# G LA .. ENFERMERIA

Nº 88, Año XXII- 2015

Colegio de Enfermería de Sevilla

AGRESIONES A
PROFESIONALES DE LA
SALUD: LA VERDADERA
DIMENSIÓN DEL PROBLEMA

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES QUE SUFREN SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO

DIARREA AGUDA INFANTIL

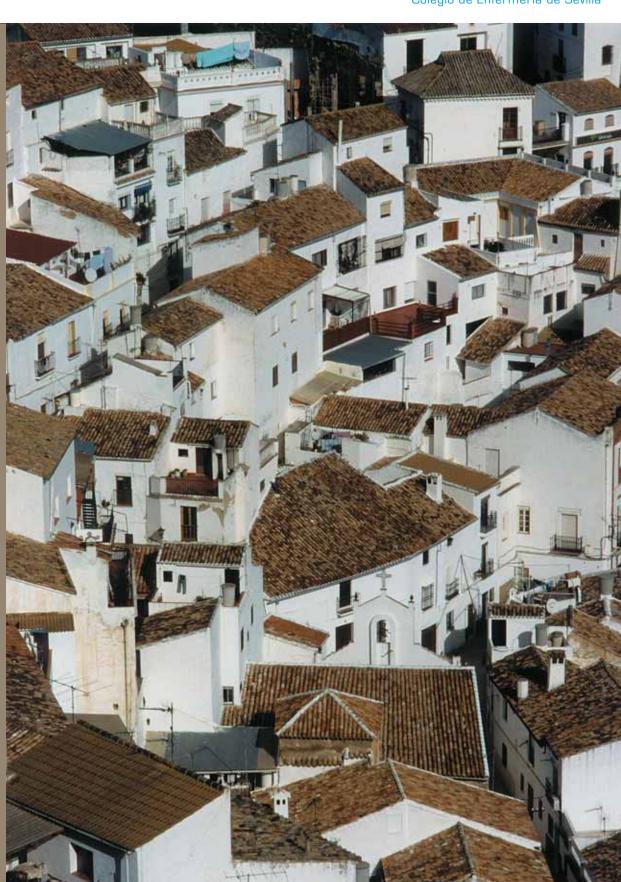
MULTICULTURALIDAD Y ATENCIÓN AL PARTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

MANEJO DE ENFERMERÍA DE UN SISTEMA VENTILATORIO NO INVASIVO EN EXTRAHOSPITALARIA

LINFOMA DE HODGKIN Y NO HODGKIN, NEOPLASIA HEMATOLÓGICA EMERGENTE

PATOLOGÍA DUAL EN SALUD MENTAL

EL OFICIO DE MATRONA EN LA EDAD MEDIA: AFIANZAMIENTO DE UNA PROFESIÓN







**RECLAMACIONES:** 

# **EL COLEGIO TE PROTEGE**

CON EL ÚNICO SEGURO -INCLUIDO EN LA CUOTA- QUE CUBRE A 1er RIESGO TODAS LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO PRIVADO. CONCERTADO Y PÚBLICO (\*)

**MILLONES DE EUROS** 

3.500.000€ por siniestro, y con un límite por anualidad de veinte millones de euros

PRIMERO: El colegiado deberá comunicar inmediatamente a su Colegio provincial la reclamación de que hava sido objeto, bien judicial (demanda, querella 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 su Colegio provincial el formulario de comunicación de Siniestro de Responsabilidad Civil Profesional o Penal establecido a tal efecto, para que éste sea remitido al Consejo General. Será necesario cumplimentar todos los datos solicitados.

TERCERO: Si el colegiado no pudiese contactar con el Colegio, comunicará directamente el hecho a la Asesoría Jurídica del Consejo General (Tlf.: 913 34 55 20), donde un letrado le informará sobre los pasos a seguir y la cobertura del seguro. De no hacerlo así, el Consejo no asumirá ninguna responsabilidad, y el perjudicado será sola y exclusivamente el colegiado.

CUARTO: El colegiado no deberá declarar nunca sin abogado, ni firmar ningún documento.

QUINTO: 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.

(\*) 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.

#### LA NUEVA PÓLIZA AMPLÍA LAS 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, terapias alternativas y "piercing" 
Cobertura por inhabilitación profesional como consecuencia de sentencia judicial firme, con abono, por parte de la Aseguradora de una cantidad máxima de 1.350 /mes, por un plazo máximo de 15 meses Posibilidad de contrademanda o reclamación a contrario frente a denuncias infundadas, temerarias o con mala fe.

# The sustained in the su

# 150 aniversario del Excelentísimo Colegio de Enfermería de Sevilla

os colegios profesionales son corporaciones de derecho público que defienden los intereses de sus miembros colegiados. Su función principal es la de velar por el cumplimiento de una buena labor profesional. Para la existencia y creación de un colegio profesional es necesaria la existencia de un título académico oficial que respalde el ejercicio de la profesión, interés público que justifique el carácter colegiado de esa profesión y la petición mayoritaria de los profesionales interesados.

En el siglo XV existían las Cofradías gremiales como antecedentes de los futuros colegios profesionales pero en estos tiempos las profesiones sanitarias no estaban organizadas como hoy. Existían diferentes profesiones a las actuales y agrupadas de otras formas y a través del desarrollo y promulgación de leyes se han ido conformando en las actuales. Por lo que había diversas corporaciones gremiales representativas de las diferentes situaciones profesionales.

Hasta 1864 no hay conocimiento de la existencia de nuestro colegio (siglo y medio de trabajo ininterrumpido) que en esos momentos y de acuerdo con la legislación vigente se denominaba el Colegio de Practicantes y Sangradores y desde 1897 desaparece la denominación de sangradores y toma el nombre de Colegio de Practicantes.

En la actualidad solo existe una única titulación de Enfermería, en las Facultades de Enfermería se consigue el grado de Enfermería y posteriormente se puede cursar las especialidades existentes y convertirnos en enfermero-a especialista. Como profesión también es única pero como es natural en el desarrollo del trabajo nos encontramos con grandes diferencias en relación a condiciones laborales, objetivos profesionales, horarios, turnos, especialización, eventualidad o no, hospitalaria o de atención primaria de salud, pública o privada, etc. que nos conduce a tener unas experiencias laborales cotidianas que pueden generar diferentes actitudes, comportamientos, valores e incluso sentimientos de pertenencia a grupos diferenciados dentro de una misma profesión. Que pudiera dificultad la defensa de los intereses de los miembros de esta profesión, sin embargo ésta se ve superada al agruparse bajo una corporación única que unifica la defensa de todos sus miembros y vela por una buena labor profesional en todos los ámbitos de actuación de sus profesionales, tengan las lógicas diferenciaciones laborales que tengan y las diferentes especialidades que desarrollen.

Actualmente el Colegio de Enfermería de Sevilla está formado por 9.800 profesionales, especialistas o no, pero comprometidos siempre con dispensar unos cuidados excelentes a las personas a los que van dirigidos. Garantizado por una adecuada formación, autonomía y capacidad de decisión, capacidad investigadora, docente, nuevas competencias, producción científica, etc. Cuando se realizan encuestas de opinión sobre el grado de satisfacción de los usuarios del sistema público de salud nos otorgan unas elevadas calificaciones que nos sitúan como profesionales de prestigio.

En estos 150 años ininterrumpidos del Colegio de Enfermería de Sevilla se ha trabajado sin descanso en la consecución de la situación actual en relación a la consideración social que disfrutamos. En palabras de su presidente —La excelencia en cuidados se traduce en la defensa de los intereses generales en salud de la sociedad y no se consigue de la noche a la mañana; han sido años duros de trabajo y teniendo como meta la atención la satisfacción de alcanzar la mejor atención sanitaria para los ciudadanos—.

Destacando el continuo afán por potenciar la formación de los colegiados que se traduce en un programa de formación continuada a través del Colegios de Enfermería de Sevilla que intenta mejorar calidad de las prestaciones sanitarias de enfermería, contribuir a mantener y aumentar las competencias de las/os enfermeras/os y adecuar la formación sanitaria a las necesidades de los usuarios. Este proceso de enseñanza y aprendizaje activo al que tienen derecho y obligación la enfermería está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitud de las/os enfermeras/os frente a la evolución tecnológica y científica.

Es en el ámbito del modelo de gestión por competencias de los profesionales de la salud asumido actualmente por el Sistema Nacional de Salud, la formación continuada se ha convertido en un elemento clave. Como su necesaria evaluación permanentemente tanto la enseñanza como los proveedores de formación y es con este ánimo de una mejorara continua como actúa el programa de formación continuada del Colegio de Enfermería de Sevilla

El interés continuo en el fomento de la investigación se traduce en el certamen nacional de investigación apreciado no solo por los enfermeros y enfermeras de Sevilla, sino de todo el país como así indica su participación año tras año, el más antiguo que convoca un Colegio de Enfermería en España, el Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla, que cuenta con una treintena de convocatorias.

El reconocimiento en el año 2014 en el cual se cumplía el 150 aniversario de la creación del colegio ha sido extraordinario y del cual debemos sentirnos orgullosos los enfermeros y enfermeras de Sevilla. Han querido participar con el Colegio de Enfermería y contribuir a su reconocimiento entre otras instituciones, la Diputación de Sevilla, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, la ONCE y el Excelentísimo Ayuntamiento de Sevilla.

Destacando la emisión del cupón de la ONCE del día 13 de noviembre de 2014 con el logotipo del Colegio de Enfermería de Sevilla a nivel nacional, reconociendo de esta manera los 150 años de trabajo ininterrumpido al servicio de los profesionales y de la sociedad.

Y el Excelentísimo Ayuntamiento de Sevilla como muestra del reconocimiento de los servicios prestados a la colectividad a lo largo de los últimos 150 años, tiene a bien galardonar el 30 de mayo de 2014 al Colegio de Sevilla con la medalla de la Ciudad. Desde ese momento el tratamiento otorgado al Colegio de Sevilla es el de Excelentísimo Colegio de Enfermería de Sevilla.

José Román Oliver, Enfermero.



1<sup>er</sup> Cuatrimestre de 2015

#### **EDITA**

Ilte. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla

#### DIRECTOR

José María Rueda Segura

#### SUBDIRECTORA

María Pilar Cordero Ramos

#### **DIRECCIÓN TÉCNICA**

José Román Oliver

#### **CONSEJO DE REDACCIÓN**

Comisión Ejecutiva

#### **TIRADA**

9.000 ejemplares

#### ISSN

1.576-3056

#### **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 Telf.: 954 93 38 00 Fax: 954 93 38 03 Página Web:

www.colegioenfermeriasevilla.es Correo Electrónico: colegio@icoe.es

#### MAQUETACIÓN, FOTOMECÁNICA E IMPRESIÓN

Tecnographic, S.L. Telf. 95 435 00 03 Fax 95 443 46 24



Autora: Ma del Monte Reina Lemos

Nº Colegiada: 9.217

Cámara: Olympus

# Sumario

- 5 AGRESIONES A PROFESIONALES DE LA SALUD: LA VERDADERA DIMENSIÓN DEL PROBLEMA Almanzor Elhadad, F. I.; Martín Galán, Á.M.
- 11 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES QUE SUFREN SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO Caballero Guerrero, M.J.; López Sánchez, O.; Osuna Expósito, R.M.
- 15 ANÁLISIS DE RESULTADOS OBSTÉTRICOS/PERINATALES Y GRADO DE SATISFACCIÓN MATERNA AL TRABAJAR CON MATRONA REFERENTE DURANTE EL PROCESO DE PARTO Partida Márquez, A.L.; Mejías Paneque, C.; de la Peña Sosa Barba, G.
- 21 DIARREA AGUDA INFANTIL Cruz Cabrera, I.; Hidalgo Díaz, Mª.C.; Cruz Cabrera, M.
- 28 MULTICULTURALIDAD Y ATENCIÓN AL PARTO: A PROPÓSITO DE UN CASO
  - Jurado García, E.; Baena Antequera, F.; Ruiz Ferrón C.; Arnedillo Sánchez C.
- 32 MANEJO DE ENFERMERÍA DE UN SISTEMA VENTILATORIO NO INVASIVO EN EXTRAHOSPITALARIA Muñoz Simarro, D.; Míguez Burgos, A.
- 37 LINFOMA DE HODGKIN Y NO HODGKIN, NEOPLASIA HEMATOLÓGICA EMERGENTE Toro López, J.R.; Reche Ventura A.; Toro Solís. A.J.
- 43 PATOLOGÍA DUAL EN SALUD MENTAL Carrasco Muñiz, S.
- 48 EL SISTEMA INFORMAL DE CUIDADOS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA García Cano, B.; Abad García, I.; Mauricio Bernal, E.R.
- 54 EL OFICIO DE MATRONA EN LA EDAD MEDIA: AFIANZAMIENTO DE UNA PROFESIÓN Arjona Cosano, Mª M.
- 59 USO Y APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN UNA HERIDA ABDOMINAL Y SACRA. CASO CLÍNICO Rubio Gallardo. G.: Jurado Alba. E.Mª.: Núñez Carmona. R.
- 69 LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN APLICADAS A LA PRÁCTICA OBSTÉTRICA Fernández Aranda, Mª I.

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

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

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

# AGRESIONES A PROFESIONALES DE LA SALUD: LA VERDADERA DIMENSIÓN DEL PROBLEMA AGGRESSIVE ASSAULTS TO HEALTHCARE PERSONNEL: THE REAL EXTENT OF THE PROBLEM

- Federico Ismael Almanzor Elhadad<sup>1</sup>
- Ángel María Martín Galán<sup>2</sup>
  - 1. Técnico Superior en Prevención Riesgos Laborales, especialidad en Ergonomía y Psicosociología Aplicada.
  - 2. Diplomado Universitario en Enfermería. Master en Salud Laboral y Condiciones de Trabajo.

#### Resumen:

El presente trabajo tiene como objetivos generales, en primer lugar, reportar algunos antecedentes del estudio sobre agresiones sufridas por los profesionales sanitarios durante el desempeño de su actividad tras la implantación del Plan de Prevención y Atención de Agresiones para los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía y, en segundo lugar, ofrecer una revisión actualizada de los resultados obtenidos del registro informático de agresiones (RIA) notificados por los trabajadores durante el bienio 2012/2013 comparándolos con el análisis que nos arrojan los datos del registro de incidentes violentos llevado a cabo por el servicio de Seguridad durante el mismo periodo de tiempo, intentando valorar de esta manera la dimensión real de las acciones violentas de los usuarios, o de sus familiares o acompañantes, sobre los profesionales sanitarios. En este sentido, los resultados muestran que en el bienio 2012/2013 se registraron en el registro informático de agresiones 88 agresiones. mientras que, en aquellos casos en donde estaban implicados los profesionales sanitarios, el registro de incidentes violentos llevado a cabo por la empresa de Seguridad arroja el dato de 267 episodios de violencia, situaciones conflictivas que quedan sin notificar en el registro de agresiones del Sistema Sanitario Público Andaluz

#### Palabras clave:

Violencia, agresiones, personal sanitario, conflictos, seguridad, factores de riesgos, prevención.

#### Abstract:

The present work has two main objectives. Firstly, reviewing the background on studies on aggressive assaults suffered by healthcare personnel in the course of its activity after the implementation of the Plan de Prevención y Atención de Agresiones para los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (Plan for the Prevention and Response to Agressions to healthcare professionals of Andalusian Public Health System). And secondly, providing an updated review of the results obtained from the Computer Record of Aggressions (CRA, RIA in spanish) reported by workers during the 2012/2013 biennium, compared with the data of violent incidents registered by the Security Service during the same period. Thus, enabling the assessment of the real extent of the aggressive assaults from users, or their relatives or carers, against the healthcare personnel. In this line, the results pointed out that 88 aggressive assaults were recorded by the Computer Record of Aggressions along the 2012/2013 biennium; whereas, in those cases where healthcare personnel were involved, the record of aggressive assaults carried out by the Security Service grew to 267 episodes of violence; conflict events that are unreported on the the Andalusian Public Health System's Computer Record

#### Key words:

Violence, aggressions, healthcare personnel, conflicts, security, risk factors, prevention

Este trabajo no se ha presentado en congresos, comunicación oral, póster, etc.

#### INTRODUCCIÓN:

La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2003) define la violencia en el lugar de trabajo como "cualquier acción, todo incidente o comportamiento que no puede considerarse una actitud razonable y con el cual se ataca, perjudica, degrada o hiere a una persona dentro del marco de su trabajo o debido directamente al mismo". La violencia en el lugar de trabajo puede provenir del "exterior" de la organización (clientes, usuarios, familiares) o del "interior"

de la empresa (compañeros, jefes) y abarcan una gran cantidad de comportamientos que van desde la agresión física al maltrato psíquico o acoso psicológico. La violencia causa perturbaciones a corto y a largo plazo en las relaciones interpersonales, en la organización del trabajo y, en general, en todo el entorno laboral. Los estudios realizados hasta la fecha sugieren que la violencia ocupacional genera víctimas que soportan los efectos negativos de estos comportamientos violentos en el lugar de trabajo, pudien-

do producir, entre otros, trastornos de ansiedad, humillación, disminución de la autoestima, traumas psíquicos, aislamiento, conductas evitativas, alteración del sueño, vergüenza, culpa o ira (Echeburúa, Corral y Amor, 2004). Del mismo modo los costes de la violencia para la organización son altos: absentismos, rotación, disminución de la productividad, costes vinculados a denuncias y pleitos (Cantera, Cervantes y Blanch, 2008), ya que como señalan algunos autores "después de un incidente crítico, los sentimientos de los trabajadores sobre sus trabajos y puestos de trabajos pueden quedar gravemente afectados. La creencia de que no se tratan adecuadamente sus problemas puede arraigar, la productividad y la moral, decrecer, y las ausencias, demandas y rotación, aumentar." (Pérez, Nogareda, Martín y Sancho, 2001). En nuestro estudio emplearemos la definición de violencia en el lugar de trabajo como "todo incidente en el que un trabajador sea insultado, amenazado o agredido, física o psicológicamente, por otra persona (pacientes, usuarios y familiares) en circunstancias surgidas durante el desempeño de su trabajo, que surgen del contacto habitual y diario de los trabajadores con los usuarios, susceptible de poner en peligro su seguridad, su salud o su bienestar" (violencia externa). Nos ocuparemos de abordar la violencia ocupacional como un suceso, es decir, como un conflicto que se presenta de forma súbita, aquí y ahora, sin antecedentes previos, no abordando en este estudio lo que entendemos como violencia como proceso, es decir, como un conflicto que se va instaurando en el tiempo, de forma escalonada (Barón, Munduate y Blanco, 2003).

En este sentido, en el articulo publicado en este misma revista científica "Violencia en el trabajo: Prevalencia y Medidas Preventivas" (Almanzor y Martín, 2012) se puso de manifiesto que al objeto de poder conocer la evolución de este tipo de incidentes a lo largo del tiempo es preciso instaurar un sistema que nos permita primero evaluar la agresiones notificadas con la finalidad de prevenir la violencia hacia los trabajadores, recabando toda la información posible sobre las incidencias y los factores de riesgo relacionados con la violencia externa. En nuestra investigación, en el periodo temporal estudiado comprendido entre el 1 de abril de 2005 y el 31 de diciembre de 2011, se notificaron 335 incidentes violentos a profesionales sanitarios. De entre ellas, atendiendo a su tipología, el 33,73 % correspondieron a agresión física, el 45,08 % a amenazas verbales y el 21,19 % a insultos. En cuanto a la distribución de los agresores, encontramos que un 51,94 % eran familiares y acompañantes y un 48,06 % correspondian a pacientes, de donde sólo el 11,95 % de las agresiones las protagonizaron pacientes de colectivos de riesgo: 8,95 % con patología psiquiátrica y otro 3,00 % por toxicómanos. Con respecto a la franja horaria en que se produjeron los incidentes violentos, el 42,08 % de las agresiones registradas acontecieron en el turno de mañana, el 37,31 % en el turno de tarde y un 20,61 % en el turno de noche. Atendiendo al tipo de dispositivo asistencial, fueron más frecuentes en las unidades sin internamiento que en las unidades de hospitalización. Así, en los servicios de urgencias se produjeron

6

el 40,90 % de los incidentes violentos notificados, mientras que el 38,80 % correspondieron a hospitalización, el 16,41 % a consultas y el resto ocurrieron en diferentes entornos del centro hospitalario estudiado.

	N° DE INCIDENTES R.I.A	PORCENTAJES
TIPOLOGÍA:		
Agresión física	113	33,73 %
Amenaza verbal	151	45,08 %
Insultos	71	21,19 %
	335	100 %
GÉNERO		
Mujer	241	71,95 %
Varón	94	28,05 %
	335	100 %
AGRESORES		
Familia/Acompañante	174	51,94 %
Pacientes:	121	36,11 %
<ul> <li>Toxicómanos</li> </ul>	10	3,00 %
<ul> <li>Psiquiátricos</li> </ul>	30	8,95 %
	335	100 %
TURNO TRABAJO		
Mañana	141	42,08 %
Tarde	125	37,31 %
Noche	69	20,61 %
	335	100 %
SERVICIOS		
Urgencias	137	40,90 %
Hospitalización	130	38,80 %
Consultas	55	16,41 %
Otros	13	3,89 %
	335	100 %

#### ▲ Tabla resumen Registro Informático de Agresiones 2005-2011

Como resultado de las inspecciones, investigación de accidentes, evaluaciones o visitas que realizamos en los distintos puestos de trabajo del centro hospitalario estudiado, observamos que había una diferencia sustancial entre los registros de agresiones notificadas en el registro informático de agresiones y las manifestaciones sobre incidentes violentos que nos transmitían los profesionales sanitarios. Las agresiones y comportamientos irrespetuosos hacia el personal sanitario se producen con relativa frecuencia, y la mayoría de las veces no trasciende más allá de la propia víctima, no se comunica a sus inmediatos superiores ni se pone en marcha el protocolo de actuación ante situaciones de agresiones. Llegados a este punto, pudimos constatar que había una mayor predisposición de los profesionales sanitarios expuestos a episodios violentos a solicitar la presencia de los vigilantes de seguridad que a notificar por escrito estas situaciones conflictivas a la organización. En nuestro centro hospitalario, el servicio de Seguridad Ileva

un registro de todos aquellos incidentes conflictivos cuando se reclama su presencia por parte de los trabajadores para intervenir en algún altercado que se genere en el entorno hospitalario. Cabe suponer que estos incidentes registrados representan los episodios más graves de entre un total desconocido de sucesos violentos producidos y no comunicados. Por ello, en este estudio hacemos una revisión actualizada de los resultados obtenidos del registro informático de agresiones notificados por los trabajadores durante el bienio 2012/2013 comparándolos con el análisis que nos arrojan los datos del registro de incidentes violentos llevado a cabo por el servicio de Seguridad durante el mismo periodo de tiempo, poniendo de manifiesto la deficiencia del protocolo de registro y comunicación de sucesos violentos establecido por el hospital.

#### MÉTODO:

**Procedimiento:** A través del registro informatizado de agresiones podemos recoger todos los datos específicos de las agresiones notificadas por los profesionales sanitarios y, mediante el análisis de los datos ya tabulados y estudiados, elaborar el mapa de riesgos sobre agresiones en nuestro centro hospitalario. Este trabajo expone los resultados obtenidos del registro informático de agresiones notificados por los trabajadores durante el bienio 2012/2013 comparándolos con el análisis que nos arrojan los datos del registro de incidentes violentos llevado a cabo por el servicio de Seguridad durante el mismo periodo de tiempo, lo cual nos posibilita recoger las circunstancias prevalentes de lugar, tiempo, número y modo en que se producen estos incidentes violentos, facilitándonos la implementación de medidas preventivas eficaces.

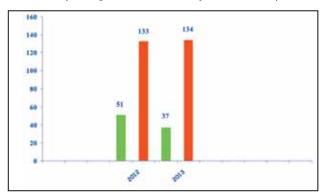
*Instrumento:* La cumplimentacion del registro informático de agresiones (RIA) es muy fácil y no requiere de ningún conocimiento informático específico por parte de la persona que lo realiza. Este registro recoge información sobre datos básicos de la situación de agresión sufrida por el profesional (fecha, hora, descripción del incidente, centro, servicio o unidad), lugar dónde se produce la situación de violencia (urgencias, consultas, etc.), forma en que se materializa la misma (insultos, amenazas verbales, maltrato a la institución, agresión física), contenido o pretensión que motivan la agresión (obtener determinadas prestaciones, obtener atención inmediata, desacuerdo con la atención recibida, etc.), datos personales y laborales del profesional agredido así como de los sujetos pasivos y testigos de la situación de violencia (nombres, puesto de trabajo, categoría profesional, servicio al que pertenece, etc.) y los efectos que ha generado dicha experiencia en el trabajador agredido (físicos, psíguicos y laborales). Por su parte, los registro de incidente violentos llevados a cabo por la empresa de Seguridad consiste en rellenar por parte del vigilante de seguridad una hoja de incidencias donde se reflejan la fecha, la hora, el centro hospitalario y una descripción del suceso en donde se plasma qué, quién, dónde, cuándo, cómo y porqué ha sucedido el incidente violento. La recopilación de todos estos datos nos permitirá conocer con precisión y de forma más exhaustiva las

situaciones de violencia reales que se producen en nuestro hospital, posibilitándonos abordar estos episodios de violencia externa de forma más eficaz.

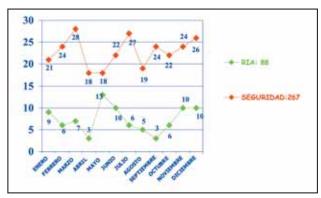
Muestra: En nuestro estudio se ha utilizado como muestra al conjunto de profesionales empleados en un centro concreto del sistema sanitario público andaluz, en el cual trabajan unas 7.200 personas y desde donde se han recogidos datos sobre las agresiones notificadas, tanto en el registro informático de agresiones como en el registro de incidentes violentos llevado a cabo por el Servicio de Seguridad, entre el 1 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2013. De este número de profesionales sanitarios, el 70,66 % son mujeres y el 29,34 % son varones, formando parte de la división médica el 20 % de la muestra, de la división de enfermería el 51,8 % y de la división de gestión el 28,2 %.

#### **RESULTADOS:**

En el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2013 se han notificados 88 incidentes violentos a profesionales sanitarios registrados en el registro informático de agresiones (51 agresiones en 2012 y 37 en 2013), mientras que los datos sobre incidentes violentos registrados por el servicio de Seguridad en el mismo periodo de tiempo, arrojan el dato de 267 episodios de violencia sobre los trabajadores del centro hospitalario estudiado (133 agresiones en 2012 y 134 en 2013).



▲ Comparativa Agresiones Ria-Seguridad 2012/2013.



▲ Evolución Mensual Agresiones 2012/2013

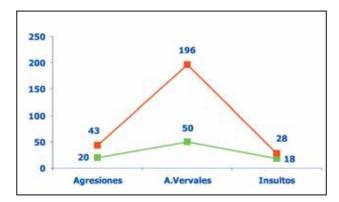
Entre ellas, según el registro informático de agresiones, atendiendo a su tipología, el 22,72 % corresponden a agresión física, el 56,82 % a amenazas verbales y el 20,46 % a

7

HYGİA

n° 88

insultos. En este mismo sentido, según los datos que nos aporta el servicio de Seguridad, el 16,12% corresponden a agresión física, el 73,40% a amenazas verbales y el 10,48% a insultos.

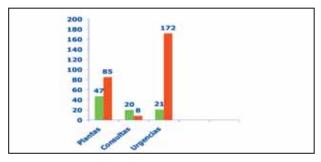


#### ▲ Tipología de las Agresiones

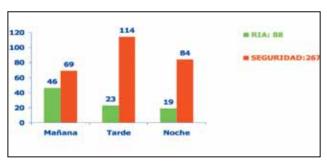
Por sectores profesionales (este dato solo lo podemos ofrecer atendiendo al registro informático de agresiones va que en el parte de incidentes del servicio de Seguridad no suelen reflejarlo) los incidentes de violencia notificados afectan al personal de enfermería en un 51 %, a médicos en un 24 %, a celadores en un 9 % y a administrativos en un 14 % de los incidentes. Lo mismo que para los sectores profesionales ocurre con los datos referidos al sexo de los trabajadores agredidos, correspondiendo el 72,72% de las agresiones notificadas fueron realizadas contra el personal femenino. En cuanto a la distribución de los agresores. también encontramos diferencias según atendemos a la lectura de los datos de cada registro utilizado. Así, en el registro informático de agresiones encontramos que un 50 % son familiares y acompañantes y un 50 % corresponden a pacientes, de donde sólo el 16 % de las agresiones las protagonizaron pacientes de colectivos de riesgo: 12,5 % con patología psiquiátrica y otro 4,16 % por toxicómanos. En cambio, en el registro de incidentes violentos del servicio de Seguridad, encontramos que un 22,84 % son familiares y acompañantes y un 77,15 % corresponden a pacientes, en donde el 59 % de las mismas las protagonizaron pacientes de colectivos de riesgo: 45,14 % con patología psiquiátrica y otro 14,07 % por toxicómanos. Con respecto a la franja horaria en que se producen los incidentes violentos, según el registro informático de agresiones el 52,28 % de las agresiones registradas se producen en el turno de mañana, el 26,13 % en el turno de tarde y el 21,59 % en el turno de noche. Mientras que para el registro del servicio de Seguridad, los incidentes violentos se producen en el turno de mañana en un 25,84 %, en el turno de tarde en un 42,70% en el turno de noche en un 31,46%.

Atendiendo al tipo de dispositivo asistencial, según el registro informático de agresiones, son más frecuentes en las unidades de hospitalización que en las unidades sin internamiento. Así, en los servicios de urgencias se han producido el 23,56 % de los incidentes violentos notificados, mientras que el 53,40 % corresponden a hospitalización, el 22 % a las consultas y el resto se producen en dife

8

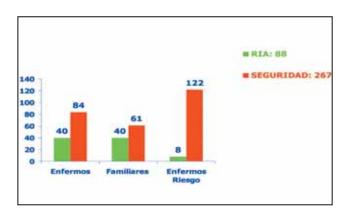


#### ▲ Tipología del Agresor



▲ Distribución Agresiones por Turnos

rentes entornos del centro hospitalario estudiado. Si nos centramos en los resultados que obtenemos del análisis de los partes de incidencias del servicio de Seguridad, los incidentes violentos son más frecuentes en las unidades sin internamiento (el 65,46 % se registraron en urgencias) que en las unidades de hospitalización (31,85%).



