



HYGIA de ENFERMERIA

Nº 105, Volumen XXXVIII- 2021

Colegio de Enfermería de Sevilla

CUIDADOS DE
ENFERMERÍA Y SEGURIDAD
EN PACIENTES EN
TRATAMIENTO CON
LIDOCAÍNA INTRAVENOSA

SEXUALIDAD EN LA
PACIENTE CON CÁNCER DE
MAMA

¿INFLUYE EL MOMENTO EN
QUE SE PINZA EL CORDÓN
UMBILICAL EN LA SALUD
DEL RECIÉN NACIDO?

OPINIÓN DE LOS
PROFESIONALES SOBRE
LA SECTORIZACIÓN
GEOGRÁFICA DE LA
ACTIVIDAD ENFERMERA DE
ATENCIÓN DOMICILIARIA

DEFORMIDAD CRANEAL
DEL RECIÉN NACIDO: LA
PLAGIOCEFALIA POSTURAL
O POSICIONAL.

LA MATRONA COMO GUÍA
EN LA DETECCIÓN DE
PROBLEMAS DE LACTANCIA
MATERNA DERIVADOS
DE ANQUILOGLOSIA. A
PROPOSITO DE UN CASO

EL MIEDO COMO FACTOR
DE PREDICCIÓN EN LA
ENFERMEDAD

MINDFULNESS EN
EL PROCESO PERI-
OPERATORIO. REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA



SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

(INCLUIDO EN LA CUOTA COLEGIAL) con la compañía Agrupación Mutual Aseguradora (A.M.A.)



EL COLEGIO TE PROTEGE

CON EL ÚNICO SEGURO QUE CUBRE A PRIMER RIESGO
TODAS LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
EN EL ÁMBITO PRIVADO, CONCERTADO Y PÚBLICO (*)

3,5

MILLONES DE EUROS

3.500.000 €
por colegiado y por siniestro

(*) Hospitales y centros de salud públicos, hospitales y centros privados, hospitales y centros concertados con el SAS, residencias de mayores y centros sociosanitarios públicos, concertados y privados, compañías aseguradoras, consultas privadas y ejercicio libre de la profesión. Si tienes otras pólizas contratadas, para evitar consecuencias no previstas, tráelas al Colegio para que te aclaremos sus coberturas y si te cubren la actividad privada, concertada y pública.

NORMAS DE PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE POSIBLES RECLAMACIONES

PRIMERO: El colegiado deberá comunicar inmediatamente al Colegio la reclamación de que haya sido objeto, bien judicial (demanda, querrela o denuncia) o extrajudicial. La comunicación fuera de plazo de dicha reclamación podrá suponer que la póliza no cubra el siniestro.

SEGUNDO: El colegiado cumplimentará en la Asesoría Jurídica del Colegio el formulario de comunicación de Siniestro. Será necesario cumplimentar todos los datos solicitados.

TERCERO: El colegiado no deberá declarar nunca, ni firmar ningún documento, sin la consulta y asesoramiento previo del letrado del Colegio.

CUARTO: De acuerdo con lo establecido en la póliza, para la efectividad de la cobertura prevista será imprescindible acreditar que el profesional afectado se encuentra colegiado y al corriente en el pago de las cuotas.

PRINCIPALES COBERTURAS:

- Responsabilidad civil de los colegiados en el desarrollo propio de su actividad profesional o especialidad sanitaria, tal como se regula en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, incluyendo la actividad docente y terapias alternativas.
- Cobertura por inhabilitación profesional como consecuencia de sentencia judicial firme o por expediente disciplinario, con abono, por parte de la Aseguradora, de una cantidad máxima de 4.000 €/mes, por un plazo máximo de 24 meses.
- Posibilidad de contrademanda o reclamación a contrario frente a denuncias infundadas, temerarias o con mala fe.

EL PROCESO DE REVISIÓN DE ARTÍCULOS Y SUS RETOS ACTUALES. (SEGUNDA PARTE)

Revisión abierta o revisión doble-ciego

En contraste con la revisión cerrada, la revisión abierta por pares es un sistema donde los autores y el revisor se conocen durante todo el proceso. Muchas revistas importantes tales como el British Medical Journal (BMJ) promueven este enfoque. En una revisión abierta, los nombres de los autores y revisores pueden publicarse. Los que proponen este sistema creen que este es un mejor enfoque ya que no se hace nada en secreto y los derechos de propiedad intelectual de los autores son respetados (Dividoff F. y DeAngelis, 2001). El enfoque también puede actuar como un mecanismo regulador para los revisores quien "producirán un mejor trabajo y evitarán comentarios descuidados o groseros cuando se conoce su identidad (Ware, 2008). Los revisores son reconocidos por su contribución ya que sus nombres se publican en la revista. Los oponentes, sin embargo, sostienen que la revisión abierta puede conducir a una revisión menos honesta, menos crítica y menos rigurosa ya que los revisores pueden temer la venganza. Los opositores creen que conocer la identidad, reputación e identidad de los autores, la afiliación puede afectar el proceso de revisión y contribuir a una decisión parcial. También consideramos posible que algunos críticos puedan llegar a ser demasiado críticos con la intención de parecer ser muy rigurosos ante sus compañeros.

Revisión por pares posterior a la publicación (post-publication peer review: PPPR)

Algunas plataformas como ScienceOpen han ido más allá de los métodos convencionales de revisión y apuestan además por la revisión por pares de los artículos una vez estos haya sido publicados. Esta funcionalidad es una respuesta a las crecientes demandas de la comunidad científica y del reconocimiento cada vez mayor de que el discurso científico no se detiene en el punto de la publicación de la literatura científica. Con esta nueva estrategia todos se pueden ser beneficiarios de este proceso: los autores obtienen comentarios y críticas

importantes sobre su trabajo; los investigadores externos obtienen una visión más profunda de la investigación; y todos aumentamos nuestra comprensión general de un tema. Sin embargo, a pesar de que parece existir una creciente demanda, la utilización de PPPR en diferentes plataformas parece ser relativamente baja en general. Entre las barreras de que hacen que los investigadores pueden sentirse menos motivados para hacer PPPR se encuentran la mentalidad tradicional entre los investigadores de que una vez que la investigación ha sido publicada, ya ha superado la revisión por pares, y no necesita ser revisada nuevamente, la falta de tiempo, la falta de motivación y del sentido del deber, la existencia de demasiados métodos alternativos o plataformas de comunicación, la aparente confrontación en público, la presencia de prejuicios y/o el abuso de dinámicas de poder (Tennant, 2017).

Según nuestro parecer, el uso del sistema abierto podría ser más recomendable puesto que el papel del revisor, a pesar de ser de vital importancia, lamentablemente no suele estar retribuido económicamente, y lo que es más importante, tampoco está reconocido su trabajo públicamente. Sin embargo, mediante el sistema abierto esto podría cambiar. Por otro lado, pienso que sería beneficioso para todas las partes apostar por la implantación global de la revisión postpublicación y romper así con los paradigmas más conservadores. Esto nos permitiría estar más actualizados y nos brindaría la opción de confrontar desde resultados a opiniones en todo momento.

Sin duda se aproximan nuevos cambios en esta esfera a no muy largo plazo debido a la existencia de un importante debate sobre los nuevos modelos de revisión por pares y las nuevas plataformas que se están creando para alinear este trabajo con la era digital en la que vivimos.

*María José Aguilera Moreno, Gema Ruíz Guerrero
y Eva Utrera Caballero.*

Diplomadas en Enfermería.

EDITA

Excmo. Colegio Oficial de
Enfermería de Sevilla

DIRECTOR

José María Rueda Segura

SUBDIRECTORA

María Pilar Cordero Ramos

ASESOR TÉCNICO

José Román Oliver

CONSEJO DE REDACCIÓN

Comisión Ejecutiva

TIRADA

9.000 ejemplares

ISSN

1576/305/6

DEPÓSITO LEGAL

SE-470-1987

SOPORTE VÁLIDO

Publicación autorizada por el
Ministerio de Sanidad y Consumo
con referencia S.V. 88032 R.

REDACCIÓN

Avda. Ramón y Cajal, 20

Tel.: 954 93 38 00

Fax: 954 93 38 03

Página Web:

www.colegioenfermeriasevilla.es

Correo Electrónico:

colegio@ecoe.es

MAQUETACIÓN,

FOTOMECAÁNICA E IMPRESIÓN

Tecnographic, S.L.

Tel. 95 435 00 03

Fax 95 443 46 24



Autor: Antonio José Márquez Núñez

Nº Colegiada: 12.898

Sumario

- 5 CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y SEGURIDAD EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON LIDOCAÍNA INTRAVENOSA
SÁNCHEZ HERRERA, M.; COBO-CASTRO, F.; BARRERA RÁMIREZ, P.
GARCÍA RODRÍGUEZ, M.J.; MARTÍNEZ NAVA, A.
- 12 SEXUALIDAD EN LA PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA.
DURÁN VINUESA, A.C.; ESPINA QUIJADA, O.; VICARIO SÁNCHEZ, M.A.
- 17 ¿INFLUYE EL MOMENTO EN QUE SE PINZA EL CORDÓN UMBILICAL EN LA SALUD DEL RECIÉN NACIDO?
GALÁN AMAYA, R.M.; RUIZ FERRÓN, M.C.
- 27 OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES SOBRE LA SECTORIZACIÓN GEOGRÁFICA DE LA ACTIVIDAD ENFERMERA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA
PONCE GONZÁLEZ, J.M.; PONCE TRONCOSO, A.; ALONSO FLORES, A.
- 32 SATISFACCIÓN Y EXPERIENCIA DE LAS GESTANTES QUE ELABORAN UN PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
SÁNCHEZ DÍAZ, M.; GÓMEZ GONZÁLEZ, I.; CONTRERAS LÓPEZ, L.
- 39 ABORDAJE ENFERMERO EN LA PREECLAMPSIA.
CALERO MERCAD. N.; LUCENA PORRAS, B.; AGUDO CABALLERO, J.A.
- 44 IMPACTO PSICOLÓGICO DEL CÁNCER EN LA POBLACIÓN INFANTIL.
GARCÍA CANO, B.; MARTÍNEZ NÚÑEZ, M.C. ABAD GARCÍA, I.; GARCÍA CANO, F.; JIMÉNEZ LAGARES, N.
- 47 DEFORMIDAD CRANEAL DEL RECIÉN NACIDO: LA PLAGIOCEFALIA POSTURAL O POSICIONAL.
MÁRQUEZ CARRASCO, A.M.; ARAGÚNDEZ MARCOS, M.P.; SANCHEZ PEREZ, R.
- 52 LA MATRONA COMO GUÍA EN LA DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE LACTANCIA MATERNA DERIVADOS DE ANQUILOGLOSIA. A PROPOSITO DE UN CASO
DÍAZ JIMÉNEZ, D.; REINA CARO, A.J., VELÁZQUEZ BARRIOS, M.
- 58 EL MIEDO COMO FACTOR DE PREDICCIÓN EN LA ENFERMEDAD
TORO LÓPEZ, J.R.; GALLARDO CASTRO, M.; TORRIJO MOLINÍ, J.A.; ARBELO GRANADOS, E.; GARCÍA DURAN, A.; RODRÍGUEZ OLIVA, M.S.
- 66 MINDFULNESS EN EL PROCESO PERI-OPERATORIO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
MONTES SERRANO, B.; MARTÍN MARTÍN, R.

La revista Hygia de Enfermería está incluida en la base de datos "CUIDEN" y "ENFISPO"

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida parcial o total por medio alguno electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones, tratamiento informático o cualquier otro, sin permiso por escrito de la editorial.

La revista HYGIA no se hace responsable necesariamente del contenido de los artículos publicados, correspondiendo dicha responsabilidad a los autores de los mismos.

FE DE ERRATA. En la revista de Hygia de Enfermería nº 104 (tercer cuatrimestre 2020). En el artículo titulado: Plan de cuidados individualizado a paciente con endometriosis (pag. 15-24). Por error no se incluyó la tercera autora, Rosa María Hidalgo Hidalgo.

FE DE ERRATA. En la revista de Hygia de Enfermería nº 104 (tercer cuatrimestre 2020). En el artículo titulado: Introducción a la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO). Cuidados de Enfermería al paciente portador (pag. 61-64). Por error no se incluyó al tercer autor, Jose Luis Serrano Carmona.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y SEGURIDAD EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON LIDOCAÍNA INTRAVENOSA.

NURSING CARE AND SAFETY IN PATIENTS TREATED WITH INTRAVENOUS LIDOCAINE

- MONTSERRAT SÁNCHEZ HERRERA. DUE. UNIDAD DOLOR CRÓNICO. HOSPITAL TOMILLAR. SEVILLA.
 - FRANCISCA COBO CASTRO. DUE. UNIDAD DOLOR CRÓNICO. HOSPITAL TOMILLAR. SEVILLA.
 - PATRICIA BARRERA RAMÍREZ. SUPERVISORA ENFERMERÍA CMA. HOSPITAL TOMILLAR. SEVILLA.
 - MARÍA JOSÉ GARCÍA RODRÍGUEZ. ANESTESIOLOGA. HOSPITAL VALME. SEVILLA.
 - ÁNGEL MARTÍNEZ NAVAS. JEFE SECCIÓN DE LA UNIDAD DOLOR CRÓNICO DEL A. G. S. SEVILLA SUR.
- ESTUDIO REALIZADO EN HOSPITAL DE TOMILLAR. SEVILLA.

RESUMEN: El proceso de dolor neuropático, que se origina cuando existe una disfunción en el sistema nervioso central o periférico, puede ser de difícil tratamiento. En la Unidad Dolor Crónico del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla, se ha implementado un protocolo de tratamiento con lidocaína intravenosa en pacientes con dolor crónico neuropático refractario tanto a terapia farmacológica como intervencionista.

El objetivo principal de este estudio es poner en valor el papel de la enfermería en la implementación del protocolo de tratamiento del dolor neuropático refractario con lidocaína intravenosa tanto en lo referente a su administración y eficacia como en lo relacionado con la seguridad del paciente.

Dicho protocolo, aplicado íntegramente por enfermería, consiste en un ciclo de cuatro sesiones (una vez por semana) con dosis crecientes de lidocaína (3, 4 y 5 mg/kg, en 1 hora) según tolerancia del paciente. Se registran las siguientes variables: intensidad del dolor(EVA), características neuropáticas (DN4), frecuencia cardíaca(FC), Presión arterial(TA) y saturación de oxígeno(Sat O2), cada 15' durante la primera hora; efectos adversos (tipo y gravedad) Finalmente se reevalúa al paciente 30'tras finalizar la terapia, quedando registrada la dosis total infundida.

Los resultados han puesto de manifiesto un descenso en la intensidad del dolor, con escasos efectos adversos, la mayoría transitorios y de carácter leve. Por tanto, dicho protocolo puede considerarse eficaz y seguro en el tratamiento del dolor neuropático refractario

PALABRAS CLAVES: Lidocaína intravenosa, Dolor Neuropático, Protocolo, Enfermería, Calidad y Seguridad.

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico considerado como una enfermedad en sí misma según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es aquel que persiste en el tiempo, más allá de los 3-6 meses.

La Asociación Internacional para el estudio del dolor (International Association for the Study of Pain, IASP) define el dolor como: “una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño real o potencial en un tejido, o descrito en términos de dicho daño” (1).

El dolor crónico constituye uno de los problemas de mayor prevalencia en la medicina actual ya que afecta en la actualidad al 12 % de la población española y es, por ello una de las cuestiones de máxima relevancia (2).

Según su fisiopatología existen diferentes tipos de dolor:

- **Dolor Nociceptivo:** es aquel que ocurre cuando existe una respuesta fisiológica a una agresión. El funcionamiento del sistema nervioso es correcto. Dependiendo del lugar de origen se divide en somático o visceral.
- **Dolor Psicógeno:** no tiene una naturaleza orgánica

sino características psicósomáticas. Se presenta en individuos con una personalidad alterada, ansiosos, depresivos y neuróticos entre otros.

• **Dolor Neuropático:** se origina cuando existe una alteración por un mal funcionamiento del sistema nervioso central o periférico. Ocurre una modificación en la neurona afectada y presenta unas características propias

El dolor Neuropático se debe a múltiples causas que dan lugar a diferentes síndromes como la Neuralgia Postterapéutica, Neuralgia del Trigémino, Polineuropatía Diabética, Dolor Neuropático Postquirúrgico y otros. Se caracteriza por los siguientes signos y síntomas: alodinia, hiperestesia, parestesias, disestesias, hipoestesia, hipoalgesia, hiperalgesia e hiperpatía

El proceso de dolor neuropático, que se origina cuando existe una disfunción en el sistema nervioso central o periférico, puede ser de difícil tratamiento.

En las Unidades de Dolor Crónico el abordaje terapéutico del Dolor Neuropático se basa en fármacos y técnicas intervencionistas. En cuanto al tratamiento farmacológico de 1ª línea lo constituyen los anticonvulsivos

(pregabalina, gabapentina) y antidepresivos (amitriptilina, duloxetine, desvenlafaxina). Se ha descrito la eficacia de lidocaína intravenosa en casos que no han respondido a otros tratamientos.

La lidocaína es un anestésico local que proporciona un efecto analgésico cuando se administra por vía parenteral. Al actuar sobre la membrana celular de las fibras nerviosas, produce un bloqueo de los canales de sodio, que impide que este ion pase a través, por lo que no se genera el potencial de acción neuronal y por tanto no se conduce impulso nervioso a lo largo de la fibra nerviosa.

En los últimos años se han demostrado otros efectos farmacológicos, que dependen de las concentraciones plasmáticas que alcance. Si bien se sabe que los efectos sobre los canales de sodio ocurren a niveles de 50-100mM (3) en concentraciones menores producen efectos de neuroprotección, antitrombótico y antiarrítmicos.

En la Unidad de Dolor Crónico del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla, se ha implementado un protocolo de lidocaína intravenosa para el tratamiento del dolor crónico neuropático refractario a tratamientos farmacológico e intervencionista en cuya aplicación la enfermería desempeña una labor esencial no sólo en el cuidado del paciente sino también en la utilización de criterios de calidad y seguridad.

MATERIAL Y METODO

Desde hace 1 año y medio, en la Unidad de Dolor Crónico del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla se ha implementado un protocolo de tratamiento del dolor neuropático refractario con lidocaína intravenosa. Una vez que el anestesiólogo de la Unidad de Dolor Crónico realiza la indicación del tratamiento con lidocaína intravenosa, se informa al paciente de los beneficios y complicaciones de dicho tratamiento y previa firma del consentimiento informado, se solicitan como pruebas complementarias una analítica (bioquímica con iones y parámetros de función renal) y un electrocardiograma. A partir de este momento el personal de enfermería realiza las siguientes funciones:

- *Indicaciones previas al tratamiento:* no se podrá modificar el tratamiento farmacológico durante 1 mes antes del inicio del tratamiento hasta que éste finalice.
- *Citación de los pacientes* para recibir el tratamiento.
- *Check-List previo al tratamiento:* se comprueba el ayuno del paciente de 6 horas, el resultado normal de las pruebas solicitadas, se confirma el consentimiento informado debidamente cumplimentado, la ausencia de alergias que contraindiquen el tratamiento con lidocaína y de contraindicaciones (patología sistémica grave, taquiarritmias o tratamientos antiarrítmicos, insuficiencia renal o trastornos iónicos, alteraciones psiquiátricas, embarazo o lactancia materna y epilepsia o antecedente de convulsión). Se le recuerdan al paciente los posibles efectos adversos que pueden aparecer durante la administración del tratamiento. Los efectos más frecuentes son: cefalea, mareo, náuseas, visión borrosa, acúfenos, sabor metálico,

parestesia, confusión. Los más graves son: hipotensión arterial, bradicardia, arritmias, convulsiones, depresión respiratoria, parada cardiorrespiratoria. Estos últimos efectos son muy poco frecuentes a la dosis establecida en el protocolo.

- *Administración del tratamiento:* tras pesar al paciente y calcular la dosis total de lidocaína a administrar según la sesión de que se trate (1ª: 3 mg/kg; 2ª: 4 mg/kg, 3ª: 5 mg/kg y 4ª: 5 mg/kg) se prepara una solución de lidocaína 2% en suero fisiológico 250 ml. Se monitorizan la TA, FC y SatO2. Se canaliza vía venosa periférica, muy importante visualizar el punto de punción para detectar posible extravasación, y se administra solución preparada vía intravenosa durante 1 hora.
- *Seguimiento evolutivo de los pacientes* Las variables registradas fueron la intensidad del dolor según la escala visual analógica (EVA), las características neuropáticas del dolor según el cuestionario DN4, la FC, la TA, y la Sat O2 basales, cada 15' durante el tiempo que dura la administración de la perfusión intravenosa de lidocaína. Otra variable que se registró fue el cuestionario breve de dolor (BPI) esta última variable se valora al inicio de la primera dosis y al finalizar la 4 dosis, (coincidiendo con el final del tratamiento) y transcurrido 1 mes después del tratamiento.

Los cuestionarios que quedan registrados en el protocolo son:

- EVA. Escala Visual Analógica (Aitken1969). Consiste en una línea horizontal de 10cm, en cuyo extremo izquierdo está la ausencia de dolor y en el derecho el mayor dolor imaginado. El paciente marca un punto en la línea que coincide con la cantidad de dolor que experimente. Nos Permite medir la intensidad del dolor.
- BPI. Cuestionario breve de dolor. Es utilizado en la clínica para evaluar la intensidad e impacto del dolor y los efectos del tratamiento analgésico.
- Cuestionario DN4. Consta de siete ítems referidos a síntomas y tres a exploración. Una puntuación 4/10 o mayor sugiere dolor neuropático. Con dicho cuestionario podemos diferenciar el dolor neuropático del dolor nociceptivo.

El tratamiento que se lleva a cabo en nuestra unidad consiste en un ciclo de cuatro perfusiones intravenosas a lo largo de cuatro semanas (1/semana) en la que se irá aumentando la dosis según lo tolere el paciente

La pauta de administración es la siguiente (4)

- Primera dosis (semana 1): 3mg/kg de peso.
- Segunda dosis (semana 2): 4mg/kg de peso.
- Tercera dosis (semana 3): 5mg/kg de peso.
- Cuarta dosis (semana 4): 5mg/Kg de peso.

Durante la administración del tratamiento, el profesional

de enfermería irá verificando cada 15 minutos durante 1 hora que las constantes vitales se encuentren dentro de la normalidad, además de la intensidad de dolor y posibles efectos adversos que pudiesen aparecer. Una vez finalizada la perfusión se reevaluará al paciente a los 30 minutos, previo al alta.

En el caso de sospechar una intoxicación por anestésico local, la Unidad de Dolor Crónico dispone de un protocolo de tratamiento basado en la administración de una solución de lípidos al 20%.

El paciente será dado de alta una vez que se haya comprobado la estabilidad clínica y cuando haya cumplido

tolerancia oral, con la recomendación de no conducir durante 12 horas.

El protocolo incluye un seguimiento de los pacientes tras el alta por parte de enfermería mediante dos consultas telefónicas, una a la semana y otra al mes tras el alta, a través de las cuales se registran variables como la intensidad del dolor (EVA), grado de satisfacción utilizando la escala Likert para comprender el nivel de satisfacción, en nuestro caso se ha utilizado una escala unipolar (nada satisfecho, un poco satisfecho, satisfecho, muy satisfecho, totalmente satisfecho)

DIAGNÓSTICO	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
00133 DOLOR CRÓNICO r/c Incapacidad física o psicosocial crónico	1605 Control del dolor 2102 Nivel del dolor	1400 Manejo del dolor 2210 Administración de analgésicos 2380 Manejo de la medicación 4920 Escucha activa 6040 Terapia de relajación
00070 DETERIORO DE LA ADAPTACIÓN r/c Falta de optimismo Estado emocional intenso Múltiples agentes estresantes Falta de apoyo social para el cambio de ideas y prácticas	1300 Aceptación: estado de salud 1302 Superación de problemas 1305 Modificación psicosocial: cambio de vida	5250 Apoyo en la toma de decisiones 5270 Apoyo emocional 5820 Disminución de la ansiedad 5880 Técnicas de relajación
00146 ANSIEDAD r/c Estrés Amenaza de cambio en el estado de salud, Amenaza de cambio en la situación económica	1402 Control de la ansiedad 1405 Control de impulsos	4920 Escucha activa

Tabla 1 DIAGNÓSTICOS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

RESULTADOS

Durante un año y medio se han tratado 6 pacientes con los siguientes diagnósticos: neuralgia del trigémino (2), aracnoiditis crónica (1), neuralgia posthernioplastia (1), SDRC (1), neuralgia facial postherpética (1), y se han llevado a cabo 10 ciclos de tratamiento con lidocaína intravenosa. Los diagnósticos y cuidados de enfermería se reflejan en la tabla 1.

Los resultados obtenidos correspondientes a las variables registradas son las siguientes:

Intensidad del dolor (EVA) (Tabla 3)

En todos los casos se ha producido un descenso en la intensidad del dolor tras la administración de lidocaína IV, siendo especialmente relevante en un paciente con neuralgia del trigémino que descendió un 60% (6,4 a 2,6) y en el paciente con aracnoiditis crónica en el que el descenso fue ligeramente inferior, de un 40% (8 a 4,8). En el resto de casos la disminución del dolor fue de menor magnitud.

Los pacientes que recibieron tres ciclos (neuralgia del trigémino y neuralgia posthernioplastia), presentaron una disminución del dolor de un 44 % (5,5 a 3,1) y un 17% (7,6 a 6,3) respectivamente.

El paciente con SDRC tuvo una disminución del dolor de un 22%(10 a 7,8).

Donde hubo una menor disminución con respecto a la intensidad del dolor fue en el paciente con neuralgia facial postherpética con un 7% (9,1 a 8,5)

Característica neuropáticas del dolor (DN4) (Tabla 3)

Las características neuropáticas del dolor disminuyeron en todos los casos tras la administración de lidocaína iv, excepto en un paciente con neuralgia facial postherpética.

Diagnóstico/Variables	ANTERIOR					POSTERIOR				
	EVA	DN 4	FC	TA	SAT 02	EVA	DN 4	FC	TA	SAT 02
Neuralgia del trigémino	5,5	7,5	67	122/77	98%	3,1	5,2	68	122/84	98%
Neuralgia postquirúrgica	7,6	8,8	72	113/75	98%	6,3	7,3	72	115/84	98%
Aracnoiditis Crónica	8,0	6,5	71	137/85	98%	4,8	4,8	65	145/98	98%
SDRC	10,0	7,5	100	116/74	96%	7,8	5,0	90	112/82	95%
Neuralgia del trigémino	6,4	5,0	89	115/77	99%	2,6	3,3	85	119/82	100%
Neuralgia Facial postherpética	9,1	8,8	64	144/83	99%	8,5	8,8	63	146/83	99%

TABLA 2: RESULTADOS OBTENIDOS

Teniendo en cuenta que una puntuación de 4/10 o mayor sugiere dolor neuropático. Se aprecia que el paciente con neuralgia del trigémino ha tenido un descenso de un 34%(5 a 3,3) tras la administración de lidocaína iv.

Los dos pacientes a los que se le administraron tres ciclos de lidocaína tuvieron un descenso del DN4 de un 30%(7,5 a 5,2) en el caso de la neuralgia del trigémino y de un 17%(8,8 a 7,3) en el caso de la neuralgia posthernioplastia.

Respecto al paciente con aracnoiditis crónica los síntomas neuropáticos se redujeron en un 26% (6,5 a 4,8) casi en la misma proporción ocurrió con el paciente con SDRC donde el DN4 disminuyó un 33%(7,5 a 5,0).

Presión arterial (TA)

Tras los datos obtenidos en ningún caso hubo cambios relevantes de la TA excepto en el paciente con aracnoiditis crónica que presentó un leve aumento, especialmente en la diastólica, que se incrementó de 65 a 98 mmHg (en la 1ª dosis) y la sistólica que se incrementó de 124 a 153mmHg (en la 4ª dosis)

Saturación de oxígeno (SAT₀₂) (Tabla 4)

Los valores de la saturación de oxígeno se registraron entre 98%- 100% en todos los casos

Frecuencia cardíaca (FC) (Tabla 5)

Todos los pacientes incluidos en el estudio presentaron cifras normales de FC antes de iniciar el tratamiento con un rango comprendido entre (64-100) con un valor medio de 82 lpm y tras el tratamiento el rango estuvo entre (63-90), siendo el valor medio de 76.5 lpm.

Efectos adversos

Los efectos adversos que se registraron fueron:

- Leve parestesias periorales y paladares, somnolencia, palpitaciones, sudoración en manos, hormigueo en paladar y confusión leve en el caso del paciente con neuralgia del trigémino al que se le administraron tres ciclos (aparecen dichos efectos en el 1º y 3º ciclo) en el 2º ciclo no aparecen efectos adversos.
- Somnolencia y Confusión leve en el paciente con neuralgia posthernioplastia (que recibió tres ciclos), se presentaron en el (1º ciclo) y no presentaron ningún efecto adversos en los ciclos 2º y 3º
- Leve aumento de la TA en el paciente con aracnoiditis crónica
- Cefalea, sabor metálico, parestesia en labios y confusión leve presentó el paciente con SDRC
- Sensación disneica que no precisó ningún soporte respiratorio, mareo, taquicardia y confusión leve se

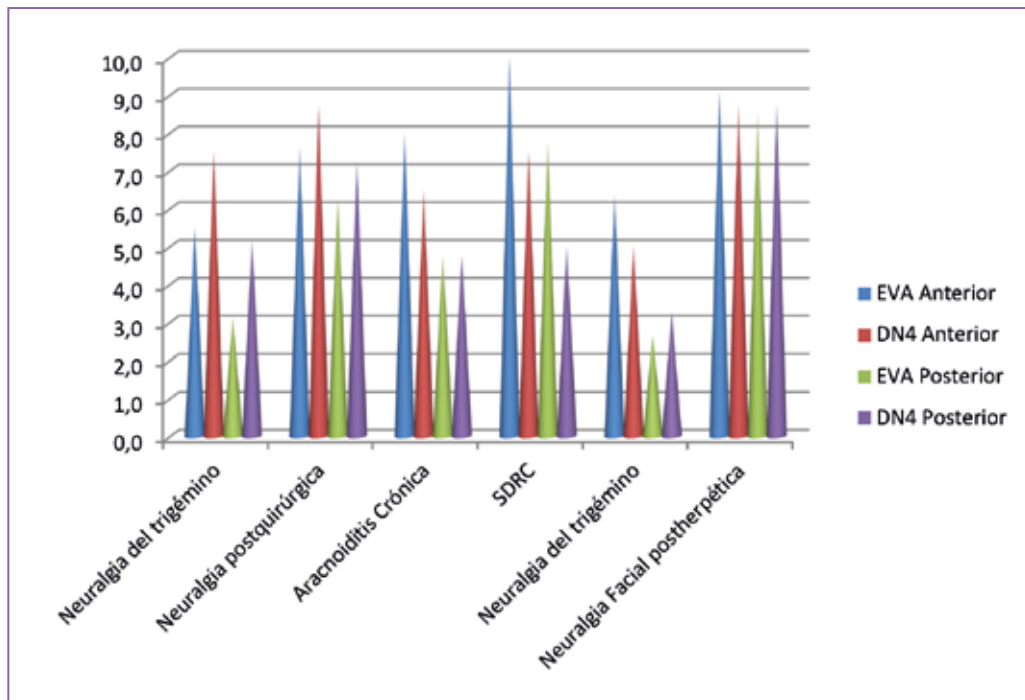
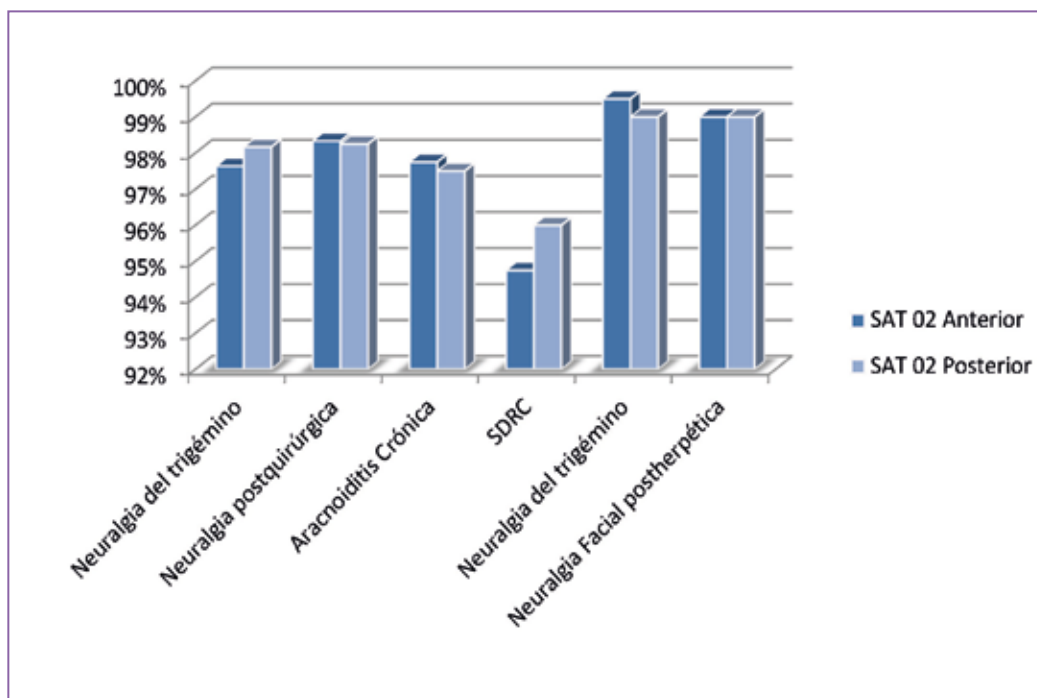


TABLA 3. RESULTADOS EVA, DN4 (ANTERIOR – POSTERIOR)

TABLA 4. RESULTADOS SAT O₂ (ANTERIOR – POSTERIOR)

presentaron en el paciente con neuralgia del trigémino

· Caída de parpado en el caso de la paciente con neuralgia facial postherpética.

Estos efectos adversos obligaron a suspender la

administración de lidocaína, desapareciendo a los pocos minutos de suspender la perfusión.

En los casos que presentaron efectos adversos, no se incrementó la dosis de lidocaína en las sucesivas sesiones de tratamiento.

Dos pacientes comunicaron una disminución en las dosis

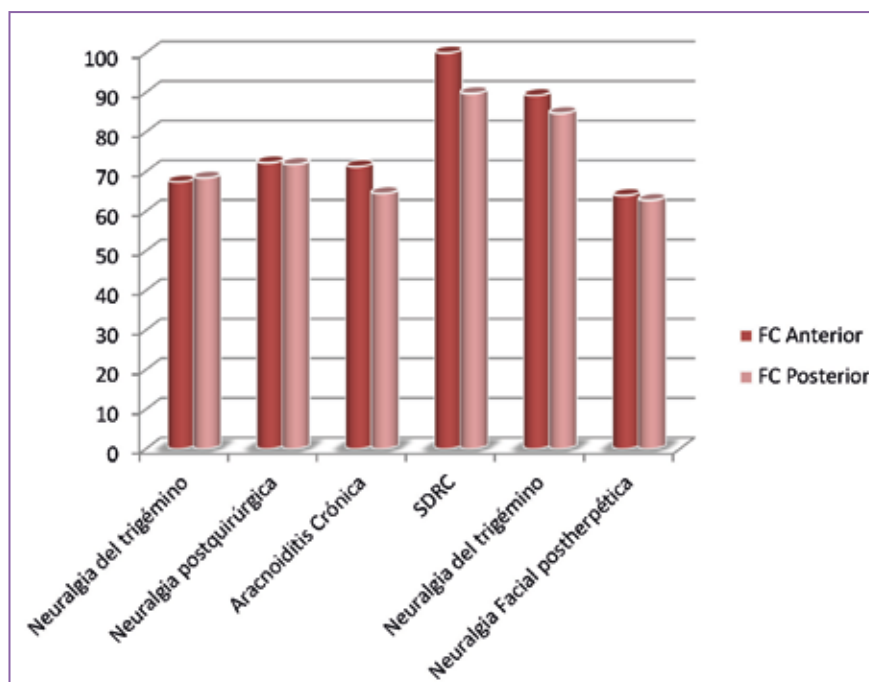


TABLA 5. RESULTADOS FRECUENCIA CARDIACA (ANTERIOR Y POSTERIOR)

tanto del tratamiento anticonvulsivante como del tratamiento opioide tras recibir la terapia de lidocaína iv

El grado de satisfacción medido a través de la escala Likert nos da unos resultados de que la mayoría de los pacientes se encuentran “muy satisfecho” con el tratamiento.

DISCUSIÓN

La implementación del protocolo de tratamiento del dolor neuropático refractario con lidocaína iv ha proporcionado una disminución significativa de la intensidad del dolor, tanto en pacientes a los cuales se les ha administrado un ciclo como a los pacientes que han repetido tres veces la terapia como son el caso de la neuralgia del trigémino y de la neuralgia posthernioplastia. Ambos casos refirieron una mejoría muy importante durante 5 meses. Los resultados en estos casos coinciden con lo publicado por Mooney y cols, si bien la población de este estudio fueron niños y adolescentes. Estos autores registraron un descenso del dolor de un 76% tras tres o más infusiones de lidocaína iv (5). Estos resultados sugieren que la administración de dosis repetidas de lidocaína intravenosa puede tener un efecto a más largo plazo.

Un estudio informa una mejoría significativa en el 78% de los pacientes con dolor crónico después de la administración de lidocaína intravenosa (6)

Si bien nuestro paciente con neuralgia facial postherpética no ha presentado mejoría, se ha puesto de manifiesto que se reduce la intensidad del dolor en la neuralgia postherpética administrando infusiones en dosis a 5 mg/kg o incluso a 1mg/kg en periodos de tiempo variados

Destacamos la mejoría significativa en la intensidad del

dolor que presentó el paciente con aracnoiditis crónica (32%), así como la disminución en las dosis del tratamiento opioide, consiguiendo disminuir uno de los principales efectos secundarios que producen, como es el estreñimiento. En relación con esto no hemos encontrado ninguna referencia similar en la literatura científica publicada hasta el momento.

De forma similar en un paciente con neuralgia del trigémino la mejoría en la intensidad del dolor permitió reducir las dosis de anticonvulsivantes tras la tercera sesión.

La lidocaína intravenosa proporcionó una disminución de las características neuropáticas del dolor puestos de manifiesto en un descenso en la puntuación del cuestionario DN4, si bien los síntomas neuropáticos no desaparecieron completamente, es sabido, desde hace bastantes años que la lidocaína mejora la alodinia y la hiperalgesia térmica (7)

En otro estudio Attal et al expusieron que en los pacientes que padecían alodinia mecánica mejoran con el tratamiento de lidocaína (8).

Solo en un paciente incluido en el estudio el resultado obtenido en el cuestionario DN4 fue inferior a 4 desapareciendo dicha sintomatología.

El hecho de que todos los efectos adversos registrados fueron de carácter leve y transitorio, así como la ausencia de efectos adversos graves, nos hace considerar el tratamiento con lidocaína iv un tratamiento seguro. En este sentido, en 2014 Mooney y col (5) realizaron un estudio para determinar la eficacia, seguridad, y tolerabilidad, concluyendo que la lidocaína es un método terapéutico seguro para el tratamiento del dolor crónico.

La lidocaína intravenosa además de ser un tratamiento seguro porque produjo efectos adversos de carácter leve, es un tratamiento que no se relaciona con alteraciones hemodinámicas significativas y que permite mantener la TA y FC estables, lo cual nos hace pensar que puede ser una alternativa de tratamiento en pacientes con HTA y cardiopatía en los que los cambios de TA y FC pueden producir complicaciones graves.

CONCLUSIÓN

- La lidocaína cuando se administra en perfusión intravenosa proporciona un control del dolor en pacientes con dolor crónico de características neuropáticas y refractario a otros tratamientos.

- La lidocaína iv es un tratamiento fácil de administrar y seguro.
- La lidocaína intravenosa es un tratamiento que proporciona un alto grado de satisfacción
- Enfermería interviene de forma relevante en varios aspectos como son información sobre la terapia, observación y valoración continua del paciente, detección temprana de posibles efectos adversos y seguimiento del paciente a través de consultas telefónicas, además de disminuir la ansiedad del paciente y sobre todo garantizar que el tratamiento se realice siguiendo los estándares de calidad y seguridad.

BIBLIOGRAFIA

1. IASP, Asociación Internacional para el Estudio del Dolor Pain | IASPTaxonomy, 2011. (Accessed May 2, 2011, at <http://www.iasp-pain.org/AM/Template>).
2. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10:287-333.
3. Hollmann M W, Durieux ME . Local anesthetics and the inflammatory response: a new therapeutic indication *Anesthesiology*.2000;93:858-875.
4. Yong –Chul Kim, MD, et al. Efficacy and safety of lidocaine infusión treatment for neuropathic pain. A randomized, double-blind, and placebo-controlled study. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, volumen 43. Number 4, may 2018.
5. Mooney JJ, Pagel PS, Kundu A. Safety, tolerability, and short-term efficacy of intravenous lidocaine infusions for the treatment of chronic pain in adolescents and Young adults: a preliminary report. *Pain Med*. 2014; 15 (5): 820-5. doi: 10.1111 / pme.12333.
6. Yousefshahi F, Predescu O, Asenjo JF. The efficacy of systemic lidocaine in the management of chronic pain. *Anesth Pain Med*. 2017. june; 7 (3):e44732.
7. Chaplan SR, Bach FW, Shafer SL. Prolonged alleviation of tactile allodynia by intravenous lidocaine in neuropathicrats. *Anesthesiology*, 1995; 83:775 - 85.
8. Attal N, Rouaud J, Brasseur L, Chauvin M, Bouhassira D. Systemic lidocaine in pain due to peripheral nerve injury and predictors of response. *Neurology*. 2004; 62:218–225.

SEXUALIDAD EN LA PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA

SEXUALITY IN BREAST CANCER PATIENTS

DURÁN VINUESA, ANA CRISTINA; ESPINA QUIJADA, OLGA; VICARIO SÁNCHEZ, MARIA DE LOS ÁNGELES.

LAS AUTORAS DECLARAMOS NO TENER CONFLICTO DE INTERESES Y NO HABER RECIBIDO NINGÚN TIPO DE FINANCIACIÓN PARA REALIZAR LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA QUE AQUÍ SE APORTA.

RESUMEN. El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en las mujeres a nivel mundial. Su elevada prevalencia justifica el estudio de la afectación de la vida de estas mujeres, especialmente en lo que a sexualidad se refiere, pues ésta se ve afectada por el tratamiento. Metodología: Revisión bibliográfica. Objetivo principal: revisar la evolución histórica del tratamiento del tema de la sexualidad y poner en auge la necesidad de valoración de forma sistemática de éste en las consultas de mama. Resultados: la mayoría de los estudios apuntan a la valoración deficiente de la sexualidad en este tipo de pacientes y a los potenciales beneficios de valorarla en la calidad de vida percibida y en la satisfacción de la paciente. Discusión y conclusiones: Se debe valorar al paciente siempre de forma integral mediante la valoración biopsicosocial, incluyendo la esfera sexual sin miedo, especialmente en este tipo de pacientes oncológicos.

PALABRAS CLAVE: cáncer de mama, mastectomía, sexualidad.

SUMMARY. Breast cancer is the most frequent cancer in women around the world. This high prevalence justifies the study of the sexuality affectation that suffers, specially due to the treatment. Methodology: Bibliographic review. Main objective: to review the historical evolution of the sexuality treatment and claim that it is necessary its systematic evaluation in consult. Results: Most of the studies claim that this evaluation is too poor in this kind of patients. Moreover some studies point that there are many potential benefits of evaluating sexuality in the perceived quality of life and in the satisfaction of the patient. Discussion and conclusions: The patient should always be evaluated comprehensively through biopsychosocial evaluation, including the sexual sphere without fear, especially in this type of cancer patient.

KEY WORDS: breast cancer, sexuality, mastectomy.

1.- INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama constituye la segunda neoplasia más frecuente en el mundo y principal causa de muerte entre las mujeres¹. Según los datos de la SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica) este carcinoma constituye aproximadamente un 29% de todos los cánceres en el territorio español con una incidencia anual en el año 2016 de 27.747 casos, dato que implica que aproximadamente 1 de cada 8 mujeres españolas padecerá un cáncer de mama a lo largo de su vida.

Los elevados datos de prevalencia asociados a unos datos cada vez mayores en lo que a supervivencia media relativa a los 5 años se refiere (aproximadamente el 89.2% de forma global aunque alcanzando datos del 98% en aquellos en los que el tumor se diagnostica en estadio I) justifican el estudio de la afección en la calidad de vida de estas pacientes con el objetivo de proponer intervenciones que contribuyan a mejorarla.

Recibir el diagnóstico de cáncer genera un gran impacto psicológico y les hace plantearse a los pacientes tanto la vida que llevan actualmente como lo que ocurrirá en el caso de mueran². En un cáncer tan particular como el cáncer de mama, que afecta a un órgano tradicionalmente asociado a la sexualidad femenina, muchas mujeres se cuestionan qué calidad de vida sexual tendrán a partir de ahora,

especialmente si la paciente es candidata a mastectomía uni o bilateral. La alteración de la imagen corporal que supone la realización de una mastectomía puede dar lugar a ciertas situaciones de rechazo de la paciente a sí misma al percibir su cuerpo como mutilado y en rechazar el contacto de su pareja, influyendo de este modo en su vida sexual³.

