



HYGIA de ENFERMERIA

Volumen 38 - Nº 108 - Octubre 2021

Colegio de Enfermería de Sevilla

La atención al parto domiciliario en Andalucía.
Visión de las matronas

Funciones de la Enfermera de Atención Primaria. Más allá de la Consulta

Dificultades en el establecimiento de la lactancia materna.
Presentación del caso

Cuidados de enfermería a paciente intervenido de pancreatitis aguda

Riesgo de suicidio en la adolescencia. Actuación de la matrona y de la enfermera

Beneficios del contacto piel con piel en cesáreas.
Revisión bibliográfica

Instauración y mantenimiento de la lactancia materna en mujeres con partos inducidos

El papel de la enfermera en el cuidado de los pacientes terminales oncológicos



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.

EDITA

Excmo. Colegio Oficial de
Enfermería de Sevilla

DIRECTOR

José María Rueda Segura

SUBDIRECTORA

María Pilar Cordero Ramos

CONSEJO DE REDACCIÓN

Coordinador Editorial

José Román Oliver

Miembros

Carmelo Gallardo Moraleda

M^o Carmen Gautier González

Félix González Gómez

M^o Josefa Espinaco Garrido

Hipólito Gallardo Reyes

TIRADA

11.000 ejemplares

ISSN

1576/3056

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@eco.es

ENVÍO DE ARTÍCULOS

hygia@eco.es

MAQUETACIÓN,

FOTOMECÁNICA E IMPRESIÓN

Tecnographic, S.L.

Tel. 95 435 00 03

Sumario/Summary

Editorial

- 4 El convenio de la investigación enfermera
José Román Oliver

Originales/Originals

- 5 La atención al parto domiciliario en Andalucía. Visión de las matronas
Home birth assistance in Andalusia. A midwife point of view
Cristina Quirós Córdoba, M^a Cristina Nuño Aguilar, M^a Teresa Martín Cortés
- 10 Funciones de la Enfermera de Atención Primaria. Más allá de la Consulta
Primary Care Nursing's Functions. Beyond the Consult Service
Noelia Lozano Muñoz, María del Carmen Sánchez Velázquez

Casos clínicos/Clinical cases

- 17 Dificultades en el establecimiento de la lactancia materna. Presentación del caso
Difficulties in establishing breastfeeding. Presentation of the case
Jaime Macías García, Sandra García Ginés, Cristina Quirós Córdoba
- 22 Cuidados de enfermería a paciente intervenido de pancreatitis aguda
Nursing care for a patient operated for acute pancreatitis
Silvia García Liñán

Revisiones/Reviews

- 28 Riesgo de suicidio en la adolescencia. Actuación de la matrona y de la enfermera
Suicide risk in adolescence. Performance of the midwife and the nurse
María Domínguez Mejías, Almudena Bordes Henares, Roberto López Navarro
- 37 Beneficios del contacto piel con piel en cesáreas. Revisión bibliográfica
Benefits of skin-to-skin contact in caesarean section. Bibliographic review
Alba María Martín Victorio, Manuel Escamilla Cardeñosa, Elena María García Jiménez
- 45 Instauración y mantenimiento de la lactancia materna en mujeres con partos inducidos
Beginning and continuation of breastfeeding in mothers who have induced labours
Rosario Ortiz Carrero, Natalia Padilla Hernández, Lorena Morrugares Sicilia.
- 52 El papel de la enfermera en el cuidado de los pacientes terminales oncológicos
The role of the nurse in care of terminal oncological patients
José Antonio Agudo Caballero, Beatriz Lucena Porras, Natividad Calero Mercado



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

Autora: M^a Teresa Carrasco Rangel

Título: Tranquilidad Salmantina

Nº Colegiada: 7.079

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.

El convenio de la investigación enfermera

La investigación en enfermería nos permite generar conocimientos propios de nuestra disciplina que derivan en un avance fundamental en la prestación de cuidados y promoción de conductas saludables. Nos permite dotarnos de criterios adecuados para la toma de decisiones lo más acertadas posibles. A través del desarrollo de esta área de la enfermería es donde podemos observar el progreso permanente de la profesión, con un carácter de actualización continua en conocimientos y prácticas, basados en la máxima evidencia disponible.

Nada es fácil y todo necesita de constancia y esfuerzo, más cuando no disponemos de una larga trayectoria investigadora, derivada entre otros factores por la falta de estímulos y ayudas que nos hubiese facilitado el camino. Actualmente y afortunadamente esta situación ha cambiado, especialmente desde la puesta en marcha del Espacio Europeo de Educación Superior desde el año 1999, con el proceso de Bolonia y su impulso a la armonización de los diferentes sistemas educativos de la Unión Europea. Se crea el establecimiento de vínculos adecuados entre el Espacio Europeo de Educación y el Espacio Europeo de Investigación. Se decide por la Declaración de Bolonia que España desde el año 2010 todas las enseñanzas deberán estar adaptadas a la nueva estructura.

Mediante todos estos cambios en la enseñanza, nos hemos situado al mismo nivel que otros estudios que ya disponían de capacidad y recursos para gestionar y producir sus propios conocimientos. De forma que actualmente la producción de investigaciones y publicaciones científicas del conocimiento de enfermería es aceptable pero no suficiente. La disponibilidad de recursos que faciliten el acceso a una investigación y publicación de calidad es muy necesaria, por ello, lo que nos brinda una institución como la Fundación Index de Enfermería es una buena noticia para la profesión y sobre todo para nuestra área de investigación que nos va a permitir avanzar con más facilidad, rapidez, seguridad y formación.

En este sentido el convenio que acaba de firmar el Colegio de Enfermería de Sevilla con esta entidad, nos va a permitir como colegiados tener acceso a todos sus recursos sin coste alguno, simplemente tenemos que inscribirnos a través de su página web. Vamos a disponer de una gran herramienta que nos va a facilitar el trabajo de investigación y publicaciones.

¿Qué aporta el convenio? En general una amplia gama de consultas y divulgación del conocimiento científico, formación para la investigación y mucho más, como el refuerzo de competencias profesionales mediante programas de enfermería en práctica avanzada, apoyo metodológico en actividades de investigación, incorporación a grupos de investigadores, de revisores, colaboradores editoriales, promoción de la práctica de publicación mediante asesoramiento y facilitación de acceso a la misma, disponer permanentemente de las últimas actualizaciones con las mejores evidencias, alertas de publicaciones, etc.

Mediante el acceso a CIBERINDEX como plataforma especializada en la Gestión del Conocimiento en Cuidados de Salud que tiene como misión proporcionar a profesionales

e instituciones de cualquier ámbito (asistencial, docente, gestor o investigador) soluciones prácticas e innovadoras para la ayuda en la toma de decisiones fundamentadas en el conocimiento científico.

El acceso a CUIDEN®, que como Base de Datos Bibliográfica de la Fundación Index incluye producción científica sobre Cuidados de Salud en el espacio científico Iberoamericano. A CUIDEN® Plus es una versión avanzada de acceso exclusivo a suscriptores de Ciberindex. Información sobre Indicadores de Impacto o Repercusión, actividad y consumo de información de las revistas sobre Cuidados de Salud en el Espacio Científico Iberoamericano. A REHIC como catálogo electrónico de publicaciones periódicas, que puede ser útil para conocer los números disponibles para consulta y cuáles están indexados en CUIDEN. CANTÁRIDA como fondo de Ciberindex con 45 recursos a texto completo sobre el cuidado de la salud [A-Z]. HEMEROTECA CANTÁRIDA como proyecto de la Fundación Index que persigue establecer un entorno de intercambio científico y diálogo entre editores, autores y lectores.

Revistas científicas. Publicaciones periódicas a texto completo sobre el cuidado de la salud, editadas por sociedades científicas, instituciones y universidades de España, Portugal, Brasil, Colombia y México. Con ediciones propias y asociadas.

Bases de datos y buscadores. Fondos y recursos documentales. Fondos únicos en su género, como una colección de monografías sobre investigación en cuidados de salud, una plataforma de edición de reuniones científicas, un fondo de materiales biográficos de pacientes y cuidadores, o una biblioteca digital iberoamericana. Una completa selección de recursos para investigadores y para profesionales que deseen estar permanentemente actualizados sobre la actividad investigadora sobre el cuidado de la salud. 2.0 (webs, blogs y noticiarios).

Página con enlaces a otras bases de datos: CINAHL, LILACS, MEDLINE, PudMed, CUIDATGE, ENFISPO, IBECS, MEDES, Cochrane Library Plus, Cuiden Evidencia. Directorios de revistas, hemerotecas y buscadores como Google Scholar, Hemeroteca Cantárida, Latindex, SCIELO y SCOPUS. Otros recursos documentales: biblioteca nacional, bibliotecas públicas, red de bibliotecas csic, bireme, c17, decs y Teseo. Catálogo colectivo de publicaciones periódicas de las bibliotecas de ciencias de la salud españolas.

Acceso a FINDEX Universidad Corp. Al programa PRO-ACADEMIA. Acceso y participación en recurso WEB 2.0. Guías clínicas y guías metodológicas y recursos para investigadores. Plazas (algunas gratuitas) de formación en el programa e-INNOVA en actividades semi-presenciales, remotas y a distancia. Acceso al programa Florence de intercambio científico. Apoyo en la creación de semilleros de jóvenes investigadores. Y muchos más recursos y ayudas que podemos ir descubriendo al formar parte de este proyecto que busca la proyección de la mejor producción científica de la enfermería.

Jose Roman Oliver.
Coordinador Editorial de la Revista Hygia de Enfermería.

La atención al parto domiciliario en Andalucía. Visión de las matronas

Home birth assistance in Andalusia. A midwife point of view

■ Cristina *Quirós Córdoba*. Hospital Universitario. Virgen de Valme. Sevilla.

■ M^a Cristina *Nuño Aguilar*. Hospital Universitario. Virgen Macarena. Sevilla.

■ M.^a Teresa *Martín Cortés*. Distrito Huelva Costa. Huelva.

Autora responsable para la correspondencia: Cristina Quirós Córdoba.
enfermeramentecris@gmail.com. Tfno: 67831881 Año 2020.

Fecha de recepción: 02/03/2021 Fecha de aceptación: 20/09/2021

RESUMEN: Los partos en casa son partos fisiológicos de bajo riesgo atendidos por matronas, en los que se interviene si hay necesidad y se deriva al hospital en caso de necesidad, como refiere la evidencia científica. El perfil de las matronas a lo largo de los últimos años, de ahí la necesidad de conocer más a las matronas que atienden partos en domicilio para así avanzar y dar pasos en la mejora de la asistencia a la mujer en todas las circunstancias y seguir el camino que otras comunidades españolas ya han empezado.

Realizamos un estudio Observacional, descriptivo y transversal. Utilizamos datos extraídos de cuestionario enviado a las matronas que atienden partos en casa en Andalucía. Con el objetivo de conocer el perfil de la matrona que atiende partos domiciliarios en este momento y sus condiciones de trabajo para detectar necesidades nuevas y posibilitar la visibilización dentro del colectivo.

PALABRAS CLAVE: Parto en casa, matrona, domicilio.

ABSTRACT: Home births are low risk and physiological birth assisted by midwives where the midwife will act if needed. When complications arise midwives will refer the woman to a hospital according to scientific evidences.

Midwife profile have changed in the last time. That's the reason why we need to know more about the midwives assisting with home births in order to steps towards to improve women assistance in every situation and to follow in the path that other Spanish regions have already started.

We have performed an observational, descriptive and transversal study. We have used data from a questionnaire sent to midwives who assists with home births in Andalusia. With the aim of knowing the profile of the midwife who assists with home births nowadays and their working conditions to detect new needs and enable visibility within the group.

KEYWORDS: home birth, midwife, home.

INTRODUCCIÓN:

El parto domiciliario siempre ha existido, y ha cambiado mucho en los últimos 70 años. Nuestras madres nacieron en casa, pero parieron en el hospital. En este periodo se ha promovido el parto hospitalario, pero también ha aumentado la intervención.¹

La Organización Mundial de la Salud reconoce la importancia de que las mujeres y las familias participen activamente en la toma de decisiones con respecto a los cuidados que reciben durante el embarazo, parto y postparto, y reconoce su derecho a decidir el lugar donde desean dar a la luz.¹

Desde el 2007, la iniciativa al parto normal, basado en la evidencia científica actual, sumándose a la tendencia de las organizaciones sanitarias a disminuir las intervenciones innecesarias, debido al aumento de las complicaciones derivadas de la intervención y promoviendo la satisfacción del proceso.²

La atención exclusiva por matronas en el parto normal representa beneficios, manteniendo la seguridad y aumentando la satisfacción de las mujeres en la experiencia del parto, además de la apuesta por la continuidad de cuidados.

Las matronas debemos ser respetuosas con las características personales de cada mujer, atentas a los factores que afectan al embarazo, y pacientes y empáticas durante el parto. Somos expertas en apoyar el bienestar de la madre y fomentar el parto normal.

El parto tiene sus riesgos inherentes, al igual que muchos otros procesos fisiológicos. Cada lugar de nacimiento conlleva un conjunto particular de riesgos y beneficios. Tras obtener toda la información relativa a las opciones de parto y nacimiento, cada mujer debe evaluar qué conjunto de riesgos y beneficios quiere asumir.

La evidencia científica refleja que no hay diferencia estadística significativa en el resultado en términos de mortalidad materna o perinatal entre el parto hospitalario y el parto en casa teniendo ciertas consideraciones relativas a la asistencia y el estado de salud de madre e hijo/a.^{3,4}

Y dentro de las competencias de las matronas (BOE -2009) encontramos que las matronas estamos cualificadas para^{5,6}:

- Diagnosticar y llevar a cabo el control y seguimiento del embarazo del embarazo normal.
- Reconocer y prestar cuidados al recién nacido y en caso de necesidad realizar la reanimación inmediata.

- Asistir y supervisar la evolución del neonato sano durante el primer mes de vida.
- Asistir y supervisar la evolución de la madre y el neonato durante el primer mes de vida.
- Llevar a cabo programas de educación para la salud, en el embarazo, nacimiento y posparto.
- Llevar a cabo programas para la salud sexual, reproductiva y en el climaterio dirigidos a jóvenes, mujeres, comunidad y grupos de riesgo.
- Asistir a la mujer en el proceso del parto.
- Responsabilizarse de ejercer la especialidad de forma actualizada.
- Realizar una práctica clínica basada en la evidencia científica disponible.
- Evaluar los propios conocimientos, habilidades y actitudes.
- Promover los procesos fisiológicos de la salud materno-infantil, de salud sexual, reproductiva y climaterio.
- Apoyar la no intervención de en ausencia de complicaciones evitando intervenciones innecesarias.
- Fundamentar su práctica clínica en los resultados obtenidos de la investigación científica y en la mejor evidencia disponible.
- Trabajar en equipo en los diferentes ámbitos de la atención materno infantil y de la atención de la salud sexual y reproductiva.
- Promocionar educación y asesoramiento afectivo sexual.
- Asesorar en materia de anticoncepción.
- Realizar consejo preconcepcional.
- Realizar prevención de comportamientos de riesgo para evitar y/o disminuir los embarazos no deseados.
- Realizar prevención de comportamientos de riesgo y asesoramiento sobre ETS.
- Desarrollar la práctica profesional según la legislación vigente.
- Ejercer la especialidad según el Código Ético de la Conferencia Internacional de Matronas.

Los partos domiciliarios, a pesar de no ser promovidos, persisten. Y las matronas que acompañan partos domiciliarios han evolucionado y adquirido formación basada en la evidencia, añadiendo a la fisiología del proceso mayor seguridad y satisfacción en los procesos.

De ahí la importancia de conocer y visibilizar lo realizado, para así seguir mejorando en la asistencia integral a las mujeres en todos sus ámbitos.

Como objetivos se ha propuesto: Visibilizar la Atención al Parto en casa. Mediante: Conocer el número de partos domiciliarios atendidos anualmente en Andalucía. Conocer las condiciones de trabajo, las dificultades y deseos de

mejora de las matronas que atienden partos en casa en Andalucía. Conocer el perfil de las matronas que atienden partos en casa en Andalucía

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio cualitativo fenomenológico de la situación de las matronas que atienden parto en casa en Andalucía. Para ello se elaboró una entrevista a través de un cuestionario de google. El cuestionario constaba de un total de 39 preguntas, abiertas y cerradas, dividido en 6 grupos correspondientes a diferentes ámbitos:

1. Datos generales: edad y zona de asistencia
2. Formación profesional
3. Trayectoria personal
4. Condiciones laborales y asistenciales
5. Opinión sobre la imagen social de la atención al parto domiciliario
6. Apoyo y colaboración con otras entidades.

Se realizó un muestreo por cuota para la obtención de la población sobre la que realizar la entrevista. Para ello se estableció una cuota de un máximo de 20 individuos, debían tener el título de matrona (Enfermera especialista Obstétrica-ginecológica) y ejercer la atención al parto en casa en Andalucía. Para que la muestra fuera válida las matronas investigadoras no participaron contestando a la encuesta.

El equipo de matronas investigadoras estableció un cronograma para llevar a cabo la investigación. En febrero se realizó el diseño del cuestionario, se realizó el listado de matronas que atienden parto en casa en Andalucía y se consiguieron los datos necesarios para establecer el contacto con ellas. Durante el mes de marzo se realizó el envío de cuestionarios a los contactos de matronas que ya poseíamos y se hizo difusión del estudio a través de las redes sociales solicitando la colaboración de matronas de Andalucía que atendieran partos en casa. En abril, mayo y junio se analizaron los resultados obtenidos. El análisis de los datos obtenidos en las encuestas se realizó a través de Grounded theory o teoría fundamentada.

RESULTADOS:

Datos generales: edad y zona de asistencia

Un total de 20 matronas de Andalucía respondieron el cuestionario.

La mayoría de las matronas que atienden partos en casa en Andalucía tienen una media de edad entre los 31 y 45, solo un 10 % son menores de 30 años. (Fig. 1)

Con respecto a las provincias donde mayor porcentaje de matronas atienden partos en casa, la mayoría de ellas asisten partos en Sevilla, seguido de la provincia de Huelva y Granada. En Almería no se localizó ninguna matrona que atendiera partos en domicilio. (Fig. 2)

Formación profesional

La mayoría de las matronas encontraron la motivación para asistir partos en domicilio en la vocación profesional por acompañar los partos, a las mujeres y a sus recién nacidos,

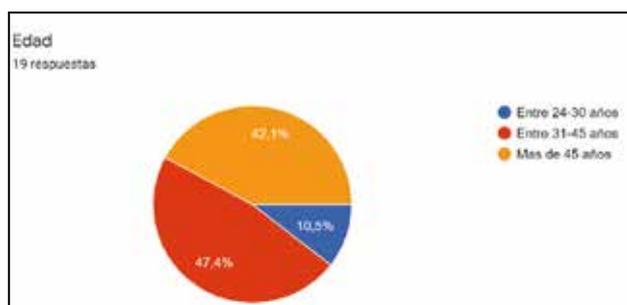


Figura 1

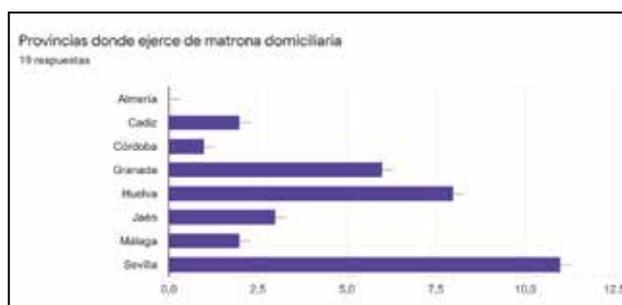


Figura 2

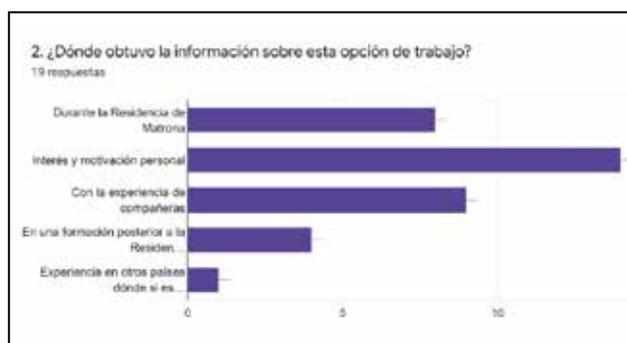


Figura 3

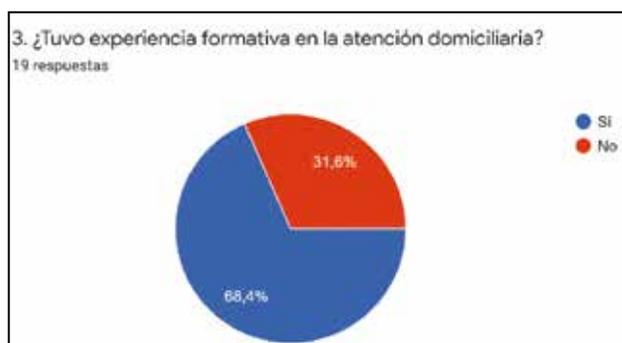


Figura 4

de la forma más natural y fisiológica posible. También destacan la evidencia científica disponible en cuanto a la seguridad del parto en casa, cuando este es de bajo riesgo y es atendido por matronas.

En cuanto a su periodo de formación específica en la atención al parto domiciliario, la mayoría de las matronas se formaron y tuvieron contacto con este tipo de atención por interés personal y por el contacto con otras compañeras que tenían experiencia en la atención al parto en domicilio. Un porcentaje menor obtuvo referencias de esta competencia de las matronas durante la residencia y solo 4 de ellas se formaron posteriormente a la finalización de la especialidad de matrona con un programa de formación específico en la materia. (Fig. 3)

El 68,4 % de las matronas que contestaron el cuestionario habían recibido formación específica sobre la atención al parto en casa. (Fig. 4)

Muchas de las matronas refieren que obtuvieron la formación específica sobre el parto en casa la tras la residencia, la mayoría de ellas mediante cursos de formación y prácticas con grupos de matronas que ya trabajaban en la atención en el domicilio, la mayoría de ellas en España, pero fuera de la comunidad de Andalucía.

Casi la totalidad de las matronas consideran que la formación sobre la atención al parto en casa debería impartirse durante el periodo de formación como especialista en obstetricia y ginecología (matrona) junto con prácticas (como cualquier otra rotación) con matronas que se dedican a la atenciónn domiciliario.

Consideran que es una competencia de la matrona y por lo tanto debe estar dentro del programa formativo de la espe-

cialidad. Solo así se ejercerá de forma segura, basándose en la evidencia, dando alternativas a las mujeres y familias y visibilizando una opción de parto segura. (Fig. 5)

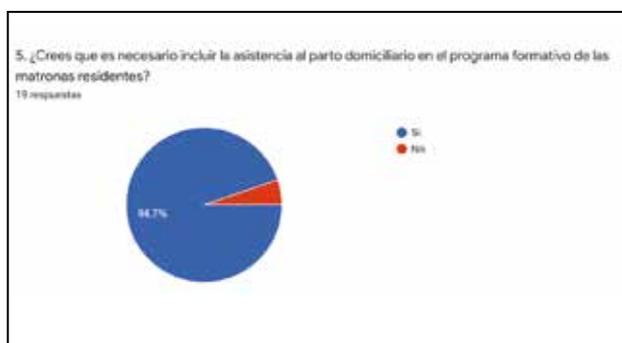


Figura 5

Trayectoria profesional

El 47,4 % del colectivo lleva entre 4 y 10 años atendiendo partos en domicilio y solo el 10,5% lleva más de 20 años dedicándose a ello. (Fig. 6)

El 57,9 % de las matronas han tenido periodos de descanso en su dedicación a la atención al parto en casa. Los motivos que los llevaron a ello fueron: la dificultad para conciliar su vida laboral y familiar, dificultad para compatibilizar la asistencia al parto domiciliaria y hospitalaria y la necesidad de complementar económicamente una actividad aún poco demandada por la población andaluza. No hay registro oficial de los partos en casa que se dan en Andalucía. Según nuestra entrevista, alrededor de 180 partos domiciliarios al año. El número de partos que atiende cada grupo de matronas varía en función de su disponibilidad y de la

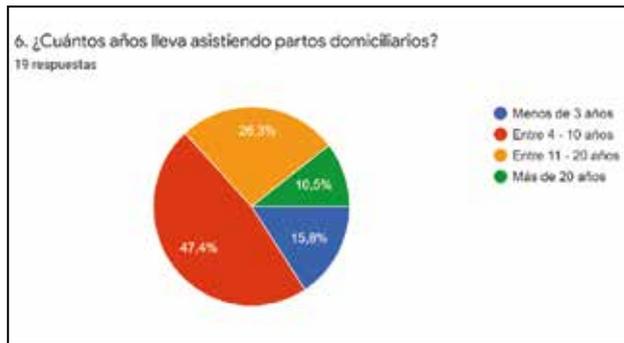


Figura 6

demanda de las mujeres. Se calcula una media 9 partos anuales por matrona y /o grupo de matronas.

Condiciones laborales y asistenciales

El 42.1% de las matronas compatibilizan la atención al parto en domicilio con su trabajo como matronas en asistencia hospitalaria o atención primaria en el servicio público de salud. El 31 % trabaja como matronas independientes y compagina de forma temporal con la asistencia en el servicio público. El 21 % tiene una reducción de jornada en hospital o en atención primaria para poder desarrollar ambos trabajos. Solo un 5. 3% se dedican de forma exclusiva a la atención al parto en casa. (Fig. 7)

En cuanto al tipo de asistencia que ofrecen en el domicilio, el 61 % de las matronas encuestadas atienden acompañada por otra matrona. Solo un 11% atiende de forma individual y otro 11 % atiende acompañada por otro tipo de profesionales. (Fig. 8)

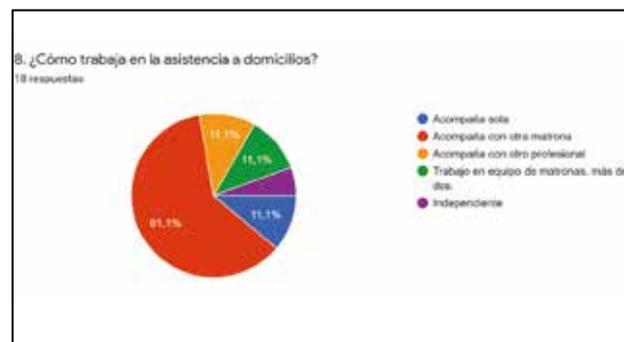


Figura 8

Todas las matronas que elaboraron la entrevista poseen documentos de trabajo para la asistencia al parto tales como: Contrato de servicios, consentimiento informado del tipo de asistencia, historia clínica del seguimiento de la gestante durante el embarazo, parto y posparto, parto-grama y documento de derivación hospitalaria.

Cuando la asistencia en domicilio precisa derivación al hospital, el equipo de matronas domiciliarias se suele poner en contacto con el servicio de Obstetricia del hospital referente para informar de la situación y traslado. Si dicha situación no es urgente, la gestante se trasladará por sus propios medios, si en cambio, la situación es una emergencia se avisan a los servicios de urgencias para su tras-

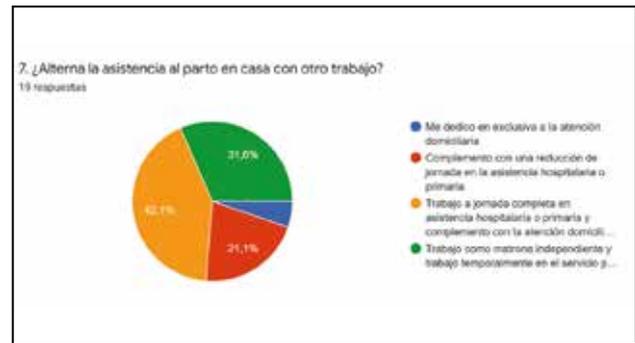


Figura 7

lado en ambulancia. En ambos casos se acompaña a la gestante en el traslado.

La situación que encuentran en el momento de la transferencia en el hospital es diversa y variable dependiendo de la opinión sobre la atención domiciliaria del profesional que reciba la mujer. Por un lado, en la mayoría de las ocasiones nos encontramos con una situación totalmente distinta. Profesionales que realizan juicios de valor, actitudes poco adecuadas, no respetuosas con la autonomía de la mujer, verbalización de prejuicios sobre la atención al parto en casa no basados en la evidencia científica, frases cargadas de culpabilidad hacia la mujer o hacia las matronas que atienden partos en domicilio. Aunque también hay equipos que colaboran sin juzgar durante la transferencia. Las matronas de parto domiciliario también nos encontramos con profesionales que atienden a la mujer sin juzgar ni culpabilizar, teniendo en cuenta nuestros informes de derivación y respetándonos como compañeros.

Opinión sobre la imagen social de la atención al parto domiciliario

La totalidad de las matronas que realizaron la encuesta piensan que existen una imagen social errónea de la atención al parto en casa en España. El sistema no visibiliza la atención al parto en domicilio como una opción segura y basada en la evidencia.

Por otro lado, manifiestan que el colectivo de matronas sabe que la atención al parto en casa es una competencia de nuestra disciplina, pero no se sienten formadas ni seguras para ofrecerla o apoyar a las mujeres que deciden parir en casa como una opción segura si se cumplen una serie de requisitos.

Apoyo y colaboración con otras entidades

Falta de apoyo, orientación, visibilización, asesoramiento y formación por parte de asociaciones y sindicatos. Este es el sentir de las matronas de atención al parto en casa que realizaron la entrevista.

DISCUSIÓN

Las matronas deberíamos asumir la asistencia domiciliaria como una competencia más para la que estamos habilitadas y capacitadas según nuestra formación y especialidad.

Hoy en día, adquirimos competencias que, en el servicio público de salud, no se administran por matronas o no se

dan, con muchas desigualdades entre diferentes comunidades autónomas dentro del mismo Estado.

La asistencia al embarazo y parto de bajo riesgo en domicilio forma parte de nuestras propias competencias como profesión, la más antigua de nuestra historia profesional.

Por otro lado, como matronas es nuestra responsabilidad acompañar a las mujeres en cualquier ámbito, y la decisión de dónde parir es un derecho de la mujer. Si esta competencia no la asumimos, lo harán profesionales no capacitados, ya que la necesidad existe en la población.

CONCLUSIONES

La regularización del parto domiciliario en Andalucía, como ocurre en otras comunidades, contribuiría a unas mejores condiciones asistenciales tanto para las matronas como para las familias, ya que se garantizarían unos estándares de seguridad y buenas prácticas en la atención perinatal. Además, evitaría la desigualdad en derechos de elección del tipo de nacimiento que la familia desea, ya que no todas pueden permitirse la inversión económica que ésta supone. Por último, la inclusión de esta opción de parto dentro del sistema de salud pública normalizaría la situación de las familias que deciden recibir a su hijo/a en su hogar y de las matronas que deciden desarrollar esta competencia, evitando el juicio social al que ambos se ven sometidos actualmente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcaraz I, Casadevall I, Díaz-Maroto S, Domínguez C, et al. Guía de Asistencia del Parto en Casa. Ed. Asociación Catalana de Llevadores. 1ª Ed. Barcelona 2018.
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Ed. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Victoria-Gasteiz. 2010.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia a la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2008. Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. Diciembre 2012.
4. De Jonge A, Van der Goes BY, Ravelli ACJ, Amelink-Verburg

Para superar todas estas dificultades sería preciso establecer mesas de trabajo multidisciplinares, lideradas por matronas, que tuvieran como centro a la mujer, sus necesidades y opiniones. Trabajando conjuntamente para:

1. Favorecer conjuntamente la investigación y elaboración de guías de práctica clínica que unifiquen criterios en la asistencia domiciliaria.
2. Crear espacios de diálogo, jornadas, congresos y formación para fomentar la normalización, con respaldo científico, de nuestra profesión en este ámbito.
3. Fomentar la visibilización social y política de la asistencia domiciliaria.
4. Trabajar en la creación de puentes de unión, diálogo, protocolos consensuados con los profesionales que trabajan en el ámbito hospitalario. Favoreciendo así la seguridad de la mujer y/o neonato en caso de necesidad de traslado al hospital.