Distribución Agresiones por Servicios

Otro dato importante que creemos que es de máxima importancia señalar es que ambos registros no se solapan en cuanto al número de agresiones registradas, es decir, tan sólo coinciden 12 agresiones en el periodo de tiempo estudiado en ambos registros, por lo que tendríamos contabilizadas un total de 343 agresiones en el bienio 2012-2013, frente a las 88 agresiones notificadas y registradas en el registro informático de agresiones.

#### **DISCUSIÓN:**

El incremento de la violencia en los centros de trabajo parece ser una realidad cotidiana. Es un problema importante que afecta a muchos trabajadores, especialmente dentro del sector servicios, y en particular a los que realizan su trabajo en la asistencia sanitaria. Las medidas contra la violencia, desde el primer momento, deben de tender a reducir su incidencia y atenuar su intensidad, con el fin de erradicar después los siempre indeseables actos violentos. La prevención es la meior forma de iniciar una labor para una organización libre de violencia; seguida del establecimiento de políticas que incluyan definiciones, conceptos y sanciones para quienes incurran en actos violentos. Fomentar una comunicación efectiva entre el personal para que denuncien cualquier incidente violento dentro de la empresa es un paso clave para contribuir a la mejora de la calidad del medio laboral en general. Es por ello que las Directrices Marco (OIT, 2004 y CIE,2007) para afrontar la violencia en el sector de la salud insisten en la necesidad de que se notifiquen oficialmente todas y cada una de los incidentes violentos que se produzcan durante el transcurso de la actividad profesional, permitiéndonos elaborar un mapa de riesgo de la violencia laboral para que, de esta manera, la organización implemente las políticas preventivas oportunas. En este sentido, el Plan de Prevención y Atención de Agresiones para los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía se creo con la finalidad de prevenir la violencia hacia los trabajadores, fomentando una cultura de prevención, recabando toda la información posible sobre las incidencias y los factores de riesgo relacionados con la violencia externa. De esta forma, el Registro Informatizado de Agresiones (RIA) es la herramienta que se diseñó para llevar a cabo un detallado registro de todos los incidentes violentos con el objetivo de poder dimensionar y cuantificar el problema, así como para adoptar las medidas adecuadas para la gestión, detección y prevención de los comportamientos violentos. Es notable, a tenor de los resultados de este estudio, que los datos que obtenemos del registro de agresiones a profesionales sanitarios son insuficientes, va que no evidencian de forma exhaustiva la realidad actual de los actos violentos que se cometen contra los trabajadores evaluados, dejando sin identificar un numero considerable de acontecimientos violentos, que son experimentados por las victimas como sucesos traumáticos importantes. Hace falta saber qué pasa, por qué pasa, dónde pasa y con qué frecuencia pasa. Es preciso promover entre los trabajadores la importancia de comunicar debidamente tales episodios; paso previo para poder adoptar soluciones y medidas preventivas eficaces. En este estudio hemos podido evidenciar que la organización no dispone de información precisa sobre el alcance de la violencia en el lugar de trabajo. La mayor parte de la documentación existente se limita a los casos que se han denunciado formalmente: no obstante, como hemos podido constatar, por cada uno de esos casos existen muchos otros en los que los trabajadores son víctimas de comportamientos agresivos u ofensivos que no se denuncian de manera formal. El registro informático de agresiones se cuestiona, y con razón, si nos postulamos que con los criterios de actuación de este procedimiento la

organización es capaz de detectar adecuadamente los casos de agresión que sufren el personal sanitario. Así, de los 88 incidentes registrados mediante el registro informático de agresiones indican que un 1,2% de los 7.200 profesionales sanitarios han sido victimas de situaciones violentas durante su jornada laboral en el periodo estudiado, mientras que si atendemos los 267 incidentes registrados por el servicio de Seguridad, el porcentaje de prevalencia alcanza el 3,7% de los trabajadores, es decir, triplicamos el resultado obtenido mediante el protocolo de actuación ante situaciones de agresión establecido por la organización, que aunque siendo datos que nos habla de un bajo porcentaje de prevalencia, no por ello deja de constituir una señal de alarma de un importante factor de riesgo laboral para los profesionales del sector sanitario.

	N° DE INCIDENTES REGISTRADOS 2012-2013		
	RIA	SEGURIDAD	
TIPOLOGÍA:			
Agresión física	20	43	
Amenaza verbal	50	196	
Insultos	18	28	
	88	267	
GÉNERO			
Mujer	64	_	
Varón	24	_	
	88	267	
AGRESORES			
Familia/Acompañantes	40	61	
Pacientes:	40	84	
<ul> <li>Toxicómanos</li> </ul>	2	29	
<ul> <li>Psiquiátricos</li> </ul>	6	93	
	88	267	
TURNO TRABAJO			
Mañana	46	69	
Tarde	23	114	
Noche	19	84	
	88	267	
SERVICIOS			
Urgencias	21	172	
Hospitalización	47	85	
Consultas	20	8	
Otros	_	_	
	267	267	

#### ▲ Tabla comparativa RIA/Seguridad 2011-2013

Además de las medidas técnicas y organizacionales, así como de la cobertura de apoyo psicológico y jurídico al profesional agredido, la falta de preparación por parte de los profesionales de la salud para manejar este tipo de

situaciones potencialmente conflictivas hacen de la formación uno de los pilares fundamentales para la prevención y control de los acontecimientos violentos, facilitándoles a los trabajadores herramientas apropiadas para desarrollar las habilidades necesarias para identificar y gestionar dichas situaciones. El entrenamiento es un arma eficaz para combatir la violencia en el lugar de trabajo (HR Focus, 2003). En el entrenamiento básico del personal se debe de incluir definiciones de violencia laboral, estadísticas de amenazas, conocimiento de situaciones de riesgo, manejo de situaciones de crisis y las alternativas de respuestas (Barrett, S., 1997). Es fundamental que los empleados sean capaces de detectar señales de comportamiento agresivo que pudiesen desencadenar en un acto violento (Professional Safety, 2004) y que tengan la habilidad de aminorar o enfriar una situación que se puede tornar violenta antes de que suceda (Sheehan, J.,2002). Se debe motivar a los trabajadores para que informen sobre incidentes violentos (inclusive amenazas verbales o no verbales) dentro del trabajo inmediatamente ocurridos los hechos, para que se les de seguimiento y se evalúen a los mismos. Para ello es fundamental que la información concerniente a las políticas y procedimientos

antiviolencia sean conocidas por todos los profesionales y encontrarse en lugares visibles (Nursing, 2000). De modo paralelo, facilitar información oportuna a familiares y pacientes es de crucial importancia para reducir el riesgo de incidentes violentos, por lo que es importante exponer o distribuir códigos de conductas en los que se expliquen las obligaciones y derechos de los pacientes y allegados, haciendo hincapié en una actitud de tolerancia cero ante estos comportamientos hostiles.

Evidentemente, y a tenor de los resultados obtenidos en este estudio, podemos afirmar que el registro informático de agresiones no es efectivo, ya que los resultados que obtenemos no los podemos considerar como válidos (no recogen todos los casos de agresiones) y tampoco es eficaz, porque no se consiguen los resultados esperados. En este sentido, a partir de la información que obtenemos con los registros de incidentes del servicio de Seguridad podemos rediseñar y adaptar ambos instrumentos de recogida de información, elaborando intervenciones apropiadas de cara a la prevención de las agresiones, obteniendo de esta forma una visión más exhaustiva de los acontecimientos violentos acontecidos en el hospital.

#### Bibliografía:

- Almanzor, F. y Martín, A. *Violencia en el Trabajo: Prevalencia y Medidas Preventivas*. Revista Científica Hygia de Enfermería, nº 81, 17-23. 2012.
- Barón, M., Munduate, L. y Blanco, M.J. La espiral del Mobbing. Papeles del Psicólogo, nº 84, 71-82. 2003.
- Barrett, S., Protecting against workplace violence. Public Management (US), 1997. Vol. 79 (8): p. p9, 4p, 1 chart.
- Cantera, L. M., Cervantes, G. y Blanch, J. M. *Violencia ocupacional: El caso de los profesionales sanitarios*. Papeles del Psicólogo, 29, 49-58, 2008.
- CIE (Consejo Internacional de Enfermeras). Directrices para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo. Ginebra:CIE. 2007.
- Consejería de Salud. *Plan de Prevención y Atención de Agresiones para los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Servicio Andaluz de Salud. 2005.
- Echeburúa, E.; Corral, P.; Amor, P. *Evaluación del daño psicológico en víctimas de delitos violentos*. Psicopatología Clínica, Legal y Forense, vol 4: 227-244. 2004.
- HR Focus. The most effective tool against workplace violence. HR Focus. feb2003(2): p. p11,3p.
- Nursing. Putting an end to workplace violence. Nursing, 2000. Vol. 30(Issue 2): p. p60-61, 2p.
- OIT, Organización Internacional del Trabajo. Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirla. Documento: MEVSWS/2003/11. Programa de Actividades Sectoriales. Ginebra. 2003.
- OIT, Organización Internacional del Trabajo. La violencia en el trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatir este fenómeno. Repertorio de recomendaciones prácticas. Revista Internacional del Trabajo, 2004. Vol. 123(Issue 3): p. p333-334, 2p.
- Pérez, J., Nogareda, C., Martín, F. y Sancho, T. *Mobbing. Violencia física y acoso sexual.* Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). 2001.
- Professional Safety. ASSE Finds Few Employers Addressing Workplace Violence. Professional Safety, 2004.
   Vol. 49(Issue 9): p. p16-16 1/2p.
- Sheehan, J., Protect your staff from workplace violence. Nursing Management, 2000: p. 24,25.

10 NYOLA nº 88

# ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES QUE SUFREN SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO NURSING PERFORMANCE IN PATIENTS WITH NEUROLEPTIC MALIGNANT SYNDROME

- Manuel Jesús Caballero Guerrero\*
- Olga López Sánchez\*
- Rosario María Osuna Expósito\*
  - \* DUEs Unidad de hospitalización salud mental. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba.

#### Resumen:

En el siguiente artículo vamos a abordar la importancia de la instauración de un protocolo de actuación ante la aparición del Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM).

Para ello vamos a describir en que consiste dicho síndrome, dando a conocer sus principales signos y síntomas, sus causas y complicaciones. Del mismo modo intentaremos describir la importancia de una detección precoz, para lo cual daremos unas series de pautas de actuación enfermera, aplicando para ello un plan de cuidados estandarizado donde indicaremos los principales diagnósticos enfermeros implicados en el proceso, así como los objetivos a valorar e intervenciones a llevar a cabo.

El SNM es un trastorno que si bien es poco frecuente, cuando aparece es muy agresivo, pudiendo llegar a ocasionar la muerte del paciente si no se produce una detección precoz. El tener protocolizado la actuación ante la aparición de los síntomas y clínica del síndrome neuroléptico maligno ayuda a que se lleve a cabo una rápida asistencia ordenada y coordinada que minimice los daños que pueden llegar a provocar al paciente

#### Palabras clave:

Síndrome Neuroléptico Maligno / Neuroleptic Malignant Syndrome Hipertermia maligna / Malignant Hyperthermia Antipsicóticos / Antipsychotic Agents Atención de Enfermería / Nursing Car

#### INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el uso de fármacos antipsicóticos en las unidades de salud mental está muy extendido. ¿Quién de los que trabajamos o hemos trabajado en esas unidades no hemos administrado algún neuroléptico?, pero ¿conocemos las complicaciones y efectos indeseables que pueden ocasionar?, ¿sabemos actuar ante esas complicaciones? Los antipsicóticos son fármacos potentes que pueden producir efectos secundarios indeseados. Las alteraciones más frecuentes que pueden ocasionar son los denominados efectos extrapiramidales (distonía muscular, acatisia, parkinsonismo). Pero en ocasiones pueden ocasionar alteraciones a nivel del sistema nervioso central, diferentes a los efectos extrapiramidales, que si no son tratados rápidamente pueden llegar a ocasionar la muerte del paciente, denominadas síndrome neuroléptico maligno (SNM).

Inicialmente se pensó que los antipsicóticos atípicos tenían poca o ninguna posibilidad de causar SNM al contrario que los agentes típicos, pero los informes de casos que han surgido desde que comenzó a usarlos, sugiere que todos los agentes atípicos tienen el potencial para inducir SNM. La evaluación de la incidencia de NMS con estos agentes es difícil, porque el síndrome es muy raro y es poco probable que sea detectado durante los ensayos controlados.

El síndrome neuroléptico maligno también ha estado asociado a fármacos no neurolépticos que actúan sobre las vías dopaminérgicas (como por ejemplo la metoclopramida o el carbonato de litio

Por todo ello, es de vital importancia saber detectar cuales son esos síntomas que nos pueden ayudar a actuar de la manera más precoz posible y así poder evitar la muerte del paciente.

En todo esto el personal de enfermería tiene una labor primordial, ya que al ser el personal sanitario que más estamos en contacto con el paciente, debemos estar formados y adiestrados en la actuación de la aparición de los efectos extrapiramidales y del síndrome neuroléptico maligno. Así como educar tanto al paciente y la familia sobre su tratamiento y el proceso de la enfermedad

# DEFINICIÓN DE SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO

El síndrome neuroléptico maligno (SNM) es un trastorno de aparición rara que ha sido observado en pacientes que han sido tratados con neurolépticos, siendo de carácter idiosincrático grave y potencialmente mortal<sup>1</sup>.

También es conocido como catatonia hipertérmica, aunque tiene un bajo porcentaje de incidencia, un 0.5-2.4% de los pacientes tratados con neurolépticos, su letalidad es alta<sup>2</sup>.

Suele presentarse en los primeros días o semanas de iniciado el tratamiento, así como al incrementarse la dosis de neuroléptico.

Tenemos que comenzar a sospechar de la aparición del SNM cuando se produce rigidez muscular, hipertermia y alteración de la conciencia, acompañado de numerosos síntomas. (Cuadro 1). Pudiendo llevar al paciente a sufrir entre otras complicaciones<sup>3</sup>:

- Acidosis metabólica
- Shock cardiovascular
- Fallo respiratorio
- · Insuficiencia renal
- Coma
- Muerte

Existen evidencias en las cuales se destaca un aumento de la frecuencia de aparición del SNM cuando existe<sup>4</sup>:

- Asociación de varios neurolépticos o a antidepresivos Tricíclicos o sales de litio.
- Pacientes con síntomas cerebrales de naturaleza orgánica.
- Administración parenteral de neurolépticos.

#### PRINCIPALES SÍNTOMAS DEL SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO • Hipertermia • Delirio • Taquicardia • Disfagia · Aumento de la sudoración Temblor • Piel pálida Hipertensión arterial • Estremecimiento Mutismo Incontinencia · Disartria • Taquipnea Convulsiones · Respiración fatigosa Estupor • Hipertonía muscular

▲ Cuadro 1. Síntomas del SNM

# DETECCIÓN Y ACTUACIÓN ENFERMERA DEL SÍNDROME NEUROLEPTICO MALIGNO

Una detección precoz de los signos y síntomas propios del SNM es la herramienta más idónea y eficaz para instaurar un rápido tratamiento y plan de actuación. Ayudando así a que no aumente la gravedad del paciente y aumente el grado de supervivencia.

Por todo ello, en el momento que se observen los síntomas citados anteriormente se debe de llevar un plan de actuación que debe de estar protocolizado (Ver cuadro 2).

De este modo debemos de hacer lo siguiente:

- Suspender el tratamiento neuroléptico inmediatamente
- Canalizar vía venosa periférica
- Monitorización de constantes (temperatura, presión

sanguínea, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno)

- Hidratación
- Sondaje vesical y control de diuresis
- Valorar el estado de conciencia (escala de Glasgow).
   Anexo 1
- Traslado a UCI

Apertura ocular		Puntuaciones
<ul><li>Espontanea</li><li>Estímulo verbal (al pe</li><li>Al dolor</li><li>No responde</li></ul>	4 3 2 1	
Respuesta verbal	Puntuaciones	
<ul><li>Orientado</li><li>Desorientado</li><li>Palabras inapropiada:</li><li>Sonidos incomprensi</li><li>No responde</li></ul>	5 4 3 2 1	
Respuesta motora	Puntuaciones	
Cumple órdenes expr     Localiza el estimulo c     Retira ante estímulo c     Respuesta en flexión     Respuesta en extensi     No responde	6 5 4 3 2 1	
Si puntuación 13-14 Es Si puntuación 11-12 Es	nsciente tupor ligero tupor moderado tupor profundo	

▲ Anexo I. Escala de Glasgow

Si puntuación 3-4

# PRINCIPALES DIAGNÓSTICO ENFERMEROS PREVALENTES EN EL SÍNDROME NEUROLEPTICO MALIGNO

Coma profundo

En la detección precoz, es el personal de enfermería el que juega el papel más importante, por el trabajo de observación y evaluación diaria y continuada.

Para ello se usa el Proceso de Atención de Enfermería y las herramientas de valoración y diagnóstico<sup>5</sup>.

Así, los principales diagnósticos enfermeros a aplicar en el caso de aparición del SNM serían los siguientes:

#### Diagnóstico NANDA<sup>5</sup> (00128): Confusión aguda.

Definición: Inicio brusco de trastornos reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto periodo de tiempo.

Características definitorias: Fluctuación en el nivel de conciencia, fluctuación en el Conocimiento, fluctuación en la actividad psicomotora, intranquilidad.

Factores relacionados: Efectos adversos de su tratamiento.

**Objetivo NOC** (0912): Estado Neurológico: consciencia<sup>6</sup>. Definición: Despertar, orientación y atención hacia el entorno. Indicadores: Escala de Glasgow.

Intervención NIC (6486): Manejo ambiental: seguridad<sup>7</sup>. Definición: Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.

Actividades:

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognoscitiva y el historial de conducta del paciente.
- Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente (físico, biológico y químico).
- Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.
- Utilizar dispositivos de protección (restricción física, puertas cerradas, etc.) para limitar físicamente la movilidad o acceder a situaciones peligrosas.

#### Otras intervenciones NIC:

6680: Monitorización de signos vitales.

2300: Administración de medicación.

1800: Ayuda al autocuidado

# Diagnóstico NANDA (00085): Deterioro de la movilidad física<sup>5</sup>.

Definición: Limitación del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades. Características definitorias: Limitación de la amplitud de movimientos, limitación de la capacidad para las habilidades motoras groseras y finas (rigidez muscular), Inestabilidad postural durante la ejecución de las actividades de la vida diaria

Factores relacionados: Alteración del metabolismo celular e Hipertonía muscular.

# Objetivo NOC (0410): Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias<sup>6</sup>.

Definición: Vías traqueo bronquiales abiertas, despejadas y limpias para el intercambio de aire.

Indicadores: Frecuencia respiratoria y ritmo respiratorio mantenidos.

# Objetivo NOC (1616): Rendimiento de los mecanismos corporales<sup>6</sup>.

Definición: Acciones personales para mantener la alineación corporal correcta y para prevenir la distensión esquelética.

Indicadores: Utiliza una postura acostada correcta, demuestra extensión de los músculos y demuestra flexibilidad de las articulaciones.

#### Intervención NIC (3140): Manejo de las vías aéreas<sup>7</sup>.

Definición: Asegurar la permeabilidad de la vía aérea. Actividades:

- Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de la barbilla o empuje de a mandíbula, si procede.
- Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible. Elevar la cabecera de la cama.
- Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación.
- · Abordar la vía aérea oral o nasofaríngea, si procede.

(Colocar Guedell).

- · Administrar broncodilatadores, si procede.
- Administrar aire u oxigeno humidificado, si procede (Disminución de satO2).
- Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación.

#### Otras intervenciones NIC:

6680: Monitorización de signos vitales.

2300: Administración de medicación.

6654: Vigilancia: Seguridad.

1800: Ayuda al autocuidado.

: Cambios de posición.

: Terapia de masajes.

#### Diagnóstico NANDA (00007): Hipertermia<sup>5</sup>.

Definición: Elevación de la temperatura corporal por encima de lo normal.

Características definitorias: Aumento de la temperatura corporal por encima del límite de normal.

Factores relacionados: Enfermedad y Medicamentos.

#### Objetivo NOC (0802): Signos vitales<sup>6</sup>.

Definición: Grado en el que la temperatura, el pulso, la respiración y la presión sanguínea están dentro del rango normal.

Indicadores: temperatura por entre 36° y 37°. Resto de signos vitales dentro de la normalidad.

#### Objetivo NOC (0602): Hidratación<sup>6</sup>.

Definición: Agua adecuada en los compartimentos intracelular y extracelular del organismo.

Indicadores: Mucosas Húmedas, Diuresis, Perfusión tisular.

#### Intervención NIC (3900): Regulación de la temperatura<sup>7</sup>.

Definición: Consecución y mantenimiento de la temperatura corporal dentro del margen normal.



Cuadro 2. Algoritmo de actuación si SNM



#### Actividades:

- · Comprobar la temperatura cada 10 minutos.
- · Controlar los signos vitales.
- Observar color y temperatura de la piel.
- Actividades para normalizar la hipertermia maligna:
- Disminuir la temperatura de la habitación hasta 21°-22°.
- Retirar la ropa de la cama, dejando al paciente descubierto.
- Empapar toallas con agua fría y colocarlas encima del paciente.
- Administrar sueroterapia fresca según la pauta médica.
- · Lavados gástricos y enemas de agua fría.

#### Otras intervenciones NIC:

3840: Precauciones con hipertermia maligna.

4120: Manejo de líquido

#### Diagnóstico NANDA (00039) Riesgo de aspiración<sup>5</sup>

Definición: Riesgo de que penetren en el árbol traqueobronquial las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas o sólidos o líquidos.

Características definitorias: Incompetencia del esfínter esofágico inferior (disfagia), Deterioro de la deglución, Situaciones que impiden la elevación de la parte superior del cuerpo

Factores relacionados: Reducción del nivel de conciencia, Deterioro de la deglución

#### Objetivo NOC: (0912) Estado neurológico: conciencia<sup>6</sup>

Definición: Medida a la que un individuo está despierto, orientado y atiende al ambiente.

Indicadores: Orientación cognitiva, obedece ordenes, atiende a los estímulos ambientales.

# Intervención NIC (3200) Precauciones para evitar la aspiración

Definición: Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración. Actividades:

 Vigilar el nivel de conciencia, reflejos de la tos, reflejos de gases y capacidad deglutoria

- Colocación vertical a 90º o lo más incorporado posible
- Evitar líquidos y usar agentes espesantes
- Alimentación en pequeñas cantidades

#### **CONCLUSIONES**

El principal factor de riesgo para presentar síntomas extrapiramidales es el uso de medicamentos antipsicóticos, por eso entre las competencias específicas que se atribuyen a la enfermería y se requieren de ella destacan las habilidades para tomar decisiones clínicas con el fin de planificar y llevar a cabo intervenciones que proporcionen cuidados óptimos a los usuarios si se presentasen dichos síntomas.

En este caso especialmente, en los primeros momentos de actuación, es clave la intervención de enfermería, ya que en muchas ocasiones el Psiquiatra no está presente y la urgencia del momento requiere una intervención rápida en una situación que puede llegar a ser muy crítica.

La familiaridad con el cuadro permite a los profesionales de las unidades de hospitalización reconocer el cuadro de forma precoz y poner en marcha las actuaciones necesarias.

La disposición de un Algoritmo de actuación permite en este, como en otros muchos casos de la práctica clínica, la actuación ordenada y coordinada que garantice la correcta asistencia a la persona.

El Síndrome Neuroléptico maligno, puede llegar a la insuficiencia renal aguda y a la muerte si no actuamos con rapidez.

El tratamiento y cuidados del SNM debe realizarse, en todo caso, en la UCI, ya que se trata de una patología grave, que en muchos casos produce complicaciones que derivan en compromiso vital, y que precisa de una vigilancia con monitorización constante del paciente, técnicas, fármacos y tecnología que solo se utilizan en este servicio.

## Bibliografía:

- 1 Guía práctica en psicofarmacología para enfermería. Ed.: Astra Zeneca Enero 2006.
- 2 Guía de práctica clínica para el tratamiento en emergencia de los síntomas extrapiramidales inducidos por medicamentos instituto nacional de salud mental "Honorio delgado hidelyo noguchi" departamento de emergencia. 2007.
- 3 Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor. Tratado de psicofarmacología: *Bases y aplicación clínica*, Madrid. Editorial Médica Panamericana, 2005.
- 4 Santiago López Galán, Guía farmacológica en psiquiatría. 5ª ed. Jaén. Editorial Rey Alí. 2005.
- 5 Sheila Sparks Ralph. Martha Craft-Rosenberg. T. Heather Herdman. Mary Ann Lavin. NANDA Nursing Diagnoses: Definitions and classification Edit. Elsevier. 2003-2004.
- 6 Marion Johnson, Medidean Maas y Sue Moorhead. 2<sup>a</sup> edición Nursing Outcomes Classification (NOC). Edit Mosby Harcourt 1999.
- 7 Dochterman, J. Maccloskey y Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (4ª ED.) ED. Elsevier. España, 2004.

# ANÁLISIS DE RESULTADOS OBSTÉTRICOS/PERINATALES Y GRADO DE SATISFACCIÓN MATERNA AL TRABAJAR CON MATRONA REFERENTE DURANTE EL PROCESO DE PARTO ANALYSIS OF RESULTS OBSTETRIC /PERINATAL AND MATERNAL SATISFACTION REGARDING WORKING WITH MIDWIFE DURING CHILDBIRTH

- Antonio Luis Partida Márquez<sup>1</sup>
- Carmen Mejías Paneque<sup>2</sup>
- Gema de la Peña Sosa Barba<sup>1</sup>
   1. Matrona Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.
   2. Matrona Hospital La Merced, Osuna, Sevilla

#### Resumen:

INTRODUCCIÓN: La evaluación positiva de la mujer sobre el servicio sanitario y sobre su proceso de parto está directamente relacionada con el trato recibido por el personal sanitario v satisfacción obtenida durante el mismo.OBJETIVO: Valorar el grado de satisfacción de las madres al ser atendidas por matrona referente. MATERIAL/MÉTODO: Estudio descriptivo observacional analítico de tipo prospectivo con recogida de datos durante 12 meses usando la escala validada COMFORTS y análisis de la muestra (n:232) con el SPSS versión 17.CONCLUSIONES: La mujer desea ser informada de su proceso (el 86.21 % está muy satisfecha con la información recibida), independientemente de si esta información supone darle buenas noticias o malas noticias (evolución desfavorable, estancamiento del proceso de dilatación, etc..), a través de la información se siente apoyada y escuchada ( 94.82 %) Al trabajar con matrona referente se establece un clima de confianza y empatía donde la mujer puede expresar sus miedos (el 79.75 % manifiesta miedo al dolor, el 6. 46 % miedo al parto y el 13.79 % miedo a acabar en cesárea) y logra aliviarlos impidiendo que bloqueen el proceso de dilatación-parto.

#### Palabras clave:

Satisfacción, Trabajo de parto, Matrona referente.

#### Abstract:

INTRODUCTION: The positive evaluation of women on the health service and its delivery process is directly related to the treatment received by health care and satisfaction obtained during the mismo.OBJETIVO: To assess the degree of satisfaction of mothers to be met by referent midwife. MATE-RIAL / METHODS: Descriptive observational analytical prospective type of data collected over 12 months using the validated COMFORTS and analysis of the sample (n = 232) with SPSS version 17.CONCLUSIONES: Women want to be informed of the process (the 86.21% are very satisfied with the information received) regardless of whether this information supposed to give good news or bad news (unfavorable, stalling the process of expansion, etc. ..), through information feel supported and heard (94.82%) by working with midwife regarding establishing a climate of trust and empathy where women can express their fears (the 79.75% expressed fear of pain, 6, 46% fear of childbirth and 13,79% fear of ending up in cesarean section) and manages to relieve blocked preventing the expansion process partum

#### Key words:

Satisfaction, Labor, Midwife referencea

Este artículo ha sido presentado en formato póster en el VI Encuentro de Matronas. Il Congreso Internacional de la Asociación Andaluza de Matronas, Granada 13 y 14 de Junio del 2013.

#### INTRODUCCIÓN:

En los últimos años las políticas sanitarias han impulsado un cambio en el modelo tradicional de asistencia sanitaria basado en la medicalización y la pasividad del usuario donde el referente del sistema era el personal sanitario a un modelo emergente donde el centro del sistema es el propio ciudadano promoviendo su participación activa; prueba de ello es el documento de Plan de Parto y Nacimiento elaborado por la Consejería de Salud para dar respuesta social a la demanda de las mujeres gestantes de tener una participación activa en su parto, la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002 y el II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005 – 2008 (1, 2, 3, 4, 5).

Tanto en el Plan Estratégico de Andalucía como el III Plan de Salud 2003 – 2008 (6) se aboga por una atención sanitaría más personalizada a las necesidades del usuario y, por tanto, más satisfactoria.

Sin embargo, pese a las directrices políticas de los últimos años los servicios gestores de paritorios de hospitales españoles siguen apostando por que las matronas trabajen por "tareas" lo cual supone dividir el proceso de parto en diferentes fases: Preparto , Parto y Postparto. En algunos hospitales cada una de estas fases es llevada por un profesional diferente: se hace una división de profesionales según la organización arquitectónica en área de dilatación o preparto, área de parto (los paritorios) y área de postparto. Así mismo, la Epidural se pone en otro servicio: Quirófano ó salas habilitadas para tal fin, y la gestante es asistida por otro profesional: la enfermera de quirófano o la enfermera de epidural.

Esto supone que al final del proceso la gestante ha conocido un total de 2 ó 3 matronas diferentes junto con una enfermera de quirófanos y el anestesista durante su proceso de dilatación y parto de baja intervención.

Con esta metodología de trabajo favorecemos un grave problema pues se segmenta el proceso de parto en diferentes " partes" o "tareas" dificultando una visión integral de la mujer y de su proceso, así cómo pudiendo retrasar la identificación de ciertas patologías obstétricas (falta de progresión o fracaso de inducción) que precisan la intervención ginecológica. Además las mujeres embarazadas y parturientas desean tener una atención continuada por el mismo profesional puesto que mejora la comunicación y la calidad de la experiencia que supone el parto: si la parturienta ha sido llevada por la misma matrona se reduce su ansiedad v describe su parto como una experiencia positiva (7), también se ha visto una menor tasa de cesáreas (8, 9,10, 11, 12) en aquellos partos controlados por una sola matrona. Existen evidencias de que el apoyo continuado, tanto emocional como físico, produce beneficios para las madres y sus hijos: partos más cortos, menor uso de medicación y analgesia epidural, reducción de la necesidad de oxitocina, menor número de niños con test de Apgar inferior a 7 y menor número de partos instrumentales(13).