Si bien es cierto que cada vez los tratamientos tratan de ser más conservadores con la imagen corporal de la paciente, quedando definidos los casos en los que debe realizarse mastectomía en lugar de cirugía conservadora. También cada vez más se reduce el tiempo entre la mastectomía y la reconstrucción mamaria mediante implantes, con el objetivo de alterar el menor tiempo posible esta esfera psicológica de la paciente.

La sexualidad es una construcción psicosocial que comprende aspectos biológicos, culturales, de relación y subjetivos que abarca todas las prácticas físicas y mentales con la finalidad de obtener placer sexual de una persona, bien consigo misma o con otra². Se ha demostrado que variables como el bienestar emocional y la calidad de la relación entre el paciente y su compañero/a sexual pueden verse afectadas también por el estrés en sí del diagnóstico de cáncer en la familia o la pareja⁴.

Al igual que otros patrones de comportamiento humano, el patrón sexual también se encuentra influenciado por la cultura, y durante muchos años éste se ha basado en relaciones tradicionales de género donde la doble moral vigente niega el placer femenino asociando el sexo al matrimonio con la finalidad de concebir hijos o simplemente a la satisfacción del varón al considerar su deseo como algo instintivo y urgente². Las mujeres cuya cultura asume este rol del género femenino, suelen manifestar un claro miedo a que el marido las abandone si no mantienen relaciones independientemente de su estado físico o psicológico, como es el caso de las mujeres orientales, especialmente aquellas mujeres de cultura musulmana, donde los estudios aprecian que pese a referir mayores tasas de disfunción sexual manifestada como dispareunia, anorgasmia, pérdida de libido, y sequedad vaginal que las mujeres occidentales, no habían disminuido el número de relaciones sexuales con el varón por el derecho que éste tiene a disfrutar del cuerpo de su esposa⁵.

Si bien se defiende una valoración biopsicosocial del individuo por parte de todas las grandes teóricas de la enfermería, y cada una desde su visión, la valoración del patrón sexual no debe ser menos, pues tanto la sexualidad como la intimidad de la persona resultan fundamentales para mantener el bienestar y mejorar el autoconcepto, especialmente de las pacientes con patología que puede afectar a esta esfera de la salud.

El objetivo principal de la presente publicación es revisar la evolución del tratamiento del tema de la sexualidad en la paciente oncológica a lo largo de la historia y poner en auge la necesidad de valorar el patrón sexual de estas pacientes de forma sistemática en cada una de las consultas a las que acudan con el objetivo de mejorar su autoestima y su satisfacción personal.

2.- METODOLOGÍA

Revisión de la bibliografía que se ha realizado (tomando como referencia estudios con un máximo de 10 años de antigüedad) de las principales bases de datos: Scopus, Pubmed, UptoDate, biblioteca Cochrane, revistas pertenecientes a la fundación INDEX de enfermería, revista de la SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica)...

Los descriptores que se usaron son las palabras clave en inglés y el nexos principal fue "AND".

Tras la depuración de artículos que cumplieran el criterio de la antigüedad finalmente se elaboró la revisión con un total de 25 artículos.

3.- RESULTADOS.

Todos los estudios que analizaban las consecuencias en la vida sexual de la paciente diagnosticada de cáncer de mama coincidían a la hora de relacionar los aspectos psicofisiológicos y hormonales de la función sexual con aspectos psicosociales como la relación con la pareja, la ansiedad y el estrés⁶.

Algunos estudios cifran la tasa de prevalencia de disfunción

sexual como resultado del tratamiento (médico + cirugía) entre el 30 y el 100% , con puntuaciones de prevalencia mayores en aquellas pacientes en las que se ha realizado una mastectomía frente a aquellas en las que se ha practicado una cirugía conservadora⁴. Los problemas que más suelen referir las mujeres son: disminución de la libido, anorgasmia y dispareunia, cuya prevalencia parece aumentar en aquellas mujeres que han recibido quimioterapia independientemente del tipo de cirugía practicada en la mama⁴.

Con el avance de la oncología, de forma complementaria a una cirugía cada vez más conservadora, se fueron proponiendo tratamientos con quimioterápicos que consiguieran reducir el tamaño del tumor previa cirugía para conservar la mayor cantidad de tejido mamario posible. El PAI (Proceso Asistencial Integrado) Andaluz⁷ de cáncer de mama refleja que la cirugía de mama puede acompañarse de quimioterapia adyuvante (con antraciclinas o taxanos), por lo que siguiendo las deducciones del estudio anterior, podremos deducir que estas pacientes pueden presentar síntomas menopáusicos que deriven en un aumento de la incidencia de disfunciones sexuales, lo cual resulta lógico teniendo en cuenta que este subgrupo de quimioterápicos generalmente producen sequedad y atrofia vaginal además de inducir un fallo ovárico precoz⁴.

Además, según el mismo PAI, la quimioterapia debe ir acompañada de hormonoterapia con tamoxifeno o con inhibidores de la aromatasa para disminuir las tasas de recurrencias y aumentar la supervivencia, lo que según algunos estudios también contribuye a aumentar los problemas en la vida sexual^{4,8}.

La presencia de efectos secundarios de índole sexual asociados al tratamiento parecen asociarse a una sensación subjetiva peor de enfermedad y estrés, depresión, severidad de los síntomas y una disminución de la calidad de vida percibida (CVP)⁹. De forma característica, el cáncer de mama tiende a presentarse en mujeres perimenopáusicas o en la menopausia, pero no debemos olvidar que cerca del 30% de los cánceres de mama se diagnostican en mujeres premenopáusicas¹, lo que implica que éstas mujeres pasarán gran parte de su vida joven con problemas genitales derivados del uso de estos fármacos tales como atrofia y sequedad vaginal y que por norma general tienen efectos secundarios más severos ya que el tumor maligno de mama en gente joven (en torno a los 30 años) suele asociarse a mutaciones del gen BRCA 1 y 2, tumores de índole más agresiva que hacen disminuir las tasas de supervivencia en mujeres pertenecientes a este grupo de edad¹⁰ y que requieren por norma general dosis más altas del fármaco, potenciando con ello también los efectos dosis-dependiente de los mismos que acabarán derivando irremediablemente en un aumento de la severidad de síntomas urogenitales que afecten a las mujeres en su esfera sexual.

La cantidad de efectos negativos provocados por el tratamiento adyuvante en función de los años que la paciente fuera usuaria del mismo y su impacto en la calidad de vida fue valorada en un estudio que pretendía determinar

si la quimioterapia era un predictor significativo de la calidad de vida durante el primer año de tratamiento (con el objetivo de que en el caso de que se confirmara la hipótesis, reducir los años de tratamiento en las pacientes en las que la opción fuera viable) aunque finalmente los autores concluyeron que las pacientes que recibían quimioterapia se veían más afectadas en el primer año por la depresión y se encontraban menos satisfechas con la vida especialmente cuando la duración del tratamiento superaba los 3 años de duración pese a que el efecto lo referían desde las primeras dosis¹¹.

De forma añadida a lo expresado en párrafos anteriores respecto a la sexualidad y la imagen corporal en estas pacientes oncológicas, cabe resaltar que las alteraciones en la vida sexual de la mujer y en su imagen no se deben solo a los tratamientos a los que ha sido sometida, sino que tienen una etiología multifactorial.

Respecto a la intervención quirúrgica con mastectomía versus cirugía conservadora, hay estudios que afirman que la mastectomía no debe considerarse como un factor independiente que contribuye a aumentar las disfunciones sexuales de la paciente (pues las pacientes con cirugía conservadora también presentan cierto grado de disfunción sexual), aunque si bien es cierto que la sensación de pérdida de atractivo sexual y feminidad, el cansancio, la ansiedad y depresión, el miedo al abandono de la pareja por la pérdida de la fertilidad¹² etc que puede implicar para algunas mujeres este tipo de intervención si pueden causar pos sí mismas alteraciones en el patrón sexual de la mujer, resultando lógico que haya estudios que sí consideren la mastectomía como un factor independiente a la hora de padecer disfunciones de tipo sexual^{10,11}.

Una vez se ha producido una alteración del patrón sexual, debemos entender y hacer entender a las mujeres que la sexualidad no puede negarse, no podemos convertirnos en seres asexuales, pues la sexualidad no solo abarca sentimientos como la comunicación con la pareja, sino también aspectos sobre uno mismo, el propio cuerpo, la necesidad de tocarlo, y la capacidad de satisfacerse en las relaciones sexuales^{2,13}. Además, para las mujeres la sexualidad se extiende a la habilidad de comunicarse y abarca las ideas de imagen corporal, feminidad, deseo y capacidad para la concepción¹³, convirtiéndose en un concepto que comprende una facción emocional, intelectual y sociocultural, por lo que resulta aún más difícil si cabe de negar.

Tal y como se señalaba en párrafos anteriores, la cultura influye en el modo de percibir y vivir la sexualidad para la mujer y para su pareja. Tomando como referencia un estudio llevado a cabo en China por Zeng YC, éste reportaba tasas de inactividad sexual en el 70% de las pacientes que padecían cáncer de mama¹⁴. Los motivos que culturalmente se dan para ello se fundamentan en el “conocimiento popular” según el cual la mujer que mantiene relaciones durante el tratamiento hace que éste pierda efectividad y si las relaciones se mantienen tras el tratamiento se aumenta el riesgo de recurrencias por las hormonas segregadas durante la relación sexual¹⁴. La mayoría de las parejas según

este estudio continuaban juntas durante algunos años aún a sabiendas de las infidelidades por parte del varón hasta separarse definitivamente.

Teniendo en cuenta también que el cáncer es una enfermedad que no solo tiene implicaciones para el paciente, si no también para su núcleo familiar y su red de apoyo, se ha comprobado que extender la terapia a las parejas de estas pacientes es una conducta que ha reportado beneficios en los estudios anteriores^{4,15,16}.

Los sentimientos que suelen expresar más las mujeres con respecto a su relación de pareja a lo largo de todo el proceso (pues van cambiando a lo largo del mismo) abarcan desde el miedo al abandono inicial al olvido de la relación de pareja argumentando que tras el momento del diagnóstico y una vez han aceptado éste, lo más importante es centrarse en ellas y en su enfermedad^{2,3,13,17}.

Cada vez más la evidencia apunta a que las intervenciones conductuales tienen un impacto positivo en el manejo de la sintomatología menopáusica que experimentan las mujeres, hasta el punto de ser la única terapia con nivel I de eficacia para mujeres menopáusicas en el momento del diagnóstico y recomendada por la NAMS (North American Menopause Society)⁸.

Respecto a las implicaciones de la enfermedad en la vida de la pareja de la paciente, la mayoría de los varones (pues no se ha analizado el impacto en parejas homosexuales) refieren cambios en la toma de decisiones de las que antes se encargaba su mujer, la necesidad de un mayor cuidado de los hijos, gestionar asuntos de los que antes se encargaba la mujer, apoyar, ayudar y cuidar a su pareja etc; en definitiva, readaptar su rol dentro de la unidad familiar. Esta nueva y repentina situación da pie en algunas ocasiones a situaciones de ansiedad ya que se pueden sentir incapaces de cooperar de forma eficiente, y ello a veces los conduce hacia un trastorno depresivo¹⁸.

Estudios cualitativos que emplearon grupos focales coinciden en señalar que estos varones son más propensos al cansancio, problemas para dormir, trastornos alimentarios, alteraciones del humor, morbilidad sexual (eyaculación precoz y disfunción eréctil) y bajo rendimiento laboral, lo que disminuye su CVP¹³. En el tema del sexo, muchos hombres afirman que desplazan sus demandas sexuales por la ansiedad o depresión de la pareja, por la incomodidad de ésta con su imagen corporal, pues suele ser la primera en rechazarse a sí misma¹⁹ por el miedo a causarle dolor con la relación¹³.

Por otro lado, otros estudios también apuntan que el estrés de la enfermedad contribuye a acentuar los problemas de la pareja previos debido a que el proceso de asimilación del diagnóstico puede implicar una menor expresión de emociones, menor comunicación y aumento de las dificultades para la resolución de problemas. Resulta de alguna forma paradójico que haya otros estudios realizados en poblaciones con similar cultura y nivel educacional que apuntan que este evento acerca más a la pareja y fortalece la comunicación quizá porque se necesita una comunicación más compleja para afrontar los nuevos

cambios. Basándose en esta idea, Segrin et al²⁰ concluían que tanto las pacientes como las parejas experimentan trayectorias similares durante el proceso de enfermedad, y que el nivel de depresión de la pareja aumentaba con las dificultades de la paciente para lidiar con la enfermedad¹³

Sin embargo, pese a estas alteraciones que afectan a ambos, la mayor dificultad en este tipo de parejas, según los estudios, radica en la falta de comunicación sobre la sexualidad de ambos o la comunicación de forma incompleta^{2,9} contribuyendo con ello a aumentar los problemas en la sexualidad de la pareja.

Debido a todas las implicaciones del proceso, estas pacientes tienen que ser valoradas en consulta no solo centrándonos en su tratamiento oncológico y en la progresión y manejo propias de la enfermedad, si no que se debe hacer una valoración global de la paciente, la enfermedad y sus implicaciones en todos los ámbitos de su vida, incluido el aspecto sexual.

Sin embargo, la mayoría de los estudios consultados sugieren diferentes motivos que impiden esta práctica asistencial de forma sistemática, aunque principalmente se señala a la rotación de los turnos y la excesiva burocracia que implica la consulta del paciente oncológico (siempre llevada a cabo por un enfermero/a) y de nuevo, en los países orientales como China el miedo a la erotización del cuidado¹⁴ es el principal motivo por el que no se pregunta por la afectación de la vida sexual. De forma general, el sexo se considera un tema tabú en muchas culturas, y resulta lógico pensar que los/las profesionales, como personas con ideas propias que son, tengan determinados prejuicios a la hora de valorar este asunto, especialmente el que más se reporta es que “los pacientes se preocupan mucho más por su salud que por su sexualidad”¹⁹. Obviamente este tipo de prejuicios deben ser trabajados y eliminados de los profesionales que atienden a estas pacientes ya que el cuidado es un proceso natural, científico, consciente y sin vergüenza y sólo entendiendo el cuidado como un proceso científico no sólo a nivel teórico, si no también a nivel práctico podremos conseguir la excelencia clínica a la que todo profesional debe aspirar.

Desde el punto de vista de los profesionales sanitarios que atienden a estas pacientes en consulta, es el quién inicia la conversación sobre el tema sexual el ítem que más se ha valorado, pues muchos consideran que el sexo es algo íntimo y tienen miedo a violar de alguna manera la intimidad del paciente, por lo que al final de la consulta la sexualidad no se ha valorado en ningún aspecto por la mayoría de los profesionales^{19,20,21}.

4.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Los múltiples efectos que puede ocasionar el tratamiento en la vida sexual de la mujer justifican la necesidad de valoración en la esfera sexual por parte de un profesional sanitario, teniendo en cuenta que las pacientes oncológicas de mama difieren en la severidad de los síntomas menopáusicos y en la edad típicamente más joven a la que los experimentan⁸, por lo que resulta evidente que necesitarán más cuidados

y de forma diferente a los que prestaríamos ante cualquier mujer menopáusica con problemas sexuales. Aunque el racionamiento anterior resulte obvio, todavía hoy varios estudios concluyen que las pacientes no perciben que su sexualidad se aborde de la forma más adecuada, creando sentimientos de frustración y desamparo en el manejo de este tema^{8,9,10,21,22, 23}. La falta de información del paciente oncológico en asuntos que conciernen a su salud contribuye a aumentar la incertidumbre, ansiedad, depresión, estrés, enfado y confusión relacionados con la enfermedad mientras que la buena comunicación entre el paciente y el profesional que se encarga de valorarlo mejora la calidad de vida percibida en el paciente¹⁰.

A pesar del incremento de estudios dedicados a valorar los efectos en la vida sexual de las pacientes con cáncer de mama, las altas tasas de persistencia de síntomas que nos orientan hacia una disfunción sexual post tratamiento reflejan que verdaderamente el tratamiento de estos síntomas ha recibido poca atención o ésta se ha dado de forma inadecuada ya que no ha contribuido a mejorar los síntomas en la paciente⁹, por lo que debemos tratar de individualizar cada vez más los tratamientos. Respecto a los motivos que inducen esta situación de desinformación, muchos profesionales señalan la vergüenza, la falta de formación que les impide responder de forma adecuada a las demandas del paciente y el miedo o la falta de tiempo en las consultas¹. Parece existir cierto consenso en la comunidad científica de que son los profesionales de enfermería los más adecuados para realizar la valoración de la sexualidad en este tipo de pacientes apelando en primer lugar a la cercanía y accesibilidad de la enfermera/o con el paciente, lo que favorece la escucha de posibles temores e inquietudes sobre sexualidad^{21,22} y en segundo lugar a la competencia de enfermería en la promoción de la salud sexual y afectiva²¹ de los pacientes. El cuidado enfermero individualizado en el diagnóstico de cáncer y en el proceso de tratamiento es una situación ideal para asesorar a la paciente en imagen corporal y sexualidad y empezar a establecer un diálogo en estos temas.

Las matronas son profesionales enfermeros con cierto grado de formación en temas de sexualidad y por tanto un perfil idóneo para llevar a cabo estas labores.

Dentro de su perfil competencial no faltan numerosas referencias a la salud sexual²³:

- Participar y, en su caso, liderar y dinamizar programas de salud materno-infantil, atención a la mujer y de salud sexual y reproductiva.
- Realizar una adecuada educación para la salud a la mujer, familia y comunidad identificando las necesidades de aprendizaje en relación con la salud materno-infantil, la salud sexual, reproductiva y en el climaterio, llevando a cabo los diferentes programas educativos relacionados con las necesidades detectadas.
- Realizar consejo afectivo sexual y consejo reproductivo a la mujer, jóvenes y familia.

- Realizar actividades de promoción, prevención y colaborar en las actividades de asistencia y recuperación de la salud sexual, reproductiva y del climaterio de la mujer.

Como conclusión final de la revisión podemos obtener que la valoración de la sexualidad en la paciente oncológica es

de vital importancia para realizar una buena atención al paciente de forma holística e integral. Además los estudios no solo apuntan en esta dirección, si no que también sugieren que la terapia no debe estar centrada solo en la paciente, si no también en su compañero/a de vida sexual, pues parece haber indicios de mejores resultados en satisfacción y calidad de vida percibida.

5. BIBLIOGRAFÍA.

- Vieira EM, Junior GHY, Souza HCC, Mancini MPM, Perdoná GSM. História reproductiva e sexual de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2013; 35(2): 78-83.
- Vieira EM, Santos DB, Santos MA, Giami A. Vivencia de la sexualidad después del cáncer de mama. Estudio cualitativo en mujeres con rehabilitación. *Rev. Latino-Am Enfermagem* 2014; 22(3):408-14.
- Vázquez Ortiz V. Et al. Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología* 2010; 7(2): 433-451.
- Hummel et al. Internet-based cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women treated for breast cancer: design of a multicenter, randomized controlled trial. *BMC Cancer* 2015; 15 (321): 2-12
- Mnif Leila et al. Sexuality after breast cancer: cultural specificities of Tunisian population. *Pan African Medical Journal* 2016; 25 (17).
- Fernández S. Et al. La sexualidad en pacientes con cáncer de mama o cérvix sometidas a tratamiento quirúrgico en el hospital general San Vicente de Paul e instituto de cancerología de las Américas. 2002; 53(2): 179-183.
- Proceso Asistencial Integrado de Cáncer de Mama. Consejería de Salud de Andalucía. 2013.
- Atewa et al. Design of a randomized controlled trial of internet-based cognitive behavioral therapy for treatment-induced menopausal symptoms in breast cancer survivors. *BMC Cancer* 2016; 16 (920).
- Oberguggenberger et al. Self reported sexual health: breast cancer survivors compared to women from the general population- an observational study. *BMC Cancer* 2017; 17 (599).
- Ben Charif et al. Satisfaction with fertility and sexuality-related information in Young women with breast cancer- ELIPPSE40 COHORT- *BMC Cancer* 2015; 15 (572).
- Sook Yeon et al. Does Chemotherapy really affect the quality of life of women with breast cancer? *J. Breast Cancer* 2013; 16 (2): 229-235.
- Alacaccio Almet et al. Depression, anxiety and sexual satisfaction in Turkish breast cancer cases. *Pac J. Cancer* 2014; 15 (24): 10631-10636.
- Fengliang Wang et al. A neglected issue on sexual well-being following breast cancer diagnosis and treatment among Chinese women. *PLOS ONE* 2013; 8(9)
- Lumbreras SG, Blasco T. Características de la sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* 2008; 5(1):155-70.
- Sebastián J, Manos D, Bueno MJ, Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Psicooncología* 2007; 18(2):137-61.
- Christophe et al. The subjective experience of Young women with non-metastatic breast cancer: the Young women with breast cancer inventory, Health and Quality of life outcomes 2015; 13 (73).
- Blanco Sánchez R. Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Index Enferm* 2010; 19 (1).
- Badger T, Segrin C, Meek P, Lopez AM, Tucson AZ. Telephone interpersonal counseling with women with breast cancer: Symptom management and quality of life. *Oncol Nurs Forum* 2005; 32(2):273-9.
- Ferreira SMA, Gozzo TO, Panobianco MS, Santos MA, Almeida AM. Barriers for the inclusion of sexuality in nursing care for women with gynecological and breast cancer: perspective of professionals. *Rev Latino Am Enfermagem* 2015; 23 (1): 82-9.
- Junqueira LCU et al. Analysis on nurse's communication relating to sexuality to patients in the context of breast cancer care.. *Interface-comunic. Saude Educ.* 2013; 17 (44): 89-101.
- Homaei Shandiz F. Sexual function and affecting factors in women with breast cancer in Iran. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016; 17 (7).
- Paterson et al. Body image in younger breast cancer survivor: a systematic review. *Cancer Nurs* 2016; 39 (1): E39-E58.
- Orden SAS/1349/2009. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-8881.

¿INFLUYE EL MOMENTO EN QUE SE PINZA EL CORDÓN UMBILICAL EN LA SALUD DEL RECIÉN NACIDO? (REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA)

DOES THE MOMENT IN WHICH THE UMBILICAL CORD IS CLAMPED INFLUENCE THE HEALTH OF THE NEWBORN? BIBLIOGRAPHIC REVIEW

■ ROSA MARÍA GALÁN-AMAYA (GRADO EN ENFERMERÍA),
■ DRA. MARÍA CECILIA RUÍZ-FERRÓN (MATRONA. PROFESORA ASOCIADA A LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA. DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA (SEVILLA)).

RESUMEN. Objetivo. Constatar lo que dice la evidencia científica sobre los riesgos y/o beneficios del clampaje tardío del cordón umbilical en contraposición al clampaje precoz en el recién nacido.

Metodología. Revisión bibliográfica en Dialnet, PubMed, Scopus, Cuiden, CINAHL, The Cochrane Library, Medes, WOS y LILACS de la literatura publicada entre 2015 y 2019, y cuyo objeto de estudio fuesen los recién nacidos a término sanos por parto vaginal o cesárea.

Resultados. De los 560 artículos encontrados, se seleccionaron 17 tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión y la lectura crítica. Dos de ellos estaban publicados en español y, el resto en inglés. La mayoría de los estudios se llevaron a cabo en países asiáticos y, sólo uno de ellos utilizó una muestra española.

Conclusiones. El pinzamiento tardío del cordón umbilical se considera una práctica segura y que mejora el estado hematológico y el neurodesarrollo del bebé. Sin embargo, la mayoría de los profesionales continúan haciéndolo de forma precoz, ya que tienen creencias erróneas sobre los efectos negativos de esta práctica.

PALABRAS CLAVES: pinzamiento, cordón umbilical, tardío, bilirrubina, anemia, neurodesarrollo.

ABSTRACT: Objective. To verify what the scientific evidence shows about the risks and/or benefits of delayed umbilical cord clamping contrary to early clamping in the healthy term newborn.

Methodology. Bibliographical review in Dialnet, Pubmed, Scopus, Cuiden, CINAHL, The Cochrane Library, Medes, WOS and LILACS of the literature published between 2015 and 2019 and whose object of study were healthy term newborns by vaginal delivery or cesarean section.

Results. There were 560 articles found, 17 were selected by inclusion and exclusion criteria and critical reading, two of them were published in Spanish and the rest in English. Most of the studies were carried out in Asian countries and only one of them used a Spanish sample.

Conclusions. Delayed umbilical cord clamping is considered a safe practice and it improves the hematological state and neurodevelopment of the baby. However, most professionals still doing it early, because they have mistaken beliefs about the negative effects of this practice.

KEY WORDS: clamping, umbilical cord, delayed, bilirubin, anemia, neurodevelopment.

INTRODUCCIÓN

La Guía de Atención Inmediata del Recién Nacido a Término Sano aconseja no realizar el clampaje del cordón hasta pasados dos minutos del nacimiento o hasta el cese de las pulsaciones del mismo. De lo contrario, un volumen de entre 35 y 40 ml/kg de sangre queda en la placenta, y con ella de 40 a 50 ml/kg de hierro¹.

Esto cobra mayor importancia cuando hablamos de la anemia. La anemia es un problema de salud pública con efectos perjudiciales para la salud de los seres humanos. En el mundo, unos 273 millones de niños menores de 5 años la padecían en 2011, de los cuales un 42% estaba causada por la falta de hierro (anemia ferropénica). En esta etapa, los niños se encuentran en una fase de pleno desarrollo y crecimiento donde los requerimientos de hierro son mayores, una deficiencia del mismo puede tener consecuencias negativas sobre el neurodesarrollo del niño, tanto a nivel

psicomotor y de coordinación, como a nivel de habilidades de comunicación².

En Cuba, la anemia ferropénica es la causa primordial de deficiencia nutricional, siendo los lactantes el grupo más sensible (más del 40% la desarrollan). Uno de los factores que influyen en la aparición de la misma es el pinzamiento precoz del cordón umbilical, porque se priva al neonato de un volumen considerable de sangre al interrumpir la circulación entre la placenta y el recién nacido. En base a ello, se pretende fomentar el pinzamiento tardío del cordón, así como la formación y capacitación de los profesionales con el fin de aumentar las reservas de hierro en el recién nacido y disminuir los casos de anemia en este país³.

La controversia a cerca del momento óptimo para realizar el pinzamiento del cordón umbilical se remonta miles de años atrás, cuando por costumbre este se pinzaba después de que la mujer diera a luz, pero teniendo en cuenta que las pulsaciones del mismo hubiesen cesado⁴.

A mediados del siglo XVIII, Erasmus Darwin descubrió que el clampaje precoz del mismo podía tener efectos perjudiciales para la salud del recién nacido. Debido a ello, recomendaba no pinzarlo hasta que las pulsaciones no hubiesen cesado, alegando también que de esta forma el neonato recibía un mayor volumen de sangre placentaria⁵.

Entre los años 60 y 70, diversos estudios no controlados con una muestra insuficiente hablaron de los efectos perjudiciales de dicha técnica, tales como policitemia, sobrecarga cardíaca, trastornos respiratorios, etc. No obstante, estos resultados no se encontraron en investigaciones posteriores de mayor fiabilidad⁴.

Asimismo, se creía que el pinzamiento tardío del cordón provocaba un síndrome icterico en el recién nacido, como consecuencia de la transfusión de un importante volumen de sangre desde la placenta al feto. Sin embargo, se ha demostrado que esto no es cierto, al contrario de lo que se pensaba, ese volumen de sangre tiene beneficios reales para el recién nacido⁶.

Debido a lo expuesto anteriormente y según la fisiología del neonato, el clampaje del cordón umbilical debe realizarse a los tres minutos del nacimiento o cuando las pulsaciones del mismo hayan cesado. De esta forma, tanto si el parto es vía vaginal o por cesárea, el niño recibirá un volumen de sangre considerable (8-24ml vs 2-16ml, respectivamente), entre 50 y 80% de sangre⁶.

Sin embargo, en la actualidad, prácticamente todos los hospitales occidentales llevan a cabo el pinzamiento precoz del cordón (antes del minuto) como normal general, sin tener en cuenta si este ha dejado o no de latir⁴. Algunas de las causas por las que se sigue realizando un clampaje precoz, aun sabiendo los beneficios que conlleva el retraso del mismo, son la falta de información al respecto, la preocupación por posponer las maniobras de reanimación del neonato o por la posible aparición de ictericia o policitemia⁷, el deseo de los profesionales de acabar cuanto antes o la intención de donar la sangre del cordón al banco de células madres. De igual modo, existe entre los profesionales la creencia de que el pinzamiento tardío del cordón aumenta el riesgo de que la madre sufra una hemorragia en el posparto, cuando realmente no hay evidencias científicas que lo confirmen⁴.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (entre 1 y 3 minutos después del nacimiento) como norma general para todos los partos que cursen sin complicaciones, es decir, siempre y cuando el neonato no deba ser trasladado para recibir las maniobras de reanimación cardiopulmonar⁷.

Igualmente, en su guía *Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes* enuncia que podría ser realmente beneficioso para aquellos recién nacidos que viven en países en vías de desarrollo².

En consonancia con ello, nos propusimos llevar a cabo dicha revisión con el fin de constatar lo que dice la evidencia científica disponible sobre los riesgos y/o beneficios

que tiene el clampaje tardío del cordón umbilical en contraposición al clampaje precoz en el recién nacido.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo esta revisión de la literatura, se realizó una búsqueda de los artículos publicados, en inglés o español, desde 2015 hasta 2019, que abordaran el pinzamiento del cordón umbilical en el recién nacido a término sano, ya fuese por parto vaginal o cesárea y, que estuvieran indexados en las bases de datos CINAHL, PubMed, Scopus, Cuiden, Dialnet, The Cochrane Library, Medes, WOS y Lilacs.

Se utilizaron los siguientes descriptores MeSH en inglés y sus equivalentes en español «clamping», «delayed», «early», «umbilical cord», «hemoglobin», «anemia», «bilirubin», «iron». Una vez seleccionados los descriptores, se unieron mediante los operadores booleanos AND y OR, dando como resultado la siguiente estrategia de búsqueda: («delayed umbilical cord clamping» OR «early umbilical cord clamping») AND («hemoglobin» OR «bilirubin» OR «iron» OR «anemia»).

Seguidamente y tras la lectura crítica de los títulos y resúmenes de los estudios encontrados, se seleccionaron los artículos teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Investigaciones cuantitativas y/o revisiones sistemáticas.
- Estudios que tuvieran como objeto de estudio el recién nacido a término sano, por parto vaginal o cesárea.
- Artículos que indagaran sobre la relación entre el momento en que se pinza el cordón umbilical y el estado hematológico del recién nacido (incluyendo el volumen de sangre placentaria residual).
- Artículos que evaluaran los posibles efectos del momento en que se pinza el cordón umbilical sobre el nivel de bilirrubina, el estrés oxidativo, y el perfil lipídico del neonato.
- Estudios que investigaran sobre la repercusión del momento en que se pinza el cordón umbilical en el neurodesarrollo del bebé.

Se excluyeron las revisiones de la literatura, los artículos que no se adecuaban a nuestro tema de estudio, los publicados en un idioma distinto a los citados, aquellos en los que no se disponía del texto completo, y los que tenían como objeto de estudio al recién nacido prematuro, de bajo peso, o con alguna patología congénita.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 560 artículos. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, excluir los que no se adecuaban a nuestro tema de estudio, los duplicados y aquellos a los que no podíamos acceder al texto completo, nos quedamos finalmente con 17 artículos (Figura 1). De ellos, 1 es una revisión sistemática, 4 son estudios observacionales (3 analíticos y 1 descriptivo), 1 es un estudio cuasiexperimental, y el resto son ensayos clínicos aleatorios prospectivos.

En lo referente al tema de estudio, 7 artículos se centraron únicamente en el estado hematológico del recién nacido (hierro, hemoglobina, hematocrito, anemia, volumen de sangre placentaria residual), 1 estudió los valores de bilirrubina transcutánea y otro los niveles de lípidos en la sangre y el estrés oxidativo en plasma. De los 8 restantes, 3 investigaron sobre el neurodesarrollo a largo plazo, 4 estudiaron tanto los parámetros hematológicos como la bilirrubina sérica o transcutánea, y sólo 1 indagó sobre los valores de hemoglobina y el neurodesarrollo al mismo tiempo (Tabla 1).

DISCUSIÓN

Comprobar si existe relación entre el momento en el que se pinza el cordón umbilical y los niveles de hierro, hemoglobina, hematocrito y ferritina en el recién nacido a término.

Según un ensayo clínico llevado a cabo en el Bhatti International Trust Teaching Hospital, existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de hematocrito entre recién nacidos a los que se le realizó un clampaje precoz del cordón (grupo A) y aquellos a los que se le pinzó de forma tardía (grupo B). Mientras que en el grupo B había un 48% de los neonatos con niveles de hematocrito dentro del rango 56-60%, en el grupo A sólo un 4% se encontraba dentro de ese rango⁸.

Chen X et al.⁹ están de acuerdo con lo expuesto anteriormente, ya que en su ensayo clínico pudieron comprobar cómo a medida que aumentaba el tiempo de pinzamiento del cordón, se incrementaban también los valores de hematocrito (entre 56.5 y 61%).

Asimismo, Rashid A et al.¹⁰ afirman que la frecuencia de anemia en los recién nacidos en los que se realiza un clampaje tardío del cordón umbilical (DCC) es menor que cuando este se pinza precozmente (ECC). Así lo demuestran los resultados de su estudio, donde tras la medición del hematocrito a las 6 horas del parto, se evidenció una diferencia entre ambos grupos de un 9%.

En la misma línea, Rao SH et al.¹¹ recomiendan el pinzamiento tardío del cordón umbilical tras obtener diferencias estadísticamente significativas en un estudio realizado en un hospital de Nepal. En él, se analizaron los niveles de hemoglobina y hematocrito, también a las 6 horas del nacimiento y, los valores fueron de 15.90 ± 0.33 y 46.90 ± 0.55 en el grupo A (clampaje precoz) comparado con 17.28 ± 0.31 y 50.70 ± 1.41 en el grupo B (clampaje tardío).

Igualmente, Nourai S et al.¹² y Tapia Correa RM et al.¹³ coincidieron en sus estudios en que existe una diferencia notable entre los recién nacidos a los que se le pinzó el cordón precozmente y aquellos en los que se realizó de forma tardía. Así pues, en estos últimos los valores de hemoglobina se situaron entre 15 y 20mg/dl, e incluso un 28'9% tuvo más de 20mg/dl; mientras que en los primeros el valor fue menor a 15mg/dl en el 100% de los neonatos¹³.

Sin embargo, Fawzy AE et al.¹⁴ en un estudio llevado a cabo en Egipto no encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de hemoglobina al nacer entre

el grupo ECC y el grupo DCC, siendo el rango del primero 12'5-16 y el del segundo 12'8-16'8. No obstante, si hubo diferencias importantes en la saturación de oxígeno entre ambos grupos, siendo mayor en los recién nacidos en los que se pinzó el cordón de forma tardía.

Mercer JS et al.¹⁵ analizaron el estado hematológico del niño mediante los niveles de hematocrito a las 48 horas y de ferritina a los 4 meses de edad. En ambos parámetros se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo DCC y el grupo ECC, de forma que, los valores eran superiores en el grupo DCC (57'6% vs 53'1% y 96'4 vs 65'3mg/dl, respectivamente).

Ertekin AA et al.¹⁶ investigaron los efectos del pinzamiento tardío sobre diferentes parámetros del recién nacido a corto y largo plazo (2 meses de vida). Aunque los niveles de hematocrito, hemoglobina y hierro no difirieron entre ambos grupos en el momento del nacimiento, sí se apreció que estos valores eran mayores en el grupo de pinzamiento tardío del cordón a los 2 meses de vida.

Del mismo modo, una revisión sistemática evaluó los efectos a largo plazo (6-12 meses) del pinzamiento tardío en comparación con el clampaje precoz. Sus resultados sugieren que si esta maniobra se lleva a cabo de forma tardía se pueden reducir los casos de anemia, de deficiencia de hierro y de anemia por deficiencia de hierro en esta población, es decir, que mejora el estado hematológico del bebé y los niveles de hierro. Por lo tanto, aconsejan implantar esta maniobra sobre todo en aquellos países donde hay una mayor prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en niños¹⁷.

Askelöf U et al.¹⁸ también investigaron las consecuencias del pinzamiento tardío sobre los niveles de hierro a largo plazo, pero en este caso fue a los 4 meses de edad y compararon los resultados de 3 grupos. En uno de ellos se pinzó el cordón a los 10 segundos, en otro a los 60 y en el tercero a los 180. Encontraron una diferencia significativa en los valores de hierro entre el primer grupo y el segundo, pero no entre el segundo y el tercero. Por lo tanto, se podría decir que un retraso de entre 1 y 3 minutos ofrece beneficios que no obtendríamos si se pinza de forma inmediata (10s).

Otro de los parámetros que ha sido analizado en los estudios seleccionados es el volumen de sangre placentaria residual (RPBV). Se trata de un estudio cuasiexperimental donde se encontró una diferencia significativa en el volumen promedio entre el grupo de pinzamiento tardío (33ml) y el de clampaje precoz (77ml). Si tenemos en cuenta los datos anteriores, un disminución del RPBV se traduciría en un aumento del nivel de hematocrito y hemoglobina en el recién nacido, aunque esto no podemos afirmarlo porque no ha sido analizado en dicho estudio. En él también se midió el peso de los neonatos y según los resultados, el peso promedio fue mayor en el grupo de DCC que en el grupo de ECC. No obstante, esto no puede relacionarse directamente con la disminución del volumen porque se ha empleado un medio de estimación indirecto y no directo¹⁹.

Estos hallazgos también están respaldados por Mercer et

al.²⁰ en cuyo estudio analizaron tanto el RPBV como el nivel de hemoglobina. En ambos casos obtuvieron mejores resultados en el grupo DCC que en el grupo ECC.

- **Determinar si el momento en que se pinza el cordón umbilical influye en los niveles de bilirrubina y el estrés oxidativo del recién nacido, así como evaluar si existe relación entre este último y los niveles de lípidos en sangre.**

Escudero LC et al.²¹ midieron los efectos del clampaje tardío del cordón en los valores de bilirrubina transcutánea. A pesar de que los niveles fueron mayores en el grupo DCC ($8,24 \pm 3,05$ mg/dl frente a $7,85 \pm 3,18$ mg/dl del grupo ECC), la diferencia no fue significativa, ninguno de los valores fue patológico, y en ningún caso se requirió fototerapia. Por consiguiente, se trata de una práctica segura para la salud de los neonatos y sin consecuencias negativas para la salud (no hay aumento de hiperbilirrubinemia ni policitemia sintomática)²⁰.

En consonancia con ello están los resultados del estudio de Chen X et al.⁹, en el que los recién nacidos se dividieron en ocho grupos. En cada uno de ellos se realizó el clampaje del cordón en un momento diferente (15, 30, 60, 90, 120, 150, 180s y cuando cesó la pulsación del cordón) y se tomaron muestras para analizar los valores de bilirrubina transcutánea a las 72 horas. Los resultados no sufrieron grandes variaciones entre los diferentes grupos y al igual que en el estudio anterior, los casos que necesitaron fototerapia no aumentaron.

En cambio, Fawzy AE et al.¹⁴ y Ertekin AA et al.¹⁶ no hallaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de bilirrubina entre el grupo ECC y el grupo DCC.

En lo que respecta a la relación entre los lípidos de la sangre, el estrés oxidativo y el pinzamiento del cordón umbilical, Moustafa AN et al.²² comprobaron que los niveles de colesterol, triglicéridos y fosfolípidos totales eran significativamente más altos en el grupo ECC que en el grupo DCC ($p < 0.001$). Así como también, observaron que la actividad antioxidante en plasma estaba aumentada en el grupo DCC. De ahí que apoyen la implantación de esta práctica en todos los hospitales, puesto que es un factor de protección para la salud de los recién nacidos²².

- **Identificar si el momento en que se pinza el cordón umbilical repercute a largo plazo en el neurodesarrollo del bebé.**

Mercer JS et al.¹⁵ fueron más allá y evaluaron si un pinzamiento tardío del cordón puede repercutir en la mielinización cerebral a los 4 meses de edad, y si existe relación entre el nivel de ferritina y esta última. Como herramientas utilizaron la resonancia magnética y escalas de desarrollo neurológico (Mullen Scales of Early Learning), y encontraron una asociación positiva entre el nivel de ferritina y el contenido de mielina en diversas regiones del cerebro relacionadas con la función sensorial, motora y visual. Por consiguiente, el pinzamiento tardío del cordón umbilical repercute favorablemente en el neurodesarrollo del niño.

Esta última afirmación se encuentra igualmente respaldada por el estudio de Rana N et al.²³, un ensayo clínico donde 332 niños fueron evaluados (sus padres completaron el cuestionario) a los 12 meses de edad mediante el cuestionario de edades y etapas (ASQ). Las puntuaciones medias obtenidas en dichos cuestionarios fueron más altas en los niños del grupo DCC (3min) que en los niños del grupo ECC (1min), lo que se traduce en un mejor desarrollo neurológico, mejores habilidades sociales, de resolución de problemas y de comunicación^{23, 12}.

Con el mismo fin, Andersson O et al.²⁴ indagaron sobre los efectos del pinzamiento tardío en el neurodesarrollo del niño a los 4 años de edad. Como instrumentos utilizaron la Wechsler Preschool and Primary Scale (WPPSI-III) y la Movement Assessment Battery for Children (Movement ABC), que fueron cumplimentados por un psicólogo y el ASQ-3 y el cuestionario de fortalezas y dificultades, que fueron completados por los padres. A pesar de que en la WPPSI-III no hubo diferencias estadísticamente significativas, sí se encontraron en los resultados del resto de escalas y cuestionarios administrados. Estos fueron mejores en el grupo DCC que en el grupo ECC. Por este motivo, consideran que es de vital importancia optimizar el tiempo del pinzamiento del cordón umbilical para no privar a los recién nacidos de los beneficios que esta técnica tiene sobre el neurodesarrollo²⁴.

La principal limitación del proceso de revisión ha sido la imposibilidad de acceder al texto completo de algunos estudios.

Entre las limitaciones de los estudios seleccionados encontramos la variabilidad existente entre las muestras, ya que van desde muestras con 70 individuos hasta algunas con 700; la gran diversidad metodológica, pudiendo encontrar tanto revisiones sistemáticas y ensayos clínicos, como estudios experimentales y observacionales; así como la falta de uniformidad en los criterios empleados para definir el pinzamiento tardío, ya que cada uno considera un tiempo diferente para designarlo (en todos es superior a los 60 segundos como recomienda la OMS).

CONCLUSIONES.

La gran mayoría de los artículos analizados demuestran con sus resultados que el pinzamiento tardío del cordón umbilical es una práctica segura para el recién nacido a término sano, y no sólo eso, sino que proporciona múltiples beneficios para la salud del mismo, mejorando su estado hematológico y el neurodesarrollo a largo plazo.

Sin embargo, los profesionales que atienden el parto y se encargan de realizar esta técnica continúan haciéndolo de forma precoz. Todavía existe la creencia de que prolongar el tiempo de pinzado puede perjudicar al niño, e incluso a la madre (mayor riesgo de hemorragia posparto) y de ahí, la necesidad imperiosa de tener a ambos bajo control, para lo cual necesitan pinzar y cortar el cordón con el fin de reconocer al niño y supervisar que esté en perfectas condiciones.

Muchos profesionales desconocen que, actuando de esta

forma, están privando a los neonatos de los efectos beneficiosos que conlleva ese volumen extra de sangre. Esto podría ser realmente beneficioso para aquellos recién nacidos que viven en un ambiente de pobreza, donde los medios son escasos y, por tanto, no gozan de una alimentación equilibrada con suficiente aporte de hierro, lo que supone un factor de riesgo para desarrollar anemia.

Asimismo, el hecho de que se produzca un aumento de la bilirrubina en algunos recién nacidos, aunque en pocos casos llega a ser patológico y casi nunca requiere tratamiento, hace que los profesionales desconfíen de esta práctica y opten por el método tradicional.

Desde mi punto de vista, existen motivos suficientes como para que se continúe con la investigación en este campo,

indagando fundamentalmente sobre aquellos aspectos que suscitan mayor interés, como pueden ser los efectos negativos del clampaje tardío del cordón o las consecuencias positivas que este tiene sobre el desarrollo neurológico a largo plazo. Del mismo modo, es imprescindible desmentir los mitos que rodean a esta práctica y que carecen de base científica alguna.

En consonancia con ello, sería conveniente fomentar la implantación de esta práctica en los hospitales, ya sea aumentando la formación y capacitación entre los profesionales o mediante protocolos en los que puedan apoyarse a la hora de pinzar el cordón umbilical, una práctica que parece insignificante, pero que tiene importantes repercusiones en la salud de un colectivo tan vulnerable como es el de los recién nacidos.