Este estudio no se ha financiado con ningún tipo de ayuda económica ni subvención.

Las autoras del estudio no presentan conflicto de intereses.

MP, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529.688 low-risk planned home and hospital births. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2009;116 (9):1177-1184.

5. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, et al. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), CD000934. Advance online publication. 2010. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD000934.pub2>
6. Ministerio de la presidencia, Gobierno de España. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona). *Boletín Oficial del Estado* nº 129, 28-05.2009; Sección III: 44697-44729.

Funciones de la Enfermera de Atención Primaria. Más allá de la Consulta

Primary Care Nursing's Functions. Beyond the Consult Service

- Noelia *Lozano Muñoz*. Enfermera. Centro de Salud de Navalmoral de la Mata. Cáceres.
- María del Carmen *Sánchez Velázquez*. Enfermera. Centro de Salud Navalmoral de la Mata. Cáceres.
Centro de realización del estudio: Área de Salud de Talavera de la Reina. Cáceres.
Correspondencia: Email: noeleiamurci@gmail.com teléfono: 674634496
Fecha de recepción: 20/09/2021 Fecha de aceptación: 15/10/2021

RESUMEN: La enfermería ha sufrido numerosos cambios desde su inicio hasta nuestros días. Como profesionales, somos conscientes de todos los cambios acontecidos a lo largo del tiempo, pero: ¿Lo es la población? ¿Qué imagen tiene la sociedad actual de nuestra profesión? ¿Continúan viéndola una profesión puramente asistencial y feminizada? ¿Son conscientes de desarrollo de la enfermería en el ámbito comunitario? El objetivo principal es analizar la percepción que tienen los usuarios en cuanto a el rol y la imagen social de la enfermería en general, y comunitaria en particular, para ello se ha realizado un estudio cuantitativo descriptivo transversal a través de un cuestionario de elaboración propia llevado a cabo abarcando exclusivamente la población asignada a los centros de Salud Rio Tajo y Talavera Centro del Área de Salud de Talavera de la Reina. Se ha recogido un total de 120 encuestas a pacientes mayores de 18 años, 58,3% mujeres y 41,6 hombres. A la vista de los datos obtenidos, nos llama la atención que, de la población que tiene claro que la enfermería es una profesión universitaria e independiente, la cual realiza más funciones que los antiguos practicantes, no consideran otros lugares de trabajo para los profesionales, fuera del ámbito asistencial, como pueden ser los Ayuntamientos.

PALABRAS CLAVE: Enfermería comunitaria; Evolución enfermería; Historia enfermería; Imagen social enfermería.

SUMMARY: Nursing has undergone numerous changes from its inception to the present day. As professionals, we are aware of all the changes that have occurred over time, but: Is the population? What image does today's society have of our profession? Do they continue to see it as a purely caring and feminized profession? Are they aware of the development of nursing at the community level? The main objective is to analyze the perception that users have regarding the role and social image of nursing in general, and community in particular, for this a cross-sectional descriptive quantitative study has been carried out through a self-elaborated questionnaire carried out exclusively covering the population assigned to the Rio Tajo Health Centers and the Talavera Center of the Talavera de la Reina Health Area. A total of 120 surveys were collected from patients over 18 years of age, 58.3% women and 41.6 men. In view of the data obtained, it draws our attention that, of the population that is clear that nursing is a university and independent profession, which performs more functions than former practitioners, they do not consider other workplaces for professionals, outside the field of care, such as municipalities.

KEYWORDS: Community nursing; Nursing evolution; Nursing history; Nursing social image.

INTRODUCCIÓN

La enfermería ha sufrido numerosos cambios desde su inicio hasta nuestros días. Aspectos externos e internos han influido en la configuración de nuestra profesión¹.

Uno de ellos es el género. La sociedad a lo largo de la historia ha ido creando distintos roles y profesiones que se han atribuido a un determinado sexo, en nuestro caso a la mujer. Las raíces biológicas, que inciden en la división sexual del trabajo, han mantenido a las cuidadoras dentro del límite del ámbito doméstico obstaculizando su proceso de profesionalización². La enfermería como profesión y como ciencia resurge al tiempo que la mujer consigue disminuir las desigualdades y demuestra que los trabajos que la sociedad "asigna" a las mujeres son tan importantes como los de los varones³.

Si nos remontamos a lo largo de la historia, podemos diferenciar dos periodos dentro la evolución de la enfermería. En primer lugar, la llamada etapa pre profesional, con una gran influencia religiosa y caritativa que durará aproximadamente hasta finales del S.XIX. En segundo lugar, a inicios del siglo XX, se inicia la etapa profesional en la que numerosos cambios, de entre los que destacamos el desarrollo de programas formativos y el nacimiento de los modelos de cuidados, sirvieron de impulso para la evolución de la profesión⁴. Centrándonos más específicamente en el desarrollo de la enfermería comunitaria, debemos remontarnos a los años 20, durante la segunda república. En esta época evoluciona de la figura de la enfermera visitadora alcanzando un alto grado de institucionalización en nuestro país⁵. Tras la guerra civil se perdieron numerosos avances pedagógicos, técnicos e ideológicos desarrollados. Posteriormente, en el 1942, la creación del Seguro Obligatorio

de enfermedad y en 1953 con el nacimiento de la figura del ATS, se desarrolló un modelo de enfermería centrado en las tareas asistenciales⁶. Un hecho relevante se da 1978, en la conferencia de Alma-Ata de la OMS, donde se declara la Atención Primaria como la clave para alcanzar la "Salud para todos"^{7, 8}. A partir de 1986, con la Ley General de Sanidad⁹ y en 1977 tras la incorporación de los estudios de enfermería a la universidad, se consagrará la competencia de los enfermeros para trabajar como agentes de salud en la comunidad y se marcan los principios para el establecimiento de una red de servicios de enfermería comunitaria¹⁰. Y ya el último impulso para la enfermería comunitaria fue en 2010, la publicación del programa formativo y la creación de unidades docentes para la formación de especialistas en enfermería familiar y comunitaria¹¹ han sido de crucial importancia para el desarrollo de nuestra profesión.

Como profesionales, somos conscientes de todos los cambios acontecidos a lo largo del tiempo, pero: ¿Lo es la población? ¿Qué imagen tiene la sociedad actual de nuestra profesión? ¿Continúan viéndola una profesión puramente asistencial y feminizada? ¿Son conscientes de desarrollo de la enfermería en el ámbito comunitario?

Desde hace unos años, se han publicado multitud de artículos sobre el tema y en muchos de ellos se muestra el escaso reconocimiento social^{12,13} que tiene la población en cuanto a la enfermería. Así mismo, la sociedad suele relacionar el trabajo enfermero con actividades tales como: administración de inyectables, realización de curas o ayudante del médico^{14,15,16,17}, etc. Aunque se muestra un alto grado de confianza en la labor de la enfermería¹⁸, refieren también que prefieren contrastar el consejo de salud dado por la enfermera con el médico¹⁹. Tal y como concluyen Sridevy & Prassanna Baby²⁰, "la falta de reconocimiento profesional del público en lo que se refiere a la capacidad enfermera, parece resultar de la invisibilidad de las funciones de la enfermería a la mayoría del público".

Se proponen como objetivo general: Analizar la percepción que tienen los usuarios en cuanto al rol y la imagen social de la enfermería en general, y comunitaria en particular. Y como específico: Analizar el conocimiento por parte de los usuarios de las funciones comunitarias de la enfermería de atención primaria (AP).

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio cuantitativo descriptivo transversal a través de un cuestionario de elaboración propia.

Se elige como centro de estudio, el área de Salud de Talavera de la Reina, abarcando exclusivamente la población asignada a los centros de Salud Río Tajo y Talavera Centro. Entre los meses de Febrero a Mayo 2018.

Como población diana y criterios de inclusión: Pacientes, mayores de 18 años, que acudan a las consultas de su enfermera de AP de los centros de salud anteriormente mencionados. Que quieran participar en el estudio.

Criterios de exclusión: Personas que presenten deterioro cognitivo y /o dificultad para la lectoescritura y con limitaciones en el conocimiento del idioma.

Método de muestreo: Muestreo por conveniencia, se incluyeron a todos los pacientes que aceptaron participar voluntariamente y acudieron a los centros de salud mencionados durante el periodo de Marzo a Abril de 2018. Se obtuvo una muestra final de 120 pacientes.

Definición de variables e instrumentos de medida: Se elaboró un cuestionario auto administrado (Anexo II), que cuenta con preguntas abiertas y cerradas de respuesta múltiple. En el que se miden variables sociodemográfica, cuantitativas y cualitativas, distribuidas de la siguiente forma:

- Datos de filiación: Edad, Género y Nivel de estudios.
- Conocimiento acerca de la Existencia de la enfermería profesional: Diferencia entre ATS/DUE.
- Funciones de enfermería en el primer nivel de atención

Asistenciales: Toma de tensión, peso, glucemia, inyectables, extracciones sanguíneas, curas.

Comunitarias: Talleres educación y Promoción de la salud, y prevención salud.

Recetas.

Actividades derivadas del profesional de medicina.

- Campos de desarrollo profesional de la enfermería: Colegios/Institutos, Ayuntamientos, Universidades y Medios de comunicación.
- Forma de reconocimiento del profesional de enfermería por parte de los usuarios.
- Grado de satisfacción con los cuidados y la atención prestada.
- Grado de confianza con la información recibida.
- Reconocimiento social de la profesión: Valoración numérica escala del 0 al 10 (siendo 0 nada y 10 mucho) de 10 profesiones del ámbito sanitario. Recomendación a un familiar cercano de estudiar enfermería.
- Opinión sobre la enfermería en general.

Para el tratamiento estadístico de los datos se realizó el análisis descriptivo de las variables demográficas, calculando las frecuencias, las medidas de tendencia central y de dispersión. Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas de las respuestas a las preguntas del cuestionario aplicado. Para la comparación de frecuencias de respuestas a las preguntas según sexo y nivel de estudio se utilizó el test de Chi cuadrado. Para el análisis de datos se utilizaron los programas Excel 2003 y el SPSS 17.0, se estableció un nivel de significación de 0,05.

RESULTADOS

Participaron un total de 120 personas, de ellas 70 (58.3 %) son mujeres y 50 (41.6 %) hombres. La edad media del total de participantes: 57,8 (DE: 16,1). (Tabla 1). En cuanto al nivel de estudios, 47 (39.1%) poseen estudios básicos o primarios, siendo el porcentaje más elevado.

Distribución de la edad media por género y centro

Edad media por género y centro	
Hombres- RIO TAJO	54,15 años
Mujeres- RIO TAJO	51,68 años
Hombres-TACE	63,7 años
Mujeres- TACE	57,67 años

Tabla 1 Elaboración propia.

Del total de los participantes 60 (54%), consideró que si sabían la diferencia entre un ATS y un DUE (Gráfico 1). De éstas, 30(50%) respondieron que la diferencia radicaba en las funciones de ambos (“ATS solo realiza técnicas”), siendo la respuesta más frecuente. Seguida de “DUE más independiente que practicante”, respuesta que tuvieron

21 (35%) de los usuarios, y por ultimo 9 (15%), consideraron que la diferencia se basaba en la titulación “ATS título antiguo y DUE universitario”.

Respecto a la pregunta que aborda las funciones de la enfermería en el primer nivel de atención, 107 (89.1%) de los participantes marcó como función principal “inyectar, curar y realizar extracciones sanguíneas”, seguida de “Toma de tensión arterial (TA), glucemia basal (GB) y peso” considerada por 103 (85.8%) del total de la muestra. Siendo el ítem “realizar recetas” el menos marcado, 31 (25.8%) (Gráfico 2).

Al comparar las respuestas de ambos géneros a esta misma pregunta, encontramos diferencias significativas en el ítem “actividades derivadas del médico” ya que un 54,0% de los hombres la marcaron, respecto al 35.7% de las mujeres. (Tabla 2)

Porcentajes de respuesta según sexo a las preguntas “funciones de la enfermería en el primer nivel de atención” y “campos de desarrollo laboral de la enfermería”

Pregunta	Respuesta	Masculino	Femenino	P (Nivel significación)
Funciones de la enfermería en el primer nivel de atención	TOMAR TA,GB, Peso	82,0%	88,6%	0,225
	Recetas	32,0%	21,4%	0,137
	Derivaciones Médico	54,0%	35,7%	0,035
	Charlas EPS	50,0%	58,6%	0,228
	Sano/Enfermo (Promoción/Prevención)	60,0%	74,3%	0,073
	Inyectar, Curar, Extracciones	92,0%	87,1%	0,297
	No sabe	0,0%	2,9%	0,338
Campos de desarrollo laboral de la enfermería	Colegio	66,0%	65,7%	0,566
	Universidad	34,0%	42,9%	0,215
	Medios comunicación	28,0%	37,1%	0,198
	Ayuntamiento	24,0%	37,1%	0,092
	Ninguno	28,0%	27,1%	0,539

Tabla 2. Elaboración Propia.

Se encontró que de las 120 personas participantes, 80 (33%) consideraron que los profesionales de enfermería pueden desarrollar su labor en colegios e institutos, siendo este el ítem más marcado. Por otra parte 38 (16%) marcó el ítem Ayuntamiento, siendo el menos considerado. (Gráfico 3)

Los usuarios, más específicamente, los hombres, dieron una nota media de 8.8 a la profesión de enfermería solo superada por Medicina con un 9,3. Por el contrario, las profesiones peor valoradas fueron Celadores (6,4) y administrativos (6,1). No encontrándose diferencias significativas en cuanto al género en ninguno de los ítems (Tabla 3)

Valoración por parte de los usuarios de las diferentes profesiones sanitarias.

La mayoría de los usuarios encuestados 87 (73%), se encuentran muy satisfechos con los cuidados y atención

Profesión	Hombres	Mujeres
	Media	Media
Medicina	9,3	8,5
Enfermería	8,8	7,8
Fisioterapia	7,7	6,6
Auxiliar enfermería	7,3	5,6
Nutrición	7,0	5,5
Terapeutas	6,9	5,5
Trabajo Social	6,7	4,8
Educación Social	6,4	4,7
Celador	6,4	4,5
Administración	6,1	4,6

Tabla 3. Elaboración propia.

GRÁFICOS

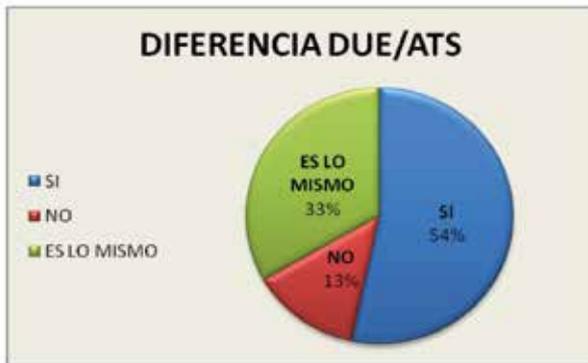


Gráfico 1: Conocimiento de los usuarios en cuanto a la diferencia entre ATS y DUE.



Gráfico 2: Opinión total de los usuarios en cuanto a las funciones más importantes para ellos de la enfermería en el primer nivel de atención.

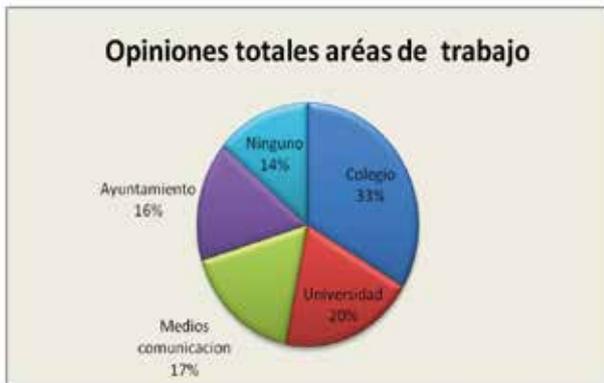


Gráfico 3: Opiniones acerca áreas trabajo enfermería fuera del ámbito asistencial.

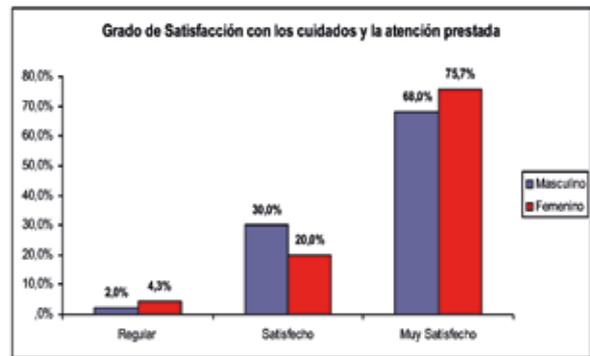


Gráfico 4: Grado de satisfacción con los cuidados y la atención prestada desglosado por género.

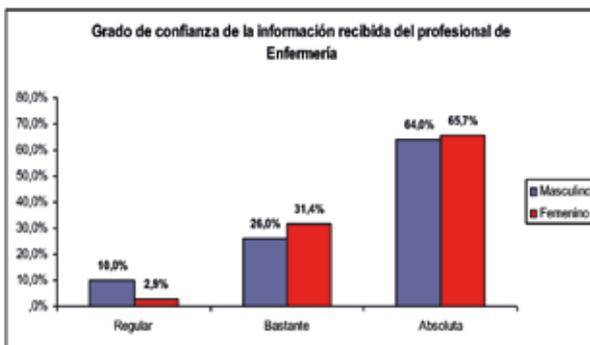


Gráfico 5: Grado de confianza con la información recibida desglosada por género.

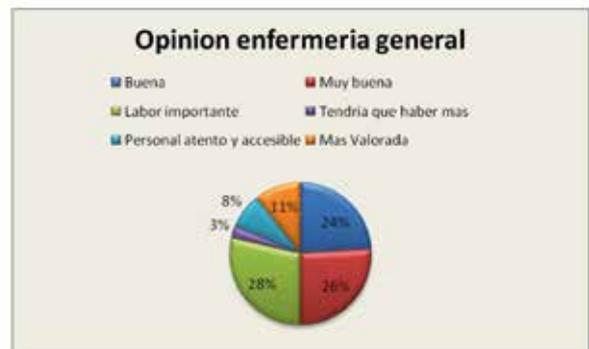


Gráfico 6: Opinión de la enfermería en general por parte de los usuarios.

prestada por su enfermera de AP. Del total de la muestra, 79 (85%), marcaron el ítem “absoluta” en la pregunta grado de confianza con la información recibida. (Gráficos 4 y 5).

Por último, a la pregunta ¿Qué opinión tiene sobre la enfermería en general?, la respuesta más numerosa fue “realizan una labor importante”, la cual respondieron 32 (26.6%) de los participantes. (Gráfico 6).

DISCUSIÓN

Con este estudio pretendíamos demostrar una hipótesis surgida a través del desarrollo profesional como enfermeras en la consulta de atención primaria. Es muy notable, el desconocimiento por parte de los usuarios hacia la profesión de Enfermería de Atención primaria, sus funciones y competencias y la invisibilidad de la misma delegándose el acudir a centros de Atención primaria como ir “Al Médico”.

A la vista de los datos obtenidos, nos llama la atención que, de la población que tiene claro que la enfermería es una profesión universitaria e independiente, la cual realiza más funciones que los antiguos practicantes, no consideren otros lugares de trabajo para los profesionales, fuera del ámbito asistencial, como pueden ser los Ayuntamientos

Cierto es, que un alto porcentaje de los usuarios, piensan que los profesionales pueden desempeñar su labor en colegios y/o institutos .Esto puede deberse a que lo asocian al hecho de realizar actividades asistenciales en los mismos y no comunitarias, ya que como muestran los datos, se observa una notable diferencia en cuanto a las funciones que para ellos son más importantes, quedando las realizadas en el ámbito comunitario delegadas a un segundo plano. Enfermería tiene la responsabilidad de promover, organizar y ejecutar actividades educativas para los usuarios.

Es obvio el desarrollo de la enfermería en apenas 50 años ha sido muy favorable, se ha conseguido romper muchas barreras y mitos, habiendo una evolución notable de la profesión. Los resultados lo demuestran, ya que actividades que hace años eran asociadas a los antiguos practicantes como puede ser hacer recetas o realizar exclusivamente “tareas” que deriva el médico, fueron ítems poco señalados.

Por otra parte, la valoración social que hacen de los profesionales es alta, ya que depositan un alto grado de confianza en los profesionales y el nivel de satisfacción con los cuidados y la atención prestada es elevada. Así mismo, ocupa el segundo puesto en la “escala de estatus social” a pesar de ser históricamente una profesión marcada por el género y que es vista como “complemento del médico”.

CONCLUSIONES

Pensamos que hay mucho trabajo que realizar, la invisibilidad de la enfermería en los tiempos que corren es un trabajo que debemos combatir entre todos los profesionales especialmente los nuevos especialistas tanto en Enfermería Familiar y Comunitaria, como los compañeros de otras especialidades.

Es importante también, formar a los futuros profesionales de Enfermería en una visión holística del profesional, no sólo en la mecanización de técnicas y cuidados. Sabemos que dentro de los programas formativos se incluyen asignaturas donde se les instruye en la Enfermería comunitaria y la investigación, sin embargo a la hora de realizar sus prácticas se basan más en el aprendizaje de técnicas y la visión de la enfermera hospitalaria en que estas otras funciones de: docente, administrativa e investigadora.

Debido a que nuestra Especialidad implica la misión fundamental la promoción del ámbito comunitario, es nuestra labor más que ninguna otra hacer llegar a la población esta faceta de la enfermería tan poco conocida, fuera del ámbito puramente asistencial.

Nosotras mismas como especialistas somos las primeras que debemos ser conscientes de esta realidad y hacer que nuestro trabajo sea imprescindible. Debido a la escases de profesionales de enfermería y a nuestra predilección por el área asistencial han surgido otro tipo de profesiones nuevas que han comenzado a asumir competencias nuestras como el trabajo de enfermería en la comunidad. Creemos necesaria la posibilidad de ampliar propuestas de trabajo para realizar y presentar en ámbitos extra hospitalario, que promueva una visión más adecuada de la Enfermería familiar y comunitaria y presentarla así a la sociedad.

“Hay que salir, ser visibles y mostrar que las enfermeras saben mucho y que se puede hacer mucho a través de la prevención y por la salud” Solo tenemos que dejar convencernos a nosotras mismas de que podemos.

Conflicto de Intereses: No hay conflicto de intereses en ninguno de las autoras.

Financiación: No hay ningún tipo de financiación externa.

Agradecimientos

Quisiera transmitir mi más sincero agradecimiento a todos aquellos que me han ayudado a lo largo de esta etapa y han colaborado en esta investigación.

A todos aquellos pacientes que han compartido sus conocimientos conmigo y con mi compañera M^a del Carmen, así como a todos los profesionales sanitarios de los centros de salud donde hemos desarrollado la investigación que no han dudado en ofrecernos su ayuda.

CUESTIONARIO VALORACIÓN DE LA PERCEPCIÓN QUE TIENE EL USUARIO DE LA ENFERMERÍA EN TALAVERA DE LA REINA

EDAD

SEXO

NIVEL DE ESTUDIOS

1. Sabe la diferencia entre un practicante y un enfermero/a?
 Si
 No
 Es lo mismo
2. En caso de que su respuesta anterior sea afirmativa, podría explicar BREVEMENTE en que se diferencian?

3. Un profesional de enfermería debería ser según su opinión ...
 Hombre
 Mujer
 Ambos
4. De las siguientes actividades, cuales considera que son función de su enfermero/a del centro de salud? Puede marcar varias opciones.
 Tomar tensiones, pesar y medir el azúcar
 Hacer recetas
 Realizar actividades que deriva el médico exclusivamente.
 Prevenir enfermedades dando charlas en escuelas , Ayuntamientos , Centros sociales...
 Trabajar con personas tanto sanas como enfermas
 Inyectar, curar y sacar sangre
 No sabe
5. Además de en un centro de salud y un hospital, donde piensa que puede trabajar una enfermero/a? Puede marcar varias opciones.
 - Colegios e institutos Medios de comunicación : Periódico , TV, radio
 - Dando clases universidad En ninguno
 - Ayuntamiento
6. Como reconoce usted a un enfermero/a

7. Esta usted satisfecho con los cuidados y la atención que le proporciona su enfermero/a?
 Muy Satisfecho
 Satisfecho
 Medianamente satisfecho
 Muy poco satisfecho
 Insatisfecho
8. Confía usted en la información que le da su enfermero/a?
 Absolutamente
 Bastante
 Regular
 Muy poco
 No confía
9. Enumere del 1 al 10 cuál de las siguientes profesiones de la salud tienen más importancia para usted. Siendo 1 poca importancia y 10 mucha.

- Medicina <input type="checkbox"/>	- Celador <input type="checkbox"/>
- Nutricionista <input type="checkbox"/>	- Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/>
- Fisioterapeuta <input type="checkbox"/>	- Administrativo/a <input type="checkbox"/>
- Terapeuta ocupacional <input type="checkbox"/>	- Trabajador social <input type="checkbox"/>
- Enfermería <input type="checkbox"/>	- Educador social <input type="checkbox"/>
10. Recomendaría a su hijo/a que estudiara enfermería?
 Si
 No
 No sabe
11. En caso en que la respuesta a la pregunta anterior fuese que no , podría explicar brevemente el motivo?

12. Podría escribir brevemente la opinión que tiene sobre la enfermería en general?

BIBLIOGRAFÍA:

1. García-Carpintero Blas, E. Reflexión del papel de la enfermería a lo largo de la historia. *Enfermería Global*. 2007; 6 (2). <https://doi.org/10.6018/eglobal.6.2.358>.
2. Siles González J. La construcción social de la Historia de la Enfermería. *Index de Enfermería (edición digital)* 2004; 47. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/47revista/47_articulo_7-10.php [Acceso 10/07/2021].
3. Vicente MC, Delgado AA. Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional. *Revista de antropología experimental*. 2009; (9): 119-136.
4. Martín FH, del Gallego Lastra R, González SA, Ruiz JMG. La enfermería en la historia: un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de Los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades*, Valencia, 1997; 1(2). <https://doi.org/10.14198/cuid.1997.2.05>.
5. Bernabeu Mestre J, Gascón Pérez, ME. Historia de la enfermería de salud pública en España (1860-1977). Publicaciones de la Universidad de Alicante. Alicante: Espagrafic; 1999.
6. Gómez Robles J, Domingo Pozo M. Historia de la enfermería de salud pública en España. *Cultura de los cuidados*. 1999; 5(3) 1º semestre: 20-28.
7. Garisoain V, Merino, R. Enfermería de salud pública en España y Navarra a lo largo del presente siglo. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2009; 20(3): 373-389.
8. Organización Mundial de la Salud y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Informe de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud De Alma Ata. Alma-Ata, URSS. Ginebra. 1978: 6-12. http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm [Acceso 10/07/21].
9. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. «BOE» núm. 102, de 29/04/1986. <https://www.boe.es/eli/es/1986/04/25/14/con> [Acceso 14/07/2021].
10. González JS. Historia de la enfermería comunitaria en España. Un enfoque social, político, científico e ideológico de la evolución de los cuidados comunitarios. *Index Enferm*. 1999; 24(25): 25-31.
11. Orden, SAS. 1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. *Boletín Oficial del Estado*, 157, 57217-57250. <https://www.boe.es/eli/es/o/2010/06/17/sas1729> [Acceso 14/07/2021].
12. Prandi R, Ferri P. Enfermeros: ¿quiénes somos? Un estudio transversal de la imagen social del enfermero en la ciudad de Módena (Italia). *Ágora de enfermería* 2007; 3: 1156- 1159.
13. Stuart P. What the public say. *Nurs Stand* 2004; 18: 14-15.
14. Casanovas I, Lázaro P, Mitjans J, Reixach M. Papel de la enfermera/o desde el punto de vista del usuario. *Enferm Clin* 1995; 5: 61-68.
15. Remírez J, Pereda E, Delgado H, Delgado M. Enfermería y futuro: su evolución, ¿credibilidad? *Enfuro* 2010; 113: 15-18.
16. Hernández LL, Rodríguez ME, Jiménez M, Rangel F. Imagen social de la enfermería. *Rev Cubana de Enferm* 2003; 19: 250-269.
17. Renedo P, Canteras M, Santonja F, Cerezo MJ, Ignoto M. Imagen social de la Enfermería. Encuesta al usuario. *Rev Rol Enf* 1989; 12: 31-37.
18. Vázquez M, Casals J, Aguilar P, Ramírez M, Gómez M, Villarín V. Percepción por el usuario de la imagen de enfermería. *Enferm Clin* 1997; 7: 105-111
19. Martínez JR. Enfermería: opina la sociedad. *Enfermería Científica* 1996; 170-171: 4-8.
20. Sridevy, Prassanna Baby. Public verses self image of nurses. *Int J Nurs Educ* 2010; 2: 50-54.

Dificultades en el establecimiento de la lactancia materna.

Presentación del caso

Difficulties in establishing breastfeeding. Presentation of the case

- Jaime *Macías García*. Matrona del Mundo. Hospital Universitario. Virgen de Valme. Sevilla.
 - Sandra *García Ginés*. Matrona Hospital Universitario. Virgen Macarena. Sevilla.
 - Cristina *Quirós Córdoba*. Matrona Hospital Universitario. Reina Sofía. Córdoba.
- Correspondencia: jaime.due.esm@gmail.com Telefono: 606086268
 Fecha de recepción: 11/07/2021 Fecha de Aceptación: 02/09/2021

RESUMEN: La lactancia materna es el mejor alimento para el recién nacido. Según la OMS debe ser exclusiva hasta los 6 meses de vida y recomendable continuar con ella de forma complementaria hasta, al menos, los 2 años.

En nuestra sociedad existe un alto índice de abandono precoz de la lactancia materna debido a conocimientos deficientes sobre la misma y falta de recursos de apoyo para las madres y familias.

Es importante conocer los factores hormonales, fisiológicos y emocionales que influyen sobre la lactancia materna con el fin de prevenir y afrontar las dificultades que surjan de la forma más adecuada.

PALABRAS CLAVE: lactancia materna, diabetes, lactancia ineficaz, conocimientos

ABSTRACT: Breastfeeding provides the best food for the newborn. According to WHO, it should be used exclusively for up to 6 months of life and it is advisable to continue with it in a complementary manner until the baby is at least 2 years old.

In our society there is a high rate of early abandonment of breastfeeding due to poor knowledge about it and lack of resources for mothers and families.

It is important to know the hormonal, physiological and emotional factors that influence breastfeeding in order to prevent and address the difficulties that arise in the most appropriate way.

KEYWORDS: breastfeeding, diabetes, ineffective breastfeeding, knowledge

INTRODUCCIÓN

Aspectos generales de la lactancia materna

La lactancia materna es considerada la forma de alimentación óptima para el recién nacido por lo que diferentes organizaciones y asociaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Asociación Española de Pediatría (AEPED) y el Ministerio de Sanidad con la publicación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre la lactancia materna, recomiendan que esta sea exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del bebé y mantenida con alimentación complementaria hasta los 2 años o más, mientras madre e hijo así lo deseen.^{1,2,3}

Para favorecer una lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida del bebé, la OMS y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan: el inicio precoz de la lactancia materna en la primera hora de vida, que la leche materna sea el único alimento que reciba el bebé, ni si quiera agua, lactancia materna a demanda tanto durante el día como durante la noche y que no se utilicen biberones, tetinas ni chupetes.