Finalmente la evaluación positiva de la mujer sobre el servicio sanitario está directamente relacionada con la opinión que tiene sobre los cuidadores que han intervenido en su proceso de parto valorando sus actitudes y comportamientos, asociando la falta de información, apoyo y/o comunicación a una valoración negativa del cuidador y del servicio sanitario.

Con el presente estudio de investigación se pretende valorar el grado de satisfacción de las madres al ser atendidas por un único profesional así como valorar los efectos obstétricos/perinatales al trabajar con matrona referente.

#### HIPÓTESIS:

El seguimiento del proceso de dilatación y parto por matrona referente mejora el grado de satisfacción materna con su proceso e influye positivamente en los resultados obstétricos/perinatales

#### **OBJETIVO GENERAL:**

Valorar el grado de satisfacción materna al trabajar con matrona referente y los efectos sobre resultados obstétricos/perinatales.

#### **OBJETIVO ESPECÍFICO:**

- Determinar el confort materno durante el proceso de parto y dilatación.
- Capacidad de la matrona referente para reforzar sentimientos positivos, eliminar prejuicios y miedos que surgen durante el proceso de dilatación.
- Capacidad de la parturienta de identificar quién es la figura de la matrona dentro de los profesionales que la asisten durante su proceso.
- Describir finalización de parto.
- Describir Apgar obtenido por el recién nacido.
- Describir cm. De dilatación con los que se pone la analgesia epidural.
- Valorar el tiempo de duración del proceso de parto desde que se inicia el trabajo activo de parto ( entendiendo inicio de trabajo activo de parto los 3 cm. De dilatación).

#### **MATERIAL Y MÉTODO:**

- A) Tipo de estudio: Realizaremos un estudio descriptivo observacional analítico de tipo prospectivo con recogida de datos durante 12 meses.
- B) Muestra: Gestantes con feto único en cefálica que acuden a la Clínica Sagrado Corazón desde Junio de 2011 a Junio de 2012 y que cumplen los siguientes criterios de inclusión: Gestación de bajo riesgo, Inicio de trabajo de parto espontáneo. Los criterios de exclusión son los siguientes: Partos inducidos, Patología materna Pregestacional, Gestación de Alto riesgo, Patología fetal prediagnosticada. Tras aplicar estas condiciones obtenemos una muestra n: 232.
- C) Variables estudiadas: Dividimos las variables estudiadas en cuatro bloques diferentes.

#### Bloque 1: Confort materno

Para analizar las variables de confort materno, comunicación y atención psicológica se ha utilizado la escala COMFORTS(*Care in Obstetrics: Measure For Testing Satisfaction Scale*) . Esta escala maneja 40 variables agrupadas en cuatro áreas diferentes :

Área 1: Cuidados durante el periodo de parto

Área 2: Cuidados del puerperio en planta

Área 3: Cuidados del Recien nacido

Área 4: Aspectos logísticos y respeto a la intimidad.

Dado que el objeto del estudio hace referencia al Área 1 de esta escala, nos limitaremos a pasar esta parte del cuestionario:

Escala COMFORTS – (*Care in Obstetrics: Measure For Testing Satisfaction Scale*): Asistencia al parto.

#### Área 1. Cuidados durante el Periodo del Parto

1. Grado de satisfacción con la información recibida en la sala dilatación-paritorio.

Muy insatisfactoria	Insatisfactoria	Indiferente	Satisfactoria	Muy satisfactoria
1	2	3	4	5

 Cantidad de información proporcionada por la matrona en paritorio / dilatación acerca de los cuidados que iba a recibir.

Muy insatisfactoria	Insatisfactoria	Indiferente	Satisfactoria	Muy satisfactoria
1	2	3	4	5

3. Grado de satisfacción con respecto a sentirse escuchada y apoyada en la toma de sus decisiones por la matrona.

Muy insatisfactoria	Insatisfactoria	Indiferente	Satisfactoria	Muy satisfactoria
1	2	3	4	5

4. Grado de satisfacción con los cuidados recibidos.

Muy insatisfactoria	Insatisfactoria	Indiferente	Satisfactoria	Muy satisfactoria
1	2	3	4	5

5. Grado de satisfacción con la vivencia del nacimiento.

Muy insatisfactoria	Insatisfactoria	Indiferente	Satisfactoria	Muy satisfactoria
1	2	3	4	5

6. Grado de satisfacción con la analgesia durante el parto.

Muy insatisfactoria	Insatisfactoria	Indiferente	Satisfactoria	Muy satisfactoria
1	2	3	4	5

7. Grado de satisfacción con las medidas de analgesia y de confort después del nacimiento del Recién Nacido.

Muy insatisfactoria	Insatisfactoria	Indiferente	Satisfactoria	Muy satisfactoria
1	2	3	4	5

8. La habitación era espaciosa y adecuada a sus necesidades.

Muy insatisfactoria	Insatisfactoria	Indiferente	Satisfactoria	Muy satisfactoria
1	2	3	4	5

9. Grado de satisfacción con el número de personas que estuvo en el paritorio durante su parto.

Muy insatisfactoria	Insatisfactoria	Indiferente	Satisfactoria	Muy satisfactoria
1	2	3	4	5

10. Grado de satisfacción con el respeto a su intimidad por parte de las personas que intervinieron en el parto.

Muy insatisfactoria	Insatisfactoria	Indiferente	Satisfactoria	Muy satisfactoria
1	2	3	4	5

11. Grado de satisfacción con el tiempo que pasó con usted la matrona para cubrir sus necesidades emocionales.

Muy insatisfactoria	Insatisfactoria	Indiferente	Satisfactoria	Muy satisfactoria
1	2	3	4	5

12. Grado de satisfacción con el tiempo que pasó la matrona para cubrir sus necesidades físicas.

Muy insatisfactoria	Insatisfactoria	Indiferente	Satisfactoria	Muy satisfactoria
1	2	3	4	5

15. Grado de satisfacción con la matrona para responder a sus necesidades durante el parto.

Muy insatisfactoria	Insatisfactoria	Indiferente	Satisfactoria	Muy satisfactoria
1	2	3	4	5

 Grado de satisfacción con la matrona para responder a sus necesidades durante el parto.

Muy insatisfactoria	Insatisfactoria	Indiferente	Satisfactoria	Muy satisfactoria
1	2	3	4	5

16. Supo identificar la figura de la matrona del resto de profesionales que le atendieron

a) Sí	b) NO

17. ¿ Qué era lo que más miedo le daba antes de entrar en paritorio?

a) Dolor	b) Parto	c) Acabar en Cesárea

18. ¿ La matrona le ha ayudado a controlar estos miedos?

a) Sí	b) No	c) Sólo un poco
-------	-------	-----------------

El resto de variables estudiadas las agrupamos en los siguientes bloques:

Bloque 2: Datos generales

 Edad materna, Paridad, Nivel de estudios, Acompañamiento por pareja



#### Bloque 3: Datos obstétricos

- 1) Duración del parto (especificar en horas)
- 2) Cm a los que se pone analgesia epidural
- 3) Tipo de parto: Espontáneo/Instrumental/Cesárea
- 4) Episiotomía: Sí/No5) Desgarros: D1/D2/D3

Bloque 4: Datos fetales

- 1) Puntuación Apgar
- D) Consideraciones éticas: Es necesario cumplir con la consideraciones éticas y legales de la ley orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal y las recogida en los artículos 8 y 9 del capítulo IV de la ley 41/2002 del 14 de Noviembre así como la ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información clínica. Para ello elaboramos el siguiente consentimiento informado que debe estar firmado tanto por la parturienta como por el investigador que recoge los datos:

"Un grupo de matronas de la Clínica Sagrado Corazón estamos realizando un estudio sobre el grado de satisfacción de las madres y sus acompañantes durante el proceso de dilatación y parto para mejorar áreas de asistencia sanitaria y conocer su influencia sobre los resultados obstétricos y perinatales. Se trata de una encuesta anónima por escrito. Para tales efectos se solicita el consentimiento por escrito para poder procesar los datos. CONSIDERACIONES ÉTICAS: El estudio cumple los requisitos enunciados en los artículo 8 y 9 del capítulo IV de la ley 41/2002 del 14 de Noviembre, ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal"

#### ANÁLISIS DE RESULTADOS

El Paquete estadístico utilizado para el análisis de los datos es el SPSS versión 17 para Windows, realizando un análisis descriptivo de todas las variables, en cada una de ellas se ha hallado el porcentaje de respuestas. Las descripción de los datos se ha realizado agrupando las preguntas en bloques para facilitar su comprensión.

Destaca el alto nivel de participación con una tasa de respuestas del 100%.

En cuanto al **grado de satisfacción obtenido con la atención de la matrona** (ver gráfico 1) en relación al confort materno, comunicación y atención psicológica obtenemos que el 86.21 % está muy satisfecha con la información recibida en la sala dilatación-paritorio, el 12.93% está satisfecha y el 0.86 % muestra una opinión indiferente, no sabiendo qué contestar.

Respecto a la cantidad de información proporcionada por

parte de la matrona el 92.67 % está muy satisfecha frente al 4.31 % que sólo está satisfecha. Destacamos en este apartado que ninguna mujer se sintió insatisfecha o manifestó que la información fue escasa o poco oportuna. Esto refleja que las pacientes demandan ser informadas de su proceso en todo momento, tanto si la información que le proporcionamos es buena o mala (por ej. cuando se le informaba que el parto no progresaba adecuadamente).

El 94.82 % manifestó sentirse apoyada y escuchada en sus decisiones por parte de la matrona y el 96.98 % se mostró muy satisfecha con los cuidados recibidos durante todo el proceso. En general el 99.14 % se muestra muy satisfecha con la vivencia del nacimiento de su hijo/a gracias al trato recibido.

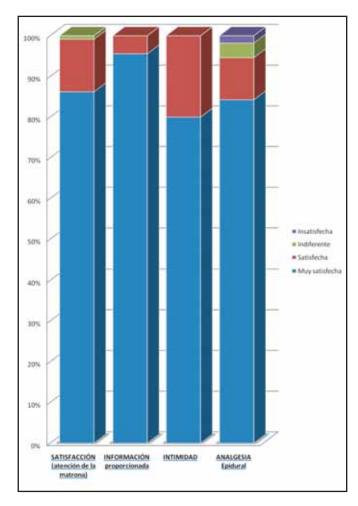
En lo relativo a la **intimidad durante el proceso de parto** el 80 % se considera muy satisfecha con el respeto a la intimidad que ofrecieron las personas que participaron en el proceso de parto, un 20 % sólo se manifiesta satisfecha pues considera que se cuidaron poco aspectos como tener la puerta del paritorio cerrada durante el proceso de parto o el permitir la entrada de diferentes profesionales durante la dilatación. Respecto al grado de satisfacción el relación al número de personas que estuvieron en su parto el 99. 14 % se mostró muy satisfecha frente al 0.86 % que no sabía qué decir, si eran muchas, pocas o estaba bien.

Al analizar la figura de la matrona referente durante el proceso de parto el 95.26 % considera que pasó un tiempo adecuado con la matrona que llevaba su dilatación para cubrir sus necesidades físicas y emocionales. Manifestando una respuesta muy satisfactoria en el 99.14 % de los casos con la atención recibida. Al trabajar con matrona referente el 100 % sabía identificar quién era la matrona del resto de profesionales que la atendieron durante su proceso (auxiliares, enfermeras, ginecólogos, celadores)

Respecto a la **analgesia** recibida el 80. 60 % se muestra muy satisfecha con la analgesia epidural, el 9.91 % se muestra satisfecha, el 3.44 % presenta una opinión indiferente y el 1.72 % manifiesta una opinión insatisfactoria con la epidural. El 94.8 % se puso la analgesia epidural a los 3 cm o más, mientras que el 5. 2 % se puso la analgesia epidural con menos dilatación, decir que todas las mujeres de la muestra optaron por ponerse la analgesia epidural en su proceso de parto.

Entre los miedos que rodean a la mujer embarazada y el proceso de parto (ver gráfico 2), el 79.75 % manifiesta miedo al dolor, el 6. 46 % miedo al parto y el 13.79 % miedo a acabar en cesárea. Al preguntarle si la matrona le ayudó controlar esos miedos durante el proceso de parto el 98.25% respondió afirmativamente sólo un 1.29 % declaró que la ayudó pero en muy poca medida.

Finalmente al analizar los datos obstétricos-perinatales (ver gráfico 3), el 52.15 % de los partos duraron menos de

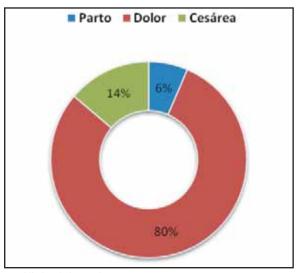


Grado de satisfacción de las mujeres

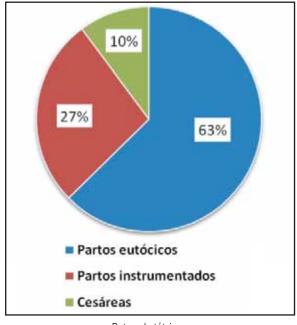
5 horas (hacemos mención que no hemos diferenciado entre partos de primíparas o secundíparas), el 48.84 % duraron más de 5 horas. El 62.62 % terminó en parto espontáneo, el 27.21 % en parto instrumental y un 10.17 % en cesárea. Se hizo episiotomía en el 21.55 % del total de partos. En aquellos partos en los que no se hizo, nos encontramos con un 36.21 % de los casos con D1, 43.54 % con D2 y 2.15 con D3. Respecto al Apgar obtenido al minuto de vida el 80.17 de los recién nacidos presentó puntuaciones mayores de 7.

#### CONCLUSIONES

Hoy día las mujeres demandan un papel activo de su proceso de parto: desean ser las protagonistas de este momento tan especial que marcará sus vidas para siempre. Para ello necesitan estar informadas del proceso, saber qué está pasando y cómo va evolucionando su dilatación; la información se convierte en pieza fundamental para capacitar a la mujer en este rol protagonista y el informador es elemento clave en este proceso. La matrona por su formación profesional y adquisición de competencias así como cercanía durante todo el proceso es el profesional referente para la mujer identificando la calidad aportada por los cuidados de la matrona con la propia calidad del servicio.



Miedos de las mujeres



▲ Datos obstétricos

El análisis de los datos demuestra que la mujer desea ser informada de su proceso, independientemente de si esta información supone darle buenas noticias ( evolución favorable de su parto) o malas noticias (evolución desfavorable, estancamiento del proceso de dilatación, etc..), muestra de ello es que ninguna mujer dijo que la información fue poco oportuna, escasa o dijo que preferiría no haber sabido nada; a través de la información se siente apoyada y escuchada en sus decisiones manifestando un alto grado de satisfacción con el servicio y su vivencia del nacimiento.

Al trabajar con matrona referente, es decir ser la misma matrona la que lleve el proceso de dilatación y parto, se establece una relación de confianza y empatía donde la mujer identifica las funciones de la matrona del resto de profesionales del equipo multidisciplinar, adquiere confianza como para expresar sus propios miedos y temores

19

n° 88

logrando que la matrona la tranquilice con sus consejos y escucha activa e impidiendo que estos miedos bloqueen el proceso de parto o hagan que se viva de manera negativa este momento tan especial.

Respecto a la analgesia usada, deberíamos preguntarnos por qué todas las mujeres optaron por analgesia epidural y ninguna optó por parto sin analgesia, quizás es un cuestión que deberíamos analizar con una perspectiva múltiple de nivel social, condiciones culturales, educación frente al parto y adquisición de habilidades para controlar el dolor; sí es cierto que la gran mayoría logró aguantar la fase prodrómica sin analgesia, sólo con medidas posturales y se pusieron la epidural en fase activa de parto.

Otra crítica que debemos hacernos es el respeto a la intimidad, pues pese a trabajar con matrona referente no se logró

controlar la intimidad tal y como deseaba la paciente (un 20 % sólo manifiesta estar satisfecha), sintiéndose vulnerable y expuesta al ser explorada o durante el parto.

Este estudio puede servir de punto de partida para hacer otro estudio multicéntrico de tipo caso control donde podamos comparar los resultados obstétricos-perinatales obtenidos al trabajar con matrona referente con aquellos obtenidos en maternidades donde aún se trabaje por tareas.

Finalmente decir que es necesario concienciar a los gestores hospitalarios de la necesidad de trabajar con matrona referente para darle al usuario la calidad que demanda de los servicios hospitalarios, pues la comprensión, empatía y relación de confianza que se establece al trabajar con matrona-paciente logra entablar una comunicación que hace que la mujer vivencie su parto de manera muy positiva.

## Bibliografía:

- 1.- II PLAN DE CALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA. 2005 2008.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2008.
- 3.- Ministerio de Ciencia e Innovación. La asistencia del parto en las mujeres sanas. Estudio de variabilidad y revisión sistemática. Informe de evaluación de tecnologías sanitarias. Avalla-t, 2007.
- 4.- Ministerio de Sanidad y Política Social. Maternidad hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación, 2009.
- 5.- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plan de Parto y Nacimiento.
- 6.- III PLAN ANDALUZ DE SALUD. 2003 2008.
- 7.- Buenas Prácticas en Atención Perinatal. Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía. Consejería de Salud. 2008.
- 8.- Hodnett DE. Caregiver support for women during childbirth( Cochrane Review). In: The Cochrane Library,issu 3, 2002.
- 9.- Pittrof R; Campbell OM; Filippi VG.What is quality in maternity care? An international pespective.Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 2002; 81(4), 277-283.
- 10- Soafer S; Firminger,K. Patient perceptions of the quality of health services. Annual Review of Public Health.2005; 26,513-559.
- 11- Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. Am J Obstetrics and Gynecology 2002; 186 (5 suppl.Nature), S160-S172.
- 12.- Arnedillo Mª S, Ruiz Mª C, Barberá, N, Romero J, Romero Mª J. Humanizar el nacimiento. Propuesta de modificación de los cuidados prestados en la atención al parto a través de la investigación Acción Participativa. Rev. Paraninfo digital. 2009; 7: 2-11.
- 13.- Recuerda JA, Garcia F, Grau S, Iniesta V, Lozano L. Influencia del apoyo profesional en la mejora del trabajo de parto. Memoria de las I Jornadas de Investigación en Enfermería obstétrico-ginecológica de la comunidad de Valencia. 1996.

20 NYOLA nº 88

## DIARREA AGUDA INFANTIL

- Inmaculada Cruz Cabrera<sup>1</sup>
- Mª Cristina Hidalgo Díaz¹
- Manuela Cruz Cabrera<sup>2</sup>
  - 1. DUE. Servicio de Urgencias del Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.
  - 2. Cocinera y Pinche de cocina.

#### Resumen:

La diarrea aguda es una de las patologías con más alta incidencia y prevalencia en la infancia, tanto en nuestro medio como en los países en vías de desarrollo. Es la segunda causa de ingreso hospitalario tras las enfermedades respiratorias y el tercer motivo de consulta de Atención Primaria después de de la fiebre y la tos. En el Tercer Mundo sigue siendo la primera causa de mortalidad, calculándose que fallecen cada año unos, 3´5 millones de niños por debajo de los 5 años, debido a la deshidratación, principal complicación de la gastroenteritis aguda (GEA). En nuestro país, la mayoría de las deshidrataciones agudas son leves o moderadas, siendo las soluciones de rehidratación oral la prevención y el tratamiento más adecuados.

#### Palabras clave:

GEA (Gastroenteritis aguda). Deshidratación. Agentes causantes. Rotavirus. Cuidados de Enfermería. Educación Sanitaria.

#### Abstract:

Acute diarrhea is one of the diseases with the highest incidence and prevalence in childhood, both in our country and in the developing countries. It is the second leading cause of hospitalization after respiratory diseases and the third ground of Primary Care consult6a after the fever and cough. In the Third World remains the leading cause of death, dying each year calculated approximately, 3.5 million children under 5 years due to dehydration, the main complication of acute gastroenteritis (AGE). In our country, most acute dehydration are mild or moderate, with oral rehydration solutions prevention and appropriate treatment.

#### Key words:

AGE (Acute gastroenteritis) Dehydration. Causative agents, rotavirus, nursing care, health education.

#### **DEFINICIÓN**

La gastroenteritis aguda se define como un proceso diarreico de rápida instauración, con o sin síntomas como fiebre, naúseas, vómitos o dolor abdominal.

Consiste en un proceso inflamatorio de las mucosas gástricas e intestinal que se manifiesta por la presencia de deposiciones más numerosas y más líquidas, generalmente acompañadas de de otros síntomas. La OMS en su Manual para el tratamiento de la diarrea señala que para su identificación es más importante tener en cuenta la disminución de la consistencia de las deposiciones que la frecuencia de su presentación.

#### INTRODUCCIÓN

El hábito intestinal varía de una persona a otra en función de patrones sociales, culturales y factores psicológicos individuales. Por este motivo se han establecido unos rangos de normalidad considerándose una frecuencia normal entre 2-3 deposiciones/ día y 2-3 deposiciones/ semana

La diarrea se considera signo clínico importante debido a su elevada incidencia y prevalencia en la población y más concretamente en la población infantil.

Durante la 1ª infancia la frecuencia y la calidad de las heces "normales" depende mucho de la dieta. En las primeras semanas de de vida el recién nacido alimentado al pecho tiene habitualmente hasta ocho deposiciones blandas al día, que a veces pueden contener moco. Los neonatos alimentados con lactancia artificial suelen tener deposiciones más consistentes y con menor frecuencia. Cuando la duración de la diarrea es inferior a las dos semanas, hablamos de diarrea aguda. Cuando la diarrea se prolonga más de 14 días, se denomina diarrea prolongada o persistente.

#### **ETIOLOGÍA**

La enfermedad diarreica es un síndrome de etiología multicausal en la que principalmente existe una interacción del organismo con agentes infecciosos virales, bacterianos y parasitarios.

En la mayoría de los casos, la diarrea, es producida por una infección entérica. Los agentes víricos son los gérmenes más frecuentes asociados a diarrea aguda. Existen 4 grandes categorías de virus asociados a gastroenteritis en humanos:

- 1. Rotavirus. Según sus propiedades antigénicas se clasifican en grupos, que está basada en la proteína VP6.En la actualidad existen 7 grupos denominados con letras de la A a la G. Los rotavirus de los grupos A, B, y C se detectan comúnmente en humanos y animales, el resto solo en animales. El grupo A es el principal implicado en patología humana. Los rotavirus del grupo A son reconocidos como el agente etiológico más frecuente identificado en la gastroenteritis aguda infantil e infectan prácticamente a todos los niños en los 4 primeros años de edad. Se ha descrito la enfermedad por rotavirus como más grave y relacionada más frecuentemente con deshidratación y hospitalización que las producidas por otros agentes, tanto víricos como bacterianos. En los coprocultivos, la presencia de rotavirus es notable en los meses de noviembre a febrero. El Sistema de Información Microbiológico atribuye a rotavirus el 22% de los casos de gastroenteritis en menores de 5 años. En el medio hospitalario se ha descrito una proporción de rotavirus en los casos de diarrea aguda que oscila entre 10 v un 50%.
- 2. Calicivirus. Se clasifican en genogrupos, los norovirus son los más frecuentes y se clasifican en dos genogrupos, genogrupo I y genogrupo II. Los distintos estudios de gastroenteritis esporádica han demostrado un predominio claro del genogrupo II.los calcivirus se han relacionado con casos esporádicos o brotes epidémicos de gastroenteritis aguda en humanos. Presentan gran dificultad para ser identificados. Se estima que el 80-90% de los brotes de diarrea aguda no bacteriana, relacionados con la ingestión de agua o alimentos contaminados, pueden estar causados por calcivirus.
- Astrovirus. Se clasifican según propiedades antigénicas. Este agente ha llegado a ser considerado como la segunda causa de gastroenteritis virales en niños, produciendo más caso de gastroenteritis en la infancia que los noravirus, aunque de carácter más leve.
- 4. Adenovirus. Se han asociado clínicamente a infecciones agudas del tracto respiratorio y de las conjuntivas oculares. El hecho de que gran parte se elimine en las heces ha dificultado el establecimiento de su papel etiológico en la gastroenteritis aguda.
- Otros agentes virales. Ocasionalmente, se encuentran otros agentes en muestras fecales de pacientes con diarrea, como coranovirus, torovirus, y picobirnavirus Son difíciles de detectar y no se ha establecido su importancia etiológica en esta enfermedad.

Aspectos clínicos de la gastroenteritis aguda viral:

En general se trata de un proceso autolimitado de entre 1 a 7 días de duración, cuyas manifestaciones clínicas incluyen diarreas, vómitos, fiebre y dolor abdominal. La diarrea típicamente aguda en su comienzo, con frecuencia de carácter acuoso y habitualmente sin moco, sangre ni leucocitos.

Los virus productores de gastroenteritis son una causa importante de diarreas nosocomial

Los agentes bacterianos, en los países en vías de desarrollo son los principales agentes productores de gastroenteritis aguda en la infancia, siendo Shigella, Campylobacter y E. Colli las especies bacterianas más importantes. si Campylobacter y Salmonella son las especies bacterianas encontradas en mayor proporción.

Los parásitos intestinales. Las infecciones parasitarias están ampliamente diseminadas por todo el mundo, aunque es difícil saber la incidencia real de personas afectadas por existir un gran número de infecciones asintomáticas. En países en desarrollo y en la zona de los trópicos la mayoría de los individuos adquieren estos organismos en un momento dado a lo largo de la vida. A pesar de ello, pocos de estos individuos tienen una enfermedad grave y la mayoría de los casos, los parásitos intestinales no producen una respuesta inflamatoria capaz de eliminar el organismo huésped. Esto explica la alta incidencia del estado de portador. En las situaciones de compromiso inmunológico se pueden desarrollar enfermedades graves y aparecer episodios de diarreas por parásitos habitualmente no patógenos. En los países desarrollados los principales parásitos que producen gastroenteritis aguda son Giardia Lambia y Cryptosporidium. Se detectan con mayor frecuencia en niños que acuden a guarderías. Su importancia varía en función de la localización geográfica y del estado inmunitario del niño.

# AGENTES CAUSANTES DE LAS TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS

Los agentes etiológicos más frecuentemente detectados en los brotes epidémicos han sido la Salmonella enteritidis, el Staphylocococus aureus y el Clostridium perfrigens, aunque en un porcentaje elevado de brotes no se puede detectar el agente responsable. Aún hoy día hay notificación de cuadros infecciosos procedentes de aguas y alimentos contaminados y esto en parte se debe a las innovaciones en el procesado y además se preparan menos alimentos cocinados en casa, utilizándose más los precocinados o de elaboración industrial que facilitarían la transmisión de la contaminación.

Hay varias sustancias contaminadas capaces de causar toxiinfección. Cualquier alimento puede conllevar ciertas sustancias contaminadas externas que potencialmente serían capaces de causar toxiinfecciones alimentarias. Estos contaminantes pueden proceder de 3 orígenes:

1. Sustancias contaminantes de origen natural. Hay distintos tipos y entre ellos destacar:

- a. agentes microbiológicos, siendo la toxiinfección más típica. Entre ellos salmonella enteritidis ( en huevos, carnes , salsas), staphylococcus aureus (dulces, lácteos, pescados), escherichia colli(lácteos), Clostridium perfringens (carnes) y Clostridium botulium (latas, conservas) este último en descenso. En la infancia suelen ser frecuentes las gastroenteritis causadas por rotavirus y virus Norwalk ambientales, así como el Campylobacter. En aguas contaminadas suelen aislarse diversos patógenos entre los que destacan la Giardia Lamblia, ya que no se destruye en la cloración.
- b. agentes de origen vegetal. En estos alimentos existen compuestos que en altas dosis podrían ser responsables también de toxiinfecciones alimentarias. A destacar, ácido oxálico (espinaca, almendras), glucósidos cianogénicos (semillas de albaricoque y melocotones) inhibidores de proteasas (cereales y legumbres) y solaninas (alcaloides de patatas no maduras).
- c. agentes de origen marino. Los pescados y mariscos pueden contener toxinas termorresistentes y neurotóxicas que se van acumulando a lo largo de la cadena alimentaria pudiendo provocar un cuadro digestivo, neurológico y manifestaciones en piel.
- d. micotoxinas. Son toxinas que se acumulan en ciertos alimentos durante el crecimiento de hongos, levaduras y mohos. Al ser ingeridos o inhalados pueden causar un cuadro denominado micotoxicosis.
- 2. Sustancias contaminantes de origen químico. Destacan algunos productos industriales potencialmente contaminantes como plaguicidas (hortalizas y vegetales), metales (hallados en aguas residuales contaminadas por cadmio, o selenio, en latas de conserva con estaño o plomo, en bebidas ácidas por cobre o zinc, o la conocida del mercurio en el pescado en Japón), plástico ( en empaquetados), fármacos de uso veterinario ( anabolizantes, antitiroideos) y otros productos químicos (difenilos que contaminan arroces).
- 3. Sustancias contaminantes durante la manipulación del alimento. Las nitrosaminas y ciertos hidrocarburos policíclicos como fenantrenos y benzopirenos se producen al calentar a ahumar los alimentos destacan los aditivos con el fin de modificar su sabor, textura y conservación. La mayoría, naturales o sintéticos, no son tóxicos en las cantidades empleadas, aunque existe un marcado componente de de hipersensibilidad a algunos como tantrazina, benzoatos y sulfitos, causando fenómenos de intolerancia y de irritabilidad en niños.

#### CAUSAS DE DIARREA AGUDA NO INFECCIOSA

Generalmente la diarrea aguda se trata de un proceso infeccioso, ya sea producido por virus, bacterias o parásitos. Pero la diarrea, aunque en menor frecuencia, puede ser producida por otras causas:

- 1. Problemas de alimentación. transgresiones dietéticas, fórmulas hiperconcentradas, escaso aporte.
- 2. Patología quirúrgica. Apendicitis aguda, invaginación y obstrucción intestinal, síndrome de intestino corto.
- 3. Defectos anatómicos. Malrotación y duplicación intestinal, enfermedad de Hirschprung, impactación fecal.
- Malabsorción intestinal. Déficit de disacaridasas, Malabsorción glucosa y galactosa, fibrosis quística, intolerancia hereditaria a la fructosa, aB-lipoproteinemia, enfermedad celíaca, enteropatía pierde proteínas.
- Enfermedades sistémicas. Endocrinopatías como diabetes mellitus, hipertiroidismo, hiperplasia suprarrenal congénita, enfermedad de Addison, hipoparatiroidismo.
- 6. Neoplasias. Neuroblastomas, ganglioneuronas, síndrome de Zollinger- Ellison, síndrome del péptido intestinal vasoactivo, carcinoides, feocromocitomas.
- 7. Intoxicación alimentaria. Metales pesados, peces escambroideos, setas.
- 8. Miscelánea. Alergia e intolerancia a las proteínas de la leche de vaca, enfermedad inflamatoria intestinal, disantonía familiar, acrodermatitis enteropática, abuso de laxantes, colon irritable, antibioticoterapia.