Título/Autor/es y año	Objetivo/s	Metodología.	Período/ Muestra/País	Resultados
<i>Influencia del pinzamiento tardío del cordón umbilical en los valores de bilirrubina neonatal en el recién nacido sano.</i> Escudero LC et al. (2016)	Establecer una relación entre el clampaje tardío del cordón umbilical (DCC) y el aumento de las cifras de bilirrubina transcutánea en el recién nacido (RN) sano.	Estudio de tipo descriptivo prospectivo.	Muestra: 133 recién nacidos a término sanos. Período: entre noviembre de 2014 y enero de 2015. País: España.	Ninguno de los valores de bilirrubina obtenidos fue patológico y ninguno de los niños precisó tratamiento con fototerapia.
<i>Hemoglobina en recién nacidos por parto vaginal según clampaje precoz o tardío del cordón umbilical, a 2700 metros sobre el nivel del mar (msnm).</i> Tapia Correa RM et al. (2015)	Evaluar si el clampaje tardío del cordón umbilical muestra mayores valores de hemoglobina que cuando se realiza clampaje precoz (ECC o ICC), a 2700 msnm.	Investigación prospectiva, aleatoria y doble ciego.	Muestra: 100 recién nacidos y sus madres. Período: enero de 2014. País: Perú.	El clampaje tardío mostró mejores valores de hemoglobina en los neonatos. El tiempo medio en que dejó de latir el cordón fue 2,67 min y la anemia materna no influyó en la hemoglobina neonatal.
<i>The Effect of the Timing of Umbilical Cord Clamping on Hemoglobin Levels, Neonatal Outcomes and Developmental Status in Infants at 4 Months Old.</i> Nouraie S et al. (2019)	Investigar el efecto de la sincronización del pinzamiento tardío del cordón umbilical en los niveles de hemoglobina, los resultados neonatales y el estado de desarrollo en lactantes a los cuatro meses de edad.	Ensayo clínico aleatorio.	Muestra: 400 bebés recién nacidos de Isfahan. Período: 2016. País: Irán.	La hemoglobina del cordón umbilical fue significativamente mayor en el grupo de intervención en comparación con el grupo control ($P = 0,024$). La ictericia neonatal fue significativamente más frecuente en el grupo de intervención ($P = 0,025$), aunque la necesidad de fototerapia no fue diferente entre los grupos. Los bebés tenían mejores habilidades de resolución de problemas en el grupo de intervención ($P = 0.015$).

Título/Autor/es y año	Objetivo/s	Metodología.	Período/ Muestra/País	Resultados
<i>Early versus delayed cord clamping of term births in Shatby Maternity University Hospital.</i> Fawzy AE et al. (2015)	Comparar los beneficios y daños potenciales del pinzamiento precoz vs tardío en los recién nacidos a término del Hospital Materno-Infantil de Shatby.	Ensayo clínico aleatorio.	Muestra: 100 mujeres embarazadas y sus bebés recién nacidos. Período: junio de 2014. País: Egipto.	Solo hubo una diferencia estadísticamente significativa con respecto a la saturación de O ₂ , favoreciendo al grupo de pinzamiento tardío.
<i>Comparison of the Frequency of Neonatal Anemia in Early Verses Delayed Umbilical Cord Clamping.</i> Rashid A et al. (2015)	Comparar la frecuencia de anemia neonatal en el pinzamiento precoz del cordón umbilical versus el pinzamiento tardío.	Ensayo controlado aleatorio.	Muestra: 200 recién nacidos. Período: desde el 20 de diciembre de 2010 hasta el 19 de junio de 2011. País: Pakistán.	La frecuencia de anemia neonatal es significativamente menor cuando se realiza un pinzamiento tardío del cordón umbilical.
<i>Effect and safety of timing of cord clamping on neonatal hematocrit values and clinical outcomes in term infants: A randomized controlled trial.</i> Chen X et al. (2017)	Evaluar el efecto y la seguridad de diferentes tiempos de clampaje del cordón umbilical (UCC).	Ensayo controlado aleatorio.	Muestra: 720 madres/ bebés a término. Período: desde diciembre de 2014 hasta mayo de 2015. País: China.	Para los bebés a término, el clampaje tardío del cordón umbilical aumenta los valores de hematocrito, sin efectos dañinos aparentes en los bebés y sus madres.
<i>Effects of delayed cord clamping on infants after neonatal period: Asystematic review and meta-analysis.</i> Zhao Y et al. (2019)	Evaluar los efectos a largo plazo del clampaje tardío del cordón en comparación con el clampaje precoz del mismo, en lactantes después del período neonatal.	Revisión sistemática y metaanálisis de ensayos controlados aleatorios.	País: China.	El pinzamiento tardío del cordón mejoró moderadamente el estado hematológico y de hierro de los recién nacidos a término después del período neonatal.
<i>Effects of Delayed Cord Clamping on 4-Month Ferritin Levels, Brain Myelin Content, and Neurodevelopment: A Randomized Controlled Trial.</i> Mercer JS et al. (2018)	Evaluar si la transfusión de placenta influye en la mielinización cerebral a los 4 meses de edad.	Ensayo controlado aleatorio, parcialmente ciego.	Muestra: Setenta y tres mujeres embarazadas a término sanas y sus fetos. Período: desde noviembre de 2012 hasta diciembre de 2017. País: EE. UU.	A los 4 meses, los bebés nacidos a término que recibieron DCC tenían mayores niveles de ferritina y un aumento de la mielina en el cerebro en áreas importantes para el desarrollo funcional temprano de la vida.
<i>Association between oxidative stress and cord serum lipids in relation to delayed cord clamping in term neonates.</i> Moustafa AN et al. (2017)	Evaluar la influencia del pinzamiento del cordón umbilical temprano o tarde sobre el estrés oxidativo en los recién nacidos a término y evaluar la asociación del estrés oxidativo y los lípidos de la sangre del cordón umbilical.	Estudio analítico observacional de corte transversal.	Muestra: 100 madres y sus recién nacidos a término. Período: desde el 1 de enero al 30 de agosto de 2016. País: Egipto.	DCC se asoció con una disminución de los lípidos de la sangre del cordón umbilical y una actividad antioxidante aumentada. Esto sugiere el efecto protector de DCC en la salud futura del recién nacido a término, y apoya la aplicación de DCC en el manejo activo de la tercera etapa del parto.

Título/Autor/es y año	Objetivo/s	Metodología.	Período/ Muestra/País	Resultados
<i>Effect on fetal hemoglobin and haematocrit level at 6 hours of life in cord clamping at 1 and 2 Minutes.</i> <i>Rao SH et al. (2018)</i>	Investigar si el clampaje tardío del cordón umbilical puede prevenir la anemia por deficiencia de hierro.	Ensayo controlado aleatorio.	Muestra: 218 mujeres y sus bebés recién nacidos. Período: desde febrero de 2016 hasta agosto de 2017. País: Pakistán.	El clampaje tardío del cordón umbilical a los 2 minutos tuvo niveles más altos de hemoglobina y hematocrito neonatal en comparación con el clampaje del cordón al minuto (precoz).
<i>Effect of Delayed Cord Clamping of Term Babies on Neurodevelopment at 12 Months: A Randomized Controlled Trial.</i> <i>Rana N et al. (2019)</i>	Investigar los efectos de DCC en comparación con el pinzamiento temprano del cordón umbilical (ECC) en el desarrollo evaluado con el Cuestionario de edades y etapas (ASQ) a los 12 meses de edad.	Ensayo controlado aleatorio.	Muestra: 540 mujeres y sus bebés recién nacidos. País: Nepal.	El DCC después de 3 min se asoció con una mejoría del desarrollo neurológico general evaluado a los 12 meses de edad en comparación con los lactantes en el grupo con pinzamiento del cordón umbilical dentro de 1 min.
<i>Effect of delayed cord clamping on neurodevelopment at 4 years of age: a randomized clinical trial.</i> <i>Andersson O et al. (2015)</i>	Investigar los efectos del pinzamiento tardío del cordón umbilical en comparación con el pinzamiento precoz en el neurodesarrollo a los 4 años de edad.	Ensayo controlado aleatorio.	Muestra: 263 niños nacidos en el Hospital de Halland. Período: desde el 16 de abril de 2008 hasta el 21 de mayo de 2010. País: Suecia.	El DCC en comparación con el ECC mejoró las puntuaciones en los dominios de motricidad fina y social a los 4 años de edad, especialmente en niños, lo que indica que la optimización del tiempo del clampaje puede afectar al desarrollo neurológico en una población de bajo riesgo de niños nacidos en un país de altos ingresos.
<i>Wait a minute? An observational cohort study comparing iron stores in healthy Swedish infants at 4 months of age after 10-, 60- and 180-second umbilical cord clamping.</i> <i>Askelöf U et al. (2017)</i>	Investigar un clampaje intermedio del cordón umbilical y evaluar los niveles de hierro a los 4 meses de edad en los bebés a los que se le aplicó el clampaje del cordón después de 1 minuto.	Estudio observacional prospectivo con dos controles históricos.	Muestra: bebés nacidos en el Hospital Universitario Karolinska entre abril de 2012 y mayo de 2015. País: Suecia.	Los resultados sugieren que retrasar el clampaje del cordón umbilical durante 60 s reduce el riesgo de deficiencia de hierro.

Título/Autor/es y año	Objetivo/s	Metodología.	Período/ Muestra/País	Resultados
<i>Early Versus Late Clamping of the Umbilical Cord in Full-term Neonates.</i> Malhi KA et al. (2015)	Comparar los beneficios y daños potenciales del clampaje precoz frente al tardío en recién nacidos a término.	Ensayo controlado aleatorio.	Muestra: 200 recién nacidos a término sanos. Período: desde el 3 de febrero hasta el 4 de septiembre de 2014. País: Pakistán.	Los niveles de hematocrito fueron mayores en el grupo de pinzamiento tardío que en el de pinzamiento precoz (diferencia estadísticamente significativa $p=0.002$).
<i>Effects of delayed cord clamping on residual placental blood volume, hemoglobin and bilirubin levels in term infants: a randomized controlled trial.</i> Mercer JS et al. (2017)	Medir los efectos de un retraso de 5 minutos en el pinzamiento del cordón umbilical (DCC) versus un pinzamiento inmediato del mismo (ICC) sobre el volumen de sangre placentaria residual (RPBV) al nacer, y la hemoglobina y la bilirrubina sérica a las 24 y a las 48 h de edad.	Ensayo controlado aleatorio prospectivo.	Muestra: 73 mujeres embarazadas y sus fetos. Período: desde julio de 2013 hasta noviembre de 2017. País: EE. UU.	El volumen de sangre placentaria residual fue menor en los niños que recibieron DCC, que en los que se realizó el ECC. Los niños del grupo DCC tuvieron una ventaja hematológica temprana sin aumentos en la hiperbilirrubinemia o policitemia sintomática.
<i>Term babies with delayed cord clamping: an approach in preventing anemia.</i> Ertekin AA et al. (2016)	Investigar los efectos del pinzamiento tardío y temprano del cordón umbilical sobre el estado hematológico del bebé al nacer y al final del segundo mes de vida, entre otros.	Estudio prospectivo de casos y controles.	Muestra: 150 bebés recién nacidos a término sanos. Período: desde el 1 de agosto hasta el 30 de noviembre de 2011. País: Turquía.	Aunque la hemoglobina del cordón umbilical y los niveles de hierro y hemoglobina de las muestra venosas no difirieron entre los grupos, fueron significativamente más altos en los lactantes cuyo cordón fue clampado de forma tardía a la edad de 2 meses.
<i>Residual Placental Blood Volume Estimation to Measure the Increase in Neonatal Blood Transfer by Delayed Cord Clamping: A Quasi-Experimental Study.</i> Katageri G et al. (2018)	Demostrar en la práctica el aumento de la transferencia de sangre neonatal mediante la adopción de la práctica de pinzamiento tardío del cordón umbilical.	Estudio cuasiexperimental	Muestra: 117 mujeres embarazadas y sus hijos recién nacidos. Período: entre julio y septiembre de 2014. País: India.	El pinzamiento tardío del cordón aumenta significativamente el volumen de sangre transferida al bebé.

Tabla 1. Análisis y síntesis de los artículos.

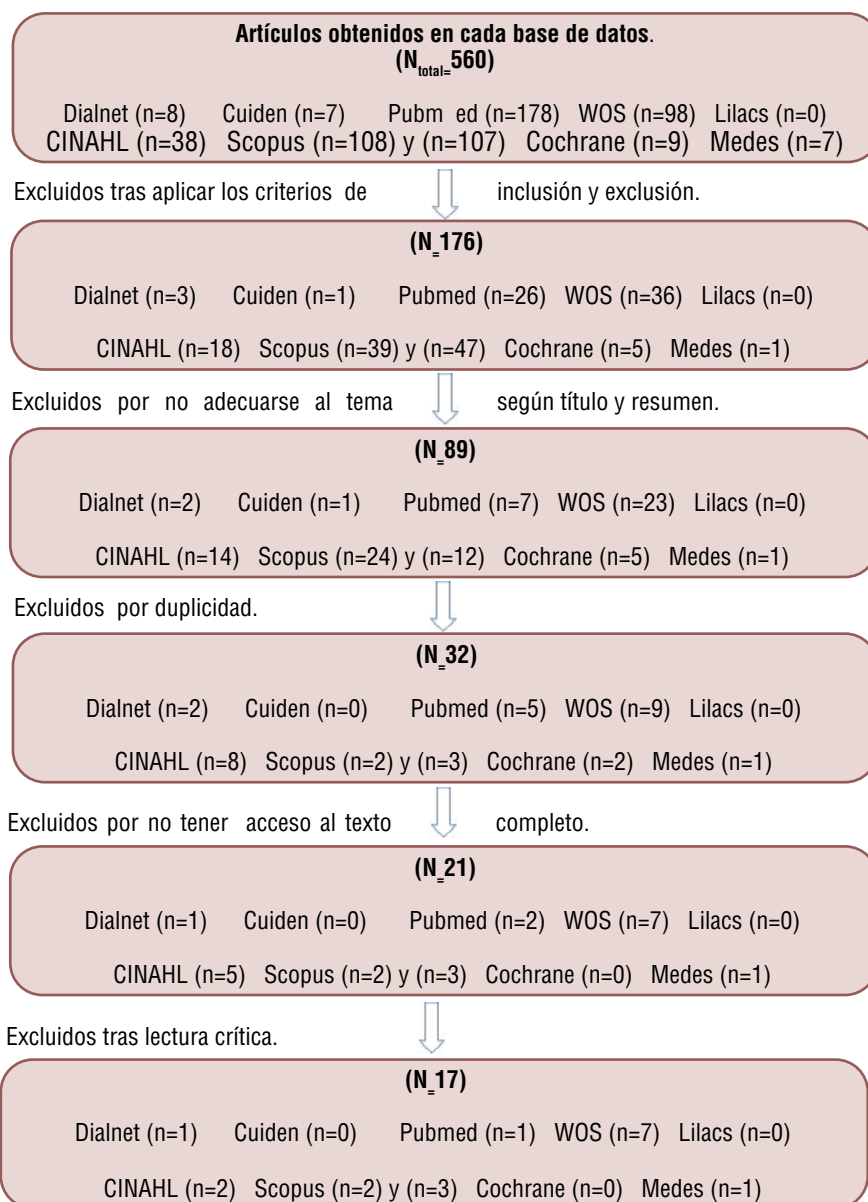


Figura 1. Flujograma. Elaboración propia

BIBLIOGRAFÍA

1. Lacarrubba J, Galván L, Barreto N, Adler E, Céspedes E. Guías prácticas de manejo en Neonatología. Atención inmediata del Recién Nacido de término sano. Pediatría (Asunción) [Internet]. 2011;38(2):138–45. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3761399>
2. WHO. Guideline: delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes [Internet]. Geneva: World Health Organization. 2014. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148793/9789241508209_eng.pdf
3. Pita Rodríguez G, Jiménez Acosta S, Álvarez Fumero R, De La Rosa Brau C, Salazar Luna Y, Campos Hernández D, et al. La ligadura precoz del cordón umbilical como factor de riesgo de anemia en los niños cubanos. Rev Cuba Obstet y Ginecol [Internet]. 2016;42(4):426–33. Available from: <http://scielo.sld.cu>
4. Nieto Santander RM, Nieto Rubia MU, Rico Cano A, Sánchez Martínez S. El pinzamiento del cordón umbilical en recién nacidos a término, beneficios y perjuicios. In: Avances de Investigación en Salud a lo largo del Ciclo Vital [Internet]. p. 381–6. Available from: <https://www.mendeley.com/viewer/?fileId=266f4211-6121-659d-2803-4b7aee32135e&documentId=900659e7-41be-3d95-9210-355ac6677eae>

5. Aguada E, Espelet L, Hansen S, Molina D, Serrangeli P. Clampeo oportuno del cordón umbilical. La anemia ferropénica: una deuda pendiente. Hosp Munic "Dr Emilio Ferreyra" Buenos Aires [Internet]. 2014; Available from: http://maternoinfantil.org/archivos/smi_D266.pdf
6. Rangel-Calvillo MN. Monitoreo sobre el tiempo de pinzado y corte de cordón umbilical. Vigilancia de nuevas estrategias para la atención del parto. Perinatol y Reprod humana [Internet]. 2014;28(3):134–8. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000300003&lng=en&tlng=en&SID=F2EIC998s2zoDx1pTkM
7. Rojo-Quiñonez AR, Gómez Pizarro CI, Gastelum Leyva J. Pinzamiento tardío de cordón umbilical, un viejo amigo. 2016;33(1):26–31. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfon/bis-2016/bis161f.pdf>
8. MALHI KA, KAKAR F, JAFFAR M. Early Versus Late Clamping of the Umbilical Cord in Full-term Neonates. Pakistan J Med Heal Sci [Internet]. 2015;9(3):1083–5. Available from: http://www.pjmhsonline.com/2015/july_sep/pdf/1083 Early Versus Late Clamping of the Umbilical Cord in Full-term Neonates.pdf
9. Chen X, Li X, Chang Y, Li W, Cui H. Effect and safety of timing of cord clamping on neonatal hematocrit values and clinical outcomes in term infants: a randomized controlled trial. J Perinatol [Internet]. 2017;38:251–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41372-017-0001-y>
10. Rashid A, Ikram S, Ali AS. Comparison of the Frequency of Neonatal Anemia in Early Verses Delayed Umbilical Cord Clamping. Pakistan J Med Heal Sci. 2015;9(2):459–61.
11. Rao SH, Alam K, Kousar R, Munir TA, Javed IQ, Bilal M. Effect on fetal hemoglobin and haematocrit level at 6 hours of life in cord clamping at 1 and 2 Minutes. Rawal Med J. 2018;43(3):436–9.
12. Nourae S, Akbari SA, Vameghi R, Baghban AA. The effect of the timing of umbilical cord clamping on hemoglobin levels, neonatal outcomes and developmental status in infants at 4 months old. Iran J child Neurol [Internet]. 2019;13(1):45–55. Available from: <http://journals.sbm.ac.ir/ijcn/article/view/17662/pdf45-55>
13. Tapia Correa RM, Collantes Cubas JA. Hemoglobina en recién nacidos por parto vaginal según clampaje precoz o tardío del cordón umbilical, a 2 700 metros sobre el nivel del mar. Rev Peru Ginecol y Obstet [Internet]. 2015;61(3):237–40. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322015000300005&script=sci_arttext&tlng=en
14. Fawzy AEMA, Moustafa AA, El-Kassar YS, Swelem MS, El-Agwany AS, Diab DA. Early versus delayed cord clamping of term births in Shatby Maternity University Hospital. Progresos Obstet y Ginecol [Internet]. 2015;58(9):389–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2015.05.001>
15. Mercer JS, Erickson-Owens DA, Deoni SCL, Dean DC, Collins J, Parker AB, et al. Effects of Delayed Cord Clamping on 4-Month Ferritin Levels, Brain Myelin Content, and Neurodevelopment: A Randomized Controlled Trial. J Pediatr [Internet]. 2018;203:266–72. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347618307753>
16. Ertekin AA, Nihan Ozdemir N, Sahinoglu Z, Gursoy T, Erbil N, Kaya E. Term babies with delayed cord clamping: an approach in preventing anemia. J Matern Neonatal Med [Internet]. 2016;29(17):2813–6. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/14767058.2015.1105951>
17. Zhao Y, Hou R, Zhu X, Ren L, Lu H. Effects of delayed cord and meta-analysis. Int J Nurs Stud [Internet]. 2019;92:97–108. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748919300264>
18. Askelöf U, Andersson O, Domellöf M, Fasth A, Hallberg B, Hellström-Westas L, et al. Wait a minute? An observational cohort study comparing iron stores in healthy Swedish infants at 4 months of age after 10-, 60- and 180-second umbilical cord clamping. BMJ Open [Internet]. 2017;7(12):1–8. Available from: https://bmjopen.bmj.com/content/7/12/e017215?int_source=trendmd&int_medium=trendmd&int_campaign=trendmd
19. Katageri GM, Nagaraj D. Residual Placental Blood Volume Estimation to Measure the Increase in Neonatal Blood Transfer by Delayed Cord Clamping : A Quasi-Experimental Study. J Clin Diagnostic Res [Internet]. 2018;12(12):1–5. Available from: <https://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=0973709X-&AN=133294482&h=YGF1qArpgzrL070FFUC%2FEebK0FYA%2BwwsETeg9%2BITHoDHRlp%2B6V2DaSp8qppqs6aJGXfp2m-9LaR2w6l2DTncbg%3D%3D&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&result>
20. Mercer JS, Erickson-Owens DA, Collins J, Barcelos MO, Parker AB, Padbury JF. Effects of delayed cord clamping on residual placental blood volume, hemoglobin and bilirubin levels in term infants: a randomized controlled trial. J Perinatol [Internet]. 2017;37(3):260–4. Available from: <https://www.nature.com/articles/jp2016222>
21. Escudero LC, Martínez G, Alvarez TM. Influencia del pinzamiento tardío del cordón umbilical en los valores de bilirrubina neonatal en el recién nacido sano. Enfermería Integr Rev científica del Col Of Enfermería Val [Internet]. 2016;(112):73–5. Available from: <https://www.enfervalencia.org/ei/112/ENF-INTEG-112.pdf>
22. Moustafa AN, Ibrahim MH, Mousa SO, Hassan EE, Mohamed HF, Moness HM. Association between oxidative stress and cord serum lipids in relation to delayed cord clamping in term neonates. Lipids Health Dis [Internet]. 2017;16(1):1–6. Available from: <https://lipidworld.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12944-017-0599-y>
23. Rana N, Ashish K, Målqvist M, Subedi K, Andersson O. Effect of delayed cord clamping of term babies on neurodevelopment at 12 months: A randomized controlled trial. Neonatology [Internet]. 2019;115(1):36–42. Available from: <https://www.karger.com/Article/Abstract/491994>
24. Andersson O, Lindgren M, Stjernqvist K, Domellöf M, Hellström-Westas L, Lindquist B. Effect of Delayed Cord Clamping on Neurodevelopment at 4 Years of Age: A Randomized Clinical Trial. JAMA Pediatr [Internet]. 2015;169(7):631–8. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2296145>

OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES SOBRE LA SECTORIZACIÓN GEOGRÁFICA DE LA ACTIVIDAD ENFERMERA EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

PROFESSIONAL OPINION REGARDING NURSING TERRITORIAL MODEL IN THE HOME NURSING CARE LABOUR

■ JOSÉ MARÍA PONCE GONZÁLEZ. ENFERMERO. C. DE S. SANTA ANA. DOS HERMANAS. SEVILLA.
 ■ ANA PONCE TRONCOSO. ENFERMERA. HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.
 ■ ÁLVARO ALONSO FLORES. ENFERMERO. C. DE S. DON PAULINO GARCÍA DONAS. ALCALÁ DE GUADAÍRA. SEVILLA.

RESUMEN: Introducción: Los beneficios del modelo de sectorización enfermera están ampliamente descritos: facilita la planificación de las actividades en base a las características socioculturales del sector y reduce la inversión de tiempo en los desplazamientos. Sin embargo, en los últimos años se viene promocionando el cambio del modelo de sectorización por el modelo de cupo médico.

Objetivo: Conocer la opinión de los profesionales que trabajan en el ámbito de Atención Primaria, en relación a la sectorización de la atención enfermera domiciliaria.

Método: Estudio descriptivo transversal a 89 profesionales de A.P. Variables estudiadas: sociodemográficas, profesión, años de experiencia profesional y opinión sobre la sectorización de la atención enfermera domiciliaria. Para el análisis de los datos se determinaron medias para las variables numéricas y tablas de frecuencia y porcentajes para las no numéricas. Se utilizó encuesta de elaboración propia.

Resultados: Este modelo de sectorización geográfica es bien valorado por los encuestados, en relación a la eficiencia de la actividad domiciliaria.

PALABRAS CLAVE: Enfermería en Salud Comunitaria, Organización Institucional, Atención Domiciliaria de Salud, Sectorización Geográfica.

ABSTRACT: Introduction: The benefits of the nursing sectorization model are widely described: It facilitates the nursing activities based on the socio-cultural characteristics of the sector of area studied. It also reduces the time invested in displacements. Nonetheless, in the recent years it is being promoted the change of this nursing model for the quota medical model.

Objetivo: Get to know the opinion of professionals working in Primary Care regarding the sectorization of home nursing care.

Method: A transversal descriptive study of 89 professional in Primary Care was conducted. Variable studies were: sociodemographic characteristics (of the area studies/respondents????), profession, years of professional experience and personal opinion about the sectorization of home nursing care. To analyze the data the statistical tools used were: means for numerical variables and percentages for the non-numerical variables. A survey was elaborated by the author to carry out the study.

Results: The nursing sectorization model is acknowledged and well valued by the respondents in regards to the efficiency of domiciliary care.

KEY WORDS: Community Health Nursing, Institutional Organization, Home Nursing, Geographic sectorization

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud (APS) es el primer nivel de atención sanitaria y está constituido por la asistencia preventiva, curativa, rehabilitadora y la promoción de la salud de los ciudadanos. En Andalucía, los servicios de APS están organizados en Distritos de Atención Primaria (AP) y Áreas de Gestión Sanitaria (AGS). Existen actualmente 1.518 centros de APS, de forma que todos los andaluces cuentan con uno de ellos a pocos minutos de su domicilio en transporte estándar¹.

La Cartera de Servicios de AP, integra el conjunto de procedimientos y actividades científico-técnicas y administrativas que se realizan en el mencionado primer nivel de atención, enmarcados en los objetivos del Servicio Andaluz de Salud

(SAS). Estos objetivos vienen recogidos en el Contrato Programa entre la Consejería de Salud y el SAS y el Acuerdo de Gestión con los Distritos de Atención Primaria².

En la Cartera de Servicios de AP se incluye la asistencia por médicos de familia, pediatras y enfermeras en el centro de salud y en el domicilio. Según datos de 2014, en Andalucía la plantilla en AP era de 6.143 enfermeras, 6.285 médicos de familia y 1.155 pediatras.

En España, la modalidad de Enfermería de Atención Primaria se creó en 1984 y establece que la enfermera es el profesional que ofrece cuidados de salud de forma autónoma, pero coordinada con el resto del equipo de salud, a la población a su cargo entendiendo como tal a los individuos, familias, grupos específicos y comunidad en general, en cualquier

situación de enfermedad o salud a lo largo de todas las etapas de la vida, incluso de la muerte, allí donde viven y trabajan, con el objetivo de prestar una atención de salud integral y continuada³. Por tanto, el profesional de enfermería es el agente de salud responsable de los cuidados en salud de la población. Para desempeñar este papel se requiere de un acercamiento más directo a la población a través de una forma de organización que favorezca la gestión centrada en las necesidades del ciudadano.

En Andalucía, la actividad enfermera en Atención Primaria (AP) ha evolucionado en los últimos años sobre distintos modelos organizativos: la organización del trabajo por actividades de forma dispensarizada y la personalización.

En el modelo dispensarizado los profesionales se encargan de toda la atención domiciliaria, a modo de subespecialización, entrando en discordancia con la integridad y personalización de la atención familiar. Este tipo de dispensarización suele ser muy útil para la atención domiciliaria urgente⁴.

La personalización en los servicios, se convierte en una expectativa de los ciudadanos, que, aplicada al ámbito de los cuidados, orienta hacia la implantación y desarrollo de una enfermera de referencia que atienda al ciudadano durante todo el proceso asistencial. Mediante este enfoque, se posibilita establecer un vínculo estable con un profesional, que permita una relación terapéutica y favorezca la continuidad de cuidados.

La personalización de los cuidados es un sistema utilizado por las enfermeras para proveer y organizar los cuidados a los ciudadanos, tanto en el hospital como en la comunidad. Este sistema es un modelo de asignación de cuidados y tiene como objetivo lograr unos cuidados alta calidad y costo-efectivos⁵.

El sistema de personalización de los cuidados se puede presentar en dos modalidades: a) La asignación de la población a un cupo médico denominado "modelo de cupos" o b) La asignación de un cupo poblacional coincidente con un sector geográfico conocido como "modelo sectorizado".

El modelo de cupos, facilita la personalización de los cuidados y mejora la coordinación entre el médico y la enfermera en la atención a los problemas de salud de la población atendida. En la actualidad, ha demostrado una realidad muy desigual en la consecución de ese objetivo de coordinación.

El modelo sectorizado o de asignación de población por sectores geográficos nace por una parte con el objetivo de atender a grupos familiares facilitando el conocimiento de problemas socio familiares y por otra parte con el objetivo de reducir la dispersión geográfica. De esta manera se consigue rentabilizar el tiempo de la visita domiciliaria y la adaptación de las actividades comunitarias a las características socioculturales de las áreas geográficas.

La sectorización geográfica es un sistema de asignación de cupos para la actividad médica, para la actividad enfermera o para ambas. Cuando se sectoriza para los dos profesionales la población es coincidente tanto para el médico como la enfermera. Si se sectoriza sólo la actividad enfermera, los

cupos poblacionales son diferentes para los médicos y para las enfermeras⁶.

La organización de la actividad enfermera por sectores geográficos se impulsó desde el Servicio Andaluz de Salud, en 2005, con varios propósitos: a) Garantizar la integralidad en los cuidados familiares a través de la atención a grupos familiares residentes en sectores geográficos comunes, b) Disminuir la excesiva dependencia del médico y c) Aumentar la eficiencia al reducir el ámbito geográfico y por tanto los tiempos de actividad enfermera para la atención domiciliaria.

En el Contrato Programa del 2006, con el objetivo de conseguir los propósitos antes expuestos, se sectorizó la actividad enfermera de algunos centros de salud de Andalucía. Esta reorganización de los cuidados ha tenido diferentes grados de aceptación por parte de los profesionales, fundamentalmente por el colectivo médico.

Entre los inconvenientes de la implantación de este modelo, destaca que como sólo se ha sectorizado la actividad enfermera, el cupo poblacional no es coincidente entre médico y enfermero. Cada médico tiene población en su cupo de todos los sectores geográficos, y a su vez cada enfermera tiene población de su sector geográfico de todos los cupos médicos del centro.

A algunos profesionales médicos no les gustan este modelo sectorizado por dos motivos fundamentales: a) La "ruptura en la comunicación", pues al compartir pacientes con todos los enfermeros del centro se dificultan los encuentros por la diversidad de turnos y horarios y b) La "sensación de pérdida" del profesional referente de los cuidados de su cupo. En el modelo de cupos, la comunicación se facilitaba mediante la configuración de las agendas tanto del médico como de la enfermera, para el seguimiento de los pacientes compartidos⁷.

Entre las expectativas y necesidades de los ciudadanos destacan la accesibilidad y equidad en los cuidados, la generación de confianza, la atención integral a la familia, y la garantía de seguridad clínica durante todo el proceso asistencial.

La personalización de los cuidados en AP, mediante la asignación de grupos de población por familias al equipo asistencial en un determinado sector geográfico, favorece la interacción y el trabajo con la comunidad, fomentando hábitos de vida saludables entre la población. Este modelo condiciona que el trabajo enfermero sea más eficiente tanto en sus aspectos relacionados con las actividades del equipo asistencial, como en sus actuaciones como agente de salud, favoreciendo el mejor conocimiento de sus pacientes. Este modelo que acota el área de intervención a una zona geográfica más pequeña, facilita y mejora la atención domiciliaria y las condiciones de trabajo de las enfermeras, evitando largos desplazamientos⁸.

Cuando se revisan publicaciones sobre experiencias en el desarrollo del modelo de cuidados sectorizado, se obtiene información relevante de los beneficios de este modelo^{8,9,10}

como puede ser menor coste, menor tiempo invertido, mayor planificación de actividades programadas, mejor salud de la población, etc.

En Alicante, un estudio de coste efectividad, comparaba los costes de los dos modelos organizativos (por cupo médico frente a sectorización) y se observó que en los centros sectorizados había una mayor actividad programada y a menor coste, mientras que los centros con asignación por cupo, había una mayor presión asistencial de actividades comunes y a un mayor coste⁹.

Vidal Blanco defiende que la subdivisión de la zona básica de salud en sectores geográficos delimitados, mejora la actividad enfermera porque facilita el conocimiento de su zona de trabajo, porque reduce la inversión de tiempo en el desplazamiento de los profesionales y porque mejora la planificación de las actividades, teniendo en cuenta las características socioculturales del sector¹⁰.

En la ciudad de Doncaster, en Canadá, se estudió el impacto a los 6 meses de la implantación de este modelo y la conclusión general fue que el cambio de modelo geográfico aportó un impacto positivo para la salud de la población¹¹.

El Sistema de Salud Pública de Canadá, tras una revisión de la literatura y la realización de un análisis sistemático de los factores internos y externos que afectan a la práctica enfermera comunitaria realizó una serie de recomendaciones para asignar las enfermeras a poblaciones específicas de una ubicación geográfica¹².

El objetivo de la personalización es que un paciente sea siempre atendido por una enfermera de manera que se puedan establecer relaciones profesionales basadas en la empatía y la confianza. La sectorización extiende este objetivo de la personalización a la familia y a la comunidad.

Según Valderrama Martín¹³, la sectorización presenta entre sus principales ventajas:

a) La enfermera se hace más accesible y visible a los usuarios. Al disponer de una enfermera para un barrio y para todos los miembros de una familia, se la reconoce como referente en salud del barrio y de la comunidad.

b) Facilita el conocimiento, por parte de la enfermera, del medio demográfico, histórico y cultural del sector y de los recursos socio sanitario, lo que facilita la planificación de las intervenciones individuales, familiares y comunitarias, implicando a la población, a diferentes sectores y fomentando la participación comunitaria.

c) Al disminuir los tiempos de desplazamientos, se rentabiliza la atención directa en los espacios comunitarios: domicilios, centros residenciales, colegios, asociaciones, etc.

d) Garantiza una mayor calidad en la atención domiciliaria porque facilita la detección de necesidades no sentidas y por tanto no demandadas de personas y familias, facilitando el trabajo con grupos más vulnerables.

En definitiva, la sectorización es un modelo de asignación

enfermera-población basado en las necesidades de cuidados de la Comunidad.

Tal como se ha comentado anteriormente, con el fin de dar cumplimiento al objetivo del Contrato Programa en 2006¹⁴ se llevó a cabo la sectorización de la actividad enfermera en algunos centros de salud de Andalucía. Se organizó la división en sectores geográficos en base a criterios poblacionales que garantizaran la equidad en las cargas de trabajo mediante: a) Un análisis de la base de datos de atención domiciliaria a inmovilizados, b) Revisión del padrón municipal y elaboración de mapas poblacionales domiciliados de mayores de 65 años, c) Características socio económica, cultural e histórica, d) Ubicación, proximidad y presencia de instituciones (colegios, residencias, unidades de estancia diurna, etc.), e) Zonas con necesidades especiales (pobreza, marginalidad, bolsas de envejecimiento, etc.), etc.

En paralelo se hizo una revisión profunda de la organización funcional de los centros de salud, gestionando el tiempo de trabajo en el centro y en el domicilio mediante agendas que buscaban el equilibrio de las cargas de trabajo.

Además, se potenció la comunicación y coordinación para favorecer el trabajo en equipo, apelando a la responsabilidad de todos los profesionales.

Se llevó a cabo un plan de comunicación interno y externo dirigido a los profesionales y a la población, dando a conocer la implantación del modelo.

Paradójicamente, a pesar de los beneficios hasta ahora descritos del modelo de sectorización enfermera y a su implantación en muchos centros de salud bajo el amparo del Contrato Programa entre la Consejería de Salud y el SAS del 2006, en los últimos años se viene promocionando el cambio del modelo de sectorización por el modelo de cupo médico.

OBJETIVO

Conocer la opinión de los profesionales que trabajan en el ámbito de Atención Primaria, en relación a la "sectorización de la atención enfermera domiciliaria".

MÉTODO

Estudio descriptivo transversal en 89 profesionales de A.P., de municipios de más de 75.000 habitantes del AGS Sur de Sevilla

Variables estudiadas: sociodemográficas, profesión, años de experiencia profesional y opinión sobre la sectorización de la atención enfermera domiciliaria.

Para el análisis de los datos se determinaron medias para las variables numéricas y tablas de frecuencia y porcentajes para las no numéricas.

Como instrumento se utilizó una hoja de recogida de datos de elaboración propia, que incluye las variables antes descritas y que contiene 14 ítems sobre distintas cuestiones relacionadas con la atención enfermera domiciliaria por sectorización. A cada profesional encuestado se le solicita que determinen el grado en que está de acuerdo con cada

una de ellas, mediante escala tipo Likert: Nada de acuerdo, Poco de acuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, Bastante de acuerdo y Totalmente de acuerdo.

RESULTADOS

De los encuestados, el 43.8% eran médicos y el 56.2% enfermeras. Predomina el género femenino con un 64.7%. La edad media de los encuestados es de 51.8 años y llevan de media 26.9 años de profesión, de los cuales 16.4 años en Atención Primaria.

Al preguntar si la sectorización facilita la identificación por parte de los usuarios de la enfermera de barrio o de zona, casi el 80% afirma estar totalmente de acuerdo. El 79.7 % está bastante de acuerdo o totalmente de acuerdo en que, con la sectorización, la enfermera se convierte en referente único para toda la unidad familiar.

El 92% está bastante de acuerdo o totalmente de acuerdo en que, gracias a este modelo de sectorización, se aumenta el conocimiento de los recursos y del medio socio-sanitario del sector, por parte de la enfermera. Asimismo, el 72% opina que con este modelo se fomenta la participación comunitaria, implicando a la población y coordinando acciones intersectoriales y el 94% que se facilita la planificación de las actividades, teniendo en cuenta los recursos, las características socioculturales y demográficas del sector.

El 87% está bastante de acuerdo o totalmente de acuerdo en que la sectorización refuerza la personalización, cercanía y accesibilidad, el 92% opina que se rentabiliza la atención directa en los espacios comunitarios (domicilio, centros residenciales, colegios, etc.) por disminución del tiempo de los desplazamientos.

El 89% opina que este modelo permite identificar con mayor definición la población de referencia lo cual garantizará una mejor práctica profesional y rentabilidad de recursos.

Cuando se pregunta si la coordinación con distintos médicos a la hora de atender los problemas de colaboración puede suponer un inconveniente en este modelo organizativo, la variabilidad de las respuestas es amplia entre profesionales de la misma disciplina y de diferentes disciplinas (se muestran los resultados en tabla 1). Sin embargo, el 92 % de los encuestados de manera unánime afirman que la coordinación entre profesionales médico/enfermero se potencia con una buena comunicación.

El 88% considera que la sectorización es compatible con la adscripción de la población a una enfermera (clave enfermera). Según el 82%, la asignación de pacientes por enfermera se debería basar en características poblacionales (nivel de dependencia, edad, dispersión geográfica, etc.), y no centrarse en el cupo médico.

El 82 % considera que si la Administración Sanitaria se planteara cambiar de modelo e instaurar la atención enfermera domiciliaria “por cupo médico” le parecería una pésima decisión y supondría una merma en la calidad de la atención domiciliaria de enfermería y una reducción en el

tiempo real destinado a las visitas domiciliarias por disponer de mayor dispersión geográfica.

DISCUSIÓN

Este modelo de sectorización geográfica es reconocido y valorado por todos los profesionales encuestados, en relación a la eficiencia de la actividad domiciliaria y además coincide con la bibliografía consultada.

En el desarrollo del profesional de enfermería comunitaria, se potencia una atención global y colectiva en función de la complejidad de los procesos de salud enfermedad, en contraposición con la atención individual. Para ello, la organización de los recursos humanos, debe considerar un acercamiento más directo hacia la población atendida, por lo que es muy importante la sectorización de la comunidad¹⁰.

El cambio del modelo de cupos al modelo sectorizado ha podido generar alteraciones en las relaciones profesionales y deterioro de la comunicación médico-enfermera, al menos en los centros donde el médico conserva su cupo tradicional y sólo se ha sectorizado a la enfermera⁷. Consideramos que este inconveniente se debería resolver, no volviendo de nuevo al modelo de cupos, sino potenciando la comunicación médico enfermera y estableciendo nuevos e innovadores canales de comunicación que potencien el trabajo en equipo en el ámbito multidisciplinar.

AGRADECIMIENTOS

Queríamos transmitir nuestro más sincero agradecimiento a todos los profesionales de los Centros de Salud de Dos Hermanas y Alcalá de Guadaíra del AGS Sur de Sevilla y en especial a aquellos que aceptaron participar en este estudio: D. Paulino García Donas, Ntra. Sra. De la Oliva, Campo de Las Beatas, San Hilario, Dña. Mercedes y Los Montecillos.



Figura 1: Ejemplo de mapa de población asistida por enfermera por sectores geográficos¹⁵

La coordinación con distintos médicos a la hora de atender los problemas de colaboración puede suponer un inconveniente

	Enfermera	Médico
Nada de acuerdo	28%	12.8%
Poco de acuerdo	18%	12.8%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	18%	20.5%
Bastante de acuerdo	12%	35.9%
Totalmente de acuerdo	24%	17.9%

Tabla nº 1

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-sas_normativa_mediafile/2019/rd_197_2007_0.pdf
- 2.- Atención Primaria de Salud en Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Página Web del Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_conocerSAS_aps
- 3.- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. BOE núm. 27, de 01/02/1984. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1984/BOE-A-1984-2574-consolidado.pdf>
- 4.- Esteban Sobreviela, JM. Ramírez Puerta, D. Sánchez del Corral Usasola, F. Atención Primaria de Calidad: Guía de buena práctica clínica en Atención Domiciliaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2005
- 5.- López Alonso, Sergio R; Gala Fernández, Bienvenida; Rodríguez Gómez, Susana; Rodríguez Morilla, Felipe. Metodología participativa como estrategia para la personalización de los cuidados. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2007; 56. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/56/0709.php>
- 6.- Quijano Sánchez, Joaquín. Sectorización geográfica de la actividad enfermera en atención primaria: análisis del impacto en los profesionales. Tesela [Rev Tesela] 2011; 9. Disponible en: <http://www.indexf.com/tesela/ts9/ts7596.php>
- 7.- Quijano Sánchez, Joaquín. Impacto de la sectorización geográfica de la actividad enfermera: La visión de un médico. Arch Memoria 2010; (7 fasc. 2). Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/7/21110.php>
- 8.- Cuidarte. Una estrategia para los cuidados en la Andalucía del siglo XXI. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía 2007
- 9.- Martínez Riera, JR y Martínez Cánovas, P. Análisis de la actividad de enfermería en atención primaria del Área 17 de Salud de Elda. Cuad Gestión. 1998 julsep.4(3): 152156.
- 10.- Vidal Blanco G, Millet Pellicer I. La sectorización de la comunidad: una alternativa como instrumento de planificación. Enfermería Integral, 2002; 60: 37-40.
- 11.- Carlisle R. Morris R. Whittle S. Hargreaves S. Fryers P. Lindley S. The health impact of changing to geographical working. [Journal Article. Research. Tables/Charts] Community Practitioner. 2004 Oct. (7 ref); 77(10): 37680.
- 12.- Underwood EJ. Woodcox V. Van Berkel C. Black M. Ploeg J. Organizing public health nursing for the 1990s: generalist or specialist. [Journal Article] Canadian Journal of Public Health. 1991 JulAug. (13 ref); 82(4): 2458.
- 13.- Valderrama Martín AB, Pujazón Rodríguez R, Romero González JM, Córdoba Gómez J. Sectorización Enfermera en la Zona Básica de Huelva. Biblioteca Lascasas, 2008; 4(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0325.php>
- 14.- Contrato Programa 2005-2008. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 2005.
- 15.- Centro de Salud Los Rosales. Huelva. Blog WordPress.com. "Sepa quién es su enfermera". La sectorización enfermera. Disponible en: <https://centrodesaludsite.wordpress.com/sectorizacion-enfermera/>

SATISFACCIÓN Y EXPERIENCIA DE LAS GESTANTES QUE ELABORAN UN PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

SATISFACTION AND EXPERIENCE OF PREGNANTS PREPARING A CHILDBIRTH PLAN: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

■ MACARENA SÁNCHEZ-DÍAZ. ENFERMERA ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
 ■ IRENE GÓMEZ-GONZÁLEZ. ENFERMERA ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
 ■ LORENA CONTRERAS-LÓPEZ. ENFERMERA ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

RESUMEN: Introducción: El Plan de Parto y Nacimiento es un documento elaborado por la gestante y su pareja durante la gestación y en el que pueden expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre su proceso del parto y nacimiento. Disponer de este documento facilita la participación activa tanto de la mujer como de su pareja, y evita tener que comunicar sus preferencias el día del parto, momento en que el estado emocional y físico es más vulnerable.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es conocer la satisfacción y experiencia de las gestantes sobre el uso del Plan de Parto y Nacimiento.

Materiales y Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica con el fin de conocer la evidencia científica disponible sobre la satisfacción y experiencia de las gestantes con respecto al Plan de Parto y Nacimiento. Para la elaboración de esta revisión se consultaron las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane Library Plus, Cuiden y otros metabuscadores.

Resultados: La elaboración de un Plan de Parto influye en la experiencia y la satisfacción de las mujeres; sin embargo, hay autores que afirman que esta influencia es negativa, es decir, que disminuye la satisfacción de las mujeres que presentan este documento. En contraposición, otros autores encuentran que el Plan de Parto aumenta la satisfacción de las mujeres.