Existen numerosos estudios que hablan sobre los beneficios de la lactancia materna (LM) para el bebé y la madre que amamanta y de la ausencia de estos beneficios para los lactantes alimentados con lactancia artificial.

La lactancia materna aporta al niño toda la energía y nutrientes que necesita en los primeros meses de vida, cubriendo la mitad de las necesidades nutricionales durante el segundo semestre y hasta un tercio durante el segundo año. Proporciona beneficios fisiológicos ya que fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, le protege contra infecciones y enfermedades crónicas, reduce la mortalidad del lactante y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades. Además, favorece el desarrollo emocional ya que ayuda a establecer el vínculo afectivo madre-hijo.

La lactancia materna también aporta beneficios a la salud de la madre: reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama, enfermedad cardiovascular, hipertensión, ansiedad y depresión. y actúa también como factor protector en la osteoporosis y la diabetes mellitus tipo II. Emocionalmente, aumenta su satisfacción y autoestima.

Además, no supone un gasto económico, carece de riesgos para el medio ambiente y tiene una disponibilidad inmediata estando la madre al 100% de sus posibilidades.

Influencia del entorno familiar, formación y experiencias.

El apoyo social y familiar de la madre se trata de un aspecto crucial para el buen desarrollo de la lactancia materna. En una sociedad cada vez más industrializada, con vínculos sociales y familiares de menor consistencia y fuerza, se hace imprescindible la presencia de figuras que favorezcan

la adecuada toma de decisiones en las diferentes situaciones que puedan surgir. De esta forma, pueden existir entornos facilitadores o no facilitadores de la lactancia materna.

En muchos casos la familia se convierte en una red de apoyo imprescindible que favorece la lactancia materna al ayudar en la adaptación a la maternidad y aumentando la confianza y seguridad y proporcionando apoyo emocional, además de ocuparse de otras actividades que permitan que la madre esté centrada en los cuidados del bebé. En otros casos, la familia supone un factor de riesgo para el abandono de la lactancia materna exclusiva, con argumentos que pueden hacer dudar a la madre de si el bebé se está alimentando bien o no. En este caso, el papel del padre es fundamental, para actuar como filtro ante estos comentarios y actitudes, y los deseos de ambos progenitores.

El papel del padre en la lactancia materna es fundamental para un buen desarrollo de la misma. Se trata de la figura emocional más cercana a la madre, a la vez que la que más horas suele pasar con ella de manera general. El apoyo emocional es muy importante y supone un estímulo positivo para aumentar la seguridad y confianza, ambos muy necesarios para continuar con la lactancia materna. Los padres deben estar bien formados en los cuidados del bebé y la lactancia materna y para ello sería ideal que acudiesen juntos a las visitas prenatales y las clases de preparación al parto.

Según se desprende de diferentes estudios, el éxito o no de la LM también depende mucho de las experiencias anteriores de la madre y el padre con respecto a la alimentación de sus otros hijos, de tal forma que la alimentación con leche artificial o un pronto abandono de la lactancia materna anterior, conlleva un rápido abandono de la LM actual; mientras que una experiencia positiva respecto a la LM anterior, favorece un inicio y mantenimiento de LM exclusiva en la actualidad.^{4, 5, 6}

Al igual que la experiencia en lactancias maternas previas, el nivel de estudios en la pareja influye sobre la lactancia materna. Un estudio de Rius –Peris en España, encontró que la proporción de madres que inician lactancia materna es mayor cuanto más alto es su nivel de estudio, de modo que aquellas que tenían estudios primarios la iniciaron en un 74.6%, las de estudios secundarios en un 82.6% y las de universitarios en 87.9%. En dicha investigación tener estudios universitarios fue un factor protector de la lactancia⁷. De manera similar, Hernández encontró que el nivel de educación materno fue la segunda variable con mayor influencia sobre la probabilidad de recibir leche materna y que el riesgo de ser alimentado con leche artificial fue 1.5 veces más alto en el menor nivel educativo.⁸

Además de unos conocimientos y apoyo adecuados sobre lactancia materna, los profesionales de la salud deben conocer los factores que pueden influir dificultando la lactancia materna.

La diabetes gestacional es una de las patologías del embarazo más desconocida por los profesionales en cuanto a su relación con la lactancia.

La diabetes materna se asocia a retraso de la subida de la leche, a bajos niveles de prolactina y a falta de suministro adecuado de leche.

Suele haber mayores dificultades para la lactancia derivadas de complicaciones maternas (cesárea frecuente) y del recién nacido (macrosomía, prematuridad, hipoglucemia precoz, hipocalcemia, problemas respiratorios, ictericia, poliglobulia y malformaciones) con separación precoz madre lactante.

Por todo ello, hay riesgo de menor prevalencia y duración de la lactancia en la diabetes materna.

Conociendo la existencia de esta patología durante la gestación se puede informar y formar a la madre de la forma correcta para prevenir complicaciones con la lactancia tras el nacimiento del bebé. Uno de los recursos más empleados es la extracción prenatal de calostro.

La extracción prenatal de calostro consiste en extraer de forma manual pequeñas cantidades de calostro al final del embarazo para administrarlas al bebé después de nacer, si fuera necesario. El objetivo de la suplementación con calostro es evitar el uso de suplementos de leche artificial en determinadas ocasiones en las que se pueden producir hipoglucemias, deshidratación o pérdida de peso mayor del 7%.

A PROPÓSITO DE UN CASO

Hombre: 31 años. Profesión: matrona

Mujer: 31 años, nivel académico universitario

Previo al embarazo, la madre no verbaliza ni deseo ni rechazo a la lactancia materna. Si hay un deseo verbalizado por parte del padre.

Primigesta. Embarazo planificado y espontáneo.

Antecedentes Personales: sin interés.

Antecedentes Obstétricos: Obstrucción de trompa de Falopio derecha, no permeable por histerosalpingografía. Útero bicorne unicollis.

Embarazo controlado en Alto Riesgo Obstétrico (ARO) por diabetes gestacional controlada con dieta y útero bicorne. Gestación en hemiútero izquierdo. Cólico renal en la semana 17 de gestación.

Parto: 38 Semanas de Gestación (SG). Fase prodrómica domiciliaria de 6-8 horas de evolución. Llegada al hospital en pródromos, administrándose sedación IM y observación en planta, donde a la hora y tras amniorraxis espontánea de líquido claro y cantidad normal, acude a paritorio en dilatación completa y sensación de pujos. A los 15 minutos de volver a paritorio, parto eutócico en decúbito lateral de RN sano con Apgar 9/10. Dos circulares de cordón laxas. Contacto precoz piel con piel. Pinzamiento tardío del cordón. Alumbramiento espontáneo, peso 3320 gramos. Posparto inmediato sin incidencias, pasando a planta.

En el momento del nacimiento, tanto madre como padre tienen decidida lactancia materna exclusiva, iniciándose en el posparto inmediato.

Alta hospitalaria a las 36 horas del nacimiento. Madre y RN sanos, sin datos de interés. Lactancia materna exclusiva al alta del hospital. Peso al alta: 3200

Desde el 3 días de nacimiento, RN muy demandante de L.M. con tomas muy frecuentes y extendidas en el tiempo. Dificultad para mantener un sueño reparador, tanto de día como de noche, no alargándose cada uno por más de 1 hora u hora y media y demandando brazos y pecho en cada despertar por un largo periodo de tiempo (30 -60 minutos). Llanto constante, irritabilidad mantenida a lo largo del día, afebril.

Llegado el quinto día de vida del RN, y tercero en el domicilio familiar, se acude a hospital para consultar con una matrona especializada en lactancia materna, realizándose toma presencial y apoyo psicológico. Ese mismo día, se decide dar una primera toma de leche de fórmula, obteniendo por respuesta 3 horas de sueño relajado y sin llanto. Peso al 7 día: 3680

Madre y familia plantean ultimátum para probar lactancia artificial o mixta, mientras que padre se queda sin argumento ni herramientas para oponerse. Ante la mejoría en la primera toma, el padre pierde más argumentos y herramientas para defender la lactancia materna, aún sin desistir.

Ya en el día 15 de vida, la alimentación es por lactancia mixta a partes iguales, dándose la leche materna con biberón, tras haberla sacado antes con sacaleches manual y después eléctrico. Al sacaleches se llega por decisión de la pareja, pues es la única forma de comprobar directa y objetivamente la cantidad de leche que se extrae. También permanece la toma directa desde el pecho, pero sin un control de si antes o después de cada toma. Peso: 4075 gr.

Aún sin ser una prioridad, y sí con mucho esfuerzo de voluntad, la madre no se niega en ningún momento a probar diferentes opciones, como son seguir poniendo al niño al pecho, continuar estimulando con sacaleches, probar diferentes biberones más respetuosos con la lactancia materna, continuar sin ofrecer al niño chupete,...

Por otro lado, el padre encuentra apoyo en la figura de la abuela materna, quien a pesar de decir haber pasado por la misma situación en sus dos hijos y no haber dado el pecho a ninguno más de unos días, sí reconoce los beneficios de la lactancia materna

Sobre los 20 días de vida, ocurre algo que si marca el devenir de la alimentación del RN. No es hasta entonces cuando la madre siente por primera vez los pechos turgentes e incluso salida de leche por los mismos a "chorro", con el único contacto del agua caliente en la ducha. Esto, unido a la cada vez más cantidad de leche extraída con sacaleches, y el estado de llanto permanente, demanda de brazos, dificultad del sueño, ...termina por animar a la pareja de que igual el problema no es de alimentación y por tanto, a seguir intentando una lactancia materna exclusiva. Peso a los 21 días: 4435 gr.

Avanzan los días, disminuyendo progresivamente la leche de fórmula y aumentando las tomas de leche materna con biberón y las tomas directas del pecho.

Al mes de vida, continúa con leche materna exclusivamente hasta los seis meses de vida, introduciéndose entonces la alimentación complementaria, y permaneciendo con LM hasta los 14 meses. Peso al mes: 4875 gr

Peso a los dos meses: 6700 gr

Peso a los tres meses: 7450 gr

Peso a los seis meses: 9020 gr

En la actualidad, pasados algo más de cinco años desde estos episodios, y con la experiencia de otra lactancia materna de hasta 16 meses en un segundo hijo, donde no aparecieron estas dificultades, la madre plantea que para ella, es más cómoda la lactancia artificial (LA), y que no reconoce en la lactancia materna esos momentos idílicos que escucha en otras madres. Si reconoce que es mejor que la LA, y por ello su esfuerzo en darle a sus hijos LM. En cuanto a la figura del padre, reconoce el gran esfuerzo, físico y psicológico planteado por la madre, además de comprender a toda aquellos padres que terminen tirando la toalla. Aun teniendo los conocimientos, la formación, la facilidad para solicitar ayuda, ... se le plantearon múltiples situaciones donde se quedaba sin argumentos ni motivaciones con las que continuar con la lactancia materna. Visto y recordado desde la distancia, faltaron muchas de las cosas habituales y en teoría normales de la LM (subida de leche al 3-5 día, un niño que permaneciera relajado y dormido tras una toma de pecho, ...) mientras que a la vez, todo ocurrió como podía ocurrir y ser normal a la vez (hubo una ganancia de peso adecuada, mojaba sus pañales en cantidad normal, no había problema de frenillo, el agarre al pecho era bueno, ...). Como conclusión, la pareja considera que por las circunstancias que fuesen (hoy día no saben identificarlas), les tocó un niño muy demandante de brazos, pechos, e irritabilidad en sus primeros meses de vida. Esa constancia en el pecho, hizo que hasta pasados 20 días no se objetivara un pecho turgente y salida de leche, lo que ayudó a que en caso de miedos, incertidumbre y desconocimiento, se rompiera la cuerda por el camino más fácil, que es dudar de la efectividad de la lactancia materna.

VALORACIÓN

Con el fin de plantear un adecuado plan de cuidados se ha realizado una valoración completa a partir de la recogida de datos y la valoración de las necesidades básicas según los patrones funcionales de Gordon. Los cuidados establecidos por la matrona, en este caso el padre del recién nacido y pareja de la puérpera, son desarrollados principalmente para la mujer, no para el recién nacido ni para si mismo (pareja). Sobre estos últimos solo aparecen datos que nos son necesarios para una mayor comprensión del caso clínico.

Patrón 1: Percepción- Manejo de la salud

Gestación de alto riesgo por diabetes gestacional bien controlada con dieta, parto y posparto normoevolutivos.

Buen nivel de autonomía para las AVD

Patrón 2: Nutricional – Metabólico

Sigue una dieta equilibrada.

Patrón 3: Eliminación

Deposiciones diarias de consistencia y color normal. Vaciado de la vejiga adecuado. No manifiesta pérdidas de orina.

patrón 4: Actividad- Ejercicio

Paseos durante el embarazo y el puerperio

Movilidad no alterada

Patrón 5: Sueño- Descanso

Los primeros días de vida del bebé se siente muy cansada. Debido a la continua demanda del recién nacido no tiene un sueño profundo y reparador que le permita descansar.

Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo

No presenta alteraciones.

Patrón 7: Autoconcepto- autopercepción

No presenta alteraciones

Patrón 8: Rol- Relaciones

Su pareja es su principal apoyo durante el puerperio y la lactancia. Debido a que es matrona aporta una información y apoyo desde el conocimiento de la materia. No supone ninguna presión en la toma de decisiones. Ofrece información y apoyo y valida las elecciones tomadas desde la libertad.

Patrón 9: Sexualidad- Reproducción

El embarazo ha sido buscado y deseado. Se ha producido de forma natural.

Patrón 10: Tolerancia al estrés

A pesar del cansancio y las dudas con respecto a la eficacia de la lactancia, la madre presenta un buen afrontamiento a la situación. No presenta alteraciones.

Patrón 11: Valores-Creencias

A pesar de no tener un especial deseo por dar lactancia materna, la madre considera que dicha opción es la más saludable para su hijo. Es por ello que pone todo de su parte para conseguir una lactancia materna eficaz. Por otro lado, la posibilidad de que la lactancia materna no fuera bien no le supone ningún tipo de duelo, frustración ni sensación de pérdida.

PLAN DE CUIDADOS

Se han tomado como referencias los diagnósticos de enfermería, los criterios de resultados e intervenciones según la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

(001049) Lactancia materna ineficaz r/c déficit de conocimientos

NOC:

(1800) Conocimiento lactancia materna

Indicadores	Likert inicial	Liker al alta
(1001) Establecimiento de la lactancia materna. Madre	4	10
(1000) Establecimiento de la lactancia materna. Lactante	7	10
(100118) Satisfacción con el proceso de lactancia	3	10
(100104) Reflejo de eyección de la leche	3	10

NIC:

(5244) Asesoramiento en la LM

- Determinar el deseo y la motivación de la madre para dar de mamar
 - Corregir conceptos equivocados, mala información sobre la alimentación de lactante
 - Mostrar técnicas de amamantamiento, y de masaje de los pechos y explicarle sus ventajas.
- (1054) Ayuda en la lactancia
- Preparación de la madre para que dé el pecho al bebé
 - Vigilar la capacidad del bebé para mamar
 - Controlar el aumento de llenado de los pechos entre tomas
 - Facilitar la intimidad y comodidad
 - Observar al bebe al pecho para valorar posición correcta

CONCLUSIÓN

La lactancia materna es un acto natural, pero al mismo tiempo es un comportamiento aprendido. Numerosas investigaciones han demostrado que las madres y otros cuidadores necesitan apoyo activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia materna. El entorno es determinante para el inicio, el éxito y la duración de la lactancia materna, puesto que es el referente de la madre y le puede ofrecer las herramientas para garantizar el derecho a la alimentación adecuada que tiene su hijo. De ahí la importancia de los profesionales sanitarios, especialmente los relacionados directamente con los procesos de embarazo, parto y puerperio, en el establecimiento de la lactancia materna y su posterior mantenimiento.

De manera poco racional y fundamentada, Cualquier llanto del niño se interpreta como que "pasa hambre", "no se tiene suficiente leche", lo que conlleva que se le añadan suplementos de fórmula, los cuales a su vez harán disminuir el número de tomas del lactante y por tanto la disminución progresiva de la producción de leche materna.

Los padres, y en muchas ocasiones los profesionales, esperan que el niño gane peso de una forma casi programada, y en cuanto se desvía en lo más mínimo de lo que

supuestamente se espera, se sacrifica la LM y se introduce la fórmula adaptada, sin sopesar las consecuencias futuras de estas decisiones poco justificadas.

Las mujeres pueden sentirse en muchos momentos tensa, ansiosas y ligeramente confundidas, unido a una posible falta de experiencia y quizás no un adecuado apoyo, miedo y vergüenza para pedir ayuda, favorece todo ello un abandono precoz de la LM. Estos problemas deben ser manejados convenientemente con la orientación de los profesionales de salud.

Los profesionales de la salud que atienden a las mujeres durante el embarazo, parto y posparto deben conocer la influencia que la diabetes gestacional puede tener sobre la lactancia materna. De este modo se podrán prevenir dificultades y ofrecer recursos y apoyo adecuado para los problemas que puedan surgir, asegurando de esta forma que las madres y familias reciben la adecuada información que les permita disfrutar de una lactancia materna eficaz y plena.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. 54ª Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Mayo 2001.
2. Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactancia Materna. Recomendaciones para la Lactancia Materna. Responsable de la edición: Juan José Lasarte Velillas. Fecha actualización: 1 de enero de 2011.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre la Lactancia Materna. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Victoria-Gasteiz. 2017.
4. Flores-Díaz AL, Bustos-Valdés MV, González-Solís R, Mendoza-Sánchez HF. Factores relacionados con la duración de la lactancia materna en un grupo de niños mexicanos. Archivos en medicina familiar. 2006; 8(1):33-9. Disponible en: <http://goo.gl/IgmxIR>. [Acceso 05/05/2015].
5. Sacristán AM, Lozano JE, Gil-Costa M, Vega-Alonso AT. Red Centinela Sanitaria de Castilla y León. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. Madrid. 2011; 13(49):33-46. <http://doi.org/bmvh4v>.
6. Cárdenas MH, Montes E, Varón E, Arena N, Reina R. Perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de lactancia materna exclusiva. *Enferm. Glob.* 2010; 20:1-10. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/clinica3.pdf>. [Acceso 06/05/2015].
7. Rius JM. Factores asociados al inicio y al abandono precoz de la lactancia materna. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia. Servicio de Publicaciones. Valencia. 2011; 17-188. Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/79015#page=1> [Acceso 05/05/2015].
8. Hernández-Aguilar M, Muñoz-Guillén A, Lasarte-Velillas JJ, García-Vera C, Díaz-Marijuan C, Martín-Calama J. La lactancia materna en la Comunidad Valenciana: Análisis multivariante de una encuesta a 6400 lactantes. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2004; 6(21):19-37. Disponible en: <https://archivos.pap.es/files/1116-340-pdf/353.pdf>. [Acceso 06/05/2015].

Cuidados de enfermería a paciente intervenido de pancreatitis aguda

Nursing care for a patient operated for acute pancreatitis

■ Silvia García Liñán

Graduada en Enfermería. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Correspondencia: E-mail: silviagl9@hotmail.com. Teléfono: 665974290

Fecha de recepción: 21/06/2021 Fecha de aceptación: 30/09/2021

RESUMEN: La pancreatitis aguda es una entidad de notable importancia debido a su elevada incidencia y morbimortalidad. De los pacientes afectados un 20% presentan numerosas complicaciones, tanto locales como sistémicas, con elevada mortalidad. Es fundamental identificar las formas graves para detectar y tratar precozmente el fracaso multiorgánico.

El objetivo fue elaborar un plan de cuidados desde una visión integral del paciente, encaminado a establecer los cuidados necesarios para evitar complicaciones secundarias desde el postoperatorio hasta el alta hospitalaria, mejorando su calidad de vida y favoreciendo su autonomía.

Se realizó una valoración inicial según los once patrones de Marjory Gordon y se estableció el diagnóstico enfermero principal mediante la red de razonamiento clínico del modelo Análisis de Resultado del Estado Actual (AREA) según las taxonomías North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Interventions Classification (NIC).

El paciente no presentó ninguna complicación derivada de la intervención ni del tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Pancreatitis aguda, tratamiento quirúrgico, laparoscopia, complicaciones, enfermería.

ABSTRACT: Acute pancreatitis is an entity of notable importance due to its high incidence and morbidity and mortality. Of the affected patients, 20% present numerous complications, both local and systemic, with high mortality. Identifying the severe forms is essential to detect and treat multiple organ failure early.

The objective was to develop a care plan from a comprehensive view of the patient, aimed at establishing the necessary care to avoid secondary complications from the postoperative period until discharge from hospital, improving their quality of life and favoring their autonomy.

An initial assessment was performed according to the eleven Marjory Gordon patterns and the main nursing diagnosis was established using the clinical reasoning network of the Outcome Present State Test Model (OPT) according to the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) and Nursing Interventions Classification taxonomies (NIC).

The patient did not present any complications derived from the intervention or treatment.

KEY WORDS: Acute pancreatitis, surgical treatment, laparoscopy, complications, nursing.

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda (PA) resulta de la activación prematura de las enzimas digestivas liberadas por el páncreas exocrino, principalmente tripsinógeno a tripsina, dentro de las células acinares provocando su autodigestión y la estimulación potente de macrófagos que inducen la producción de citoquinas proinflamatorias como IL y FNT¹. Causa una gran morbilidad y mortalidad, tiene una incidencia creciente de 33-74 casos por 100.000 personas/año y es una de las enfermedades gastrointestinales que con más frecuencia requiere hospitalización^{1,2}.

Las 3 causas principales de la PA en orden de importancia son los cálculos biliares, consumo prolongado de alcohol e hipertrigliceridemia³.

Para su diagnóstico se requieren 2 de estas 3 condiciones: dolor abdominal intenso de inicio súbito localizado en el epigastrio y a menudo irradiado a la espalda; amilasa (o lipasa) en sangre 3 veces por encima del valor normal;

y/o hallazgos característicos de PA en pruebas de imagen, normalmente en la tomografía computarizada (TC) o menos habitualmente, pero también correcto, una resonancia magnética (RM) o una ecografía transabdominal⁴.

En un 20% de los casos evoluciona en forma grave, desarrollando necrosis pancreática y sepsis. El fallo multiorgánico es normalmente secundario a infección de la necrosis. Sin tratamiento quirúrgico la mortalidad es cercana al 100%. Esto se puede reducir desde un 24% a 39% con tratamiento quirúrgico, sin embargo, las diferentes técnicas se asocian a cifras elevadas de mortalidad y morbilidad principalmente por infección de la herida quirúrgica, fistulas intestinales, evisceración y prolongada estancia postoperatoria^{2,5}. El desarrollo de las técnicas mínimamente invasivas, como la cirugía laparoscópica, es una alternativa válida y disponible en el tratamiento de esta grave complicación, con resultados comparables e incluso superiores a la cirugía abierta y satisfactoria en cuanto a la morbimortalidad postoperatoria⁶.

En 1979 Ranson sintetizaba los objetivos y técnicas quirúrgicas en tres indicaciones esenciales: limitar la gravedad de la inflamación pancreática, interrumpir la patogenia de las complicaciones (lavado peritoneal, drenajes peripancreáticos, resección pancreática, drenaje del conducto torácico) y tratamiento de soporte y de las complicaciones. Los drenajes deben ser de obligatoria utilización en la cirugía pancreática, dada la posibilidad de fístulas anastomóticas o colecciones⁷.

El síntoma primordial que se encuentra presente en más del 95% de los casos de pancreatitis aguda es el dolor abdominal. Suele tratarse de un dolor mal tolerado, de intensidad moderada o severa, situado en cuadrante superior izquierdo o medio del abdomen^{1, 3, 8}.

En las complicaciones de la PA como la disrupción, estenosis del conducto pancreático, colecciones peripancreáticas y pseudoquistes, se ha reconocido los métodos endoscópicos como las terapias más efectivas. Las colecciones líquidas son habituales y la mayoría de los casos se resuelven espontáneamente, pero el 15% se transforman en pseudoquistes⁹.

La metodología empleada está basada en el modelo de Marjory Gordon¹⁰, para la valoración inicial de los problemas, las taxonomías NANDA¹¹, NOC¹² y NIC¹³ para el desarrollo de las necesidades detectadas y el modelo Análisis del Resultado del Estado Actual (AREA) creado por el Dr. Daniel Pesut¹⁴ para interrelacionar los diagnósticos y priorizar el diagnóstico enfermero principal.

Este caso pretende valorar la importancia de un plan de cuidados individualizado para el paciente sometido a cirugía pancreática con el fin de disminuir el riesgo de infección, vigilar las posibles complicaciones secundarias, acortar su estancia hospitalaria y mejorar su calidad de vida.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Varón de 44 años, casado y con dos hijos, nos llega a nuestra planta tras ser intervenido de urgencia por una pancreatitis aguda. Durante la intervención mediante laparoscopia, se observó infección en la zona peripancreática e incluso algunas áreas de páncreas necrótico. Se le coloca drenaje y se pone en tratamiento. Antecedentes personales de hipercolesterolemia, hipertrigliceremia, fumador y bebedor de fin de semana. No alergias medicamentosas conocidas.

El paciente manifiesta su falta de apetito, refiere dolor abdominal. No presenta dificultad de deglución y la hidratación es buena. No tiene intolerancias ni padece náuseas ni vómitos. La temperatura del paciente es de 38,6 °C, pesa 70 kilos, mide 1,82 cm. Es portador de un catéter central en la vena subclavia y otro periférico en la mano izquierda y un drenaje "Blake". TA: 130/80 mmHg, SatO₂: 97%, FR: 16 rpm, FC: 85 lpm. No tiene problemas de visión, audición, de sensibilidad táctil, ni de lenguaje.

Tratamiento prescrito: Omeprazol 40 mg, Clexane 40 mg, Piperacilina 4 g, Lorazepam 1 mg. Lavados con "pig tail", colocado en flanco izquierdo, continuos con 1000 ml de suero fisiológico cada 24 horas. Mantener el drenaje

permeable, si se obstruye, introducir por el tubo de drenaje, un catéter para aspirar secreciones.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio cualitativo tipo estudio de caso. Para ello, se realizó una revisión de artículos de divulgación científica referentes a nuestro tema de estudio.

Sujeto de estudio: Paciente que llega a nuestra planta tras ser intervenido de urgencia por una pancreatitis aguda.

Fuentes de información:

- Historia clínica, entrevista personal, observación directa, información facilitada por el paciente y su familia.
- Para la valoración de los problemas se aplicaron los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon (10) y las taxonomías NANDA¹¹, NOC¹² y NIC¹³ para el desarrollo de las necesidades detectadas.
- Las bases de datos utilizadas fueron PubMed y Cochrane, utilizando los descriptores: Pancreatitis aguda, tratamiento quirúrgico, laparoscopia, complicaciones, enfermería.

Procesamiento de los datos: Los datos se analizaron y estructuraron en base a la metodología enfermera. En primer lugar, se realizó un análisis crítico mediante el modelo AREA para obtener el diagnóstico enfermero principal. Tras la revisión exhaustiva, los artículos fueron seleccionados y clasificados según los criterios de interés y objetivos del trabajo.

RESULTADOS

Para la realización del plan de cuidados, se siguió el Proceso de Atención Enfermera (PAE), desarrollando sus 5 etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. Se utilizaron las taxonomías NANDA¹¹, NOC¹² y NIC¹³.

Valoración:

Se realizó basándose en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon¹⁰, acompañada de instrumentos de medida de salud.

Patrón 1: Percepción-manejo de la salud

No alergias medicamentosas conocidas. Hábitos tóxicos: fumador y bebedor de fin de semana.

Portador de un catéter central en la vena subclavia y otro periférico en la mano izquierda.

Patrón 2: Nutricional-Metabólico

Peso: 70 kg. Talla: 182 cm. IMC: 21,13 Normopeso. T^a: 38,6 °C

Hipercolesterolemia. Hipertrigliceremia. No presenta dificultad de deglución. No náuseas ni vómitos. Hidratación adecuada.

Patrón 3: Eliminación

Portador de un drenaje "Blake".

Patrón 4: Actividad-Ejercicio

TA: 130/80 mmHg. FC: 85 lpm. SatO₂: 97%. FR: 16 rpm.

Patrón 5: Sueño-Descanso

Dificultad para conciliar y mantener el sueño debido a dolor abdominal y procedimientos terapéuticos.

Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo

Consciente y orientado en las tres esferas. No presenta problemas de memoria ni dificultad para el aprendizaje.

Refiere dolor abdominal, nos indica una puntuación de 7 en la Escala numérica del dolor (0=Ausencia de dolor, 10=Dolor de Máxima Intensidad).

Patrón 7: Autopercepción-Autoconcepto

Presenta una buena actitud hacia sí mismo.

Patrón 8: Rol-Relaciones

Está casado y tiene dos hijos.

Patrón 9: Sexualidad y Reproducción

No presenta alteraciones.

Patrón 10: Adaptación-Tolerancia al estrés

Siente preocupación y nerviosismo por la evolución de su enfermedad.

Patrón 11: Valores y Creencias

Se considera una persona católica y practica su fe.

Priorización y justificación de diagnósticos de enfermería

Tras el análisis de los datos obtenidos, se usó la taxonomía NANDA¹¹ para formular los diagnósticos enfermeros y la red de razonamiento clínico del modelo AREA¹⁴ para identificar el diagnóstico principal.

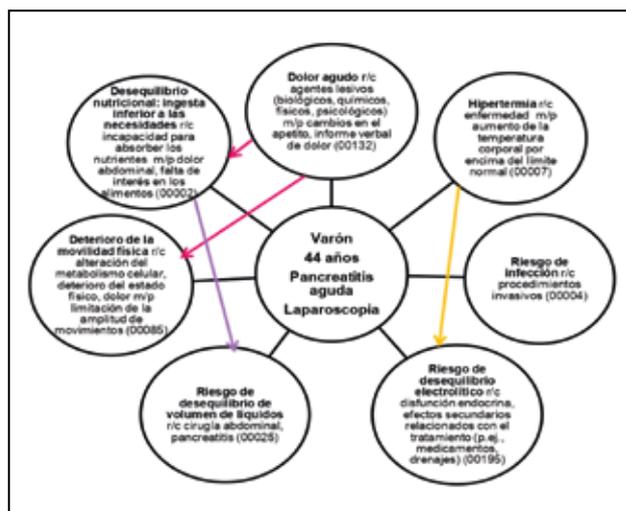


Figura 1: Modelo AREA de los diagnósticos enfermeros.

Fuente: elaboración propia utilizando la taxonomía NANDA¹¹ y el modelo AREA¹⁴.

Como se puede observar en la red de razonamiento clínico, destaca que el diagnóstico Dolor agudo r/c agentes lesivos

(biológicos, químicos, físicos, psicológicos) m/p cambios en el apetito, informe verbal de dolor (00132) compromete a la misma vez a otros dos diagnósticos, que son: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c incapacidad para absorber los nutrientes m/p dolor abdominal, falta de interés en los alimentos (00002) y Deterioro de la movilidad física r/c alteración del metabolismo celular, deterioro del estado físico, dolor m/p limitación de la amplitud de movimientos (00085).

En consecuencia se priorizó y actuó sobre el dolor agudo, ya que probablemente es el que más diagnósticos enfermeros solucionará.