#### DIAGNÓSTICO DE GASTROENTERITIS AGUDA

El diagnóstico se realiza a través de la Historia clínica, exploración y pruebas complementarias.

Y cuando se ha de detectar el agente causante, se realiza el coprocultivo, el cual no está indicado de forma rutinaria en las gastroenteritis agudas, ya que generalmente su resultado no va a influir en el tratamiento y no es coste- eficaz.

Además, el agente causal se identifica en un porcentaje de los casos analizados y los resultados no están disponibles antes de 3 días, con lo cual la mayoría de las veces la sintomatología ha cesado. Además la presencia de portadores puede complicar la interpretación de resultados.

Las indicaciones por tanto, para realizar el coprocultivo serían:

- 1. Fiebre elevada y comienzo brusco de la enfermedad.
- 2. Aspecto tóxico del niño.
- 3. Presencia de sangre y/ o moco en las heces.
- 4. Brotes epidemiológicos comunitarios como guarderías.
- 5. Cuando se prevea un tratamiento antimicrobiano (huésped inmunodeprimido o disentería).
- 6. Cuando haya que descartar una infección intestinal para verificar otra causa.

# TRATAMIENTO DE LA GASTROENTERITIS AGUDA

La diarrea aguda es una de las patologías con más alta incidencia y prevalencia en la infancia, tanto en nuestro medio como en los países en vías de desarrollo. Es la segunda causa de ingreso hospitalario tras las enfermedades respiratorias y el tercer motivo de consulta de Atención Primaria después de la fiebre y la tos. En el Tercer Mundo sigue siendo la primera causa de de mortalidad, calculándose que fallecen cada año unos 3,5 millones de niños menores de 5 años, debido a la deshidratación, principal complicación de la gastroenteritis aguda. En España, la mayoría de las deshidrataciones son leves o moderadas, siendo las soluciones de rehidratación oral, la prevención y el tratamiento más adecuado.

El tratamiento de la gastroenteritis aguda consta de una primera fase de rehidratación oral y mantenimiento y una segunda fase de introducción precoz de alimentación, así como la realización de un tratamiento etiológico si así estuviera indicado.

El tratamiento general de la diarrea en la infancia se basa en cuatro objetivos principales:

- Valorar el riesgo y la severidad de la deshidratación. A través de una anamnesis y una exploración física detallada ya que es importante conocer cuál es el grado de deshidratación del niño.
- Prevenir y tratar la deshidratación. El uso adecuado de las soluciones de rehidratación oral es la base del tratamiento de la mayoría de las diarreas, ya que es un método eficaz, barato y sencillo.
- 3. Mantenimiento de un estado nutricional adecuado, con una alimentación precoz y completa.
- 4. Papel de los agentes farmacológicos. Existe mucha controversia sobre la utilidad de dar medicamentos en la diarrea infantil, aunque existen nuevos fármacos que podrían mejorar la sintomatología, sin apenas efectos adversos.los fármacos habitualmente utilizados en estos procesos son inhibidores de la motilidad intestinal (loperamida y otros opiáceos y anticolinérgicos), modificadores de la secreción intestinal(sales de bismuto) y sustancias adsorbentes. El ondasetrón, antagonista de la serotonina, puede ser4 efectivo en ocasiones disminuvendo los vómitos y limitando la necesidad de ingreso hospitalario. Respecto al tratamiento con antibióticos, solo está justificado en pacientes inmunodeprimido con enfermedad grave de base. en caso de salmonella (amoxicilina), Campylobacter (eritromicina), Shigella, yersinia y en caso de parásitos intestinales, siendo el antibiótico específico a cada uno de ellos.

# COMPLICACIONES DE LA DIARREA AGUDA INFANTIL

La deshidratación aguda es la complicación más frecuente de la diarrea aguda infantil.las principales causas de deshidratación son:

- 1. aumento de pérdidas de líquidos y electrolitos por las evacuaciones diarreicas líquidas y por los vómitos.
- 2. disminución de la ingesta de líquidos, debida a hiporexia.
- 3. Aumento de las pérdidas insensibles (piel y pulmones), por la fiebre y la hiperapnea.
- 4. Los niños con mayor riesgo de presentar deshidratación son los que tienen diarrea osmótica (por rotavirus) o diarrea secretora. Cuanto mayor es la cantidad y menor la consistencia de las evacuaciones intestinales, mayor es la pérdida de agua y electrolitos que el paciente sufre. La deshidratación se produce con mayor rapidez en los pacientes de corta edad, en especial en los menores de un año, en los que tienen fiebre y en los que viven en climas muy calurosos.

Otras complicaciones de la diarrea aguda son:

- 1. Intolerancia secundaria a la lactosa.
- 2. Intolerancia a las proteínas de la leche de vaca.
- 3. Diarrea prolongada. Cuya duración puede prolongarse hasta 2 semanas.
- 4. Diarrea refractaria, en la que se da un círculo vicioso de diarrea-malnutrición-diarrea.
- 5. Otros. Sepsis, invaginación, síndrome hemolítico urémico...

#### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Basándonos en la NANDA, nos encontramos con distintos diagnósticos de enfermería y aplicados a la gastroenteritis aguda en la infancia, sobre los que el profesional de enfermería podría trabajar. Entre ellos:

1. Patrón respiratorio ineficaz relacionado con la fiebre y deshidratación y manifestado por incapacidad para mantener la respiración espontánea.

NOC: Evitar apneas

NIC: Trabajar sobre la sintomatología que conlleva la dificultad respiratoria, como son los vómitos, diarreas, fiebre, etc.

2. Alteración de la nutrición por déficit relacionado con vómitos, inadecuada absorción intestinal de nutrientes y las restricciones dietéticas.

NOC: Favorecer el aporte nutritivo.

NIC: Actuando sobre vómitos y nauseas, déficit de líquidos y deshidratación. Se hidratará y alimentará al niño, consiguiendo un equilibrio entre pérdidas y aportes, con el fin de mejorar el estado general del niño.

3. Incontinencia fecal, relacionada con trastornos gastrointestinales y manifestados por eliminación incontrolada de heces.

NOC: Controlar la eliminación incontrolada de heces. NIC: Actuar sobre diarrea, dolor abdominal.

4. Conducta desorganizada del lactante relacionada con diarreas y manifestada por insomnio, ansiedad.

NOC: Eliminar ansiedad.

-Descanso y favorecer el sueño.

NIC: Actuar para combatir el dolor abdominal, diarrea y eliminar ansiedad.

 Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor y malestar y manifestado por disminución del grado de coordinación motora.

NOC: Recobrar su máxima capacidad de movimiento. NIC: Se actuará hidratando y nutriendo al niño con el fin de recuperar fuerzas y así recobrar movilidad.

Intolerancia a la actividad relacionada con debilidad generalizada.

NOC: Obtención de la actividad cotidiana anterior al deterioro.

NIC: Actuar sobre la clínica que provoca el deterioro físico.

 Riesgo de caídas relacionado con estado de conciencia y manifestado por caídas.

NOC: Evitar caídas.

NIC: Eliminando peligros y barreras.

8. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con evacuaciones frecuentes y manifestadas por abrasión cutánea.

NOC: Mantener integridad cutánea.

NIC: Actuando sobre la piel con los cuidados especiales para evitar el deterioro de la integridad cutánea, a través de protección tópica e higiene

 Manejo ineficaz del régimen terapéutico relacionado con déficit de conocimientos de la familia sobre la enfermedad.

NOC: Educación Sanitaria para que los padres sepan manejar la situación.

NIC: Facilitaremos conocimientos a los padres, trabajando junto a ellos.

10. Temor de padres y niños relacionado con el entorno sanitario y cambios en la salud.

NOC: Disminuir el temor y ansiedad.

NIC: Favoreciendo información y respondiendo a miedos y temores verbalizados por parte de padres y niño.

 Dolor agudo relacionado con el proceso de la enfermedad y manifestado por ansiedad e irritabilidad.
 NOC: Eliminar el aumento del peristaltismo intestinal.

 Diarreas relacionadas con la infección del tracto intestinal y manifestado por el aumento de heces líquidas abundantes.

NOC: Cese de las diarreas.

NIC: Hidratación y alimentación astringente adecuada con el fin de hacer que las heces sean tan líquidas.

 Déficit de volumen de líquidos relacionado con la pérdida excesiva de líquidos del tracto gastrointestinal debido a diarreas y vómitos.

NOC: Conseguir un volumen adecuado de líquidos. NIC: A través de una correcta hidratación ya sea oral o parenteral.

#### PLAN DE CUIDADOS AL NIÑO QUE INGRESA CON GASTROENTERITIS AGUDA. MANEJO DEL NIÑO CON DIARREA AGUDA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

La valoración del grado de deshidratación es fundamental, siendo la rehidratación oral el tratamiento de elección en niños con GEA que presentan deshidratación de leve a moderada y siendo el objetivo, mantener una adecuada hidratación del niño y educar a la familia o cuidador principal en el manejo de plan de cuidados del niño con gastroenteritis y prevenir complicaciones.

Estimación clínica de la deshidratación, dando valor del 0 al 2 a distintos parámetros (Tabla 1):

Deshidratación leve 0-3. Deshidratación moderada 4-8. Deshidratación severa 9-17.

La diarrea debe ser considerada como una Malabsorción aguda hídrica, con pérdida de agua y electrolitos por heces. El objetivo primordial será la restauración o mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico y del estado nutricional, habrá que realizar una valoración del estado en el que se encuentra el niño, para según sea su estado de deshidratación, realizar una hidratación oral que es lo más frecuente. O si esta no fuera posible por deshidratación intensa o no aceptación, recurrir a la hidratación venosa.

Ante un niño con GEA que no presenta deshidratación, o ésta sea leve o moderada, se debe intentar reponer por vía oral, el agua y los electrolitos. Se debe administrar 50 ml/ Kg en 4h. En pequeñas tomas y de forma frecuente. Si mejora, y transcurrido ese tiempo, se reintroduce la

DESHIDRATACION 0		1	2
Lengua	Húmeda	Algo seca	Seca
Fontanela Plana		Algo hundida	Profundamente hundida
Ojos Normales		Algo hundidos	Profundamente hundidos
Pliegues	Recuperación instantánea	<2 segundos	2 segundos
Neurológico	Normal	Quejumbroso	Apático
Respiración Tranquila Extremidades Caliente		Rápida	Profunda
		Frías	Frías, azules

#### ▲ Tabla 1

alimentación habitual, leche materna o fórmulas lácteas y en los lactantes mayores y en los niños, se les ofrecerá sin forzar su ingesta, dieta libre, excepto alimentos ricos en grasa, azúcares simples y dietas demasiado restrictivas.

En cuanto a la hidratación endovenosa, el suero glucosado isotónico solo aporta agua, los sueros glucosalinos son los convencionales, el suero fisiológico actúa como expansor del lecho vascular y los hipertónicos nos permiten una expansión de la volemia o un aporte electrolítico con poco volumen de infusión.

Es fundamental reconocer situaciones potencialmente graves que cursan con diarrea. La más frecuente es el abdomen agudo y más concretamente la apendicitis aguda y otras como la invaginación intestinal y el síndrome hemolítico urémico. Por lo que habrá que tener alerta ante situaciones como:

- 1. Dolor a la palpación abdominal.
- 2. Palidez, ictericia y/o oligoanuria.
- 3. Diarrea con sangre.
- 4. Afectación del estado general, desproporcionado con el nivel de deshidratación.
- 5. Estado de shok.

Una vez descartadas estas otras patologías, potencialmente graves, existe un porcentaje de niños que requieren ingreso hospitalario, siendo las principales causas:

- 1. Intolerancia manifiesta a la rehidratación oral.
- 2. Deshidratación grave.
- 3. Necesidad de tratamiento de un foco extradigestivo.
- 4. Sospecha de enfermedad susceptible de tratamiento quirúrgico.

- 5. Desnutrición.
- 6. Presencia de anorexia.
- 7. Persistencia de cuadro clínico que obligue a realizar estudios diagnósticos hospitalarios.
- 8. Afectación neurológica.

#### **EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

La Educación para la salud desempeña un papel importante en la diarrea infantil. La eficacia para disminuir las complicaciones y los procesos severos de la enfermedad, va a depender en gran medida en la participación de los padres. Ellos serán los que tendrán que administrar correctamente la terapia de rehidratación oral, así como aplicar el resto de indicaciones dadas. Para que una madre o el cuidador del niño, ofrezca correctamente en el domicilio, los cuidados correctamente, el personal de enfermería, a través de Educación Sanitaria, les enseñará el manejo de esta patología. La educación de los familiares y especialmente de los padres, puede lograrse por medio de una adecuada Educación Sanitaria, a través de la comunicación interpersonal, poniendo ejemplos, y haciéndoles preguntas para comprobar que lo han entendido.

El personal de enfermería utilizando sus habilidades de comunicación, va a tener la posibilidad de capacitar al responsable del cuidado del niño para su manejo en el hogar, incluyendo el reconocimiento de los signos de alarma ante los cuales deben de consultar de manera inmediata. Con métodos de educación participativa, se dotará a los padres de la capacidad sobre medidas preventivas para evitar nuevos episodios de diarrea: alimentación adecuada, lavado de manos, preparación y conservación de alimentos, entre otros.

Enseñaremos además a prevenir la enfermedad, basándonos en tres niveles:

 Vacunas. Hay vacunas frente a Rotavirus pero no frente a otras causas frecuentes de gastroenteritis aguda. Se recomienda la vacunación frente a Rotavirus para todos los niños de Europa y se espera disminuir con ello la incidencia de gastroenteritis y prevenir la mayoría de los casos más severos en los grupos de edad más susceptibles.

- 2. Prevención o tratamiento pasivo. Existen trabajos que apoyan la prevención pasiva por inmunoglobulinas o calostro hiperinmune, pudiendo ser beneficioso para la gastroenteritis inducida por Rotavirus, E. coli enteropatogénica y enterotoxigénica o Shigella. Aunque no está indicada la administración rutinaria de inmunoglobulina.
- Quimioprofilaxis. No se recomienda la quimioprofilaxis de forma rutinaria, podría considerarse en casos individuales de niños inmunocomprometidos.

#### CONCLUSIONES

La gastroenteritis aguda es un problema muy frecuente en la infancia, sobre todo en los 3 primeros años de vida. En Europa, es normalmente, aunque no siempre, una enfermedad leve y raras veces lleva a la muerte. Sin embargo, la gastroenteritis está asociada a un alto nivel de hospitalización y costes elevados.

La severidad de la gastroenteritis está más relacionada con la etiología que con la edad del niño, y los Rotavirus son los responsables en la mayoría de los casos.

La deshidratación es el principal signo clínico de la gastroenteritis aguda y generalmente refleja la severidad de la enfermedad. Pérdida de peso, retraso en el relleno capilar, disminución de la turgencia de la piel y patrón respiratorio anómalo, son los signos clínicos más importantes de deshidratación.

La hospitalización debe estar reservada para aquellos niños con necesidad de una rehidratación intravenosa y otros procedimientos que solo se pueden realizar en el hospital.

Los estudios microbiológicos por lo general no son necesarios.

La rehidratación es la clave del tratamiento y debería iniciarse tan pronto como fuera posible. Se deberían utilizar soluciones de rehidratación oral de baja osmolaridad y ofrecerla a demanda.

Generalmente no son necesarios los fármacos, sin embargo algunos probióticos pueden reducir la intensidad de los síntomas. El tratamiento con antibióticos no es necesario en la mayoría de los casos y puede inducir al estado de portador en el caso de una infección por Salmonella. Sólo será eficaz en la infección por Shigella y en el inicio de una infección por Campylobacter.

Se recomienda la vacunación frente a Rotavirus para todos los niños en Europa y se espera disminuir con ello la incidencia de gastroenteritis y prevenir la mayoría de los casos más severos en los grupos de edad más susceptibles.

El personal de enfermería en urgencias cuando valora a un niño con GEA, debe ser capaz de detectar el grado de gravedad con el que llega, observando su estado general y deshidratación. De su actuación eficaz depende que el niño no empeore.

Enfermería es responsable de la evolución y cuidados del niño desde que comienza con rehidratación oral según prescripción médica y si ésta no es tolerada y el niño requiere ingreso es la encargada de la administración del tratamiento, (fluidos y electrolitos prescritos) normalmente intravenosos en las primeras horas, así como de los cuidados de la piel, recogida de muestras para cultivo, reintroducción de la dieta oral cuando proceda , educar en las medidas higiénicas para prevenir el contagio, etc.

La enfermera como cuidadora del niño debe observar signos de empeoramiento o aparición de posibles complicaciones (pulso alterado, fiebre, taquipnea, hipotensión, oliguria...), para avisar al pediatra, ya que esta patología en su estado más grave puede causar la muerte del niño.

## Bibliografía:

- Antonio D. Gastroenteritis aguda. Bilbao.1994.
- Irene P. Diarrea aguda en la infancia. Barcelona: Edikamed, 2004
- Gracia M. Gastroenteritis aguda en el niño que acude a guardería. Barcelona.2005.
- Informes para preparar manuscrito enviados a la revista científica de enfermería. Disponible en:
- http://www.guiainfantil.com/gastroenteritis/2012-05. Acceso en octubre 2012.
- http://www.guiasalud.es/gastroenteritis/2012-07. Acceso en octubre 2012.
- http://www.salud.es/gastroenteritis-infantil/2010-05. Acceso en octubre 2012.
- http://www.consumer.es/bebés/2012-07. Acceso en octubre 2012.

# MULTICULTURALIDAD Y ATENCIÓN AL PARTO: A PROPÓSITO DE UN CASO MULTICULTURALISM AND DELIVERY CARE: REPORT OF A CASE

- Jurado García Estefanía\*
- Baena Antequera Francisca\*
- Ruiz Ferrón Cecilia\*\*
- Arnedillo Sánchez Cori\*\*\*
  - \*Matronas, Profesoras de la Facultad de Enfermería Fco. Maldonado. Osuna. Sevilla.
  - \*\* Matrona, Profesora de la Facultad de Enfermería de Sevilla.
  - \*\*\* Matrona.

#### Resumen:

La atención sanitaria en el parto a las mujeres inmigrantes puede verse comprometida tanto por barreras lingüísticas como culturales, ya que la reproducción y la maternidad constituyen fenómenos bio-culturales donde se reflejan valores, sentimientos y creencias. Se presenta un caso donde en dicha atención a una mujer sudamericana, surge un choque cultural que obtuvo una respuesta ineficaz por parte del sistema sanitario. Así pues la diversidad cultural existente hoy, supone un reto para las matronas, consistente en establecer una asistencia que logre entender el sistema de cuidado cultural del paciente, y lo legitime a través de un plan de atención que incorpore elementos de su cultura considerando que no halla menoscabo de la dignidad humana ni supongan un daño a propios o terceros (1,4).

#### Palabras clave:

Inmigrantes, choque cultural, matronas, atención sanitaria.

#### Abstract:

Health care delivery in immigrant women may be compromised by both linguistic and cultural barriers, since reproduction and motherhood are bio-cultural phenomena which reflects values, feelings and beliefs. We report a case where such care in a South American woman, there is a culture shock that was an ineffective response by the health system. This indicates that cultural diversity is a challenge today for midwives, which is to establish a communicative action that will begin to grasp the cultural care system of the patient, and it legitimizes through a care plan that incorporates elements of their culture in all cases in which there is impairment of human dignity or pose harm to themselves or others.

#### Key words:

Immigrants, culture shock, midwives, health care.

#### INTRODUCCIÓN

28

En las dos últimas décadas, España se ha convertido en un país receptor de inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo. El padrón del año 2006 en Andalucía cuenta con una población inmigrante de 488.928 (222.779 mujeres) a la que corresponden el 12.4% de los nacimientos (2).

Durante la atención a la población inmigrante en general es importante que los profesionales sanitarios, y como matronas, recordemos que el sistema sanitario se considera en la sociedad como una subcultura con sus reglas, costumbres, y un lenguaje propio.

De este modo cuando los individuos obtienen una educación sanitaria se integran en el sistema, pero los que lo hacen pueden experimentar un choque cultural si la educación es muy distinta a la suya propia. Entendemos pues por choque cultural a aquella reacción que a parece en muchas personas cuando entran en una situación poco familiar donde las pautas de conductas son ineficaces.

Por esto es tan importante que las matronas seamos culturalmente sensibles y aceptemos y respetemos las diferencias en los estilos de vida de los demás, para que cuando aparezca un conflicto entre las creencias del paciente y el sistema sanitario podamos encontrar un punto en común (3,4).

Así con el fin de completar el significado de la asistencia de enfermería los profesionales deben ser conscientes de los valores étnicos y culturales, creencias y prácticas del paciente en la manera en que se relacionan con su salud y cuidado (5).

En este punto cabe mencionar a Madeleine Leininger autora que cada día cobra más importancia debido a la gran

diversidad cultural coexistente en la mayoría de los países desarrollados y cuya teoría se conoce como "Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales o modelo Sunrise". Según Leininger "se trata de lograr que los conocimientos y práctica de enfermería tengan una base cultural..." (6). Siguiéndola entendemos que el conocimiento de la diversidad como de la universalidad de la asistencia de enfermería es de suma importancia para fijar una base sustancial del conocimiento basado en la cultura y por tanto para convertir a la enfermería en una disciplina y profesión transcultural. (7)

Por estas razones en el caso de las mujeres inmigrantes, conocer el trato que reciben durante su proceso de parto y puerperio inmediato por parte de los profesionales ayudará a reflexionar sobre la forma de actuar de éstos, reforzando actitudes positivas y cambiando posturas prejuiciosas. Adaptando, en la medida de lo posible, los cuidados a la interculturalidad y conseguir que la vivencia del parto sea más positiva para éstas.

En definitiva la actual diversidad cultural plantea interrogantes sobre cómo debe ser la atención a estas mujeres y a sus familias, disposición de los profesionales para aceptar cambios en la práctica diaria, si éstos tienen conocimientos sobre qué conductas pueden chocar contra lo más profundo y fundamental de sus creencias, y si existen diferencias de actitud entre los miembros interdisciplinarios que atienden a estas mujeres. (8)

#### PRESENTACIÓN DEL CASO

Gestante de 26 años, secundípara, 38+5 semanas de gestación (parto anterior eutócico) que ingresa de urgencias en el hospital refiriendo bolsa rota de 1 hora de duración con expulsión de líquido amniótico claro y contracciones a un ritmo de 2 cada 10 minutos aproximadamente. FUR: 21.11.07 FPP: 28.08.08

#### Valoración

Anamnesis: antecedentes médicos sin interés. Gestación controlada por atención primaria, serología y cultivo vagino-rectal negativos, grupo sanguíneo 0+.

Exploración obstétrica: cuello borrado 100%, dilatación cervical de 3cm, presentación cefálica, movimientos fetales positivos con una FCF de 142 latidos por minuto.TBF: reactivo con dinámica uterina instaurada. TA: 124/72 P: 80.

Valoración: según los patrones funcionales de salud de Gordon detectándose alteraciones en los siguientes: cognitivo/perceptivo, autopercepción/autoconcepto, rol/relaciones, adaptación/tolerancia al estrés y valores y creencias.

La gestante queda ingresada por trabajo de parto en la zona de dilatación.

#### Plan de actuación

Tras su ingreso es recibida por su matrona referente que se presenta como tal y le explica la dinámica de la planta (profesionales con los que contará, medios a su alcance y documentación de rigor a cumplimentar).

En todo momento la paciente se muestra temerosa y angustiada (le tiemblan las manos, no fija la mirada) ya que en su país de origen (Bolivia) lo normal es parir en los hogares por eso todo le resulta tan desconcertante.

En cambio al llegar a España (hace dos años) decide adaptarse al modo en que se controlan las gestaciones aquí y en todo momento su embarazo ha sido seguido por atención primaria y aunque este seguimiento no le resultó molesto su ingreso en el hospital le hace sentirse "perdida y asustada".

Se intenta calmar a la paciente volviendo a explicar la dinámica de trabajo, sugiriendo propuestas para relajarla, por ejemplo animándola a plantear todas sus dudas. Con respecto a los consentimientos expresa no desear la anestesia epidural aunque es convenientemente informada sobre ella, firma sin reticencias el consentimiento informado sobre la recogida de muestra de cordón umbilical para la identificación del RN y en cambio al plantear el consentimiento para la donación de sangre de cordón ella lo que refiere desear es "*llevarme el cordón umbilical*" a su casa no donar la sangre del mismo.

Ante este planteamiento la matrona le pregunta abierta y respetuosamente sobre este deseo y es informada por la paciente de que lo necesita para poder llevar a cabo un ritual propio de su país para que su bebé este siempre protegido de todo mal y que consiste en enterrar el cordón y plantar un árbol y así su niña crecerá sana y fuerte.

Ante esta petición la matrona indica a la paciente que consultará su petición y hará todo lo que esté a su alcance para cumplir su deseo pero le advierte que esa práctica no es un procedimiento habitual del hospital.

Tras consultarlo con otros profesionales (matronas, ginecólogos) se indica a la mujer que no es posible ofrecerle el cordón pues no está permitido sacar restos orgánicos del hospital. Ante esta noticia la mujer se muestra compungida y dubitativa (cosa que expresa abiertamente y mira a su marido en busca de consuelo estrechando su mano) porque su bebé no tenga el rito y por tanto no quede protegida.

Tras dejarla a solas unos minutos, la matrona regresa a la habitación para indicar a la mujer que debe ser monitorizada durante un tiempo para controlar a su bebé y que tiene que tumbarse en la cama lo que nuevamente angustia la mujer pues ella expresa que las contracciones las soporta mejor deambulando y lo mismo ocurre cuando vamos a canalizar la vía periférica pues no ve necesario ese "cablecito" que le incomoda mucho. Se le recuerda que son todos procesos propios del área donde está ingresada y tras 30´ de RTCG se le retira para que deambule libremente lo cual hace que la mujer se encuentre mucho mejor.

En todo momento es acompañada por su pareja que la apoya y anima a adaptarse a la rutina de trabajo del hospital.

Tras 3horas de ingreso en preparto pasa a paritorio en dilatación completa y II plano de Hodge. A las 14h nace una niña viva por parto espontáneo de 3.560kg sin complicaciones iniciando la lactancia materna en paritorio.

Tras el alumbramiento la mujer llora pues piensa que su niña no estará protegida pues no tendrá su ritual de nacimiento.

#### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS DE ENFEMERÍA

Ante este caso se plantearon los siguientes dx enfermeros:

Comunes en la mayoría de las gestantes en trabajo de parto y también presentes en esta ocasión:

- Temor
- Dolor
- · Riesgo de infección
- Riesgo de lesión

De interés en este caso:

- Conflicto de decisiones
- Afrontamiento inefectivo
- · Deterioro del confort
- Deterioro de la religiosidad
- Impotencia
- Riesgo de afrontamiento familiar comprometido

Estos son la batería de diagnósticos que surgió tras una primer estudio del caso, pero en vista del gran número de ellos pareció adecuado proceder a realizar un diagnóstico diferencial entre todos los planteados y así trabajar de una forma más operativa.

De modo que estos son los diagnósticos que finalmente trabajamos (10,11):

(00083) CONFLICTO DE DECISIONES f/r percepción de amenaza a los valores personales, déficit de sistema de soporte, interferencia con la toma de decisiones, m/p verbaliza incertidumbre sobre las elecciones, retraso en la toma de decisiones.

Criterios de resultados (NOC) (0906) Toma de decisiones/ participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria Intervenciones de enfermería (NIC)

(5250)Apoyo en la toma de decisiones. Actividades: informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones, ayudar al paciente a que pueda explicar la decisión a otras personas, familiarizarse con la política y los procedimientos del centro, ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.

(00069) AFRONTAMIENTO INEFECTIVO f/r percepción de amenaza a los valores personales, déficit de sistema de soporte, interferencia con la toma de decisiones, m/p verbaliza incertidumbre sobre las elecciones, retraso en la toma de decisiones.

Criterios de resultados (NOC) (1302)Afrontamiento de problemas Intervenciones de enfermería (NIC) (5230)Aumentar el afrontamiento Actividades: valorar y discutir las repuestas alternativas a la situación, favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente, alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos, reconocer la experiencia espiritual/cultural del paciente, animar la implicación familiar etc

(00169) DETERIORO DE LA RELIGIOSIDAD f/r Afrontamiento inefectivo, apoyo inefectivo, m/p expresa sufrimiento emocional por la separación de su comunidad/practica religiosa.

Criterios de resultados (NOC) (3004)Satisfacción del paciente: cumplimiento de las necesidades culturales. Intervenciones de enfermería (NIC) (5424) Facilitar la práctica religiosa/intermediación cultural. Actividades: identificar las inquietudes del paciente respecto a la expresión religiosa (velas, ayuno etc), investigar alternativas de culto, fomentar el uso y la participación en cualquier ritual o práctica religiosa que no perjudique la salud, fomentar la asistencia al ritual según sea conveniente, participar en modificaciones del ritual para satisfacer las necesidades del discapacitado o enfermo.

#### DISCUSIÓN

A través del estudio de este caso se entiende la importancia de la enfermería transcultural como un modelo capaz de intervenir en el cuidado de la salud de las personas para preservar su cultura e intentar llegar a un acuerdo cultural de intervención (9).

El cuidado cultural exigiría por tanto tener una relación empática con las personas, comunicarse con habilidad en diferentes escenarios y adquirir conocimiento cultural para ofrecer cuidados competentes desde la perspectiva cultural. La aceptación y respeto por las diferencias culturales, la sensibilidad para entender cómo esas diferencias influyen en las relaciones con las personas y la habilidad para ofrecer estrategias que mejoren los encuentros culturales, son los requisitos indispensables para que el cuidado transcultural en enfermería se pueda consolidar (1,3,9).

En definitiva la realidad aportada por los movimientos migratorios, hace que los profesionales sanitarios nos encontremos ante nuevas situaciones de diversidad cultural, de variabilidad y heterogeneidad en las demandas y expectativas en cuanto a la salud (2). Que en lugar de constituir una situación conflictiva y acarreadora de problemas, debería encauzarse hacia el diseño de estrategias sensibles a la diversidad de los contextos socioculturales y económicos. Las diferencias manifestadas por estas minorías

pueden ayudarnos a comprender que nuestro modo de ver las cosas no es el único, el mejor, ni el "natural". Esta reflexión nos permitirá establecer una atención sanitaria adecuada a las necesidades de cada mujer. (1,6,8)

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

En el caso presentado se hace patente que la toma de decisiones final estuvo determinada por la cultura sanitaria en la que estamos inmersos, puesto que la petición de la gestante no suponía daño alguno a propios o terceros pero sí un gran beneficio personal al cumplir con un ritual propio de su cultura. En definitiva ni el sistema ni los profesiona-

les respondieron de manera exitosa a la demanda de ésta inmigrante y así haber llegado a un punto de acuerdo común culturalmente aceptable y sensible con ambas partes.