Conclusiones: La matrona, como profesional que acompaña a la gestante durante su proceso de embarazo, parto y puerperio debe informar de manera adecuada a la mujer y ayudarla a la elaboración y redacción del Plan de Parto y Nacimiento, con el objeto de que se pueda adecuar a la realidad, para así poder sortear las limitaciones que pudieran presentarse.

PALABRAS CLAVE: "parto humanizado", "parto normal", "plan de parto"

SUMMARY: Introduction: The Childbirth Plan is a document prepared by the pregnant woman and her partner during pregnancy and in which they can express their preferences, needs, wishes and expectations about their labor and delivery process. Having this document facilitates the active participation of both women and their partner, and avoids having to communicate their preferences on the day of delivery, when the emotional and physical state is most vulnerable.

Objective: The objective of this work is to know the satisfaction and experience of pregnant women on the use of the Birth and Delivery Plan

Materials and Methods: A bibliographic search was carried out in order to find out the available scientific evidence on the satisfaction and experience of pregnant women with respect to the Childbirth Plan. The following databases were consulted for the preparation of this review: PubMed, Cochrane Library Plus, Cuiden and other metasearch engines.

Results: The development of a Childbirth Plan influences the experience and satisfaction of women; however, there are authors who affirm that this influence is negative, that is, that it reduces the satisfaction of the women who present this document. In contrast, other authors find that the Childbirth Plan increases women's satisfaction.

Conclusions: The midwife, as a professional who accompanies the pregnant woman during her pregnancy, childbirth and puerperium process, must adequately inform the woman and help her in the preparation and drafting of the Labor and Birth Plan, in order to avoid turn it into a list of interventions that can be adapted to reality, in order to overcome the limitations that may arise.

KEY WORDS: "humanizing delivery", "natural childbirth" and "childbirth plan"

INTRODUCCIÓN

En el año 2006 se inicia el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía, compatibilizando el uso de la tecnología disponible, que garantiza la seguridad de la madre y del recién nacido, con la participación activa de la mujer y su pareja a partir de las recomendaciones del Plan de Parto y Nacimiento y de las buenas prácticas en la atención perinatal.⁽¹⁾

Por su parte, en 2007, la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), puso en marcha la Iniciativa de Parto Normal con el fin de sensibilizar y fortalecer a las matronas en sus competencias para asistir partos normales basándose en la evidencia científica, crear opinión entre las mujeres y la sociedad sobre la asistencia al parto normal, reflexionar con las sociedades científicas sobre la importancia del parto normal y crear opinión en los medios de

comunicación. Dentro de ella se mencionan el Plan de Parto, como el documento escrito en el que la gestante registre sus deseos y expectativas sobre el parto y el nacimiento. Indican que se debe advertir a las mujeres de que estarán sujetos a la situación clínica, por lo que podrían producirse desviaciones si la evolución del parto lo requiere. ⁽²⁾

En respuesta a estas iniciativas, en los últimos años se ha producido en nuestro medio un importante cambio conceptual donde la gestante es el eje fundamental, es decir, el centro de asistencia recibida. La atención al parto debe plantearse teniendo en cuenta que es un proceso fisiológico y que los cuidados deben ser individualizados teniendo en cuenta las necesidades y decisiones de la mujer. ⁽³⁾

El Plan de Parto y Nacimiento es un documento elaborado por la gestante y su pareja durante la gestación y en el que pueden expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre su proceso del parto y nacimiento. Disponer de este documento facilita la participación activa tanto de la mujer como de su pareja o acompañante, y evita tener que comunicar sus preferencias el día del parto, momento en que el estado emocional y físico es más vulnerable. Puede realizarse en cualquier momento del embarazo, aunque un es recomendable realizarlo entre las semanas 28-32 de gestación, teniendo en cuenta que durante el parto la gestante puede modificar cualquiera de las preferencias escritas. ^(2,3)

Los primeros planes de parto aparecen en Estados Unidos en las primeras décadas del siglo XX. No eran recogidos por escrito, sino que se realizaban en casa, con la familia, y se transmitían de forma verbal. ⁽⁴⁾

Esto cambió a partir de 1930, cuando los partos se institucionalizan y pasan a ser atendidos en los hospitales y dirigidos por médicos. La morbilidad materna y neonatal mejoró significativamente; sin embargo, se realizaban intervenciones sistemáticas, médicas y quirúrgicas, sin suficiente evidencia sobre su seguridad y eficacia, así el modelo de asistencia que imperaba era el modelo biomédico, caracterizado por la medicalización, institucionalización, fragmentación del cuidado y tecnologización. ⁽⁴⁾

La asistencia al parto se convierte en un proceso rutinario, uniforme, sistemático, ritualizado, burocrático y autoritario. ⁽⁵⁾

Tuvo que pasar mucho tiempo hasta que aparecieron los primeros detractores de esta asistencia, apareciendo los primeros planes de parto creados formalmente por educadores prenatales. ⁽⁴⁾

No es hasta 1983 cuando, Sheila Kitzinger, acuña el concepto plan de parto como estrategia para contrarrestar la excesiva medicalización del mismo, siendo este un documento escrito donde la gestante plasma su voluntad tras haber sido informada sobre el embarazo y el parto, de acuerdo a sus valores, deseos personales, expectativas y necesidades particulares. La autora afirmaba que los Planes de Parto no eran una “nueva moda”, sino que representaban el redescubrimiento y la restauración del tradicional control

del entorno del nacimiento por parte de la mujer. El Plan de Parto para Kitzinger se presenta como una herramienta para el empoderamiento de la mujer. ⁽⁶⁾

Con el paso del tiempo, el plan de parto comenzó a ser más utilizado, sobre todo en los países anglosajones, extendiéndose al mismo tiempo que se ha ido modificando y adaptando a las distintas culturas y países. ⁽⁴⁾

En España, el uso del Plan de Parto en la asistencia al nacimiento ha sido un proceso más lento y tardío.

El objetivo de este trabajo es conocer la satisfacción y experiencia de las gestantes sobre el uso del Plan de Parto y Nacimiento

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica con el fin de conocer la evidencia científica disponible sobre la satisfacción y experiencia de las gestantes con respecto al Plan de Parto y Nacimiento. Para la elaboración de esta revisión se consultaron las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane Library Plus, Cuiden y otros metabuscadores. Los descriptores utilizados en términos DeCS fueron en español: “parto humanizado” y “parto normal”; en inglés, “humanizing delivery” y “natural childbirth”. Se utilizó el término sin descriptores en DeCS, en español “plan de parto” y en inglés “Childbirth plan”. Los operadores booleanos empleados fueron AND y OR. La búsqueda se realizó durante los últimos 10 años y posteriormente se amplió a los últimos 20 para obtener mayor información. En los criterios de selección se incluyeron artículos y documentos publicados en los últimos 20 años, en inglés y en español, que respondían al objetivo del estudio. Se excluyeron aquellos que pese a estar relacionados con el Plan de Parto, no respondían a nuestro objetivo.

RESULTADOS

Se obtuvo un gran número de artículos en lengua inglesa y española. En PubMed con las palabras “humanizing delivery” and “childbirth plan”, se encontraron 273 resultados y con las palabras “natural childbirth” and “childbirth plan” un total de 35 artículos; Cochrane Library Plus, “humanizing delivery” and “childbirth plan” y “natural childbirth” and “childbirth plan”, 68 y 0 ensayos respectivamente; Cuiden, “parto humanizado” y “plan de parto”, “parto normal” y “plan de parto”, 42 y 60 artículos respectivamente. Así como un número superior a 50 artículos en otros metabuscadores. De todos los resultados obtenidos, se seleccionaron los artículos que respondían al objetivo de estudio y se rechazaron aquellos que, respondiendo al objetivo de estudio, no fue posible acceder al texto completo.

En la tabla 1 se recogen la estrategia y los resultados de búsqueda obtenidos en esta revisión.

Los resultados son contradictorios. La elaboración de un Plan de Parto influye en la experiencia y la satisfacción de las mujeres; sin embargo, hay autores que afirman que esta influencia es negativa, es decir, que disminuye la satisfacción de las mujeres que presentan este documento ^{(7, 9, 11, 15,}

^{16, 18}). En contraposición, otros autores^(10, 12, 13, 14) encuentran que el Plan de Parto aumenta la satisfacción de las mujeres.

La evidencia demuestra que el Plan de Parto presenta ventajas como herramienta de comunicación y educación sanitaria ⁽¹²⁾, disminuyendo el dolor, el miedo, las preocupaciones sobre el RN y aumentando la seguridad y el empoderamiento de la gestante. ^(7,14) Pero, también inconvenientes, ya que, puede aumentar el grado de inflexibilidad de la mujer, generando sentimientos de frustración y decepción en el supuesto de que no se cumplan sus expectativas. ^(11,12)

Parece ser que el grado de insatisfacción es directamente proporcional al grado de incumplimiento del Plan de Parto. ^(16,19)

DISCUSIÓN

La relación entre la menor satisfacción de las mujeres que elaboran un Plan de Parto y Nacimiento podría atribuirse a que las mujeres que presentan este documento crean unas expectativas, en ocasiones poco flexibles o realistas, y el hecho de no cumplirse estas expectativas supone que se generen una serie de sentimientos negativos que afectan directamente a su grado de satisfacción.

Por ello, es importante explicar de forma clara a la mujer y asegurarnos de que entiende, que hay factores que no pueden ser controlados y pueden hacer que la ruta de acción cambie y sea diferente a la que se planteó inicialmente. Los

Planes de Parto deben ser flexibles, evitando que la experiencia de la mujer sea negativa ante un cambio repentino. De hecho, Herminia Biescas et al, de acuerdo con otros autores ^(11,12), alerta de que los Planes de Parto pueden promover actitudes poco flexibles en las mujeres que los cumplimentan y generar decepción, y en consonancia menor satisfacción, si éste no se cumple.

Por otro lado, las mujeres que no elaboran este documento tienen menos información y desconocen que pueden elegir, por lo tanto, podrían adaptarse mejor a la situación, y por ello, estar más satisfechas.

CONCLUSIONES

Se hace necesario analizar el asesoramiento que se realiza durante la gestación en cuanto al Plan de Parto, para que no se fomenten expectativas alejadas de la realidad que generen insatisfacción, de forma que esta herramienta funcione realmente como instrumento de excelencia en buenas prácticas. ⁽²⁰⁾

La matrona, como profesional que acompaña a la gestante durante su proceso de embarazo, parto y puerperio debe informar de manera adecuada a la mujer y ayudarla a la elaboración y redacción del Plan de Parto y Nacimiento, con el objeto de evitar que se convierta en una lista de intervenciones y que se pueda adecuar a la realidad, para así poder sortear las limitaciones que pudieran presentarse.

AUTORES	TÍTULO	AÑO Y LUGAR DE PUBLICACIÓN	TIPO DE ESTUDIO/ MUESTRA (N)	OBJETIVO(S)	RESULTADOS
Lundgren, I., Berg, M., & Lindmark, G	Is the childbirth experience improved by a birth plan?	2003 Suecia	Estudio cuantitativo, experimental, grupo-control n=271	Conocer si los Planes de Parto y Nacimiento pueden mejorar la experiencia del parto	-El plan de parto no mejoró la experiencia de las mujeres, que dieron puntuaciones significativamente más bajas -Efectos beneficiosos: reducen el miedo, el dolor y las preocupaciones sobre el recién nacido
Peart, K	Birth planning — is it beneficial to pregnant women?	2004 Australia	Estudio cualitativo n=42	Investigar la experiencia del plan de parto en gestantes	-Mayor control sobre el proceso de parto -El 40% lo consideran una buena experiencia -El plan de parto tienen poca influencia en la experiencia general de embarazo y parto

AUTORES	TÍTULO	AÑO Y LUGAR DE PUBLICACIÓN	TIPO DE ESTUDIO/ MUESTRA (N)	OBJETIVO(S)	RESULTADOS
<i>Gulbrandsen, P., et al</i>	A birth plan-- effects and evaluation	2004 Noruega	Ensayo Clínico N=283 grupo intervención N= 271 grupo control	Constatar si el plan de parto noruego influye en la experiencia de seguridad durante el embarazo, parto o puerperio	-El Plan de Parto noruego no influyó de forma positiva en la experiencia de seguridad durante el proceso de embarazo, parto y puerperio
<i>Kuo, Su-Chen, et al.</i>	Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: a randomised controlled trial	2010 Taiwán	Ensayo clínico aleatorizado a simple ciego n= 155 grupo experimental n= 141 grupo control	Evaluar si los planes de parto cumplen las expectativas de las mujeres y los efectos que tiene en la experiencia de su proceso de parto	-La experiencia positiva fue estadísticamente mayor en el grupo experimental -El grupo experimental mostró un mayor grado de control durante el parto
<i>Aragon, M., Chhoa, E., Dayan, R., Kluftringer, A., Lohn, Z., & Buhler, K</i>	Perspectives of Expectant Women and Health Care Providers on Birth Plans	2012 Canadá	Cualitativo (cuestionario) n=122 mujeres n= 110 profesionales	Comprender las perspectivas de las mujeres, los profesionales y personas de apoyo con respecto al uso del plan de parto	-Las mayoría de las mujeres que elaboran un plan de parto lo hacen con una matrona como referente -Ventajas: herramienta de comunicación y educación sanitaria -Desventajas: pueden conducir a insatisfacción e inflexibilidad -La mayoría de las mujeres lo valoran de forma positiva Aumenta la insatisfacción si no se cumplen las expectativas
<i>Higuero-Macías, J., Crespi-Ilo-García, E., Mérida-Téllez, J., Martín-Martínez, S., Pérez-Trueba, E., & Mañón Di Leo</i>	Influencia de los planes de parto en las expectativas y la satisfacción de las madres	2013 España	Estudio cualitativo Grupos focales n=23	Valorar las expectativas previas, el nivel de satisfacción y los factores psicosociales en las madres que elaboran un plan de parto	-Las madres que diseñaron planes de parto mostraron niveles de satisfacción más bajos y menor cumplimiento de las expectativas -Sentimientos de decepción y frustración

AUTORES	TÍTULO	AÑO Y LUGAR DE PUBLICACIÓN	TIPO DE ESTUDIO/ MUESTRA (N)	OBJETIVO(S)	RESULTADOS
<i>Mei, J., Afshar, Y., Wong, M., Gregory, K., Kilpatrick, S., Esakoff, T</i>	BirthExperience Satisfaction Among Birth Plan Mothers	2015	Grupo-control prospectivo n=145	Analizar la relación entre la elaboración de un plan de parto y la satisfacción de la mujer	-Cuanto más cuestiones planteadas en el Plan de Parto que no se cumplen menos satisfacción experimenta la mujer
<i>Suárez-Cortés, M et al</i>	Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado	2015 España	Corte cuantitativo n=9303	Conocer, analizar y describir la situación actual de los Planes de Parto y Nacimiento en su entorno, comparando las mujeres que han presentado un Plan de Parto y las que no	-El Plan de Parto y Nacimiento influye positivamente en el proceso de parto y en la finalización del mismo, aumentando las dimensiones de seguridad, efectividad y satisfacción de las mujeres, así como el empoderamiento de las mismas
<i>Farahat, Amal Hussain, et al</i>	Effect of Implementing a Birth Plan on Womens' Childbirth Experiences and Maternal & Neonatal	2015 Egipto	Diseño cuasi-experimental n=260	Implementar un Plan de Parto y evaluar su efecto sobre las experiencias de parto de las gestantes y en los resultados neonatales	-Las mujeres que elaboran un Plan de Parto están más satisfechas que las que no lo hacen.
<i>Mei, J., Afshar, Y., Wong, M., Gregory, K., Kilpatrick, S., Esakoff, T</i>	BirthPlans: What Matters for Birth Experience Satisfaction	2016	Estudio de cohorte prospectivo n=302	Analizar la relación entre la elaboración de un plan de parto con la satisfacción general, y las expectativas cumplidas	-Un número elevado de cuestiones planteadas en el Plan de Parto se asocia con una menor satisfacción -Un mayor número de cuestiones cumplidas recogidas en el Plan de Parto se asoció de forma positiva con la satisfacción y la experiencia del proceso de parto

AUTORES	TÍTULO	AÑO Y LUGAR DE PUBLICACIÓN	TIPO DE ESTUDIO/ MUESTRA (N)	OBJETIVO(S)	RESULTADOS
<i>Fernández Méndez, F.S; Vera Ferrer, L.V; Novo Muñoz, M.M; Rodríguez Gómez, J.A; Aguirre Jaime, A</i>	El empoderamiento de la gestante y su satisfacción durante el parto	2018 España	Estudio transversal n=589	Determinar el nivel de satisfacción de las mujeres que han tenido un hijo en relación con su Plan de Parto	-El Plan de Parto influye en la satisfacción materna -Existe una diferencia estadísticamente significativa con respecto a la satisfacción global de las mujeres que presentan un plan de parto y las que no lo hacen. -Las mujeres que presentan un plan de parto no están más satisfechas.
<i>Knupp Medeiros, M.R., Figueiredo, G., De Paula Correa, A.C., Barbieri, M</i>	Repercussions of using the birth plan in the parturition process	2019	Revisión Bibliográfica	Analizar las repercusiones del uso del Plan de Parto en el proceso de parto de la producción científica nacional e internacional	-La satisfacción con el parto es directamente proporcional al grado de cumplimiento del Plan de Parto -Para mejorar el cumplimiento, es importante que las mujeres no creen expectativas poco realistas
<i>Mirghafourvand, M., Mohammad Alizadeh Charandabi, S., Ghabari-Homayi, S., Jahangiry, L., Nahaei J., Hadian, T</i>	Effect of birth plans on childbirth experience: A systematic review	2019	Revisión Sistemática	Evaluar si los planes de parto en comparación con el enfoque estándar afectan a la experiencia o satisfacción con el parto	-No hay evidencia suficiente para apoyar o refutar que el plan de parto pueda mejorar la experiencia del parto o la satisfacción con el mismo

Tabla nº 1

BIBLIOGRAFÍA

1. Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado. 3ª ed. Sevilla : Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014
2. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Iniciativa Parto Normal, documento de consenso. FAME; 2007
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategias de atención al parto normal en Sistema Nacional de salud. Madrid: El Ministerio; 2007.
4. De Molina Fernández, I; Muñoz Sellés, E. El plan de parto a debate: ¿qué sabemos de él? *Matronas prof.* 2010; 11(2): 53-7.
5. Hernández Garre, J., & Echevarría Pérez, P. Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del "paradigma tecnocrático". *Rev. Int. Sociol.* 2016; 74(1): 025
6. Díaz Hernández, S et al. ¿Qué quieren las mujeres gestantes? Plan de parto y autonomía. Trabajo Fin de Máster. Universidad de La Laguna. 2018.
7. Lundgren, I., Berg, M., & Lindmark, G. Is the childbirth experience improved by a birth plan? *J. Midwifery Women's Health.* 2003; 48(5): 322-8
8. Peart, K. Birth planning--is it beneficial to pregnant women? *Aust Nurs Midwifery J.* 2004; 17(1): 27-9
9. Gulbrandsen, P., et al. A birth plan--effects and evaluation. *Tidsskr. nor. Legeforen.* 2004; 124(23): 3055-57.
10. Kuo, Su-Chen, et al. Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: a randomised controlled trial. *INT J NURS STUD.* 2010; 47(7): 806-14.
11. Higuero-Macías, J., Crespillo-García, E., Mérida-Téllez, J., Martín-Martínez, S., Pérez-Trueba, E., & Mañón Di Leo, J. Influencia de los planes de parto en las expectativas y la satisfacción de las madres. *Matronas profesión.* 2013; 14(3-4): 84-91.
12. Aragon, M., Chhoa, E., 4 Dayan, R., Klufftinger, A., Lohn, Z., & Buhler, K. Perspectives of Expectant Women and Health Care Providers on Birth Plans. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013; 35(11): 979-85
13. Mei, J., Afshar, Y., Wong, M., Gregory, K., Kilpatrick, S., Esakoff, T. Birth Experience Satisfaction Among Birth Plan Mothers. *Obstet. Gynecol.* 2015; 125:2S
14. Suárez-Cortés, M et al. Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado. *Rev. Latino-Am Enfermagem.* 2015; 23(3): 520-6.
15. Farahat, Amal Hussain, et al. Effect of Implementing a Birth Plan on Womens' Childbirth Experiences and Maternal & Neonatal Outcomes. *J. Educ. Res.* 2015; 6 (6): 24-31.
16. Mei, J., Afshar, Y., Wong, M., Gregory, K., Kilpatrick, S., Esakoff, T. Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. *Birth.* 2016; 43(2): 144-50.
17. Biescas, H et al. A critical review of the birth plan use in Catalonia. *BMJ Sex. Reprod. Health.* 2017; 3: 41-50.
18. Fernández Méndez, F.S et al. El empoderamiento de la gestante y su satisfacción durante el parto. *Dilemata.* 2018; 26: 207-215.
19. Knupp Medeiros, M.R., Figueiredo, G., De Paula Correa, A.C., Barbieri, M. Repercussions of using the birth plan in the parturition process. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2019; 40: e20180233-e20180233.
20. Mirghafourvand, M., Mohammad Alizadeh Charandabi, S., Ghabari-Homayi, S., Jahangiry, L., Nahae J., Hadian, T. Effect of birth plans on childbirth experience: A systematic review. *Int J Nurs Pract.* 2019; 25 (4): 12722.

ABORDAJE ENFERMERO EN LA PREECLAMPSIA

NURSING APPROACH IN PREECLAMPSIA

■ NATIVIDAD CALERO MERCADO, ENFERMERA, HOSPITAL VALLE DE LOS PEDROCHES. CÓRDOBA.
 ■ BEATRIZ LUCENA PORRAS, ENFERMERA, HOSPITAL VALLE DE LOS PEDROCHES. CÓRDOBA.
 ■ JOSÉ ANTONIO AGUDO CABALLERO, ENFERMERO, HOSPITAL VALLE DE LOS PEDROCHES. CÓRDOBA.
 CENTRO DONDE SE HA REALIZADO EL TRABAJO: HOSPITAL VALLE DE LOS PEDROCHES. CÓRDOBA.

RESUMEN: Objetivo: Los estados hipertensivos del embarazo (EHE) constituyen una de las complicaciones con mayor repercusión en la salud tanto materna como fetal. El objetivo de nuestro estudio es sintetizar el contenido de la evidencia científica producida en el ámbito de la preeclampsia.

Material y método: Revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Gerion y Cochrane. La selección ha incluido las publicaciones en inglés y español de los últimos 15 años.

Resultados: Se ha sintetizado el contenido de la evidencia científica producida en el ámbito de la preeclampsia.

Conclusiones: Los EHE continúan siendo un problema importante de salud pública, por lo que se debe establecer más planes de cuidados específicos para gestantes de alto riesgo, es necesario adecuar los cuidados a las últimas evidencias científicas y se debe garantizar por parte de todo el equipo multidisciplinar el cuidado integral de estas pacientes.

PALABRAS CLAVE: Hipertensión, embarazo, preeclampsia, abordaje enfermero.

ABSTRACT: Objective: The hypertensive states of pregnancy (EHE) constitute one of the complications with the greatest impact on both maternal and fetal health. The objective of our study is to synthesize the content of the scientific evidence produced in the field of preeclampsia.

Material and method: Bibliographic review in the PubMed, Gerion and Cochrane databases. The selection has included publications in English and Spanish for the past 15 years.

Results: The content of the scientific evidence produced in the field of preeclampsia has been synthesized.

Conclusions: EHE continue to be a major public health problem, so more specific care plans must be established for high-risk pregnant women, it is necessary to adapt care to the latest scientific evidence and it must be guaranteed by the entire team Multidisciplinary comprehensive care of these patients.

KEYWORDS: Hypertension, pregnancy, preeclampsia, nursing approach.

INTRODUCCIÓN

La definición de HTA en el embarazo se establece por valores superiores a 140 mmHg en la presión arterial sistólica (PAS) y/o valores superiores a 90 en la diastólica (PAD). En la mujer embarazada la presión arterial (PA) desciende normalmente durante el primer trimestre del embarazo en torno a 10-15 mmHg, para aumentar progresivamente, hasta alcanzar cifras durante el puerperio que pueden superar los valores previos. Este descenso de la PA se debe a un mecanismo vasodilatador compensador ante el aumento del gasto cardíaco y del volumen circulante efectivo^{1,2,3}.

Según estudios recientes, la hipertensión en el embarazo se desarrollaría a partir de una adaptación inmunológica inadecuada de la madre a los antígenos paternos que derivan de los genes presentes en las células fetales (imprinting genético), los cuales provocan una respuesta inflamatoria exagerada que interfiere con la implantación y con el curso normal de la gestación⁴.

La génesis del proceso reside en una implantación anómala del trofoblasto placentario mediada por mecanismos inmunológicos, inflamatorios y genéticos, que impide la vasodilatación de las arterias espirales necesaria para mantener las elevadas necesidades metabólicas de la unidad fetoplacentaria, lo que provoca una perfusión deficiente del órgano útero-placentario.

Se presenta en el 8-10% de todas las gestaciones y es la principal causa de mortalidad materna en el mundo³. Su importancia radica en el aumento de morbilidad que supone, tanto para la madre como para el feto¹. Además, Su incidencia está aumentando en los últimos años³.

El pronóstico fetal en la mujer hipertensa está directamente relacionado con la reducción del volumen sanguíneo efectivo al circuito uteroplacentario. La muerte fetal generalmente es secundaria a hipoxia, a menudo aguda, y secundaria a abrupcio placentae o vasoespasmio, y habitualmente precedida de crecimiento intrauterino retardado⁵.

Acompañada de otros síntomas (edemas, proteinuria) compone el cuadro más frecuente de las enfermedades hipertensivas del embarazo: la preeclampsia^{2, 6}. Ésta, se define como la presencia de hipertensión, edema y proteinuria después de las 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa⁷.

Presenta una etiología incierta². En la bibliografía se han reportado múltiples estudios de casos y controles y de cohorte donde se han asociado un amplio espectro de factores sociodemográficos y obstétricos con preeclampsia, entre los que se incluyen⁸:

1. Primigesta menor de 20 años de edad.
2. Preeclampsia en embarazos previos.

3. Presión arterial elevada al inicio del embarazo junto con un alto índice de masa corporal.
4. Historia familiar de preeclampsia.
5. Embarazos múltiples.
6. Hipertensión crónica.
7. Diabetes/obesidad pregestacional^{9,10,11}.
8. Síndrome de anticuerpos trofoblásticos u otras alteraciones de la coagulación.
9. Edad materna avanzada⁷.

En la preeclampsia, tanto el gasto cardíaco, como el volumen plasmático se encuentran disminuidos, mientras que las resistencias vasculares sistémicas se encuentran aumentadas. Estos cambios producen una disminución en la perfusión de la placenta, los riñones, el hígado y el cerebro. La disfunción endotelial (vasoespasmio, alteraciones en la permeabilidad vascular y activación del sistema de coagulación sistémico) explica las manifestaciones clínicas de las mujeres con preeclampsia. La mayoría de las manifestaciones se deben principalmente a la disminución de la perfusión más que al daño vascular hipertensivo. Existe un vasoespasmio generalizado, activación del sistema de la coagulación y cambios en las regulaciones humORALES para el control del volumen y presión arterial⁷.

Las arteriolas del lecho placentario de las mujeres con preeclampsia muestran signos de necrosis fibrinoide y células espumosas. Estas alteraciones se conocen con el nombre de “aterosis” placentaria y son similares a los cambios que se aprecian en los vasos de los pacientes con aterosclerosis³.

Generalmente, las manifestaciones clínicas se presentan de manera tardía en el último trimestre del embarazo y progresan hasta el momento del parto. En algunas mujeres se pueden presentar al final del segundo trimestre, y en la minoría se presentan en el parto o incluso en el posparto. Las manifestaciones clínicas se desarrollan semanas o meses después de que ocurrieron los cambios placentarios. Cuando los signos y síntomas se presentan antes de la semana 20 de gestación, sugieren una enfermedad subyacente, como enfermedad molar⁷.

En cuanto al impacto de esta patología en las características prerinatales:

- La prematuridad es explicable por la práctica obstétrica de interrupción de la gestación y aunque hay observaciones clínicas que señalan que los hijos de las madres con preeclampsia severa pueden tener un crecimiento normal, existen observaciones clínicas que señalan restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer.
- La depresión al nacer es también un efecto adverso en el hijo de la madre con preeclampsia y esto se explica en parte por la prematuridad y la anestesia. Respecto a la muerte neonatal, ésta también es más frecuente en los hijos de preeclámplicas que en los hijos de no preeclámplicas, lo cual revela la importancia de hacer una

detección lo más temprana posible de las pacientes con esta patología¹².

- Los riesgos para el feto también incluyen retraso severo en el crecimiento, hipoxemia y acidosis⁷.

Entre los principales riesgos de la mujer con preeclampsia se encuentran: las convulsiones, hemorragia cerebral, desprendimiento prematuro de placenta con coagulopatía intravascular diseminada (CID), edema pulmonar, fallo renal, hemorragia hepática y muerte.

La frecuencia de estas complicaciones depende de la duración de la gestación al inicio de la preeclampsia, la presencia o ausencia de complicaciones médicas asociadas, la severidad de la preeclampsia y la calidad del tratamiento médico⁷.

La OMS estima que existen anualmente más de 166 mil muertes por preeclampsia. Su incidencia es del 5 al 10% de los embarazos, pero la mortalidad es de 5 a 9 veces mayor en los países en vía de desarrollo¹³.

Los estados hipertensivos del embarazo (EHE) constituyen una de las complicaciones con mayor repercusión en la salud tanto materna como fetal. El objetivo de nuestro estudio es sintetizar el contenido de la evidencia científica producida en el ámbito de la preeclampsia.

METODOLOGÍA

Las fuentes de información primarias se han obtenido fundamentalmente de PubMed, Gerion y Cochrane, y para su selección se han utilizado los términos “Hipertensión”, “Embarazo”, “Preeclampsia”, y “abordaje enfermero”. La selección ha incluido fundamentalmente las publicaciones (en idiomas inglés y español) de los últimos 15 años.

En cuanto al metabuscador Gerion, para la selección de artículos se han utilizado los términos “Preeclampsia plan de cuidados” y “Preeclampsia cuidados”. Se han obtenido un total de 26 artículos, seleccionando 6 para estudio.

Respecto a las fuentes primarias obtenidas de Cochrane, la búsqueda se ha realizado de forma distinta. En este caso, al entrar en la página web www.cochrane.org, aparece la opción Browse by topic, mediante la cual, en la pestaña seleccionamos Pregnancy & Childbirth y de los subapartados que aparecieron, seleccioné los artículos cuyo nombre estaban relacionados con el tema de estudio (preeclampsia)*:

Subapartados Cochrane	Total artículos	Artículos seleccionados*
Basic care during pregnancy	12	5
Antenatal care	8	1
Behaviour/advice during pregnancy	9	1
Medical problems during pregnancy	63	5

Hemos utilizado también el buscador de Google Scholar, y para la selección de los artículos se han utilizado los términos “Hipertensión y embarazo” y “Preeclampsia”. Se activó la opción de orden por relevancia y se seleccionaron un total de 16 artículos. Tras cruzar la búsqueda con “Evidencia científica”, se seleccionaron dos guías de práctica clínica en las que constaba el nivel de evidencia científica de las distintas actuaciones de enfermería. También se utilizaron los términos “incidencia preeclampsia” y “protocolo preeclampsia”, de cuyos resultados se seleccionaron 6 artículos más.

RESULTADOS

Preeclampsia leve

Definición clínica

- Gestante con una Presión Arterial Sistólica de 140-165 mmHg y una Presión Arterial Diastólica de 90-105 mmHg¹⁴.
- La proteinuria en la preeclampsia leve se mantiene en cifras de 0,5 a menos de 5g por litro en orina recogida durante 24 horas.
- El edema es un síntoma no fácilmente valorable. Debe recordarse que los edemas pretibiales son frecuentes en grávidas normales y, por tanto, no son característicos de un síndrome preeclámpico. Los edemas en manos y párpados son más significativos. Pueden considerarse signos indicativos, bien la comprobación de persistencia de edemas en miembros inferiores al levantarse de la cama después de por lo menos ocho horas de reposo, o bien un aumento rápido de peso (entre 0,5 y 1 kg por semana)^{2,15}.

Base Racional: La conducta y el tratamiento de la Preeclampsia Leve:

1. Preeclampsia leve con gestación a término. Se debe finalizar la gestación, no debiéndose de continuar más allá de las 40 semanas, incluso en presencia de condiciones del cuello desfavorables. Después de la 37 semana se considera el parto si existe un cuello favorable¹⁶.
2. Preeclampsia leve con gestación pretérmino. Se aconseja tratamiento conservador, hospitalario hasta su estabilización o en periodos de desestabilización, y ambulatorio si la paciente está bien controlada.

a. Tratamiento hospitalario.

- i. Vigilancia fetal. Se recomienda realizar diariamente el recuento de los movimientos fetales por parte de la madre, y un mínimo de dos veces por semana un estudio más exhaustivo.
- ii. Determinación de la TA cada 6 horas con reposo nocturno.
- iii. Control de proteinuria al ingreso, diuresis diaria y peso cada dos días.

iv. Reposo relativo: no se recomienda el reposo estricto en cama.

v. Dieta normal: no se ha demostrado el efecto beneficioso de una dieta hipercalórica, hiperprotéica o hiposódica, pudiendo esta última resultar perjudicial por disminuir el flujo placentario al acentuar la depleción de volumen propio de esta patología^{17,18}.

b. Tratamiento ambulatorio.

- i. La frecuencia de las visitas, los métodos de vigilancia fetal y las determinaciones analíticas dependen de la estabilidad de la tensión arterial¹⁹.
- ii. La TA se controla diariamente y se acudirá a urgencias si se detecta una TA $\geq 150/100$ durante dos tomas consecutivas²⁰.
- iii. Así mismo se informa a la gestante de los signos de agravamiento del cuadro y se le indica que acuda a urgencias cuando presente cualquiera de ellos, o si percibe menos al feto.
- iv. Se recomienda el mismo régimen de vida: reposo relativo y dieta normal²⁰⁻²².

Preeclampsia grave

Definición clínica:

- Gestante con cifras de presión sistólica superior a 165 mmHg o de diastólica superior a 105 mmHg^{18,23}.
- Proteinuria de 5 g o más por litro en 24 horas.
- Edemas generalizados y visibles que persisten tras el descanso nocturno^{17,20}.
- Signos de participación renal:
 - Oliguria, con cifras inferiores a 500 mL en 24 horas.
 - Aclaramiento de creatinina menor de 60-70 mL/min².

Base racional:

Inicialmente se realiza:

1. Tratamiento hipotensor endovenoso.
2. Tratamiento anticonvulsivante endovenoso- prevención de las convulsiones^{20,24}: Precauciones contra las convulsiones:

Definición: prevenir o minimizar lesiones potenciales sufridas por un paciente con un trastorno de ataques convulsivos conocido. Actividades:

- Proporcionar una cama de baja altura, si resulta posible.
- Acompañar al paciente durante las actividades fuera de la sala, si procede.
- Vigilar el régimen de fármacos.
- Aconsejar al paciente que no conduzca (tras el alta).

- Explicar al paciente las medicaciones y sus efectos secundarios.
- Instruir a la familia/cuidador acerca de los primeros auxilios en caso de ataque convulsivo.
- Retirar los objetos potencialmente peligrosos del ambiente.
- Mantener un dispositivo de aspiración a pie de cama.
- Mantener un ambú a pie de cama.
- Mantener vía aérea bucal o nasofaríngea a pie de cama.
- Utilizar barandillas acolchadas.
- Mantener las barandillas elevadas.
- Instruir al paciente acerca de los factores desencadenantes.
- Ordenar al paciente que llame si presenta síntomas prodrómicos¹⁹.

3. Valoración del estado fetal y materno.

Debe finalizarse la gestación inmediatamente, independientemente de la edad gestacional si, a pesar de este tratamiento:

1. No se controla la hipertensión.
2. Existen pródomos de eclampsia (clínica neurológica o paciente estuporosa).
3. Existen signos de sufrimiento fetal agudo²⁵.

En caso de controlar la hipertensión y no darse los otros supuestos, la conducta depende de la edad gestacional.

- Gestación de más de 34 semanas: finalizar la gestación.
- Gestación 26-34 semanas: debe intentarse prolongarse la gestación un mínimo de 48 horas con el fin de administrar corticoides y favorecer la madurez fetal.
- Gestación de menos de 26 semanas: se debe individualizar el caso. Se puede ofertar terminar la gestación. La decisión de continuarla debería en todo caso discutirse con la paciente sobre la base de la información disponible (supervivencia perinatal del 7% aproximadamente).

Control materno:

- Mantenimiento del tratamiento hipotensor: una vez controlada la presión arterial con tratamiento endovenoso se pautará oral. El objetivo es mantener la TAD entre 90-100 mmHg, ya que el riesgo de hipoperfusión uteroplacentaria producido por los hipotensores está ligado a la sobredosificación.
- Mantenimiento del tratamiento anticonvulsivante 24 h mínimo: parece razonable interrumpirlo en el caso de decidirse no finalizar la gestación a corto

plazo, para reiniciarlo ante la aparición de signos de deterioro materno o si se programa la finalización en 24-48 horas.

- Determinación de la TA cada 4 horas con reposo nocturno.
- Control de diuresis, proteinuria y peso diario.
- Control diario de síntomas de agravamiento.
- Analítica un mínimo de 2 veces por semana.

Control fetal:

- Recuento diario de los movimientos fetales por parte de la madre.
- MNE si tiene más de 26 semanas de gestación.
- Ecografía: biometría en caso de prolongarse la gestación más de 15 días, ILA, Doppler y perfil biofísico semanal.
- Administración de glucocorticoides: betametasona 12mg/24h 2 dosis, repitiendo una dosis de 12 mg semanalmente si se prolonga la gestación²⁰.

Por otro lado, cabe decir que la tranquilidad y el reposo son fundamentales para la recuperación de las pacientes¹⁷, por lo que tenemos que proporcionarle un ambiente tranquilo sin exceso de estímulos luminosos, lo que les puede agravar la alteración visual existente y puede ocasionar lesiones/accidentes tanto a la madre como al feto.

DISCUSIÓN

En los últimos años se ha demostrado que la dieta pobre en sal no previene la aparición de la hipertensión ni la mejora una vez establecida. Por otra parte, la restricción marcada de sodio, igual que la administración de diuréticos, puede resultar peligrosa, ya que la capacidad de respuesta del sistema renina-angiotensina- aldosterona al descenso de sodio no es ilimitada, y las células de la capa glomerular de la suprarrenal pueden quedar exhaustas por el descenso de sodio. Por tanto, no parece que la restricción de sal sea un factor importante para la dieta en una hipertensión inducida por el embarazo^{1,5,23}.

Pocos ensayos aleatorizados han estudiado el reposo en cama para mujeres con hipertensión durante el embarazo, y no aparece en ellos importante información sobre efectos secundarios ni el grado de implicación.

Estos puntos dejan abierta a enfermería futuras líneas de investigación al respecto.

CONCLUSIÓN

Los EHE continúan siendo un problema importante de salud pública, por lo que se debe establecer más planes de cuidados específicos para gestantes de alto riesgo, es necesario adecuar los cuidados a las últimas evidencias científicas y se debe garantizar por parte de todo el equipo multidisciplinar el cuidado integral de estas pacientes²⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Puente Suárez L. Tratamiento de la hipertensión en el embarazo. Atención urgente. 2010; 53-56.
2. Usandizaga Beguiristain JA, De la Fuente Pérez P. Editores. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 2ª ed.. Madrid: Interamericana de España; 2000.
3. Marín Iranzo R, Gorostidi Pérez M, Alvarez-Navascués R. Hipertensión arterial y embarazo. Nefroplus. 2011; 4 (2): 21-30.
4. Voto LS. Hipertensión en el embarazo. 1-16. Disponible en: http://fac.org.ar/1/publicaciones/libros/tratfac/hta_01/hta_embarazo.pdf.
5. Beers MH, Berkow R, Bogin RM, Fletcher AJ. Editores. El manual Merck. 1ª ed.. Madrid: Harcourt; 1999.
6. Pacheco J. Preeclampsia/eclampsia: Reto para el ginecoobstetra. Acta Med Per. 2006; 23 (2): 100-11.
7. Noriega Iriondo MF, Arias Sánchez EA, García López SMC. Hipertensión arterial en el embarazo. Médica Sur. 2005; 12 (4): 196-202.
8. Morgan-Ortiz F, Calderón-Lara S, Martínez-Félix JI, González-Beltrán A, Quevedo- Castro E. Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles. Ginecol Obstet Mex. 2010; 78 (3): 153-159.
9. Moreno A, Sánchez S, Piña F, Reyes A, Williams M. Obesidad pregestacional como factor de riesgo asociado a preeclampsia. Anales de la Facultad de Medicina (Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2003; 64 (2): 101-106.
10. Muktabhant B, Lumbiganon P, Ngamjarus C, Dowswell T. Interventions for preventing excessive weight gain during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 4, Art. No.: CD007145. DOI: 10.1002/14651858.CD007145.pub2.
11. Furber CM, McGowan L, Bower P, Kontopantelis E, Quenby S, Lavender T. Antenatal interventions for reducing weight in obese women for improving pregnancy outcome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 1. Art. No.: CD 009334. DOI: 10.1002/14651858.CD009334.pub2.
12. Barreto S. Factores de riesgo y resultados perinatales en la preeclampsia severa: un estudio caso-control. Redalyc. 2003; 22 (003): 116-120.
13. Cortés Pérez S, Pérez Milán F, Gobernado Tejedor JA, Mora Cepeda. Epidemiología de los estados hipertensivos del embarazo. Clin Invest Gin Obst. 2009; 36 (4): 132- 139.
14. Martell-Claros N. Hipertensión y embarazo. Hipertens riesgo vasc. 2011; 28 (5-6): 167-168.
15. Westberg Hedstrom L. Hipertensión del embarazo. En: Knor ER. Decisiones en enfermería obstétrica. 1ª ed.. Barcelona: Doyma; 1990. 46-47.
16. Neal MC, Heather Herdman T, Heath C, Meyar G, Scroggins L, Vassallo B. Editores. Nanda Internacional Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007- 2008. 1ª ed..Madrid: Elsevier; 2007.
17. Pérez M, Prieto OL, Barrera Triviño CD, Benavides Ariza MP, bernal Duque L, Franco Susatama DC et al. Preeclampsia leve: cuidados en casa. Repert Med Cir. 2009; 18 (4): 218-222.
18. Henderson V. La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana de España; 1994.
19. McCloskey Dochterman J, Bulechek GM. Editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª ed.. Madrid: Elsevier; 2004.
20. Unidad de Gestión clínica de la mujer. Protocolos Obstetricia HU Reina Sofía: Estados hipertensivos del embarazo. Córdoba.
21. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª ed..Madrid: Elsevier; 2006.
22. Rodríguez Rozalén MA, Plata Quintanilla RM. Guía de intervención rápida en Enfermería Obstétrica. 1ª ed.. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2004.
23. González Merlo J, Del Sol JR. Obstetricia. 4ª ed.. Barcelona: Masson Salvat Medicina; 1992.
24. Ravetti O. Síndrome Hellp. Una complicación de la preeclampsia. Revista de posgrado de la Cátedra VIª Medicina. 2001; 103: 29-31.
25. Flores-Nava G, Joachin-Roy H. evaluation of a newborn in a critical state son of a mother with preeclampsia/ eclampsia (pregnancy toxemia). Ginecol Obstet Mex. 1997; 65: 56-8.

IMPACTO PSICOLÓGICO DEL CÁNCER EN LA POBLACIÓN INFANTIL

PSYCHOLOGICAL IMPACT OF CANCER IN THE CHILD POPULATION

- BELÉN GARCÍA CANO. DUE. HOSPITAL VIRGEN DE VALME. SEVILLA
- M^a DEL CARMEN MARTÍNEZ NÚÑEZ. DUE.
- INMACULADA ABAD GARCÍA. DUE. HOSPITAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA
- FERNANDO GARCÍA CANO. DUE. HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL. MADRID.
- NURIA JIMÉNEZ LAGARES. DUE. HOSPITAL SON ESPASES. PALMA DE MALLORCA.

RESUMEN: El cáncer tiene un impacto importante sobre el sujeto al que se lo diagnostican. Debido a las características específicas de la población infantil, este colectivo es más vulnerable. Hemos realizado una revisión bibliográfica sobre el impacto psicológico del cáncer en la población infantil. Las bases de datos consultadas fueron: Cuiden, Cuidatge, Enfispo, Ime, Medline y Lilacs. Hemos limitado la búsqueda por el idioma (inglés y español) y año (2000-2017). Resultados: Cualquier enfermedad y la hospitalización tienen un impacto negativo sobre la salud mental del niño, pudiendo desarrollar ansiedad y depresión, poniendo de manifiesto múltiples conductas patológicas o alteraciones cognitivas. En el caso del cáncer al tratarse de una enfermedad crónica el riesgo se incrementa. Sin embargo existen múltiples estudios que discrepan y defienden que a pesar de estos datos los niños se adaptan bien psicológicamente a esta patología y no presentan más alteraciones mentales que los niños sanos.