Tal y como indican Sánchez Rodríguez et al¹⁵, el síntoma que adquiere especial relevancia en la pancreatitis aguda es el dolor, en general relacionado con la ingesta previa importante de comida o alcohol, que obliga a adoptar posturas antiálgicas. Este síntoma se presenta de forma casi constante (85-100%) y está en relación con la afección de las neuronas pancreáticas por la reacción inflamatoria, los exudados y la extravasación de sangre. También contribuye la reacción peritoneal producida por la peritonitis química causada por los restos hemáticos y exudados ricos en enzimas pancreáticas.

Así, actuando sobre el dolor agudo disminuiríamos el cuadro de malestar general y podremos mejorar el desequilibrio nutricional por defecto y por consiguiente el riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos además del deterioro de la movilidad física.

Planificación del diagnóstico principal

Se establecieron los resultados empleando la clasificación de resultados de enfermería NOC¹². Los indicadores de los resultados se acompañan de tres mediciones: Puntuación Inicial (PI), Puntuación Diana (PD) y Tiempo (T). Para evaluar los criterios de resultado se utilizó una escala tipo Likert.

1. (1605) Control del dolor. PI: 2; PD: 4; T: 72 horas.

Indicadores:

- (160501) Reconoce factores causales. PI: 2; PD: 4; T: 24 horas.
- (160504) Utiliza medidas de alivio no analgésicas. PI: 2; PD: 4; T: 72 horas.
- (160513) Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario. PI: 3; PD: 4; T: 72 horas.

Escala de Likert: (1) Nunca demostrado, (2) Raramente demostrado, (3) A veces demostrado, (4) Frecuentemente demostrado, (5) Siempre demostrado.

2. (0404) Perfusión tisular: órganos abdominales. PI: 1; PD: 3; T: 7 días.

Indicadores:

- (040403) Equilibrio electrolítico y ácido-base. PI: 1; PD: 4; T: 7 días.
- (040422) Enzimas pancreáticas. PI: 1; PD: 4; T: 7 días.

- (040408) Dolor abdominal. PI: 3; PD: 4; T: 3 días.
- (040427) Equilibrio de líquidos alterado. PI: 3; PD: 4; T: 3 días.
- (040428) Pérdida de apetito. PI: 3; PD: 4; T: 3 días.

Escala de Likert: (1) Desviación grave del rango normal, (2) Desviación sustancial del rango normal, (3) Desviación moderada del rango normal, (4) Desviación leve del rango normal, (5) Sin desviación del rango normal.

Ejecución del diagnóstico principal: Intervenciones y actividades

Para trabajar las intervenciones y actividades se usó el manual de clasificación de intervenciones de enfermería NIC¹³:

1. Manejo del dolor (1400)

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales (hoja de informe, llevar un diario).
- Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.

2. Administración de analgésicos (2210)

- Comprobar el historial de alergias a medicamentos y las órdenes médicas en cuanto al fármaco, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.

- Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.

3. Enseñanza: procedimiento / tratamiento (5618)

- Explicar el procedimiento/tratamiento al paciente y a su familia y enseñar cómo cooperar/participar.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.

4. Monitorización de los signos vitales (6680)

- Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio.
- Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.

5. Terapia intravenosa (4200)

- Realizar los cinco principios antes de iniciar la infusión o administración de medicaciones (fármaco, dosis, paciente, vía y frecuencia).
- Administrar medicamentos por vía intravenosa, según prescripción, y observar los resultados.

6. Manejo de líquidos/electrolitos (2080)

- Monitorizar el estado hemodinámico, incluyendo los niveles de la presión venosa central (PVC), presión arterial media (PAM), presión arterial pulmonar (PAP) y presión de enclavamiento capilar pulmonar (PECP).
- Llevar un registro preciso de entradas y salidas.
- Explorar las mucosas bucales, la esclera y la piel del paciente por si hubiera indicios de alteración del equilibrio hidroelectrolítico (sequedad, cianosis e ictericia).

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Final	Tiempo
(1605) Control del dolor	2	4	4	72 horas
Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Final	Tiempo
(160501) Reconoce factores causales	2	4	4	24 horas
(160504) Utiliza medidas de alivio no analgésicas	2	4	4	72 horas
(160513) Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario	3	4	4	72 horas

Tabla 1: Evaluación de los indicadores NOC del diagnóstico principal.

Escala de Likert: (1) Nunca demostrado, (2) Raramente demostrado, (3) A veces demostrado, (4) Frecuentemente demostrado, (5) Siempre demostrado.

Fuente: Elaboración propia basada en manual NOC¹².

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Final	Tiempo
(0404) Perfusión tisular: órganos abdominales	1	4	4	7 días
Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Final	Tiempo
(040403) Equilibrio electrolítico y ácido-base	1	4	4	7 días
(040422) Enzimas pancreáticas	1	4	4	7 días
(040408) Dolor abdominal	3	4	4	3 días
(040427) Equilibrio de líquidos alterado	3	4	4	3 días
(040428) Pérdida de apetito	3	4	4	3 días

Tabla 2: Evaluación de los indicadores NOC del diagnóstico principal.

Escala de Likert: (1) Desviación grave del rango normal, (2) Desviación sustancial del rango normal, (3) Desviación moderada del rango normal, (4) Desviación leve del rango normal, (5) Sin desviación del rango normal.

Fuente: Elaboración propia basada en manual NOC¹².

Evaluación del diagnóstico principal

Para trabajar los objetivos del diagnóstico principal se usó el manual de clasificación de resultados de enfermería NOC¹²:

Como se puede observar se consiguió alcanzar el objetivo, ya que la puntuación diana era de 4 y el resultado final también fue 4.

Los resultados obtenidos fueron favorables, ya que nuestro principal objetivo era reducir el dolor agudo provocado por la infección pancreática, y por otro lado combatir dicha infección. Durante la estancia del paciente en nuestra planta, no presentó ninguna complicación derivada de su intervención ni del tratamiento y una vez tratada la hipotermia las constantes vitales se han mantenido dentro de la normalidad.

Se logró alcanzar el objetivo, ya que la puntuación diana era de 4 y el resultado final también fue de 4.

Se alcanzó tratar la infección pancreática, controlando el estado del equilibrio hidro-electrolítico evitando la hipovolemia o shock y reducir el dolor abdominal que presentaba, consiguiendo aumentar el apetito y la movilidad que estaba condicionada a las vías venosas y al drenaje.

DISCUSIÓN

El eje del plan de cuidados individualizado (PAI) es la persona y todo el plan se dirige a la consecución de los objetivos planteados, a obtener los mejores resultados de la manera más eficiente para ofrecer la máxima calidad en los cuidados. Los cuidados se planifican y se ofrecen

considerando a la persona en su conjunto, de forma holística teniendo en cuenta sus necesidades físicas, psíquicas, sociales, espirituales, sus intereses, valores y deseos específicos, así como a su familia y comunidad.

La aparición de complicaciones locales o sistémicas, el fallo orgánico, el empeoramiento de comorbilidades previas y la mortalidad definen la gravedad de una pancreatitis aguda. Es fundamental poder pronosticar con fiabilidad y de forma precoz la gravedad y posible evolución de esta enfermedad para poder establecer medidas terapéuticas y de control apropiadas.

No existe un tratamiento específico para la inflamación pancreática. Las principales medidas son no dar alimentos por boca, aportar abundantes líquidos intravenosos y administrar fármacos para aliviar el dolor y los vómitos.

El presente PAI mejoró la calidad de vida del paciente, puesto que se logró reducir el dolor, bajar la fiebre e identificar y tratar las causas de la infección mediante las intervenciones enfermeras y una correcta alimentación saludable, propiciando una mejora notable de la patología. Además, se consiguió prevenir las complicaciones asociadas de la enfermedad y del proceso de encamamiento.

La vigilancia de los efectos beneficiosos y/o secundarios de la medicación, los cambios bruscos del dolor y su repercusión en el estado general de cada paciente confieren significación al papel que desempeña enfermería en la valoración de las necesidades individuales y en la planificación de las intervenciones enfermeras.

Aunque la intervención principal para el alivio del dolor es la administración de analgésicos, para obtener un adecuado manejo del dolor no se debe subestimar el componente subjetivo del mismo.

Es muy importante intentar reducir los factores que disminuyen el umbral doloroso: ansiedad, miedo, tristeza, cansancio...de modo que es necesario que los profesionales sanitarios expliquen al paciente todos los procedimientos y tratamientos que le vayan a realizar y den tiempo para que hagan preguntas y discutan sus inquietudes, favoreciendo un ambiente terapéutico de confianza a la vez que disminuyen sus miedos y preocupaciones. Con la familia debemos promover los potenciales de apoyo de la familia implicándoles el cuidado, reconociendo su labor y favoreciendo el acercamiento que, a veces, la hospitalización interrumpe.

Las dificultades encontradas fueron la limitación para el manejo del dolor, ya que algunas veces las dosis prescritas por el médico no siempre eran eficaces teniéndolo que avisar para que le pautara medicación de rescate o incluso modificar el tratamiento.

CONCLUSIONES

Para concluir, el modelo AREA es una herramienta imprescindible para interrelacionar las etiquetas diagnósticas y decidir las principales, lo que repercute en que el PAI sea más operativo. Debemos utilizar un lenguaje enfermero común mediante las taxonomías NANDA, NOC y NIC, dado que facilitaría no solo la investigación en nuestro ámbito sino también la comunicación entre los distintos profesionales, garantizando la uniformidad y continuidad de la atención enfermera y garantizando la máxima calidad de cuidados al paciente, familia y comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lee PJ, Papachristou GI. New insights into acute pancreatitis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2019 Aug; 16(8):479-496.
2. Garg PK, Singh VP. Organ Failure Due to Systemic Injury in Acute Pancreatitis. *Gastroenterology*. 2019 May; 156(7):2008-2023.
3. Garg R, Rustagi T. Management of Hypertriglyceridemia Induced Acute Pancreatitis. *Biomed Res Int*. 2018 Jul 26; 2018:4721357. doi: 10.1155/2018/4721357.
4. Ortiz Morales CM, Girela Baena EL, Olalla Muñoz JR, Parlorio de Andrés E, López Corbalán JA. Radiology of acute pancreatitis today: the Atlanta classification and the current role of imaging in its diagnosis and treatment. *Radiologia (Engl Ed)*. 2019 Nov-Dec; 61(6):453-466.
5. Lancaster A, Zwijacz M. Acute Pancreatitis and Fluid-Filled Collections: Etiology and Endoscopic Management. *Gastroenterol Nurs*. 2019 Sep/Oct; 42(5):417-419.
6. Van Brunschot S, Hollemans RA, Bakker OJ, Besselink MG, et al. Minimally invasive and endoscopic versus open necrosectomy for necrotising pancreatitis: a pooled analysis of individual data for 1980 patients. *Gut*. 2018 Apr; 67(4):697-706.
7. De Pretis N, Amodio A, Frulloni L. Hypertriglyceridemic pancreatitis: Epidemiology, pathophysiology and clinical management. *United European Gastroenterol J*. 2018 Jun; 6(5):649-655.
8. Shah AP, Mourad MM, Bramhall SR. Acute pancreatitis: current perspectives on diagnosis and management. *J Inflamm Res*. 2018 Mar 9; 11:77-85.
9. Baron TH, DiMaio CJ, Wang AY, Morgan KA. American Gastroenterological Association Clinical Practice Update: Management of Pancreatic Necrosis. *Gastroenterology*. 2020 Jan; 158(1):67-75.
10. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10ª ed. Madrid: Elsevier; 2003.
11. Herdman TH, editora. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier; 2013.
12. Morrhead S, Johnson M, Mass M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
13. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JC, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
14. Pesut DJ, Herman J. *Clinical Reasoning: The Art and Science of Critical and Creative Thinking*. New York: Delmar, 1999.
15. Sánchez Rodríguez E, García García de Paredes A, Albillos A. Current management of acute idiopathic pancreatitis and acute recurrent pancreatitis. *Rev Clin Esp*. 2019 Jun - Jul; 219(5): 266-274.

Riesgo de suicidio en la adolescencia. Actuación de la matrona y de la enfermera

Suicide risk in adolescence. Performance of the midwife and the nurse

- María *Domínguez Mejías*. Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Materno-Infantil. Málaga.
- Almudena *Bordes Henares*. Grado en Enfermería. Centro de salud Ciudad Jardín Guadalmedina. Málaga.
- Roberto *López Navarro*. Grado en Enfermería. Centro de salud La Palma del Condado. Huelva.

Autora para la correspondencia: María *Domínguez Mejías*

Correo electrónico: mariamatronamalaga@gmail.com Teléfono: 656696579

Fecha de recepción: 09/04/2021 Fecha de aceptación: 20/06/2021

RESUMEN: Introducción: El suicidio ha sido motivo de tabú a lo largo de la historia y hoy en día lo sigue siendo. Los adolescentes están mostrando cada vez más comportamientos suicidas a nivel europeo siendo esto un motivo preocupante. Además, se ha convertido en la segunda causa de muerte en estas edades. La Oficina Europea de Estadística ha declarado en su último informe que, la tasa de suicidios a nivel europeo es mucho mayor en las edades de jóvenes o adolescentes que en el resto de las edades. Además, la Organización mundial de la salud ha declarado que el suicidio se ha convertido en la segunda causa de muerte en adolescentes y a pesar de esto los adolescentes han sido los menos atendidos a la hora de realizar planes nacionales de salud.

Objetivo: conocer cómo prevenir los actos suicidas en la adolescencia desde el ámbito de la enfermera y matrona.

Metodología: Se llevó a cabo una revisión de la literatura en artículos que abordaran el riesgo de suicidio en la adolescencia entre los años 2012-2020, en las bases de datos PubMed, Dialnet plus, Cuiden plus, Enfispo, CINALH, Medline y Scielo.

Resultados: Se obtuvieron un total de 159 artículos. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, hemos realizado una lectura crítica de 13 artículos. 7 de ellos en inglés y el resto en español. La mayoría de ellos tratan de los factores de riesgos.

Conclusiones: Tras realizar esta revisión de la literatura, hemos sido más conscientes de lo poco que se da a conocer el suicidio y la escasez de investigación desde el ámbito de la enfermería y ya que a pesar de lo mucho que puede hacer la enfermería. las mujeres tienen más ideas suicidas y está creciendo el número de suicidios entre ellas. Por ello, consideramos necesario formar, dentro de los profesionales de la enfermería, a las matronas, ya que ellas se encargan de la vida reproductiva de la mujer, siendo un momento especial el embarazo ya que se acercan a la mujer, creando un vínculo de mayor continuidad y cercanía en el cual hay que indagar sobre antecedentes personales y familiares, convirtiéndose en un momento idóneo para estar alerta ante este problema de salud.

PALABRAS CLAVES: Enfermería, matrona, suicidio, adolescencia, prevención.

SUMMARY: Introduction: Suicide has been taboo throughout history and continues to be so today. Adolescents are showing more and more suicidal behavior at a European level, this being a cause for concern. In addition, it has become the second leading cause of death in these ages. The European Statistical Office has stated in its latest report that the suicide rate at the European level is much higher in young people or adolescents than in other ages. In addition, the World Health Organization has declared that suicide has become the second leading cause of death in adolescents and despite this, adolescents have been the least attended when it comes to making national health plans.

Objective: learn how to prevent suicidal acts in adolescence from the nurse and midwife environment.

Methodology: A literature review was carried out on articles that addressed the risk of suicide in adolescence between the years 2012-2020, in the databases PubMed, Dialnet plus, Cuiden plus, Enfispo, CINALH, Medline and Scielo.

Results: A total of 159 articles were obtained. After applying the inclusion and exclusion criteria, we have made a critical reading of 13 articles. 7 of them in English and the rest in Spanish. Most of them deal with risk factors.

Conclusions: After conducting this review of the literature, we have been more aware of how little suicide is known and the scarce investigation from the field of nursing, despite how much nursing can do. women have more suicidal ideas and the number of suicides among them is growing. For this reason, we consider it necessary to train midwives within nursing professionals, since they are in charge of the reproductive life of women, pregnancy being a special moment since they approach women, creating a bond of greater continuity and closeness in which it is necessary to inquire about personal and family history, becoming an ideal time to be alert to this health problem.

KEY WORDS: Nursing, midwife, suicide, adolescence, prevention.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la Historia el suicidio ha estado presente en distintas épocas desde la antigüedad en el antiguo Egipto, como en Mesopotamia, pasando por la Grecia clásica hasta llegar la Edad Media, siendo en esta última cuando empezó a ser juzgada. En la actualidad, existen países que lo juzgan, pero en su mayoría intentan ayudar a estas personas para que no lo realicen. A pesar de esto, sigue existiendo un tabú con esta práctica por lo que se sigue desconociendo mucho el porqué de esta situación y como se puede llegar a ella.

Si bien es cierto que la época griega no se juzgaba, ya empezó a estar mal vista dicha práctica. Platón expresó estar en contra de esto y solo la veía justificada si los dioses daban la aprobación a la persona ya que está tendría un motivo más que justificado. Según Aristóteles cuando una persona se suicidaba, estaba realizando un acto contra la vida y por tanto dicha persona era indigna e incluso se llegó a considerar como un crimen en el Concilio de Arlés.

En la Edad Media se dictaminó este acto como tabú y es condenado. En la India, se tenía como motivo más que justificado para el suicidio el enviudar y los sabios en búsqueda del nirvana se suicidaban para poder alcanzarla. No fue hasta finales de la época moderna y en la actualidad, cuando la Iglesia se empezó a plantear en no condenar dichos actos, pero siguió sin permitir enterrar a los muertos por autólisis en cementerio hasta hace unos pocos años.¹

En la sociedad antigua el suicidio se aceptaba en el caso de que la persona que lo realizase tuviese motivos con fundamento ya fueran por edad avanzada, viudedad o enfermedad grave o dolorosa. En Mesopotamia era tal la aceptación por el suicidio que incluso existía un mito sobre ello teniendo un dios llamado Bel el dios suicida.

Actualmente, hay una gran prevalencia de casos de personas que deciden suicidarse por lo que se ha convertido en un problema de salud pública.²

En los últimos años, la gran mayoría de los países, no penan ya los suicidios y, además, se les intenta facilitar ayuda a la hora de que no cometan dicho acto. En España, a pesar de que no está penado, si lo está el cooperar e inducir el suicidio por el Código penal en el artículo 143.1 y 2.³

Según la Oficina Europea de Estadística (Eurostat) ha declarado en su último informe, la tasa de suicidios a nivel europeo es mucho mayor en las edades de jóvenes o adolescentes que en el resto de las edades.⁴ Además, la Organización mundial de la salud (OMS) ha declarado que el suicidio se ha convertido en la segunda causa de muerte en adolescentes y a pesar de esto los adolescentes han sido los menos atendidos a la hora de realizar planes nacionales de salud.⁵

En España en el año 2018, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), hubo un total de 427.721 muertes de causa no natural, de las cuales 3.539 fueron por suicidio convirtiéndose el suicidio en la primera causa de muerte no natural en España por encima de los accidentes de tráfico.⁶ (Imagen 1).

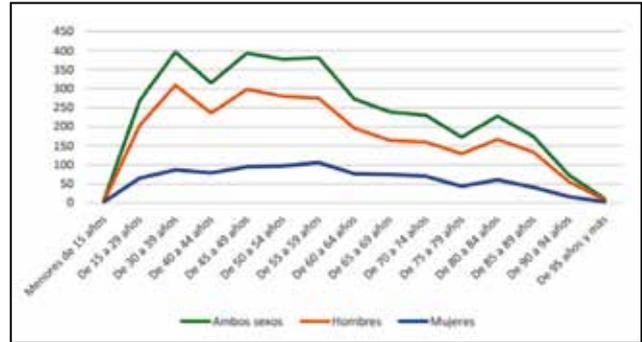


Imagen 1. Defunciones por suicidio según la edad en España 2018. Nota: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística referidos a 2018.

La franja de edad con mayor índice de suicidio se encuentra entre los 30 y 39 años en 2018 según los datos obtenidos por el INE.⁶ No obstante, el grupo de edad de adolescentes muestra un incremento de las tasas de mortalidad, por lo que se considera a este colectivo como uno con mayor riesgo.⁷

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que murieron más de 1,1 millones de adolescentes de entre 10 y 19 años en el año de 2016, siendo estos en su mayoría prevenibles⁸, de ellos el número de adolescentes que acudieron a centros de atención primaria antes de realizar el fatídico acto es alarmante. En el año en el que se suicidaron dichos adolescentes, el 77% de ellos habían acudido a algún centro de atención primaria y el 45 % de estos jóvenes acudieron en el mes de la ejecución del acto.⁹

Las enfermeras y matronas de atención primaria (AP), son profesionales que tienen un mayor contacto con los pacientes, tanto en consulta como fuera de las mismas, ya que también se encargan de realizar educación sanitaria en colegios e institutos. De esta manera, tienen un mayor acercamiento con los adolescentes, convirtiéndose en profesionales adecuados para conocer a los adolescentes y realizar, en el caso necesario, la prevención del riesgo del suicidio.

Además, contamos con un diagnóstico enfermero recogido en la NANDA llamado Riesgo de suicidio con el código [00150] que tiene recogido como factor de riesgo demográfico la edad de los adolescentes.¹⁰

Teniendo en cuenta que muchas mujeres no acuden a AP a no ser que estén embarazadas, la matrona, juega un papel fundamental para la prevención del suicidio. El embarazo es un periodo de mayor vulnerabilidad, debido a los cambios fisiológicos y psicológicos que se producen. Mediante el seguimiento del embarazo y la educación maternal, se crea un clima de confort, acercándonos más a las mujeres y a sus respectivas parejas.

El objetivo de nuestro estudio es realizar una búsqueda bibliográfica para conocer cómo prevenir los actos suicidas en la adolescencia desde el ámbito de la enfermera y matrona.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión de la literatura en artículos que abordaran el riesgo de suicidio en la adolescencia, en las bases de datos PubMed, Dialnet plus, Cuiden plus, Enfispo, CINALH, Medline y Scielo.

Se utilizaron descriptores en Ciencias de Salud (DeCS) y de la National Library of Medicine denominado Medical Subject Headings (MeSH), en inglés y sus equivalentes en español «nursing «suicide» «adolescent» «prevention» «Primary Prevention» «midwife» «nursing Care» «health Promotion»

El operador booleano “AND” fue el más utilizado en la mayoría de las búsquedas bibliográficas para poder obtener artículos de todos los términos de la búsqueda. También se utilizó el operador “OR” en las bases de datos PubMed, Medline y CINALH.

Se seleccionaron los artículos teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Documentos publicados entre: 2012-2020
- Artículos con el idioma: inglés y español
- Documentos de acceso libre

Se excluyeron los artículos que no se adecuaban a nuestro tema de estudio, que no estuviera el texto completo y aquellos que trataban la prevención del suicidio exclusivamente en adultos.

Se han utilizado estas bases de datos debido a que manejan información relacionada con el ámbito sanitario y por tanto tenían relevancia.

- Pubmed: se trata de una base de datos dirigida a las ciencias de la salud, de libre acceso y que se encuentra en actualización constante.
- Dialnet plus: base de datos hispana que maneja información relacionada con ámbitos de las Ciencias humanas, siendo además de libre acceso.
- Cuiden plus: esta base de datos Iberoamericana contiene información relacionada con promoción de la salud y clínico- asistencial. Además, esta base de datos es de libre acceso.
- Enfispo: base de datos que permite la consulta de revistas en español que recibe la facultad de enfermería de la Universidad Complutense de Madrid. Es una base de datos de libre acceso
- Medline: esta base de datos es una de las más amplias que existen en relación de artículos médicos. A pesar de que muchos de estos se encuentran también indexados en PubMed, se utilizó también para tener más información. También es una base de datos de acceso libre.
- Scielo: es una hemeroteca virtual que contiene revistas científicas y artículos. A esta base de datos se puede acceder de manera libre

Se ha realizado una búsqueda independiente, a través de la cual hemos añadido al estudio el siguiente documento:

- Albuixech García, M.R. Perfil, detección y seguimiento de la conducta suicida mediante el diagnóstico NANDA <00150 riesgo de suicidio>. Tesis doctoral universidad de Alicante.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 159 artículos. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, excluir a los duplicados, los que no carecían de acceso a texto completo gratis y los que no se adecuaban a nuestro tema de estudio, hemos realizado una lectura crítica de 13 artículos. Como se puede observar en la figura 1 del anexo.

De ellos, 6 estudios observacionales descriptivos, 4 estudios realizados mediante revisiones bibliográficas, 1 guía de práctica clínica y 2 estudios de investigación de enfoque cualitativo de tipo fenomenológico. 7 de ellos en inglés y los restantes en español.

En lo referente al tema de estudio, 5 artículos tratan los factores de riesgo que hay que tener en cuenta para la prevención del suicidio en la adolescencia. Hemos encontrado 4 artículos que tratan de los factores de riesgo e intervenciones llevadas a cabo por los profesionales sanitarios, en particular las enfermeras. Otros 2, se centran más en la necesidad de que los profesionales de la salud estén formados sobre la prevención del suicidio. De los 2 restantes, 1 de ellos trata más específicamente los factores protectores y, otro investigó las diferencias de tasas de suicidio según el género. Como se puede observar en la tabla 1 del anexo.

DISCUSIÓN

Uno de los factores de riesgo que más destaca por encima de los demás, es el consumo de sustancias, en especial el alcohol y las drogas. Según el artículo de Vígara Rey, L. et al¹¹ el abuso de alcohol y de drogas se encuentra como un factor que influye bastante en los adolescentes que tienen ideación de suicidarse. Kotrbová K et al.¹² aporta que el consumir de manera excesiva el alcohol hace que sea un factor muy importante. Por otro lado, el consumo de drogas, como el cannabis, muestra una alteración del comportamiento del adolescente y de sus pensamientos. Este riesgo aumenta mucho más cuando el consumo de drogas y de alcohol es simultáneo, situación que ocurre con bastante frecuencia en la adolescencia debido a la forma de interactuar socialmente que tienen algunos adolescentes. Por su parte Gray et al¹³, Matel- Anderson et al¹⁴ certifican esto y determinan que el consumo de alcohol y drogas es un factor de riesgo.

Por otra parte, que el adolescente tenga algún trastorno mental, puede ser desencadenante para que este se suicide. Según Ayuso Mateos, J.L.,¹⁵ la depresión se considera un factor de suma importancia en las causas de tendencias suicidas de los adolescentes. Además, Carballo, J.J. et al¹⁶ dice que adolescentes que sufran depresión, tienen hasta cinco veces más probabilidad de sufrir un suicidio que un adolescente que no lo sufra. Vígara Rey, L. et al¹¹ comenta que también se encuentra como problema psicológico, el intento de suicidio previo, pudiéndose usar como indicador para un

intento de suicidio futuro ya que puede llegar a tener hasta tres veces más riesgo un adolescente de suicidarse si este ha intentado suicidarse con anterioridad. Vigara Rey, L. et al.¹¹ elabora una tabla (tabla 2 del anexo) en la que se expone los antecedentes de enfermedad mental en los pacientes según frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado.

Según Fleita Zaragoza, J.¹⁷ las autolesiones también se consideran un factor de riesgo íntimamente relacionado con los trastornos mentales. Estima que el perfil de un adolescente con riesgo de producirse autolesiones es aquel que tiene de base una enfermedad psiquiátrica y/o un problema psicosocial, siendo de este segundo grupo mayor el índice por problemas parentales o familiares. También considera que la causa de estas autolesiones es de origen psicológico, debido a que estas personas al no saber exteriorizar de manera adecuada los sentimientos, los expresan mediante cortes, golpes, quemaduras, etc.

Los sucesos estresantes también son factores de riesgo. Carballo, J.J. et al.¹⁶ comenta que cuando una persona sufre determinadas situaciones estresantes en la vida y esa persona tiene predisposición a sufrir un problema de salud mental o es más vulnerable, puede desencadenar en un intento de suicidio. En adolescentes, según los artículos en los que se basa este trabajo, los desencadenantes suelen ser:

- Problemas familiares: conflictos en el ámbito familiar, mala imagen parental, padres divorciados o separados, daño físico producido por sus padres, etc. son los principales factores que Albuixech García, M. R.¹⁸ aporta en problemas familiares. Matel-Anderson et al.¹⁴ comenta que, un hogar inestable y la ausencia de unión con sus padres pueden ser factores de riesgo para que se produzca el suicidio.
- Problemas académicos: Carballo, J.J. et al.¹⁶ añade que el acoso escolar y la ansiedad por exámenes son los principales factores de riesgo por problemas académicos. Dice ser en menor medida el problema académico ya que, aunque cree que el perfeccionismo puede ser sinónimo de frustración y que acabe derivando en ideas suicidas, se encuentra en menor medida, siendo el factor detonante en la mayoría de los casos, el acoso escolar ligado con el perfeccionismo. Matel-Anderson et al.¹⁴ aporta por su parte que el acoso escolar es la principal fuente de riesgo en la adolescencia en el ámbito académico.
- Algún trauma sufrido: abusos sexuales, preocupaciones sobre la orientación sexual, rupturas románticas son las principales fuentes de riesgo que aporta Carballo, J.J. et al.¹⁶ Por su parte Gray et al.¹³ relaciona el intento de suicidio o suicidio consumado con el historial de abusos o acoso escolar y/o tener orientación homosexual/bisexual.

Otro factor de riesgo serían familiares que han realizado el suicidio. Según Navarro-Gómez, N.,⁷ Vigara Rey, L. et al.¹¹ y Albuixech García, M.R.¹⁸, si un familiar cercano o un miembro parental decide suicidarse, esto repercute mucho en la vida del adolescente. El adolescente se encuentra

en proceso de madurez y cuando ocurre este suceso, la mayoría de ellos no cuentan con los recursos suficientes para enfrentarse a ello. Incluso algunos pueden tener intentos de suicidio o suicidarse debido a que la dinámica familiar cambie y no sean capaces de adaptarse.

Por último, Gray et al.¹³ da a entender que la propia adolescencia es ya de por sí un factor de riesgo, ya que el adolescente se encuentra en una etapa un tanto complicada tanto de conocimiento de sí mismo como de formación de su personalidad.

Como factores protectores, Matel-Anderson et al.¹⁴ presenta la comunicación. Cuando una persona está sufriendo un suceso estresante o tiene unos determinados sentimientos que le superan o considera que es incapaz de manejarlos con los recursos que tiene, el expresarlos con alguien de confianza, hace que la persona se sienta más cómoda y le genere cierta seguridad, más incluso cuando esta persona le presta su apoyo. El establecer conexiones según Albuixech García, M.R.¹⁸ se convierte en un factor protector fundamental ya que un adolescente que se aísla y no se relaciona con los demás, le surgen más ideaciones suicidas y, por tanto, tiene más probabilidad de suicidarse.

Con esto surge también otro factor protector, los lazos familiares y las relaciones de amistad. Estas relaciones son muy importantes ya que apoyan al adolescente y van a estar, en la medida de lo posible, velando por su seguridad. Este factor es apoyado por Matel-Anderson et al.¹⁴ Surachai Fongkaew, C. et al.¹⁹ aporta como factor protector la autoaceptación y la mejora del autoestima para evitar las ideaciones suicidas.