En el caso concreto de la matrona y aunque se llevaron a cabo ciertas Nics (12) que facilitaron la adaptación de la parturienta a la situación vivida ((5250) Apoyo en la toma de decisiones y (5230) Aumentar el afrontamiento) no se puso en marcha la más conveniente en este caso que hubiera sido (5424) Facilitar la práctica religiosa/intermediación cultural.

#### Bibliografía:

- 1. Luque Fernández M A, Oliver Reche M I. Diferencias culturales en la percepción de las mujeres inmigradas. Index de Enfermería. 2005; 48 (49):9-13.
- 2. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Il Plan integral de salud mental de Andalucía 2008/12.
- 3. Vasquéz Truissi M. El cuidado de enfermería desde la perspectiva transcultural una necesidad en un mundo cambiante. Invest educ enferm. 2001; XIX (1): 48.Disponible en URL:http://tone.udea.edu.co/revista/
- 4. Alarcón Muñoz, A. Enfermería intercultural: un desafío en la sociedad actual. Revista Horizonte Enferm. 2001; 12(1):39-45. Disponible en URL:http://www.puc.cl/enfermeria/html/revistas.htm
- 5. Kozier B, Glenora Erb, Berman A, J. Snyder S. Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica. 7ed. MacGraw-Hill Interamericana; 2005.
- 6. Duque Páramo MC. Enfermería y cultura: espacio de encuentro para el cuidado de personas y colectivo Actual. enferm. 2002; 5(2):12-16.
- 7. Ibañez Tortajada M, Campos Adrián, E. Dos amaneceres diferentes: el arte de cuidar. Revista educare21. 2004; 6 marzo. Disponible en URL:http://www.enfermeria21.com.
- 8. López Martínez AM, Martín Ortiz MA, Rodríguez Ferrer RM, Rosa Aguayo R, Sánchez Perruca MI. Actitudes del personal sanitario del área de partos ante la mujer inmigrante. Matronas Profesión. 2002; 3(10): 32-39.
- 9. Galao Malo R, Lillo Crespo M, Casabona Martínez I, Mora Antón M. ¿Qúe es la enfermería transcultural? Una aproximación etimológica, teórica y corporativista al término. Evidentia. 2005; enero-abril; 2 (4).Disponible en URL:http://www.index-f.com/evidentia/n4/99articulo.php.
- 10. Ackley B, Ladwing G. Manual de diagnósticos de Enfermería. Guía para la planificación de los cuidados.7ª Edición. Madrid: Elsevier Mosby; 2007.
- 11. NANDA. Diagnóstico Enfermeros: Definiciones y clasificación 2005-2006. Madrid: Elsevier España; 2005.
- 12. MC Closkey Dochterman, J. Bulechek, G editors. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª Ed. Madrid: Elsevier España; 2005.2006.

# MANEJO DE ENFERMERÍA DE UN SISTEMA VENTILATORIO NO INVASIVO EN EXTRAHOSPITALARIA NURSING MANAGEMENT SYSTEM EFFECTS OF A NON-INVASIVE IN OUTPATIENT BREATHING

- Damián Muñoz Simarro<sup>1</sup>
- Agustín Míguez Burgos<sup>1</sup>

1. D.U.E. D.C.C.U. Móviles Distrito Sevilla. S.A.S.

#### Resumen:

La Insuficiencia Respiratoria Aguda es una de las causas más frecuentes de consulta en los Servicios de Urgencias tanto hospitalarios como prehospitalarios y supone un número elevado de ingresos.

La presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) es un modo ventilatorio no invasivo, que mejora de forma precoz los parámetros clínicos y gasométricos cuando se aplica con adecuados criterios de selección en el tratamiento del paciente hipoxémico.

Sus principales indicaciones: 1. Edema agudo de pulmón cardiogénico 2. Otras formas de IRA: Neumonía, EAP no cardiogénico (hemodializados), síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA), trauma torácico sin neumotórax, inmunodeprimidos con IRA, postoperados con fallo respiratorio agudo, extubaciones difíciles, intoxicación por gases tóxicos, etc. 3. Enfermos denominados "no intubables" 4. Ataque agudo de asma 5. EPOC exacerbado.

#### Palabras clave:

Insuficiencia Respiratoria Aguda (Ira), Edema Agudo De Pulmón (Eap), Cpa, Insuficiencia Cardiaca Congestiva (Icc), Fallos Respiratorios Agudos

#### Abstract:

The Acute Respiratory Failure is one of the most frequent causes of consultation in the Emergency Services both hospital and prehospital and involves a large number of income.

Continuous positive pressure airway (CPAP) is a noninvasive ventilatory mode, which improves early clinical and blood gas parameters when applied with appropriate selection criteria in the treatment of hypoxemic patient. Its main indications:

1. Acute cardiogenic pulmonary edema 2. Other forms of IRA: Pneumonia, non-cardiogenic EAP (hemodialysis patients), respiratory distress syndrome (ARDS), thoracic trauma without pneumothorax, immunosuppressed with ARF, with postoperative acute respiratory failure, extubation difficult, toxic gas poisoning, etc.. 3. Sick called "non intubables" 4. Acute asthma attack 5. Exacerbated COPD.

#### Key words:

Acute Respiratory Failure, Acute Pulmonary Edema, Continuous Positive Airway Pressure, Insufficiency Heart Failure, Acute Respiratory Failure

#### INTRODUCCIÓN

Para introducirnos en el tema lo primero sería definir el término CPAP, que son siglas anglosajonas que representan los términos continuous positive airway pressure, es decir, presión positiva continua en la vía aérea. Este es un modo "ventilatorio" no invasivo (VNI) y son muy numero-

sos los estudios que encontramos sobre los beneficios de la VNI y del uso de la CPAP, fundamentalmente en los Fallos Respiratorios agudos Hipoxémicos por Edemas Agudo de Pulmón (EAP), la evidencia científica nos demuestra que su uso, disminuye la intubación orotaqueal y sus complicaciones, las estancias hospitalarias y en UCI y en resumen, mejora de los costes asistenciales de estas patologías, así

como, los costes de salud y beneficia en la morbimortalidad de los pacientes.

Al principio los elevados costes, el tamaño de los aparatos necesarios y la dificultad del transporte lo hacía una herramienta de difícil uso en nuestro ámbito extrahospitalario. En la actualidad en nuestro servicio contamos con la CPAP de Boussignac de Vygon que ha venido a facilitar y a disminuir la mayor parte de los inconvenientes. El invento de Boussignac esta en base al teorema de Bernoulli y se trata de un sistema abierto en el que la presión es generada por un flujo turbulento resultante de la colisión de los gases circulando a alta velocidad (efecto jet) en el interior de unos diminutos canales, de esta manera, dicho flujo turbulento se comporta como una válvula virtual en el interior del dispositivo.

En resumen, disminuido los inconvenientes que a priori presentaba la CPAP en la extrahospitalaria, los beneficios de su uso, surge como una magnifica alternativa a los sistemas tradicionales de oxigenación.

La presión positiva constante que genera la CPAP, permite la apertura de alvéolos colapsados, consiguiendo un efecto de reclutamiento alveolar que mejora la oxigenación a este nivel y el intercambio gaseoso y por tanto, la capacidad residual funcional (mejorando los volúmenes pulmonares en general), además, previene el colapso de la vía aérea durante la espiración y disminuye el *shunt* intrapulmonar.

Además, desde el punto de vista hemodinámico (al aumentar la presión transtorácica) disminuye el retorno venoso y por tanto la precarga y la tensión a nivel de la pared del ventrículo izquierdo y como consecuencia disminuye la poscarga aumentando el gasto cardiaco en pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva, sin apenas afectar al gasto cardíaco en corazones sanos.

#### **INDICACIONES**

Antes de hablar de las indicaciones tenemos que saber que para el uso de la CPAP es necesario que nuestros pacientes cumplan los siguientes requisitos:

- Respiración espontanea.
- Debe estar consciente (mantenga la capacidad de toser y expectorar).
- Colaboración por parte del paciente.
- Disnea que no responde a otros sistemas ventilatorios no invasivos y que presenten:
  - Frecuencia respiratoria ≥ 25

- Saturación de 02 < 90</li>
- Trabajo respiratorio

Las indicaciones del uso de CPAP en el medio extrahospitalario las podemos resumir en una, Insuficiencia Respiratoria Aguda Hipoxémica reversible que no mejoran con otros sistemas ventilatorios no invasivos.

De una forma más detallada las indicaciones más comunes y basándonos de nuevo, en la amplia literatura que existe al respecto y siendo en las que existe una mayor evidencia científica son varias:

- Edema agudo de pulmón (EAP); es donde los estudios son más concluyentes y donde sus resultados son más óptimos, aumentando la supervivencia, disminuyendo los promedios de estancias hospitalarias y en definitiva dando una atención de mayor calidad.
- Enfermedad pulmonar Obstructiva crónica (EPOC o OCFA); en esta patología los estudios no son tan concluyentes como en el EAP, pero se pueden obtener beneficios al disminuir el trabajo respiratorio.
- Neumonías.
- Ahogados o intoxicaciones por humo que conserven nivel de conciencia suficiente.

#### **CONTRAINDICACIONES**

Al igual que existen indicaciones, no encontramos también una serie de situaciones donde podemos decir que su uso está contraindicado:

- Abundantes secreciones.
- Inestabilidad hemodinámica asociada a cardiopatías isquémicas y/o arritmias.
- Paciente que no colabore.
- Anormalidades, cirugías o traumatismos faciales.
- Patologías pulmonares unilaterales.
- Hipertensión intracraneal.
- Enfisema pulmonar.
- Hipovolemia.
- Agotamiento muscular.



Valorar su contraindicación en retenedores de carbónico.

#### **MATERIAL**

Los ubicamos en Maletines o Set que incluyen todo lo necesario salvo la fuente de alimentación de oxígeno y consta de:

- Mascarilla oro-nasal de un solo uso.
- Arnés de sujeción.
- Manómetro.
- Caudalímetro especial de alto flujo con una conexión adecuada a nuestra fuente de oxígeno.
- Válvulas de Boussignac.
- Kit en "T" para el tratamiento de aerosolterapia.
- Alargadera.

#### **MÉTODO**

- Debemos comenzar explicar el procedimiento al paciente y ganarnos su confianza, pues la angustia por la falta de aire, lo desconocido y el uso inesperado de esta técnica podría facilitar que fracasáramos en el intento.
- La posición en la que debe estar nuestro paciente debe favorecer la respiración es en posición semi-sentado o de Fowler.
- Debemos de intentar mantener constantes monitoriza-

da sus constantes y muy especialmente; SPO2, FC, FR, PAS y valorar el trabajo respiratorio, EKG y nivel de conciencia.

- Debemos intentar obtener acceso venoso periférico en cuanto no sea posible.
- Valorar la indicación/contraindicación de su uso.
- Elegir tamaño y modelo adecuado de mascarilla.
- Aproximar la mascarilla al paciente sin ajustar el arnés inicialmente.
- Almohadillar el apoyo nasal y fijar arnés, en un principio sin apretar mucho, buscando la adaptación y luego ir ajustando para evitar las fugas.

En ningún caso este procedimiento paraliza, retarda o sustituye al tratamiento médico convencional, según la patología.

#### **CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

Para los cuidados de enfermería seguimos la valoración de Patrones funcionales de Salud de Marjory y Gordon, con el objetivo es identificar el estado de salud/enfermedad de nuestro paciente y los problemas relativos a sus cuidados. Este modelo incluye la valoración de los siguientes patrones:

Patrón 1: Percepción - manejo de la salud

Patrón 2: Nutricional - Metabólico

Patrón 3: Eliminación



Patrón 4: Actividad - Ejercicio

Patrón 5: sueño - Descanso

Patrón 6: Cognitivo - Perceptual

Patrón 7: Auto percepción - Auto concepto

Patrón 8: Rol - Relaciones

Patrón 9: Sexualidad - Reproducción

Patrón 10: Adaptación - Tolerancia

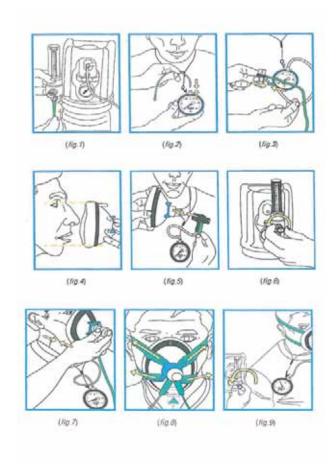
Patrón 11: Valores- Creencias.

Resumimos los principales diagnósticos enfermeros que nos encontramos en el manejo de la CPAP de Boussignac y que van relacionados con el deterior de la comunicación y de la piel por tener puesta la mascarilla, la ansiedad producida por la situación de falta de aire, así como, por el uso de esa mascarilla y el desconocimiento por parte del paciente de la misma, el estrés que le supone su traslado al hospital con ese dispositivo.

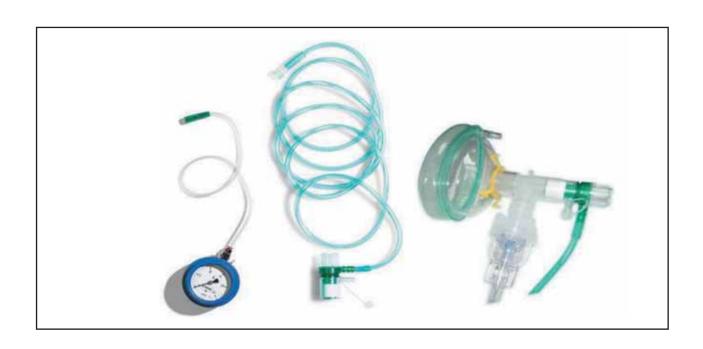
#### PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

#### -00146 Ansiedad:

- > Criterios de resultados NOC
  - -Control de la ansiedad.
  - -Aceptación: estado de salud.
  - -Control de síntomas.
  - -Habilidades de interacción social.



Intervenciones de enfermería NIC
 Disminución de la ansiedad.
 Técnicas de relajación.



- -00114 Síndrome de estrés del traslado:
  - > Criterios de resultados NOC
    - -Control de ansiedad.
  - > Intervenciones de enfermería NIC
    - -Transporte.
    - -Prevención de caídas.
    - -Apoyo emocional.
- -00051 Deterioro de la comunicación verbal:
  - > Criterios de resultados NOC
- -Capacidad de comunicación.
- -Comunicación: capacidad expresiva/capacidad receptiva.
  - Intervenciones de enfermería NIC -Escucha activa.
- -00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea:
  - > Criterios de resultados NOC
    - -Control del riesgo.
    - -Integridad tisular.

- > Intervenciones de enfermería NIC
  - -Control de presiones.
  - -Prevención de úlceras por presión.

#### **CONCLUSIONES**

La ventilación no invasiva en el tratamiento de la IRA disminuye el número de intubaciones orotraqueales, sus complicaciones así como el número de ingresos en las unidades de cuidados intensivos, el tiempo de estancia intrahospitalaria, y mejora precozmente los parámetro clínicos y gasométricos, disminuyendo la mortalidad a corto plazo.

El personal de enfermería debe manejarse con soltura con este dispositivo, atendiendo a las posibles complicaciones o eventualidades que pudieran surgir durante su uso. Para ello es fundamental desarrollar la comunicación efectiva entre paciente y enfermería.

Es recomendable instaurar en todos los servicios donde se use este dispositivo un protocolo de actuación donde se indique claramente las normas de uso, indicaciones, complicaciones, etc.

## Bibliografía:

- Esquinas, A. et al. Conceptos Básicos en Ventilación Mecánica No Invasiva, Tomo I, 1ª Edición.
   Ed. Antonio Esquinas Rodríguez, Murcia, Octubre 2004.
- Esquinas A., Blasco J., Hatlestad D. Ventilación No Invasiva en Emergencias, Urgencias y Transporte Sanitario. Editorial Alhulia. 2003.
- Artacho R, Garcia de la Cruz JI, Panadero JA, Jurado A, Degayon H y Guerrero A. Ventilación no invasiva. Utilidad clínica en urgencias y emergencias. Emergencias 2000; 12: 328-36.
- Artacho Ruíz R., Ayuso Baptista F., Berlango Jiménez, A. Ventilación No Invasiva. Protocolos de Actuación en Medicina de Urgencias. Jiménez Murillo L. Ed. Harcourt. 3ª Edición. 2003.
- Esquinas Rodríguez, A.; González Díaz, G.; Serrano Simón JM.; Conti G.; Antonelli M.; Boussignac G. Ventilación No Invasiva en Urgencias y Emergencias. Fundamentos Básicos de Anestesia y Reanimación en Medicina de Urgencias y Emergencias. Ed. Aran. 2003.
- Georges Boussignac. Utilización actual de la CPAP Boussignac-Vygon, en la VMNI. Ponencia en el Primer Simposium Internacional de VMNI en Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario. Las Palmas de Gran Canaria 30 y 31 de octubre de 2003.
- Mehta S, Hill N. Noninvasive Ventilation. State of the Art. Am J Respir Crit Care Med. 2001; 163: 540-577.

## LINFOMA DE HODGKIN Y NO HODGKIN, NEOPLASIA HEMATOLÓGICA EMERGENTE HODGKIN LYMPHOMA AND NON HODGKIN, CONSEQUENTIAL HEMATOLOGIC NEOPLASIA

- José Ramón Toro López¹.
- Ana Reche Ventura
- Antonio José Toro Solís
  - <sup>1</sup> DUE. Dto. Hematología, Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

#### Resumen:

El pasado año realizamos un estudio con el fin de averiguar la incidencia del Linfoma en nuestra área de trabajo, los resultados dejaron ver un incremento progresivo de esta enfermedad a lo largo de los años estudiados (2007 – 2010), con la salvedad de que en algunas zonas la concentración de casos era bastante importante. Con este estudio hemos pretendido averiguar las posibles causas de esa concentración de casos relacionados con los Linfomas de Hodgkin (LH) y Linfoma no Hodgkin (LNH). Los resultados nos ha llevado a la conclusión de que un elemento como es el BENCENO, contaminante mayoritario en las gasolinas sin plomo se encuentra estrechamente relacionado con los casos, no solo de linfomas, sino también de las leucemias

#### Palabras clave:

Linfoma LH, Linfoma LNH, Linfoma, Neoplasias Hematológicas, Leucemia.

#### Abstract:

Last year we conducted a study to determine the incidence of lymphoma in our work area, the results left see a gradual increase in the disease over the study years (2007 - 2010), except that in some areas the concentration of cases was quite important. With this study we have tried to find out the possible causes of the concentration associated with Hodgkin lymphoma (HL) and non-Hodgkin lymphoma (NHL) cases. The results led us to conclude that an element such as BENZENE, major pollutant in unleaded gasoline is closely related cases, not only of lymphoma, but also leukemias.

#### Key words:

LH Lymphoma Lymphoma NHL Lymphoma Hematologic Neoplasms, Leukemia.

Trabajo presentado como *PONENCIA* el viernes 18 de octubre a las 10,00 h. en el *18º Congreso Nacional DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERIA HEMATOLOGICA* (A.N.E.H.) celebrado en Córdoba durante los días 17,18 y 19 de Octubre de 2013.

#### INTRODUCIÓN:

El pasado año realizamos un estudio con el fin de averiguar la incidencia del Linfoma en nuestra área de trabajo, los resultados dejaron ver un incremento progresivo de esta neoplasia hematológica a lo largo de los años estudiados (2007 – 2010), con la salvedad de que en algunas zonas la concentración de casos era bastante importante. Con este estudio hemos pretendido averiguar las posibles causas de esa concentración de neoplasias hematológicas, concretamente los Linfomas de Hodgkin (LH) y Linfoma no Hodgkin (LNH).

#### **ANTECEDENTES:**

Es en el ámbito laboral donde parece haberse detectado desde hace años, un mayor riesgo de padecer el LH, concretamente aquellos que se encontraban expuestos a la bencidina, minerales, lubricantes de aceite, pesticidas y herbici-

das (9); sin embargo no solo se limita a este tipo de actividades sino que parece englobar otras como las relacionadas con el área del automóvil y aquellos empleados que dispensan gasolinas y disolventes (10), aunque en la actualidad, dado que cada vez más nos encontramos con el autoservicio de combustible, este riesgo también lo podríamos elevar a nosotros cuando repostamos en la gasolinera. Estos riesgos se vieron reforzados en un estudio caso-control realizado en Suecia entre los años 1990 y 1998, donde en base a datos demográficos y exposición ocupacional relacionada con las gasolinas, hidrocarburos alifáticos, hidrocarburos aromáticos, disolventes, plaguicidas, mecánicos y pintores ayudó a reforzar la hipótesis de que los disolventes orgánicos se encontraban asociados con un aumento del riesgo de padecer LNH (11). El estudio no llegó a determinar la existencia de nuevos factores de riesgo para el LNH que pudiese explicar el aumento mundial de esta patología.

Otro de los factores que habría de tener en cuenta es como grupos étnicos diferentes (como pueden ser los asiáticos) llegan a padecer la enfermedad cuando migran de sus lugares de origen a países occidentales (como en EE.UU.), en un estudio realizado por el Instituto del Cáncer de California donde no se descartó el aspecto genético, se evidenció la influencia que tiene el medio ambiente en el desarrollo de esta enfermedad (16), no obstante otro estudio también reafirma la posibilidad de que patologías como el linfoma se den con más frecuencia cuando se producen migraciones de zonas de bajo riesgo a otras de alto riesgo (17).

Se han realizado estudios epidemiológicos que sugieren la existencia de patrones únicos del LH y LNH en todo el mundo. En lo que se refiere a los países occidentales, en la mayoría de ellos hay una clara distribución bimodal, con un pico de aumento en jóvenes seguida por un segundo pico en mayores, especialmente en los varones. En Oriente Medio y Asia es más común que el LH se de en la juventud. Por otro lado las diferencias raciales en casos del LH y subtipos de LH, que han sido identificados como factores etiológicos, hacen pensar en la implicación de la existencia de interacciones gen gen y gen ambiente. En cuanto a conductas como la realización de ejercicio y tabaquismo también parecen estar relacionadas con las posibilidades de desarrollo del LH. Numerosos estudios destacan también la importancia de la exposición al virus de Epstein Barr junto con otros factores ambientales en el riesgo de padecer LH (47).

Por otro lado, dado el creciente reconocimiento que la vitamina D tiene con el sistema inmunológico y el cáncer, el riesgo de padecer LNH podría verse favorecido por las radiaciones UV que se dan de forma estacional (14),esta exposición a los rayos UV se ha asociado con el desarrollo de la malignidad del linfoma, existiendo informes que sugieren la posibilidad de la influencia del sol en esta patología, por lo que podría existir una relación entre la exposición solar (rayos UVA) y el desarrollo de los Linfomas (15).

También se ha observado que la exposición a agentes inmunológicamente activos entre individuos clínicamente inmunodeprimidos podrían presentar riesgo de padecer linfoma Hodgkin (32), incluso algunas enfermedades autoinmunes son consideradas cada vez más como factores de riesgo en el linfoma no Hodgkin (33), habiendo surgido un nuevo escenario fisiopatológico que implica la estimulación crónica y sostenida del sistema inmune que conduce a la transformación linfoide. La lista de especies microbianas asociadas a síndromes linfoproliferativos ha crecido con las investigaciones moleculares y ahora comprende por lo menos 5 miembros distintos: por H. pylori, C. jejuni, B. burgdorferi, C. psittaci y la hepatitis C (VHC), se han asociado con el linfoma gástrico, enfermedad inmunoproliferativa del intestino delgado, el linfoma cutáneo, linfoma ocular y el linfoma esplénico, respectivamente (34).

En lo que se refiere a estudios relacionados con la genética, se determinan que en aquellos individuos con un historial familiar de cáncer hematopoyético, el riesgo de padecer LNH y LH era del doble aproximadamente, sin embargo desde el punto de vista etiológico no se evidenció ninguna variación entre familiares y no familiares de LNH Y LH (35). En Dinamarca se realizó un estudio familiar y poblacional, sin que quedase establecida la relación genética respecto al espectro de tumores malignos asociados a la etiología genética común y los efectos de sexo y edad sobre el riesgo familiar, sin embargo, se vio que el linfoma de Hodgkin si tiene un importante componente familiar, siendo mayor entre hermanos varones en aquellas familias donde la edad de los individuos afectados era < de 40 años. (36)

Otro de los riesgos relacionados con el linfoma se halla en los minerales, concretamente en el granito. Este mineral se encuentra compuesto principalmente por cuarzo, mica y feldespato, pero también hay otros elementos como el Uranio 238 que en su proceso radiactivo natural se transforma en Radio 226 y este a su vez en gas Radón 222. No todos los granitos contienen uranio, tan solo aquellos en los que aparece una veta. Un estudio realizado en Canadá establece la existencia de un mayor riesgo de desarrollar LH en aquellas personas expuestas a las radiaciones ionizantes de uranio (componente del granito) (43). Sin embargo otros estudios, como los realizados en la República Checa, llegan a la conclusión de que no hay razones para poder afirmar que pueda existir una relación entre el radón (derivado del granito) y el linfoma de Hodgkin (44). Lo cierto es que no queda clara la relación entre granito y linfoma, pero a pesar de todo parece ser que existe una cierta preocupación por el tema. En España se han realizado estudios de este tipo, concretamente en el oeste de Salamanca donde su geología se encuentra compuesta principalmente por granito y esquisto, presentando diversas mineralizaciones de uranio, algunos de los cuales fueron explotados en años anteriores. En este estudio las dosis de radiación se encontraron potencialmente muy por encima del valor medio establecido (46).

Los últimos meta-análisis relacionan el consumo de cigarrillos con el riesgo de padecer linfoma, especialmente con LH y LNH (1), ya que el fumar parece aumentar las probabilidades de desarrollar LH en los fumadores actuales. El riesgo de LH es mayor en los hombres y personas mayores y aumenta con mayor intensidad y mayor duración como consecuencia del hábito de fumar (2). También parece existir una relación asociada entre el consumo de alcohol y el desarrollo del LH (3), el exceso de peso con un mayor riesgo del LNH, especialmente en el linfoma difuso de células B grandes (4); por otro lado también existen estudios en los que la enfermedad reumática puede presentar un factor de riesgo potencial para el desarrollo del LNH (5).

Análisis relacionados con el petróleo sugieren que una exposición continuada en un entorno laboral relacionado con la gasolina, no sugieren un aumento del riesgo de linfoma no Hodgkin (6).

También encontramos estudios que relacionan a los agricultores varones con un riesgo ligeramente elevado de desarrollar la enfermedad de Hodgkin. Esta exposición fue identificada, por las exposiciones comúnmente experimentados por los agricultores a agentes microorganismos infecciosos, herbicidas e insecticidas, pudiendo de esta forma contribuir a la aparición de la enfermedad (7).

El 60% de los linfomas son LNH. Los estudios epidemiológicos demuestran que desde mediados del siglo pasado, su incidencia ha aumentado, y que las causas podrían estar relacionadas con el medio ambiente, aunque todavía quedan muchos puntos por esclarecer. Para averiguar qué agentes están implicados en este aumento se ha creado el consorcio internacional Interlymph, un plan estratégico impulsado desde la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer de la OMS, del National Cancer Institute, de Estados Unidos, y la Unión Europea (5), que intenta acelerar el progreso en la epidemiología del linfoma. afortunadamente es una de las formas de cáncer con mayor probabilidad de curación (6), por lo que la mayoría de estas personas pueden ser controladas durante todo el tiempo que dure este proceso (7). Los últimos estudios concluyen que la enfermedad de Hodgkin se presenta con mayor frecuencia en la población joven (<15 años) a diferencia de las neoplasias no Hodgkin que predomina preferentemente en personas mayores de 50 años (8).

#### **METODOLOGÍA**

Hemos Realizado una revisión de los últimos cinco años utilizando el programa Gerión, ampliado a una Meta Búsqueda. Destacaron en información los buscadores Pubmed y SciELO - Scientific Electronic Library Onlin.

De todas las publicaciones que revisamos, realizamos un resumen de 57 referencias, las cuales las clasificamos por categorías según la relacionaban con nuestro objeto de estudio: el Linfoma de Hodgkin y el Linfoma No Hodgkin.

#### **RESULTADOS**

Una vez revisada la bibliografía tratamos de ver como esta se podría ajustar a nuestra forma de vida y llegamos a verlo de la siguiente forma:

Sabemos que en nuestro ámbito laboral entramos en contacto con elementos como pesticidas, herbicidas, pinturas, lubricantes, polución, etc. Por otro lado las estadísticas nos dicen que los casos de linfomas presentan un aumento en épocas como el verano. También la inmigración forma parte de nuestras vidas diarias, tenemos personas que buscando una vida mejor vienen de zonas donde su sistema de vida es muy diferente al nuestro, con lo que posiblemente puedan presentar dificultades en su periodo de adaptación. Pero quizás lo más preocupante del estudio es el aumento progresivo de casos que están apareciendo en la gente joven (especialmente en lo que se refiere al Linfoma de Hodgkin), el tabaco y el ambiente.

Por lo tanto, intentamos buscar un elemento que fuese

común a la mayor parte de la bibliografía que habíamos consultado, y este elemento se llama "BENCENO".

#### ¿Qué es el Benceno?

Se trata de un Hidrocarburo cíclico, aromático, de seis átomos de carbono, de olor característico que fue descubierto en 1825 por Faraday. Es utilizado como combustible y aditivo, aunque también lo podemos encontrar en: plásticos, pinturas, resinas, nylon-66 y otras poliamidas, lubricantes, detergentes, medicamentos, pesticidas, volcanes e incluso incendios forestales. Se trata de una sustancia en la que exposiciones constantes o prolongadas a este compuesto, pueden generar daños severos a los componentes de la sangre e, incluso, leucemia. También es un buen disolvente de lacas, barnices, ceras, resinas, plásticos, hules y aceites. También es utilizado como aditivo de la gasolina, siendo este, el componente más contaminante del aire que respiramos en las grandes urbes (es el responsable del 80% del aire contaminado). Su uso también es frecuente en los fertilizantes que son utilizados con tanta frecuencia en nuestros campos.