PALABRAS CLAVE: depresión, pediatría, enfermedad oncológica

ABSTRACT: Cancer has a significant impact on the subject to whom it is diagnosed. Due to the specific characteristics of the child population, this group is more vulnerable. We have made a bibliographic review on the psychological impact of cancer in the child population. The databases consulted were: Cuiden, Cuidatge, Enfispo, Ime, Medline and Lilacs. We have limited the search by language (English and Spanish) and year (2000-2017). Results: Any illness and hospitalization has a negative impact on the mental health of the child, possibly developing anxiety and depression, showing multiple pathological behaviors or cognitive alterations. In the case of cancer, being a chronic disease, the risk increases. However, there are multiple studies that disagree and defend that despite these data children are well adapted psychologically to this pathology and do not present more mental disorders than healthy children.

KEY WORDS: depression, pediatrics, oncological disease

INTRODUCCIÓN

La organización mundial de la salud en un informe elaborado en 2008, estimó la existencia de 160.000 de casos nuevos en la población infantil y 90.000 muertes debido a dicha patología (Pozo C et al 2015). En España, cada año fallecen 350 niños y adolescentes debido al cáncer con edad comprendida entre los 0 y 19 años de edad (Registro Nacional de Tumores Infantiles, 2011) y se detectan entre 1000 y 1100 casos nuevos anuales, siendo el más común la leucemia. Esta patología tiene un importante impacto psicológico en el paciente y en todo su entorno (Pozo C et al 2015). La aparición de la enfermedad en la vida de cualquier sujeto, hace que este se encuentre en una situación de debilidad, implicando múltiples cambios en la dinámica de su vida habitual. El paciente se encuentra en una situación inesperada e indeseada y tiene que plantearse como afrontarla. La población infantil tiene unas características específicas que la hace más vulnerable al afrontamiento de una enfermedad, y tiene unas necesidades específicas debido a las carencias físicas, mentales, afectivas y sociales a las que se va a enfrentar (Hernández E et al 2013).

METODOLOGÍA

En nuestra revisión hemos realizado una recopilación documental y una revisión bibliográfica de fuentes primarias. Para ello hemos realizado una búsqueda en diferentes bases de datos nacionales e internacionales. Las bases de datos nacionales que hemos consultado son Cuiden, Cuidatge, Enfispo e Ime; y las internacionales Medline y Lilacs.

La recopilación de los documentos que hemos realizado ha estado limitada por el año de publicación, seleccionando los documentos publicados desde el año 2000 hasta la actualidad y por el idioma, seleccionando artículos publicados en inglés y español.

Para llevar a cabo la búsqueda en primer lugar hemos identificado las palabras y frases claves relacionadas con el tema de investigación. Hemos comprobado las palabras y frases claves en el tesauro de cada base de datos y/o identificado sinónimos. Posteriormente hemos ejecutado la búsqueda y en función de los resultados hemos restringido con limitadores como idioma, fecha de publicación, etc. Hemos reformulado la estrategia cuando ha sido necesario.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La pérdida del estado de salud en la población infantil, no solo tiene consecuencias sobre su estado físico, también tiene consecuencias personales y sociales, lo que conlleva a una afectación de su estado mental (Hernández E et al 2013). El impacto psicológico que cualquier proceso de enfermedad y la hospitalización tiene sobre el niño se puede expresar con diversas conductas como agresividad, negativa al tratamiento, alteración del apetito, alteración del sueño, dependencia afectiva, mutismo, respuestas de evitación, etc. Este impacto también puede ocasionar alteraciones cognitivas como la falta de concentración o un déficit de atención o alteraciones emocionales como son la ansiedad, depresión, miedos, temor, apatía, etc (López I et al 2006).

El cáncer en la población infantil, tiene una incidencia menor que en los adultos, pero su extensión es muy rápida, debido a que las células tumorales son embrionarias e inmaduras, y por lo tanto su crecimiento es mayor (Noel G et al 2012). Se considera una enfermedad crónica, y es por ello que los pacientes que la padecen tienen mayor tendencia al desarrollo de la depresión, que en el caso de tratarse de una enfermedad aguda (Esmaeeli MR et al 2014). El impacto psicológico que esta enfermedad tiene sobre el niño es negativo, ya que tiene que enfrentarse a múltiples situaciones muy estresantes, como son el dolor, los cambios físicos, amenaza para la vida, hospitalizaciones, etc (Bragado C et al 2008). La primera alteración que presentan tras el diagnóstico suele ser la ansiedad, desarrollándose posteriormente la depresión (Myers RM et al 2015). Su diagnóstico tiene un gran impacto emocional, tanto el sujeto como en su entorno. La aceptación del diagnóstico es uno de los momentos más complicados, pero las alteraciones emocionales perduran durante todo el proceso. El cambio en la apariencia y en las funciones físicas también juega un papel importante en el autoconcepto y la autoestima. En nuestra cultura, tiene mucha relevancia el aspecto físico, y el cáncer conlleva en muchos casos cambios físicos desfavorables, con lo cual estos niños tendrán peor autoconcepto, autoestima y estado emocional (Bragado C et al 2008; Dishman RK et al 2006).

Sin embargo, a pesar de todos estos datos, existen estudios que comparan a los niños sanos y los niños con cáncer, y algunos de ellos muestran discrepancias con los datos anteriores, y defienden que los niños que padecen esta enfermedad no tienen peor autoestima, autoconcepto, ni se sienten más deprimidos ni más ansiosos. Y ponen de manifiesto que los niños presentan un buen ajuste a la enfermedad, y que no tienen secuelas psicológicas, ni a corto ni a largo plazo (Bragado C et al 2008; Langeveld NE et al 2004; Von L et al 2000). Esta adecuada adaptación psicológica a una enfermedad tan importante no tiene una clara explicación. Existen múltiples teorías pero no existen estudios que la avalen, entre ellas se encuentran:

- Que el gran apoyo que reciben por sus familiares y por el personal sanitario los haga más fuertes y disminuya

considerablemente el estrés al que están sometidos (Von L et al 2000).

- Que la adaptación sea como consecuencia del estrés, y se trate de un fenómeno reactivo (Groontehuis MA et al 2001).
- Que emplean estrategias evitativas del malestar emocional (Bragado C et al 2008).

A pesar de que los datos en los diferentes estudios difieran, es cierto que existe un porcentaje de niños que tienen secuelas físicas y psicológicas (López B, 2009) y la hospitalización es una experiencia traumática, y más al tratarse de una enfermedad oncológica (Moriconi V, 2013). La psicología ha evolucionado mucho en los últimos años, y en la actualidad, la oncología pediátrica tiene como objetivo curar al niño físicamente y trabajar con dicho colectivo para que sean adultos sanos físicamente y mentalmente (López B, 2009).

Un 35% de los pacientes pediátricos presentan ansiedad (Hernández E et al 2013) y la depresión la padecen entre el 15 y el 25% de los pacientes con cáncer, siendo más frecuente en adolescentes que en niños (Rodríguez V et al 2009). Existen diversas estrategias centradas en paliar el impacto psicológico de esta enfermedad, que actúan sobre los niños, pero también sobre los padres (Cabral M et al 2014). Existen estudios que muestran que los niños con cáncer y familiares que recibieron educación sanitaria sobre la enfermedad presentaban menor ansiedad que los que no lo recibieron (Maza V et al 2015).

A todo esto tenemos que añadir que existen factores predisponentes al desarrollo de la depresión en los pacientes oncológicos pediátricos, entre los cuales se encuentran:

- Personales: capacidad de adaptación, nivel de desarrollo y funcionamiento físico, nivel cognitivo y emocional, género, forma de afrontamiento, autoestima, apariencia e imagen corporal.
- Familiares: apoyo familiar y social.
- Relacionados con la enfermedad: estancia hospitalaria, procedimientos médicos y de enfermería, aislamiento, etapa y efectos secundarios de la quimioterapia, calidad de la atención y la no identificación a tiempo de trastornos psicológicos (Velázquez S et al 2015; Arabiat DH et al 2012).

CONCLUSIÓN

Para concluir podemos decir que el cáncer en pacientes pediátricos tiene un importante impacto sobre su salud física y mental. La hospitalización es una situación traumática para la población infantil, y si le añadimos que el motivo sea una enfermedad oncológica lo es aún más. Todo ello conlleva a que además de la afectación física el niño padezca una alteración mental. Aunque los datos que muestran los estudios difieren, ya que muchos de ellos defienden que los niños se adaptan psicológicamente bien al cáncer, no presentado más alteraciones mentales que los niños sanos.

BIBLIOGRAFÍA

- Pozo C, Bretones B, Martos MJ, Morillejo E, Cid N. *Repercusiones psicosociales del cáncer infantil: apoyo social y salud en familias afectadas*. Rev Latinoam Psicol. 2015; 47(2): 93-101.
- Registro Nacional de Tumores Infantiles (2011). Cáncer infantil en cifras.
- Hernández E, Rabadán JA. *La hospitalización: un paréntesis en la vida de el niño. Atención educativa en la población infantil hospitalizada*. Perspectiva educacional. 2013; 52(1): 167-181.
- López I, Fernández A. *Hospitalización infantil y atención psicoeducativa en contextos excepcionales de aprendizaje*. Revista de educación. 2006; 341: 553-571.
- Noel G, D' Anello S, Araujo L, De Sousa J. *Factores emocionales y familiares asociados a la adaptación de niños y adolescentes con cáncer. Reporte de 10 casos*. Medula. 2012; 21:140-146.
- Esmaeeli MR, Erfani Sayar R, Saghebi A, Elmi S, Rahmani S, Elmi S, Rabbani Javadi A. *Screening for depression in hospitalized pediatric patients*. Iran J Child Neurol. 2014; 8(1): 47-51.
- Bragado C, Henández MJ, Sánchez ML, Urbano S. *Autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y en niños sanos sin historia de cáncer*. Phicotema. 2008; 20:413-419.
- Myers RM, Balsamo L, Lu X, Devidas M, Hunger SP, Carroll WL et al. *A prospective study of anxiety, depression, and behavioral changes in the first year after a diagnosis of childhood acute lymphoblastic leukemia: a report from the Children's Oncology Group*. Cancer. 2014; 120(9): 1417-25.
- Dishman RK, Hales DP, Pfeiffer KA, Felton G, Saunders R, Ward DS et al. *Physical self-concept and self-esteem mediate cross-sectional relations of physical activity and sport participation with depression symptoms among adolescent girls*. Health Psychology. 2006; 25: 396-407.
- Langeveld NE, Grootenhuis MA, Voûte PA, De Haan RJ y Van Den Bos C. *Quality of life, self-esteem and worries in young adult survivors of childhood cancer*. Psycho-Oncology. 2004; 13: 867-881.
- Von Essen L, Enskär K, Kreuger A, Larsson B, y Sjöden PO. *Self-esteem, depression and anxiety among swedish children and adolescents on and off treatment*. Acta Paediatrica. 2000; 89: 229-236.
- Grootenhuis, M.A., y Last, B.F. *Children with cancer with different survival perspectives: Defensiveness, control strategies and psychological adjustment*. Psycho-Oncology. 2001; 10: 305-314.
- López B. *Aspectos médicos, psicologicos y sociales del cáncer infantil*. Psicooncología. 2009; 6 (2-3): 281-284.
- Moriconi V. *Fundación Aladina: un giro más al cáncer pediátrico*. Psicooncología. 2013; 10 (2-3): 433-438.
- Rodríguez V, Sánchez C, Rojas N, Arteaga R. *Prevalencia de trastornos mentales en adolescentes con cáncer*. Revista Venezolana de Oncología. 2009 ; 21(4): 29-34.
- Cabral M, Delgadillo A, Flores E, Sánchez FA. *Manejo de la ansiedad en el paciente pediátrico oncológico y su cuidador durante la hospitalización a través de la musicoterapia*. Psicooncología. 2014; 11 (2-3): 243-258.
- Maza V, Fernández M, Concha L, Santolaya M, Villarroel M, Castro M et al. *Impacto de un programa educativo a los padres de niños con cáncer en el aumento del conocimiento de la enfermedad de sus hijos y la disminución de la ansiedad*. Rev Chil Pediatr. 2015; 86(5): 351-356.
- Velázquez S, Zuluaga L. *Factores relacionados con la depresión en pacientes pediátricos con cáncer y participación de la enfermera en su detección*. Duzuary. 2015; 12(2): 164-173.
- Arabiath DH, Elliott B, Draper P. *The prevalence of depression in pediatric oncology patients undergoing chemotherapy treatment in Jordan*. J Pediatr Oncol Nurs. 2012; 29(5): 283-8.

DEFORMIDAD CRANEAL DEL RECIÉN NACIDO: LA PLAGIOCEFALIA POSTURAL O POSICIONAL NEWBORN SKULL DEFORMATION: POSTURAL OR POSITIONAL PLAGIOCEPHALY

- ÁNGELES MARÍA MÁRQUEZ CARRASCO (MATRONA Y DUE ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL. DISTRITO CONDADO CAMPIÑA. HUELVA).
- MARÍA DEL PILAR ARAGÚNDEZ MARCOS (MATRONA, H. U. VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA).
- REBECA SÁNCHEZ-PÉREZ (MATRONA, H. RÍO CARRIÓN. PALENCIA).

Resumen: Objetivo: Informar a los profesionales sanitarios que rodean al recién nacido sobre la plagiocefalia postural (factores de riesgo, prevención, diagnóstico y tratamiento).

Material y Métodos: búsqueda bibliográfica en Pubmed, Cuiden y Embase, con descriptores castellanos "plagiocefalia" y "recién nacido", e inglés "plagiocephaly" y "newborn".

Conclusión: La plagiocefalia postural lleva consigo problemas estéticos, físicos, psicosociales y del desarrollo. Cambiar de postura constantemente al RN, estimular su atención desde ambos lados derecho e izquierdo y colocarlos en decúbito prono siempre bajo supervisión se hace indispensable para su prevención. Para su tratamiento se da reposicionamiento, fisioterapia, cascos ortésicos y cirugía.

Palabras clave: matrona, plagiocefalia, recién nacido.

Abstract: Objective: Advising health professionals who work with newborns about postural plagiocephaly (risk factors, prevention, diagnosis and treatment). Material and Methods: bibliographic search in Pubmed, Cuiden and Embase, with "plagiocefalia" and "recién nacido" Spanish descriptors, and English descriptors: "plagiocephaly" and "newborn".

Conclusion: Postural plagiocephaly involves aesthetic, physical, psychosocial and developmental problems. Constantly changing the newborn posture, stimulating their attention from both right and left sides and placing them in the prone position, always under supervision, is essential to prevent it. For the treatment: repositioning, physiotherapy, orthoses and surgery, in more serious cases.

Keywords: midwife, plagiocephaly, newborn.

INTRODUCCIÓN

Algunos recién nacidos (RN) sufren deformaciones en su cráneo. Los huesos que lo componen son muy maleables durante el primer año de vida, tienen una capacidad de remodelación del 85% (1), y si son sometidos a fuerza constante puede dar lugar a cambios en la forma esférica del cráneo.

La deformación del cráneo del RN que produce apariencia asimétrica se denomina plagiocefalia (2). Este concepto engloba diferentes deformidades como son la plagiocefalia sinostósica, la escafocefalia, la braquicefalia y la plagiocefalia postural (3, 4).

La plagiocefalia de consecuencias más graves pero infrecuente es la craneosinostosis o plagiocefalia sinostósica (3). Se da por el cierre de una o más suturas que unen diferentes huesos del cráneo (4). Lo padecen 1 de cada 1000 RN. Más del 20% de los casos se asocian a mutaciones genéticas (5). Sus consecuencias son graves porque puede generar presión en el cerebro disminuyendo la circulación sanguínea, aumentando la presión intracraneal y dando problemas del desarrollo, problemas neuropsiquiátricos y problemas de adaptación social (4).

Otro perfil de plagiocefalia es la escafocefalia. Se caracteriza por el cierre prematuro de la sutura sagital, originando el alargamiento anteroposterior de la cabeza y la reducción de la dimensión temporal. Su prevalencia es 1:2000 RN y es tres veces más común en varones (4).

Otro tipo de deformación es la braquicefalia. Se caracteriza por el desplazamiento de la parte occipital del cráneo, que resulta acortada en su dimensión anteroposterior y compensada en su dimensión mediolateral (4).

La deformación más común y en la que se centra la revisión es la plagiocefalia postural o posicional (PP). La PP es producida como consecuencia de la aplicación constante de fuerzas de presión sobre la región occipital de la cabeza del RN (6, 7). Se caracteriza por presentar aplastamiento unilateral posterior de la cabeza con compensación ipsilateral frontal (4) y abultamiento del lado occipital contralateral que toma forma redondeada (2). La cabeza se asemeja a un paralelogramo.

Su prevalencia varía en los diferentes estudios y existen dos periodos claramente diferenciados por la campaña "Back to sleep", elaborada en 1992 por la Asociación Americana de Pediatría (AAP) para disminuir la incidencia del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL). Al establecerse relación

entre SMSL y el descanso del RN en decúbito prono como factor de riesgo, en esta campaña se fomentó posicionar al RN en decúbito supino. En contrapartida, al dormir en esta postura, la presión ejercida sobre los huesos de la cabeza es mayor provocando más deformaciones (3).

Según Binkiewicz-Glinska, 1: 300 nacimientos sufría PP antes de la campaña (4). Sin embargo, y aunque se consiguió un descenso de 40-50% de muerte por SMSL (3,6), la incidencia de PP tras la campaña aumentó encontrando 1:60 nacidos afectados (4). Años después, e intentado disminuir esta incidencia, se crea una nueva campaña denominada "Back to sleep, tummy to play", que recomienda a cuidadores y padres colocar al RN en decúbito prono a menudo, pero cumpliendo con las premisas de estar despierto el RN y bajo supervisión adulta para evitar riesgo de asfixia (3).

Los valores de incidencia de PP son variables. Mawji et al. barajaron valores entre 3 y 61% de población RN afectada (2). Para Adot, la incidencia en menores de seis meses estaba entre 8-48% (6). Para Van Wijk la incidencia a los dos meses era de 16-22% y a los 4 meses un 20% (8), cifras apoyadas por Arroniz, (18-20%) (3) y por Collet (20-30%) (9). Algo más alta es la cifra que apoyaba Rowland, 45% entre 2-3 meses de edad (7), y Binkiewicz-Glinska, el 45% (4). Por tanto, se da en cifras importantes de RN.

La plagiocefalia es una preocupación importante para los padres. Si no se diagnostica y trata tempranamente, los cambios asociados se pueden volver permanentes y tener consecuencias, aunque la Asociación Española de Pediatría (AEPED) dice que no desencadena afectación de las funciones cerebrales (11, 12). Entre las consecuencias destacan: implicaciones psicosociales (como burlas e intimidación en los años escolares, alteración en sus relaciones (2)); afectación psicológica, afectación estética (dando deformidad facial y maxilofacial, requiriendo gafas o casco para practicar deportes (1,3)); afectación física (dando escoliosis cervical y potenciando el astigmatismo (1,4)), y retraso en el desarrollo (déficit del lenguaje, el déficit de desarrollo del habla normal, retraso intelectual y retraso del desarrollo motor (1,4)).

Según el estudio de Collet, los niños con PP obtienen menos puntuación en las áreas de lenguaje y desarrollo cognitivo a los tres años (9); por tanto, en edad escolar pueden requerir soporte educativo, terapia del lenguaje, fisioterapia y terapia ocupacional (4).

Frente al retraso en el desarrollo, existen dos corrientes diferentes: los estudios que ven el desarrollo alterado previo a la existencia de deformidad, siendo la PP un marcador físico (8,9) y la corriente que ve a la PP como causa del desarrollo alterado (10).

Con respecto a la duración del problema, la mayoría de casos vuelve a normalidad en el primer año (por la maleabilidad de los huesos craneales) pero Van Vliimeren nos muestra que el 4% de niños con deformación grave las mantiene a los 3-4 años y que el 1% de RN afectados por PP y el 1.1% de los RN que sufren braquicefalia continúan con ello a los quince años de edad (7, 13).

La matrona de atención primaria encargada del seguimiento de la gestante, les explica en la educación maternal los cuidados a impartir sobre el RN y como proceder para intentar evitar que se produzca la PP. También es uno de los profesionales que valora al RN para el "Seguimiento de salud infantil" en la visita puerperal. Por tanto, es importante que los profesionales de la salud que tengan contacto con el RN o gestantes estén formados sobre el tema que a la revisión atañe.

En esta revisión se quiere actualizar a los profesionales sobre los factores de riesgo que influyen en la aparición de PP, cómo llevar a cabo su prevención, cómo se realiza el diagnóstico y sus posibles tratamientos.

OBJETIVOS

Informar a los profesionales sanitarios que rodean al RN sobre la PP (factores de riesgo, prevención, diagnóstico y tratamiento).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se lleva a cabo búsqueda en las bases de datos Pubmed, Cuiden y Embase, a través del uso de descriptores como "plagiocefalia" y "recién nacido" en castellano y "plagiocephaly" y "newborn" en inglés. Se usaron criterios de inclusión como artículos completos, gratuitos, libres, en idioma castellano o inglés, publicados desde 2011 y en humanos, obteniendo 11 artículos para su uso en esta revisión y se buscó en la página web de la Asociación Española de Pediatría (AEPED).

Se llevó a cabo lectura crítica de los artículos con apoyo en las plantillas Caspe.

RESULTADOS

La plagiocefalia postural era la deformación más común de la cabeza del RN. Estaba producida por fuerzas mecánicas que actuaban sobre la región posterior del cráneo durante la vida intrauterina o tras el nacimiento (3).

Existían diferentes **factores de riesgo** que facilitaban su aparición. El factor más influyente era el descanso del bebé en posición supina (que se daba en el 88% de los casos (4)). Este factor de riesgo no era modificable debido al descenso de muertes por SMSL que a él se asociaba (3).

Entre los factores de riesgos presentes durante la vida intrauterina se encontraban: fetos con cabezas o cuerpos grandes, gestaciones múltiples, pelvis materna pequeña, útero pequeño o malformado, escasez o exceso de líquido amniótico, presentación de nalgas, posición fetal prolongada, síndromes genéticos que predisponen a PP y tono muscular abdominal excesivo (4,6,7,11).

También facilitaba la aparición de PP los RN de sexo masculino (poseían diámetros mayores de cabeza y menor flexibilidad), primogénitos (el primer parto se acompañaba de mayor rigidez uterina y vaginal), prematuridad (estos niños tenían huesos más débiles y menos resistentes a la fuerza moldeadora externa, tenían menor tono muscular y menor posibilidad de movimiento, sobre todo si estaban hospitalizados), RN con afecciones como tortícolis

congénita muscular, desgarros de fibras del músculo esternocleidomastoideo, traumatismos de los nervios cervicales durante el parto, estrabismo o lesiones cerebrales (2-4,12,13).

La deformación del lado occipital derecho era la más común (64%) (4). Cuando las fuerzas de presión se daban sobre un punto concreto, hacían que su crecimiento se ralentizara y se estimulara en otras direcciones, modificando la forma de la cabeza de esférica a paralelogramo (13). Mawji explicaba el posible origen de la plagiocefalia con inicio intraútero en eventos del último periodo del embarazo, donde el feto se giraba y acoplaba al canal del parto muy frecuentemente en posición occipitoanterior izquierda, comprimiéndose el lado derecho de la cabeza contra la pelvis materna y la frente fetal izquierda con la columna lumbosacra (2).

Existían estudios que apoyaban la importancia de la educación sanitaria a padres y/o cuidadores para prevenir la PP. Realizar esfuerzos en prevención disminuía mucho la incidencia de plagiocefalia. Según Adot et al., existía un estudio sueco elaborado en 2011, que informaba sobre la posibilidad de intervenir en prevención de la PP por parte de los profesionales enfermeros de Atención Primaria, gracias a la frecuencia y regularidad de sus consultas. (6) Entre las recomendaciones a dar a los padres y cuidadores para **prevenir la PP** en los primeros meses de vida se hallaban (2-4, 6, 7,11-13):

- **Posiciones para el descanso**

Para prevenir el SMSL, el RN debía dormir en decúbito supino. Se tenía que alternar la posición de la cabeza, apuntando la nariz hacia el lado izquierdo o derecho durante el sueño. También se debía cambiar diariamente la orientación del lactante con respecto a la cama de los padres (bien cambiando la orientación de la cuna o del niño dentro de la cuna para seguir rotando la cabeza en cada sueño).

La cuna debía ser espaciosa para cambiar la postura con facilidad y era recomendable que se llevara a cabo estímulo del recién nacido por ambos lados por igual.

- **Tiempo en decúbito prono**

Todos los días desde el primer día de nacimiento, se debía posicionar al RN en decúbito prono cuando estuviera despierto y siempre bajo supervisión. Se podía poner sobre el pecho del cuidador, en la cama o en superficie cómoda. Se podía realizar de manera gradual, empezando por cinco minutos al menos tres veces al día e ir aumentando el tiempo en la posición cuando el RN fuera capaz de sostener su cabeza. Este ejercicio prevenía deformidades de la cabeza y estimulaba el desarrollo motor y sensitivo.

- **Alimentación.**

Si el RN se alimentaba con lactancia artificial, era importante alternar posiciones o alternar la mano con la que se realizaba, al igual que se alternaba de manera fisiológica la postura para alimentarlo al amamantar con los dos pechos.

- **Métodos de transporte para el RN.**

Se debía intentar reducir el tiempo que pasaba el RN en sillas, hamacas o coches de paseo. Era importante cogerlo en brazos con frecuencia para disminuir el tiempo de apoyo occipital. Realizar porteo también ayudaba a descargar la presión.

- **Juegos e interacción con otras personas.**

Se recomendaba estimular al RN desde ambos lados, colocando juguetes en cuna o cochecitos, o llamando su atención con la voz.

El **diagnóstico** se realizaba a través de la observación, en la mayoría de los casos, o a través de plagiocefalometría (3, 6). La plagiocefalometría era un instrumento confiable, válido y sensible para medir los diámetros de la cabeza del RN (13). Si existía duda sobre la existencia de craneosinostosis, el pediatra derivaba al RN a realizarse TAC craneal y reconstrucción tridimensional (12).

El diagnóstico solía darse en los primeros meses de vida (del primer a tercer mes) (6). Si se detectaba al nacer, solía resolverse en seis semanas tras el parto eliminando la fuerza deformante (5,7). Si se hallaba antes de los tres meses de vida, el reposicionamiento podía ser eficaz por sí solo (7). Cuando se iniciaba más tardíamente y según la gravedad de la deformación, los tratamientos diferían.

El entrenamiento en cuidados y conductas (4) consistía en enseñar a padres y cuidadores como sostener y manipular al RN de manera correcta, los ejercicios domiciliarios para realizar con él, la necesidad de colocar en decúbito prono para la descarga de presión de la zona cefálica dañada, cómo colocar al bebé sobre la porción redondeada de la cabeza para que la zona dañada vuelva a tener forma esférica (12) e informar sobre las acciones de prevención. Existían almohadas de reposicionamiento que evitaban que el peso recayese en la zona aplanada de la cabeza, disminuyendo la presión y facilitando su recuperación (6). La inclinación del colchón de la cuna también ayudaba a mantener una postura acorde (12).

El reposicionamiento servía para prevenir la PP pero también para tratar la PP leve, aunque a veces era insuficiente.

La terapia física era otro tipo de **tratamiento** para la PP. Se centraba en el estímulo del desarrollo motor con enfoque simétrico, el aumento de la elasticidad de los músculos del cuello, lograr un rango de movimiento cervical completo y disminuir la preferencia posicional del RN. Cuando esta terapia iniciaba de manera precoz conllevaba gran efectividad (antes de los tres meses (4, 13)). Muchos RN con PP presentaban tortícolis muscular congénita y en ellos, esta terapia era necesaria (4, 6, 12, 13).

El enfoque más razonable en casos leves era el uso de reposicionamiento, asesoramiento y fisioterapia (4), teniendo en cuenta la recuperación cefálica natural (13). Si la PP se mantenía, empeoraba o ya era moderada-severa, era necesario el uso de órtesis (4). La Food and Drug Administration (FDA) recomendaba la terapia con órtesis craneal para aquellos niños con plagiocefalia grave, con

más de seis meses y cuando la respuesta al tratamiento conservador no era suficiente (1).

El tratamiento con órtesis consistía en aplicar un casco o bandas a medida en la cabeza del RN, que dirigía el crecimiento del cráneo al colocarlo cerca pero manteniendo el espacio necesario para que creciera la zona aplanada. Se aplicaba 23 horas diarias desde los seis a los doce meses (8), después el cráneo no era tan susceptible al moldeamiento externo (12). Existía evidencia que apoyaba este tratamiento frente a reposicionamiento como medida única (4), sobre todo en casos moderados-graves. También los artículos mostraban que era un método seguro o que los riesgos eran leves y se resolvían de manera espontánea (1, 4, 7), pero hay otros estudios que no promocionaban su uso. Existía un ensayo clínico aleatorio denominado "Estudio Heads", el cual concluía que la terapia con casco no aportaba valor agregado al tratamiento de la deformación moderada-grave, que tenía efectos secundarios y que suponía un alto costo (8, 10). Entre los efectos que podía provocar el uso de la órtesis se encontraban: dermatitis de contacto, irritación cutánea, dolor a la presión, trauma cervical por desplazamiento del centro de gravedad, e incomodidad del RN (1).

Por último, para aquellos casos raros de deformidad persistente o craneosinostosis verdadera, se llevaba a cabo tratamiento quirúrgico por neurocirujanos. No se podía realizar la intervención al menos hasta los seis meses de vida (4, 12).

Discusión

La incidencia de PP no está muy clara, pero varía entre el 3 y 61% de RN, cuya valor modal es 20%. Por tanto, hay un porcentaje importante de RN aquejados por malformaciones craneales (2).

Von Vlimmeren señala en su estudio que a los 3-4 años, el 4% de niños con PP aún mantienen deformación grave (13), y la PP puede persistir en 1-2% hasta la adolescencia (10). Los niños con PP tienen necesidad de terapias que se prolongan hasta la etapa escolar (fisioterapia, soporte educativo, terapia del lenguaje y/o terapia ocupacional), y estos niños/adolescentes afectados por la PP pueden tener problemas psicosociales (baja autoestima, alteración de las relaciones con sus iguales). Esta morbilidad se debe intentar evitar con prevención primaria (antes de que aparezca la PP) y secundaria (una vez existente, tratarla cuanto antes).

Las matronas son profesionales cercanos a la gestante y al RN, y por tanto responsables de los cuidados hacia ellos. Es un pilar fundamental informar a los padres antes del nacimiento del niño en la Educación Maternal y, tras nacimiento, desde la primera consulta del programa "Seguimiento de Salud Infantil". Se debe formar sobre cómo evitar que ocurra la PP y la necesidad de acudir al pediatra para que valore al RN si aprecia deformación cefálica del bebé para realizar un diagnóstico y tratamiento precoz.

Si se evita la PP, disminuye la morbilidad en el niño, las preocupaciones paternas, la necesidad de invertir tiempo

en terapias y los gastos sanitarios que de ello provienen, ya que las terapias pueden ser caras, como es el caso de los cascos ortésicos. Se deben realizar nuevos estudios que aclaren los efectos de las órtesis frente a otros tratamientos.

Otro resultado a destacar es la relación entre la PP y el retraso en el desarrollo. Se deberían realizar nuevos estudios que busquen establecer y demostrar esta relación; así, se podría anticipar los cuidados precoces y revisiones necesarias para mejorar su desarrollo, disminuyendo su influencia negativa en la vida del niño. Se recuerda que es vital la actuación en el primer año, periodo en el que los huesos son maleables, y pueden volver a la forma esférica.

CONCLUSIÓN

La PP es una deformación craneal que afecta a un amplio porcentaje de RN (3-61% de RN). Existen factores de riesgo, tanto intrauterinos como extrauterinos, que deben ser valorados. El factor más importante es el descanso en decúbito supino, que en sí mismo es un factor no modificable porque disminuye mucho las defunciones relacionadas con SMSL. Es importante fomentar las actuaciones destinadas a prevenir la PP desde la gestación y tras el nacimiento para disminuir su incidencia y la morbilidad que esta deformación provoca en los RN.

Así mismo, el tratamiento debe ser precoz. Cambiar de postura constantemente al RN, estimular su atención desde ambos lados derecho e izquierdo y colocarlos en decúbito prono siempre bajo supervisión y mientras estén despiertos se hace indispensable para su prevención. Para su tratamiento las posibles acciones incluyen reposicionamiento, fisioterapia, cascos ortésicos y cirugía, en los casos más graves.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Mawji A, Vollman AR, Hatfield J, McNeil DA, Sauvé R. The incidence of positional plagiocephaly: A cohort study. *Pediatrics*. 2013; 132(2). Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/132/2/298.long>
- 2.- Lewis ML. A comprehensive newborn examination: Part I. General, head and neck, cardiopulmonary. *Am Fam Physician*. 2014; 90(5):289-96. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2014/0901/p289.html>
- 3.- Arroniz M, Fernández V, Basallote C. Prevención de la plagiocefalia postural en neonatos. Recomendaciones para madres y padres. *Paraninfo digital*. 2016; X (25): 5 pantallas. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/310.php>
- 4.- Schreen G, Gomes C. Plagiocephaly and brachycephaly treatment with cranial orthosis: a case report. *Einstein (Sao Paulo)*. 2013 Jan-Mar; 11 (1):114-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872980/>
- 5.- Adot M, Rodríguez T, Bustince P. Prevención de la plagiocefalia postural desde la consulta de Enfermería pediátrica. *Pulso*. 2015; 82:42-5. Disponible en: https://issuu.com/colegioenfermerianavarra/docs/pulso_82

- 6.-Paquereau J. non-surgical management of posterior positional plagiocephaly: orthotics versus repositioning. *Annals of Physical and rehabilitation medicine*. 2013; 56(3): 231-49. Disponible en: https://issuu.com/colegioenfermerianavarra/docs/pulso_82
- 7.- Van Wijk RM, Van Vlimmeren LA, Groothuis-Oudshoorn CGM, Van der Ploeg CPB, Jzerman MJ. Helmet therapy in infants with positional skull deformation: randomized controlled trial. *BMJ*. 2014; 348:g2741
- 8.-Rowland K, Das N. PURLs: helmets form positional skull deformities: A good idea or not?. *J FAM Pract*. 2015; 64(1):44-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4294410/>
- 9.-Collet BR, Gray KE, Starr JR, Heike CL, Cunningham ML, Speltz ML. Development at age 36 months in children with deformational plagiocephaly. *Pediatrics*. 2013; 131(1): e109-15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3529956/>
- 10.-Binkiewicz-glinska A, Mianowska A, Sokolow M, Renska A, Ruckeman-Dziurdzinska K, Bakula S, Kozłowska E. Early diagnosis and treatment of children with skull deformations. The challenge of modern medicine. *Developmental Period Medicine*. 2016; XX (4):33-40. Disponible en: <http://medwiekurozwoj.pl/articles/2016-4-5.pdf>
- 11.-Van Vlimmeren LA, Engelbert RHH, Pelsma M, Groenewoud HMM, Boere-Boonekamp MM, Nijhuis-Van der Sanden MWG. The course of skull deformation from birth to 5 years of age: a prospective cohort study. *Eur J Pediatr*. 2017; 176(1):11-21. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5219011/>
- 12.-EnFamilia. AEPED [Internet]. : Comité editorial En Familia AEPED; 28/8/2012 [14/10/12; 18/6/19]. Hinojosa Mena-Bernal J. Deformidades de la cabeza: plagiocefalia postural; 2 pantallas. Disponible en: <http://enfamilia.aeped.es/temas-salud/plagiocefalia-postural>
- 13.- EnFamilia. AEPED [Internet]. : Comité editorial En Familia AEPED; 14/10/2012 [27/02/13; 18/6/19]. Hinojosa Mena-Bernal J. Plagiocefalia postural: diagnostico y tratamiento. 2 pantallas. Disponible en: <http://enfamilia.aeped.es/temas-salud/plagiocefalia-diagnostico-tratamiento>

LA MATRONA COMO GUÍA EN LA DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE LACTANCIA MATERNA DERIVADOS DE ANQUILOGLOSIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

THE MIDWIFE AS A GUIDE IN THE DETECTION OF BREASTFEEDING PROBLEMS DERIVED FROM HOOKWORM. ABOUT A CASE

- DÉsirÉE DÍAZ-JIMÉNEZ. ENFERMERA ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. UNIDAD DE URGENCIAS GINECOLÓGICAS-OBSTÉTRICAS. ÁREA DE PARTO. HOSPITAL DE LA MUJER. SEVILLA.
 - ANTONIO JOSÉ REINA CARO. ENFERMERA ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. UNIDAD DE URGENCIAS GINECOLÓGICAS-OBSTÉTRICAS. ÁREA DE PARTO. HOSPITAL DE LA MUJER. SEVILLA.
 - MANUELA VELÁZQUEZ BARRIOS. ENFERMERA ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. UNIDAD DE URGENCIAS GINECOLÓGICAS-OBSTÉTRICAS. ÁREA DE PARTO. HOSPITAL DE LA MUJER. SEVILLA.
- CENTRO DE REALIZACIÓN DEL ARTÍCULO: HOSPITAL DE LA MUJER. SEVILLA.

RESUMEN: La lactancia materna es la mejor forma demostrada de alimentar a un recién nacido, según la OMS debe de ser exclusiva hasta los 6 meses de vida, continuando junto con la alimentación complementaria hasta los 2 años o hasta que la madre y niño deseen. En la actualidad existe un alto porcentaje de abandono precoz de la lactancia materna debido a factores psicosociales y a la aparición de dificultades en la lactancia. Muchas de estas dificultades se han relacionado con la presencia de anquiloglosia o frenillo corto en el recién nacido. Mediante un caso clínico se evidencian las principales actuaciones de la matrona ante un problema de lactancia materna ineficaz. Se exponen los datos recogidos en la exploración física y valoración según el modelo de Virginia Henderson, y se desarrolla un plan de cuidados completo. La valoración inicial de la matrona junto con asesoramiento y entreno es una herramienta fundamental para revertir una lactancia disfuncional, consiguiendo una lactancia materna efectiva y aumento en la calidad de vida y capacidad para afrontar incidencias futuras.

PALABRAS CLAVES: Anquiloglosia, frenillo lingual, lactancia materna.

ABSTRACT: Breastfeeding is the best proven way to feed a newborn, according to the WHO it must be exclusive until 6 months of age, continuing along with complementary feeding until 2 years or until the mother and child desire. There is currently a high percentage of early abandonment of breastfeeding due to psychosocial factors and the appearance of difficulties in breastfeeding. Many of these difficulties have been related to the presence of hookworm or short frenulum in the newborn. Through a clinical case, the main actions of the midwife are evidenced in the face of an ineffective breastfeeding. The data collected in the physical examination and assessment according to the Virginia Henderson model are exposed, and a complete care plan is developed. The initial assessment of the midwife together with counseling and training is a fundamental tool to reverse a dysfunctional breastfeeding, achieving effective breastfeeding and an increase in the quality of life and ability to face future incidents.

KEYWORDS: Ankyloglossia, lingual frenulum, breastfeeding.

INTRODUCCIÓN

Los beneficios que tiene la lactancia materna sobre el recién nacido y sobre la madre son indiscutibles en la actualidad. Según la OMS y otras organizaciones como UNICEF y el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría la lactancia materna debe ser exclusiva hasta los 6 meses de vida, continuando con el amamantamiento junto a la alimentación complementaria hasta los 2 años o más, siempre que madre e hijo lo deseen.^{1,2}

Sin embargo, encuestas reflejan que el porcentaje de madres que dan lactancia materna exclusiva a los 3 meses del parto está en torno al 50%, no llegando al 20% a los 6 meses.²⁻³

Este abandono precoz de la lactancia materna se debe a diversos motivos: incorporación a la vida laboral, tipo de parto, dolor al amamantar, mastitis, baja o nula ganancia de peso o hipogalactia, siendo estas últimas las causas más frecuentes y pudiendo estar relacionadas con la existencia de frenillo corto o anquiloglosia en el recién nacido.³⁻⁴

La palabra anquiloglosia viene del griego: glosia (lengua) y agkilos (torcido o lazo) su traducción sería por tanto "lengua torcida o atada en forma de lazo".

La anquiloglosia se define como la falta absoluta o parcial del movimiento de la lengua causada por un frenillo lingual muy corto que impide los movimientos adecuados de la lengua y causa disturbios motores en este órgano, así como

repercusiones en la cavidad oral. Es una afectación congénita que en muchos casos es heredada.

La prevalencia de la anquiloglosia es variable (entre el 0,1 y el 12%), aunque predomina un intervalo del 4-10%. Suele ser más frecuente en los varones.³⁻⁴

Los métodos más utilizados para su diagnóstico e identificación son la clasificación de Hazelbeker, que evalúa la función y apariencia de la lengua, y la clasificación de Coryllos, que permite diferenciar los distintos tipos de anquiloglosia según su lugar de inserción.

El frenillo lingual puede clasificarse en anterior o posterior en función del lugar de inserción a la lengua. Se distinguen cuatro tipos, tipo 1 y tipo 2 (frenillos anteriores) y tipo 3 y tipo 4 (frenillos posteriores).³⁻⁵

- Tipo 1: Frenillo fino y elástico; la lengua está anclada desde la punta hasta el surco alveolar y se presenta en forma de corazón, se observa a simple vista. La movilidad de la lengua se encuentra muy restringida, no es posible elevarla ni extenderla (figura nº1).
- Tipo II: Frenillo fino y elástico; la lengua está anclada desde 2-4 mm de la punta hasta cerca del surco alveolar. Impide también la elevación y extensión de la lengua aunque en menor medida (figura nº2).
- Tipo III: Frenillo grueso, fibroso y no elástico; está anclado desde la mitad de la lengua hasta el suelo de la boca. A simple vista la lengua parece normal. La extensión de la lengua no suele verse comprometida pero sí la extensión. Este frenillo tiene un componente submucoso que no es visible a simple vista (figura nº3).
- Tipo IV: El frenillo no se ve, se palpa, con un anclaje fibroso o submucoso grueso y brillante desde la base de la lengua hasta el suelo de la boca. Restringe casi en su totalidad el movimiento de la lengua, este suele ser asimétrico. Los bebés que presentan este tipo de frenillo suelen torcer la lengua y la boca al abrirla (figura nº4).

Las matronas son los profesionales que asisten a la madre y al recién nacido en las primeras horas de vida y que ayudan y dan las pautas necesarias para comenzar una lactancia materna exitosa, así como también son los profesionales a los que acude la madre cuando surgen dificultades relacionadas con la lactancia una vez ya en su domicilio, por tanto éstas tienen que estar formadas y ser capaces de distinguir los problemas que pueden estar causados por la presencia de un frenillo corto para poder hacer un diagnóstico acertado y, junto al equipo de pediatría, realizar el tratamiento oportuno para la resolución del problema.

No todos los recién nacidos con anquiloglosia presentan el mismo patrón de succión, por lo que la sintomatología que presenta la madre y el bebé puede variar. A continuación exponemos los signos y síntomas que pueden aparecer y que nos deben hacer sospechar de la presencia de un frenillo corto:³⁻⁴

- Bebé que no gana peso.
- Bebé que se atraganta a menudo.

- Bebé con retrognatia (mandíbula inferior retraída con respecto a la superior).
- El bebé “se enfada” con el pecho. Durante la toma lo suelta, lo coge, lo estira, lo muerde, se le escapa, protesta.
- El bebé hace ruido al mamar en forma de chasquido
- “Callo de lactancia” en los labios del bebé.
- “Mejillas hundidas” al mamar
- Dolor en el pezón, acompañado o no de grietas. Los pezones suelen estar “descoloridos”, rosados, en comparación con el resto de la areola que sigue como en el embarazo, de un color más oscuro.
- Menor producción de leche (hipogalactia)
- Como el bebé no es capaz de extraer bien la leche se pueden producir ingurgitaciones mamarias o mastitis.
- Tomas excesivamente largas, que llegan a unirse con la siguiente

La frenotomía es el tratamiento de elección para la anquiloglosia.

La frenotomía simple es una técnica quirúrgica menor ambulatoria que consiste en el corte del frenillo, es descrita como un procedimiento seguro que causa mínimos riesgos, causa un mínimo sangrado (pocas gotas) y llanto en el bebé durante menos de 15 segundos, sin otras complicaciones.

Este procedimiento en frenillos posteriores sí puede tener más dificultad, por lo que, aunque algunos autores defienden su realización de forma ambulatoria, se suele realizar en quirófano, bajo anestesia general y por un cirujano.

En la actualidad existe un repunte en la realización de esta técnica, debido en parte al aumento del número de madres que quieren alimentar a sus hijos de forma natural con lactancia materna.

Existe controversia en si realmente es necesario la realización de una frenotomía en tan alto porcentaje de casos, ya que no todos los recién nacidos que presentan anquiloglosia presentan dificultades al amamantar y si las presenta, en un primer momento se debe revisar, valorar y corregir el agarre y posición de la madre, asegurando una buena apertura de la boca del recién nacido, con los labios evertidos y nariz y mentón pegados al pecho, alineación oreja-hombro-cadera del bebé, mantener el pecho agarrado desde la base evitando la posición en “tijeras” de los dedos sobre la areola... si después de conseguir estos aspectos básicos para el buen transcurso de la lactancia no se resuelven las dificultades habría que proceder a la realización de la frenotomía.

Actualmente se ha acumulado evidencia científica suficiente que demuestra que la frenotomía mejora la percepción de la lactancia materna, la cantidad de leche que los bebés toman y la sensación de dolor de la madre.³

Tras el progresivo aumento de destete precoz en puérperas

lactantes por problemas relacionados con la lactancia materna y su desconocimiento por parte de los profesionales sanitarios como causa de la misma la anquiloglosia, nos parece adecuado presentar un caso clínico donde se evidencia el papel de la matrona como profesional clave en todo el proceso relacionado con la lactancia materna y la necesidad de conocimiento de estos profesionales en la detección de problemas relacionados con anquiloglosia para un entendimiento y aceptación positiva en una lactancia materna exclusiva exitosa.