En los artículos encontramos hemos visto también que el género del adolescente le puede afectar tanto en ideaciones suicidas como en la ejecución del suicidio. Según Kotrbová K et al.¹² las mujeres tienen mayor probabilidad de suicidarse que los hombres. Incluso si esta mujer tiene algún tipo de problema ya sea en su vida diaria o físico o un trastorno mental, su probabilidad aumenta debido a que empezaría a tener mayor número de pensamientos suicidas, aunque al hombre también le aumenta su probabilidad. Además, la intensidad de los pensamientos de las mujeres que empiezan a tener o tienen pensamientos recurrentes suicidas, es mayor que en hombres. Para corroborar que esto sucede en la adolescencia, Ardiles Irarrázabal et al.²⁰ explica como el suicidio no afecta de igual manera según el género, las adolescentes de género femenino tienen mucho más riesgo de suicidio. Para obtener dichos datos utilizó la escala de screening suicidalidad de Okasha.²¹ Sin embargo, que las adolescentes mujeres tengan más probabilidad de suicidio no las convierte en las que más se suicidan. Según Navarro Gomez, N.⁷ la proporción de hombres y mujeres es de 4:1 y en el resto del mundo sigue siendo mayor en hombres respecto a mujeres, salvo en contadas ocasiones como la India o China en la que la proporción es igual. Por último, para Vigara Rey, L. et al.¹¹ el perfil de un adolescente con mayor riesgo de suicidio es el de una mujer a la que le aumenta su riesgo el poseer algún trastorno psico-depresivo, ya sea ansiedad, depresión o problema alimentario,

que además puede haber sufrido algún intento de suicidio anterior.

El papel de la enfermería, en su conjunto, tal y como señala Albuixech García, M.R.¹⁸ es fundamental, tanto para la prevención como para el manejo del paciente con riesgo suicida. Hay evidencia científica en que parte de los suicidios que se producen, podrían ser frenados o prevenidos si las enfermeras hicieran una evaluación del riesgo junto con la detección precoz. Gray et al¹³ en su guía de práctica clínica indica la importancia que posee el rol enfermero y su relación en los cuidados de los pacientes con riesgo suicida y sus familiares. A pesar de esto y tal y como señala la autora Albuixech García, M.R.¹⁸, no existen muchos estudios que aborden este tema.

Glodstein, S.L. et al⁹ también evaluó las actitudes de los profesionales, sobre todo de enfermería, mediante el cuestionario SOQ también conocido como "Suicide Opinion Questionnaire" En este estudio se da a conocer como una enfermera que no tiene malas actitudes y se hace cargo de sus pensamientos hace que pueda tener una buena relación enfermera-paciente y de confianza, mejorando así las actitudes del paciente hacia la enfermera y permitiendo una mejor colaboración por parte de este. Por su parte, Matel-Anderson et al¹⁴ confirma esto tras realizar su estudio y mostrando en el área de resultados una serie de recomendaciones a hacer por parte de enfermería en relación con el paciente que ha tenido varios intentos de suicidios previos y con su familia, siendo entre otros la no estigmatización del paciente y la escucha activa. Por otro lado, el estudio de Glodstein, S.L. et al⁹ aporta que muchos pacientes con ideaciones suicidas visitan sus centros de atención primaria antes de realizar la autolisis, siendo un total del 45% de personas de las que se suicidaron, las que acudieron en el mes del desgraciado acto y un 77% las que tuvieron contacto con atención primaria en el año en el que se suicidaron. Por ello, transmite la importancia de realizar una mínima evaluación en pacientes que ya de por sí tengan depresión, para detectar lo más pronto posible las ideaciones suicidas y, por tanto, evitar el posible acto de suicidio. En relación a esto Ayuso-Mateos, J.L. et al¹⁵ propone una formación o una puesta en marcha de programas de salud dirigidos a los profesionales de atención primaria acompañada de un protocolo a seguir, ya que expone que muchos de los profesionales de esta área pueden detectar un posible caso de suicidio de manera temprana y necesitan estar formados y saber qué tipos de pasos deben seguir. Kotrbová K et al.¹² añade que es necesario que exista o que se mejore la cooperación entre los profesionales de atención primaria y los de salud mental con el propósito de atender y prevenir al paciente lo más pronto posible. Si existe una buena cooperación entre dichos profesionales, Gray, B.P. et al¹³ sugiere que existirá un buen plan de prevención y detección de estos casos y podrá llevar a la posible derivación del

adolescente a un especialista en salud mental.

Por su parte, Simón Pineda, M. et al.²² va a más y en su estudio visibiliza la escasa formación que poseen los profesionales de salud y las erróneas actuaciones que se pueden llegar a realizar, por lo que reclama una formación para dichos profesionales y reducir así el número de casos de suicidios.

CONCLUSIÓN

Tras realizar esta revisión de la literatura, hemos sido más conscientes de lo poco que se da a conocer el suicidio. El suicidio, es algo con lo que convivimos día a día, ya que hay una gran cantidad de casos, y no se le da la importancia que debe tener.

También hemos podido apreciar la escasez de investigación desde el ámbito de la enfermería y ya que a pesar de lo mucho que puede hacer la enfermería, no todos los profesionales sabrían reaccionar de la manera más adecuada ante ello. Incluso desde el papel de la enfermera y otros profesionales de la salud, se observa en los documentos para esta revisión la cantidad de ellos que siguen teniendo estigmas con esto. Juzgar al paciente que se plantea esta situación o pensar que alguien porque no lo aparente es menos probable que lo realice, no es una opción válida.

Como hemos podido apreciar, las mujeres tienen más ideas suicidas y está creciendo el número de suicidios entre ellas. Por ello, consideramos necesario formar, dentro de los profesionales de la enfermería, a las matronas, ya que ellas se encargan de la vida reproductiva de la mujer, siendo un momento especial el embarazo ya que se acercan a la mujer, creando un vínculo de mayor continuidad y cercanía en el cual hay que indagar sobre antecedentes personales y familiares, convirtiéndose en un momento idóneo para estar alerta ante este problema de salud. En este ámbito nos hemos sorprendido ante la escasez de estudios.

Por último, consideramos importante seguir investigando en este ámbito y sobre todo dar a conocer factores de riesgo, factores protectores y protocolos para manejar estas situaciones. De esta manera, podemos prevenir y ayudar a las personas que se encuentran ante esta ideación suicida y nos piden ayuda, en la gran mayoría de casos, sin darnos cuenta.

Conflicto de intereses:

Los autores manifiestan no tener ningún conflicto de intereses.

ANEXO

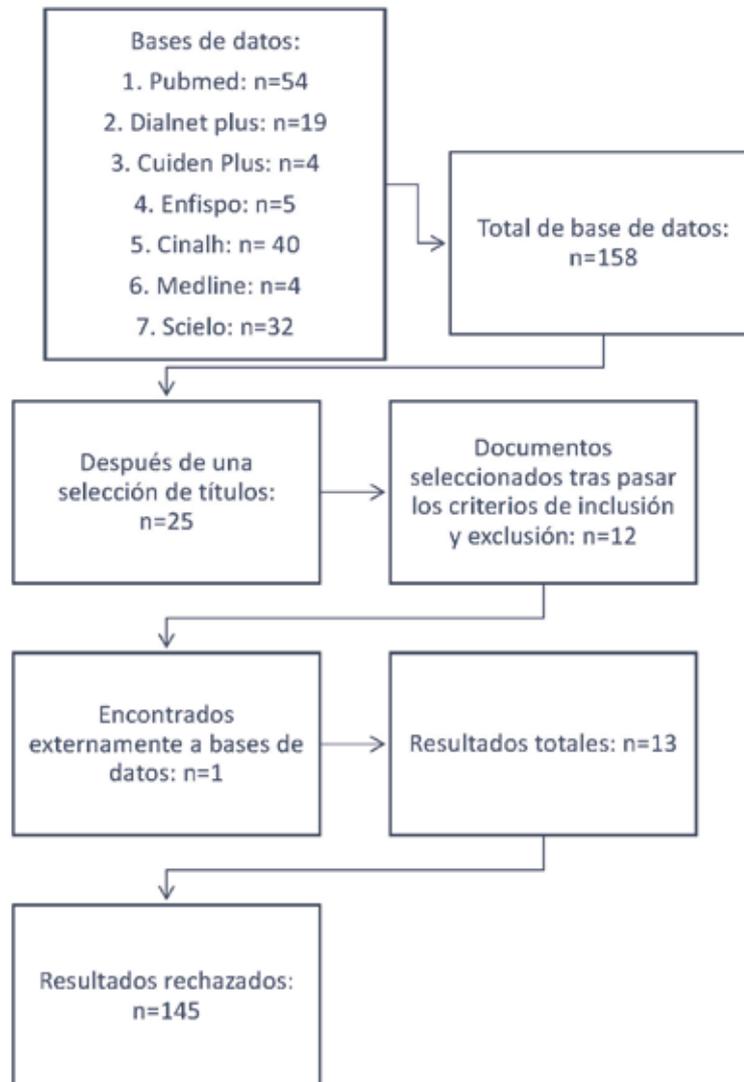


Figura 1. Flujograma

Autor/es/ título del estudio y fecha	Base de datos/nombre de la revista y tipo de estudio	Resultados
Gray B.P, Dihigo s.k. <i>Suicide risk assessment in high-risk adolescents</i> (2015)	Pubmed The Nurse Practitioner Guía de práctica clínica	Es necesario evaluar si existen ideaciones o comportamientos suicidas en los pacientes para poder realizar una detección temprana del suicidio. Gran importancia en el rol enfermero y su relación con el adolescente. Una buena cooperación entre profesionales de la salud dará una mejora de calidad de vida del paciente debido a que habrá un plan de prevención óptimo.
Kotrbová K et al. <i>Factors influencing suicidal tendencies in patients with diagnosis of attempted suicide in medical history and relapse prevention</i> (2017)	Pubmed Central European Journal of Public Health Estudio observacional descriptivo transversal	El consumo de alcohol, sobre todo el abuso de este es un factor de riesgo importante. El ser mujer también influye en la probabilidad de suicidarse. Mejora de comunicación entre especialistas de salud mental y atención primaria.
Vigara Rey, L. et al. <i>Daño autoinducido y perfil suicida en adolescentes: perfil de los pacientes y factores de riesgo</i> (2019)	Dialnet Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud Estudio descriptivo retrospectivo	Tener problemas de salud mental ya sean de ansiedad, depresión e incluso trastornos alimentarios hace que tengan mayor probabilidad de suicidio. Tener problemas familiares en el entorno del adolescente o socioeconómicos repercute mucho de manera negativa en él. Los intentos de suicidio previos hace que aumente la probabilidad de suicidio hasta 3 veces.

Autor/es/ título del estudio y fecha	Base de datos/nombre de la revista y tipo de estudio	Resultados
Fleta Zaragoza, J. <i>Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente</i> (2017)	Dialnet Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón Revisión bibliográfica	Las autolesiones son un factor de riesgo muy relacionado con las enfermedades de salud mental. El no poseer recursos psicosociales puede desencadenar en la producción de autolesiones en la adolescencia.
Navarro Gómez, N. <i>El suicidio en jóvenes en España: Cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles</i> (2016)	Scielo Clínica y Salud Revisión bibliográfica	Posibles factores de riesgo en los adolescentes sufrir una enfermedad crónica dolorosa, un trastorno psicológico que no necesariamente ha sido diagnosticado, una tentativa previa de suicidio. La Asociación Americana de Pediatría recomienda la evaluación continua, a través de preguntas directas sobre la intención de suicidio, así como la evaluación que permita detectar otros factores asociados con mayor riesgo de suicidio. Tener familiares cercanos que hayan cometido el fatídico acto del suicidio predispone al adolescente a realizarlo en el futuro. Mayor riesgo en mujeres.
Ayuso- Mateos, J. L. et al. <i>Recomentation for the prevention and managment of suicide behavior</i> (2012)	Medline Revista de Psiquiatría y Salud Mental Revisión bibliográfica	Importancia del profesional sanitario de atención primaria, ya que son la puerta de entrada. Los 2 principales factores de riesgo para el suicidio consumado son los intentos de suicidio, más frecuentes en las mujeres, y la presencia de un trastorno psiquiátrico. Es necesario establecer programas de salud, evaluación y seguimiento de los pacientes que han intentado suicidarse.
Carballo, J. J. et al. <i>Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents</i> (2019)	Medline Springer Nature Revisión bibliográfica	La depresión, los intentos de suicidio previos y el abuso de sustancias son factores de riesgo. Las autolesiones en la adolescencia es un problema que está íntimamente relacionado con el acoso escolar. No todas las autolesiones tienen finalidad suicida. Crecimiento de las tasas de suicidio en los últimos años.
Albuixech García, M.R. <i>Perfil, detección y seguimiento de la conducta suicida mediante el diagnóstico NANDA "00150 riesgo de suicidio"</i> (2017)	Búsqueda independiente Tesis Doctoral Universidad de Alicante Estudio observacional. longitudinal, descriptivo y analítico	Valoración y detección de la conducta suicida por la enfermera en las urgencias hospitalarias y atención primaria. El desequilibrio en el ámbito familiar es otro factor de riesgo para el adolescente.
Surachai Fongkaew, C. et al. <i>Perceptions of adolescents, teachers and parents towards causes and prevention of suicide in secondary school students in Chiang Mai</i> (2019)	Cinalh Pacific Rim International Journal of Nursing Research Estudio observacional descriptivo cualitativo	Todos los factores de riesgo que aporta pueden servir para conseguir en el futuro una mejora de las estrategias para la prevención del suicidio. Como factor protector, el apoyo al adolescente.
Ardiles Izarrábal, R. et al. <i>Riesgo de suicidio adolescente en localidades urbanas y rurales por género, región de Coquimbo, Chile</i> (2018)	Dialnet Aquichán Estudio observacional descriptivo cuantitativo	Hay diferencias en el riesgo de suicidio por género afectando mayormente a mujeres. Los varones a pesar de ser los que tienen menos riesgo son los que más se atreven a suicidarse. El suicidio debe de ser abordado ya que es un problema grave de salud.
Simón Pineda, M. <i>Conocimientos sobre la conducta suicida en profesionales de la salud</i> (2015)	Medline Revista información científica Estudio observacional descriptivo	La formación de muchos de los profesionales de la salud que puedan estar en contacto con pacientes con riesgo suicida es escasa y no saben las actuaciones a seguir. Es necesario educar y dar a conocer a los profesionales de la salud los recursos disponibles.

Autor/es/ título del estudio y fecha	Base de datos/nombre de la revista y tipo de estudio	Resultados
Matel-Anderson, D. M. et al. <i>Resilience in Adolescents Who Survived a Suicide Attempt from the Perspective of Registered Nurses in Inpatient Psychiatric Facilities</i> (2016)	Pubmed Issues in Mental Health Nursing Estudio observacional descriptivo cualitativo	El papel de la enfermería es fundamental a la hora de luchar contra el suicidio mediante la construcción de factores protectores y la educación de los adolescentes.
Glodstein, S.L.; Dimarco, M. <i>Advanced practice registered nurses attitudes toward suicide</i> (2018)	Pubmed Wiley perspectives in psychiatric care Estudio observacional descriptivo	Uso del SOQ para conocer qué se debe mejorar y en qué áreas para la prevención de suicidio. Fomentar la prevención de suicidio en edades jóvenes.

Tabla 1: Artículos analizados

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	6	16,7	16,7
DEPRESIÓN	4	11,1	27,8
ANSIEDAD	5	13,9	41,7
T.C.A.	5	13,9	55,6
T.D.A.H.	1	2,8	58,3
T.U.S.	1	2,8	61,1
CONDUCTA DISCRUPTIVA	4	11,1	72,2
OTROS	10	27,8	100
TOTAL	36	100	

Tabla 2: Antecedentes de enfermedad mental en los pacientes según frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado Nota: Fuente Fuente: Vigara Rey, L. et al.

BIBLIOGRAFÍA

- Hernández Jimenez A. Evolución del suicidio desde una perspectiva histórica - Tesis para obtener el Grado de Master en Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental. Universidad de los Pueblos de Europa. Málaga. 2017. Disponible en: https://www.academia.edu/35269959/tesis_terminada_upe.docx. [Acceso 06/04/2021].
- Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la Conducta Suicida | Servicio Andaluz de Salud. Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2010 Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/recomendaciones-sobre-la-deteccion-prevencion-e-intervencion-de-la-conducta-suicida>. [Acceso 07/04/2021].
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. 2012. Revisada en Sept. 2020. Disponible en: <https://www.fsme.es/centro-de-documentación-sobre-conducta-suicida/guías-sobre-conducta-suicida/gpc/>. [Acceso 06/04/2021].
- Eurostat. Statistics Explained. Oficina Europea de Estadísticas. Estadísticas de causas de muerte. 2018. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics/es [Acceso 07/04/2021].
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra. 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf [Acceso 07/04/2021].
- Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte. Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad (7947). Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947> [Acceso 07/04/2021].

7. Navarro-Gómez N. El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clinica y Salud*. Mar/2017;28(1):25–31. Disponible en: www.elsevier.es/clysa [Acceso 05/07/2021].
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud del adolescente y el joven adulto [Internet]. Enero 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>. [Acceso 06/04/2021].
9. Glodstein SL, DiMarco M, Painter S, Ramos-Marcuse F. Advanced practice registered nurses attitudes toward suicide in the 15- to 24-year-old population. *Perspectives in Psychiatric Care*. Oct 2018;54(4):557–63. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29603245/>. [Acceso 05/04/2021].
10. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020. Edición hispanoamericana - 1st Edition. 2019. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2018-2020-edicion-hispanoamericana/herdman/978-84-9113-450-3>. [Acceso 12/01/2021].
11. Vígara Rey L, Cañete Pérez-Serrano P, Ángel Gómez Carrasco J, Ruiz Murugarren S, Fernández Leal A. Daño autoinducido e ideación suicida en adolescentes: perfil de los pacientes y factores de riesgo. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud*. 2019; 4(2): 12-19. Disponible en: www.riecs.es. [Acceso 05/04/2021].
12. Kotrbová K, Dóci I, Hamplová L, Dvořák V, et al. Factors influencing suicidal tendencies in patients with diagnosis of attempted suicide in medical history and relapse prevention. *Central European Journal of Public Health*. 2017;25(4):271–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29346848/>. [Acceso 05/04/2021].
13. Gray BP, Dihigo SK. Sruisk risk assessment in high-risk adolescents. *Nurse Practitioner*. Sep 2015;40(9):30–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26262455/>. [Acceso 05/04/2021].
14. Matel-Anderson DM, Bekhet AK. Resilience in Adolescents Who Survived a Suicide Attempt from the Perspective of Registered Nurses in Inpatient Psychiatric Facilities. *Issues in Mental Health Nursing*. Nov 2016;37(11):839–46. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27351243/>. [Acceso 05/04/2021].
15. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, et al. Recommendations for the prevention and management of suicidal behaviour. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*. Enero 2012;5(1):8–23. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-486-articulo-recomendations-for-prevention-management-suicidal-S2173505012000234>. [Acceso 05/04/2021].
16. Carballo JJ, Llorente C, Kehrmann L, Flamarique I, et al. Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents behalf of the STOP Consortium. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2020;29:759–76. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00787-018-01270-9>.
17. Flea Zaragoza J, Miral D. Autolesiones en la adolescencia una conducta emergente. *Bol Pediatr Arag Rioj Sor*. 2017;47(2):37–45.
18. Albuixech-García MR. Perfil, detección y seguimiento de la conducta suicida mediante el diagnóstico nanda «00150 riesgo de suicidio». Tesis doctoral. Universidad de Alicante. Departamento de Enfermería. 2017. Disponible en <http://hdl.handle.net/10045/72730> [Acceso 05/04/2021].
19. Chaniang S, Fongkaew W, Sethabouppha H, Lirtmunlikapourn S, Schepp KG. View of Perceptions of Adolescents, Teachers and Parents towards Causes and Prevention of Suicide in Secondary School Students in Chiang Mai. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2019; 23(1):47-59. Disponible en: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/105566/115854>. [Acceso 05/04/2021].
20. Ardiles-Irarrázabal RA, Alfaro-Robles PA, Díaz-Mancilla IE, Martínez-Guzmán VV. Riesgo de suicidio adolescente en localidades urbanas y rurales por género, región de Coquimbo, Chile. *Aquichan* 2018; 18(2) 160-170. Disponible en: Doi: 10.5294/aqui.2018.18.2.
21. Lilian Salvo G, Roberto Melipillán A, Andrea Castro S. Confianza, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. *Rev Chil Neuro-psiquiat* 2009; 47(1): 16-23. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272009000100003. [Acceso 05/04/2021].
22. Simon-Pineda M, Gonzalez-Fernandez L, Planche-Rodriguez DC, Parlado-Brown M, Olivares-Martinez OM. Conocimiento sobre conducta suicida en profesionales de la salud. *Revista Información Científica*. 2015;94(6):1228-38 Disponible en: <http://www.revinfscientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/152/1410>. [Acceso 05/04/2021].

Beneficios del contacto piel con piel en cesáreas. Revisión bibliográfica

Benefits of skin-to-skin contact in caesarean section.

Bibliographic review

- Alba María *Martín Victorio*. Enfermera. Servicio Andaluz de Salud. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.
 - Manuel *Escamilla Cardeñosa*. Enfermero. Servicio Andaluz de Salud. Hospital Comarcal la Merced de Osuna. Sevilla.
 - Elena María *García Jiménez*. Enfermera. Servicio Andaluz de Salud. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.
- Correspondencia: albamartinv1998@gmail.com. Telf. 633407857
 Fecha de recepción: 09/06/2021 Fecha de aceptación: 15/09/2021

RESUMEN. Introducción: el contacto piel con piel consiste en colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito prono sobre el pecho descubierto de la madre, cubriendo la espalda del bebé con mantas o toallas, práctica que está menos implantada en cesáreas.

Objetivos: conocer los beneficios en el recién nacido, madre y padre, así como las posibles dificultades de la aplicación del protocolo contacto piel con piel en cesáreas.

Metodología: se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Scopus, Cinahl, CuidenPlus y LILACS desde 2016 hasta la actualidad.

Resultados: la realización del contacto piel con piel en cesáreas obtuvo un gran número de beneficios frente al escaso número de limitaciones, por lo que se considera una práctica factible que puede implementarse de forma segura tras una cesárea.

Conclusión: el contacto piel con piel ha aportado beneficios en cuanto a lactancia materna, termorregulación, niveles de estrés, dolor y glucemia, por lo que hay que promover esta práctica más allá del parto vaginal, incluyéndola en el ámbito de la cesárea.

PALABRAS CLAVE: contacto piel con piel; cesárea; quirófano.

ABSTRACT. Introduction: skin-to-skin contact consists of placing the naked newborn in a prone position on the mother's bare chest, covering the baby's back with blankets or towels, a practice that is a less common practice in caesarean sections.

Objectives: to know the benefits in the newborn, mother and father, as well as the possible difficulties of applying the skin-to-skin contact protocol in caesarean sections.

Methodology: a bibliographic review is carried out in the Pubmed, Scopus, Cinahl, CuidenPlus and LILACS databases from 2016 to the present.

Results: performing skin-to-skin contact in caesarean sections obtained a large number of benefits compared to the restricted number of limitations, so it is considered a feasible practice that can be safely implemented after a caesarean section.

Conclusion: skin-to-skin contact has provided several benefits in terms of breastfeeding, thermoregulation, stress levels, pain and blood glucose therefore this practice should be promoted beyond vaginal delivery, including it in the caesarean section.

KEYWORDS: skin-to-skin contact; caesarean section; operating room.

INTRODUCCIÓN

El Contacto Piel con Piel (CPP) inmediato e ininterrumpido entre el Recién Nacido (RN) y la madre es un cuidado recomendado internacionalmente. Está bien documentada su importancia para ambos en todos los tipos de partos, incluidos los partos por cesárea¹.

El contacto piel con piel consiste en la colocación del RN a término desnudo, a veces con un pañal o gorro, en posición decúbito prono sobre el pecho descubierto de la madre, cubriendo la espalda del bebé con mantas o toallas²⁻⁵. En los partos por cesárea, puede haber una leve modificación a la hora de realizar este contacto. Dicha modificación consiste en colocar al RN en posición decúbito prono, pero no en posición vertical sino en posición inclinada u horizontal, haciendo coincidir la cabeza del bebé con un pecho y el

abdomen con el otro. La mejor forma es cruzarlo ligeramente entre los pechos para que así no se resbale hacia el cuello de la madre. Cuando se retira la sábana estéril que hace de arco de separación tras realizar la intervención quirúrgica, el bebé puede ser colocado de nuevo sobre el pecho de la madre en posición vertical⁵.

La cesárea es una de las cirugías más comunes realizadas en el mundo⁶. Esta intervención quirúrgica ha aumentado durante las últimas décadas, siendo actualmente la tasa de cesáreas de un 32,8%. Este incremento progresivo en la tasa de cesáreas provocó que la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitiese una declaración en la que consideraba un valor normal de cesáreas entre un 10-15% de los partos⁷⁻⁹. En los hospitales públicos sólo el 30% de los partos por cesárea ponen en marcha el CPP y en los privados un 33%¹⁰⁻¹¹. Las mujeres que dan a luz mediante un

parto por cesárea tienen menos oportunidades de poner en práctica el CPP respecto a las que lo hacen por vía vaginal, a pesar de considerarse un procedimiento factible y seguro³.

La OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), incluyen como una recomendación a nivel global que al menos el 80% de las madres que hayan tenido un parto por cesárea sin anestesia general deberían tener a sus RN en CPP en un plazo de cinco minutos tras el parto¹².

Se ha de tener en cuenta que este es el mejor cuidado postparto para un parto por cesárea, ya que es el método óptimo de atención. Una vez transcurridas las 2-3 primeras horas tras el nacimiento, el bebé entra en un periodo de somnolencia y es menos probable que demande el pecho, es éste uno de los principales motivos por lo que se recomienda que el contacto sea precoz, ya que la disminución de la lactancia materna es uno de los principales problemas de salud pública. “Baby-Friendly Hospital Initiative” (BFHI) fue un proyecto definido en 1992 por la OMS y UNICEF que recomienda el temprano, prolongado e ininterrumpido CPP, el cual debería ser iniciado entre el RN y la madre inmediatamente en el caso de los partos vaginales o después de una cesárea sin anestesia general durante una hora para reforzar al vínculo y la satisfacción materna¹³.

Se ha invertido mucho esfuerzo en fomentar el CPP temprano en el parto vaginal pero la cesárea continúa anclada en rituales quirúrgicos y de reanimación postanestésica, que posponen el contacto con la madre. Dado que aproximadamente una de cada tres mujeres tendrá

un parto por cesárea, ahora más que nunca es importante comprender la experiencia de las mujeres sometidas a esta intervención^{12,13}.

La presente revisión bibliográfica pretende actualizar los conocimientos sobre los beneficios en el recién nacido, madre y padre tras aplicar contacto piel con piel en cesáreas, las dificultades de implantar este cuidado y si existen efectos indeseables tras aplicarlo.

Se propone como objetivo general: Conocer los beneficios en el recién nacido, madre y padre, así como las posibles dificultades de la aplicación del protocolo contacto piel con piel en cesáreas. Y como objetivos específicos: Estudiar la adherencia a la lactancia materna en los recién nacidos de madres sometidas a cesárea tras establecer el contacto piel con piel. Evaluar la estabilidad de la temperatura corporal de los recién nacidos que han tenido un contacto precoz piel con piel en el intraoperatorio. Determinar los niveles de ansiedad y dolor cuando las madres realizan contacto piel con piel con sus bebés tras el nacimiento por cesárea. Identificar los efectos secundarios potencialmente perjudiciales en la aplicación del protocolo contacto piel con piel en pacientes sometidas a cesárea.

METODOLOGÍA

Durante el proceso de búsqueda bibliográfica para la encontrar información actual del tema, en primer lugar, se eligieron las palabras claves con mayor relevancia y se tradujeron a un lenguaje controlado (Tabla 1).

Términos DeCS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Skin to skin contact (contacto piel con piel) ▪ Caesarean Section (Cesárea) ▪ Operating room (Quirófano)
Términos MeSH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Skin to skin contact. ▪ Caesarean Section ▪ Operating room

Tabla 1. Uso del lenguaje controlado.

Nota: se muestran las palabras claves, es decir, términos DeCS y MeSH que han sido utilizados durante el proceso de búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos. Fuente: elaboración propia.

Junto a los tesauros Descriptores en Ciencia de la Salud (DeCS) y Medical Subject Heading (MeSH) se utilizó el operador booleano “AND”. No se han utilizado truncamientos, símbolos de sustitución ni operadores de proximidad. Los campos de búsqueda se acotaron en base a título y resumen. Entre las bases de datos que fueron consultadas a la hora de llevar a cabo la búsqueda bibliográfica se destacan PubMed, Cinahl, Scopus, CuidenPlus y LILACS. Los criterios de búsqueda para llevar a cabo la búsqueda en las bases de datos anteriormente mencionadas han sido “skin to skin contact” AND “caesarean section” y “skin to skin contact” AND “operating room”. Se consultaron bases

de datos internacionales (Pubmed, Scopus y Cinahl), nacionales (CuidenPlus) y latinoamericanas (LILACS). En cuanto a la naturaleza de las fuentes consultadas, se utilizaron fuentes primarias y secundarias (figura 1).

Se encontraron 102 artículos que posteriormente fueron organizados y analizados, siguiendo los criterios de selección para así determinar los más importantes para este estudio. Se realizó un análisis sobre los principales artículos teniendo en cuenta los aspectos más relevantes para el tema de estudio. En la siguiente tabla (Tabla 2), se determina el número de documentos importantes según el criterio de búsqueda empleado en cada base de datos.

	PUBMED	CINAHL	SCOPUS	CUIDENPLUS	LILACS
“Skin to skin contact” AND “caesarean section”	48	15	21	5	0
“Skin to skin contact” AND “operating room”	6	7	0	0	0

Tabla 2. Documentos importantes según criterio de búsqueda inicial.

Nota: número de documentos encontrados tras aplicar los criterios de búsqueda en las diferentes bases de datos elegidas.
Fuente: elaboración propia.

La búsqueda fue limitada a artículos publicados a nivel nacional e internacional en los últimos 4 años (2016-2019). Otras de las limitaciones que se incluyen son el idioma, ciñéndose la búsqueda a los encontrados en inglés y español. El proceso de búsqueda finalizó cuando los

resultados comenzaron a repetirse en las distintas bases de datos utilizadas. Posteriormente, se llevó a cabo el análisis y la clasificación de los documentos. Los criterios de inclusión y exclusión se reflejan en la siguiente tabla (Tabla 3):

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Título y Resumen: <ul style="list-style-type: none"> - Sobre los beneficios y dificultades de realizar el contacto piel con piel en cesáreas con recién nacidos a término en madres y padres. - Sobre la relación entre contacto piel con piel en cesáreas y adherencia a la lactancia materna. - Sobre la termorregulación neonatal tras realizar el contacto piel con piel intraoperatorio en cesáreas. - Sobre el contacto piel con piel y el uso de medicación postparto. • Idioma: Inglés o Español. • Difusión: Nacional o Internacional en los últimos 5 años. • Especie: humanos. • Artículos de libre acceso. • Fuentes primarias, secundarias y artículos originales.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • No cumplir con los criterios anteriores. • Artículos que no respondan a los objetivos planteados.

Tabla 3: Criterios de inclusión y exclusión.