También hemos de tener en cuenta que la exposición prolongada a concentraciones de vapor superiores al TLV (Valores Límites Permisibles) establecido pueden causar: aturdimiento, dolor de cabeza, vértigo, náuseas, irritación de los ojos y vías respiratorias altas, anomalías cardiacas, convulsiones, asfixia, leucemia, inconsciencia o incluso la muerte.

#### DISCUSIÓN

En la bibliografía habíamos encontrado estudios que relacionaban al Sol y los rayos UVA con el Linfoma, sin embargo en un estudio realizado por el Gabinete de Seguridad y Salud Laboral de la Región de Murcia (CEDIPSA, que conocemos como CEPSA), y realizado en todos los tipos de gasolina sin plomo, se observó un incremento exponencial en la concentración de BTX (Benceno, Tolueno y Xileno) en la atmósfera, llegándose a detectar diferencias estadísticas significativas entre las concentraciones ambientales en función de la temperatura ambiental, incrementándose potencialmente el riesgo de exposición en los periodos cálidos. Esta es la causa mayoritaria de la contaminación ambiental exterior en las grandes ciudades, llegando a alcanzar el 80% de la contaminación total, siendo el tabaco el principal contaminante de este mismo elemento en un porcentaje también del 80% en el interior de las viviendas.

No hemos descubierto nada nuevo, ya que existe abundante bibliografía que relaciona al benceno con los linfomas, como por ejemplo puede verse en estas publicaciones:

- SNurs Stand. 2013 Aug 21;27(51):17. Exposure to benzene in the environment increases risk of non Hodgkin lymphoma.
- Sancer. 2013 Jul 29. doi: 10.1002/cncr.28083. [Epub ahead of print]. Residence proximity to benzene release sites is associated with increased incidence of non-Hodgkin lymphoma. Bulka C, Nastoupil LJ, McClellan

- W, Ambinder A, Phillips A, Ward K, Bayakly AR, Switchenko JM, Waller L, Flowers CR.
- Occup Environ Med. 2008 Jun;65(6):371-8. doi: 10.1136/oem.2007.036913. Epub 2008 Apr 16.
   Meta-analysis of benzene exposure and non-Hodgkin lymphoma: biases could mask an important association.
- Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2007 Mar;16(3):385-91. Epub 2007 Mar 2. Benzene exposure and risk of non-Hodgkin lymphoma. Smith MT, Jones RM, Smith AH.
- DCancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2007 Mar;16(3):385-91. Epub 2007 Mar 2. Benzene exposure and risk of non-Hodgkin lymphoma. Smith MT, Jones RM, Smith AH.
- Ann N Y Acad Sci. 2006 Sep;1076:120-8. Causal relationship between non-Hodgkin's lymphoma and exposure to benzene and benzene-containing solvents.
   Mehlman MA.

Además, otro dato importante es que el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Servicio de Salud Pública, Agencia de Sustancias Tóxicas y Registro de Enfermedades de los EE.UU. establece que la exposición prolongada al Benceno puede producir cáncer de la Médula Ósea, llegando a asociarlo de forma directa con un tipo especial de leucemia, la llamada Leucemia Mieloide Aguda.

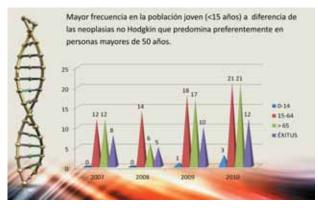
Si utilizamos como marcador del Benceno La Leucemia Mieloide Aguda y lo aplicamos a los resultados que obtuvimos en la primera parte del estudio donde encontramos algunas concentraciones de casos de neoplasias hematológicas, (incluidas los linfomas) en algunas localidades y zonas de la capital de nuestra área de trabajo, podríamos pensar que donde aparezcan casos de Leucemia Mieloide Aguda, podrían asociarse a contaminación por Benceno, lo curioso es que junto a este tipo de leucemia también aparecen casos de Linfomas y algunos mielomas, con lo que podríamos terminar concluyendo que el benceno también podría estar relacionado con los casos de Linfomas, que han sido nuestro objeto de estudio.

Los resultados nos dicen que de 14 localidades donde se dan casos de Leucemia Mieloide Aguda, en 9 de ellas también aparecen casos de linfomas y en 5 de ellas los encontramos como identificados con LH.

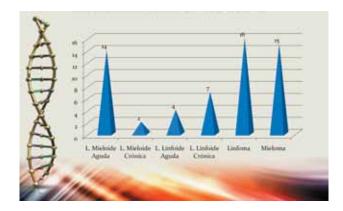
#### CONCLUSIÓN:

Los casos detectados de Leucemia Mieloide Aguda concentrados en algunas de las poblaciones de nuestra área, junto a la bibliografía consultada nos permiten llegar a confirmar la posible influencia del Benceno en el LH y LNH.

- Que el benceno forme parte mayoritaria de las gasolinas sin plomo, nos hace pensar que esta influencia de la polución ambiental procedente del tráfico rodado podría ser la causa principal de la incidencia de ambos tipos de Linfoma.
- En cuanto al Linfoma de Hodgkin y su mayor frecuencia en la gente joven, además del tabaco también podría verse favorecido por el ejercicio físico que suelen realizar al aire libre (un aire posiblemente contaminado), y que es peor en verano.
- En lo que se refiere al Linfoma No Hodgkin, mas frecuente en pacientes mayores de 40 años podría encontrarse relacionado con la falta de prevención en trabajos de riesgo como pueden ser el uso de pesticidas o pinturas donde no se suelen tomar protección de gases tóxicos.
- El vivir en una zona donde las temperaturas suelen ser altas, favorecería el riesgo del desarrollo de este tipo de enfermedad; por lo que habría de tomar las medidas preventivas necesarias que minimizaran este riesgo.
- Recomendaríamos un mayor control del tráfico rodado y de la polución, especialmente en aquellas zonas habitadas de mayor riesgo por su proximidad a zonas con alta densidad de tráfico.
- Destacar, la necesidad de la realización de estudios sobre quelantes que pudiesen facilitar su eliminación del organismo, ya que en la actualidad no existe tratamiento.



▲ Frecuencia, años 2007-10



▲ Porcentaje de neoplasias más destacadas en nuestra área hospitalaria entre los años 2007-10

Localidad	Habitaines	L Miclosée Agude %/1000	L. Mieloide Cránica N/1000	L Unfolde Agusta N/1000	L Unfolde Cronics %/1000	L. Monociti- ca N/1000	86/ 1000	Unfame N/1000	Hodgkin N/1000	Mieloma N/1000	Elimfosarcom # N/1000	Reticulo- sorcoma
Alcalà del Rio	10.479				0,09			0,19	0.28	0,19		
Alcolea del Rio	3.370	0,29						3,18				
Romes	12.245	0,08				80,0				0,08		6,08
Centillana	10.442	0,19		0.09				0,19				0,09
Carmona	27.950	0,10	0,07	0,07				0,17	0,10	0,10		0,07
Canatinblanco de los Arroyos	5.029	0.19			0,19			0,39		0,19		0,19
Cazalla de la Sierra	5.047				0,19			0,59			0.19	
Comptantina	6.612				6,15			0.15		0,15	0,15	0,30
El Garrobo	786									1,27		
El Pedroso	2.272	0,44										
El Ronguillo	1.425							0,70				
Gerema	6.180	0,16										
Guadalcanal	3.001				0,33			0,33		0,33	0,33	
Gulfiena	10.654	0,28		0.06				0,18		0,06		
La Algaba	14,648	0,27					0,09		0,13	0,18		
La Binconada	35.097	0,11					0,02	0,17	0.08	0.05		0.05
Las Neves	1.778		0,56				1200	0,56		0,56		
Lors del No	19.327	0,15						0,10		0,15		0,15
Rest de la Jara	1.639							0.61				
Sevilla, distrito Macarena	J38.700	0,13		0.02	0,09		0,02	0,23	0,07	0,10	0,04	0,09
Tocina	9.316	0.10						0,10	0,21			
Villanueva Del Rio y Minas	5286				0,37					0,18		
Villaverde del Rio	7.178	0,13								0,27		





41

▲ Incidencia de Neoplasias hematológicas

#### Bibliografía:

- El linfoma de Hodgkin en adultos es una enfermedad por la que se forman células malignas (cancerosas) en el sistema linfático. 17 julio 2012. www.cancer.gov/espanol/pdg/tratamiento/hodgkinadultos/.../page1
- 2) http://www.cancer.gov/espanol Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE.UU.
- 3) http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/
- 4) El Linfoma de Hodgkin (enfermedad de Hodgkin) Clínica Mayo 9 de julio 2011.
- " MONICA LÓPEZ FERRADO "La vida es cada vez más limpia y el sistema inmunológico no madura lo suficiente Barcelona 4 SEP 2007.
- 5) La medicina integrativa y terapias complementarias y alternativas, como parte de la atención de cáncer de la sangre. The Leukemia & Lymphoma Society. Consultado el 23 de mayo 2011
- 7) Lo que usted necesita saber sobre el linforna de Hodgkin. Instituto Nacional del Cáncer. http://www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/hodgkin/AllPages. Consultado el 23 de mayo 2011.
- 8) Laura Leticia Tirado-Gomez M.C., DCB y Alejandro Mohar Betancourt, M.C. Sc.D. Instituto Nacional de Cancerología. Tirado y Mohar, Epidemiología de las Neoplasias Hemato-Oncológicas Cancerología 2 (2007).
- 9) Mao Y, Hu J, Ugnat AM, White K. Non-Hodgkin's lymphoma and occupational exposure to chemicals in Canada. Canadian Cancer Registries Epidemiology Research Group. Ann Oncol. 2000.
- 10) Neasham D, Sifi A, Nielsen KR, Overvad K, Raaschou-Nielsen O, Tjønneland A, Barricarte A, González CA, Navarro C, Rodriguez Suarez L, Travis RC, Key T, Linseisen J, Kaaks R, Crosignani P, Berrino F, Rosso S, Mattiello A, Vermeulen RC, Bueno-de-Mesquita HB, Berglund G, Manjer J, Zackrisson S, Hallmans G, Malmer B, Bingham S, Khaw KT, Bergmann MM, Boeing H, Trichopoulou A, Masala G, Tumino R, Lund E, Slimani N, Ferrari P, Boffetta P, Vineis P, Riboli E. Occup Occupation and risk of lymphoma: a multicentre prospective cohort study (EPIC).Environ Med. 2011 Jan.
- 11) Dryver E, Brandt L, Kauppinen T, Olsson H. Int J Occup Environ Health. Occupational exposures and non-Hodgkin's lymphoma in Southern Sweden. 2004 Jan-Mar.
- 12) The SCALE (Scandinavian lymphoma etiology) study Project leaders: Hans-Olov Adami and Mads Melbye, Department of Epidemiology, Statens Serum Institut, Copenhagen, Denmark . 2007

HYGİA

- 13) Smedby KE, Hjalgrim H, Melbye M, Torrang A, Rostgaard K, Munksgaard L, et al. Ultraviolet radiation exposure and risk of malignant lymphomas. J Natl Cancer Inst 2005;97:199-209
- 14) AKarin Ekström Smedby\*, Sandra Eloranta, Kristina Duvefelt, Mads Melbye, Keith Humphreys, Henrik Hjalgrim and Ellen T. Chang. Vitamin D Receptor Genotypes, Ultraviolet Radiation Exposure, and Risk of Non-Hodgkin Lymphoma. Epidemiol. (2011) 173 (1): 48-54. doi: 10.1093/aje/kwq340 First published online: November 12, 2010
- 15) Puebla-Osorio N, Miyahara Y, Coimbatore S, Limón-Flores AY, Kazimi N, Üllrich SE, Zhu C. Induction of B-cell lymphoma by UVB radiation in p53 haploinsufficient mice. BMC Cancer. 2011 Jan.
- 16) Christina A. Clarke, Sally L. Glaser, Scarlett L. Gomez, Sophia S. Wang, Theresa H. Keegan, Juan Yang1, Ellen T. Chang. Lymphoid Malignancies in U.S. Asians: Incidence Rate Differences by Birthplace and Acculturation. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2011 Junio. 20 (6):. 1064-1077.
- 17) Chang ET, Smedby KE, Zhang SM, Hjalgrim H, Melbye M, Ost A, Glimelius B, Wolk A, Adami HO. Dietary factors and risk of non-hodgkin lymphoma in men and women. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2005;14:512-20.
- 18) Acuña-Castroviejo D. Informe científico sobre el efecto de los campos electromagnéticos en el sistema endocrino y patologías asociadas. Instituto de biotecnología de la Universidad de Granada. 07.2006.
- 19) Karipidis KK, Benke G, Sim MR, Kauppinen T, Kricker A, Hughes AM, Grulich AE, Vajdic CM, Kaldor J, Armstrong B, Fritschi L. Occupational exposure to ionizing and non-ionizing radiation and risk of non-Hodgkin lymphoma. Int Arch Occup Environ Health. 2007 Aug;80(8):663-70. Epub 2007 Mar 2.
- 20) Grant WB, Ultraviolet exposure and non-Hodokin's lymphoma: beneficial and adverse effects?, Cancer Causes Control, 2012 Apr;23(4):653-5; author reply 657-8, Epub 2012 Feb 26.
- 21) Lic. Jacqueline Guerrero Abreu1 y My. José Luis Pérez Alejo2. Las radiaciones no ionizantes y su efecto sobre la salud humana Rev CubanaMed Milit 2006.
- 22) OMS. Centro de prensa. Campos electromagnéticos y salud pública: teléfonos móviles. Nota descriptiva nº 193. Junio de 2011. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs193/es/index.html
- 23) Martin Röösli a, Patrizia Frei a, Evelyn Mohler a & Kerstin Hug a. Systematic review on the health effects of exposure to radiofrequency electromagnetic fields from mobile phone base stations a. Swiss Tropical and Public Health Institute and University of Basel, Socinstrasse 59, Basel, CH-4002, Switzerland. 10 September 2009.
- 24) De Iuliis GN, Newey RJ, King BV, Aitken RJ. Mobile phone radiation induces reactive oxygen species production and DNA damage in human spermatozoa in vitro. PLoS One. 2009 Jul 31;4(7):e6446. ARC Centre of Excellence in Biotechnology and Development, Callaghan, New South Wales, Australia.
- 25) Swerdlow AJ, Feychting M, Green AC, Leeka Kheifets LK, Savitz DA; International Mobile phones, brain tumors, and the interphone study: where are we now?Commission for Non-lonizing Radiation Protection Standing Committee on Epidemiology, nyiron Health Perspect. 2011 Nov.
- 26) Binter C, Khol-Parisini A, Gerner W, Schäfer K, Hulan HW, Saalmüller A, Zente. Effect of maternally supplied n-3 and n-6 oils on the fatty acid composition and mononuclear immune cell distribution of lymphatic tissue from the gastrointestinal tract of suckling piglets. Arch Anim Nutr. 2011 Oct.
- 27) Calviello G, Serini S, Piccioni E, Pessina G. Antineoplastic effects of n-3 polyunsaturated fatty acids in combination with drugs and radiotherapy: preventive and therapeutic strategies. Nutr Cancer. 2009;61(3):287-301.
- 28) Chang ET, Hjalgrim H, Smedby KE, Akerman M, Tani E, Johnsen HE, Glimelius B, Adami HO, Melbye M. Body mass index and risk of malignant lymphoma in Scandinavian men and women. J Natl Cancer Inst 2005;97:210-8.
- 29) Ricardo García-Muñoz. IMMUNOLOGIC ASPECTS RELATED TO THE GENERATION OF LYMPHOMAS AND AUTOIMMUNIT. Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja. Inmunología Vol. 29 / Núm 1/ Enero-Marzo 2010: 34-49.
- 30) Pals ST, de Gorter DJ, Spaargaren M. Lymphoma dissemination: the other face of lymphocyte homing. Blood. 2007 Nov 1;110(9):3102-11. Epub 2007 Jul 26.
- 31) Mirabelli, M. C., Zock, J. P., D'Errico, A., Kogevinas, M., De Sanjose, S., Miligi, L., Śeniori, Ćostantini A., Vineis, P. Occupational Exposure to High Molecular Weight Allergens and Lymphoma Risk Among Italian Adults. Cancer Epidemiol.Biomarkers Prev., 2009.
- 32) Occupational exposure to immunologically active agents and risk for lymphoma. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev., 2004.
- 33) Ekström Smedby K, Vajdic CM, Falster M, Engels EA, Martínez- Maza O, Turner J, et al. Autoimmune disorders and risk of non- Hodgkin lymphoma subtypes: a pooled analysis within the InterLymph Consortium. Blood 2008.
- 34) Suarez F, Lortholary O, Hermine O, Lecuit M. Infection-associated. lymphomas derived from marginal zone B cells: a model of antigendriven lymphoproliferation. Blood 2006.
- 35) Chang and KE Smedby, H Hjalgrim, Porwit MacDonald-A, Roos G, Glimelius B, Adami HO. Family history of hematopoietic cancer and risk of lymphoma. J Natl Cancer Inst 2005.
- 36) Goldin LR. Pfeiffer RM. Gridley G. Gail MH. Li X. Mellemkiaer L. Olsen JH. Hemminki K. Linet MS. Familial aggregation of Hodgkin lymphoma and related tumors. Cancer. 2004.
- 37) Tte. Cor. José Luis Pérez Alejol; Tte. Cor. Reymundo Miranda Leyvall. Electromagnetic radiations and health in medical research. Revista Cubana de Medicina Militar .2010; 39(1)35-43.
- 38) Trosi I, Pavici I, Milkovi -Kraus S, Mladini M, Zeljezi D. Effect of electromagnetic radiofrequency radiation on the rats' brain, liver and kidney cells measured by comet assay. Coll Antropol. 2011 Dec;35(4):1259-64.
- 39) Paternoster L, Radogna F, Accorsi A, Cristina Albertini M, Gualandi G, Ghibelli L. Melatonin as a modulator of apoptosis in B-lymphoma cells. Source Dipartimento di Biologia, Università di Roma Tor Vergata, Roma, Italy. Ann N Y Acad Sci. 2009 Aug;1171:345-9.
- 40) Todisco M. Low-grade non-Hodgkin lymphoma at advanced stage: a case successfully treated with cyclophosphamide plus somatostatin, bromocriptine, retinoids, and melatonin. Am J Ther. 2007 Jan-Feb;14(1):113-5.
- 41) Trubiani O, Recchioni R, Moroni F, Pizzicannella J, Caputi S, Di Primio R. Melatonin provokes cell death in human B-lymphoma cells by mitochondrial-dependent apoptotic pathway activation. 2005 Nov;39(4):425-31.
- 42) Todisco M. Relapse of high-grade non-Hodgkin's lymphoma after autologous stem cell transplantation: a case successfully treated with cyclophosphamide plus somatostatin, bromocriptine, melatonin, retinoids, and ACTH. Am J Ther. 2006 Nov-Dec;13(6):556-7.
- 43) Karunanayake CP , GV Singh , JJ Spinelli , JR McLaughlin , JA Dosman , HH McDuffie , Pahwa P . La exposición ocupacional y el linfoma de Hodgkin: Canadiense estudio caso-control. J Environ Med Occup. diciembre 2009; 51 (12):1447-54.
- 44) Rericha V, Kulich M, Rericha R, Shore DL, Sandler DP, Incidence of leukemia, lymphoma, and multiple myeloma in Czech uranium miners; a case-cohort study, 2006 Jun;114(6):818-22.
- 45) Llope WJ.Activity concentrations and dose rates from decorative granite countertops. 2011 Jun;102(6):620-9. Epub 2011 Apr 19.
- 46) López R, García-Talavera M, Pardo R, Deban L, Nalda JC. Natural radiation doses to the population in a granitic region in Spain. 2004;111(1):83-8.
- 47) Sergentanis TN, Kanavidis P, T Michelakos, Petridou ET. Fumar cigarrillos y el riesgo de linfoma en adultos: un amplio meta-análisis sobre la enfermedad de Hodgkin y no Hodgkin. Eur J Cancer Prev. 2013 Mar;22(2):131-50. doi: 10.1097/ CEJ. 0b013e328355ed08.
- 48) Tramacere I, Pelucchi C, M Bonifazi, Bagnardi V, M Rota, Bellocco R, L Scotti, Islami F, G Corrao, Boffetta P, La Vecchia C, E Negri. Un meta-análisis sobre el consumo de alcohol y el riesgo de Hodgkin linfoma . 2012 May; 21 (3):268-73. doi: 10.1097 / CEJ.0b013e328350b11b. Instituto Mario Negri para la Investigación Farmacológica, Via Giuseppe La Masa 19, Milán, Italia.
- 49) JJ Castillo, Dalia S, H Shum. Meta-análisis de la asociación entre el tabaquismo y la incidencia de Hodgkin Lymphoma . J Clin Oncol 2011 Oct 10; 29 (29) :3900-6. doi: 10.1200 / JCO.2011.35.4449. Epub 2011 Sep 12. The Warren Alpert Medical School de la Universidad de Brown y el Hospital Miriam, en Providence, Rhode Island, EE.UU.
- 50) Larsson SC, Wolk A. La obesidad y el riesgo de no-Hodgkin linfoma : un meta-análisis. Int J Cancer. 2007 Oct 1, 121 (7):1564-70. División de Epidemiología Nutricional, Instituto Nacional de Medicina Ambiental, Karolinska Institutet, Estocolmo, Suecia.
- 51) Zintzaras E, M Voulgarelis, Moutsopoulos HM. El riesgo de linfoma de desarrollo en las enfermedades autoinmunes: un meta-análisis . Arch Intern Med. 2005 Nov 14; 165 (20) :2337-44. Departamento de Biomatemática de la Universidad de Tesalia Escuela de Medicina, Larissa, Grecia.
- 52) Khuder SA, Mutgi AB, Schaub EA, Tano BD. Meta-análisis de la enfermedad de Hodgkin entre los agricultores. Scand J Work Environ Health. 1999 Oct; 25 (5):436-41. Medical College de Ohio, Toledo 43699-0008, Estados Unidos.
- 53) Alison Maggioncalda, Neha Malik, Pareen Shenoy, Melody Smith, Rajni Sinha, and Christopher R. Flowers. Clinical, Molecular, and Environmental Risk Factors for Hodgkin Lymphoma. Cancer Institute, Emory University, Atlanta, GA 30322, USAReceived 2 July 2010; Accepted 11 October 2010.

## PATOLOGÍA DUAL EN SALUD MENTAL DUAL PATHOLOGY IN MENTAL HEALTH

Sebastián Carrasco Muñiz Enfermero Especialista de Salud Mental UHSM Hospital San Lázaro. Sevilla.

#### Resumen:

No se elige ser adicto, existe una vulnerabilidad, por lo que se estima que hasta el 70 % de los adictos a algún tipo de sustancia como alcohol, cannabis u otras drogas, padecen también otro trastorno mental asociado, lo que se conoce como PATOLOGÍA DUAL.

Ambos factores, adicción y trastorno mental, pueden actuar "indistintamente" como "causa y consecuencia" de la patología dual en función de cada paciente. También existen algunos trastornos mentales que propician un mayor consumo de cannabis(hasta el 60 % de los esquizofrénicos son adictos a esta sustancia, usándola como automedicación)

Actualmente, se está produciendo un aumento de casos asociado al incremento del consumo de tóxicos, siendo el cannabis el más consumido y conllevando ello al riesgo de desarrollo de patología dual: "el consumo de cannabis predice la vulnerabilidad a la psicosis en adolescentes y viceversa, lo que sugiere una relación causal bidireccional".

#### Palabras clave:

Adicción, Trastorno Mental, Cannabis y Patología Dual.

#### Abstract:

Is not chosen to be addicted, there is a vulnerability, so it is estimated that up to 70% of addicts to some kind of substance such as alcohol, cannabis and other drugs, have also other associated mental disorder, what is known as DUAL.

Both factors, addiction and mental disorder, may act "indiscriminately" as "cause and consequence" of the dual pathology depending on each patient. There are also some mental disorders that lead to increased consumption of cannabis (up to 60% of schizophrenics are addicted to this substance, using it as self-medication).

Currently, is producing an increase of cases associated with the increase in the consumption of toxic, being the most commonly consumed cannabis, and with it the risk of development of dual Pathology: "cannabis use predicts vulnerability to psychosis in adolescents and vice versa", which suggests a two-way causal relationship".

#### Key words:

Addiction, Mental Disorder, Cannabis and Dual Pathology.

#### INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

Cada vez es mayor el número de servicios de Salud Mental que tienen que desarrollar intervenciones integradas en personas afectadas por un trastorno mental más un trastorno por abuso de sustancias. Estos pacientes duales son pacientes especialmente graves tanto desde la perspectiva clínica como social, y constituyen un reto terapeútico no sólo a título individual, sino también para los sistemas sanitarios, que deben hacer frente a pacientes complejos "a caballo" entre dos redes asistenciales diferenciadas: la red de atención a drogodependencias y la red de Salud Mental. El personal de Enfermería constituye un grupo de contacto muy estrecho con este tipo de pacientes, de ahí que dispongan de una situación privilegiada para detectar el uso de drogas y motivar para que acudan a tratamientos.Los objetivos marcados son afianzar los conocimientos de los profesionales sobre la Patología Dual, aumentando las habilidades para el abordaje de estos pacientes, así como su seguridad y confianza, mejorando la calidad de los cuidados prestados. Diagnóstico ó Patología Dual no constituyen términos reconocidos oficialmente en la nomenclatura del DSM ó de la CIE. Sin embargo, se han convertido en sinónimo de un tipo específico de coexistencia ó comorbilidad diagnóstica: presencia de un trastorno mental y el uso patológico de sustancias tóxicas. El concepto de dualidad es muy heterógeneo y define todas las variaciones posibles de dependencia y desórdenes psiquiátricos, así como sus combinaciones.

#### EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN

La epidemiología varía entre un 25 a un 50 %, es decir, en los pacientes con patología mental existe una probabilidad de entre 25-50% de presentar un trastorno comórbido relacionado con el uso de sustancias. También se estima una probabilidad del 80 % de pacientes que son drogodependientes que presentan simultáneamente otro diagnóstico psiquiátrico. Existe interrelación entre los trastornos por uso de sustancias(TUS) y los trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Sin embargo, mientras se estima que la prevalencia del TDAH en la población general es del 5%, en muestras de pacientes con TUS la prevalencia varía entre el 2 y 83 %. El TDAH es factor de riesgo para

el desarrollo de un TUS, ya sea de manera independiente ó mediado –agravado por la coexistencia de un trastorno de conducta. Los pacientes con TDAH y PD presentan una menor retención en el tratamiento, así como una peor evolución, con mayor cronicidad y tasas menores de remisión del trastorno adictivo, los programas del tratamiento para adicciones, así como con tasas más bajas de remisión y mayor cronicidad del TUS.

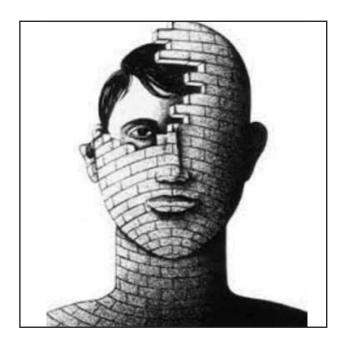
Además, los TDAH muestran un inicio más temprano en el consumo de sustancias, más policonsumos y otras comorbilidades mentales.

Dada la gravedad y el impacto (social y/ó económico) de los trastornos psicóticos, los programas de prevención tener en cuenta esta información. La definición más extendida de Patología Dual es aquella que incide en el concepto de *co-morbilidad* de una enfermedad psiquiátrica y un uso patológico de sustancias tóxicas (uso, abuso o dependencia).

No obstante, *co-morbilidad* refleja un cuadro clínico desde una perspectiva descriptiva y hasta cierto punto estática: dos situaciones existen coetáneamente en un momento determinado.

Pero no se aporta información acerca de su naturaleza, evolución y curso, lo que limita en un momento dado la posibilidad de orientar una intervención compleja para toda una población de profesionales vinculados a la asistencia.

Por ello nos decantamos más por el concepto de Asociación Cruzada, en la medida en que supone el reconocimiento de una interacción que transciende la observación puntual y que vincula el curso de uno de los ejes diagnósticos al del otro eje: en efecto, el deterioro de la situación psiquiátrica habrá de poner en riesgo la situación de protección frente al consumo, y a la inversa: el consumo provocará un deterioro psiquiátrico significativo y la dependencia podrá dar lugar a una progresiva erosión (en numerosas ocasiones de carácter irreversible) de la estabilidad psicológica del paciente. En este sentido nuestra definición



de la Patología Dual, es la siguiente: La Patología Dual representa la *Asociación Cruzada* de dos situaciones clínicas: la presencia de un trastorno mental por un lado, y por otro, la existencia de un problema de drogas.

Incidimos en el concepto de **asociación** que vincula a las dos circunstancias, droga y psicopatología, y caracterizamos dicha unión desde una relación entre las variables que es de implicación y mutua influencia, y por ello insistimos en la adjetivación de **cruce** en la asociación para señalar una relación recíproca de naturaleza determinante entre los dos elementos.La asociación cruzada de los dos trastornos implica una serie de consecuencias entre las que encontramos:

- a) mayores costes asistenciales en general.
- b) mayor severidad clínica del trastorno.
- c) peor pronóstico a corto, medio y largo plazo.
- d) importantes dificultades para la realización de un diagnóstico ajustado.
- e) abundantes contradicciones entre profesionales acerca de las estrategias técnicas de abordaje terapéutico.

	Si es Patología Dual	No es Patología Dual	Cuadros no duales: ejemplos		
Eje Psicopatológico	Eje I: Trastornos neuróticos graves Trastornospsicóticos crónicos Eje II	Cuadros reactivos transitorios Cuadros inducidos por abstinencia Síndromes transitorios reactivosa eventos vitales estresantes	Psicosis tóxica por cocaína Abstinencia a alcohol Síndrome depresivo por duelo		
Eje del Consumo	Uso y abuso patológicos Dependencia Uso puntual de tóxicos	Abuso sin efecto patológico directo sobre la estabilidad mental	Consumos esporádicos de cannabis Abuso de alcohol en fin de semana sin impacto sobre el cuadro mental		

Delimitación diferencial ilustrada



#### **TRATAMIENTOS**

Este tipo de pacientes presentan numerosas dificultades clínicas que dificultan el manejo, el tratamiento y ensombrecen el pronóstico:

Mayor tasa de recaídas.

Mayor número de ingresos.

Estancias hospitalarias más prolongadas.

Pobre adhesión al tratamiento.

Mayor incidencia de conductas violentas y criminales.

Aumento de del comportamiento suicida.

Dificultades diagnósticas y terapeúticas, por enmascaramiento y atipicidad de los síntomas.

Más conductas de riesgo e infecciones asociadas, como VIH,VHB,VHC,ETS....