DESARROLLO

Sra. D.J, 34 años, primípara acude a la sala de lactario del Hospital de la mujer en la planta de puerperio el duodécimo primer día postparto aludiendo incapacidad para alimentar a su bebé correctamente y dermatitis irritativa en ambos pezones.

VALORACIÓN GENERAL

Para establecer un adecuado plan de cuidados, se desarrolló una valoración completa, a partir de la recogida de datos y valoración de las necesidades básicas según Virginia Henderson. Los cuidados establecidos por la matrona encargada de la puerpera tales como, valoración, diagnósticos, intervenciones, resultados y plan de cuidado son desarrollados principalmente para la mujer, no para el recién nacido. Sobre este último, solo se hace constar las condiciones en las que se encuentra y los datos necesarios para una mayor comprensión del caso clínico.

VALORACIÓN DE LA PUÉRPERA

Embarazo controlado y de bajo riesgo.

- Parto Eutócico, periné íntegro. Recién nacido a término, Varón, Apgar 9 (1 punto en coloración)-10, peso: 3320 kilogramos y 50 centímetros de longitud.
- Puerperio inmediato y mediano: Sin hallazgos aparentes. Lactancia materna en la primera hora de vida.
- Lactancia materna en planta: Buen apego, asistencia por parte de los profesionales que la atienden con asesoramiento en Lactancia Materna, lactancia materna exclusiva y exitosa al alta.

A la llegada a la sala de lactario, se observa una toma en la que se valora una higiene postural inadecuada en el amamantamiento. La puerpera refiere tomas prolongadas y frecuentes del bebé, chasquidos al amamantar, escasa transferencia de leche, deformidad del pezón izquierdo y aerofagia en el lactante. Se comprueba si el problema es postural intercambiando diversas posturas para amamantar. Se realiza exploración física: mamas turgentes, con grietas en ambos pezones, salida de secreción láctea, congestión más llamativa en mama derecha, sin signos inflamatorios. La LM es exclusiva.

Se refuerza conceptos de lactancia materna, instrucciones para un buen agarre y recomendaciones para curar las grietas.

Tras valoración, se deriva a equipo de pediatría para evalua-

ción y se programan dos visitas posteriores con matrona. La primera a las tres semanas y la siguiente a las seis semanas para ver si se han conseguido los objetivos propuestos.

Valoración del Recién Nacido

- Óptima madurez: 39 semanas de gestación por test de Ballard.
- Ganancia de peso diario aproximada de 10gramos. Escasa ganancia ponderal desde el nacimiento.
- Exploración de región oral (inspección + palpación) desde atrás. Maniobra de Murphy positiva.
- Dificultades directas en el amamantamiento: agarre superficial, mayor esfuerzo para comer con temblor de barbilla, mordida abierta, no movimiento ondulado, mofletes de trompetista y respiración bucal.

El equipo de pediatría tras evaluación anatomofuncional del neonato decide de manera consensuada con los progenitores frenectomía como tratamiento definitivo a anquiloglosia limitante.

Valoración materna de enfermería.

1º Respirar normalmente. Manifestaciones (m) de independencia y m. dependencia no se observan.

2º Comer y beber adecuadamente. M. de independencia: dieta variada. Ingesta de líquidos 2 litros diarios. No sustancias tóxicas; m. dependencia: no se observan; datos a considerar: Admite conocer la necesidad de nutrirse e hidratarse adecuadamente durante el periodo de lactancia.

3º Eliminar por todas las vías corporales. M. de independencia y m. dependencia: no se observan.

4º Moverse y mantener posturas adecuadas. M. de independencia: Realiza ejercicios de Kegel; m. dependencia: no se observan.

5º Dormir y descansar. M. de independencia: Descanso insuficiente por la demanda del recién nacido. Insomnio de conciliación; m. dependencia: no se observan; datos a considerar: Sueño no reparador.

6º Escoger la ropa adecuada. Vestirse y desvestirse. M. de independencia y m. dependencia: no se observan; datos a considerar: Utiliza sujetadores de contención para disminuir el dolor de los senos.

7º Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente. M. de independencia y m. dependencia: no se observan.

8º Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel. M. de independencia: localizado en mamas (EVA 7-8). Presencia de Ingurgitación más pronunciada en mama derecha. Presencia de grietas dolorosas en ambos pezones; m. dependencia: no se observan.

9º Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas. M. de independencia y dependencia: no se observan.

10º Comunicarse con los demás expresando emociones,

necesidades, temores u opiniones. M. de independencia: Cuenta con el apoyo, para el cuidado del recién nacido, de su pareja y su madre y hermana. Refiere sentirse sola en lo que se refiere a la alimentación de su bebé con lactancia materna exclusiva. Manifiesta miedo de no poder conseguir una lactancia materna exclusiva y un aumento de peso óptimo en su recién nacido. Refiere poseer los conocimientos adecuados para una lactancia exitosa; m. dependencia: no se observan.; datos a considerar: labilidad emocional e irritabilidad.

11º Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias. M. de independencia: Está preocupada por la alimentación del recién nacido. Refiere un gran esfuerzo cada vez que alimenta al recién nacido; m. dependencia: no se observan.

12º Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal. M. de independencia: Actualmente permanece de baja por maternidad. Trabaja de enfermera en un centro de salud. Refiere estar feliz con la labor que realiza en su trabajo; m. dependencia: no se observan.;

13º Participar en actividades recreativas. M. independencia: Ha acudido en dos ocasiones a grupos de apoyo a la lactancia; m. dependencia: no se observan.

14º Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles. M. de independencia: muestra interés por mantener la lactancia materna. Disposición para llevar a cabo los consejos de los profesionales que le atienden.; m. de dependencia: Manifiesta sus dudas acerca de todo cuanto le preocupa sobre la alimentación correcta y adecuada para su recién nacido.

Plan de cuidados

En la tabla se recogen los principales resultados derivados del presente caso clínico: etiqueta diagnóstica, planificación de los cuidados y seguimiento/evaluación tras su ejecución, elaborados según taxonomía estandarizada enfermera (NANDA, NIC, NOC). (Tabla 1).

00104 Lactancia Materna ineficaz relacionado con (r/c) dolor en mamas secundario a grietas en el pezón e ingurgitación mamaria, manifestado por (m/p) desagrado y dificultad con el proceso de amamantamiento experimentado por la binomio madre- lactante.

RESULTADO NOC				INTERVENCIÓN NIC
1000 Establecimiento de la lactancia materna: lactante				5244 Asesoramiento en la lactancia: -Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la lactancia materna. -Instruir sobre los signos del lactante. -Ayudar a asegurar que el lactante se sujeta bien a la mama. -Instruir sobre las distintas posiciones para la lactancia. -Explicar a la madre los cuidados del pezón. 1400 Manejo del dolor: -Explorar con la púérpera los factores que alivian/empeoran el dolor. -Animar a la púérpera a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. -Utilizar medidas de control del dolor antes de que éste sea muy intenso.
Indicador	Valor Inicial	Valor Final	Evaluación/Seguimiento	
100001 Alineación y unión adecuadas	3	5	Desde el instante que acude a la consulta de lactario hasta finalizar las visitas semanales durante un mes y medio	
100002 Sujeción areolar adecuada	4	5	Desde el instante que acude a la consulta de lactario hasta finalizar las visitas semanales durante un mes y medio	
1001 Establecimiento de la lactancia materna: madre				
Indicador	Valor Inicial	Valor Final	Evaluación/Seguimiento	
100101 Comodidad de la posición durante la alimentación	2	5	Desde el instante que acude a la consulta de lactario hasta finalizar las visitas semanales durante un mes y medio	
100102 Sostiene el pecho manteniéndolo en forma de “C”	3	5	Desde el instante que acude a la consulta de lactario hasta finalizar las visitas semanales durante un mes y medio	
100107 Interrupción de la succión antes de retirar al lactante del pecho	2	5	Desde el instante que acude a la consulta de lactario hasta finalizar las visitas semanales durante un mes y medio	
100118 Satisfacción con el proceso de lactancia	1	5	Desde el instante que acude a la consulta de lactario hasta finalizar las visitas semanales durante un mes y medio	

1002 Mantenimiento de la lactancia materna				INTERVENCIÓN NIC
Indicador	Valor Inicial	Valor Final	Evaluación/Seguimiento	-Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa. 5270 Apoyo emocional: -Comentar la experiencia emocional con la madre. -Animar a expresar sus sentimientos. -Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. -Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
100201 Crecimiento del lactante dentro del rango normal	3	5	Desde el instante que acude a la consulta de lactario hasta finalizar las visitas semanales durante un mes y medio	
100215 Expresión familiar de satisfacción con el proceso de lactancia materna	1	4	Desde el instante que acude a la consulta de lactario hasta finalizar las visitas semanales durante un mes y medio	
2102 Nivel del dolor				
Indicador	Valor Inicial	Valor Final	Evaluación/Seguimiento	
210201 Dolor referido	5	2	Desde el instante que acude a la consulta de lactario hasta finalizar las visitas semanales durante un mes y medio	
00120 Baja Autoestima situacional r/c inseguridad en el mantenimiento y logro de una lactancia materna exclusiva m/p verbalización.				
RESULTADO NOC				INTERVENCIÓN NIC
1305 Modificación Psicosocial: cambio de vida				5230 Mejorar el afrontamiento: -Ayudar a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. -Ayudar a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos. 5400 Potenciación de la autoestima: -Reafirmar los puntos fuertes personales. -Mostrar confianza en la capacidad de la paciente para controlar la situación.
Indicador	Valor Inicial	Valor Final	Evaluación/Seguimiento	
130506 Expresiones de optimismo sobre el futuro	1	5	Desde el instante que acude a la consulta de lactario hasta finalizar las visitas semanales durante un mes y medio	
130508 Identificación de múltiples estrategias de superación	2	4	Desde el instante que acude a la consulta de lactario hasta finalizar las visitas semanales durante un mes y medio	

Tabla 1. Diagnósticos NANDA6 con los correspondientes NOC7, NIC8 y actividades realizadas.

Aplicada Escala Tipo Likert: 1: Nunca demostrado. 2: Raramente demostrado. 3: A veces demostrado. 4: Frecuentemente demostrado. 5: Siempre demostrado.

La matrona prioriza entre los problemas existentes y actúa inicialmente sobre el manejo del dolor, asesorándola y apoyándola. Se llevan a cabo procedimientos para su alivio y se toman medidas estándares que eviten las complicaciones potenciales que puedan producirse como una mastitis o el abandono de la lactancia.

Los cuidados realizados en la rehabilitación posterior en referencia a la frenectomía son llevados a cabo por la matrona que atendió a la puérpera. Gracias a sus competencias y a su formación específica, son el profesional idóneo para

acompañar y mejorar el bienestar del binomio madre-hijo durante la lactancia materna. Dichos cuidados tienen como objetivo rehabilitar la musculatura de la lengua, tales como: estimular el reflejo de búsqueda, estimular el reflejo de succión y de musculatura perioral, lateralización de la lengua, mejorar distensibilidad y elasticidad.

La matrona realiza los ejercicios en el neonato a modo ilustración a sus progenitores. Estos ejercicios se realizarán a diario en el domicilio durante 2 meses.

Se cita al binomio madre-hijo en sala de lactario tras tres

semanas para valorar evolución y recuperación funcional de la diada. Se vuelve a citar en seis semanas para ver el grado de consecución de los objetivos. Tras dicho periodo, la puerpera presenta glándulas mamarias sin grietas en ambos pezones, salida de secreción láctea y sin congestión. El agarre del neonato es efectivo y la ganancia ponderal va en ascenso.

RESULTADOS

Tras el periodo de seis semanas y una vez realizada la evaluación final por parte de la matrona encontramos que nuestra paciente ha aumentado la puntuación en la escala Likert en los indicadores propuestos para la consecución de los objetivos. Con respecto a la alineación y unión adecuadas del lactante al pecho hemos pasado de una puntuación inicial de 3 (a veces demostrado) a una final de 5 (siempre demostrado) y refiriéndonos a la sujeción areolar adecuada se consigue 4 (frecuentemente demostrado) partiendo de una valoración inicial de 3.

Por parte de la madre hemos valorado el indicador: comodidad de la posición durante la alimentación en la que hemos evolucionado desde un 2 (raramente demostrado) hasta un 5 (siempre demostrado); sostiene el pecho manteniéndolo en forma de "C" que ha pasado de 3 a 5; la interrupción de la succión antes de retirar al lactante del pecho que ha pasado de 2 a 5; y la satisfacción en el proceso de lactancia que ha pasado de 1 (nunca demostrado) a 5.

Sobre el mantenimiento de la lactancia de han valorado los siguientes resultados según estos indicadores: el crecimiento del lactante dentro del rango normal ha pasado de 3 a 5 puntos; la expresión familiar de satisfacción con el proceso de lactancia materna ha evolucionado de 1 a 4 puntos.

Con respecto al nivel del dolor, utilizando el indicador de dolor referido es la única que ha disminuido la puntuación ya que se trata de una escala en sentido inverso pasando de una puntuación de 5 a una de 2.

Con respecto a la modificación psicosocial (cambio de vida) se han valorado los siguientes indicadores: expresiones de optimismo sobre el futuro que ha evolucionado de una puntuación de 1 a 5; e identificación de múltiples estrategias de superación cuya puntuación ha pasado de 2 a 4.

Gracias a la evaluación de cada uno de estos indicadores y a la consecución en mayor medida de los objetivos propuestos, no solo hemos mejorado la calidad del proceso de lactancia de esta usuaria, sino un aumento en la calidad de vida y el desarrollo de manera autónoma de estrategias para mantener el proceso de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Tras el caso clínico expuesto se observa como la valoración inicial adecuada por parte de la matrona y derivación posterior al servicio de pediatría ha sido fundamental para reconducir este caso de lactancia disfuncional, y como el asesoramiento posterior ha dado resultados positivos en una evolución hacia una lactancia efectiva tras seis semanas aumentando la puntuación en todos los indicadores propuestos para conseguir los objetivos planteados junto con la usuaria, observándose una disminución en los síntomas maternos como la resolución de las grietas y la congestión mamaria materna y la mejora en el agarre y la ganancia ponderal del recién nacido.

AGRADECIMIENTOS

El correcto abordaje de este caso clínico tiene su origen en el trabajo coordinado y consensuado del grupo de profesionales que asistieron a la gestante dentro del Marco Sanitario del Hospital de la mujer de Sevilla. Agradecemos a todos/as nuestros/as compañeros/as la colaboración desinteresada y la apuesta por el aprendizaje basado en problemas como forma de acercar a los profesionales sanitarios a la realidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Organización Mundial de la Salud, Unicef. "Estrategia Mundial para la Alimentación del lactante y niño pequeño" [Internet] pág. 75-77, 2010.
2. Asociación Española de Pediatría, Comité de Lactancia. (Edición 2017)
3. Adeva Quirós C. Anquiloglosia en recién nacidos y lactancia materna. El papel de la enfermera en su identificación y tratamiento. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA), 2014; 2(2): 21-37.
4. Orte González EM, Alba Giménez L, Serrano Alvar B. La anquiloglosia y las dificultades que presenta en el amamantamiento. Matronas Prof. 2017; 18(3): e50-e57.
5. González Jimenez D, Costa Romero M, Riaño Galán I. Prevalencia de la anquiloglosia en recién nacidos en el Principado de Asturias. Anales de Pediatría (Asociación Española de Pediatría). 2014; 81(2): 115-119.
6. Herdman TH, Kamitsuru S, editores. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 11ª ed. Madrid: Elsevier; 2018-2020.
7. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2018.
8. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Wagner CM, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2018.

EL MIEDO COMO FACTOR DE PREDICCIÓN EN LA ENFERMEDAD

FEAR AS A PREDICTOR OF HEALTH

- JOSÉ RAMÓN TORO-LÓPEZ, D.U.E., LICENCIADO EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL Y CULTURAL.
- MANUEL GALLARDO-CASTRO, TÉCNICO SUPERIOR DE FORMACIÓN PROFESIONAL EN LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO. SERVICIO DE HEMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA DE SEVILLA.
- JUAN ANDRÉS TORRIJOS-MOLINÉ, TÉCNICO SUPERIOR EN LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO. SERVICIO DE HEMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA DE SEVILLA.
- ELISA ARBELO-GRANADOS, MD. ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA. SERVICIO DE HEMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA DE SEVILLA.
- ANTONIO GARCÍA-DURÁN, MD. DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA. UNIVERSIDAD DE SEVILLA. PROFESOR UNIVERSIDAD DE SEVILLA.
- MANUEL SALVADOR RODRÍGUEZ-OLIVA, DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. PROFESOR UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

RESUMEN: Fundamentos: El miedo es un elemento que siempre ha acompañado a la humanidad y al ser humano a lo largo de su historia y donde intervienen juntos aspectos como los biológicos, psicológicos y sociales, lo que ha dado lugar al origen de muchos fundamentos que forman parte de nuestra cultura junto con la forma en cómo convivimos en nuestra sociedad, una vida que normalmente llevamos rodeada de estrés y ansiedad favoreciendo de esta forma una baja actividad de nuestro sistema inmunológico y por lo tanto mayor predisposición a desarrollar alteraciones de nuestro estado de salud.

Método: El estudio se trata de una revisión bibliográfica sistemática donde las preguntas que guiaron nuestro estudio fueron "Miedo y Salud, y Miedo y Enfermedad". Revisamos información en la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público "Gerión" y Pubmed; pudimos ver cómo en esta última se repetían prácticamente los mismos resultados, por lo que finalmente todo el resto de la búsqueda la terminamos realizando en el buscador PUBMED del que hemos seleccionado algunos aspectos relacionados con el tema a estudiar, hemos visto su relación con el cáncer, miedo al cáncer de mama, Parkinson o los aspectos culturales entre otros, para terminar explicando cuáles son los mecanismos de acción del miedo en la salud; discusión y conclusiones.

Resultados: El circuito del miedo organiza mecanismos de defensa como respuesta a amenazas relacionadas con el entorno en el que nos encontramos, un circuito evolutivamente crucial para la supervivencia. Hemos visto cómo favorece el crecimiento de tumores, cómo altera la respuesta del sistema inmunológico, el impacto negativo que tiene en la calidad de vida de los pacientes, o cómo aquellas personas que presentan estados exclusivos de miedo tienen más probabilidades de sufrir en un futuro enfermedades cardíacas.

Conclusiones: No es malo tener miedo en una situación determinada ya que nos resulta beneficioso en un momento de peligro, pero ya no lo es tanto cuando vivimos continuamente bajo esa situación, hoy día prácticamente tenemos miedo a todo, a enfermarse, a no poder llegar a final de mes, a tener un accidente, a perder nuestro trabajo, y especialmente a la muerte, un hecho que ya deberíamos haber asumido desde el mismo momento en que nacimos. No hemos de olvidar que el miedo bloquea nuestro sistema inmunológico y por lo tanto quedamos más expuestos a desarrollar alteraciones en nuestro estado de salud.

PALABRAS CLAVE: Miedo, estrés, ansiedad, angustia, sistema inmunológico, Sistema Nervioso Autónomo.

ABSTRACT: Background: Fear is an element that has always accompanied humanity and the human being throughout its history and where aspects such as biological, psychological and social intervene together, which has given rise to the origin of many foundations that are part of our culture along with the way we live together in our society, a life that we normally lead surrounded by stress and anxiety thus favoring a low activity of our immune system and therefore greater predisposition to develop alterations in our state of health.

Method: The study is a systematic literature review where the questions that guided our study were "Fear and Health, and Fear and Disease". We reviewed information in the Virtual Library of the Public Health System "Gerión" and Pubmed; we could see how in the latter practically the same results were repeated, so finally all the rest of the search we ended up doing it in the PUBMED search engine from which we have selected some aspects related to the subject to study, we have seen its relationship with cancer, fear of breast cancer, Parkinson or cultural aspects among others, to end up explaining what are the mechanisms of action of fear in health; discussion and conclusions.

Results: The circuit of fear organizes defense mechanisms in response to threats related to the environment in which we find ourselves, a circuit that is evolutionarily crucial to survival. We have seen how it favours the growth of tumours, how it alters the response of the immune system, the negative impact it has on the quality of life of patients, or how those people who present exclusive states of fear are more likely to suffer from heart disease in the future.

Conclusions: It is not bad to be afraid in a certain situation since it is beneficial in a moment of danger, but it is not so bad when we live continuously under that situation, nowadays we are practically afraid of everything, of getting sick, of not being able to make ends meet, of having an accident, of losing our job, and especially of death, a fact that we should have already assumed from the very moment we were born. We must not forget that fear blocks our immune system and therefore we are more exposed to develop alterations in our state of health.

KEYWORDS: Fear, stress, anxiety, anguish, immune system, autonomic nervous system

INTRODUCCIÓN:

El miedo es un elemento que siempre ha acompañado a la humanidad y al ser humano a lo largo de su historia, y donde intervienen juntos aspectos como los biológicos, psicológicos y sociales, lo que ha dado lugar al origen de muchos fundamentos que forman parte de nuestra cultura, lo que en cierto sentido moldea nuestra forma de convivir en nuestra sociedad, una vida normalmente rodeada de estrés y ansiedad; cómo dice Bauman “El miedo es más temible cuando es difuso, disperso; poco claro cuando flota libre, sin vínculos, sin anclas, sin hogar ni causa nítidos; cuando nos ronda sin ton ni son o cuando la amenaza que deberíamos temer puede ser entrevista en todas partes, pero resulta imposible de ver en ningún lugar concreto. Miedo es el nombre que damos a nuestra incertidumbre, a nuestra ignorancia con respecto a la amenaza (1); incluso, podríamos llegar a considerarlo como un pesado lastre que llega a limitar nuestra libertad y capacidad de desarrollo integral (2).

MÉTODO

El estudio se trata de una revisión bibliográfica sistemática donde las preguntas que nos guiaron fueron “Miedo y Salud” y “Miedo y Enfermedad”.

Estrategia de búsqueda

Revisamos información en la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público “Gerión” y PubMed; pudimos ver cómo en esta última se repetían prácticamente los mismos resultados que la utilizada en el Sistema Sanitario Público, por lo que finalmente todo el resto de la búsqueda la terminamos realizando en el buscador PUBMED del que hemos seleccionado algunos aspectos relacionados con el tema a estudiar, hemos visto su relación con el cáncer, miedo al cáncer de mama, Parkinson, aspectos culturales, miedo a las vacunas, miedo al parto, miedo al dentista, cultura y enfermedad, Ébola, corazón, miedo y enfermedad crónica, dolor crónico, influencia del miedo de los padres en los hijos y la publicidad en la industria farmacéutica.

BASE DE DATOS	DESCRIPTORES	ART. ENCONTRADOS	ART. SELECCIONADOS
PUBMED	Miedo y Salud	29927	19
	Miedo y Enfermedad	11191	25

Dentro del grupo de artículos seleccionados se incluyeron todo tipo de estudios, desde los observacionales, descriptivos hasta los cualitativos; las relaciones que consideramos más ajustadas a nuestros criterios fueron las siguientes:

Artículos seleccionados		
Apartado	Autor	Total
Introducción	(Bauman, Z) (Lorenzo, T)	2
Resultados	(Bocchio M ¹ et al. 2016); (Thomas E ¹ et al.)	2
<i>Como actúa el miedo</i>	(Li M ¹ , Xu H ²); (Haack M ¹ et al.); (Goebel S ¹ , Mehdorn HM ²) (Segerstrom SC ¹ et al.). (Macháček J ¹). (Brown T ¹ et al. 2017). (Clarke JN ¹ , Everest MM 2006) (Salón LM ¹ et al. 2003), (Lam W ¹ , Wong FY, Chan AE. 2018), (Jung M ¹ , Chan CK, Viswanath K. 2014)	10
<i>A que tenemos miedo</i>	(Terroba-Chambi C ¹ et al), (Liu TW ^{1,2} , Ng SSM ¹) (Fairchild AL ¹ , Bayer R ² , Colgrove J ³ . 2015). (Mesch GS ¹ , Schwirian KP ²) (Poulton R ¹ et al. 1997).	5
<i>La importancia de la información</i>	(Karabulut Ö ¹ et al. 2016), (D Remmerswaal ¹ , Muris P. 2011). (Eichelberger L ¹ . 2007). (Restrepo-Madero E et al. 2017). (Shultz JM ¹ et al. 2016). (Ann O'Leary, Mohamed F Jalloh, y YuvalNeria. 2018).	6

<i>El miedo y el corazón</i>	(Trague J ¹ , Hillman A ²). (Roest AM ¹ et al. 2017); (Swiercz AP ¹ et al.).	3
<i>El miedo y la enfermedad crónica</i>	(Martínez AD ^{1,2} , Ruelas L ¹ , Granger DA,). (Turk DC ¹ , Wilson HD 2010), (Löf H ^{1,2} , Johansson UB ²)	3
<i>El miedo y el Mongering</i>	(Vance MA'2011).;. (Loncarek K ¹ .2009) .	2
<i>El miedo y el sistema simpático</i>	(Hommers LG et al.) (Yoshihara K ¹ et al.) (Thompson RS ¹ , PV fuerte ¹ , Fleshner M ¹) (Rodríguez SM ¹ , LeDouxJE, SapolskyRM)	4
<i>Discusión</i>	(Sharpe L et al.) (Imai F et al.) (Teigen PM. 2007) Causse G, Almedal C. 1984) (Beland M 2003)	5
Conclusión	(GALEANO, Eduardo.1993) (Sampedro J.L.)	2
<i>Fábula</i>	El rey y la peste	1
TOTAL ARTÍCULOS		45

RESULTADOS

El circuito del miedo organiza mecanismos de defensa como respuesta a amenazas ambientales, este circuito es evolutivamente indispensable para la supervivencia, pero se piensa, que su desregulación llega a desempeñar un papel importante en la fisiopatología de las condiciones psiquiátricas de los seres humanos; en todo esto, la amígdala, una estructura en forma de almendra que se encuentra en el cerebro es un factor clave en el procesamiento del miedo, un área modulada prominentemente por un neurotransmisor, la serotonina (5-hidroxitriptamina, 5-HT) donde su aporte a la amígdala ha atraído un interés particular debido a que las alteraciones genéticas y farmacológicas de este transportador afectaban su activación en respuesta a los estímulos emocionales (3). La conectividad entre la amígdala, la ínsula y la corteza pre-frontal medial ventral también se ha implicado en la variabilidad individual en el miedo y la vulnerabilidad de los trastornos psiquiátricos; se ha podido ver en el recién nacido que una conectividad de la amígdala más fuerte predice un mayor miedo y tristeza a los 6 meses de edad y menos cambios entre 6 a 24 meses (4).

Como actúa el miedo

Los pacientes con cáncer a menudo experimentan múltiples angustias emocionales, particularmente el miedo a la muerte, se han realizado estudios en ratones con cáncer de páncreas de xenoinjerto donde se ha podido comprobar cómo el estrés por miedo indujo tipos de comportamientos similares a la depresión en aquellos ratones que eran portadores de tumores, además también se pudo ver como estos estados estuvieron acompañados con aumentos en el

crecimiento tumoral. (5); otro estudio realizado en hombres adultos que padecían cáncer de próstata tuvo como objetivo identificar si aspectos específicos de la alfabetización en temas de salud se encontraban asociados con su calidad de vida, pudiendo verse como el miedo a la progresión de la enfermedad disminuyó coincidiendo con un aumento de las habilidades de comunicación; se llegó a la conclusión de que algunos aspectos de la alfabetización en la salud podrían tener una influencia positiva en este tipo de pacientes (6); aunque en realidad, este tipo de situaciones suelen darse con más frecuencia por los propios tratamientos y la preocupación de lo que les sucedería a sus familias, en aquellos pacientes que presentaban síntomas físicos más graves, más ansiosos y deprimidos se pudo apreciar un empeoramiento y por lo tanto una menor calidad de vida (7). En este tipo de situaciones la preocupación, la enumeración cognitiva y la anticipación de posibles eventos negativos en el futuro se encuentran asociados con la falta de regulación del sistema nervioso autónomo, esta situación puede llegar a tener implicaciones para el sistema inmunológico, de hecho, un seguimiento realizado sobre el miedo fóbico parece haber demostrado una interrupción del aumento circadiano normal en las células naturales asesinas conocidas como células NK (8).

El miedo y la ansiedad juegan un papel importante a la hora de visitar al médico; los pacientes cuando acuden a una cita médica, en muchas ocasiones resulta que previamente ya se han formado unas creencias y sentimientos erróneos hacia un posible tratamiento que en la mayor parte de las ocasiones ha sido por experiencias e informaciones negativas, hoy día, quizás la enfermedad que mas oímos es el

cáncer de mama, en este caso, debería ser necesario informar, formar y convencer a la población femenina de la evolución de los tratamientos y demostrarles que es una enfermedad que puede ser curable, donde el grado de éxito del tratamiento va a depender especialmente de un diagnóstico precoz en el que el temor y la ansiedad lo único que hacen es retrasar el tratamiento; situación alimentada por la falsa imagen de enfermedad incurable y la idea de la subsiguiente pérdida de un órgano que además es símbolo de la condición de mujer, encontrándose muy asociado a la degradación física y psíquica, a ello se deben asociarse otros temores como la pérdida de prestigio social y la posición laboral que pudiese tener; no deberíamos olvidar que los sentimientos mentales, el miedo y la ansiedad influyen significativamente tanto en la puntualidad del diagnóstico de una enfermedad como en su evolución posterior. (9); sin embargo, en otras ocasiones estas emociones de miedo y ansiedad no siempre son negativas como ocurrió en un estudio realizado en el distrito londinense de Hackney, Reino Unido, entre 2013 y 2016; donde a través de un sistema de concienciación sobre prevención del cáncer de mama, se pudo ver que respuestas emocionales como la ansiedad y el miedo facilitaron un mayor deseo por conocer el auto cuidado y la necesidad de sentir una conexión emocional mucho más fuerte (10).

La incidencia del Cáncer no ha dejado de aumentar en los últimos años en todo el mundo, de todos es conocido como los medios de comunicación juegan un papel muy importante en la información sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad; ya sabemos que cáncer y miedo se encuentran frecuentemente relacionados, una situación que suele describirse como inevitable y que fortalece la necesidad de su detección precoz (11), es en este contexto donde la enfermería representa un papel muy importante en el campo de la salud dada su estrecha relación con los pacientes (12), sabemos que la relación enfermera/o paciente es muy importante, y que ha de ser fluida, especialmente en aquellos pacientes oncológicos y muy concretamente en el momento de su ingreso en un centro hospitalario (13), nuestra experiencia como profesionales nos dice que cuando el paciente ingresa se encuentra preocupado y asustado, esta situación de miedo no es favorable especialmente si va a ser sometido a una intervención quirúrgica, un miedo, que también podría verse condicionado por el status que tenga el paciente y por lo tanto el análisis que haya podido hacer de la fuente de información que haya buscado en relación con su enfermedad (14).

A qué tenemos miedo

En algunas enfermedades como el Parkinson el miedo a caerse podría tener un impacto negativo en la calidad de vida de estos pacientes (15), sin embargo aspectos como la edad también juegan un importante papel especialmente en aquellos otros que por ejemplo hayan padecido un accidente cerebro-vascular, una experiencia donde el derrame cerebral les ha llevado a una restricción de su actividad diaria; una encuesta que se desarrolló para evaluar este tipo de dificultades, llegó a demostrar cómo entre personas mayores con enfermedad de Parkinson el haber llegado a superar

un accidente cerebro-vascular les ayudó a recuperar una buena movilidad, llegando a demostrar posteriormente un nivel de miedo mucho menor. (16).

Las campañas de salud pública basadas en el miedo también han sido objeto de un intenso debate moral y empírico en los últimos tiempos, en la ciudad de Nueva York, bajo el mandato del alcalde Michael Bloomberg se establecieron llamamientos basados en el miedo con el fin de afrontar tres desafíos de salud pública: las altas tasas de consumo de tabaco, la obesidad y la infección por VIH; por lo tanto, ¿hasta qué punto el uso del miedo en un contexto determinado podría llegar a estar justificado en caso de servir a intereses de salud pública?, se piensa que en este tipo de objetivos sería importante tener en cuenta la necesidad de equilibrar de forma cuidadosa su eficacia, ya que habría de tener en cuenta aspectos como la incertidumbre, el estigma, la marginación, las cargas emocionales, la justicia, la participación de la comunidad y la importancia que tiene la credibilidad científica. (17).

El miedo a las vacunas en algunas comunidades solía presentar un cierto rechazo generalizado a su uso, afortunadamente se trata de una situación que se ha visto superada gracias a la confianza que genera la capacidad de poder controlar un posible brote de una enfermedad determinada (18); también para controlar el conocido miedo al dentista los procesos de acondicionamiento son importantes para su control, se ha podido observar que los episodios más largos de tratamiento llegan a facilitar la habituación de este miedo (19).

La importancia de la información

La aceptación del embarazo y la identificación con el papel de la maternidad reduce el miedo al parto y no afecta a la identificación con el rol de la maternidad, es por ello que la educación prenatal sobre el miedo al parto facilitaría una participación consciente de las mujeres embarazadas ayudando de esta forma la reducción de la tasa de trabajo de intervención por parte del personal especializado (20).

Con la aparición de la gripe porcina se pudo establecer una relación entre el miedo de los niños y el miedo de los padres al desarrollo de la enfermedad, un vínculo que seguía siendo significativo al controlar otras fuentes de información (es decir, medios de comunicación, amigos y escuela) o cuando tuvieron una experiencia directa con la enfermedad (21).

La epidemia de SARS (síndrome respiratorio agudo grave) que apareció en los países del sudeste asiático en 2003 llegó a estigmatizar al barrio chino de la ciudad de Nueva York a pesar de no tener casos de SARS. Los discursos estigmatizantes de finales del siglo XIX resurgieron para culpar a la cultura china y a su población por esta enfermedad llegando a recontextualizarse con el fin de adaptarse a las preocupaciones político-económicas globales y locales del momento; muchos informantes se distanciaron en su discurso del riesgo pero al mismo tiempo reafirmaron la asociación de la cultura china con la enfermedad culpando a los recientes inmigrantes chinos que habían llegado al país. Es importante tener en cuenta como la legitimación de la culpa

cultural confunde las causas estructurales y biológicas de las epidemias y naturaliza las disparidades de salud en las poblaciones marginadas, se puede ver como innumerables factores históricos, políticos y económicos moldean las respuestas y las percepciones de riesgo durante una epidemia desconocida, incluso en lugares donde no aparecen casos de infección (22).

Hay que tener en cuenta que el abordaje de la enfermedad se encuentra muy relacionado con el aspecto cultural, un ejemplo lo tenemos en la minoría romaní que vive en España y que tiene valores, creencias culturales, expresiones religiosas/espirituales y una visión particular de la muerte, de sus costumbres vemos como la edad, un sentido negativo de la vida, el miedo a la muerte de los demás, ser mujer y tener creencias paranormales bajas llegan a tener un impacto negativo en la salud (23).

La pandemia de la enfermedad por el virus del ébola en África Occidental 2013-2016 fue el brote más grande, más prolongado, más mortal y más geográficamente expansivo en el intervalo de 40 años desde que se identificó por primera vez la enfermedad. En este caso, los comportamientos relacionados con el miedo desempeñaron un papel importante en la configuración del brote, comportamientos individuales o colectivos acompañados de unas acciones iniciadas en respuesta a las reacciones de miedo que fueron provocadas por una amenaza percibida o exposición real a un evento potencialmente traumatizante; toda esta situación favoreció comportamientos que aceleraron la propagación de la enfermedad impidiendo la utilización de tratamiento para salvar vidas, se restringió el acceso de los servicios médicos para aquellas enfermedades que se podían tratar y aumentaron los riesgos de aparición de enfermedades relacionadas con el inicio de trastornos psicológicos y psiquiátricos, lo que dio lugar a la aparición de un aumento de posteriores problemas sociales (24).

Es importante que desde un principio la enfermedad sea abordada por profesionales de salud pública y mental con el objetivo de educar al público a través de medios sociales y digitales como un intento de contener directamente el miedo y el pánico; por otro lado, las culturas locales a menudo juegan un papel clave en la respuesta médica, los rituales funerarios y la búsqueda de tratamiento para los trastornos relacionados con el trauma, como por ejemplo la ansiedad y la depresión (25).

El miedo y el corazón

Los sentimientos de miedo y la ansiedad asociada con la demencia no solo configuran experiencias y respuestas de las personas a un diagnóstico, sino que también configuran las prácticas y los procesos a través de los cuales se realizan las evaluaciones y los diagnósticos. (26), en casos como el corazón parece ser que personas que presentan estados exclusivos de miedo tienen más probabilidades de sufrir en el futuro enfermedades cardíacas que aquellos que tan solo presentan estados de angustia (27); hemos de tener en cuenta que la eliminación del miedo minimiza la posibilidad de que este vuelva a reaparecer en un momento dado (28).

El miedo y la enfermedad crónica

El miedo a la deportación es una preocupación frecuente entre las familias con estatus mixto (inmigrantes indocumentados); se ha podido ver como desde las diferencias individuales y desde un punto de vista biológico este tipo de familias se encuentran vinculadas a un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas (29).

Desde un punto de vista económico el dolor crónico es un problema generalizado no solo a nivel de atención médica sino que también genera pérdidas en productividad y costos de atención médica; en la actualidad se respalda la teoría de la existencia de una relación entre el dolor crónico y el papel que desempeñan los factores biológicos, psicológicos y ambientales (30); de todos es conocida la importancia que tiene una buena actividad física, sin embargo en enfermedades como las reumáticas la tendencia de muchos pacientes es evitarlas como consecuencia del miedo a un empeoramiento del dolor, estudios actuales parecen indicar que ese miedo al posible dolor relacionado con la actividad física en ocasiones afecta también a su comportamiento, sin embargo se ha podido comprobar que el adoptar una actitud más favorable hacia uno mismo, ayudaría a que el cuerpo pudiese recuperarse en busca de un estado de calma y equilibrio (31).

El miedo y el interés económico

La catastrófica pandemia del H1N1 de 1918 (virus de la influenza), que mató a decenas de millones de personas ahora es legendaria, a raíz de este problema la política relacionada con esta enfermedad se ha centrado precisamente en prevenir que no se vuelva a dar otro desastre similar; en esta ocasión, pudo verse como la asombrosa publicidad sobre su amenaza que fue generada en parte por personas como la industria farmacéutica y los investigadores relacionados con ella favorecieron un aumento del gasto económico; se sabe que una situación donde se promociona la aparición de una enfermedad o el miedo a padecerla parece proporcionar un beneficio a aquel que la promociona (32). Somos testigos de la distribución deliberada y planificada de noticias perturbadoras que nutren los temores que son de naturaleza colectiva pero cada vez menos arraigados en las experiencias individuales; de manera similar, las enfermedades respectivas se transponen al reino de lo invisible y se manifiestan no a través de los síntomas, sin embargo, a través de la experiencia de la amenaza continua se ha podido ver cómo esta forma de presentación de los informes en los medios de comunicación parece coincidir con los intereses de la industria farmacéutica (33).

El miedo y el sistema simpático

Lo que se conoce como señalización simpática noradrenérgica se encuentra crucialmente involucrada en el miedo y la ansiedad como mecanismos de estados defensivos (34). La activación del sistema nervioso simpático es esencial para hacer frente a las situaciones de estrés ambientales como son los estímulos que generan temor (35), por este motivo la activación de la respuesta al estrés genera una cascada de reacciones fisiológicas que pueden ser perjudiciales cuando se repiten o se cronifican, especialmente cuando

se desencadenan tras la exposición a situaciones de estrés psicológicos y/o emocionales; por este motivo un contexto condicionado por un miedo repetido llega a producir adaptaciones indicativas de efectos perjudiciales para la salud. (36); normalmente la excitación del miedo viene condicionada por el entorno en el que nos encontramos generando una activación de respuesta a situaciones de estrés, esta situación de alarma promueve una serie de cambios autónomos y endocrinos diseñados para ayudar a establecer un estado de conservación, este tipo de respuesta incluye la liberación de glucocorticoides desde la corteza suprarrenal y catecolaminas desde la médula suprarrenal y nervios simpáticos (37).

DISCUSIÓN

A lo largo del estudio hemos visto como el miedo no solo nos suele acompañar cuando no nos encontramos bien física, emocional o psicológicamente sino que también puede llegar a hacernos enfermar; sin embargo, existen mecanismos que pueden facilitar el control de estos miedos, uno de ellos es lo que se conoce como ConquerFear, que literalmente significa conquistar el miedo; se trata de un sistema de intervención muy eficaz basado en reducir aquellos aspectos negativos sobre la capacidad que la persona tiene para controlar sus procesos cognitivos, facilitando además la eliminación de aquellos pensamientos intrusivos durante el tratamiento, un sistema que sirve tanto para controlar el miedo en una situación de crisis de una enfermedad como en situaciones de recidiva, como por ejemplo en el caso de haber padecido Cáncer,(38).

Otro sistema es el uso de teléfonos inteligentes cuando se usan como terapia para resolver posibles problemas que se les puedan plantear a pacientes que han superado un cáncer; se ha podido comprobar cómo en casos de cáncer el miedo generado por la preocupación a una recidiva de la enfermedad se redujo de forma significativa a las 8 semanas del inicio del estudio (39). Tampoco hemos de olvidar la importancia que tienen los organismos de Salud Pública, entre 1876 y 1881, en Massachusetts se experimentó un brote de rabia humana, todo el estado reaccionó ante la enfermedad mediante audiencias públicas, debates y aprobación de leyes que resolvieron el temor y la ira generalizados, gracias a esta actuación se pudieron aclarar algunos conceptos conflictivos sobre la enfermedad, además de promover la solidaridad social ante la epidemia (40). El miedo a los conflictos y el enfoque en la salud suelen ser caldo de cultivo para las “epidemias”(41). Hay que tener en cuenta que una enfermedad desconocida crea miedo (42).

CONCLUSIÓN

No es malo tener miedo en una situación determinada ya que nos resulta beneficioso en un momento de peligro, pero no lo es tanto cuando vivimos continuamente bajo esa situación ya que favorece una serie de limitaciones que nada nos benefician; como dice Eduardo Galeano “*El miedo seca la boca, moja las manos y mutila; el miedo de saber nos condena a la ignorancia; y el miedo de hacer nos reduce a la impotencia*” (43) hoy día prácticamente tenemos miedo a todo, a enfermar, a no poder llegar a final de mes, a tener un accidente, a perder nuestro trabajo, que les ocurra algún problema a algunos de nuestros hijos, vivimos continuamente asustados, y con un miedo especial a la muerte, un hecho que ya deberíamos de haber asumido desde el mismo momento en que nacimos. No hemos de olvidar que el miedo bloquea nuestro sistema inmunológico y por lo tanto quedamos más expuestos a desarrollar alteraciones en nuestro estado de salud; en realidad ha sido utilizado a lo largo de la historia como mecanismo de control de la población, como nos dice José Luís Sampedro “Gobernar a base de miedo, es muy eficaz. El miedo hace que no se reaccione, el miedo hace que no se siga adelante. El miedo es mucho más fuerte casi, desgraciadamente que el altruismo, que el amor, que la bondad. El miedo nos lo están dando todos los días en los medios de comunicación” (44).

Hemos pensado finalizar con una fábula árabe titulada “El Rey y la Peste” (45) publicada por primera vez en septiembre de 1835 en el periódico Southern Literary Messenger y que dice acerca del miedo lo siguiente:

Un rey árabe atravesaba el desierto cuando de pronto se encontró con la peste. El rey se extrañó de encontrarla en aquel lugar:

- *Detente peste, ¿A dónde vas tan deprisa?*
- *Voy a Bagdad - respondió entonces ella - Pienso llevarme unas cinco mil vidas con mi guadaña.*

Unos días después, el rey volvió a encontrarse en el desierto con la peste, que regresaba de la ciudad. El rey estaba muy enfadado, y dijo a la peste:

- *¡Me mentiste! ¡Dijiste que te llevarías a cinco mil personas y murieron cincuenta mil!*
- *Yo no te mentí – dijo entonces la muerte – Yo sesgué cinco mil vidas.... y fue el miedo quien mató al resto.*

“La moraleja nos dice que el miedo puede ser más destructivo incluso que aquello que nos asusta.”