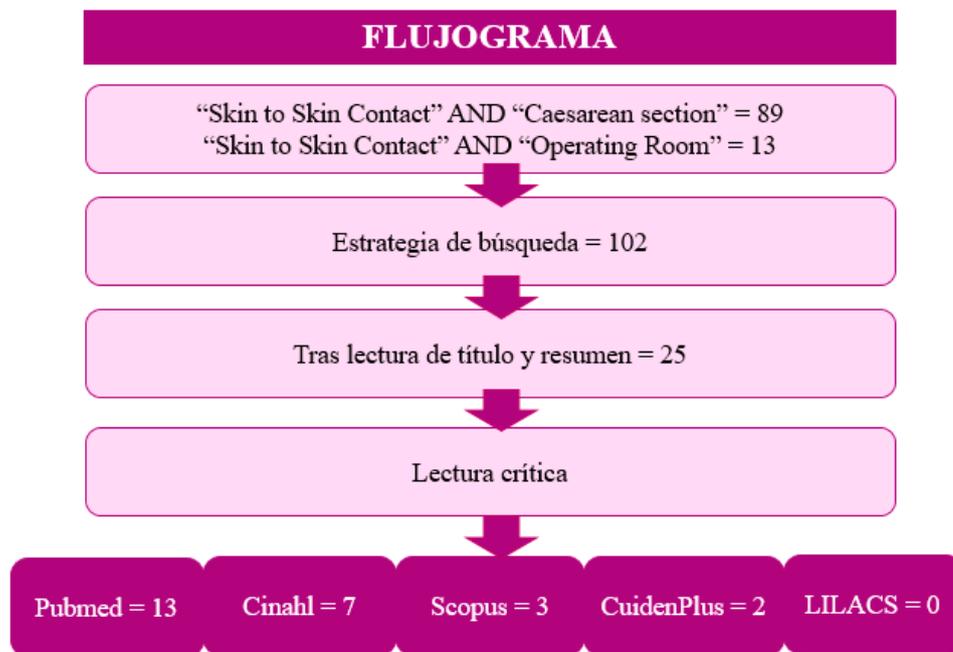


Figura 1. Flujograma.

Nota: proceso de selección de documentos. Fuente: elaboración propia.

RESULTADOS

A continuación, se expone una tabla (Tabla 4) en la que se incluye autor y año, objetivo, muestra/metodología, resultados y conclusiones de los artículos a partir de los cuales se elaboró los resultados de la revisión bibliográfica.

Autor y año	Objetivo	Muestra/Metodología	Resultados	Conclusiones
Vamoeur et al. (2019)	Evaluar la comodidad materna al realizar CPP inmediato en cesáreas.	Estudio prospectivo, observacional y monocéntrico. n= 53.	Tras el CPP aumenta la comodidad materna y disminuye el dolor.	El CPP es posible tras la cesárea y aumenta el confort materno.
Stevens et al. (2019)	Conocer las necesidades de la madre durante el CPP en cesáreas.	Estudio cualitativo, descriptivo, etnográfico. n= 21.	Las madres quieren estar con su bebé y explorarlo para que ver que estén bien.	Las mujeres desean el CPP y comenzar la lactancia materna.
Huang et al. (2019)	Investigar los efectos del CPP padre-hijo tras una cesárea.	Ensayo clínico aleatorizado. n= 108.	Disminuye la ansiedad en padres y el llanto en el bebé.	Mejora la adaptación extruterina.
Crenshaw et al. (2019).	Describir la viabilidad y los resultados del CPP.	Ensayo cuasiexperimental. n= 40.	CPP fiable y disminuye la ansiedad en las madres.	El CPP en cesáreas es viable y seguro.
Wagner et al. (2018)	Explorar la asociación entre CPP y administración de analgésicos.	Estudio retrospectivo con diseño de casos y controles. n= 199.	Las mujeres que no realizaron CPP necesitaron más analgésicos.	Disminuye la necesidad de analgésicos tras aplicar CPP.
Biliner-García et al. (2018)	Evaluar la termorregulación del recién nacido bajo el CPP en quirófano.	Estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo. n=182.	El 21% mantuvo la temperatura, el 35% la aumentó y en el 44% descendió.	La temperatura se mantiene o aumenta generalmente.

Autor y año	Objetivo	Muestra/Metodología	Resultados	Conclusiones
Boyd et al. (2017)	Describir los beneficios del CPP en quirófano.	Estudio cualitativo, descriptivo. n=52.	El 71% de los casos realiza CPP en quirófano.	Destaca la buena adaptación a la vida extrauterina.
Jabraeli et al. (2017)	Examinar el impacto del CPP tras la cesárea.	Ensayo clínico aleatorizado, controlado y doble ciego. n=105.	Destaca la satisfacción materna tras realizar el CPP.	Mejora la atención posnatal del RN tras el CPP.
Schneider et al. (2017)	Determinar si el CPP incluye en el número de traslados a UCI.	Análisis retrospectivo. n=2114.	No realizar el CPP aumenta en un 3,85% los ingresos en UCI.	Realizar CPP disminuye los ingresos en UCI.
Kollmann et al. (2017)	Investigar el impacto del CPP intraoperatorio.	Estudio piloto prospectivo, aleatorizado y controlado. n=35.	Los niveles de cortisol salival no aumentan tras realizar CPP.	Realizar CPP intraoperatorio no aumenta el estrés materno.
Guala et al. (2017)	Examinar el CPP en quirófano.	Estudio de cohortes. n=252.	Aumentó la tasa de lactancia materna tras realizar CPP con la madre.	El CPP sólo se realiza con el padre cuando no puede la madre.
Cleveland et al. (2017)	Determinar el efecto del CPP entre la madre y el RN a término.	Revisión sistemática de 33 artículos.	Beneficios en cuanto a lactancia y termorregulación.	La evidencia apoya beneficios para realizar CPP.
Gregson et al. (2016)	Determinar si el CPP en quirófano afecta a la lactancia materna.	Ensayo clínico, controlado y aleatorio. n=366.	Aumenta la lactancia a las 48h y a las 6 semanas.	Hay relación CPP-duración lactancia materna.
Zamora et al. (2016).	Describir los beneficios del CPP en cesáreas.	Ensayo clínico, controlado y aleatorio. n=99.	El CPP aumentó la adherencia a la lactancia materna.	El CPP hace que aumente la tasa de lactancia materna.
Posthuma et al. (2016)	Compartir los resultados del CPP tras una cesárea convencional.	Estudio de cohortes, retrospectivo. N=650.	Las mujeres que no realizaron CPP tuvieron una mayor estancia hospitalaria.	No aumentaron los efectos adversos tras el CPP.

Tabla 4. Análisis de la información.

Fuente: elaboración propia.

En la categorización temática se incluye la información esencial de cada estudio y los hallazgos comunes entre ellos para comparar y contrastar los resultados, de acuerdo a los objetivos previamente planteados.

Respecto a los beneficios que aporta el contacto piel con piel en las madres, se distingue que las mujeres que realizan CPP con su bebé tienen 9,40% más posibilidades de iniciar la lactancia materna a la vez que aumenta el número de tomas una vez iniciada la lactancia^{14,15}. Un CPP prolongado está asociado con la disminución de las tasas de lactancia artificial a las 48 horas y a las 6 semanas¹⁶. Las madres que realizan CPP necesitan menos analgésicos y ansiolíticos tras la cesárea en comparación con las que no lo realizan. Esta práctica puede ser un complemento no farmacológico que ayuda a controlar el dolor y disminuye los casos de depresión postparto durante la cesárea, mejorando así la salud mental de la madre¹⁷. Las mujeres que no lo realizan, necesitan 2,29 veces más analgesia y ansiolíticos que las que sí lo realizan¹⁴. Si se realiza CPP de forma precoz hace

que aumente la frecuencia cardíaca materna, la saturación de oxígeno y regula la frecuencia respiratoria. El CPP no aumenta el número de infecciones en una cesárea, pero sí las disminuye. Reduce el número de transfusiones sanguíneas y de traslados a UCI¹¹.

En cuanto a los beneficios del contacto piel con piel para el recién nacido, se destaca que es efectivo para el inicio de la lactancia materna. Los RN que experimentan CPP tienen una mayor adherencia a la LM, un inicio más rápido, mayor duración y mayores tasas de exclusividad, disminuyendo la necesidad de recurrir a la leche de fórmula. El CPP hace que aumente el número de RN que se alimentan mediante leche materna a las 48 horas, al alta, a los 10 días y a las 6 semanas respecto a cuando no se realiza. Normalmente, la temperatura de los RN se mantenía con pañales y mantas, pero actualmente, el CPP es el mejor método para regular la temperatura sobre todo en partos por cesárea. La madre aporta el calor que necesita el bebé y estabiliza su temperatura corporal. El CPP en cesáreas es un método seguro

y eficaz para promover la termorregulación en el RN. Disminuye el dolor durante las vacunaciones o al hacer una glucemia capilar tras puncionar con la lanceta. El uso del CPP de forma conjunta con un 25% de dextrosa oral fue más efectivo que cualquier método para controlar el dolor infantil. El CPP tras la cesárea produce regulación cardiopulmonar, relajación, disminución del llanto, calma, mejora el test de APGAR en el minuto 10, disminuye la posibilidad de hipoglucemia, hipotermia, infecciones y el número de ingresos a la UCI neonatal¹⁷⁻¹⁹.

El contacto piel con piel también aporta beneficios al padre, ya que mejora el vínculo y la interacción vocal padre-hijo, aunque sólo se realiza con el padre cuando la madre tiene náuseas o discomfort en el postparto inmediato o no quiere realizar dicho contacto. El CPP hace que disminuyan los casos de ansiedad y depresión paterna¹⁷.

Sin embargo, también hay dificultades a la hora de implantar este cuidado. Una de las razones por las cuales se dificulta la implantación del CPP en quirófano es por la prolongación del tiempo de cirugía, pero se ha de tener en cuenta que se reduce el tiempo de estancia en la sala de recuperación⁶.

El CPP se ve dificultado por tareas rutinarias por parte del personal sanitario (inyecciones, tratamientos oculares, pesar y medir al bebé, suturar a la madre, etc.). Otras dificultades para su implantación son la escasez de personal, si se trata de una cirugía urgente, la resistencia al cambio por parte del personal de enfermería y anestesia y su forma de llevar a cabo la cirugía al seguir protocolos más antiguos⁵⁻⁷.

En cuanto a los efectos secundarios de su implantación, se han detectado dos casos de dichos efectos. El primero, color grisáceo del recién nacido durante 10 minutos después del parto e inmediatamente se le instauró ventilación positiva intermitente con bolsa y máscara y el problema cesó. El segundo, el bebé dejó de respirar cuando llegó a la sala postnatal. El RN fue resucitado y se le trasladó a la UCI neonatal, donde le diagnosticaron meningitis. Ambos se recuperaron sin problema y siguieron realizando CPP^{16,17}.

DISCUSIÓN

El contacto piel con piel es una práctica poco frecuente en los partos por cesárea respecto a los partos vaginales no porque carezca de importancia, sino porque no se conocen de forma clara los efectos que puede producir en el recién nacido, la madre y el padre. El aumento de la tasa de cesáreas, hace que sea cada vez más necesaria su implantación. Es por ello, por lo que es muy importante conocer las evidencias actuales con respecto a los beneficios que aporta el contacto piel con piel en el recién nacido, la madre y el padre, las dificultades, así como si existen datos acerca de efectos indeseables tras la aplicación del protocolo contacto piel con piel en cesáreas una vez que se defina en qué consiste esta práctica y cómo debe llevarse a cabo³.

Tanto en el estudio realizado por Gregson et al.¹⁶ y Batool et al.⁷, el porcentaje de lactancia materna al alta es más alto en el grupo que realiza contacto piel con piel respecto al grupo que no lo realiza. Sin embargo, en el estudio realizado por Crenshaw et al.¹¹ no se observan diferencias en

relación a lactancia materna al alta entre las mujeres que han realizado contacto piel con piel en cesáreas respecto a las que no. Las limitaciones de este último ensayo clínico incluyen el uso de una muestra pequeña y que el contacto piel con piel no se realizó de forma ininterrumpida, sino que se interrumpió en varias ocasiones por motivos rutinarios que se podían haber retrasado en comparación con los dos primeros ensayos clínicos, que muestran un mayor número de participantes y tienen limitaciones que no son relevantes e incluso en el primero, son inexistentes, por lo que éstos muestran más evidencia científica.

Cleveland et al.¹⁷, muestra que las tasas de lactancia materna exclusiva inmediata y al alta dan mejores resultados cuando se realiza con la madre, pero que cuando no se realizan con ella por diversos motivos deben realizarlo con el padre porque tiene más beneficios que si el recién nacido no realiza contacto piel con piel. Por el contrario, Guala et al.¹, señalan que las tasas de lactancia materna exclusiva al alta son más altas cuando se realiza con la madre, teniendo en cuenta que, si el recién nacido no realiza contacto piel con piel o lo realiza con el padre, tiene los mismos resultados no favorables respecto a lactancia materna al alta. Hay que considerar que este estudio de cohortes fue realizado incluyendo solamente a mujeres que habían recibido información acerca de la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño (IHAN) y eran compatibles con el proyecto, no teniendo en cuenta este detalle a la hora de seleccionar a los padres, frente al primer estudio el cual es una revisión sistemática y no tiene limitaciones de importancia, por lo que muestran una mayor relevancia.

En cuanto a termorregulación neonatal, Cleveland et al.¹⁷ declara que la mayor parte de los lactantes aumenta su temperatura corporal al realizar contacto piel con piel inmediatamente en quirófano, incluso más que si no se realiza contacto piel con piel, pero se envuelve al bebé en una manta. Sin embargo, Biliner-Garcia et al.¹⁰, refiere que la temperatura axilar infantil tras el contacto piel con piel en cesáreas aumentó en el 35%, disminuyó en el 44% de los lactantes y permaneció igual en el 21% de su muestra. Hay que considerar que, en la muestra de este último estudio, el cual es cuantitativo, descriptivo y retrospectivo se excluyó a la mitad de los participantes que realizaron contacto piel con piel tras la cesárea por lo que no se tuvo en cuenta su temperatura axilar en los resultados de dicha investigación. Sin embargo, el primer estudio, el cual es una revisión sistemática no tiene limitaciones notables, por lo que aporta una información más fiable.

Según el estudio realizado por Jabraeili et al.¹⁵, se muestra que a las madres les gusta mucho estar en contacto con su bebé tras la cesárea porque así pueden comenzar a crear un vínculo. No obstante, Stevens et al.³ muestra que algunas madres no quieren estar en contacto con su hijo porque están manchadas de sangre después de la cesárea, y prefieren esperar para crear este contacto entre ambos. Hay que considerar que este estudio etnográfico se centra en una pequeña muestra de mujeres, lo que no representa una opinión general de los deseos de otras mujeres tras una cesárea frente al primer estudio el cual es un ensayo

clínico que no tiene limitaciones relevantes y muestra una información más significativa.

Posthuma et al.⁶ refiere que la estancia hospitalaria en las mujeres que realizan contacto piel con piel tras una cesárea es menor respecto a las que no lo realizan, pero Zamora et al.⁴, refiere que pasan más tiempo en el hospital las madres que sí han realizado contacto piel con piel respecto a las que no lo realizan. El tiempo es la limitación más importante de este estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo, ya que la muestra representa sólo los tres meses anteriores y tres posteriores a la instauración del protocolo frente al primero, que es un estudio retrospectivo de cohortes sin limitaciones en el estudio.

La aplicabilidad práctica del contacto piel con piel es muy amplia. Esta práctica se lleva a cabo en los hospitales por ser segura, económica y factible, a la vez que se han demostrado los numerosos beneficios a los que conlleva no solo al recién nacido, a la madre y al padre, sino también a los hospitales, por ejemplo, al disminuir los costes en medicación en el caso del uso de ansiolíticos y analgésicos por ser considerado el contacto piel con piel una medida no farmacológica para solventar estos problemas. Los costes en las mujeres que no realizan el contacto piel con piel en una cesárea aumentan 1,62 veces más respecto a las que sí lo realizan. Esta práctica ayuda a que un parto por cesárea sea lo más parecido posible a un parto natural⁴.

A pesar de ello, la gran mayoría de las unidades de maternidad siguen sin practicar este contacto tras la cesárea por motivos ambientales, como falta de espacio en quirófano y profesionales, conocimientos, tiempo, habilidad para monitorizar al RN y a la madre en el caso de la cesárea, etc., por lo que a veces se dificulta este importante primer contacto entre ambos²¹. A la vez, sería necesario transmitir conocimientos sobre esta práctica en las clases de educación maternal e incluir a los padres en ellas. Estos inconvenientes, son fáciles de solucionar mediante prácticas de simulación clínica y aplicándolas en quirófano, ya que se solventan con educación sanitaria a enfermeras,

matronas, enfermeras pediátricas, anestesistas, obstetras, cirujanos, estudiantes y residentes de enfermería y medicina.

Considero interesante realizar un diseño funcional de las áreas quirúrgicas y sobretodo, de las zonas de asistencia postanestésica, de manera que estén adaptadas a la práctica del protocolo piel con piel tras cesárea. Aunque existe una minoría de personal vinculado a la realización de cesáreas que se muestran reacios al protocolo piel con piel, estoy convencida de que una adecuada formación en cuanto a los beneficios de este aumentaría la adherencia a la práctica del protocolo piel con piel en cesáreas¹⁷.

CONCLUSIONES

El contacto piel con piel aporta numerosos beneficios en cuanto a lactancia materna, termorregulación, niveles de ansiedad y estrés, depresión postparto, dolor, glucemia, satisfacción e ingresos en UCI y escasas limitaciones.

Las tasas de lactancia materna exclusiva son mayores en los partos vaginales en comparación con las cesáreas tras realizar contacto piel con piel. Si se realiza este contacto en cesáreas aumenta la tasa de lactancia inmediata y al alta en comparación a si no se realiza.

La temperatura del recién nacido aumenta o se mantiene en la mayor parte de los casos que realizan contacto piel con piel después de la cesárea, incluso más que si se envuelve al recién nacido en mantas sin realizar este contacto.

El estado de ansiedad y dolor materno disminuye considerablemente cuando la madre realiza contacto piel con piel con el recién nacido tras el parto por cesárea, por lo que disminuye la necesidad de administrar ansiolíticos y analgésicos.

No se han hallado efectos secundarios potencialmente perjudiciales en la aplicación del protocolo contacto piel con piel en pacientes sometidas a cesárea, sólo algún caso aislado los cuales se han solventado sin problema en poco tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guala A, Boscardini L, Visentin R, et al. Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study;2017. doi:10.1155/2017/1940756.
2. Frederick AC, Busen NH, Engebretson JC, Hurst NM, Schneider KM. Exploring the skin-to-skin contact experience during cesarean section. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2016;28(1):31-38. doi:10.1002/2327-6924.12229.
3. Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen HG. Skin-to-skin contact and what women want in the first hours after a caesarean section. *Midwifery.* 2019; 74:140-146. doi:10.1016/J.MIDW.2019.03.020.
4. Zamora L, González E, Escamilla M. Beneficios de la aplicación del protocolo contacto precoz piel con piel tras cesárea en el Hospital de la Merced de Osuna. *Parainfo Digit.* 2016;83(4):255-262.
5. Balatero JS, Spilker AF, Mcniesh SG. Barriers to Skin-to-Skin Contact after Cesarean Birth. *MCN Am J Matern Nurs.* 2019;44(3):137-143.
6. Posthuma S, Korteweg FJ, van der Ploeg JM, de Boer HD, Buitter HD, van der Ham DP. Risks and benefits of the skin-to-skin cesarean section—a retrospective cohort study. *J Matern Neonatal Med.* 2017;30(2):159-163. doi:10.3109/14767058.2016.1163683.
7. Batool P, Mahdieh E, Younes J. the Effect of Early Skin To Skin Contact in Term Neonates After C-Section on Breastfeeding Choice At the Time of Discharge. *imanager's J Nurs.* 2019;9(2):1. doi:10.26634/jnur.9.2.15981
8. Calhoun AM. Impact of skin-to-skin contact after cesarean section: A study comparing bonding outcomes to skin-to-skin after vaginal delivery. *Diss Abstr Int Sect B Eng;* 2016.

9. Frederick AC, Busen NH, Engebretson JC, Hurst NM, Schneider KM. Exploring the skin-to-skin contact experience during cesarean section. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2016;28(1):31-38. doi:10.1002/2327-6924.12229.
10. Renee Biliner-Garcia, Spilker A, Goyal D. Skin to skin contact: newborn temperature stability in the Operating Room. *MCN Am J Matern Nurs.* 2018;(302):1-5. doi: 10.1097/NMC000000000000430.
11. Crenshaw JT, Adams ED, Gilder RE, Debuty K, Scheffer KL. Effects of Skin-to-Skin Care During Cesareans: A Quasiexperimental Feasibility / Pilot Study. *Breastfeed Med.* 2019;14(10). doi:10.1089/bfm.2019.0202.
12. Boyd MM. Implementing Skin-to-Skin Contact for Cesarean Birth. *Aorn J.* 2017; 105(6):579-592. doi:10.1016/j.aorn.2017.04.003.
13. Costa Romero M, Lalaguna Mallada P, Díaz Gómez NM. [Skin to skin contact after cesarean delivery.Theme update and actuation proposal]. *Rev Esp Salud Publica.* 2019; 93:1-10. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30773531>. [Acceso 10/03/2021].
14. Wagner DL, Lawrence S, Xu J, Melsom J. Retrospective Chart Review of Skin-to-Skin Contact in the Operating Room and Administration of Analgesic and Anxiolytic Medication to Women After Cesarean Birth. *Nurs Womens Health.* 2018;22(2):116-125. doi:10.1016/j.nwh.2018.02.005.
15. Jabraeili M, Seyedrasouli A, Kheiri Z, Sadeghi-Bazrgani H, Jannatdoost A. Impact of skin-to-skin care on satisfaction and experience of cesarean mothers: A randomized, double-blinded clinical trial. *Ann Trop Med Public Heal.* 2017;10(6):1756. doi:10.4103/atmph.atmph_642_17.
16. Gregson S, Meadows J, Teakle P, Blacker J. Skin-to-skin contact after elective caesarean section: Investigating the effect on breastfeeding rates. *Br J Midwifery.* 2016;24(1):18-25. doi:10.12968/bjom.2016.24.1.18.
17. Cleveland L, Hill CM, Pulse WS, DiCioccio HC, Field T, White-Traut R. Systematic Review of Skin-to-Skin Care for Full-Term, Healthy Newborns. *Jognn - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2017;46(6):857-869. doi:10.1016/j.jogn.2017.08.005.
18. Kollmann M, Aldrian L, Scheuchenegger A, et al. Early skin-to-skin contact after cesarean section: A randomized clinical pilot study. *PLoS One.* 2017;12(2):1-14.doi:10.1371/journal.pone.0168783.
19. Schneider LW, Crenshaw JT, Gilder RE. Influence of Immediate Skin-to-Skin Contact During Cesarean Surgery on Rate of Transfer of Newborns to Nicu for Observation. *Nurs Womens Health.* 2017;21(1):28-33. doi:10.1016/j.nwh.2016.12.008.
20. Huang X, Chen L, Zhang L. Effects of Paternal Skin-to-Skin Contact in Newborns and Fathers after Cesarean Delivery. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2019;33(1):68-73. doi:10.1097/JPN.0000000000000384.
21. Vamour C, De Jonckheere J, Mestdagh B, et al. Impact of skin-to-skin contact on maternal comfort in patients with elective caesarean section: A pilot study. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2019;48(8):663-668. doi:10.1016/j.jogoh.2019.07.011.

Instauración y mantenimiento de la lactancia materna en mujeres con partos inducidos

Beginning and continuation of breastfeeding in mothers who have induced labours

■ Rosario Ortiz Carrero, Natalia Padilla Hernández, Lorena Morrugares Sicilia.

Enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología (Matronas)

Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme (Sevilla)

Autora responsable de la correspondencia: Rosario Ortiz Carrero rosario.ortiz.carrero@gmail.com 657 544 901

Fecha de recepción: 06/09/2021 Fecha de aceptación: 05/10/2021

RESUMEN: A pesar de ser conocida mundialmente como el mejor alimento para los recién nacidos, la lactancia materna no es todo lo prevalente que debiera, sobre todo en los países desarrollados, los cuales cuentan con una mayor medicalización de los partos. Como mayor muestra de intervencionismo y medicalización, nos encontramos con los partos inducidos, que cada vez son más frecuentes. Nuestro objetivo será conocer cómo es el inicio y mantenimiento de la lactancia materna en mujeres que tienen un parto inducido. Para ello, se realiza una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de ciencias de la salud, y, posteriormente, se recoge y analiza la información obtenida. Finalmente, se observa que las mujeres con partos inducidos tienen un menor inicio y mantenimiento de lactancia materna debido a los efectos negativos de los fármacos y una peor vivencia del nacimiento.

PALABRAS CLAVE: lactancia materna, parto medicalizado, parto inducido, analgesia epidural, oxitocina sintética.

ABSTRACT: Although it is known worldwide that breastfeeding is the best for new-borns, its prevalence is not as high as it should be, especially in developed countries which have a greater medicalization of births. As example of medicalized birth, we found induced labours. Our objective is to know how the beginning and maintain are of exclusive breastfeeding in women with induced labour. Therefore, we do a bibliographic search in the main health science databases, where we collect and analyse the information obtained. In conclusion, women who have induced labours have less initiation and maintenance of breastfeeding because they suffer negative effects of drugs and a worse birth experience.

KEY WORDS: breastfeeding, medicalized birth, induced labour, epidural analgesia, synthetic oxytocin.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna se considera el alimento óptimo para los neonatos, pues es de fácil digestión, es de origen natural y su composición varía según las necesidades nutricionales del lactante. Además, la leche materna cubre la mitad de los requerimientos nutricionales de los bebés durante el segundo semestre de vida y hasta un tercio durante el segundo año.¹

Existen dos variantes de lactancia materna, la exclusiva, que se trata de leche materna y nada más, y la mixta, donde se combinan tomas de leche de fórmula con leche materna.²

A través del acto de amamantar obtenemos beneficios tanto maternos como neonatales. Para los lactantes, la leche materna fomenta el desarrollo cognitivo-sensorial, el lenguaje y las habilidades motoras. Además, protege frente a enfermedades infecciosas, gracias a la transferencia de inmunoglobulinas. El amamantamiento se considera un factor protector contra la muerte súbita, disminuye la incidencia de enfermedades crónicas como la obesidad o la diabetes mellitus tipo 2 y aporta beneficios psicológicos en el vínculo madre-hijo, ya que sirve de consuelo y protección. En cuanto a las madres, a través de la lactancia reducen el riesgo de padecer cáncer de mama y ayuda a

la recuperación postparto, disminuyendo la incidencia de hemorragia puerperal. La lactancia materna disminuye el riesgo de depresión postparto y posee una gran ventaja económica y ecológica, ya que no se necesitan preparaciones para consumirla.^{3,4}

Las ventajas de la lactancia son dosis dependientes, es decir, mientras más exitoso y continuado sea el amamantamiento, más beneficios se experimentarán. Es por ello por lo que organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan iniciar el amamantamiento en la primera hora postparto, continuándolo hasta los 6 meses de manera exclusiva y hasta los 2 años de forma complementaria.¹

Según su prevalencia a nivel mundial, la lactancia está más presente en los países con una economía menos desarrollada. En los países más pobres casi la totalidad de madres amamanta hasta el primer año de vida; mientras que, en los países del primer mundo, al año de edad, menos de un 20% de los niños siguen recibiendo leche materna.

En nuestro país, en 2012, el porcentaje de niños que eran alimentados con lactancia materna exclusiva era de un 28.2%, cifra ligeramente superior al resto de países euro-

peos. En Reino Unido, por ejemplo, un 77% de las madres comenzaba con lactancia materna exclusiva y a los 6 meses, menos de un 1% de madres seguía dando leche materna. Este dato está muy lejos de la recomendación de la OMS y UNICEF de, al menos, un 50% de niños amamantados a los 6 meses con lactancia materna exclusiva.⁵

Los principales motivos por los que la lactancia no se inicia o se abandona de forma precoz parecen ser: bebé que parece hambriento y no se sacia, recién nacido que no se agarra al pecho o está muy irritado, sensación de no tener leche suficiente, cansancio materno, dolor ante el amamantamiento, separación madre-hijo tras cesárea o ingreso del recién nacido y el tipo de nacimiento que se haya tenido.⁶

El intervencionismo en el parto parece influir en el éxito de la lactancia materna, y, como mayor ejemplo de medicalización e intervencionismo en el nacimiento nos encontramos con los partos inducidos o provocados.

La inducción al parto se define como el procedimiento

donde, a través de medios mecánicos o farmacológicos, se pretende desencadenar el trabajo de parto de forma artificial en los casos en los sea necesario finalizar la gestación por motivos maternos o fetales. Frecuentemente, además de utilizar fármacos, se suelen utilizar procedimientos que aumentan la demanda de las gestantes de métodos farmacológicos para el alivio del dolor, como la amniotomía.

En los últimos años se ha aumentado la incidencia partos inducidos, incrementándose su uso a nivel mundial de un 9,5% en 1997 a un 15,3% en 2010 (ver gráfico 1). Nuestro país también ha seguido esta tendencia, encontrándonos en 2015 con que el 19,4% de partos han sido fruto de inducciones. Este porcentaje es casi el doble del que recomiendan el Ministerio de Sanidad y la OMS, quienes mantienen que, menos de un 10% de los partos deben ser inducidos.^{7,8}

Como puede observarse en el gráfico nº 2, los partos que no han sufrido intervenciones (parto natural) tienen una proporción mayor de semanas de lactancia materna exclusiva frente a los partos en los que sí se interviene.

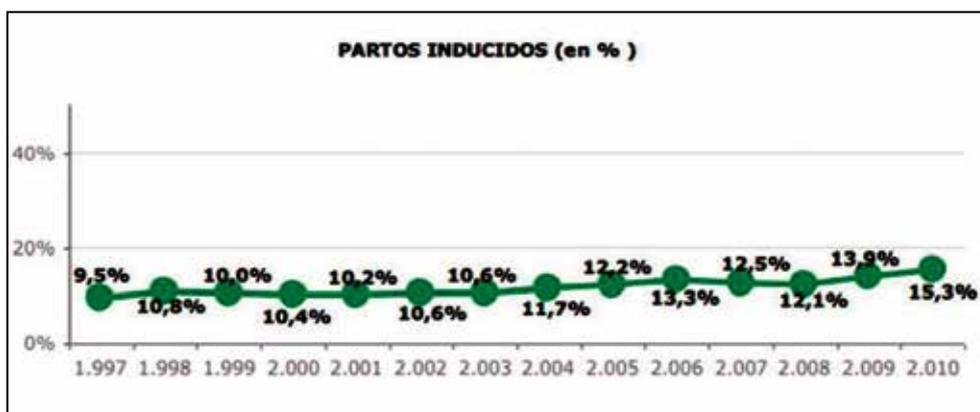


Gráfico 1. Porcentaje de partos inducidos en España por años. Fuente: ilustración obtenida a través del informe del Ministerio de Sanidad.

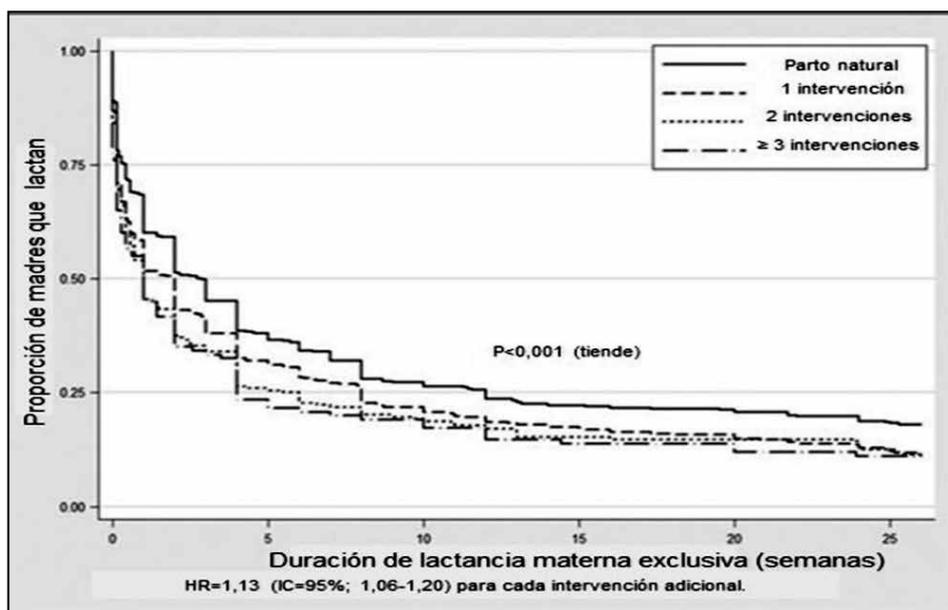


Gráfico 2. Proporción de madres que dan lactancia materna exclusiva según el tipo de parto. Fuente: Gráfica extraída a través de "Association between Intrapartum Interventions and Breastfeeding Duration" y traducida por las autoras de esta revisión.