Pérdida de las relaciones familiares y sociales.

Mayor tasa de desempleo y marginación.

Existen pacientes con diagnóstico dual en todos los tipos y fases de programas terapéuticos psiquiátricos y de toxicomanías, pero con frecuencia el "segundo" diagnóstico permanece sin identificar. En las unidades psiquiátricas, el abuso encubierto de sustancias suele ocasionar:

- El diagnóstico erróneo
- La confusión de los profesionales en la medida que el paciente no responde adecuadamente a la medicación y a la psicoterapia.
- Una incorrecta vinculación terapéutica.
- En las unidades de toxicomanías, la existencia de trastornos psiquiátricos no identificados puede ocasionar que en el proceso para conseguir la abstinencia, se culpe al paciente de:
  - falta de cumplimiento
  - falta de motivación
  - falta de preparación

-Uno de los problemas vinculados a la dificultad para detectar otros trastornos coexistentes se relaciona con la actitud y los conocimientos de cada uno de los profesionales y con la política de la institución.

Respecto de los *profesionales*, nos podemos encontrar:

- Actitud moralista, alarmista o de rechazo ante el abuso de sustancias o la existencia de trastornos psiquiátricos, en entornos psiquiátricos y unidades de toxicomanías respectivamente.
- Escasa formación sobre los problemas coexistentes que se dan en los pacientes que acuden a cada programa

#### ABORDAJE ENFERMERO

Desde el punto de vista enfermero y basándonos en los Patrones Funcionales de M. Gordon, los Diagnósticos de Enfermería, NIC y NOC más usuales para este tipo de patologías serían:

00002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO, manifestado por pérdida de peso por ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas relacionado con abuso de sustancias tóxicas.

#### NOC:

- 1628 Conducta de mantenimiento de peso.

#### NIC:

1100 Manejo de la nutrición:

Determinar el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.

Fomentar la ingesta de calorías adecuada al tipo corporal y al estilo de vida.

Pesar al paciente a intervalos adecuados

5246 Asesoramiento nutricional:

Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. Facilitar la identificación de conductas alimentarias que deseen cambiarse.

Proporcionar información acerca de la necesidad de modificar la dieta por razones de salud.

00095 INSOMNIO, manifestado por dificultad para conciliar el sueño y mantenerlo relacionado con abuso/dependencia de sustancias tóxicas. NOC:

0004 Sueño

#### NIC:

- 1850 Mejorar el sueño:

Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.

Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema del sueño.

Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas y/o psicológicas que interrumpen el sueño.

Ajustar el ambiente para favorecer el sueño.

Comentar con el paciente técnicas para favorecer el sueño.

- 2380 Manejo de la medicación:

Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica.

Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.

Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.

Explicar al paciente la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación.

00097 DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS, manifestado por realización de actividades improductivas relacionado con falta de interés, disminución de estímulos y desconocimiento de recursos.

#### NOC:

- 1604 Participación en actividades de ocio
  - 1209 Motivación

#### NIC:

5100 Potenciación de la socialización:

Fomentar la implicación en relaciones potenciadas ya establecidas

Animar al paciente a desarrollar relaciones.

Fomentar las actividades sociales y comunitarias.

Responder de forma positiva cuando el paciente establezca contacto con los demás.

Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente.

- 5360 Terapia de entretenimiento:

Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas

Disponer de actividades recreativas que tengan por objeto disminuir la ansiedad.

Proporcionar una afirmación positiva a la participación en las actividades.

Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreativa.

Supervisar las sesiones recreativas.

00120 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL, manifestado por expresiones verbales de autoevaluación negativa, de desesperanza e inutilidad relacionado con deterioro funcional NOC:

- 1205 Autoestima
- 1204 Equilibrio emocional

NIC:

5400 Potenciación de la autoestima:

Animar al paciente a identificar sus virtudes.

Reafirmar las virtudes personales que identifique el paciente. Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.

Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.

Animar al paciente a evaluar su propia conducta.

Reforzar positivamente el progreso del paciente en la consecución de objetivos.

Facilitar un ambiente y unas actividades que aumenten la autoestima.

- 5270 Apoyo emocional:

Ayudar al paciente a reconocer sentimientos como la ansiedad, la ira o la tristeza.

Animar al paciente a expresar sentimientos.

Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.

00150 RIESGO DE SUICIDIO, relacionado con presencia de ideación suicida e historia de intento de suicidio. NOC:

- 1408 Autocontención del suicidio NIC:
- 6340 Prevención del suicidio:

Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio. Animar al paciente a buscar a los cuidadores para hablar, cuando se produzca el deseo de autolesión.

Iniciar precauciones para el suicidio (observación y vigilancia continua del paciente, proveerse de un entorno protector)

- 6487 Control ambiental: prevención de la violencia: Retirar cualquier objeto que pudiera ser potencialmente peligroso, controlando de forma sistemática el ambiente para mantenerlo fuera de peligro.

Instruir a las visitas del paciente sobre temas relacionados con la seguridad.

Vigilar/supervisar durante el afeitado y en todos los momentos en los que utiliza objetos cortantes o afilados.

00146 ANSIEDAD manifestado por nerviosismo e inquietud relacionado con abuso/dependencia de sustancias tóxicas. NOC:

1402 Autocontrol de la ansiedad

NIC:

5820 Disminución de la ansiedad:

Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad. Ayudar a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad

Instruir sobre técnicas de relajación.

Administrar los medicamentos prescritos encaminados a la reducción de la ansiedad.

6040 Terapia de relajación simple:

Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles.

Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado.

Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente. Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.

0099 MANTENIMIENTO INEFECTIVO DE LA SALUD, manifestado por abuso/dependencia de sustancias tóxicas y falta demostrada de conocimientos y habilidades para el mantenimiento de conductas saludables relacionado con dificultad para mantener un estilo de vida saludable.

NOC:

- 1603 Conducta de búsqueda de la salud.
- 1812 Conocimiento: control del consumo de sustancias.

NIC:

- 4420 Acuerdo con el paciente:

Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados. Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse.

Ayudar al paciente a desarrollar un plan para cumplir con los obietivos.

Animar al paciente a que elija un refuerzo/recompensa lo suficientemente importante como para mantener la conducta.

Explorar con el paciente las razones de éxito o la falta de este.

- 5230 Aumentar el afrontamiento:

Estudiar con el paciente métodos anteriores en el manejo de problemas vitales.

Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles

Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.

- 4510 Tratamiento por el consumo de sustancias noci-

Determinar el historial de consumo de sustancias tóxicas. Discutir con el paciente el impacto que tiene el consumo de sustancias tóxicas en el estado físico y psíquico o en la salud general.

Discutir con el paciente el efecto de las asociaciones con otros consumidores.

Ayudar al paciente a seleccionar una actividad alternativa que sea incompatible con las sustancias consumidas.

Ayudarle a aprender métodos alternativos para enfrentarse al estrés o distrés emocional-

4480 Facilitar la autorresponsabilidad:

Considerar responsable al paciente sus propias conductas. Fomentar la manifestación verbal de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad.

Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente. Discutir las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias.

Proporcionar una respuesta positiva a la aceptación de una responsabilidad adicional y/o cambio de conducta.

5440 Aumentar los sistemas de apoyo:

Determinar el grado de apoyo familiar.

Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso.

Es muy importante el apoyo familiar, así como el grado de implicación de ella.

"Implicar a familia en los cuidados y la planificación"

#### CONCLUSIONES

El consumo de tóxicos afecta a todas las áreas de intervención enfermera en el paciente con enfermedad mental. Esto requiere por parte de los profesionales la adaptación del plan de cuidados a las necesidades específicas del paciente con patología dual.

En los diagnósticos de enfermería, las intervenciones y los resultados, están claramente condicionados por el consumo de sustancias; sin embargo es desde la "dualidad" de donde deben partir los cuidados enfermeros, entendiendo al individuo desde una perspectiva holística y considerando su patología como algo más que la simple adicción de un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno

mental. Tendencia que se observa de ingresos de pacientes muestra las siguientes características:

- Pacientes de mayor complejidad, determinada por la concurrencia de diagnósticos.
- En general, pacientes más exigentes, informados y demandantes de resultados, de rapidez y calidad.

Esta tendencia coincide según la bibliografía consultada con otros estudios que prevén que para el año 2010 más del 70% de la población psiquiátrica presentará algún tipo de drogodependencia.

Además, debido a que la respuesta observada ante el consumo de tóxicos es muy diferente en cada paciente: agresividad, apatía, distorsiones en las relaciones interpersonales, reagudización de los síntomas positivos..., el manejo conductual de estos pacientes supone un reto para el personal de Enfermería de un hospital de crónicos, en el que los recursos tanto humanos como materiales difieren considerablemente de otras estructuras asistenciales intermedias. Esto hace cada vez más evidente la necesidad de:

- Valorar tanto el aumento del trabajo como la complejidad de la labor de Enfermería en los hospitales de larga estancia.
- Desarrollar la sensibilidad del personal de Enfermería para ser capaz de abordar al paciente en una situación de consumo de tóxicos. Esta sensibilidad que es un elemento básico e imprescindible para atender adecuadamente a todo tipo de pacientes, precisa de una formación continuada, tanto en preparación técnica como personal la importancia del empleo de los planes individualizados de cuidados de enfermería, como herramienta que permite de forma dinámica mantener un nivel de cuidados ajustado a las necesidades del paciente en todo momento.
- El dar respuesta a estas necesidades, redundará sin duda alguna en una mayor calidad asistencial en el cuidado integral del paciente psiquiátrico.

#### Bibliografía:

- Ortiz de Zárate, A. et al. Patología dual. Guías de cuidados de Enfermería en Salud Mental. Volumen 1. Barcelona: Elsevier; 2009.
- 2) Fornés, J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005.
- 3) Torrens M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. Adicciones 2008; 20: 315-320.
- 4) Usieto, E.G., Pernia, M.C., Pascual, C. Intervención integral de los trastornos psicóticos con trastorno por uso de sustancias comórbido desde una unidad de patología dual. Rehabilitación psicosocial 2006; 3(1):26-32.
- 5) Johnson, M. et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª Edición. Barcelona: Elsevier, 2007.
- 6) Martínez Ruiz, M., Rubio Valladolid, G. Manual de drogedependencias para Enfermería. Madrid: Díaz de Santos; 2002.
- 7) Wilens TE. A sobering fact: ADHD leads to substance abuse. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2011;50 (1); 6-8.
- 8) WWW.PATOLOGIADUAL.COM.
- 9) WWW.PSIQUIATRÍA.COM. 26/10/2012.
- 10) ADDICTION.4/1/2013.
- 11) DIARIO MÉDICO.29/10/2012.

## EL SISTEMA INFORMAL DE CUIDADOS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA CARE INFORMAL SYSTEM FROM A GENDER PERSPECTIVE: A REVIEW

- Belén García Cano<sup>1</sup>
- Inmaculada Abad García<sup>2</sup>
- Eva Rosario Mauricio Bernal<sup>3</sup>
  - 1. Psicólogo. Técnico Superior en Prevención Riesgos Laborales.
  - 2. DUE. Centro de Atención a la Dependencia "La Viña. Chucena". Huelva.
  - 3. DUE. Residencial de Mayores "La Viña. La Palma del Condado". Huelva.

#### Resumen:

En los últimos años en España han tenido lugar diversos cambios que han generado nuevas demandas de salud. Entre esto cambios se encuentran el envejecimiento de la población, el descenso de la natalidad y la incorporación de la mujer al mundo laboral. Estos cambios han generado nuevas demandas se salud y entre ellas se encuentra el sistema informal de cuidados. Hemos realizado una revisión bibliográfica de fuentes primarias y nos hemos documentado sobre esta nueva demanda. Existen desigualdades de género en relación a la prestación de cuidados a sujetos dependientes. Esta tarea ha sido llevada a cabo tradicionalmente por las mujeres, pero su incorporación al mundo laboral y el aumento de personas dependientes han hecho que disminuya su disponibilidad. A pesar de la incorporación de la mujer al mundo laboral aún existen muchas desigualdades en el desempeño del rol del cuidador y es en estas desigualdades en las que vamos a centrar nuestra revisión.

#### Palabras clave:

Cuidadores informales, dependencia, atención domiciliaria.

#### Abstract:

In recent times in Spain, there have been several changes that have generated new demands for health. Among these changes, are included the aging population, the declining birth rates and the incorporation of women into the workplace. These changes have generated new health demands and among them, it is the informal of care system. We have executed a review and we have documented on this new request. Gender inequalities exist in relation to dependent people caregiving. This task has been performed traditionally by women, but their incorporation into the workplace and dependent people increase results by decreasing its availability. Despite of women incorporation into the workplace, there are still many inequalities in relation to the carer role and it is in these inequalities in which we are going to focus our review.

#### Key words:

Informal carers, dependence, home care.

#### INTRODUCCIÓN

48

En las últimas décadas hemos asistido a la aparición de grandes cambios en nuestra sociedad: el envejecimiento de la población, los fenómenos migratorios, las nuevas tecnologías, las nuevas estructuras familiares, etc. Todos estos cambios han generado nuevas demandas de salud.

Entre estas demandas de sanitarias se encuentran la aparición de nuevos problemas de salud. Entre ellos se hallan patologías que antes afectaban a una pequeña parte de la población y que en la actualidad ha aumentado su incidencia. Pero otros son problemas que previamente no se consideraban como tales, sino como procesos naturales del ciclo vital, como es el caso de la menopausia. La población está empezando a medicalizar todo aquello que le produce problemas y es el Sistema Sanitario el que tiene que garantizar y proporcionar soluciones (Boix et al 2005, pp.33-34).

Un cambio que está generando nuevas demandas son los nuevos modelos familiares. Estos prestan a sus miembros servicios de infraestructura básica, servicios no remunerados relacionados con la enfermedad o la discapacidad y la gestión del consumo del Sistema Sanitario (Durán, 2004, pp.195-200). Los principales sujetos dependientes de las familias, a los que prestan estos servicios, son los menores y las personas ancianas. Los cuidados de estos colectivos son afrontados por la propia familia. Debido al envejecimiento de la población y a la incorporación de la mujer al mundo laboral, en la actualidad la prestación de estos servicios es complicada.

Existen diversos estudios que investigan sobre las nuevas demandas de salud. En esta revisión bibliográfica nos vamos a centrar en una demanda concreta: el sistema informal de cuidados y las desigualdades desde la perspectiva de género.

HYGİA

Como cuidado informal se considera la prestación de cuidados de forma no remunerada, que se da en virtud de relaciones afectivas y parentesco, por amigos, familiares, etc., cuando hay una necesidad en las actividades de la vida diaria y tiene como objetivo que las personas dependientes puedan permanecer en sus hogares (Martínez 2003, pp. 275-288). La función de cuidar está asociada a un rol de género, en el contexto del desempeño del trabajo reproductivo, asignado en nuestra sociedad a las mujeres (García-Calvente et al 2002, pp.3-4).

El interés por el cuidado informal ha ido en aumento en los últimos años debido al incremento en la demanda de cuidados, la disponibilidad de las personas cuidadoras y las reformas de Sistema Sanitario y Social (García-Calvente et al 2004, pp.83-92). El motivo por el que hemos estudiado esta nueva demanda es conocer las dificultades a las que se enfrentan las personas cuidadoras que están orientadas al mundo laboral, ante la situación de desempeñar dos jornadas laborales: una remunerada y otra no remunerada, desempeñando las tareas del hogar.

Desde los comienzos de la humanidad los niños y niñas menores de edad han sido dependientes de sus familias, teniéndoles que proporcionar todos los cuidados necesarios para su supervivencia, y en la mayoría de los casos ha sido la mujer la encargada de proporcionar estos cuidados. En este momento, el envejecimiento de la población, el aumento de la esperanza de vida y la larga supervivencia a enfermedades crónicas han hecho que aumente de forma importante el número de personas dependientes de la sociedad (Segura et al 2006, p.16).

Prestar el cuidado de forma permanente a una persona tiene riesgo para los que la atienden. Las consecuencias pueden ser tanto físicas como psíquicas. Además la estabilidad familiar se ve alterada. Todos los miembros de la familia tienen un rol y una organización para desempeñar diferentes funciones, cuando uno de los miembros de la familia pasa a ser dependiente, la familia tiene que prestar-le cuidados y asumir las funciones que el miembro desempeñaba.

Los objetivos que nos planteamos con esta revisión bibliográfica son los siguientes:

- Conocer los cambios sociodemográficos que han tenido lugar en España y que generan nuevas demandas de salud.
- Conocer el sistema informal de cuidados y las desigualdades desde la perspectiva de género en el marco de las nuevas demandas de salud.
- Conocer el perfil de las personas que prestan cuidados informales.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

La documentación en Enfermería y en otras ciencias, consiste en la aplicación de conocimientos y técnicas de la documentación para obtener información sobre alguna temática. Los objetivos de la documentación científica son:

- Análisis de los documentos científicos.
- Almacenamiento de los documentos científicos.
- Recuperación de la información.
- Difusión de la información que contienen.

Actualmente, gracias a las nuevas tecnologías, podemos gestionar grandes cantidades de información de manera eficaz con la finalidad de generar nuevos conocimientos y a su vez producir más información accesible para otros usuarios.

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

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

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

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN: CAMBIOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Respecto a nuestro primer objetivo, que era conocer los cambios sociodemográficos que han tenido lugar en España y que generan nuevas demandas de salud, hemos recopilado diferentes documentos y los hallazgos se exponen a continuación.

El interés por el cuidado informal ha aumentado en las últimas décadas debido a tres factores: el aumento de la demanda de cuidados como consecuencia del envejecimiento de la población, la disminución de la disponibilidad de los cuidadores y cuidadoras informales y las reformas de los sistemas sanitarios y otros servicios del bienestar (García-Calvente et al 2004, p.132). Algunos países asumen el cuidado de personas dependientes como una responsabilidad del estado, pero en otros, como España, la prestación de cuidados informales recae sobre la familia. Varios estudios realizados por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, a partir de encuestas sobre Nuevas Demandas Sociales y la Contabilidad Nacional, entre otras fuentes, muestran que el tiempo dedicado por

los profesionales sanitarios al cuidado de la salud anualmente es el 12% (Durán, 2000, p.18). El 88% del tiempo restante es dedicado por las familias o de autocuidado.

A partir del siglo XIX el crecimiento de la población se aceleró, aumentando de 3000 millones de personas en 1960 a 6200 millones de personas anuales en el año 2006. Este incremento de la población no ocurre por igual en todos los países ni en todos los grupos de edad. La población que más ha incrementado en España son los sujetos de mayor edad. El incremento de este colectivo es debido a los avances en la medicina, que están aumentando la esperanza de vida y la supervivencia a enfermedades crónicas. A esto también tenemos que añadir el descenso de la natalidad (Martínez et al 2006, p.26). En los últimos veinte años las cifras de mayores de 80 años se ha multiplicado por 2,2 y en los próximos veinte se espera que se vuelva a multiplicar por dos (Martínez, 2003, pp.275-288). Estos cambios demográficos están teniendo consecuencias, como son el incremento de la población española dependiente y la disminución de la población productiva. Las perspectivas para mediados del S.XXI son que España será uno de los países más viejos como consecuencia de la baja fecundidad y el incremento de la esperanza de vida (Martínez et al 2006, p.26).

La familia ha sido tradicionalmente la encargada de prestar los cuidados a los mayores que han permanecido en sus hogares, pero hoy día, con la evolución de la pirámide poblacional, este sistema informal de cuidados tradicional es insostenible y el estado debe proporcionar medidas y soluciones.

Otro de los cambios que está generando esta nueva demanda es la modificación de la estructura familiar tradicional.

Las nuevas estructuras y formas de las familias dificultan la disponibilidad de los cuidadores y cuidadoras. A pesar de las dificultades familiares, en España, las reformas del Sistema Sanitario, ponen mayor énfasis en la prestación de los cuidados en el entorno familiar, siendo uno de los países europeos con menos servicios para los mayores de 65 años y convirtiendo los hogares en escenarios de atención sanitaria (Artazcoz et al 2002, p.76). El estado proporciona recursos a las familias para que éstas puedan seguir cuidando de los sujetos dependientes, es decir, el cuidado se centra en las familias con el apoyo del estado. En otros países, es el estado el encargado de soportar esta demanda con el apoyo de las familias. Según el Informe SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria), elaborado en el año 2002, en España el porcentaje de mayores que viven en residencias es del 2% y los que reciben ayuda domiciliaria son el 1%. Estos porcentajes ascienden hasta un 20% en países como Holanda, Dinamarca o Finlandia (García-Calvente et al 2002, p.75).

Otro inconveniente añadido, es el hecho de que los mayores siguen prefiriendo vivir en sus domicilios, recibiendo

50

los servicios necesarios, y las actuales generaciones de mayores siguen confiando en que tendrán ayuda familiar para ser atendido (Martínez, 2003, pp.275-288).

Las mujeres, tradicionalmente, han sido las que han prestados los cuidados a las personas dependientes. Con la incorporación de la mujer al mercado laboral, su disponibilidad para hacerse cargo del ámbito familiar se ha visto reducida. A pesar de haber disminuido su disponibilidad, la mayoría de las mujeres, con trabajo o sin él, siguen desempeñando el rol de cuidadora principal. En cambio, la incorporación de los hombres al trabajo reproductivo se está produciendo de forma más lenta (García-Calvente et al 2007, p.292).

A través diversas fuentes hemos recopilado información y hemos conocido que desde principios de la década de los ochenta se ha producido un incremento de la participación de las mujeres en el mundo laboral en todos los países de la Unión Europea. En España, la incorporación masiva de la mujer se produce a mediados de la década de los ochenta. Desde entonces la actividad femenina ha ido en aumento (Santolaria et al 2004, pp.24-30). En todos los países la tasa de actividad masculina es superior a la femenina, pero como consecuencia del incremento de la actividad femenina, estas tasas se están igualando. Las mujeres actuales están viviendo un proceso de transición, alejándose del modelo familiar tradicional en el que estaban orientadas exclusivamente a las tareas del hogar e incorporándose al mundo laboral (Fernández et al 2005, p.11). Cada vez son más las mujeres jóvenes, que tras cursar sus estudios se incorporan al mundo laboral y menos aquellas que los abandonan tras contraer matrimonio y con la llegada de la maternidad.

Sin embargo, existe una resistencia a este cambio, las mujeres deben superar los obstáculos que la familia impone a su plena inserción laboral. En la familia los papeles desempeñados por la mujer y por el varón han variado muy poco. El problema de la conciliación laboral y familiar surge al intentar compaginar la familia y el trabajo remunerado, sin que se haya completado la transición a un nuevo modelo sustentado por la igualdad entre hombres y mujeres en el desempeño de las tareas domésticas, y la existencia de políticas públicas suficientes para el cuidado de personas dependientes (Artazcoz et al 2004, pp.24-35).

Como consecuencia del mayor endeudamiento de los hogares, por el encarecimiento de la vivienda y la incorporación de la mujer al mundo laboral, entre otros factores, también ha tenido lugar un descenso de la natalidad. Este descenso lleva a la consiguiente reducción del tamaño de la familia y por tanto de su apoyo. Los apoyos intergeneracionales han disminuido, debido a los cambios derivados de la movilidad geográfica y a las migraciones (García-Calvente et al 2004, pp.83-92).

Como resultado a todos estos cambios sociales y demográficos, el interés por el cuidado informal ha ido en incremento. En la actualidad, la familia es la principal institución que proporciona servicios a los sujetos dependientes, pero cada vez se considera más que el cuidado no es un problema exclusivo familiar, sino un problema del estado y de la sociedad.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN: PERFIL DE LA PERSONA CUIDADORA Y DESIGUALDADES EN FUNCIÓN DEL GÉNERO

En nuestro segundo y tercer objetivo, nuestro propósito era conocer el sistema informal de cuidados, el perfil de la persona cuidadora y las desigualdades desde la perspectiva de género en el marco de las nuevas demandas de salud.

En relación a estos objetivos, podemos decir que en este momento estamos asistiendo a una reorientación de los sistemas sanitarios, que se centra en la atención a la persona en su propio entorno. Se defiende, que lo más adecuado para las personas con enfermedades crónicas, ancianos y ancianas, pacientes terminales, etc. es ser atendidos en su propio hogar y en la comunidad, sin que tengan que sufrir el desarraigo que genera el abandono del modo de vida habitual. Un estudio realizado en Andalucía muestra como el 66% de la población que necesita cuidados es atendido por la familia, el 32% se autocuidan y solo el 2% es atendido por los sistemas sanitarios y sociales (García-Calvente et al 2002, pp.3-4).

Las personas que prestan estos cuidados se denominan cuidadores y cuidadoras informales. El cuidado informal consiste en un trabajo no remunerado ni reconocido por la sociedad. Habitualmente es llevado a cabo por una sola persona, y se designa como cuidador o cuidadora principal. Este papel es asumido principalmente por las mujeres (García-Calvente et al 2002, pp.3-4).

Históricamente, la tarea de cuidar ha sido considerada como "femenina", relacionada con el resto de las tareas domésticas, desempeñadas por la mujer. Pero en los últimos cincuenta años ha habido muchos cambios en las estructuras familiares. Estos cambios no han afectado de forma importante en la asignación del trabajo doméstico, y estas tareas se les siguen asignando a las mujeres, independientemente del grado de parentesco con la persona que cuidan y de que el trabajo que desempeñen sea exclusivamente o no doméstico (Valderrama, 2006, p.376).

A pesar de la incorporación de la mujer al mercado laboral, las tareas domésticas las siguen desempeñando ellas principalmente, y el hombre continúa orientado principalmente al mundo laboral. En un estudio publicado en el año 2001, más de la mitad de las mujeres que trabajaban de forma remunerada manifestaban realizar ellas solas ciertas tareas domésticas, como lavar, planchar y cocinar. La compra y la limpieza de la casa era una función exclusiva de las mujeres en más del 40% de los casos (Santaloria et al 2004, pp.24-30). Otro estudio relacionado con el cuidado de los mayores, muestra que el 85% de ellos recibe ayuda los siete días de la semana y la mayoría de las cuidadoras

declaran desempeñar ellas solas este rol y que no reciben ayuda (Martínez et al 2006, p.27).

En los últimos años la dedicación de los hombres a las tareas domésticas ha ido en aumento, sin embargo la reducción del tiempo dedicado por las mujeres es mucho inferior. Las mujeres se enfrentan a la gran mayoría de tareas y además coordinan la ayuda de los diferentes familiares. Únicamente en las tareas de gestión y servicios del hogar, son a las que los hombres emplean mayor tiempo que ellas. Por cada hora de trabajo remunerado desempeñado por las mujeres, dedican cinco horas a las tareas del hogar (Borrell et al 2004, pp.31-37).

El perfil de las personas que asumen el rol de cuidador o cuidadora principal es el de una mujer, orientada a desempeñar las tareas domésticas, con un vínculo familiar con la persona dependiente y que convive con ella (García-Calvente et al 2004, pp.132-139).

Nos hemos documentado y hemos conocido que para muchas mujeres, las tareas relacionadas con el cuidado de familiares, es asumida como una obligación moral, tanto desde la perspectiva personal como social, y como algo natural. También existen hombres que cuidan, pero lo que se considera "normal" respecto al cuidado de la descendencia o de otros sujetos dependientes, es que se haga cargo una mujer. A esto tenemos que añadir, que en el caso de los varones que desempeñan el rol de cuidador, la respuesta social ante el abandono de este rol es de disculpa. En cambio, cuando se trata de mujeres, al estar asumido el género con este rol, la respuesta social es de culpabilidad y dejación de responsabilidades (Valderrama, 2006, pp.275-276).

Aparte de ser las cuidadoras principales, las mujeres también se adjudican el papel de cuidadoras secundarias, ya que cuando un cuidador o cuidadora principal requiere avuda, suele recurrir a otra mujer del entorno familiar. Según una encuesta de demandas sociales sobre el cuidado de niños, las personas encargadas del cuidado de los niños por enfermedad eran las madres (83%), seguidas de las abuelas (7%). Pero si las madres tenían un trabajo remunerado, la implicación de las abuelas era el doble (14%). Esto no ocurría en el caso de los hombres, los cuales, independientemente de la orientación laboral de la mujer, el porcentaje de participación era el mismo, de un 2% (García-Calvente et al 2004, pp.83-92). Otro estudio publicado en 2007 muestra los porcentajes de hombres y mujeres que desempeñan el rol de cuidador/a principal, siendo un 64,1% en el caso de las mujeres, frente a un 15,8%. En el caso se la prestación de cuidados de forma habitual la proporción de mujeres también es más elevada, un 60,7% de mujeres y un 29,8% de varones (García-Calvente et al 2007, p.303).

Otro factor en el que existen desigualdades de género es en las características del cuidado que se prestan hombres y mujeres, tanto en las actividades que desempeñan como en

el tiempo dedicado a las mismas. El cuidado incluye actividades de acompañamiento, higiene, gestión de servicios sanitarios, etc. Las mujeres desempeñan con mayor frecuencia los cuidados más cotidianos y que exigen mayor tiempo de dedicación, como son la atención personal o el acompañamiento. Más de dos tercios de las mujeres proporcionan cuidados de forma permanente, frente a la mitad de los hombres. Del mismo modo, la carga asumida por la mujeres es mayor que la asumida por los hombres (Larrañaga et al 2008, pp.443-450).

No todas las mujeres participan de la misma forma en la prestación de los cuidados, existen diferencias en función de la clase social.

Diversos estudios realizados en Andalucía, muestran como las mujeres que no tienen trabajo remunerado y de clases sociales inferiores, se ocupan con mayor frecuencia de los cuidados informales en solitario, sin ningún tipo de prestación formal o informal (García-Calvente et al 2008, p.133).

Las mujeres de clases sociales altas, tienen la posibilidad de contratar a cuidadores o cuidadoras formales, y no depender de los cuidados informales. Esto agrava el problema de desigualdades sociales, ya que las mujeres que tienen un empleo y mayores ingresos pueden tener ayuda contratada, y como consecuencia de esto, mejores condiciones de vida.

Con todos estos datos, hemos conocido el perfil de la persona cuidadora principal y las desigualdades de género existentes en el desempeño de este rol. En este momento, el rol del cuidador o cuidadora es desempeñado en su mayoría por mujeres, ya que es considerado como una tarea doméstica. Anteriormente, esta distribución del trabajo era posible, pero en nuestra sociedad actual, la mujer se ha incorporado al mundo laboral, y esto dificulta el desarrollo de la tarea de cuidar.

Son necesarias medidas políticas y sociales que fomenten la igualdad en el desempeño de estas tareas, de forma que las consecuencias al desempeñar dos jornadas laborales no sean exclusivas para la mujer.