BIBLIOGRAFÍA

- Bauman, Z.: Miedo líquido. La sociedad contemporánea y sus temores. Barcelona. Editorial Paidós, 2008, pág. 10.
- Lorenzo Tena, Antonio Manuel; Miedo y control social, la imagen del terrorismo yihadista en el cine, en la prensa digital y en las redes sociales a partir del 11-s. UNED. Universidad Nacional de Educación a Distancia (España) (España) en 2017 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=123792>
- Bocchio M¹,McHugh SB²,Bannerman DM²,Sharp T³,Capogna M¹. **Serotonina, amígdala y miedo: armando el rompecabezas.** Circuitos neuronales delanteros.2016 5 de abril; 10: 24.doi: 10.3389 / fncir.2016.00024.eCollection 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27092057>
- Thomas E¹,Buss C²,Rasmussen JM³,Entringer S²,Ramirez JSB¹,Marr M¹,Rudolph MD¹,Gilmore JH⁴,Styner M⁴,Wadhwa PD³,Fair DA⁵,Graham AM⁶. **Conectividad de amígdala recién nacida y miedo emergente temprano.** Dev Cogn Neurosci.2019 junio; 37: 100604.doi: 10.1016 / j.dcn.2018.12.002. Epub 2018 12 de diciembre. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30581123>
- Li M¹,Xu H². **El miedo aumentó el crecimiento del tumor pancreático de xenoinjerto mediante la activación de la transición epitelial-mesenchimal.** Pancreatología2019 Mar; 19 (2): 377-382.doi: 10.1016 / j.pan.2019.01.002.Epub 2019 11 de enero. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30733163>
- Haack M¹,Kramer S²,Seidel G²,Dierks ML². **La calidad de vida y el miedo al progresión de la enfermedad están asociados con aspectos de la alfabetización en salud en hombres con cáncer de próstata de Alemania.** Apoyo a la atención del cáncer.31 de agosto de 2019 doi: 10.1007 / s00520-019-05052-0. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31473840>
- Goebel S¹,Mehdorn HM². **Miedo al progresión de la enfermedad en pacientes adultos ambulatorios con cáncer cerebral: prevalencia y correlaciones clínicas.** Apoyo a la atención del cáncer.2019 Sep; 27 (9): 3521-3529.doi: 10.1007 / s00520-019-04665-9.Epub 2019 25 de enero. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30684045>
- Segerstrom SC¹,Glover DA,Craske MG,Fahey JL. **La preocupación afecta la respuesta inmune al miedo fóbico.** Brain Behav Immun.Junio de 1999; 13 (2): 80-92. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10373274>
- Macháček J¹. **El papel del miedo en el diagnóstico del cáncer a tiempo.** Acta Univ Palacki Olomuc Fac Med.1996; 140: 59-61. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9431694> https://redpaemigra.weebly.com/uploads/4/9/3/9/49391489/bauman_zygmunt_-miedo_liquido.pdf
- Brown T1,Dyck I2,Greenhough B3,Raven-Ellison M2,Dembinsky M2,Ornstein M4,Duffy SW5. **El miedo, la familia y la emoción: respuestas de las mujeres negras a una intervención de concientización sobre el cáncer de mama.** Soc Sci Med.2017 Dic; 195: 90-96.doi: 10.1016 / j.socsci-med.2017.10.037.Epub 2017 20 de noviembre. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29156250>
- Clarke JN¹,Everest MM. **El cáncer en los medios masivos de comunicación: el miedo, la incertidumbre y el modelo médico.** Soc Sci Med.Mayo de 2006; 62 (10): 2591-600. Epub 2006 23 de enero. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16431004>
- Salón LM¹,Angus J,Peter E,O'Brien-Pallas L,Wynn F,Donner G. **Representación de los medios de comunicación de las perspectivas y preocupaciones de las enfermeras en la crisis del SARS (síndrome respiratorio agudo grave) en Toronto.** J Nurs Scholarsh.2003; 35 (3): 211-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14562487>
- Lam W¹,Wong FY,Chan AE. **Factores que afectan los niveles de satisfacción con la enfermera-paciente.** Comunicación Entre Pacientes Oncológicos.Enfermera de cáncer.2018 12 de diciembre. Doi: 10.1097 / NCC.0000000000000672. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30543568>
- Jung M¹,Chan CK,Viswanath K. **Los efectos moderadores de la exposición de los medios de comunicación en las asociaciones entre la posición socioeconómica y la preocupación por el cáncer.** Asia Pac J Cancer Prev.2014; 15 (14): 5845-51. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25081712>
- Terroba-Chambi C¹,Bruno V²,Millar-Verneti P¹,Bruce D^{3,4},Brockman S³,Merello M^{1,5},Starkstein S³. **Diseño y validación de un nuevo instrumento para evaluar el miedo a caer en la enfermedad de Parkinson.** Mov Disord.2019 23 de agosto. Doi: 10.1002 / mds.27820. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31442364>
- Liu TW^{1,2},Ng SSM¹. **La confiabilidad y validez de la Encuesta de actividades y el miedo a caer en los ancianos para evaluar el miedo y la evitación de la actividad entre los sobrevivientes de un accidente cerebrovascular.** Más uno.2019 1 de abril; 14 (4): e0214796.doi: 10.1371 / journal.pone.0214796.eCollection 2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30934022>
- Fairchild AL¹,Bayer R²,Colgrove J³. **Negocio arriesgado: la experiencia de la Ciudad de Nueva York con campañas de salud pública basadas en el miedo.** SaludAff (Millwood).2015 mayo; 34 (5): 844-51.doi: 10.1377 / hlthaff.2014.1236. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25941287>
- Mesch GS¹,Schwirian KP². **Vacunación vacunal: miedo, confianza y expectativa de exposición a un brote de ébola.** eliyon18 de julio de 2019; 5 (7): e02016.doi: 10.1016 / j.heliyon.2019.e02016.eCollection 2019 jul. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31367685>
- Poulton R¹,Thomson WM,Davies S,Kruger E,Brown RH,Silva P. **Dientes buenos, dientes malos y miedo al dentista.** Behav Res Ther.Abril de 1997; 35 (4): 327-34. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9134787>
- Karabulut Ö¹,Coşkun Potur D²,Doğan Merih Y¹,Cebeci Mutlu S¹,Demirci N². **¿La educación prenatal reduce el miedo al parto?** Int Nurs Rev.2016 Mar; 63 (1): 60-7.doi: 10.1111 / inr.12223.Epub 2015 27 de noviembre. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26612181>
- D Remmerswaal¹,Muris P. **Reacciones de temor de los niños a la pandemia de gripe porcina de 2009: el papel de la información sobre amenazas según lo brindan los padres.** J Desorden de ansiedad.Abril 2011; 25 (3): 444-9.doi: 10.1016 / j.janxdis.2010.11.008.Epub 2010 19 de noviembre. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21159486>
- Eichelberger L¹. **El SARS y el barrio chino de Nueva York: la política del riesgo y la culpa durante una epidemia de miedo.** Soc Sci Med.Septiembre de 2007; 65 (6): 1284-95. Epub 2007 1 de junio. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17544189>
- Restrepo-Madero E¹,Trianes-Torres MV²,Muñoz-García A3,Alarcón R2. **Creencias culturales y religiosas / espirituales y el impacto en la salud que tiene el miedo a la muerte sobre el género y la edad, en un grupo de minoría romaní del sur de España.** J Immigr Minor Health.2017 abr; 19 (2): 392-397.doi: 10.1007 / s10903-016-0377-3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27000085>
- Shultz JM¹,Cooper JL²,Baingana F³,Oquendo MA⁴,Espinel Z⁵,Althouse BM^{6,7,8,9},Marcelin LH^{10,11},Torres S¹²,Espínola M¹³,McCoy CB¹⁴,Mazurik L¹⁵,Wainberg ML¹⁶,Neria Y⁴,Re-

- chkemmer A¹⁷. **El papel del miedo relacionados con Comportamientos en el virus Ébola 2013-2016 África Occidental-Enfermedades.** Curr Psychiatry Rep.2016 Nov; 18 (11): 104. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27739026>
25. Ann O'Leary, Mohamed F Jalloh, 2,3 Yuval Neria 4,5 **Miedo y cultura: contextualizando el impacto en la salud mental de la epidemia de Ébola 2014-2016 en África Occidental** BMJ Glob Health.2018;3 (3): e000924. Publicado en línea 2018 22 de junio. Doi: 10.1136 / bmjgh-2018- 00924 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6035506>
 26. Trague J¹, Hillman A². **Miedo y ansiedad: afectos, emociones y prácticas de cuidado en la clínica de memoria.** Soc Stud Sci.2019 Abr; 49 (2): 227-244. doi: 10.1177 / 0306312718820965. Epub 2018 25 de diciembre. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30585124>
 27. Roest AM¹, de Jonge P², Lim CW³, Stein DJ⁴, Al-Hamzawi A⁵, Alonso J⁶, Benjet C⁷, Bruffaerts R⁸, Bunting B⁹, Caldas-de-Almeida JM¹⁰, Ciutan M¹¹, de Girolamo G¹², Hu C¹³, Levinson D¹⁴, Nakamura Y¹⁵, Navarro-Mateu F¹⁶, Piazza M¹⁷, Posada-Villa J¹⁸, Torres Y¹⁹, Wojtyniak B²⁰, Kessler RC²¹, Scott KM²². **Trastornos del miedo y la angustia como predictores de enfermedades del corazón: una perspectiva temporal.** J Psychosom Res.2017 mayo; 96: 67-75. doi: 10.1016 / j.jpsychores.2017.03.015. Epub 2017 24 de marzo. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28545795>
 28. Swiercz AP¹, Seligowski AV², Park J³, Marvar PJ^{1,4}. **La extinción de la memoria del miedo atenúa la actividad del miedo cardiovascular condicionado.** Frente Behav Neurosci.13 de noviembre de 2018; 12: 276. doi: 10.3389 / fnbeh.2018.00276. eCollection 2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30483079>
 29. Martínez AD^{1,2}, Ruelas L¹, Granger DA^{3,4,5}. **Miedo familiar a la deportación en familias de origen mexicano: relación con los percentiles del índice de masa corporal y el ácido úrico salival.** Soy J Hum Biol.2017 noviembre; 29 (6). doi: 10.1002 / ajhb.23044. Epub 2017 20 de julio. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28726338>
 30. Turk DC¹, Wilson HD. **El miedo al dolor como factor pronóstico en el dolor crónico: modelos conceptuales, evaluación e implicaciones de tratamiento.** Curr Pain Headache Rep.2010 Abr; 14 (2): 88-95. doi: 10.1007 / s11916-010-0094-x. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20425197>
 31. Löf H^{1,2}, Johansson UB^{2,3}. **"Un cuerpo en transformación" -Un estudio fenomenológico empírico sobre el miedo- creencias de evitación hacia la actividad física entre personas que experimentan dolor reumático de moderado a severo** J Clin Nurs.2019 enero; 28 (1-2): 321-329. doi: 10.1111 / jocn.14606. Epub 2018 1 de agosto. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29971848>
 32. Vance MA¹. **Enfermedades y el miedo a la influenza pandémica.** Int J Health Serv.2011; 41 (1): 95-115. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21319723>
 33. Loncarek K¹. **Feliz nuevo miedo: nueva enfermedad del año.** Croat Med J.2009 Jun; 50 (3): 332-4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19480030>
 34. Hommers LG^{1,2,3}, Richter J⁴, Yang Y⁵, Raab A^{6,7,8}, Baumann C⁹, Lang K⁹, Schiele MA¹⁰, Weber H⁹, Wittmann A¹¹, Wolf C⁹, Alpers GW¹², Arolt V¹³, Domschke K¹⁰, Fehm L¹⁴, Fydrich T¹⁴, Gerlach A¹⁵, Gloster AT¹⁶, Hamm AO⁴, Helbig-Lang S^{17,18}, Kircher T³, Lang T^{17,19}, Pané-Farré CA⁴, Pauli P²⁰, Pfleiderer B²¹, Reif A²², Romanos M²³, Straube B⁵, Ströhle A¹¹, Wittchen HU^{18,24}, Frantz S^{7,25}, Ertl G^{7,25}, Lohse MJ^{7,26}, Lueken U^{9,14}, Deckert J^{9,7}. **Una variación genética funcional del represor SLC6A2 hsa-miR-579-3p regula al alza los procesos simpáticos noradrenérgicos del miedo y ansiedad.** Transl Psychiatry.19 de octubre de 2018; 8 (1): 226. doi: 10.1038 / s41398-018-0278-4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30341278>
 35. Yoshihara K¹, Tanabe HC², Kawamichi H³, Koike T⁴, Yamazaki M⁵, Sudo N⁶, Sadato N⁷. **Correlaciones neuronales de las respuestas simpáticas inducidas por el miedo asociada con la tasa de cambio de temperatura periférica.** Neuroimagen.1 de julio de 2016; 134: 522-531. doi: 10.1016 / j.neuroimage.2016.04.040. Epub 2016 Abr 19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27107469>
 36. Thompson RS¹, PV fuerte¹, Flesher M¹. **Consecuencias fisiológicas de exposiciones repetidas al miedo condicionado.** Behav Sci (Basilea).18 de mayo de 2012; 2 (2): 57-78. doi: 10.3390 / bs2020057. eCollection 2012 jun. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25379216>
 37. Rodrigues SM¹, LeDoux JE, Sapolsky RM. **La influencia de las hormonas del estrés en los circuitos del miedo.** Annu Rev Neurosci.2009; 32: 289-313. doi: 10.1146 / annurev.neuro.051508.135620. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19400714>
 38. Sharpe L¹, Turner J², Fardell JE³, Thewes B^{4,5}, Smith AB⁶, Gilchrist J⁷, Beith J^{8,9}, Girgis A⁶, Tesson S⁴, D'Á S⁴, Grunewald K⁴, Butow P^{4,8}; Grupo de autoría ConquerFear. **Intervención psicológica (ConquerFear) para tratar el miedo a la recurrencia del cáncer: mediadores y moderadores de la eficacia del tratamiento.** J Cancer Surviv.25 de julio de 2019 doi: 10.1007 / s11764-019-00788-4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31347010>
 39. Imai F^{1,2}, Momino K³, Katsuki F³, Horikoshi M⁴, Furukawa TA⁵, Kondo N⁶, Toyama T⁶, Yamaguchi T⁷, Akechi T^{1,2}. **Terapia de resolución de problemas con teléfonos inteligentes para reducir el miedo a la recurrencia del cáncer entre las sobrevivientes de cáncer de mama: un estudio piloto abierto de un solo brazo.** Jpn J Clin Oncol.1 de junio de 2019; 49 (6): 537-544. doi: 10.1093 / jjco / hyz005. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30793156>
 40. Teigen PM¹. **Legislación del miedo y la salud pública en la edad dorada de Massachusetts.** J Hist Med Allied Sci. Abril 2007; 62 (2): 141-70. Epub 2006 sep 15. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16980330>
 41. Beland M¹. **Los altos costos de las enfermedades culturales. El miedo sueco a los conflictos y el enfoque en la salud son caldo de cultivo para las "epidemias" de agotamiento, fibromialgia, hipersensibilidad a la electricidad.** Lakartidningen.27 de noviembre de 2003; 100 (48): 3998-4001. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14717096>
 42. Causse G, Almedal C. **[Una enfermedad desconocida crea miedo: el SIDA, un reto profesional].** Sykepleien.1984 5 de junio; 71 (10): 11-5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6564773>
 43. GALEANO, Eduardo (1993). El libro de los abrazos. Madrid: Ed. Siglo XXI, p. 83. http://resistir.info/livros/galeano_el_libro_de_los_abrazos.pdf
 44. Sampedro J.L. <https://akifrases.com/frase/190560>
 45. Fábula sobre el miedo **El rey y la peste**, <https://tucuentofavorito.com/el-rey-y-la-pestes-fabula-sobre-el-miedo/>

MINDFULNESS EN EL PROCESO PERI-OPERATORIO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MINDFULNESS IN THE PERI-OPERATIVE PROCESS.

BIBLIOGRAPHIC REVIEW

- BLANCA MONTES SERRANO. DIPLOMADA UNIVERSITARIA EN ENFERMERÍA.
- RAQUEL MARTÍN MARTÍN. PROFESORA EN EL CAMPUS DOCENTE Y DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD SAN JUAN DE DIOS. SEVILLA. CENTRO UNIVERSITARIO DE ENFERMERÍA "SAN JUAN DE DIOS". SEVILLA.

RESUMEN: Introducción. El mindfulness es considerado una intervención alternativa, que utiliza la meditación. En la actualidad, aún no se incluye en las NICs de enfermería como herramienta asistencial, por ello, esta revisión pretende conocer sus efectos para favorecer su inclusión.

Objetivo. Describir la importancia de las intervenciones mindfulness en los pacientes periquirúrgicos mediante la revisión bibliográfica de recursos y estudios existentes.

Metodología. Revisión de la bibliografía de los últimos 5 años a nivel mundial, utilizando las bases de datos Pubmed, Scopus, Medline, Cinahl, Enfispo, Lilacs y Cuiden Plus.

Resultados. Tras la lectura sistemática con la escala CASPe de los 18 artículos encontrados, se seleccionaron 15 artículos.

Conclusión. Hay indicios de un mayor número de casos de pacientes con efecto positivo tras recibir mindfulness durante el proceso peri-quirúrgico que de casos de baja influencia o nula influencia frente a dicha terapia. Pero debido a la escasa literatura, es necesario realizar más estudios sobre su uso en la práctica clínica.

PALABRAS CLAVES: Atención Plena, Ansiedad, Procedimientos Quirúrgicos Operativos, Atención Perioperatoria.

ABSTRACT: Introduction. Mindfulness is considered an alternative intervention, which uses meditation. At present, it is not yet included in the nursing NICs as an assistance tool, therefore, this review aims to know its effects to favour its inclusion within the NICs.

Objective. Describe the importance of mindfulness interventions in peri-surgical patients by reviewing existing resources and studies.

Methodology. Review of the bibliography of the last 5 years worldwide, using the databases Pubmed, Scopus, Medline, Cinahl, Enfispo, Lilacs and Cuiden Plus.

Results. After the systematic reading with the CASPe scale of the 18 articles found, 15 articles have been selected.

Conclusion. There are indications of a greater number of cases of patients with a positive effect after receiving mindfulness during the peri-surgical process than of cases of low influence or no influence on said therapy. But due to the limited literature, it is necessary to carry out more studies on its use in clinical practice.

KEYWORDS: Mindfulness, Anxiety, Surgical Procedures, Operative, Perioperative Care.

INTRODUCCIÓN

Se define al proceso asistencial del bloque quirúrgico como "aquellas actividades asistenciales y de apoyo encaminadas a la realización de un acto quirúrgico, desde el momento en que el paciente acepta una indicación de intervención quirúrgica hasta la recuperación postoperatoria en un entorno adecuado de información, confort y seguridad"¹.

El proceso quirúrgico consta de tres fases (preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio) que en su conjunto forman el período perioperatorio. En cada una de las fases anteriormente citadas, tanto las circunstancias del paciente como las actividades que desarrolla enfermería son diferentes. Entendemos por enfermería perioperatoria al área de enfermería que comprende la asistencia total antes, durante y después de la cirugía del usuario. Entre las funciones de enfermería en el área quirúrgica se incluye la creación de un plan perioperatorio de asistencia para cada paciente y su desarrollo².

En cada una de dichas fases se puede llegar a generar una

situación en la que el usuario manifestara algún tipo de malestar ya sea físico, emocional o mental.

- **Preoperatorio:** el desconocimiento, el temor a la presencia de dolor, sensación de muerte, náuseas, pensamientos negativos, la sensación de imposibilidad de movimiento y el temor de despertar en la cirugía fueron las principales preocupaciones de los pacientes preoperatorios según el estudio de Ojeda-Carpio y Barbón-Pérez³.
- **Intraoperatorio:** tal y como publicaron Quintanilla et al. en el aspecto psicológico los diagnósticos de enfermería más repetidos son temor/miedo, síndrome del estrés del traslado, conocimientos deficientes y riesgo de compromiso de la dignidad humana (riesgo de percepción de pérdida del respeto y el honor)⁴.
- **Postoperatorio:** la ansiedad por conseguir una rápida y correcta recuperación, el temor, el riesgo de infección, experimentar dolor agudo, la incapacidad temporal y el riesgo de náuseas fueron, según

la investigación de Pérez-Zarza y Rubio-Gil, los principales diagnósticos en estos pacientes⁵.

Como bien demuestra la bibliografía, tanto la ansiedad como el temor son diagnósticos de enfermería recurrentes en los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica en todas las fases que componen su proceso. Ya existen intervenciones enfermeras enfocadas a tratar este tipo de diagnóstico como la relajación muscular progresiva [1460], el entrenamiento autógeno [5840], el Reiki [1520] o la musicoterapia [4400], y si bien la práctica del mindfulness es una técnica que ya ha demostrado sus efectos positivos en personas con estrés, ansiedad o depresión^{6,7}, no es considerada todavía como una intervención enfermera, por lo que los resultados en esta revisión podrían avalar o no la consideración para su inclusión como NIC.

Las publicaciones sobre mindfulness comenzaron a aparecer en la década de los setenta. El crecimiento se aceleró en los años noventa y en la actualidad nos encontramos con un crecimiento casi exponencial⁸. El mindfulness está despertando enorme interés en la investigación básica, especialmente en la educación, ya que la práctica del mindfulness podría resultar una poderosa herramienta educativa⁹.

El mindfulness, también llamado atención plena, es una técnica para incrementar la conciencia y para responder a los procesos mentales que llevan al distrés emocional y al comportamiento desadaptativo¹⁰. Mindfulness es la traducción inglesa de la palabra hindú "Sati" y significa conciencia, atención y recuerdo. El mindfulness consiste en focalizar la atención en el momento presente, poniendo atención, curiosidad e interés para que se sea consciente de lo que se está haciendo. En la práctica, el paciente, trata de introducirse de forma plena en su conciencia, tratando de evolucionar de un estado de "automaticidad mental" (respuestas no conscientes) a un estado de "responsabilidad mental" (respuestas controladas y conscientes)¹¹.

Los componentes del mindfulness que provienen del zen son los siguientes¹²:

1. **Atención al momento presente.** Centrarse en el momento presente en lugar de estar pendiente del pasado (rumiaciones) o del futuro (deseos y temores). Mientras se medita, se puede atender los propios procesos internos y, en la vida cotidiana, centrarse en la tarea que se está realizando.
2. **Apertura a la experiencia.** Capacidad de observar la experiencia sin interponer el filtro de las propias creencias. En otras palabras, observar la experiencia como si fuera la primera vez.
3. **Aceptación.** Se define aceptación como experimentar eventos plenamente, tal y como son, y no oponer resistencia al fluir de la vida. Las personas recurren a conductas desadaptativas en un intento de evitar experiencias poco placenteras. Se debería aceptar esas experiencias ya que son ocasionales y limitadas en el tiempo y no necesitan recurrir a tales conductas.
4. **Dejar pasar.** Consiste en desprenderse de algo a

lo que nos aferrábamos. Una de las características del "yo" humano es querer atesorar relaciones, poder, dinero, etc. lo cual choca con la realidad de la temporalidad de las cosas.

5. **Intención.** Cuando se está meditando no se debe tratar de conseguir ningún propósito inmediato, simplemente hay que participar con conciencia plena de lo que se está haciendo.

Existen muchas maneras de desarrollar prácticas basadas en Mindfulness. Una de las más útiles en general es la Atención Plena aplicada a la regulación de las emociones y, de forma reducida, se llevaría a cabo de la siguiente manera¹³:

1. **Buscar un espacio tranquilo.** Se debe elegir entornos que hagan más fácil llevar a cabo el procedimiento. El lugar idóneo sería uno lejos de estímulos que puedan distraer, especialmente, sin ruidos.
2. **Mantener la espalda recta.** Es recomendable sentarse de un modo que favorezca que la espalda quede recta, ya que de este modo no nos molestarán tensiones musculares innecesarias.
3. **Realizar respiraciones controladas.** Por un lado, las respiraciones hondas y pausadas ayudan a oxigenar el cuerpo y a relajarse mientras que, por el otro, permite centrar la atención en algo concreto de una manera constante.
4. **Atención a los sonidos del momento.** Observar de manera consciente los sonidos del entorno. Por tanto, se trata de permanecer a la escucha, de oírlos sin tratar de identificarlos o juzgarlos como agradables o desagradables.
5. **Centrarse en lo que pasa en el cuerpo.** Enfocar la atención, con los ojos cerrados, en aquellos hechos que ocurren en nuestro cuerpo, dedicándoles aproximadamente, medio minuto. Por ejemplo, dirigir la atención a unas palpitaciones en el cuello, etc. y así hasta notar unos seis elementos.
6. **Escáner corporal.** Con este ejercicio se intenta entrar en contacto con la experiencia de nuestro cuerpo tal y como es, sin juzgar, sin rechazar las sensaciones desagradables ni apegarnos a las agradables.
7. **Ampliar el foco.** En esta fase, pasa de dirigir la atención de los estímulos corporales a las experiencias vitales. Pensar en ellas tal y como lo haría una persona no implicada. No juzgar o valorar, solo pensar en ello describiendo, aceptando que forma parte de una realidad.
8. **Volver a la respiración controlada.**

Algunas de las aplicaciones clínicas que podemos encontrar del Mindfulness son:

- **Estrés-Distres.** Khoury et al en 2013, realizó un metaanálisis sobre Mindfulness, revisando 209 estudios, concluyendo que es una intervención efectiva para una gran variedad de problemas

psicológicos, en especial el estrés¹⁴.

- **Trastornos de ansiedad.** Una revisión hecha por Kim et al también en el 2013, indican que estas prácticas mejoran los síntomas del Trastorno por estrés posttraumático (TEPT) como pensamientos intrusivos, evitación e hiperactivación¹⁵.
- **Somatización.** Fjorback, en un estudio randomizado, evaluó a 119 pacientes con somatización como fibromialgia, colon irritable, etc. a lo largo de un año. Se les colocó de manera aleatoria en dos grupos, uno recibió Mindfulness, mientras que el otro fue un grupo de control. La mejoría se obtuvo al final del tratamiento para el grupo de Mindfulness, mientras que el otro grupo no obtuvo ningún cambio¹⁶.
- **Dolor.** Reiner et al. realizaron una revisión de 16 estudios sobre mindfulness para el dolor, hallando que estas intervenciones disminuían la intensidad del dolor en pacientes con dolor crónico¹⁷. Sin embargo, la evidencia aun no es concluyente, ya que existen otros estudios que informan que no hay datos suficientes^{18, 19}.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Describir la importancia de las intervenciones mindfulness en los pacientes perquirúrgicos mediante la revisión bibliográfica de recursos y estudios existentes.

Objetivos específicos:

1. Enunciar los efectos que el mindfulness tiene sobre los pacientes perquirúrgicos.
2. Identificar los principales inconvenientes del mindfulness.

METODOLOGÍA

La búsqueda bibliográfica se ha realizado en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scopus, Medline, Cinahl, Enfispo, Lilacs y Cuiden Plus, en el orden citado.

En cuanto a la metodología de búsqueda, en primer lugar, se realizó exhaustivamente una búsqueda de literatura en los últimos 5 años, entre 2014 y 2019, del tema principal a tratar, en las bases de datos anteriormente citadas.

La estrategia de búsqueda se lleva a cabo a partir de descriptores Decs/Mesh en las distintas bases de datos, se eligen los siguientes:

- Mindfulness — Atención Plena
- Anxiety — Ansiedad
- Surgical Procedures, Operative — Procedimientos Quirúrgicos Operativos
- Perioperative Care — Atención Perioperatoria

Categorías de los descriptores Decs/Mesh usados disponible en ANEXO I.

A su vez, se usan términos libres para completar las búsquedas dependiendo de las bases de datos y del volumen de información que recogen:

- Surgery — Cirugía
- Mindfulness — Conciencia plena

La estrategia se formó por la combinación de los distintos descriptores y términos libres a partir de los booleanos AND y OR, así como el uso de paréntesis para relacionar los diferentes términos. Tras esta búsqueda general, se utilizaron estrategias más específicas. Para este fin, se incluyó el uso de comillas y truncamientos.

La estrategia de búsqueda utilizada en bases de datos con idioma anglosajón fue ("Mindfulness") AND ("Anxiety") AND ("Surgical Procedures, Operative" OR surgery OR

*operative care) mientras que la estrategia de búsqueda para aquellas bases españolas o hispanoamericanas fue ("Mindfulness" OR "Conciencia plena" OR "atención plena") AND ("Ansiedad") AND (cirugía OR "Cuidados *operatorios" OR operación)

Los criterios de inclusión que se eligieron se detallan en la Figura 1.

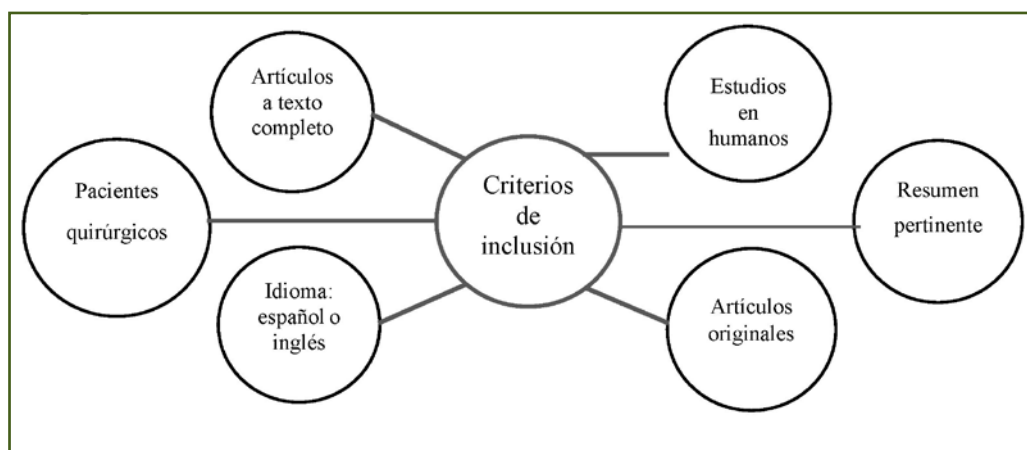


Figura 1. Criterios de inclusión. Fuente: Elaboración propia

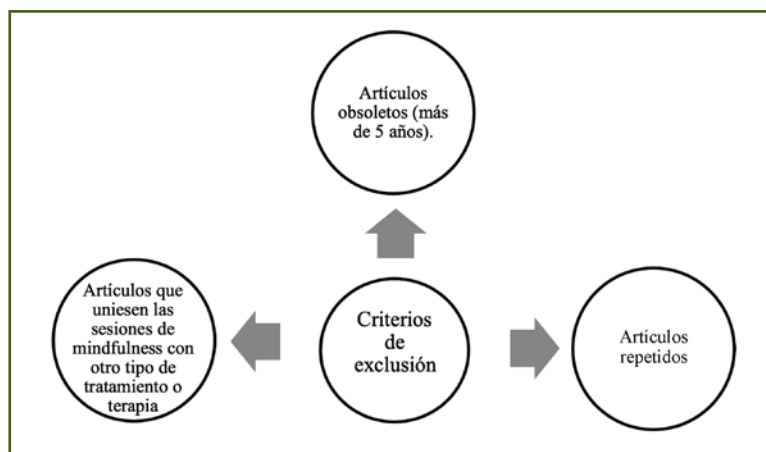


Figura 2. Criterios de exclusión. Fuente: Elaboración propia

Los criterios de exclusión que se eligieron se detallan a continuación en la Figura 2.

Se seleccionaron aquellos artículos que estuviesen publicados en los últimos 5 años, todos ellos en revistas del ámbito sanitario y con un alto impacto científico y resumen pertinente, excluyendo aquellos que no evaluaban los resultados. Asimismo, aquellos artículos sobre estudios no realizados en humanos, sino en animales, también fueron excluidos. De la misma forma se eliminaron aquellos artículos cuyos resúmenes no eran pertinentes para el desarrollo de la revisión. En los casos en los que la publicación estaba en un idioma diferente al inglés o español también los artículos fueron descartados.

Una vez avanzada la búsqueda, se excluyeron todos aquellos artículos cuyos grupos de estudios estuviesen formados por pacientes no pertenecientes al área quirúrgica o que éstos paciente estuviesen pero solo en una parte y no es su totalidad. También se excluyeron los artículos que mezclaban el mindfulness con algún otro tipo de tratamiento o terapia en un mismo grupo. Además, aquellas publicaciones que se encontraban repetidas de una base de datos anterior también fueron excluidas. Por último, el criterio de inclusión del artículo no fue que se encontrara a texto completo en la propia base de datos que aparecía, sino que la revista donde apareciese publicado pudiese ser visualizada de forma online y gratuita.

El número de artículos que se obtuvo sin aplicar estos criterios de exclusión fue 127. Una vez aplicados, se lograron obtener 18 artículos pertinentes a la temática a los que se les aplicó la pregunta PICO.

La buena construcción de una pregunta estructurada es fundamental para poder buscar respuestas, por ello en este trabajo se plantea una pregunta PICO. Los 4 componentes de una pregunta PICO son el tipo de paciente o patología de la que surge la pregunta (P), la intervención que se desea realizar (I), la comparación con otra intervención (C) y los resultados obtenidos (O). Una vez conociendo esto, podemos plantear la pregunta PICO de este trabajo: “¿Generan efectos positivos la práctica de mindfulness en el paciente perquirurgico?”. En este caso el paciente (P)

serían los usuarios perquirurgicos, la intervención (I) sería la práctica mindfulness, la comparación (C) sería no hacer nada o realizar otra actividad y el resultado (O) sería ver si genera efectos positivos o no.

Posteriormente, se realizó un análisis crítico utilizando la escala CASPE (adjuntada en el ANEXO II) gracias a la cual de los 18 artículos seleccionados se eligieron 15 por su calidad y por cumplir con los criterios de inclusión.

Seguidamente, en la Figura 3, se muestra el flujograma de los resultados de las búsquedas y el número de artículos desechados tras aplicar los criterios de inclusión.

RESULTADOS

Se redactó una tabla, recogida en el ANEXO III, con el nombre de los artículos desarrollados, autor, fecha y revista de publicación, diseño del estudio, muestra, metodología, resultado y nivel de evidencia según la escala del Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), la cual queda plasmada en el ANEXO IV.

A continuación se pasa a redactar brevemente los artículos encontrados en el transcurso de esta revisión.

El artículo más reciente es el de Lengacher et al. publicado en 2019. Es un ensayo clínico aleatorizado con muy bajo riesgo de sesgo con una población de estudio de 322 mujeres intervenidas de lumpectomía o mastectomía tratadas o no con quimioterapia con o sin radiación vs radiación sola. Se midieron marcadores objetivos del estrés, cortisol e IL-6, antes, después de 1 semana y al finalizar la 6 tanto al grupo tratado con Mindfulness como al grupo control. Los resultados mostraron que los niveles de cortisol e IL-6 se redujeron de forma notable en el grupo tratado con mindfulness en comparación con el grupo de control. Además los pacientes manifestaron mejoras en la calidad de vida a corto plazo²⁰.

El estudio de Dowsey et al. de 2019 es un ensayo clínico con alta posibilidad de sesgo o confusión en el que se escogieron a 127 pacientes intervenidos de una artroplastia articular total. Los pacientes, 8 semanas antes de la intervención, recibieron mindfulness o el tratamiento habitual. Se evaluó el índice de osteoartritis, el bienestar físico y psicológico y

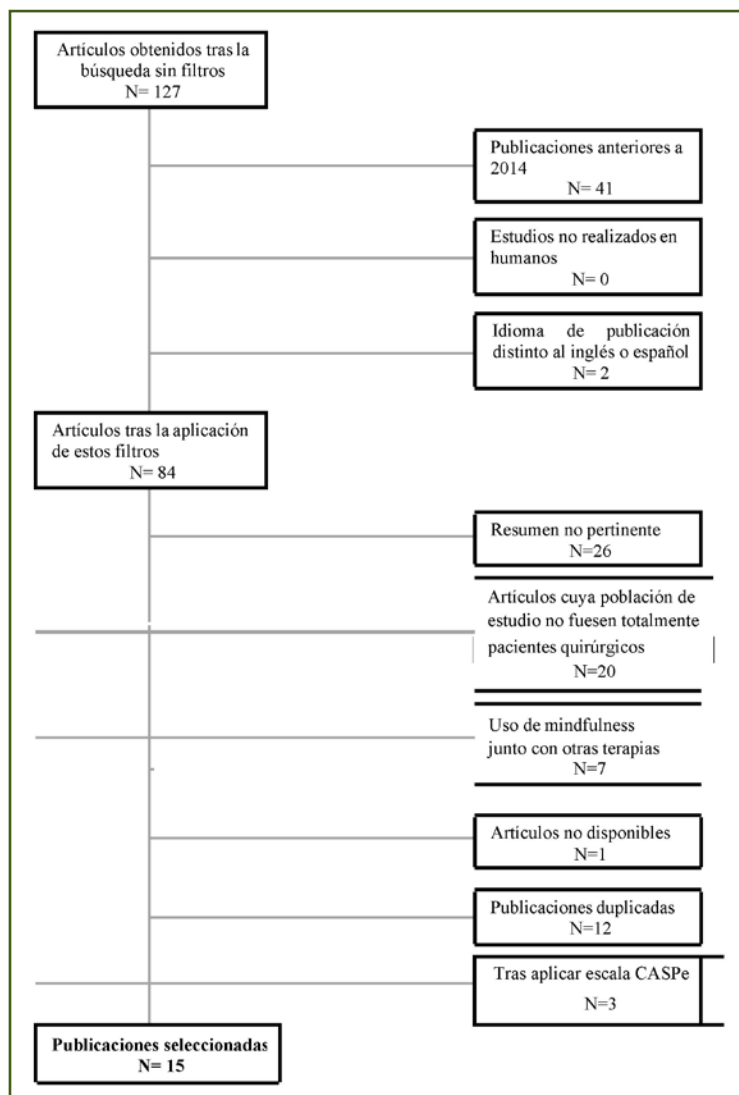


Figura 3. Flujograma de búsqueda bibliográfica. Fuente: Elaboración propia

autoeficacia a través de cuestionarios que se administraron hasta 1 año después de la cirugía. El grupo mindfulness mejoró más en el dolor de rodilla y en la funcionalidad de ésta con respecto a las personas con el tratamiento habitual. El mindfulness mejoró el dolor y la funcionalidad post- quirúrgica en personas con angustia psicológica²¹.

El último artículo que encontramos de 2019 es de Weston et al. y es un estudio de cohortes con muy bajo riesgo de sesgo o confusión en el que participaron 126 mujeres que iban a ser intervenida para una histerectomía. Para medir los resultados de las sesiones mindfulness se usó el cuestionario FFMQ (Five Facets Mindfulness Questionnaire). Se realizó una primera intervención pre-operatoria, otra sesión a las 1-2 semanas y otras a las 4-6 semanas de la primera intervención. Los resultados recogieron que en el grupo de control se redujo el dolor post- operatorio, aunque no se disminuyó uso de opioides. Los autores concluyen que el mindfulness es una intervención prometedora para el tratamiento del dolor crónico²².

El primer artículo que encontramos de 2018 es de Coelho

et al. Es un ensayo clínico con alta posibilidad de sesgo o confusión compuesto por 82 mujeres sometidas a una biopsia de mama. Se aportaron escalas de depresión, ansiedad, estrés y dolor y se midió TA, T⁰, FC, nivel de cortisol y SatO2 en agosto (fecha de inclusión) y otra vez en diciembre (después de la intervención). La terapia mindfulness mostró en los resultados una reducción de los niveles de ansiedad y estrés, la TA, FC y SatO2. No se registraron diferencias en la T⁰, cortisol y dolor entre el grupo de casos y el grupo control²³.

El siguiente ensayo es un ensayo clínico con alta posibilidad de sesgo o confusión llevado a cabo por Westenberg et al. en 2018 cuya población de estudio fueron 125 usuarios operados de los miembros superiores. Se pasaron cuestionarios validados de dolor, ira, ansiedad y depresión. A continuación, el grupo con Mindfulness realizaba ejercicios guiados por un vídeo personalizado. El grupo de intervención mostró un mejor manejo del dolor momentáneo, ansiedad, depresión e ira con respecto al grupo de placebo²⁴.

Dalrymple et al. publicó también en 2018 su estudio de casos y controles con bajo riesgo de confusión. Participaron 1088 pacientes sometidos a cirugía bariátrica con antecedentes de alimentación emocional. Se les examinó la gestión de las emociones, la ansiedad, ansiedad social y depresión a través de escalas validadas a lo largo de las 20 sesiones mindfulness, además de un cuestionario propio que evaluaba la efectividad de las sesiones. Aquellos pacientes con mayor depresión y severidad de ansiedad social, aunque les costó más adaptarse a las sesiones, éstas les brindaron estrategias para control de impulsos, lo que redujo el déficit en estas áreas²⁵.

El estudio piloto controlado no aleatorio de Wnuk et al. en 2018 constaba de 46 mujeres sometidas a cirugía bariátrica escogidas inicialmente, de las cuales 18 fueron excluidas y solo 22 terminaron el estudio. Se utilizó el mindfulness para controlar el IMC, depresión, ansiedad, atracones y control de las emociones durante 8 sesiones de 2 horas, volviendo a medir los resultados a los 4 meses. La depresión disminuyó de forma significativa. A los 4 meses se vio que la técnica ayudó a regular las emociones, sirviendo como herramienta para reducir los atracones, lo que mejoró la ansiedad y la depresión²⁶.

Ya en 2017, Gross et al. publicaron su estudio de casos y controles con bajo riesgo de confusión. Participaron 55 pacientes a la espera de recibir un trasplante de riñón. Se pasaron escalas de ansiedad, depresión, calidad del sueño, dolor y calidad de vida en relación con salud mental (CVRSM) antes y después de las sesiones telefónicas, durante 8 semanas y a los 6 meses. No se presentaron variaciones significativas a largo plazo entre el grupo control y placebo salvo en la CVRSM, que mejoró 6,2 en el grupo de control sobre el grupo placebo²⁷.

Siguiendo en 2017 Chad- Friedman et al. desarrollaron su estudio piloto controlado no aleatorio compuesto por 20 pacientes pre-operatorios para una intervención de cirugía ortopédica. A través de escalas validadas se midió la

angustia, ansiedad, ira y depresión justo antes y después de enseñar un vídeo de 60 segundos de técnica mindfulness a los 20 pacientes. Hubo mejoras significativas en el estado de ansiedad, angustia, dolor, depresión e ira después de ver el vídeo. Se concluye que un breve ejercicio de mindfulness aporta calma y comodidad²⁸.

También el 2017 encontramos el ensayo de Reich et al. el cual es un ensayo clínico aleatorizado con muy bajo riesgo de sesgo cuya población de estudio estaba compuesta por 322 mujeres que han sobrevivido a una intervención de cáncer de mama fueron asignadas de forma aleatoria a un grupo de intervención mindfulness o a un grupo con el tratamiento habitual. Se evaluaron los síntomas psicológicos (depresión, ansiedad, estrés y miedo a que se volviese a reproducir el cáncer), físicos (fatiga, dolor, sueño y somnolencia), cognitivos y calidad de vida tanto al inicio, a las 6 y a las 12 semanas. Desde el inicio hasta las 6 semanas se mostró mejoría en el grupo psicológico y físicos. Los resultados entre 6 y 12 semanas mostraron efectos sostenidos, pero no se observó una mejora adicional²⁹.

Entrando en 2016 Johannsen et al. encontramos el estudio de casos y controles con bajo riesgo de confusión. En este estudio participaron 129 mujeres operadas de cáncer de mama con un dolor mayor o igual a 3 sobre 10 en hasta 3 escalas de dolor distintas. Se comparó el efecto de 8 semanas de sesiones mindfulness frente a un grupo placebo, evaluándose, a parte del dolor, la calidad de vida, angustia psicológica y autoconsumo de medicación para el dolor. Se reevaluó los resultados a los 3 y 6 meses, y se comprobó una reducción significativa en el rango de dolor neuropático. También se produjo una reducción en el resto de valores, pero de forma más leve³⁰.

El ensayo clínico controlado no aleatorio de Stonnington et al. en 2016 contaba con 31 pacientes sometidos a trasplantes de y 18 de sus cuidadores en sesiones de mindfulness combinadas. Se midieron, través de cuestionarios, el estrés, depresión, ansiedad, CVRSM, calidad del sueño, afecto positivo y afecto negativo al inicio, a las 6 semanas de intervención y a los 3 meses de terminar. Se redujeron los niveles de estrés, afecto negativo, depresión y ansiedad. La CVRSM y el afecto positivo aumentaron. Pacientes y cuidadores notificaron mayor resiliencia y capacidad de controlar el estrés³¹.

El primer ensayo de 2015 es el artículo de Grossman et al. el cual era un ensayo clínico controlado no aleatorio en el cual participaron 62 pacientes trasplantados de células madre hematopoyéticas. Se examinó la CVRS, fatiga, depresión y ansiedad. El grupo control recibió entrenamiento mindfulness durante 8 semanas y se evaluaron los resultados antes, después y a los 3 meses de terminar. Se mejoró la CVRS y se redujo la depresión y la ansiedad en la post- intervención en el grupo de control frente al grupo placebo. Se destaca que tras los 3 meses los beneficios se redujeron³².

El ensayo clínico aleatorizado con muy bajo riesgo de sesgo de Würtzen et al. de 2015 estudió a 336 mujeres operadas

de cáncer de mama en los estadios I-III. Se comparó la reducción de los síntomas somáticos, angustia, estrés y bienestar espiritual tras finalizar la intervención Mindfulness, después de 6 y 12 meses y se comparó los resultados con el grupo que recibió el tratamiento habitual. Se produjo una reducción de los síntomas somáticos dentro de los 6 meses que no se alargó hasta los 12. La ansiedad y el estrés se redujeron hasta los 12 meses. No se encontró una mejora en el bienestar espiritual³³.

El último artículo encontrado fue el de Bober et al. en 2015 el cual era un ensayo clínico con moderada posibilidad de sesgo o confusión. Participaron 37 mujeres con antecedentes familiares de cáncer de ovario o con mutaciones BRCA1/2 operadas de una salpingo- ooforectomía. Se realizó una sesión educativa de sensibilización corporal y estrategias de mindfulness, seguidas de 2 sesiones guiadas por teléfono. Se administraron escalas al inicio y a los 2 meses de la intervención. Respecto a las evaluaciones iniciales, mejoró la función sexual, excitación, satisfacción y el deseo. Se redujo el dolor, la somatización de los síntomas y la ansiedad³⁴.

El 33,33% de los artículos encontrados corresponden a la primera mitad de los años estudiados en este trabajo, mientras que el 66,67% de los artículos corresponden a la segunda mitad, abarcando los años más cercanos. Este incremento se puede asociar al auge del uso de terapias alternativas o terapias no farmacológicas como intervención para tratar los problemas de salud de la población.