Finalmente, nos propusimos como objetivo de esta revisión bibliográfica descubrir qué dice la evidencia científica sobre cómo es el inicio y mantenimiento de la lactancia materna en mujeres que tienen partos inducidos.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión de la literatura en las principales bases de datos de ciencias de la salud tanto nacionales como internacionales (Cochrane, PubMed y Dialnet) sobre artículos que tratasen sobre lactancia materna y partos inducidos.

Para elaborar la estrategia de búsqueda se utilizaron los descriptores en ciencias de la salud (DeCs) “inducción

del parto” (Labor, Induced) y “lactancia materna” (Breast Feeding). Posteriormente, en el tesoro de Cochrane introducimos “Labor, Induced” y “Breast Feeding” obteniendo 8 y 6 sinónimos respectivamente.

En segundo lugar, se utilizó la base de datos americana de PubMed, la cual tiene tesoro propio (MeSH). Los términos MeSH equivalentes a “inducción del parto” y “lactancia materna” son “Labor, Induced” y “Breast Feeding” respectivamente.

Los descriptores fueron enlazados mediante los operadores booleanos “AND, “” y *”. Como resultado, nos encontramos con las estrategias de búsqueda de la *Tabla 1*.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Número de artículos encontrados	Número de artículos seleccionados
Cochrane	Labor, Induced AND Breast Feeding	7	2
Cochrane	Labor, Induced AND Breast Feeding	38	3
PubMed	(“Labor, Induced”[Me sh]) AND “Breast Feeding”[Me sh]	8	4
Dialnet	induc* AND parto AND lactancia	54	1

TABLA 1. Estrategias de búsqueda para la elaboración de este trabajo de investigación. Fuente: tabla de elaboración propia. En ella se muestran las bases de datos utilizadas, la estrategia de búsqueda que se usó en cada base, el número de artículos que se encontró y los que finalmente se seleccionaron para la elaboración de esta revisión bibliográfica.

La elección de los documentos para la elaboración de esta revisión de la literatura se ha desarrollado en dos fases; la primera, en leer título y resumen de los artículos y la segunda una profundización en el desarrollo de los artículos.

Los criterios de inclusión fueron: artículos de revisión o investigación, que hablen sobre la inducción al parto y la lactancia materna, publicados en inglés o español en los últimos 10 años (desde 2010 hasta 2020).

Contrariamente, los criterios de exclusión han sido: artículos de la literatura gris o semipublicada, documentos escritos en un idioma diferente al inglés o español, artículos publicados en años anteriores a 2010 o que no tratasen sobre la inducción al parto y la lactancia materna.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 107 artículos. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, eliminar los que no se adecuaban a la temática de estudio y los duplicados, nos quedamos finalmente con 11 artículos. De ellos, 2 son revisiones sistemáticas, 6 son estudios observacionales (5 analíticos y uno descriptivo) y el resto son ensayos clínicos aleatorios. A estos artículos hay que sumarles 3 fuentes de información obtenidas de revisiones secundarias y terciarias. Por lo que finalmente, obtenemos 14 artículos para la elaboración de esta revisión bibliográfica.

En lo referente a la temática de estudio, casi la totalidad de artículos revisados hablaban de la inducción al parto con oxitocina sintética, encontrando únicamente 2 artículos que hablaban de la inducción con prostaglandinas vaginales y su relación con la lactancia materna.

Referencia bibliográfica	Tipo de estudio y muestra	Objetivo del estudio	Metodología y aspectos importantes	Resultados más destacados
Gil-Urquiza M. UCREA. Factores que intervienen en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna en Cantabria.	Estudio prospectivo N=1026	Analizar los factores asociados al inicio y duración de la lactancia materna y evaluar el cumplimiento de las acciones a favor de la lactancia que se realizan en las maternidades	Los datos se recogieron por matronas investigadoras mediante entrevistas personales hasta el alta hospitalaria y, posteriormente, por teléfono.	Los factores asociados a una menor duración de la lactancia son: menor nivel de estudios, hábito tabáquico, haber sido amamantada menos de 6 meses, no haber visto amamantar, haber amamantado menos de 3 meses, utilizar pezoneras, amamantar en horarios rígidos e incorporar suplementos.
Li Bai D, Wu K. y Tarrant M. Association between intrapartum interventions and breastfeeding duration. Journal of midwifery & women's health. 2013; 1(58).	Estudio de cohortes prospectivo n=1280	Examinar la duración de la lactancia materna exclusiva cuando se interviene en el parto (inducción del parto, uso de epidural, opioides y/o parto instrumentado)	Los datos se recopilaron por enfermeras investigadoras a través de teléfono y presencialmente hasta que se produce el destete del hijo/a.	Mientras más intervenciones se realicen en un parto mayor es la probabilidad de abandono de la lactancia materna exclusiva.
Marín MA, Olza I, Malalana AM, González C, Costarelli V, Millán I. et al. Intrapartum synthetic oxytocin reduces the expression of primitive reflexes associated with breastfeeding. Breastfeeding medicine. 2015; 10(4).	Estudio de cohortes prospectivo. N=98	Evaluar si la administración de oxitocina sintética intraparto tiene algún efecto sobre los reflejos neonatales y determinar si dicho efecto depende de la dosis.	El estudio fue aprobado por el comité de ética. Se grabó en vídeo los reflejos de los recién nacidos y posteriormente, dos investigadores analizaban los reflejos a través de la escala de Brazelton.	La administración de oxitocina sintética intraparto podría inhibir la expresión de los reflejos neonatales relacionados con la lactancia materna. Esta correlación no parece depender de la dosis.
De la Cal P. Efectos de la oxitocina exógena en el inicio y establecimiento de la lactancia materna. Rev. enfermCyL. 2015; 7(2).	Revisión bibliográfica. N=114	Relacionar el empleo de oxitocina sintética con dificultades en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.	De los 114 textos revisados, las conclusiones se extrajeron de 12.	La administración de oxitocina se asocia con dificultades para lactar, sobre todo en la duración de la lactancia materna exclusiva.
Zanardo V, Bertin M, Sansone L. y Felice L. The adaptive psychological changes of elective induction of labour in breastfeeding women. Early Human Development. 2017 octubre; 104(13).	Ensayo clínico aleatorio N=180	Describir la influencia de la inducción del parto sobre el inicio de la lactancia y al mes y a los 3 meses.	La recogida de datos se hizo a través de teléfono mediante investigadores entrenados.	Las mujeres que han tenido un parto inducido dan menos tiempo lactancia materna exclusiva que aquellas de parto espontáneo al mes y los 3 meses después del parto.
Gomes M, Trocado V, Carlos-Alves M, Arteiro D. y Pinheiro P. Intrapartum synthetic oxytocin and breastfeeding: a retrospective cohort study. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2018.	Estudio de cohortes retrospectivo n=201	Evaluar si la administración de oxitocina durante el parto tiene algún efecto sobre la lactancia.	Para la recolección de datos se contactó por las mujeres telefónicamente.	La oxitocina sintética desensibiliza los receptores oxitocínicos ubicados en la mama, debilitan el reflejo de eyección de la leche y el reflejo de succión en el RN.
Gu V, Feeley N, Gold I, Hayton B, Robins S, Mackinnon A. et al. Intrapartum Synthetic Oxytocin and Its Effects on Maternal Well-Being at 2 Months Postpartum. Birth issues in perinatal care. 2016; 43(1)	Dos estudios longitudinales. Primer estudio N=287 Segundo estudio N=386	Examinar la relación entre la oxitocina sintética y los niveles de oxitocina materna, la lactancia materna y la salud mental materna a los 2 meses postparto.	Las púerperas fueron visitadas a los 2 meses postparto para pasarles cuestionarios que evalúan la lactancia materna y su salud mental de la mujer.	La oxitocina sintética tiene efectos negativos sobre la lactancia materna y su salud mental a los 2 meses postparto.
Jordan S, Emery S, Watkins A, Evans JD, Storey M. y Morgan G. Associations of drugs routinely given in labour with breastfeeding at 48 hours: analysis of the Cardiff Births Survey. International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2009; 1(16).	Estudio de cohortes retrospectivo n=48366	Examinar los efectos a largo plazo de la administración de oxitocina sintética sobre la oxitocina endógena y la lactancia materna.	A los dos meses postparto las púerperas fueron visitadas para completar un cuestionario y se les recompensó su participación con 25 dólares.	Las drogas administradas rutinariamente durante parto y puerperio interfieren negativamente en la lactancia.
García-Forte P, González-Mesa E, Blasco M, Cazorla O, Delgado-Ríos M, González-Valenzuela MJ. Oxytocin administered during labor and breastfeeding: a retrospective cohort study. J Matern Fetal Neonatal Med. 2014; 27(15):1598-603.	Estudio de cohortes prospectivo N=316	Evaluar la posible correlación entre la administración de oxitocina durante el parto y la duración del amamantamiento.	El estudio fue aprobado por el comité de ética. Se recopilaron datos mediante la revisión de historias clínicas y entrevistas con las madres en el hospital.	La estimulación o inducción del parto con oxitocina tiene consecuencias negativas en el inicio y duración de la lactancia materna, especialmente en madres menores de 27 años y RN a término.

Referencia bibliográfica	Tipo de estudio y muestra	Objetivo del estudio	Metodología y aspectos importantes	Resultados más destacados
Bell AF, Erickson EN, Carter CS. Beyond labour: the role of natural and synthetic oxytocin in the transition to motherhood. J Midwifery Women's Health [Internet]. NIH Public Access; 2014 [citado 30 de agosto de 2021]; 59(1):35.	Revisión bibliográfica N=61	Investigar los efectos de la oxitocina sintética sobre el rol de la maternidad.	Para la recogida de datos se analizaron los niveles plasmáticos de oxitocina sintética en mujeres con distinta cantidad de exposición durante el parto.	La oxitocina es una hormona encargada de promocionar bienestar y crear un vínculo recién nacido-madre saludable. Si se utiliza oxitocina sintética, ésta desplaza la producción de oxitocina endógena, alterando el vínculo madre-recién nacido y los comportamientos encaminados hacia una maternidad saludable, como la lactancia materna.
Gómez-García JA, Rojas-Russella ME, Serrano-Alvarado M, Juárez-Castelán MA, Huerta-Ibáñez A. y Ramírez-Aguilar M. Intention to breastfeed exclusively: a study based on the Theory of Planned Behaviour. Rev. Clínica y Salud. 2020 febrero; 31(1).	Estudio transversal N=442	Identificar la relación de las actitudes, la norma subjetiva, el control conductual percibido y la anticipación del afecto con la intención de lactar exclusivamente durante 6 meses en una muestra de mujeres embarazadas	Sólo se tuvo en cuenta a las mujeres con un embarazo de bajo riesgo y sin contraindicación médica para lactar.	Mientras más facilidades se les presten a las embarazadas, más de ellas dará una lactancia materna exclusiva. Aunque es esencial para que la lactancia sea exitosa una buena actitud por parte de la futura madre y una experiencia positiva de lactancia anterior.
Ocampo PS, Vargas N, León N, Durán-Agüero S. y Araya M. El tipo de parto, ¿podría condicionar el éxito en la lactancia? Rev. Española de Nutrición Comunitaria. 2018; 24(2).	Estudio descriptivo transversal N=242	Determinar qué factores constituyen elementos de protección o de riesgo para la instalación de la lactancia materna.	Estudio realizado en España.	El parto vaginal de inicio espontáneo influye positivamente en la lactancia materna.
Marín-Gabriel MA, Olza-Fernández I, Malana-Martínez AM. y Fernández-Cañadas Morillo A. Influencia de la oxitocina administrada durante el parto en el mantenimiento de la lactancia materna. Estudio preliminar. 2013; 71(1):9-11.	Estudio descriptivo observacional N=40 (20 madres y 20 hijos).	Determinar si la oxitocina sintética administrada durante el parto posee alguna influencia sobre el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva	Se incluyeron primigestas con embarazo de bajo riesgo que habían tenido parto vaginal y un recién nacido sano. La recogida de datos se hace por llamada telefónica a los 3 meses.	Las madres que no amamantaban de forma exclusiva al mes y tres meses después del parto estuvieron expuestas a mayores dosis de oxitocina sintética durante el parto que aquellas madres que sí lactan de forma exclusiva al mes y 3 meses.

TABLA 2. Síntesis de la bibliografía consultada. Fuente: tabla de elaboración propia a través de los artículos utilizados para realizar esta revisión de la literatura. En ella se destacan los aspectos más importantes de cada estudio, como objetivos, metodología, resultados y tipo de estudio.

DISCUSIÓN

Según el estudio de Li Bai et al. realizado en Hong Kong con 1280 madres y sus recién nacidos, existe una relación inversamente proporcional entre el número de intervenciones que una madre recibe durante su parto y los meses que da lactancia materna. Este estudio analizó 4 posibles intervenciones que podrían sufrir las gestantes: recepción de analgésicos opioides, inducción del parto versus parto espontáneo, administración de epidural y tipo de parto vaginal (eutócico versus instrumental). La conclusión fue que una intervención por sí sola no interfiere en el éxito de la lactancia materna, pero si se aplican más de una sí, por lo que las madres que experimentan múltiples intervenciones en el parto necesitan un apoyo extra en la lactancia materna. Este fenómeno se debe a que las mujeres que experimentaron más intervenciones durante el parto sufren más estrés que aquellas que tienen un parto más fisiológico. El intervencionismo hace que la bajada de la leche sea menos exitosa y, en consecuencia, se introducen precozmente leches de fórmula, que disminuyen el éxito de la lactancia materna⁹

Resultados similares encontramos en la publicación de Zanardo V. et al, con una muestra de 180 mujeres (90 mujeres con inicio de parto espontáneo versus 90 con inducción del parto con prostaglandinas), las puérperas a las que se les había inducido el parto presentaron peores resultados en las escalas de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS), el inventario de ansiedad (STAI-Y) y la escala del vínculo madre-recién nacido (MIBS). Hay que destacar de este estudio que no se separó a los recién nacidos de sus madres, todas las mujeres tuvieron partos vaginales y se inició la lactancia materna en la primera hora de vida. A pesar de esto, el éxito del inicio y continuación de la lactancia materna fue inferior en el grupo de partos inducidos. La justificación de este hecho se da en el aumento de ansiedad que suelen presentar las mujeres a las que se les induce el parto; la ansiedad hace que se aumente la adrenalina, que disminuye la tolerabilidad a los estímulos dolorosos e inhibe la producción de prolactina.¹⁰

En consonancia con lo anterior, numerosas investigaciones relacionan la administración de prostaglandinas vaginales con un menor inicio y supresión temprana de la lactancia.

La causa de este hecho se encuentra en que los fármacos utilizados para la inducción del parto suprimen la secreción de prolactina, ya que son agonistas de la dopamina, y promueven la liberación de citoquinas proinflamatorias.^{9, 11, 12, 13, 14, 15}

Además, Bell AF et al. y Li Bai et al. encontraron que, a través del uso de oxitocina sintética nacían bebés más estresados, cansados e irritados en comparación con recién nacidos que no habían estado expuestos a la oxitocina sintética. Estos efectos se midieron al analizar el reflejo de succión, las puntuaciones en el test de Apgar y el número de ingresos en la unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN); todos ellos peores en los casos de partos inducidos. La explicación de esto reside en que la oxitocina sintética pasa la barrera placentaria, llegando directamente al cerebro del feto a través de las venas umbilicales sin metabolizarse previamente (sin hacer primer paso hepático), provocando alteraciones del comportamiento del fetal.^{9, 12}

Gomes M. et al. junto a otros autores, mantiene que las altas concentraciones de oxitocina sintética en sangre materna desensibilizan los receptores mamarios y uterinos, lo que hace que se debilite el reflejo de eyección de la leche y se altere el sistema de producción de oxitocina endógena materna a través de un mecanismo de retroalimentación negativo.^{16, 17}

La oxitocina natural es la principal hormona del trabajo de parto y se encarga de favorecer una maternidad exitosa y saludable, ya que promueve un humor positivo, bienestar y un comportamiento de apego con el recién nacido. Cuando existe la necesidad de inducir el parto, se usa oxitocina sintética, que tiene los mismos efectos que la oxitocina endógena a la hora de provocar contracciones, pero no cumple el resto de las funciones de su análogo. Cuando se produce oxitocina endógena, los receptores de ácido gamma amino butírico (GABA), pasan de estar activos a inactivos, lo que hace que, si el feto entra en hipoxia, “se silencien” las neuronas corticales fetales, disminuyendo su vulnerabilidad a daños por hipoxia. Esto no ocurre con la oxitocina sintética, por lo que el feto queda desprotegido ante daños hipóxicos.¹²

Otro estudio relacionado con la administración de oxitocina sintética toma como muestra 316 trabajos de parto, de los cuales 189 estuvieron expuestos a oxitocina y 127 no. Del total de mujeres, 237 dieron lactancia materna y 79 dieron lactancia artificial al alta hospitalaria, siendo el grupo que dio lactancia artificial en su mayoría el que estaba expuesto a oxitocina sintética. Con lo cual, las mujeres que se exponen a la oxitocina sintética intraparto inician menos la lactancia materna. Este resultado fue más notorio en mujeres menores de 27 años, con un bajo nivel educativo o fumadoras.^{13, 14}

Otros estudios revisados apuntan que no sólo afecta el hecho de haber recibido o no oxitocina sintética, sino que también influye la dosis administrada.

Un estudio realizado en Suiza con 702 mujeres, cuanta más dosis de oxitocina sintética se le pasase a la madre durante la inducción del parto, menor número de ellas iniciaban

o mantenían una lactancia materna exclusiva. Si a esto le sumamos el uso de analgesia epidural, se multiplica por 2 el número de recién nacidos que reciben lactancia artificial. Estudios similares se llevaron a cabo en Madrid y Chicago, obteniéndose los mismos resultados.^{15, 17, 18}

Jordan S. realizó un estudio con 48366 mujeres, llegando a la conclusión de que el uso de prostaglandinas u oxitocina sintética disminuyen entre un 6-8% los casos de inicio de lactancia materna a las 48 horas de vida. Este porcentaje asciende si la mujer hace uso de analgesia epidural y desciende con el uso de óxido nítrico.¹¹

Por tanto, el hecho de que haya elevadas concentraciones de oxitocina sintética durante los períodos de dilatación y expulsivo interfiere con la producción de oxitocina endógena y sus receptores, entorpeciendo la creación de un buen vínculo materno-neonatal.^{19, 20} Además, existe una mayor demanda de analgesia epidural en los partos inducidos, que también se relaciona con una peor creación del vínculo madre-recién nacido y modificación de la conducta social, con más riesgo de que exista rechazo hacia el neonato y menos comportamientos relacionados con la maternidad, como una menor duración e instauración de lactancia materna.^{10, 21, 22, 23}

La principal limitación del proceso de revisión ha sido la imposibilidad de acceder al texto completo de algunos estudios y la escasez de artículos publicados que relacionan el uso de prostaglandinas vaginales como método de inducción del parto con el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.

Como implicaciones futuras, podría realizarse otra revisión bibliográfica que analice qué métodos o procedimientos de apoyo se pueden dar a las gestantes que tienen programada una inducción del parto por parte de enfermería.

CONCLUSIONES

La totalidad de artículos analizados en esta revisión demuestran que existe un menor inicio y mantenimiento de lactancia materna en mujeres que tienen partos inducidos cuando se les compara con mujeres que tienen partos de inicio espontáneo. La explicación de este fenómeno radica en dos vertientes:

Por un lado, está la propia acción farmacológica de la oxitocina sintética y las prostaglandinas, que desensibilizan los receptores mamarios y uterinos, compiten con los receptores de prolactina y alteran el comportamiento fetal. Todo esto se traduce en una bajada de la leche más tardía y de menor cantidad, a la vez que tenemos un recién nacido deprimido y con menos interés en amamantarse.

Y, por otro lado, está la vivencia psicológica de las púerperas. Las mujeres a las que se les induce el parto presentan mayores niveles de ansiedad, depresión postparto y un peor vínculo madre-recién nacido, que hace que se inicien menos comportamientos de apego, como lo es la lactancia materna.

Por tanto, es un hecho que el parto influye en el establecimiento de la lactancia materna y puede decirse que cuanto

menos intervenido sea un parto más probable es que la lactancia se desarrolle sin dificultades. Contrariamente, cuanto más se interfiere en un proceso fisiológico, más alteraciones y desviaciones de la normalidad se producen.

A la vista de la información disponible, parece necesario desarrollar estrategias de apoyo en la lactancia a aquellas mujeres que tienen programados partos inducidos para que no experimenten la dificultad “extra” que supone la inducción del parto en el amamantamiento de su descendencia.

Estas estrategias de apoyo deben ser multidisciplinarias implicando a todos los componentes del sistema sanitario.

También es necesario que se produzca un mayor apoyo a la lactancia materna a nivel social y laboral, no pudiéndose responsabilizar únicamente a las familias de realizar todo el esfuerzo para conseguir estos objetivos.

Declaración de intereses: Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de intereses en la realización de esta revisión bibliográfica.

Presentación en otras instancias: El presente trabajo no ha sido presentado en ninguna ponencia, póster o similar, ha sido realizado exclusivamente para su publicación en la revista *Hygia de Enfermería*.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Española de Pediatría (AEP). Comité de Lactancia Materna. Lactancia materna a demanda. Recomendaciones. 2013 Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201301-lactancia-materna-demanda.pdf>. [citado el 13 de agosto de 2021].
- Gómez-García JA, Rojas-Russella ME, Serrano-Alvarado M, Juárez-Castelán MA, Huerta-Ibáñez A, Ramírez-Aguilar M. Intention to breastfeed exclusively: a study based on the Theory of Planned Behavior. *Rev. Clínica y Salud*. 2020; 31(1): 13-20. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a20>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Nutrición - Lactancia materna exclusiva. 2017 Disponible en: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es. [citado el 20 de agosto de 2021].
- Usandizaga-Beguiristáin JA, De la Fuente-Pérez P. Puerperio y Lactancia. En *Obstetricia*. 4ª ed. Marban; 2011. p. 259.
- Breastfeeding: achieving the new normal. [Editorial]. *J. The Lancet*. 2016; vol 387: 404. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00210-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00210-5).
- González-García I, Hoyos-Mesa AJ, Torres-Cancino II, González-García I, Romeo-Almanza D, de León-Fernández MC. Abandono de la lactancia materna exclusiva, causas y consecuencias. *Rev. Med. Electrónica*. 2015; 39(5):1052-1060. Disponible: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/> [citado 07 Agosto 2021].
- Ministerio de Sanidad. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Informe sobre la atención al parto y nacimiento en el sistema nacional de salud. Madrid; 2015.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Observatorio nacional de salud de las mujeres. Informe sobre la atención al parto y nacimiento. Madrid; 2015.
- Li Bai D, Wu K, Tarrant M. Association between intrapartum interventions and breastfeeding duration. *J. of midwifery & women's health*. 2013 enero; 58(1): 25-32. doi: 10.1111/j.1542-2011.2012.00254.x.
- Zanardo V, Bertin M, Sansone L, Felice L. The adaptive psychological changes of elective induction of labour in breastfeeding women. *J. Early Human Development*. 2017; 104:13-16. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2016.10.007.
- Jordan S, Emery S, Watkins A, Evans JD, Storey M, Morgan G. Associations of drugs routinely given in labour with breastfeeding at 48 hours: analysis of the Cardiff Births Survey. *J. Obs. and Gyn*. 2009; 116(12):1622-9. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02256.x.
- Bell AF, Erickson EN, Carter CS. Beyond labour: the role of natural and synthetic oxytocin in the transition to motherhood. *J Midwifery Women's Health*. 2014; 59(1):35-42. doi: 10.1111/jmwh.12101.
- García-Forteza P, González-Mesa E, Blasco M, Cazorla O, Delgado-Ríos M, González-Valenzuela MJ. Oxytocin administered during labour and breast-feeding: a retrospective cohort study. *J. Matern. Fetal Neonatal Med*. 2014 Oct; 27(15):1598-603. doi: 10.3109/14767058.2013.871255.
- Gil-Urquiza MT. Factores que intervienen en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna en Cantabria. [Tesis doctoral]. Repositorio abierto de la Universidad de Cantabria. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10902/12112>. [citado 07 Agosto 2021].
- Marín MA, Olza I, Malalana AM, González C, Costarelli V, Millán I et al. Intrapartum synthetic oxytocin reduces the expression of primitive reflexes associated with breastfeeding. *J. Breastfeeding medicine*. 2015; 10(4):209-13. doi: 10.1089/bfm.2014.0156.
- Gómez-García JA, Rojas-Russella ME, Serrano-Alvarado M, Juárez-Castelán MA, Huerta-Ibáñez A, Ramírez-Aguilar M. Intention to breastfeed exclusively: a study based on the Theory of Planned Behaviour. *Rev. Clínica y Salud*. 2020 febrero; 31(1):13-20. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a20>.
- Gomes M, Trocado V, Carlos-Alves M, Arteiro D, Pinheiro P. Intrapartum synthetic oxytocin and breastfeeding: a retrospective cohort study. *J. of Obs. and Gyn*. 2018; 38(6):745-749. doi: 10.1080/01443615.2017.1405924.
- De la Cal P. Efectos de la oxitocina exógena en el inicio y establecimiento de la lactancia materna. *Rev. enfermCyL*. 2015; 7(2):25-30. <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/158>. [citado 07 Agosto 2021].
- Sunita L, Simmy C, Mamta N. Effect of Antenatal Breast Milk Expression at Term Pregnancy to Improve Post Natal Lactational Performance. *J. of Obs. and Gyn. of India*. 2016; 66(1): 30-34. doi: 10.1007/s13224-014-0648-7
- Garnica-Martínez I. y Ojer-Pascual L. Expresión manual de calostro, la alternativa a la suplementación. *Rev. Portales médicos*. 2020; 15(5):173. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/expresion-manual-de-calostro-anteparto-la-alternativa-a-la-suplementacion/>. [citado 07 Agosto 2021].
- Ocampo PS, Vargas N, León N, Durán-Agüero S, Araya M. El tipo de parto, ¿podría condicionar el éxito en la lactancia? *Rev. Esp Nutr Comunitaria*. 2018; 24(2):1-8. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6987980> [citado 07 Agosto 2021].
- Gu V, Feeley N, Gold I, Hayton B, Robins S, Mackinnon A et al. Intrapartum Synthetic Oxytocin and Its Effects on Maternal Well-Being at 2 Months Postpartum. *Birth issues in perinatal care*. 2016; 43(1): 28-35 doi: 10.1111/birt.12198. Epub 2015 Nov 10.
- Marín Gabriel MA, Olza Fernández I, Malana Martínez AM, Martínez B, Fernández-Cañadas Morillo A. Influencia de la oxitocina administrada durante el parto en el mantenimiento de la lactancia materna. Estudio preliminar. *Acta Pediatr Esp*. 2013; 71(1):9-11.

El papel de la enfermera en el cuidado de los pacientes terminales oncológicos

The role of the nurse in care of terminal oncological patients

- José Antonio *Agudo Caballero*. Graduado en Enfermería. Hospital Valle de los Pedroches. (Pozoblanco) Córdoba.
 - Beatriz *Lucena Porras*. Diplomada en enfermería. Casa Familiar San Francisco de Asís. Córdoba.
 - Natividad *Calero Mercado*. Graduada en Enfermería. Hospital Valle de los Pedroches. (Pozoblanco) Córdoba.
- Centro donde se ha realizado el trabajo: Hospital Valle de los Pedroches. Córdoba.
 Autor para correspondencia: jaagudocaballero@gmail.com. Teléfono: 677070354
 Fecha de recepción: 09/10/2020 Fecha de aceptación: 05/03/2021

RESUMEN: Introducción: El tratamiento paliativo es la atención que se les da a los pacientes con objeto de mejorar su calidad de vida. La meta no es la curación, sino tratar los síntomas de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento y los problemas psicológicos derivados.

Objetivos: Describir la actuación enfermera en el cuidado de los pacientes terminales oncológicos.

Metodología: Se realizaron búsquedas bibliográficas en Cuiden Plus, Scielo, Scopus y Pubmed. Los descriptores empleados fueron: "dolor en el cáncer", "cuidados paliativos", "atención de enfermería", "relaciones Enfermera-Paciente", "terapia combinada". La búsqueda abarcó artículos publicados desde 2002 hasta la actualidad.

Resultados: Las actividades enfermeras irán enfocadas a: acabar con el dolor y los demás síntomas que padecen las personas con enfermedad terminal oncológica, apoyo psicológico a la familia y al enfermo y educación sanitaria.

Conclusión: El papel de las enfermeras es el punto de apoyo de los cuidados continuos y controlados para el bienestar del paciente oncológico hasta el final de la vida.

PALABRAS CLAVES: Dolor en el cáncer, cuidados paliativos, atención de enfermería, relaciones enfermero-paciente, terapia combinada.

ABSTRACT: Introduction: Palliative treatment is the care given to patients in order to improve their quality of life. The goal is not to cure, but to treat the symptoms of the disease, the side effects of the treatment and the psychological problems that arise.

Objectives: To describe the nursing performance in the care of terminal cancer patients.

Methodology: Bibliographic searches were conducted in Cuiden Plus, Scielo, Scopus and Pubmed. The descriptors used were: "cancer pain", "palliative care", "nursing care", "Nurse-Patient relationships", "combined therapy". The search covered articles published from 2002 to the present.

Results: The nursing activities will focus on: ending the pain and other symptoms suffered by people with terminal cancer disease, psychological support for the family and the sick, and health education.

Conclusion: The role of nurses is the fulcrum of continuous and controlled care for the well-being of the cancer patient until the end of life.

KEYWORDS: cancer pain, palliative care, nursing care, nurse-patient relationships, combination therapy.

INTRODUCCIÓN

Cáncer es el nombre común que recibe un conjunto de enfermedades relacionadas en las que se observa un proceso descontrolado en la división de las células del cuerpo¹. En general, el comportamiento de las células cancerosas se caracteriza por carecer del control reproductivo que requiere su función original, perdiendo sus características primitivas y adquiriendo otras que no les corresponden, como la capacidad de invadir de forma progresiva y por distintas vías a órganos próximos (metástasis), con crecimiento y división más allá de los límites normales del órgano, diseminándose por el organismo fundamentalmente a través del sistema linfático o el sistema circulatorio, y ocasionando el crecimiento de nuevos tumores en otras partes del cuerpo alejadas de la localización original².

En general, el cáncer conduce a la muerte del paciente si

éste no recibe tratamiento adecuado. Es la primera causa de muerte en España, con un 26,5%¹.

El tratamiento del cáncer se fundamenta en cuatro pilares: cirugía, quimioterapia, radioterapia e inmunoterapia. Otras posibilidades de tratamiento incluyen la hormonoterapia y el trasplante de médula ósea. El tratamiento debe ser multidisciplinario en todos los casos, pues exige la cooperación entre distintos profesionales: enfermería, médico de familia, cirujano, radioterapeuta, oncólogo, etc³.

