 700 euros. S'exclouen els ingressos que provenen de comptes oberts al grup Banc Sabadell a nom del mateix titular. Si tens entre 18 i 25 anys, no cal domiciliar cap ingrés periòdic.

\*Fins a un màxim de 100 euros anuals per compte, amb la quota domiciliada. L'abonament es farà durant el mes de gener de l'any següent.

\*\* TAE 0%

\*\*\*Llum, gas, telèfon, mòbil i Internet, fins a un màxim de 20 euros mensuals), any rere any.

Oferta extensiva a familiars de primer grau.



**Captura el codi QR i  
coneix la nostra news  
'Professional Informa'**

El banc de les millors empreses. I el teu.