La mayoría de los artículos se realizaron en EE. UU. (60%, n=9), seguidos por Dinamarca y Australia (13,3%, n=2). El 26,7% restante se reparte entre Islandia, Brasil, Países Bajos y Suiza (6,67%, n=1).

En cuanto al idioma, todos los estudios encontrados (100%, n=15) están publicados en inglés.

Todos los estudios seleccionados han resultado tener una metodología cuantitativa (100%, n=15). De los cuales, el 13,33% (n=2) son estudios pilotos aleatorizados, el 60% (n=9) son ensayos clínicos, el 20% (n=3) son estudios de casos y controles y el 6,67% (n=1) es un estudio de cohortes.

Haciendo referencia a la población típica estudiada, los resultados sólo se han centrado en la población humana. La mayoría de la población humana estudiada se comenzó a estudiar a partir de los 20 años de edad, sin tener realmente una edad fin de investigación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de la presente revisión era comprobar la importancia de intervenciones mindfulness en las distintas etapas del proceso quirúrgico y cómo influye en el estado de salud y bienestar del paciente. Tras la revisión de los 15 artículos seleccionados, se puede determinar que hay evidencias sobre un mayor número de casos con un efecto significativamente positivo en aquellas personas que recibieron sesiones de mindfulness por parte de profesionales de enfermería formados para impartirlas^{20,21,22,33,34} frente a aquellos casos en los que

se demostró una baja o nula influencia de esta terapia no farmacológica^{24,23,27}. Cabe destacar que ningún estudio afirmó que el efecto de esta terapia fuese nulo ya que, por lo menos en una de las áreas que se mantuvo bajo seguimiento, se apreció una mejoría con respecto a las evaluaciones iniciales^{25,26,28,29,31,32}.

Con respecto al primer objetivo se ha encontrado que los efectos que el mindfulness ejerce sobre los pacientes perquirúrgicos son los que se pasan a describir a continuación.

Los efectos de la terapia mindfulness sobre el organismo que se han tenido en cuenta han demostrado una reducción de los niveles de IL-6²⁰, tensión arterial (TA), frecuencia cardíaca (FC) y saturación de oxígeno (SatO₂). No se registraron diferencias en la temperatura (T°)²³. En cuanto al nivel de cortisol, el estudio que midió su nivel en saliva²⁰ sí demostró una reducción significativa del mismo, mientras que el estudio de Coelho²³, que lo midió en sangre, no apreció un cambio significativo.

Respecto al dolor, las sesiones mindfulness redujeron en todos los estudios el nivel de dolor apreciado por los pacientes y mejoró la recuperación post-quirúrgica^{21,22,30,34}, aunque el estudio que tuvo en cuenta el consumo de opioides comprobó que la ingesta de éstos apenas de redujo²². No obstante, también hay estudios que no relacionan las intervenciones mindfulness con una reducción del dolor²³ y advierten que la reducción del dolor no es mantenida en el tiempo al dejar de llevar a cabo intervenciones de mindfulness²⁴. Sin embargo, y tal como afirman Reich y Grossman^{29,32} si los pacientes interiorizan los ejercicios y los llevan a la práctica en su vida diaria los efectos sí que son mantenidos.

Respecto al ámbito psicosocial que se tuvieron en cuenta en los estudios, se comprobó que los niveles de ansiedad, ansiedad social, estrés, depresión, ira y afecto negativo (nerviosismo, miedo, disgusto, culpa, ira...) se redujeron, mientras que el afecto positivo (alegría, el buen humor, el optimismo, el entusiasmo...), gestión de las emociones, la función sexual y la satisfacción aumentaron^{23,24,25,26,28,31,32,33}. Además de manifestar mejoras en la calidad de vida a corto plazo²⁰. Sin embargo, y en contraposición de todo lo anteriormente citado, el estudio de Gross²⁷, no registró ninguna mejoría en todas estas características. En su estudio sólo se registró que las sesiones mindfulness proporcionaron una importante mejora en la calidad de vida en relación con salud mental, mientras que el resto de áreas a estudiar no presentaron modificación.

Y es que, tal y como afirma Dalrymple²⁵ en su estudio, es muy importante la actitud y la predisposición del paciente antes de iniciar las sesiones de mindfulness. Como demostró su estudio, aquellos pacientes con mayor depresión y severidad de ansiedad social les costó más trabajo adaptarse a las sesiones y conseguir los objetivos que estaban marcados, pero finalmente éstas les brindaron estrategias para control de impulsos, lo que redujo el déficit en la gestión de las emociones, la ansiedad, ansiedad social y depresión. Y es que este estudio junto con el de

Wnuk²⁶ concluyen que las sesiones de mindfulness son una herramienta excelente para que los pacientes aprendan y puedan manejar de forma correcta sus emociones. Además, en el estudio de Stonnington³¹ que tuvo en cuenta tanto a pacientes como a sus cuidadores, ambos notificaron mayor resiliencia y capacidad de controlar el estrés.

Con respecto al segundo de los objetivos específicos de esta revisión de la literatura, no se han encontrado resultados satisfactorios en las búsquedas. Es evidente la carencia de estudios relacionados con los inconvenientes o complicaciones de este tipo de terapia. En resolución a esta dificultad, las contraindicaciones se han evaluado de forma indirecta en todos los artículos revisados.

Como se puede observar, las sesiones mindfulness se han llevado a cabo predominantemente en la fase post-quirúrgica, frente a la escasa realización en la fase pre-quirúrgica y la nula en la fase intraoperatoria. Una explicación para esta situación sería que los programas típicos de mindfulness son largos y poco prácticos en las prácticas quirúrgicas actuales en la fase pre-operatoria. También podría ser un factor a tener en cuenta la escasa cultura de las terapias preventivas que podemos encontrar en España ya que, aunque sea un área que se va desarrollando con los años, es cierto que como sociedad tenemos más interiorizado hallar una terapia para un mal que es existente antes que prevenir que ese mal surja.

Tras la lectura crítica de los artículos seleccionados se vuelve a retomar la pregunta PICO “¿Generan efectos positivos la práctica de mindfulness en el paciente perquirúrgico?” y el objetivo principal de esta revisión: “Describir la importancia de las intervenciones mindfulness en los pacientes perquirúrgicos mediante la revisión bibliográfica de recursos y estudios existentes”.

Gracias a estos autores podemos contestar a estas preguntas concluyendo que la entrada a un quirófano puede generar en el paciente sentimientos de estrés o de franca ansiedad. A la gravedad del proceso se suma el desconocimiento del procedimiento y la entrada en un medio hospitalario que puede resultar hostil. La ansiedad, estrés, depresión, ira y afecto negativo antes de la entrada a quirófano también pueden tener impacto sobre el propio proceso de recuperación. Estas emociones no tratadas son muy frecuentes en pacientes quirúrgicos y se asocian con más complicaciones y peores resultados quirúrgicos. Por ello, se concluye que las sesiones con terapia mindfulness son beneficiosas para los pacientes perioperatorios, brindándoles una mayor capacidad para gestionar sus emociones, mayor resiliencia y más capacidad de controlar el dolor. Aunque es cierto que se necesitan más estudios de investigación en este campo y con resultados más homogéneos, la terapia mindfulness ha demostrado tener buenos resultados, pudiendo ser comparadas con intervenciones como la musicoterapia, Reiki, entrenamiento autógeno, etc que ya se encuentran dentro de las NICs de enfermería, así que sería un punto a considerar la inclusión del mindfulness dentro de éstas.

ANEXO I

PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA

Fenómenos Psicológicos Competencia Mental
Salud Mental

Procesos Mentales Anticipación Psicológica
Cognición

Función Ejecutiva Actividad Nerviosa Superior
Intención

Aprendizaje Mentalización

Relaciones Metafísicas Mente-Cuerpo Atención
Plena

PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA

Conducta y Mecanismos de Conducta Emociones
Afecto Ira Ansiedad

TÉCNICAS Y EQUIPOS ANALÍTICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

Diagnóstico Terapéutica

Anestesia y Analgesia

Procedimientos Quirúrgicos Operativos

TÉCNICAS Y EQUIPOS ANALÍTICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

Terapéutica

Atención al Paciente Atención Ambulatoria

Procedimientos Médicos y Quirúrgicos sin Sangre
Continuidad de la Atención al Paciente

Cuidados Críticos Cuidado en Custodia Centros de
Día Diagnóstico Tardío Episodio de Atención

Cuidados en el Hogar de Adopción Hospitalización
Institucionalización

Cuidados para Prolongación de la Vida Cuidados
a Largo Plazo

Cuidados Nocturnos Atención de Enfermería
Cuidados Paliativos Posicionamiento del Paciente
Atención Perinatal

Atención Perioperatoria

ANEXO II

PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe³⁵

A/ ¿Los resultados de la revisión son válidos?
(Preguntas de eliminación)

1. ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente
definido? Sí.

2. ¿Buscaron los autores el tipo de artículos
adecuados? Sí.

¿Merece la pena *continuar*?

3. ¿Crees que estaban incluidos los estudios
importantes y pertinentes? Sí

4. ¿Crees que los autores de la revisión han
hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de
los estudios incluidos? Sí.

5. Si los resultados de los diferentes estudios
han sido mezclados para obtener un resultado
“combinado” ¿era razonable hacer eso? Sí.

B/ ¿Cuáles son los resultados?

6. ¿Cuál es el resultado global de la revisión?
Hacer patente que las sesiones de mindfulness
pueden llegar a ser beneficiosas para los pacientes
perioperatorios.

7. ¿Cuál es la precisión de los resultados? Esta
revisión está basada en estudios con valores de $p < 0.05^2$.

C/ ¿Son los resultados aplicables en tu medio?

8. ¿Se pueden aplicar los resultados en tu
medio? Sí.

9. ¿Se han considerado todos los resultados
importantes para considerar la decisión? Sí.

10. ¿Los beneficios merecen la pena frente a
los perjuicios y costes? Sí, supondría incluso una
disminución del gasto sanitario su implementación.

ANEXO III

Artículo	Autor, año y revista de publicación	Diseño	Muestra	Metodología	Resultado	Nivel de evidencia
A Large Randomized Trial: Effects of Mindfulness- Based Stress Reduction (MBSR) for Breast Cancer (BC) Survivors on Salivary Cortisol and IL-6 ²⁰	Lengacher et al. 2019 <i>Biol Res Nurs</i>	Ensayo clínico aleatorizado con muy bajo riesgo de sesgo.	322 mujeres intervenidas de lumpectomía o mastectomía tratadas o no con quimioterapia con o sin radiación vs radiación sola.	Se midieron marcadores objetivos del estrés, cortisol e IL-6, antes, después de 1 semana y al finalizar la 6 tanto al grupo tratado con Mindfulness como al grupo control.	Los niveles de cortisol e IL-6 se redujeron de forma notable en el grupo tratado con Mindfulness. Además de manifestar mejoras en la calidad de vida a corto plazo.	1++
The effect of mindfulness training prior to total joint arthroplasty on post-operative pain and physical function: A randomised controlled trial ²¹ .	Dowsey et al. 2019 <i>Complement Ther Med</i>	Ensayo clínico con alta posibilidad de sesgo o confusión	127 pacientes intervenidos de una artroplastia articular total.	8 semanas antes de la intervención recibieron mindfulness o el tto. habitual. Se evaluó el índice de osteoartritis, el bienestar físico y psicológico y autoeficacia a través de cuestionarios que se administraron hasta 1 año después de la cirugía.	El grupo mindfulness mejoró más en el dolor de rodilla y en la funcionalidad de ésta con respecto a las personas con el tto. habitual. El mindfulness mejoró el dolor y la funcionalidad post-quirúrgica en personas con angustia psicológica.	1-
The Association Between Mindfulness and Post-operative Pain: A Prospective Cohort Study of Gynecologic Oncology Patients Undergoing Minimally Invasive Hysterectomy ²²	Weston et al. 2019 <i>J Minim Invasive Gynecol.</i>	Estudio de cohortes con muy bajo riesgo de sesgo o confusión	126 mujeres que van a ser intervenida para una histerectomía.	Se midió los resultados de las sesiones mindfulness a través del cuestionario FFMQ. Realizándose una primera intervención pre-operatoria y a las 1-2 y 4-6 semanas de la intervención.	Se redujo el dolor post-operatorio, aunque no se disminuyó uso de opioides. Se concluye que el mindfulness es una intervención prometedora para el tratamiento del dolor crónico.	2++

Artículo	Autor, año y revista de publicación	Diseño	Muestra	Metodología	Resultado	Nivel de evidencia
Extremely brief mindfulness interventions for women undergoing breast biopsies: a randomized controlled trial ²³ .	Coelho et al. 2018 <i>Breast Cancer Res Treat</i>	Ensayo clínico con alta posibilidad de sesgo o confusión	82 mujeres sometidas a una biopsia de mama.	Se aportaron escalas de depresión, ansiedad, estrés y dolor y se midió TA, T°, FC, nivel de cortisol y SatO ₂ en agosto (fecha de inclusión) y otra vez en diciembre (después de la intervención).	La terapia mindfulness redujo los niveles de ansiedad y estrés, la TA, FC y SatO ₂ . No se registraron diferencias en la T°, cortisol y dolor entre el grupo de casos y el grupo control.	1-
Does a Brief Mindfulness Exercise Improve Outcomes in Upper Extremity Patients? A Randomized Controlled Trial ²⁴ .	Westenberg et al. 2018 <i>Clin Orthop Relat Res</i>	Ensayo clínico con alta posibilidad de sesgo o confusión	125 usuarios operados de los miembros superiores	Se pasaron cuestionarios validados de dolor, ira, ansiedad y depresión. A continuación, el grupo con Mindfulness realizaba ejercicios guiados por un vídeo personalizado.	El grupo de intervención mostró un mejor manejo del dolor momentáneo, ansiedad, depresión e ira con respecto al grupo de placebo.	1-
The Interaction Between Mindfulness, Emotion Regulation, and Social Anxiety and Its Association with Emotional Eating in Bariatric Surgery Candidates ²⁵ .	Dalrymple Et al. 2018 <i>Mindfulness</i>	Estudio de casos y controles con bajo riesgo de confusión	1088 pacientes sometidos a cirugía bariátrica con antecedentes de alimentación emocional.	Se les examinó la gestión de las emociones, la ansiedad, ansiedad social y depresión a través de escalas validadas a lo largo de las 20 sesiones mindfulness, además de un cuestionario propio que evaluaba la efectividad de las sesiones.	Aquellos pacientes con mayor depresión y severidad de ansiedad social, aunque les costó más adaptarse a las sesiones, éstas les brindaron estrategias para control de impulsos, lo que redujo el déficit en estas áreas.	2++

Artículo	Autor, año y revista de publicación	Diseño	Muestra	Metodología	Resultado	Nivel de evidencia
Mindfulness-Based Eating and Awareness Training for Post-Bariatric Surgery Patients: a Feasibility Pilot Study ²⁶ .	Wnuket al. 2018 <i>Mindfulness</i>	Estudio piloto controlado no aleatorio	De las 46 mujeres sometidas a cirugía bariátrica escogidas inicialmente, 18 fueron excluidas y solo 22 terminaron el estudio	Se utilizó el mindfulness para controlar el IMC, depresión, ansiedad, atracones y control de las emociones durante 8 sesiones de 2 horas, volviendo a medir los resultados a los 4 meses.	La depresión disminuyó de forma significativa. A los 4 meses se vio que la técnica ayudó a regular las emociones, sirviendo como herramienta para reducir los atracones, lo que mejoró la ansiedad y la depresión.	1-
Telephone-adapted Mindfulness-based Stress Reduction (tMBSR) for patients awaiting kidney transplantation ²⁷ .	Grosset al. 2017 <i>Contemp Clin Trials</i> .	Estudio de casos y controles con bajo riesgo de confusión	55 pacientes a la espera de recibir un trasplante de riñón	Se pasaron escalas de ansiedad, depresión, calidad del sueño, dolor y calidad de vida en relación con salud mental (CVRSM) antes y después de las sesiones telefónicas, durante 8 semanas y a los 6 meses.	No se presentaron variaciones significativas a largo plazo entre el grupo control y placebo salvo en la CVRSM, que mejoró 6,2 en el grupo de control sobre el grupo placebo.	2+
First use of a brief 60- second mindfulness exercise in an orthopedic surgical practice; results from a pilot study ²⁸ .	Chad-Friedman et al. 2017 <i>Arch Bone Jt Surg</i>	Estudio piloto controlado no aleatorio	20 pacientes pre-operatorios para una intervención de cirugía ortopédica	A través de escalas validadas se midió la angustia, ira y depresión justo antes y después de enseñar un vídeo de 60 segundos de técnica mindfulness a los 20 pacientes.	Hubo mejoras significativas en el estado de ansiedad, angustia, dolor, depresión e ira después de ver el vídeo. Se concluye que un breve ejercicio de mindfulness aporta calma y comodidad.	1-

Artículo	Autor, año y revista de publicación	Diseño	Muestra	Metodología	Resultado	Nivel de evidencia
Mindfulness-Based Stress Reduction in Post-treatment Breast Cancer Patients: Immediate and Sustained Effects Across Multiple Symptom Clusters ²⁹ .	Reichert et al. 2017 <i>J Pain Symptom Manage</i>	Ensayo clínico aleatorizado con muy bajo riesgo de sesgo.	322 mujeres que han sobrevivido a una intervención de cáncer de mama fueron asignadas de forma aleatoria a un grupo de intervención mindfulness o a un grupo con el tratamiento habitual.	Se evaluaron los síntomas psicológicos (depresión, ansiedad, estrés y miedo a que se volviese a reproducir el cáncer), físicos (fatiga, dolor, sueño y somnolencia), cognitivos y calidad de vida tanto al inicio, a las 6 y a las 12 semanas.	Desde el inicio hasta las 6 semanas se mostró mejoría en el grupo psicológico y físicos. Los resultados entre 6 y 12 semanas mostraron efectos sostenidos, pero no se observó una mejora adicional.	1++
Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy on late post-treatment pain in women treated for primary breast cancer ³⁰ .	Johannsen et al. 2016 <i>J Clin Oncol</i>	Estudio de casos y controles con bajo riesgo de confusión	129 mujeres operadas de cáncer de mama con un dolor mayor o igual a 3 sobre 10 en hasta 3 escalas de dolor distintas	Se comparó el efecto de 8 semanas de sesiones de mindfulness frente a un grupo placebo, evaluándose, a parte del dolor, la calidad de vida, angustia psicológica y autoconsumo de medicación para el dolor.	Se reevaluó los resultados a los 3 y 6 meses, y se comprobó una reducción significativa en el rango de dolor neuropático. También se produjo una reducción en el resto de valores, pero de forma más leve.	2++
A resilience intervention involving mindfulness training for transplant patients and their caregivers ³¹ .	Stonington et al. 2016 <i>Clin Transplant</i>	Ensayo clínico controlado no aleatorio	31 pacientes sometidos a trasplantes de y 18 de sus cuidadores en sesiones de mindfulness combinadas.	Se midieron, través de cuestionarios, el estrés, depresión, ansiedad, CVRSM, calidad del sueño, afecto positivo y afecto negativo al inicio, a las 6 semanas de intervención y a los 3 meses de terminar.	Se redujeron los niveles de estrés, afecto negativo, depresión y ansiedad. La CVRSM y el afecto positivo aumentaron. Pacientes y cuidadores notificaron mayor resiliencia y capacidad de controlar el estrés.	1-

Artículo	Autor, año y revista de publicación	Diseño	Muestra	Metodología	Resultado	Nivel de evidencia
Mindfulness based program for improving quality of life among hematopoietic stem cell transplantation survivors: feasibility and preliminary findings ³² .	Grossman et al. 2015 <i>Support Care Cancer</i>	Ensayo clínico controlado no aleatorio	62 pacientes trasplantados de células madre hematopoyéticas	Se examinó la CVRS, fatiga, depresión y ansiedad. El grupo control recibió entrenamiento mindfulness durante 8 semanas y se evaluaron los resultados antes, después y a los 3 meses de terminar.	Se mejoró la CVRS y se redujo la depresión y la ansiedad en la post-intervención en el grupo de control frente al grupo placebo. Se destaca que tras los 3 meses los beneficios se redujeron.	1-
Effect of mindfulness-based stress reduction on somatic symptoms, distress, mindfulness and spiritual wellbeing in women with breast cancer: Results of a randomized controlled trial ³³ .	Würtzen et al. 2015 <i>Acta Oncol</i>	Ensayo clínico aleatorizado con muy bajo riesgo de sesgo.	336 mujeres operadas de cáncer de mama en los estadios I-III	Se comparó la reducción de los síntomas somáticos, angustia, estrés y bienestar espiritual tras finalizar la intervención Mindfulness, después de 6 y 12 meses y se comparó los resultados con el grupo que recibió el tratamiento habitual.	Se produjo una reducción de los síntomas somáticos dentro de los 6 meses que no se alargó hasta los 12. La ansiedad y el estrés se redujeron hasta los 12 meses. No se encontró una mejora en el bienestar espiritual.	1++
Addressing sexual dysfunction after risk-reducing salpingo-oophorectomy: effects of a brief, psychosexual intervention ³⁴ .	Bober et al. 2015 <i>J Sex Med</i>	Ensayo clínico con moderada posibilidad de sesgo o confusión.	37 mujeres con antecedentes familiares de cáncer de ovario o con mutaciones BRCA1/2 operadas de una salpingo-ooforectomía.	Se realizó una sesión educativa de sensibilización corporal y estrategias de mindfulness, seguidas de 2 sesiones guiadas por teléfono. Se administraron escalas al inicio y a los 2 meses de la intervención.	Respecto a las evaluaciones iniciales, mejoró la función sexual, excitación, satisfacción y el deseo. Se redujo el dolor, la somatización de los síntomas y la ansiedad.	1+

Tabla 1. Artículos revisados en el desarrollo. Figura de elaboración propia

ANEXO IV

Nivel de evidencia	Tipo de estudio
1++	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos.
1+	Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos.
1-	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles, o estudios de cohortes o de casos y controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de confusión, sesgos o azar y una significativa probabilidad de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos (observaciones clínicas y series de casos).
4	Opiniones de expertos.

Tabla 2. Niveles Evidencia SIGN³⁶

BIBLIOGRAFÍA

1. Pajuelo Gallego A., Castillo Parra J.C., Puerta López J., Martínez Jiménez R., Narbona Calvo B., Moleón Camacho, M. et al. Bloque quirúrgico: proceso de soporte. Andalucía: Consejería de Salud; 2004. p. 11-13.
2. Del Amo Muñoz E, Pérez Prudencio G.M. Atención de enfermería en el paciente quirúrgico. En: García García M.A, Hernández Hernández V., Montero Arroyo R., Ranz González R. Enfermería de Quirófano 1. 1ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2005. p. 201-231.
3. Ojeda Carpio T.M., Barbón Pérez O.G. Principales temores preoperatorios en los pacientes de cirugía electiva. Lecciones a aprender para el manejo del paciente en la cirugía artroscópica. *Rev Cuba Reumatol.* 2015; 17(3): 178-186.
4. Quintanilla Sanz A., Serra Gabernet L., Boix Llobet C., Alonso Patiño A. Niñoles Asín M., Cucurull Llobet MA. Atención de enfermería en los cuidados intraoperatorios de la prostatectomía radical. *Taxonomía Nanda, diagnósticos, NIC y NOC.* *Enfuro.* 2009; 112(4): 8-18.
5. Pérez Zarza A., Rubio Gil F.J. Plan de cuidados estandarizado para el preoperatorio y postoperatorio inmediato del trasplante renal: Taxonomía NANDA/NIC/NOc. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol.* 2008; 11(2): 68-73.
6. Hervás G., Cebolla A., Soler J. Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud.* 2016; 27(3): 115-124.
7. Linares L., Estévez A., Soler J., Cebolla A. El papel del mindfulness y el descentramiento en la sintomatología depresiva y ansiosa. *Clínica y Salud.* 2016; 27(2): 51-56.
8. Black D.S. Hot Topics: A 40-years publishing history of mindfulness. *Mindfulness Research Monthly.* 2010; 1(5): 1-5.
9. Simon V. Mindfulness y psicología: presente y futuro. *Info Psicológica.* 2010; 100(1): 162-70.
10. Martínez, E., Pacheco, M. El incremento de mindfulness con el ejercicio de la psicoterapia. *Acción Psicológica,* 2012; 9(2), 111–116.
11. Parra Delgado M., Montañés Rodríguez J., Montañés Sánchez M., Bartolomé Gutiérrez R. Conociendo mindfulness. *Ensayos.* 2012; 27(1): 29-46.
12. Vásquez-Dextre E.R. Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Rev Neuropsiquiatr.* 2016; 79(1): 42-51.
13. Kabat-Zinn, J. Mindfulness Meditation: What It Is, What It Isn't, And It's Role In Health Care and Medicine In: Haruki, Y., Ishii, Y., and Suzuki, M. Comparative and Psychological Study on Meditation. Netherlands: Eburon 1996. p. 161-169.
14. Khoury B., Lecomte T., Fortin G., Masse M., Therien P., Bouchard V., et al. Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2013; 33: 763-71.
15. Kim S.H., Schneider S.M., Kravitz L., Mermier C., Burge M.R. Mind-body practices for posttraumatic stress disorder. *J Investig Med.* 2013 Jun;61(5):827-34.
16. Fjorback L.O., Arendt M., Ornbøl E., Walach H., Rehfeld E., Schröder A. et al. Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes: randomized trial with one-year follow-up. *J Psychosom Res.* 2013; 74(1):31-40.
17. Reiner K., Tibi L., Lipsitz J.D. Do mindfulness-based interventions reduce pain intensity? A critical review of the literature. *Pain Med.* 2013; 14(2):230-42.
18. Chiesa A., Serretti A. Mindfulness-based interventions for chronic pain: a systematic review of the evidence. *J Altern Complement Med.* 2011; 17(1):83-93.
19. Song Y, Lu H, Chen H, Geng G, Wang J. Mindfulness intervention in the management of chronic pain and psychological comorbidity: a meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences* 2014; 1(2): 215-223.
20. Lengacher CA, Reich RR, Paterson CL, Shelton M, Shivers S, Ramesar S. et al. A Large Randomized Trial: Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) for Breast Cancer (BC) Survivors on Salivary Cortisol and IL-6. *Biol Res Nurs.* 2019; 21(1):39-49.
21. Dowsey M, Castle D, Knowles S, Monshat K, Salzberg M, Nelson E et al. The effect of mindfulness training prior to total joint arthroplasty on post-operative pain and physical function: A randomised controlled trial. *Complement Ther Med.* 2019; 46:195- 201.
22. Weston E, Raker C, Huang D, Parker A, Robison K, Mathews C. The Association Between Mindfulness and Post-operative Pain: A Prospective Cohort Study of Gynecologic Oncology Patients Undergoing Minimally Invasive Hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2019; 23: 553-569.
23. Coelho BA, Paiva SPC, Da Silva Filho AL. Extremely brief mindfulness interventions for women undergoing breast biopsies: a randomized controlled trial. *Breast Cancer Res Treat.* 2018; 171(3):685-692.

24. Westenberg RF, Zale EL, Heinhuis T, Özkan S, Nazzal A, Lee SG. et al. Does a Brief Mindfulness Exercise Improve Outcomes in Upper Extremity Patients? A Randomized Controlled Trial. *Clin Orthop Relat Res*. 2018; 476(4):790-798.
25. Dalrymple, Clark, Chelminski, Zimmerman. The Interaction Between Mindfulness, Emotion Regulation, and Social Anxiety and Its Association with Emotional Eating in Bariatric Surgery Candidates. *Mindfulness*. 2018; 9(6): 1780-93.
26. Wnuk S.M., Du C.T., Van Exan, J, Wallwork A., Warwick, K, Tremblay L, et al. Mindfulness-Based Eating and Awareness Training for Post-Bariatric Surgery Patients: a Feasibility Pilot Study. *Mindfulness*. 2018; 9(3): 949-960.
27. Gross C.R., Reilly-Spong M., Park T., Zhao R., Gurvich O.V., Ibrahim H.N. Telephone-adapted Mindfulness-based Stress Reduction (tMBSR) for patients awaiting kidney transplantation. *Contemp Clin Trials*. 2017; 57:37-43.
28. Chad-Friedman E., Talaei-Khoei, M., Ring, D., Vranceanu, A. First use of a brief 60-second mindfulness exercise in an orthopedic surgical practice; results from a pilot study. *Arch Bone Jt Surg*. 2017; 5(6): 398-403.
29. Reich R.R., Lengacher C.A., Alinat C.B., Kip K.E., Paterson C., Ramesar S. Mindfulness-Based Stress Reduction in Post-treatment Breast Cancer Patients: Immediate and Sustained Effects Across Multiple Symptom Clusters. *J Pain Symptom Manage*. 2017; 53(1): 85-95.
30. Johannsen M., O'Connor, M., O'Toole, M.S., Jensen, A.B., Højris, I., Zachariae, R. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy on late post-treatment pain in women treated for primary breast cancer: A randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2016; 34(28): 3390- 3399.
31. Stonnington CM, Darby B, Santucci A, Mulligan P, Parthuis P, Cuc A. et al. A resilience intervention involving mindfulness training for transplant patients and their caregivers. *Clin Transplant*. 2016; 30(11):1466-1472.
32. Grossman P, Zwahlen D, Halter JP, Passweg JR, Steiner C, Kiss A. A mindfulness- based program for improving quality of life among hematopoietic stem cell transplantation survivors: feasibility and preliminary findings. *Support Care Cancer*. 2015; 23(4):1105-12.
33. Würtzen H, Dalton S.O., Christensen J, Andersen K.K., Elsass P. et al. Effect of mindfulness-based stress reduction on somatic symptoms, distress, mindfulness and spiritual wellbeing in women with breast cancer: Results of a randomized controlled trial. *Acta Oncol*. 2015; 54(5): 712-719.
34. Bober S.L., Recklitis C.J., Bakan J., Garber J.E., Pate-naude A.F. et al. Addressing sexual dysfunction after risk-reducing salpingo-oophorectomy: effects of a brief, psychosexual intervention. *J Sex Med*. 2015; 12(1): 189-197.
35. Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura MÉDICA. Ali-cante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p. 13-17.
36. Manterola, C., Asenjo-Lobos, C., Otzen, T. (2014). Jerarquización de la evidencia: Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. *Rev Chilena Infectol*, 31(6), 705-718.

La Revista Hygia de Enfermería considerará para su publicación los trabajos que tengan interés por los conocimientos e informaciones específicos de ciencias de la salud y que contribuyan al desarrollo y mejor definición de la enfermería en cualquiera de sus actividades.

NORMAS

1. Los trabajos que se proponen para su publicación en Hygia de Enfermería: Deben ser originales, inéditos, no aceptados ni enviados simultáneamente para su consideración en otras revistas. En el caso de que el trabajo se haya presentado en alguna Jornada, Congreso o evento similar se deberá indicar el nombre completo del congreso, fechas y lugar de celebración, así como su forma de presentación (póster, comunicación oral o ponencia). También si se ha publicado en el resumen del libro oficial del congreso, estimando que en el caso que fuera el texto completo no se consideran inéditos.
2. Los autores deben indicar si han recibido financiación y si pudiera existir un conflicto de intereses.
3. Al menos, uno de los autores deberá ser profesional de enfermería. No se aceptarán más de seis autores por trabajo, excepto si viene justificada su autoría y aportación personal de cada uno de ellos.
4. Los autores deben obtener autorización previa para: Presentar datos o figuras íntegras o modificadas que ya hayan sido publicadas. Publicar fotografías que permitan la identificación de personas. Mencionar a las personas o entidades que figuren en los agradecimientos.
5. Los autores renuncian tácitamente a los derechos de publicación, de manera que los trabajos aceptados pasan a ser propiedad de la revista Hygia de Enfermería. Para la reproducción total o parcial del texto, tablas o figuras, es imprescindible solicitar autorización del Consejo de Redacción y obligatorio citar su procedencia.
6. El Consejo de Redacción de la revista Hygia de Enfermería propondrá a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del correspondiente original. En estos casos, los autores deberán remitir el original con las modificaciones propuestas en un plazo no superior a seis meses; en caso contrario, el trabajo quedará descartado.
7. Al objeto de garantizar la titulación de los firmantes, para la publicación de cualquier artículo científico en la revista Hygia, los autores Graduados o Diplomados en Enfermería deberán acreditar su condición de colegiados en el Colegio de procedencia y aquellos con otra titulación mediante fotocopia del título correspondiente.
8. Cuando el artículo cumpla la normativa exigida para su publicación, el Consejo de Redacción comunicará a los autores la idoneidad del mismo. Desde el momento de la comunicación comenzará a contar el plazo de un año para la publicación del mismo. Transcurrido ese plazo sin la correspondiente publicación del artículo podrá quedar descartado por exceso o acumulo de publicaciones pendientes, comunicándose a su autor para que pueda retirar el original en el Colegio.
9. Cada autor y/o coautor solamente podrá publicar un artículo por cada año natural en la revista Hygia de Enfermería.
10. Los autores deben aceptar todas las normas de la revista Hygia de Enfermería. El Consejo de Redacción de la revista Hygia de Enfermería no asume responsabilidades derivadas de las afirmaciones realizadas en los trabajos, ni el falseamiento o incumplimiento de las presentes normas.

TIPOS DE ARTÍCULOS

Se pueden proponer los siguientes tipos de trabajos:

Artículos Originales: descripción completa de una investigación básica o clínica que proporcione información suficiente para permitir una valoración crítica.

Revisiones: revisión de publicaciones anteriores relacionadas con un tema de interés, que pretende ofrecer una actualización de los conocimientos sobre el mismo.

Casos clínicos: breve descripción de uno o varios casos que presentan un problema determinado, mostrando aspectos nuevos o instructivos que contribuyan al aumento del conocimiento de la enfermería.

Artículos especiales: se publicarán los trabajos de formación continuada, protocolos, procedimientos, técnicas y cualquier otro documento que pueda ser de interés científico para la profesión.

PREPARACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán elaborarse siguiendo las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas disponible en: <http://www.icmje.org>. y encontrándose traducida al castellano en: http://www.fisterra.com/recursos_web/mbe/vancouver.htm. Se recomienda a los autores que lo revisen con consultas y lecturas antes del envío o presentación de los manuscritos.

Los textos deben de estar mecanografiados con un tamaño de fuente de 12 puntos, a uno y medio espacio, por una sola cara, con márgenes de 2,5 cm., en papel blanco de tamaño DIN A-4 y una extensión máxima aproximada de unas 15 páginas (gráficos, figuras, fotos, etc. deberán ir a parte y sin contar como páginas). Las hojas se numerarán correlativamente en el ángulo inferior derecho. El trabajo se presentará tanto impreso en papel como en CD/Diskete. Las abreviaturas en la primera ocasión que se utilicen deben ir precedidas por el término sin abreviar, a menos que sea una unidad de medida estándar y, a ser posible, emplear abreviaturas utilizadas internacionalmente. Evitando su uso en el título y resumen.

PRESENTACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

I. Se indicarán, en el orden que aquí se cita, los siguientes datos:

En primera página, fuera de paginación.

Título del artículo tanto en castellano como en inglés.

Nombre de pila completo y apellidos de cada uno de los autores, profesión y centro de trabajo en su caso.

Centro/s donde se ha realizado el trabajo.

Nombre, dirección de correo electrónico, y teléfono del autor responsable para la correspondencia.

Financiación total o parcial del estudio si existiese (conflicto de intereses).

Si se ha presentado como ponencia, comunicación oral, póster, etc. en algún congreso.

II. Resumen y palabras clave.

En segunda hoja, fuera de paginación, deberán incluirse los resúmenes y las palabras clave en castellano e inglés.

Resumen.

Su extensión aproximada será de 150 palabras. Se caracterizará por: 1) poder ser comprendido sin necesidad de leer parcial o totalmente el artículo; 2) desarrollar los puntos esenciales del artículo en términos concretos; 3) estará ordenado observando el esquema general del artículo en miniatura, y 4) no podrá incluir material o datos no citados en el texto.

Debajo del resumen se especificarán de tres a seis palabras clave para referencia cruzada de los centros de datos.

III. Texto.

Será presentado en castellano, paginado y en la medida de lo posible se ordenará de acuerdo con los siguientes apartados y según el tipo de artículo:

Introducción.

Será breve y planteará el estado de la situación, debe describir el problema de estudio y sus antecedentes, y argumentarse con referencias bibliográficas actualizadas. Y se establecerá claramente el objetivo del artículo.

Material o Personas y Métodos/Caso Clínico/Observaciones.

Se señalarán los sujetos, métodos y procedimientos utilizados; materiales y equipos empleados y el tiempo del estudio. Cuando sea necesario se señalará el tratamiento estadístico seguido y las razones de su elección.

Resultados.

Describirá los datos recogidos y los hechos observados de una manera concisa, objetiva y sin interpretar. Guardando una secuencia lógica en el texto y destacando las observaciones más relevantes.

Discusión y Conclusiones.

Interpretará y explicará razonadamente el significado de los resultados, las limitaciones del estudio y las implicaciones futuras. Si procede se hará comparación con otros estudios similares y finalmente se tratará de relacionar las conclusiones con los objetivos del trabajo.

IV. Agradecimientos.

Deberán dirigirse a las instituciones, organizaciones y personas, si las hubiera, que han contribuido de forma significativa en la realización del estudio. Los autores tienen la responsabilidad de obtener los correspondientes permisos en su caso.

V. Bibliografía.

Las referencias bibliográficas preferentemente se numerarán consecutivamente en el orden de aparición por primera vez en el texto. Las citas bibliográficas de artículos de revista, libros, protocolos, leyes u otro material publicado o en soporte electrónico deben realizarse siguiendo las normas de Vancouver, disponible en las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas, mencionadas anteriormente.

Ejemplos:

Artículos de revistas

Autor/es Personal/es:

Miguez A, Muñoz D, Sanchez J. Vendaje e inmovilizaciones con yeso. Hygia de Enfermería 2007; 65 (XIV): 11-19.

Con siete o más autores (citar los seis primeros y añadir et al.)

Autor Corporativo:

Evidence-based Medicine Working Group. Evidence-based Medicine. JAMA 1992; 286: 2420-2425.

Libro Completo:

Kéroutac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, SA; 1996.

Capítulos de libros:

Gomez de la Cámara A. Medicina basada en la evidencia. Implicaciones en atención primaria. En: Manual de Medicina basada en la evidencia. Elementos para su desarrollo y aplicación en Atención Primaria de Salud. Madrid: Jarpay. 1998.p. 15-27.

Artículo en Internet:

Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Efectividad de la atención compartida en el punto de enlace entre la atención primaria y especializada en el tratamiento de enfermedades crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.[Acceso 10 Sep 2007] Disponible en: <http://www.update-software.com>.

VI. Tablas.

Figuras y Tablas: Se numerarán de forma correlativa con números arábigos y según el orden de aparición en el texto. Deben servir de complemento al texto y no de repetición. Las tablas llevarán el título en la parte superior y con nota a pie, necesaria para su mejor comprensión. Se entienden por figuras: fotografías, gráficas, hojas de valoraciones, esquemas, etc. Las fotografías seleccionadas deberán ser de buena calidad para mejorar su reproducción; en el dorso llevarán una flecha indicando la parte superior.

Tanto las figuras como las tablas se presentarán en sobre aparte, en ningún caso incluidas en el texto para su mejor procesamiento gráfico. Incluyendo en este sobre un folio con las leyendas de los pie de fotografías y de otras figuras, si fuera necesario.

PROfundizar:

Financiamos tus estudios impartidos por tu colectivo profesional.

Profundizar. O lo que es lo mismo, convertirte en un profesional más grande. Eso es lo que consigues cuando completas tus estudios. Por eso, si tu colegio profesional imparte cursos o másteres y tú quieres asistir, nosotros te los financiamos. Y es que sabemos tan bien como tú que aprender es algo que un profesional no debe dejar de hacer nunca.

Si eres miembro del **Excelentísimo Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla** y buscas promover tu trabajo, proteger tus intereses o tus valores profesionales, con **Banco Sabadell** puedes. Te beneficiarás de las soluciones financieras de un banco que trabaja en PRO de los profesionales.

Llámanos al **900 500 170**, identifícate como miembro de tu colectivo y empecemos a trabajar.

sabadellprofessional.com



Captura el código QR y
conoce nuestra news
'Professional Informa'

XXXVII

Certamen Nacional de Enfermería "Ciudad de Sevilla"



Fco. Luis Ramos Araujo

PREMIOS: PRIMERO: 4.140 € SEGUNDO: 2.070 € TERCERO: 1.380 € Accésit ENFERMERÍA JOVEN: 1.150 €
Los premios se concederán al autor o autores que mejor contribución aporten a la investigación y trabajos científicos de Enfermería y cumplan las siguientes

BASES

- DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- OBJETO:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos y que, con anterioridad, no se hubiesen presentado a ningún otro Premio o Certamen de esta misma naturaleza, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo. No serán objeto de estos premios los trabajos subvencionados por otras entidades científicas o comerciales, ni las tesis doctorales presentadas a tal fin. El Certamen se amplía con un Accésit denominado "Enfermería Joven" y dotado con 1.150 €. Se otorgará al estudio monográfico o trabajo de investigación inédito de los presentados al Certamen por profesionales de enfermería colegiados que hubiesen terminado los estudios universitarios hasta cuatro años anteriores a la presente convocatoria, debiendo presentar documento que acredite el año de finalización de los estudios de enfermería. Un mismo trabajo no se podrá presentar, conjuntamente, a los Premios y al accésit. Cualquier colegiado que cumpla los requisitos indicados en el párrafo anterior, podrá optar por alguna de las dos modalidades. En el caso de presentarse para el "Accésit Enfermería Joven", habrá de hacer constar expresamente en el sobre cerrado el lema: "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla. Accésit Enfermería Joven". Con el fin de cumplimentar el objeto de los premios del Certamen Nacional de Enfermería "Ciudad de Sevilla", el autor o primer firmante de cada trabajo deberá presentar en la documentación establecida en el punto 9 de estas bases, una declaración jurada de que el trabajo es inédito y no ha sido anteriormente presentado en ningún evento o publicado en cualquier otro medio. Del mismo modo, no tendrán la consideración de trabajos inéditos actuaciones consistentes en pequeñas variantes o modificaciones sobre el título o el contenido de cualquier trabajo anterior conocido o publicado por el mismo autor.
- DOTACIÓN:** La dotación económica será de 4.140 € para el trabajo premiado en primer lugar; 2.070 € para el premiado en segundo lugar y 1.380 € para el premiado en tercer lugar y Accésit Enfermería Joven 1.150 €.
- PRESENTACIÓN:** Los trabajos que opten a este Certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada Convocatoria anual marque, no tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía. Se presentarán por triplicado, en tamaño D.I.N. A-4, por una sola cara y encuadrados. Incluirán en separata un resumen de los mismos, no superior a dos páginas, así mismo, también se incluirá un *pen drive* que contenga el texto del trabajo y siguiendo las mismas bases.
- CONCURSANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de Graduado o Diplomado en Enfermería que se encuentren colegiados. Un autor/a o coautor/a sólo podrá presentar un trabajo cada año.
- JURADO:** Será Presidente del Jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales pertenecerán: uno al Colegio de Sevilla, uno a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y cuatro a la Facultad de Enfermería o sus unidades docentes y centros adscritos. Todos los miembros del Jurado serán Graduado o Diplomados en Enfermería. Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El Jurado será nombrado anualmente.
- INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este Certamen supone la aceptación de las Bases.
- DECISIÓN DEL JURADO:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del Jurado, que será inapelable. Los premios no podrán quedar desiertos ni ser compartidos entre dos o más trabajos.
- DOCUMENTACIÓN:** Los trabajos serán remitidos por correo certificado con acuse de recibo o cualquier otra empresa de cartería, al Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla, Avda. Ramón y Cajal, 20-Acc. (41.005 Sevilla), en sobre cerrado con la indicación "XXXVII CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA CIUDAD DE SEVILLA". No llevarán remite ni ningún otro dato de identificación. Las personas que residen en la provincia de Sevilla podrán depositar el trabajo, si lo prefieren, personalmente en la Sede colegial. En su interior incluirá: El trabajo conforme se indica en el punto 4º de estas bases, firmado con seudónimo; sobre cerrado, identificado con el mismo seudónimo incluyendo nombres, y dirección completa de autor o autores, teléfono de contacto del 1º firmante, certificado de colegiación reciente y curriculum vitae de la totalidad del equipo si lo hubiere. **Los trabajos presentados omitirán obligatoriamente referencias a localidad, centro o cualquier apartado, que pudiera inducir a los miembros del jurado a la identificación, antes de la apertura de las plicas, de la procedencia o autores de los mismos.**
- PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:** Los trabajos que se presentan en el certamen quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo, habrá de hacerse mención a su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que ha sido premiado en el "XXXVII Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- TITULAR DEL PREMIO:** Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo.
- Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el 31 de octubre de 2021.** Los premios serán comunicados a sus autores o primer firmante por el Secretario del jurado, mediante correo certificado. **El fallo del jurado se hará público el día 16 de diciembre de 2021. El incumplimiento de una de las bases será motivo para quedar excluido del certamen.**

PREMIADOS 2020

1º Premio: Nerea Jiménez Picón (Sevilla)
2º Premio: Mª José Polvillo Avilés (Sevilla)
3º Premio: Laura Borrego Cabezas (Sevilla)

Accésit Enfermería Joven: José Antonio Alfonso Montero (Sevilla)



157 años
avanzando con
la profesión

Patrocinan



Sabadell