La respuesta al tratamiento puede ser completa, si se ha producido la desaparición de todos los signos y síntomas de la enfermedad, o parcial, si existe una disminución significativa de todas las lesiones mensurables⁴.

En el plan de tratamiento hay que definir si la intención es curativa o paliativa. Dada la incapacidad actual de la ciencia para curar los tipos de cáncer más agresivos en estados

avanzados de evolución, en algunas ocasiones es preferible renunciar a la intención curativa y aplicar un tratamiento paliativo que proporcione el menor grado posible de malestar y conduzca a una muerte digna. En todo momento el apoyo emocional cobra una importancia primordial^{3,5}.

Por tanto, el tratamiento paliativo es la atención que se le da a los pacientes con objeto de mejorar su calidad de vida⁶. La meta no es la curación, sino tratar los síntomas de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento y los problemas psicológicos derivados. Uno de los aspectos más importantes, aunque no el único, consiste en el tratamiento del dolor⁷.

La OMS define los Cuidados Paliativos como “enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”^{3,8}.

Los cuidados paliativos:

- Proporcionan alivio del dolor y de otros síntomas.
- Son una afirmación de la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No pretenden adelantar ni aplazar la muerte.
- Integran los aspectos psicológicos y espirituales de la atención del paciente.
- Ofrecen un sistema de apoyo para que el paciente viva del modo más activo posible hasta el momento de la muerte.
- Ofrecen un sistema de apoyo para que las familias puedan sobrellevar la enfermedad del paciente y durante su propio duelo.
- Utilizan un enfoque de equipo de quipo para abordar las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo ayuda en el duelo, si procede.
- Mejorarán la calidad de vida y también pueden influir positivamente el transcurso de la enfermedad.
- Se pueden aplicar en los primeros momentos de la enfermedad, junto con otras terapias que pretenden prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia.
- Incluyen las investigaciones necesarias para comprender y manejar mejor las complicaciones clínicas^{9,10}.

Se proponen como objetivos: Describir la actuación enfermera en el cuidado de los pacientes terminales. Exponer las distintas formas y métodos utilizados para combatir el dolor oncológico.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa de la literatura. Para ello se hizo una búsqueda en las bases de datos Cuiden, Scielo, Scopus y Pubmed. Los descriptores utilizados fueron:

“dolor en el cáncer”, “cuidados paliativos”, “atención de enfermería”, “relaciones Enfermero-Paciente”, “terapia combinada”.

En la tabla 1 (ver pág. 55) se muestran los resultados encontrados en cada base de datos con cada descriptor empleado.

Se establecieron los criterios de inclusión: artículos en texto completo en inglés y español posteriores al año 2002, que traten sobre los cuidados enfermeros en los pacientes terminales, con acceso libre a texto completo.

Los criterios de exclusión fueron: aquellos trabajos en los que no se especificaba la muestra, los objetivos, el procedimiento ni los resultados, anteriores a 2002, en idioma distinto a inglés o español, y aquellos de los que no se pudo conseguir el texto completo de acceso libre.

Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, y tras eliminar los duplicados, se obtuvieron 52 artículos, descartándose un total de 526 artículos. En la tabla 2 (ver pág. 56) se clasifican los estudios que cumplían los criterios de inclusión/exclusión para nuestro trabajo en cada base de datos empleada para su búsqueda.

Posteriormente, se hizo una lectura crítica y se descartaron 28 artículos, quedando para nuestro trabajo 24 trabajos seleccionados.

El proceso de revisión bibliográfica y selección de artículos se representa mediante el *diagrama de flujo 1*. (ver pág. 55).

RESULTADOS

Para que los cuidados paliativos sean efectivos es primordial tener una completa historia clínica del paciente, llevando a cabo las correspondientes exploraciones físicas y así poder detectar posibles signos evidentes. Estos pacientes tienen que estar continuamente evaluados¹¹.

La intervención enfermera se centra en los siguientes aspectos de los cuidados paliativos oncológicos: control de síntomas, apoyo social y en la educación sanitaria.

Control de los síntomas:

- Tratamiento farmacológico:

Según la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), el tratamiento del dolor ha de ser individualizado. Se ha de seleccionar el fármaco más adecuado al tipo de dolor y se ha de administrar a las dosis correctas y durante el tiempo adecuado, de tal forma que se logra un mayor alivio con menos efectos secundarios¹².

El tratamiento farmacológico contra el dolor se basa en la escalera analgésica de la OMS. Dicha escala es considerada la mejor forma de controlar el dolor, ya que se puede obtener un buen control del dolor en cerca del 80% de los casos^{5,13}. Las reglas a seguir para la correcta utilización de la escala son:

1. Medir el dolor es algo muy importante para poder manejarlo y a la misma vez controlarlo. Para ello hay diferentes escalas, las más destacadas son: la escala visual analógica (EVA) y la escala verbal numérica.

2. Se subirá al siguiente escalón cuando el inferior sea ineficaz a la hora de paliar el dolor.
3. Cuando un escalón no es eficaz, la analgesia no mejorará, exceptuando en el tercer escalón, mediante la escala de la OMS.
4. Cuando un escalón no es eficaz, no se puede perder el tiempo para subir al siguiente escalón.
5. Los co-analgésicos se recetan dependiendo la causa del dolor, no se pueden abandonar, aunque se suba de escalón.
6. En cuanto a las contraindicaciones, decir que los opioides débiles no se pueden tomar al mismo tiempo que un paciente toma opioides potentes.
7. Cuando una persona padece dolor irruptivo, deber tener tratamiento analgésico¹⁴

Los analgésicos no opioides ocupan el primer escalón de la escalera analgésica de la OMS. Es un grupo bastante amplio de medicamentos, cuya actividad es analgésica, antiinflamatoria y antipirética⁹. La actividad analgésica de éstos es de una intensidad mucho menor que la de los opiáceos^{9,15}, aunque serán más efectivos si se administran antes de que el dolor se convierta en severo¹⁴.

Los opiáceos menores son eficaces en el control del dolor moderado¹⁵. Los opiáceos mayores son los analgésicos más eficaces en el control del dolor. El uso de este tipo de opiáceos debe iniciarse cuando los analgésicos del segundo escalón no son eficaces para paliar el dolor. Los opiáceos mayores no tienen techo analgésico¹³.

El tratamiento farmacológico del dolor oncológico no sólo se dirige a controlar la intensidad del mismo, sino que debe actuar sobre la causa específica del dolor. Por este motivo se utilizan los fármacos llamados coanalgésicos y adyuvantes. Estos medicamentos bien solos o combinados con otros analgésicos, son eficaces en el alivio del dolor maligno¹⁶.

- Tratamiento no farmacológico:

El tratamiento invasivo es un tipo de tratamiento no farmacológico, se sitúa en el cuarto escalón de la escala analgésica. Éste se utiliza cuando el dolor no ha podido ser combatido con el tratamiento farmacológico^{16,17}.

En este tipo de tratamiento se incluye:

- Bloqueos nerviosos.
- Catéteres epidurales.
- Cirugía de limpieza^{8,16}.

Por otro lado, la radioterapia paliativa también pertenece al tratamiento no farmacológico. Es uno de los pilares fundamentales en la paliación del cáncer, donde se utiliza para aliviar el dolor metastásico y otros síntomas a través de una reducción del tamaño del tumor y su crecimiento¹⁸.

En el tratamiento no farmacológico podemos incluir también aquellos procedimientos destinados a reducir las

respuestas emocionales. Combinados con el tratamiento farmacológico pueden ser de gran ayuda para los pacientes que sufren dolor. Nos estamos refiriendo a:

- Técnicas de fisioterapia, como por ejemplo el masaje.
- Terapias psicológicas, como la relajación e hipnosis.
- Terapias complementarias y alternativas, como la acupuntura y musicoterapia^{19, 20}.

Apoyo Social:

Recibir un diagnóstico de cáncer, con frecuencia, desencadena una fuerte respuesta emocional. Algunas personas experimentan conmoción, enojo e incredulidad. Otras pueden sentir gran tristeza, temor y una sensación de pérdida. A veces, ni siquiera los familiares y amigos más compasivos pueden entender exactamente cómo se siente tener cáncer. Esto puede llevar a sentimientos de soledad y aislamiento²⁰.

Los grupos de apoyo permiten a las personas hablar acerca de sus experiencias con otras personas con cáncer. Esto puede ayudar a reducir el estrés. Los integrantes del grupo pueden compartir sentimientos y experiencias que quizás sean demasiado extraños o difíciles para compartir con la familia y los amigos. Ser parte de un grupo, con frecuencia, crea un sentido de pertenencia que ayuda a cada persona a sentirse más comprendida y menos sola²¹.

Los integrantes del grupo de apoyo también pueden analizar información práctica. Esto puede incluir qué esperar durante el tratamiento, cómo manejar el dolor y otros efectos secundarios del tratamiento, y cómo comunicarse con el equipo de atención médica y los familiares. El intercambio de información y consejos puede proporcionarle una sensación de control y reducir los sentimientos de impotencia²².

Muchos estudios han demostrado que los grupos de apoyo ayudan a las personas con cáncer a sentirse menos deprimidas y ansiosas. Estos grupos de apoyo también ayudan a que las personas se sientan más optimistas y controlen mejor sus emociones. Sin embargo, los grupos de apoyo no son adecuados para todos. Algunas personas pueden beneficiarse con otras fuentes de apoyo²⁰⁻²³.

Educación Sanitaria:

Los aspectos en los que nos vamos a centrar para realizar una correcta educación sanitaria son:

- Aseo e higiene.
- Cuidados de la boca.
- La alimentación.
- Administración de medicamentos.
- Cambios posturales.
- Cómo dar apoyo al paciente²⁴⁻²⁹.
- En cuanto a la medicación prescrita, hablamos de:
 - Informar del objetivo y la indicación que tiene cada medicamento.

- Enseñar cual es la cantidad y cómo debe tomar el fármaco, no olvidar de hablarles siempre de los efectos adversos que puede presentar esa medicación. La información dada debe ser clara y precisa, debiéndose comprobar su comprensión³⁰.
- Instruir a la persona con pequeñas claves para prevenir los posibles efectos adversos que puedan aparecer.
- Enseñar que poder hacer cuando aparezcan signos o síntomas que pudieran derivar de una posible intoxicación por altas dosis del fármaco³¹.
- Advertir a los pacientes de las graves consecuencias que pueden aparecer si un paciente se auto-medica^{32,33}.
- Siempre es importante dejar por escrito los aspectos más destacados ^{33, 34}.

DISCUSIÓN

Los cuidados paliativos brindan una atención completa a las personas que sufren una enfermedad que no remite a un tratamiento determinado, como puede ser el cáncer. Tanto la OMS como la Asociación Española contra el Cáncer (AECC) coinciden en los objetivos frente a los pacientes paliativos oncológicos, que son: acabar con el dolor y los demás síntomas que padecen las personas con enfermedad oncológica, apoyo psicológico a la familia y al enfermo y educación sanitaria. Abordando estos aspectos se conseguirá una mayor calidad de vida en estas personas.

Puebla Diaz F, Garrido JM y Jordán M coinciden en el dolor como el síntoma más temido por los pacientes terminales oncológicos, por lo que gran parte de los cuidados paliativos propuestos han sido orientados para paliar este síntoma.

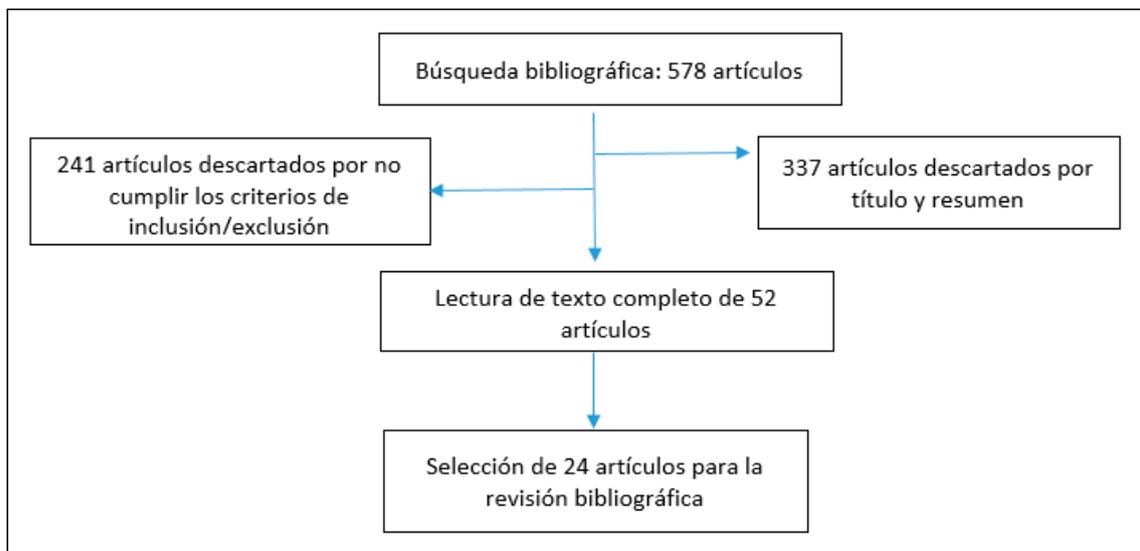


Gráfico 1. Diagrama de flujo de la búsqueda.

	PubMed	Cuiden	Scielo	Scopus
“dolor en el cáncer”	32	44	48	56
“cuidados paliativos”	38	13	26	11
“atención de enfermería”	46	56	61	43
“relaciones Enfermero-Paciente”	23	8	13	21
“terapia combinada”	17	11	7	4
Total: 578 artículos	156	132	155	135

Tabla 1. Descriptores y resultados

PubMed	Cuiden	Scielo	Scopus
21	13	10	8

Tabla 2. Estudios con criterios cumplidos.

CONCLUSIÓN

Se estima que anualmente a nivel mundial 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos; el 78% de ellas viven en países de ingreso bajo o mediano ingreso. De ellas, tan solo un 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben.

La necesidad mundial de cuidados paliativos seguirá aumentando como consecuencia de la creciente carga que representan las enfermedades no transmisibles y del proceso de envejecimiento de la población.

La falta de formación y de concienciación sobre los cuidados paliativos por parte de los profesionales de la salud es un obstáculo importante a los programas de mejora del acceso a estos cuidados.

Una reglamentación excesivamente restrictiva de la morfina y otros medicamentos paliativos esenciales fiscalizados priva de acceso a medios adecuados de alivio del dolor y cuidados paliativos.

El papel de las enfermeras es el punto de apoyo de los cuidados continuos y controlados para un bienestar del paciente hasta el final de su vida. Una asistencia paliativa temprana reduce las hospitalizaciones innecesarias y el uso de los servicios de salud.

Para la realización de este estudio no se ha recibido financiación parcial ni total externa. No hay conflicto de intereses entre los autores. Este estudio no ha sido presentado para publicación en otra revista ni se presentado como ponencia/comunicación en ninguna jornada/congreso.

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Patrones de mortalidad en España, 2016. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2019.
- Garrido JM, López MB. Conceptualización y principios de los cuidados paliativos. En: Cuidados paliativos. 6ª edición. Logoss. Jaén. 2006; 13-32.
- Govern Illes Balears. Consejería de Salud y Consumo. Islas Baleares. Estrategia de cuidados paliativos. Disponible en: <http://www.caib.es/sites/curespaliatives/es/definicion-44318/> [Acceso 28/09/2019].
- Miguez A, Muñoz D. Enfermería y el paciente en situación terminal. Enfermería Global. 2009; 16: 1-9. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/reflexion3.pdf>. [Acceso 06/09/2020].
- Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la Organización Mundial de la Salud. Dolor iatrogénico. Oncología. 2005; 28(3):33-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006. [Acceso 09/09/2019].
- Garrido JM, Jordán M. El dolor. En: Cuidados paliativos. 6ª edición. Jaén: Logoss. 2006; 303-335.
- Asociación Española Contra el Cáncer. Madrid. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/viviendoconcancer/Paginas/eldolor.aspx> [Acceso 15/07/2019].
- Sancho A, Grande Gascón ML, Quiben R, Sancho JF, et al. Tratamiento del dolor oncológico. PsicoOncología. 2006; 3 (1): 121-138. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2003367> [Acceso 23/09/2019].
- Silva M, Aldámiz-Echevarría B, Lamelo F, Vidán L. Manejo del dolor oncológico. Guías Clínicas. 2005; 5 (11):1-7. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/manejo-dolor-oncologico/#4041>. [Acceso 18/10/2019].
- Alonso A. Tratamiento con opioides del dolor oncológico. Medfam. 2003; 13 (1), 1-11. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682003000100001. [Acceso 09/10/2019].
- Isla A, Mozas M, Cortázar JF, Arizmendi L, et al. Avances en el tratamiento farmacológico del dolor crónico. Opioides. Gaceta Médica Bilbao. 2007; 104: 141-147. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-gaceta-medica-bilbao-316-articulo-avances-el-tratamiento-farmacologico-del-S0304485807745948>. [Acceso 12/10/2019].
- Hanks G, De Conno F, Cherny N, Hanna M, et al. Morfina y opiáceos alternativos para el tratamiento del dolor oncológico: recomendaciones de la EAPC. MED. PAL. 2002; 9 (1): 22-29. Disponible en: https://portal.uah.es/portal/page/portal/gp_epd/pg-ma-asig/pg-asig-32741/tab42351/Med%20paliativa-%20morfina%20y%20opi%20ceos.pdf [Acceso 09/09/2019].

13. Klein C, Lang U, Bukki J, Still R, Ostga C. Pain management and symptom-oriented drug therapy in palliative care. *Breast Care*. 2011; 6(1): 27-34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21547023> [Acceso 24/11/2019].
14. Hernández-Pérez M, Castells S. (2012). Fármacos analgésicos-antitérmicos y antiinflamatorios no esteroideos. En: *Farmacología en enfermería*. Elsevier. Barcelona. 2012; (3): 109-126.
15. Fernández MP, Rey MA. Fármacos analgésicos opiáceos. En: *Farmacología en enfermería*. 3ª edición. Elsevier. Barcelona. 2012; 97-108.
16. Pernia A, Torres LM. Tratamiento del dolor oncológico terminal intenso. *Rev. de la Sociedad Española del Dolor*. 2008; 15(5). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462008000500005&script=sci_arttext [Acceso 15/09/2019].
17. Bajwa Z, Warfield C. Nonpharmacologic therapy of cancer pain. [Monografía en internet]. Waltham (MA). Disponible en: <http://www.uptodate.com>. [Acceso 09/09/2019].
18. Astudillo W, Mendinueta C, Rosa J. Cuidados Paliativos oncológicos: utilidad de la radio-quimio y hormonoterapia. En: *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. 5ª edición. Navarra: Eunsa. 2008; 417-428.
19. Astudillo W, Mendinueta C. Métodos no farmacológicos para promover el bienestar del paciente terminal. En: *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. 5ª edición. Navarra: Eunsa. 2008; 277-287
20. Rigo R, Rigo JC, Dalacorte A. Pain management in the elderly at the end of life. *North American Journal of Medical Sciences*. 2011; 3(8): 348-354. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc3234146/?report=classic>. [Acceso 15/09/2019].
21. Buisán R, Delgado JC. El cuidado del paciente terminal. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2007; 30 (3): 103-112. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original7.pdf>. [Acceso 15/09/2019].
22. Miguez-Burgos A, Muñoz-Simarro D. Enfermería y el paciente en situación terminal. *Enfermería Global*. 2009; (16): 1-9. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/reflexion3.pdf> [Acceso 28/09/2019].
23. Astudillo W, Mendinueta C. (2008). Necesidades de los pacientes en fase terminal. En: *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. 5ª edición. Navarra: Eunsa. 2008; 67-75.
24. Buenaño M, Rubio P. Atención psicoemocional al paciente, familia y equipo. En: *Cuidados paliativos*. 6ª edición. Jaén: Logoss. 2006; 469-501.
25. Fhon JRS, Silva LM, Rodrigues RAP, Carhuapoma AME. Percepción de las enfermeras sobre cuidados paliativos: experiencia con pacientes oncológicos. *Rev. Iberoam. Educ. Investi. Enferm*. 2018; 8(3):28-36. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Original3_83.pdf. [Acceso 09/01/2020].
26. Amaro Escribano MJ, Martí-García C, Gómez Urquiza JL. Uso de las terapias complementarias en Cuidados Paliativos. *Evidentia*. 2017; vol. 14. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/v14/e10636.php>. [Acceso 11/01/2020].
27. Lozano López B, Huertas Pérez M.M. Cuidados paliativos, cuidados compartidos. *Cultura de los Cuidados*. 2017; 21(49): 100-109. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.49.11>
28. Vázquez-García D, De-la-Rica-Escuín M, Germán-Bes C, Caballero-Navarro AL. Afrontamiento y percepción profesional en la atención al final de la vida en los servicios hospitalarios de emergencias. Una revisión sistemática cualitativa. *Rev Esp Salud Pública*. 2019; 93: 1-15. Disponible en http://zaguan.unizar.es/record/79789/files/texto_completo.pdf. [Acceso 09/01/2020].
29. Moro Fernández LM. Derechos y garantías del paciente terminal a través de los cuidados de enfermería. Trabajo de Grado. Biblioteca Lascasas. 2018; V14: e12075. Disponible en <http://ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e12075/e12075>. [Acceso 12/01/2020].
30. López Gándara M, Bielsa Antúnez ML. Actitudes de los profesionales de enfermería ante la muerte en población geriátrica. *Pensando en paliativo*. Nuber Cientif. 2018; 3 (24): 15-23. Disponible en <http://ciberindex.com/index.php/nc/article/view/2415nc>. [Acceso 12/01/2020].
31. Osés M, Casas JM. El proceso de muerte y su desarrollo conceptual en los cuidados de enfermería. Una revisión sistemática. *Ética de los Cuidados*. 2017; 10(19). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n19/et11318.php> [Acceso 18/01/2020].
32. Caunedo Suárez J. Los cuidados de enfermería al paciente terminal en su domicilio. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de Seapa). 2016; 4 (4): 18-32. Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-LosCuidadosDeEnfermeriaAlPacienteTerminalEnSuDomic-5769064%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-LosCuidadosDeEnfermeriaAlPacienteTerminalEnSuDomic-5769064%20(1).pdf) [Acceso 18/02/2020].
33. Hernández-Sánchez ML, Aguilar-García CR. Conocimiento del personal de enfermería sobre cuidados paliativos en pacientes hospitalizados de medicina interna. *Rev Enferm Imss*. 2016; 24(2):87-90. Disponible en <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?idarticulo=65604>. [Acceso 20/02/2020].
34. Fácil Ledesma I, García Moyano L, Moyano Ledesma A, Allué Sierra L, Bagé Gil A, Zamora Moliner AC. La comunicación enfermera con el paciente en situación terminal. Revisión bibliográfica. *Rev ROL Enf*. 2019; 42 (3): 199 – 210. Disponible en <https://medes.com/publication/142429> [Acceso 18/02/2020].

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 y no aceptados ni enviados simultáneamente para su consideración en otras revistas. Si ha sido publicado en el resumen del libro oficial de un congreso o evento similar como completo, no se consideran inéditos.
2. Los autores deben indicar si han recibido financiación e indicar el organismo, la institución o empresa que haya financiado.
3. Todos los trabajos que se envíen deben indicar si existen posibles conflictos de intereses en alguna de las personas firmantes.
4. Al menos, uno de los autores deberá ser profesional de enfermería colegiado. No se aceptarán más de seis autores por trabajo, excepto si viene justificada su autoría y aportación personal de cada uno de ellos.
5. 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.
6. 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.
7. El Consejo de Redacción realiza una evaluación preliminar de los trabajos recibidos. Los manuscritos que superan esta selección inicial son sometidos a una evaluación por pares (peer review).
8. El Consejo de Redacción de la revista *Hygia de Enfermería* propondrá a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del correspondiente manuscrito. En estos casos, los autores deberán remitir el manuscrito con las modificaciones propuestas en un plazo no superior a tres meses; en caso contrario, el trabajo quedará descartado.
9. Los autores deben aceptar todas las normas de la revista *Hygia de Enfermería*. Cuando el artículo cumpla la normativa exigida para su publicación, el Consejo de Redacción comunicará y certificará a los autores la aceptación del mismo.
10. 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 TRABAJOS PUBLICABLES.

Se pueden proponer los siguientes tipos de manuscritos:

- Editorial: Reflexiones breves en las que se manifiesten opiniones o comentarios fundamentados, que aborden temáticas relacionadas con los cuidados o con ciencias de la salud en general, de interés para la enfermería y que contribuyan al desarrollo del conocimiento enfermero.
- Artículos Originales: Trabajos de investigación realizados con metodología cuantitativa, cualitativa o mixta relacionados con cualquier conocimiento de la Enfermería. Que proporcione información suficiente para permitir una valoración crítica.
- 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.
- Revisiones: revisión de publicaciones anteriores relacionadas con un tema de interés, que pretende ofrecer una actualización de los conocimientos sobre el mismo. Para fundamentar este tipo de trabajo es necesario que se utilicen fuentes propias de enfermería (las bases de datos de enfermería CINAHL Y CUIDEN incorporan en torno al 80% de la producción enfermera a nivel mundial), además de las generales tipo Pubmed, Scielo, Scopus, etc.

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: <https://www.fisterra.com/herramientas/recursos/vancouver/>. Se recomienda a los autores que lo revisen con consultas y lecturas antes del envío o presentación de los manuscritos.

El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa Word como procesador de textos y Excel o PowerPoint cuando se trate de tablas, cuadros y gráficos. En el texto, la presentación será con interlineado sencillo en todas sus secciones, páginas numeradas en la parte inferior, un cuerpo de letra de 12 (Times New Roman) o 10 (Arial), dejando los márgenes laterales, superior e inferior de 2,5 cm. En su caso, las imágenes digitales han de ser adjuntadas aparte y tener una resolución de 300 dpi, tamaño de 10 x 15 cm y formato jpg. Evitar la utilización de negritas, subrayados o mayúsculas para resaltar el texto.

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.

El texto del manuscrito, sin incluir la bibliografía, deberá ajustarse a un máximo de 3.500 palabras. Las tablas, cuadros y gráficos también se enviarán en un fichero aparte del texto, debiendo estar numeradas y clasificadas según su orden de aparición en el texto y contenido de título, leyenda o pie de foto, según proceda. Procesadas mediante formato Word.

PRESENTACIÓN DE LOS MANUSCRITOS.

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

1. Carta de presentación del manuscrito.
2. Título del trabajo (en castellano y en inglés) que no debe exceder de 15 palabras.
Nombre y (en cursiva) dos apellidos de cada uno de los autores.
Filiación institucional (nombre completo del centro de trabajo y dirección completa).
En su caso, centro donde se ha realizado el trabajo.
Nombre, correo electrónico y teléfono del autor/a responsable de la correspondencia.
Declarar en su caso la financiación o no del trabajo.

Manifiestar si ha sido presentado en algún evento científico.

Indicar la existencia o no, de conflicto de intereses.

Agradecimientos, si procede.

3. Los manuscritos serán enviados al correo electrónico: hygia@eco.es

II. Resumen y palabras clave.

Deberá incluirse el resumen y las palabras clave en castellano e inglés.

Resumen.

Su extensión aproximada será de 250 palabras. Se caracterizará por: poder ser comprendido sin necesidad de leer parcial o totalmente el artículo. Desarrollar los puntos esenciales del artículo en términos concretos. Estará ordenado observando el esquema general del artículo en miniatura, y no podrá incluir información no citados en el texto.

Debajo del resumen se especificarán de tres a diez palabras clave para referencia cruzada de los centros de datos. Deben ser términos incluidos en la lista de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), conocida en inglés como Medical Subject Heading (MeSH).

III. Texto.

Se presentará en castellano, paginado (parte inferior) y se ordenará en apartados según el tipo de estudio. En los trabajos de investigación se debe ordenar mediante: Introducción, Metodología, Resultados y Discusión (IMRYD). Y en otros tipos de trabajos los autores elaborarán un esquema propio adaptado a su contenido.

Introducción.

Se 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.

Metodología, Métodos o Sujeto y métodos.

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 empleado 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.

Se 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. Se destacará los aspectos más novedosos y relevantes del trabajo.

Conclusiones.

Tratará de estar relacionada con los objetivos del trabajo. Evitando realizar afirmaciones no basadas en los datos disponibles. Cuando sea posible debería hacer referencia a las implicaciones en el desarrollo científico y profesional de la Enfermería.

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 citas bibliográficas se numerarán consecutivamente en el orden de aparición por primera vez en el texto. Para la anotación de las citas en el texto se usará la numeración mediante superíndice. Las referencias 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: Velázquez V, Pernía M, Moya MA, Mejías MC. Inyección umbilical como alternativa válida al alumbramiento manual, para el manejo de la placenta retenida. *Hygia de Enfermería* 2021; 106 (38): 5-10.

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

Autor Corporativo: Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS, ATESA 2011/10.

Libros y otras Monografías

Libro completo: Galarreta S, Martín C. *Enferpedia. Técnicas y Procedimientos de Enfermería*. Madrid: Panamericana; 2018.

Capítulos de libros: Forcada JA, Bayas JM, Velasco C. Generalidades sobre las vacunas. En: Álvarez MJ, Velasco C, coordinadores. Asociación Española de Vacunología. *Vacuna a Vacuna*. 3ª ed. Zaragoza: Amazing Books; 2018. p. 51-87.

Artículo en Internet: En edición electrónica, indique url y fecha de acceso, o en su caso, solo el Doi. Raquel Pelayo A, Cuadrado Mantecón MA, Martínez Álvarez P, Rojo Tordable M, Ibarguren Rodríguez E, Reyero López M. Heparinización directa del paciente frente a heparinización del circuito extracorpóreo en hemodiálisis: estudio comparativo. *Enferm Nefrol*. 2015; 18(1): 48-52. Disponible en: http://scielo.icscii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842015000100007. [Acceso 31/05/2019].

VI. Figuras y Tablas

Figuras y Tablas: Para citarlas en el texto del artículo, se numerarán de forma correlativa con números arábigos y según el orden y lugar de aparición en el texto. Para un mejor procesamiento gráfico, se enviarán en un fichero aparte del texto. Deben servir de complemento al texto y no de repetición.

Se entienden por figuras: fotografías, gráficas, cuadros, hojas de valoraciones, esquemas, etc. cualquier tipo de ilustración que no sea una Tabla.

Las Tablas llevarán el título en la parte superior y con nota a pie, necesaria para su mejor comprensión. Las Figuras llevarán el título en la parte baja de la misma. Las reproducidas de otras fuentes deben llevar la referencia del autor original.

Esta PROpuesta es para ti, de PROfesional a PROfesional.

En Sabadell Professional trabajamos en PRO de los PROfesionales del Excelentísimo Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla. Innovamos constantemente nuestra oferta de productos y servicios para ayudarte a conseguir tus objetivos, proteger tus intereses, impulsar iniciativas y proponer soluciones financieras únicas, a las que solo pueden acceder PROfesionales como tú. Soluciones como esta:

Cuenta Expansión Premium PRO

La cuenta con múltiples ventajas para profesionales como tú.

Si quieres conocer todas las ventajas que te ofrece la Cuenta Expansión Premium PRO, contacta con nosotros e identifícate como miembro de tu colectivo profesional y un gestor especializado te explicará con detalle las ventajas que tenemos para PROfesionales como tú.

Te estamos esperando.



XXXVII

Certamen Nacional de Enfermería "Ciudad de Sevilla"



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.



157 años
avanzando con
la profesión

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)

Patrocinan



Sabadell