#### CONCLUSIÓN

Tras realizar la recopilación de información hemos podido comprobar que desde los comienzos de la historia hasta la actualidad, el mundo ha ido evolucionando y se han producido muchos cambios sociales y demográficos. Estos cambios tienen diversas consecuencias, y entre ellas se encuentra la generación de nuevas demandas de salud de los usuarios.

Entre las nuevas demandas actuales se encuentra el sistema informal de cuidados, en la cual hemos centrado nuestra búsqueda. Nuestro primer objetivo era conocer los cambios sociodemográficos que han tenido lugar en España y que generan nuevas demandas de salud. Nos hemos documentado e informado sobre los cambios que han tenido lugar en el país y que han influido en el sistema informal de cuidados. Los cambios más relevantes que han generado esta nueva demanda han sido el envejecimiento de la población y la incorporación masiva de la mujer al mundo laboral.

En relación al envejecimiento de la población, con el avance de la medicina, ha aumentado la esperanza de vida y el número de personas dependientes que padecen enfermedades crónicas. La medicina ha evolucionado mucho en los últimos años, y va a continuar haciéndolo, es por ello que sería interesante realizar un estudio y predecir como continuará influyendo los avances de esta ciencia en la esperanza de vida y en el sistema informal de cuidados.

Las fuentes ponen de manifiesto que la incorporación de la mujer al mercado laboral ha influido en el sistema informal de cuidados. La mujer ha estado orientada al ámbito doméstico y ha desempeñado el rol de cuidadora. Con su incorporación al mundo laboral, su disponibilidad para encargarse de estos roles ha disminuido.

También hemos recopilado información sobre el sistema informal de cuidados y las desigualdades desde la perspectiva de género. Tras realizar la revisión bibliográfica sabemos que existen desigualdades de género en la prestación de cuidados informales, siendo la mujer la que en la mayoría de los casos presta los cuidados a las personas dependientes. Muchas mujeres realizan dos jornadas laborales, una de forma remunerada y otra en el hogar, sin reconocimiento social ni remuneración económica. En el hogar, el género femenino es el que desempeña principalmente el rol de cuidador principal, y además, el resto de las tareas domésticas también son realizadas en su mayoría por las mujeres.

Sería interesante conocer las repercusiones que tiene el desempeño del rol de cuidador o cuidadora por parte de los abuelos y las abuelas de los menores, ya que este colectivo actúa como cuidador secundario de los niños y niñas menores, principalmente las abuelas maternas.

Otra línea de investigación futura podría ir encaminada al estudio del sistema informal de cuidados en otros países, en los cuales sea el Estado el proveedor principal de los cuidados y la familia la colaboradora. Tras recopilar la información podría realizarse un estudio comparativo respecto a las consecuencias que tiene el desempeño del rol de cuidador o cuidadora en estos países y en España.

52 NYOLA nº 88

#### Bibliografía:

- Boix, C., García, E., González, M., Orueta, R., Párraga, I., Rodríguez, J. et al. Nuevas demandas de la población. Revista Clínica de Medicina de Familia 2005; 1(I): 32-38.
- Duran, M. Las demandas sanitarias de las familias. Gaceta Sanitaria 2004; 18(1): 195-200.
- Martínez, J. Cuidados informales en España. Problemas de desigualdad. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI 2003; 1(II): 275-288.
- García-Calvente, MM. Cuidados de salud, género y desigualdad. Comunidad 2012; 5: 3-4.
- García-Calvente, MM., Mateo-Rodríguez, I., Maroto-Navarro, G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gaceta Sanitaria 2004; 18(II): 83-92.
- Segura, N., Gómez, R., López, R., Gil, E., Saiz, C., Cordero, J. *El anciano dependiente y el desgaste físico y psíquico de su cuidador.* Revista Española de Geriatría y Gerontología 2006; 41(1), 15-20.
- García-Calvente, MM., Mateo-Rodríguez, I., Eguiguren, A. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gaceta Sanitaria 2004; 18(I): 132-139.
- Duran, M. La nueva división del trabajo en el cuidado a la salud. Política y sociedad 2000; 35: 9-3.
- Martínez, B., Díaz, M., Alonso, J., Calvo, F. *Evolución del envejecimiento poblacional y respuesta sociosanitaria*. Revista multidisciplinar de gerontología 2006; 16(I): 26-31.
- Artazcoz, L., Borrell, C., Merino, J., García-Clavente, M., Sánchez, J., Daponte, A., Cabrera, A., Esnola, S., Ramos et al. *Desigualdades de género en la salud: La conciliación de la vida laboral y familiar*. Informe SESPAS 2002; 73-90.
- García-Calvente, MM., Lozano, M., Eguiguren, A. *Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud.* Inguruak 2007; 44, 291-308.
- Santolaria, E., Fernández, A., Daponte, A., Aguillera, I. El sector productivo. Gaceta Sanitaria 2004; 18(I):24-30.
- Fernández, J., Tobío, C. Conciliar las responsabilidades familiares y laborales: políticas y prácticas sociales.
   Documento de trabajo 79/2005, 1-89.
- Artazcoz, L., Escriba-Agüir, V., Cortés, I. Género, trabajos y salud en España. Gaceta Sanitaria 2004; 18(II): 24-25
- Valderrama, M. (2006). El cuidado, ¿Una tarea de mujeres? Vasconia 2006; 35: 373-385.
- Borrell, C., García-Clavente, M., Martí-Boscá, V. El trabajo reproductivo o doméstico. Gaceta Sanitaria 2004; 18(I): 31-37.
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Bergiristáin, J., Valderrama, M., Arregi, B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género.
   Gaceta Sanitaria 2008; 22(V): 443-450.
- García-Calvente, MM., Delgado, A., Maroto-Navarro, G., Bolívar, J. El género como determinante de desigualdades en salud y en la utilización de los servicios sanitarios en Andalucía. Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía2008; 7:127-144.

#### **FE DE ERRATA**

En el artículo publicado en la revista Hygia de Enfermería nº 87 del tercer cuatrimestre del año 2014, titulado: Medidas para mejorar la continuidad asistencial en turnos de 12 horas. Por error no aparece la segunda autora del mismo, Dña. Manuela Aguilera Palomo, por lo que mediante esta fe de errata se notifica su autoría. Siendo los autores definitivos y en el siguiente orden: Don Juan Carlos Romero González, Dña. Manuela Aguilera Palomo y Dña. Rosa Valge Vargas.

## EL OFICIO DE MATRONA EN LA EDAD MEDIA: AFIANZAMIENTO DE UNA PROFESIÓN THE MIDWIFE'S TRADE IN THE MIDDLE AGE: CONSOLIDATION OF A PROFESSION

Mª Mercedes Arjona Cosano Enfermera Hospital Virgen de Valme, Sevilla.

#### Resumen:

Como toda profesión, el papel de las matronas ha ido variando con el paso del tiempo y, conjuntamente, al desarrollo de la sociedad. Resulta de gran importancia conocer la evolución de estas profesionales, pues ello nos permitirá comprender muchas de las circunstancias que han incidido en la conformación de la profesión tal y como hoy la conocemos.

En la elaboración de este artículo, nos hemos marcado como objetivo principal conocer la realidad de las matronas a lo largo de este periodo histórico, además de observar cómo se producen los cambios en esta profesión.

Hemos tratado de otorgar a la comunidad científica un documento que revise y englobe, brevemente, la importancia del papel de la matrona, haciendo especial hincapié en la época medieval. La metodología ha ido orientada a la realización de distintas búsquedas en diversas bases de datos electrónicas como Helvia, e-Spacio, Dialnet y Recolecta, utilizando palabras clave como "matrona" y "medieval".

#### Palabras clave:

Matrona, historia de la matrona, funciones de la matrona, Edad Media.

#### Abstrac:

Like any profession, the paper of the matrons has been changing with the passage of time and, together, to the development of the company. It's important to know the progress of these professionals, as this will allow us to understand many of the circumstances that have influenced the formation of the profession as we know it today.

For this article, our main objective is to know the reality of the matrons along this historical period, in addition to observing the changes that have occurred in this profession.

We have tried to give the scientific community to review and encompassing document briefly the importance of the role of the midwife, with particular emphasis on the medieval period. The methodology has been designed to carry out various searches of several electronic databases as Helvia, e-Spacio, Dialnet and Recolecta, using keywords like "matron" and "medieval".

#### Key words:

Matron, matron history, functions of the matron, Middle Age.

Artículo presentado en el XXIX Certamen Nacional de Enfermería 'Ciudad de Sevilla'

#### 1. INTRODUCCIÓN

Desde el comienzo de la Historia, la humanidad siempre ha estado preocupada por sus descendientes. Son numerosos los vestigios que nos han legado con el paso del tiempo que demuestran la anterior afirmación: escritos, estatuas de mujeres gestantes y/o diosas de la fertilidad, pinturas, etc., en el que se pueden apreciar a mujeres en estado de gestación, con el niño saliendo de su útero, o, simplemente, con el nuevo ser en su regazo.

Todo ello nos lleva a extraer la conclusión de que la obstetricia, encargada de la gestación, el parto y el puerperio, es un arte de gran recorrido histórico.

Etimológicamente, el término partera procedería del vocablo latino *obstetrix*, derivado del verbo obstare, que se traduciría como "estar al lado". Serían las mujeres que estarían al lado de la parturienta, a la cual auxiliaría en el proceso del parto.<sup>i</sup>

Este arte estuvo siempre en manos y conocimiento de las mujeres. Desde el principio, el hombre asumió el trabajo fuera del hogar, mientras que a la mujer le correspondió los cuidados de la familia.

En la misma Biblia podemos encontrar la labor que realizaban las parteras, en la que se explica la forma de parir de las mujeres hebreas, las cuales apoyaban las rodillas entre dos piedras (posición genuflexa o en cuclillas).<sup>ii</sup>

HYGİA

Otra de las primeras civilizaciones que han marcado nuestra historia fue la egipcia. Dicha civilización fue una de las más adelantadas a su tiempo, y, cómo no, también estudiaron la importancia del cuidado de las mujeres embarazadas y la asistencia al parto, algo que puede observarse en le papiro Ebers, el cual dedica gran parte a la obstetricia y ginecología (aceleración del parto cuando se dan problemas, características del llanto, forma de sujetar la cabeza...). Otro papiro, el de Westcar, de hace casi 4000 años, describe cómo calcular la fecha del parto, los instrumentos que pueden usarse para facilitar la labor de la matrona, etc.<sup>III</sup>

La civilización griega, irradiadora de nuevas formas de cultura y pensamiento, también influiría en la medicina. Así, las parteras y comadronas alcanzaron en la Antigua Grecia un gran prestigio. Incluso una ley ateniense destacó las atribuciones que se debía poseer para practicar dicho oficio: haber sido madre, y no estar en edad de procreación. Sin embargo, en el siglo VII a.C. se produjo un cambio trascendental: serían los hombres los que se encargarían de asistir los partos.<sup>iv</sup>

Los romanos, más adelante, sentarían las bases de lo que en un futuro sería la labor de matrona. Así, las mujeres que desempeñasen este oficio debían ser aprobadas en su arte. El parto era exclusivo de mujeres, siendo lo más natural que lo atendiese una mujer, la cual debería tener formación específica en el tema. Según el médico *Sorano* en su obra *De morbis mulierum*, los requisitos para ser matrona eran<sup>v</sup>:

- Saber leer y escribir, para comprender así este arte a través de la teoría.
- Haber sido madre por lo menos una vez, y no ser demasiado joven.
- Tener buena memoria, ser paciente, inspirar confianza, poseer una constitución fuerte y una mente sana.
- Dominar algunas ramas de la medicina como la farmacología, la quirúrgica y el conocimiento sobre plantas medicinales.

#### 2. CONTEXTO HISTÓRICO: POSICIÓN SOCIAL DE LA MUJER EN EL MEDIEVO

La Edad Media se desarrolla entre los siglos V y XV, estando su inicio normalmente asociado a la caída del imperio romano de occidente en el año 476 a.C. El final de esta época podría establecerse, en la Península Ibérica, en el año 1492, con el descubrimiento de América, el cual marca el tránsito a la modernidad.

Los historiadores han divido este periodo en dos etapas: la Alta y Baja Edad Media. En este periodo histórico se produce varios acontecimientos dignos de destacar. En primer lugar, en Europa se impone el feudalismo, un sistema de

gobierno donde existían unos estamentos privilegiados (nobleza y clero), y otros no privilegiados (campesinos, artesanos, etc.). El monarca gobernaba y reinaba sobre las tierras apoyándose en relaciones feudo-vasalláticas. La población se caracterizaba por unos altos índices de analfabetismo.

Asimismo, la religión cristiana se erigirá como la de mayor calado en esta época, derrocando al Islam, cuyo último reducto en occidente será el Reino Nazarí de Granada, conquistado por los Reyes Católicos en 1492.

La Iglesia Católica se situará como la única fuerza política y espiritual de Occidente, expresando un rechazo total hacia el conocimiento científico. Esto hizo que en este periodo se produjese una gran pérdida de los conocimientos generales de épocas anteriores. VI

Todo esto se tradujo en una sociedad homocéntrica, donde el hombre acumulaba todo el poder, haciendo a la mujer un ser sumiso. Ejemplos de esto serían:

- El "Derecho de pernada o derecho de primera noche", por el que un señor feudal podía disfrutar sexualmente de toda doncella, sierva de su territorio, recién casada con otro siervo suyo, antes que su propio marido.
- A la mujer no se le permitía elegir marido, sino que aceptaba el elegido por su padre.
- El marido podía matar a su esposa, si ésta había sido adúltera, después de perseguirla a latigazos, desnuda, a través del pueblo.
- La mujer sierva o esclava no podía casarse fuera del dominio de su señor feudal y, si lo hacía, sus hijos eran repartidos entre su señor y el de su marido.
- Se creía que los animales y demás seres sólo existían para servir al hombre y aquí se incluía a las mujeres, cuya única función era procrear.

La función de procrear en la mujer ya venía dada de tiempos más remotos. Sin embargo, en época medieval se vio acrecentada. La civilización europea valoró sobre todas las cosas la reproducción, algo que venía ligado a la gran mortalidad que se produjo en esta época, causada por hambrunas, guerras, epidemias, y que asoló en mayor medida al sector infantil.

En una sociedad gobernada por la masculinidad, la virtud más importante de la mujer fue la castidad. Surgieron debates sobre la necesidad de despojar al acto sexual de todo goce, y entenderlo como un deber de la mujer para con el marido, cuyo fin último sería la procreación. Así, las relaciones extramatrimoniales se concebían únicamente para los hombres, pues a las mujeres les acarrearían penas de escarnio o muerte. VII

Al fomentarse la reproducción, la anticoncepción estaba prohibida por la Ley, por la Iglesia y la sociedad, aunque se conoce que ésta se practicaba regularmente, tanto de forma preventiva como abortiva. Existieron numerosos métodos anticonceptivos: irrigaciones, purgaciones, utilización de la sal, la miel, el aceite, la brea, el extracto de menta y la semilla de col como espermicidas. Para provocar abortos se utilizó el plomo y el cornezuelo, pero eran muy peligrosos, pudiendo producir esterilidad en la mujer. Viii

Desde el punto de vista social, podríamos hacer una triple diferenciación en cuanto a la posición de las mujeres: la mujer noble, la campesina y la monja. La primera de ellas era la única que podía gozar de grandes privilegios y la que, si fuese posible, podría alcanzar un mayor reconocimiento. La campesina era la que sufrió las condiciones más duras tanto dentro como fuera de su hogar. Las religiosas alcanzarían mayor consideración, pues muchas de ellas entregaron su vida a Dios, para redimir sus pecados.

A pesar de todo ello, de que unas alcanzaran mayores privilegios que otras, siempre estuvieron a la sombra del hombre.

#### 3. ANÁLIS SOBRE EL ROL DE LAS MATRONAS

Si la mujer en esta época estaba sometida a los designios del hombre, y a las influencias de una poderosa religión, las matronas no escapaban a este sometimiento. En palabras de la doctora Mª Jesús Montes, las matronas estaban controladas en su actividad tanto por la Iglesia, más preocupada por las cualidades morales que por las destrezas técnicas, como por un médico, el cual no tenía los conocimientos necesarios para guiarlas en el proceso de alumbramiento.<sup>ix</sup>

El cristianismo se enfrentó a las parteras, con las que no comulgaban, pues su oficio estaba unido a la sexualidad, la reproducción y a cultos paganos. Según el profesor Conde, el oficio de parteras fue considerado degradante aunque necesario, e igualmente sucia la ayuda de los barberos cuando era necesaria una cirugía en el parto.<sup>x</sup>

Ya en el siglo XIII, se limitaría la actuación de las matronas. Las Cortes de Valladolid, dictarían ordenanzas para prevenir la mezcla de razas, prohibiendo a judías y moras, atender madres o hijos cristianos, y a éstas, criar niños de padres israelitas o sarracenos.

En este mismo siglo, el rey Alfonso X el Sabio incluyó en sus Siete Partidas, algunas actuaciones médicas de la matrona, la cual debería ocuparse de la atención de la madre durante la gestación y de la atención al niño, enumerando las cualidades que debía reunir la partera.xi

Hasta el siglo XV las comadronas poseían una alarmante deficiencia de conocimientos. Eran mujeres autodidactas,

que no tenían ninguna preparación, entrenamiento, ni educación especial. Ejercían el arte de la obstetricia siguiendo las normas empíricas recibidas por la tradición oral a través de las parteras más antiguas, y de su propia experiencia. Poseían gran habilidad en la forma de cuidar a la mujer embarazada, al recién nacido, los métodos anticonceptivos y abortivos disponibles, etc.<sup>xii</sup>

Sin embargo, todo ello cambiará a partir de este siglo, dando un giro importante en la profesión de matrona. A nivel europeo nace un movimiento interesado en regular la actividad de estas mujeres, intentando que eleven su formación. Facilitó tal proceso la invención de la imprenta, con lo que el conocimiento ya no sería exclusividad de la Iglesia.

La traducción de la obra por excelencia sobre obstetricia de Sorano, desencadenaría la publicación de numerosas obras sobre dicho tema. Así, en nuestro país se publicaron cuatro tratados de los siguientes autores: Damián Carbó (1541), Luis Lobera de Ávila (1551), Francisco Núñez de Coria (1580) y Juan Alonso Ruyzes de Fontecha (1606). Estas obras, todas ellas en lengua vernácula, fueron accesibles a toda la población.xiii

En esta época, donde la mayor parte de la población vivía en el ámbito rural, la matrona se adaptó a las condiciones sociales en las que practicaba su oficio. Así, existirían matronas más humildes, a menudo despreciadas, y con carencias en conocimientos empíricos y habilidad, que practicarían su arte en el medio rural. Por otro lado, se conoce la presencia de matronas de alto nivel, que asistirían a mujeres de la alta nobleza.xiv

El profesor Linares indica que en el siglo XV, se producirá una progresiva recuperación del estatus y prestigio social que habían perdido las matronas a comienzos de la Edad Media. Las matronas ocuparán lugares de privilegio y prestigio, pues muchas de ellas fueron llamadas a la Corte para que atendieran los partos de las reinas. Así, por ejemplo, la partera María Oto, en 1427 atendió a la reina María de Castilla de sus dolencias, otra matrona, Doña Quirce de Toledo, atendería a Isabel de Portugal, o, una matrona sevillana conocida por La Herradera asistiría a Isabel la Católica en el parto de su hijo Fernando.xv

En dicho siglo, comenzarán a desarrollarse en España referencias legales sobre la formación y práctica del oficio de matrona. Es por ello que se editaron cartillas las cuales resumían los conocimientos fundamentales, se realizarían prácticas demostrativas, etc.

A finales de la centuria, en 1498, los Reyes Católicos promulgaron una *Pragmática* que regulaba el ejercicio profesional de las matronas. La institución encargada de hacerla cumplir era, Real Tribunal del Protomedicato, que las examinaba y aprobaba. Este hecho demuestra la preocupación que sentía la Monarquía castellana por fijar unos niveles de conocimientos cuanto menos mínimos para que una mujer pudiera ejercer dicha práctica.<sup>xvi</sup>

La profesora Cuadri Duque incide en que existirían una serie de requisitos que debían poseer las matronas para poder examinarse: en Cataluña, debían tener 25 años cumplidos y haber practicado el oficio por lo menos dos años; en Aragón se requería 35 años, y ser cristianas viejas, sin mezcla de judíos ni moros; el Colegio de Madrid sólo admitían a mujeres casadas y, siempre, con el consentimiento del marido. XVIII

Además, entre las condiciones personales que una matrona tenía que cumplir se encontraría: perspicacia de las potencias racionales y de los sentidos externos, agilidad de todos los miembros, manos delgadas y tacto fino.xviii

En cuanto a las obligaciones, podrían resumirse en los siguientes puntos: aplicarse fielmente al ejercicio de su arte, no cooperar ni dar consejo para abortar, asistir a los pobres (mediante la beneficencia), no mandar medicamentos a las embarazadas sin consejo del médico, llamar al cirujano cuando fuese necesario, enseñar a las discípulas que quieran practicar con ella, y saber administrar el sacramento del bautismo, por lo que deberían ser honestas, de buena fama, y ni de corta ni de crecida edad.

Pese a todo este reconocimiento legal, a los requisitos, condiciones personales y obligaciones, la profesión de partera estaba mal remunerada. Existen datos que nos lleva a corroborar dicha afirmación: la matrona *Francina de Arano*, realizó una reclamación en la que solicitaba un sueldo por sus servicios, alegando "*ser pobre y ser su oficio necesario*". Se le reconoció un sueldo de 14 ducados al año. XIX

Aún así, las matronas fueron uno de los objetivos del Tribunal de la Inquisición, pues la Iglesia vio a estas mujeres muy cercanas a la magia y brujería. Acabarían siendo perseguidas, y muchas de ellas exterminadas en la hoguera, como, por ejemplo, Epifania de Domeño o Euphanie Macalvane.<sup>XX</sup>

La Inquisición llegó a catalogarlas en brujas blancas (comadronas sabias que practicaban sin maldad), y brujas negras (comadronas malvadas).

#### 4. FUNCIONES DE LAS MATRONAS

Las matronas alcanzaron gran importancia en época medieval. Podemos conocer sus funciones a través de los documentos y textos de la época. Las parteras mantuvieron dichas funciones durante los siglos sucesivos<sup>xxi</sup>:

- **a. Función asistencial.** Es la función básica y más desarrollada. Comprendía las siguientes acciones:
  - Asistencia al parto, y cuidados al niño recién nacido (baño y alimentación).
  - Asistencia a la mujer, en las enfermedades propias

del parto (hemorragias en el útero, prolapso uterino, etc.)

- Consejos sobre medidas anticoncepcionales. Esto les supuso que fuesen solicitadas a la hora de practicar abortos, y, por consiguiente, un enfrentamiento a la Iglesia.
- Realización de cesáreas, para extracción del feto.
   Dicha práctica sería desempeñada ya en el siglo XVI por los cirujanos comadrones.

Uno de los tratados médicos medievales sobre obstetricia más conocido fue el de Bernardo de Gordonio, titulado Lilio de Medicina, en el que se dedica un capítulo a las enfermedades de la mujer, en el que se incluye referencias al trabajo de las matronas, y a la forma de afrontar un parto por parte de dichas profesionales.

- b. Función jurídico-legal. La partera actuaba como perito ante el juez, siendo su palabra válida ante la Ley con carácter testificial. Su papel fue muy importante en la resolución pleitos sobre herencias, derechos de primogenitura, etc. Tanto Alfonso X el Sabio, como ya en el siglo XVI, Carlos V, destacaron la labor decisiva de esta función en las matronas.
- c. Función docente. El aprendizaje del oficio se hacía directamente junto a una experta, asumiendo ésta una función docente. Se ejercía habitualmente por tradición familiar o por relaciones de proximidad (madre, hija, nieta, sobrina...). Las parteras aprendían el oficio desde joven junto a sus familiares ya veteranas y comenzaban a sustituirlas paulatinamente conforme iban adquiriendo formación y destreza, hasta independizarse por completo. El aprendizaje se realizaba por transmisión repetitiva.
- d. Función religiosa. Esta función iría encaminada a la administración del bautismo condicionado, a los neonatos con dificultades o que habían tenido un parto difícil. Este tipo de bautismo sería posteriormente confirmado por el sacerdote o cura de la localidad en el caso de que el bebé sobreviviese. En muchas ocasiones la propia Iglesia no veía con buenos ojos estos bautismos, condenando a las matronas a la hoguera, denunciándolas como brujas o hechiceras.

Por esto, el trabajo de estas profesionales estaba marcado por el contexto social y cultural, en manos de una Iglesia Católica omnipotente. Su labor, en muchas ocasiones, iba unida a la superstición, magia y conocimientos científicos derivados de la propia experiencia en el oficio, y del legado recibido de sus antecesoras. Sin ellas no se entiende la profesión actual, pues se encargaron de dar cuidados especializados a otras mujeres, en unas sociedades donde la falta de recursos económicos junto a los condicionamientos geográficos y culturales, hacían valorar aún más la vida de los seres a su cargo.

#### 5. CONCLUSIONES

El oficio de matrona fue ejercido desde la Antigüedad y mayoritariamente por la mujer, hasta la finalización del periodo medieval.

La Edad Media fue una época oscura, en el que el papel de la mujer fue meramente secundario, y marcado por numerosas dificultades.

Las matronas tampoco tuvieron un camino fácil. En el siglo XV serían objetivo del Tribunal de la Inquisición, el cual mediante autos de fe, las juzgaban y condenaban a la hoguera. Sin embargo no debemos quedarnos sólo con este trasfondo, ya que el tránsito a la Modernidad marcó la profesionalización del arte de partear, pues, además de los conocimientos prácticos que ya poseían las matronas, se las dotó de unos conocimientos teóricos gracias a la invención de la imprenta al regular la actividad de estas mujeres, intentando que elevaran su formación. En esto ayudó la creación de la imprenta para la traducción y publicación de numerosas obras sobre dicho tema. Con todo ello, se producirá una progresiva recuperación del estatus y prestigio social que habían perdido las matronas a comienzos de la Edad Media.

Aclarar que a excepción de algunas que poseían buena posición y pudieron beneficiarse de estos cambios seguía existiendo otro grupo, las que seguían manejando la medicina natural a través de los conocimientos empíricos recibidos por tradición.

La matrona acompañaba, aconsejaba, apoyaba y como no es un proceso exento de fallos, vigilaba que todo saliera bien y no se desviase de la normalidad. Hemos de comentar han ejercido otras funciones muy útiles para sociedades pasadas además de la asistencial, nos referimos a la jurídico-legal, docente y religiosa.

A pesar de todas las vicisitudes que han sufrido las matronas, debemos destacar que su papel fue decisivo para la mujer, fundando las bases de la enfermería siendo esta imprescindible para ejercer la profesión de matrona.

Pienso que es necesario mirar hacia atrás porque no debemos olvidar de dónde venimos para valora el papel tan duro que tuvo la mujer en esta época, pero con constancia, sacrificio y la pasión que se tenía a esta profesión, se ha dado paso a una evolución que nos ayuda a conocer hacia dónde nos dirigimos.

#### Bibliografía:

- i Arjona Cosano, Mª M.: Evolución histórica de la Beneficencia, Revista Arte Arqueología e Historia, 19 (2011), pp. 347-353
- Conde Fernández, F.: Parteras, comadres, matronas: evolución de la profesión desde el saber popular al conocimiento científico. Arrecife, Academia de Ciencias e Ingenierías de Lanzarote, 2011.
- Fajardo Flores, C.: *Historia de las Matronas desde sus orígenes hasta nuestros días*. Crónicas de Enfermería (Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja), 32 (Febrero 2013), pp.9-17.
- iv Ibídem.
- Linares Abad, M.: Mujeres matronas, un recorrido por la Historia con perspectiva de género, I Congreso Virtual sobre Historia de las Mujeres, 2009.
- vi Conde Fernández, F.: Op. Cit.
- vii Trillo Sanjosé, C.: Mujeres, familia y linaje en la Edad Media, Universidad de Granada, Granada, 2004.
- viii Montes De Oca Sicilia, Ma. P.: De casamientos, parteras y abortos, Revista Algarabía, junio 2013.
- Montes Muñoz, Mª J.: Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. Tarragona, 2007, Pp. 26-28.
- x Conde Fernández, F.: Op. Cit.
- xi García Martínez, M. J., García Martínez, A. C.: Las funciones de la matrona en el mundo antiguo y medieval. Una mirada desde la historia. Matronas Prof. 2005; 6(1): pp. 11-18.
- xii Linares Abad, M.: Op. Cit.
- xiii Montes Muñoz, Mª J.: Op. Cit.
- xiv Linares Abad, M.: Op. Cit.
- xv Linares Abad, M.: Op. Cit.
- xvi Cuadri Duque, Mª J.: "Antecedentes históricos de la formación de matronas", HIADES Revista de la Enfermería, números 5-6, 1998-1999.
- xvii Ibídem
- xviii Arjona Cosano, Mª M.: Op. Cit.
- xix Fajardo Flores, C.: Op. Cit.
- xx Ibídem.
- xxi García Martínez, M. J., García Martínez, A. C.: Op. Cit.

HYGİA

## USO Y APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN UNA HERIDA ABDOMINAL Y SACRA. CASO CLÍNICO

- Gema Rubio Gallardo
- Eva Mª Jurado Alba
- Rubén Núñez Carmona DE. Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

#### Resumen:

Los cuidados enfermeros, al igual que otras actividades profesionales del sistema sanitario, están sujetos a numerosas prácticas en constante evolución. Es necesario en nuestro día a día, la adquisición y actualización de conocimientos y el desarrollo de habilidades, actitudes e inquietudes.

En la Unidad de Cirugía Digestiva del Hospital Virgen de Valme de Sevilla se implantó el uso de la Terapia de Presión Negativa como herramienta para la curación y resolución de heridas abiertas. En este trabajo describimos la importancia y las ventajas en la labor curativa que supuso para el personal de enfermería el uso de esta técnica, mediante la implantación de dicha terapia y el posterior seguimiento en la planta de hospitalización, en el caso de un paciente con herida abdominal abierta y escara sacra.

#### Palabras clave:

Sistema de Presión Negativa, herida abdominal, escara sacra, tejido de granulación, olor, dolor, exudado, curación.

#### Abstract:

Nursing care, like other health care professionals activities are subject to numerous evolving practices. It is necessary in our daily life, the acquisition and updating of knowledge and development of skills, attitudes and concerns.

In Digestive Surgery Unit of the Hospital Virgen de Valme of Seville was implemented using Negative Pressure Therapy as a tool for healing and resolution of open wounds. In this paper we describe the importance and benefits in healing work that led nurses to use this technique by implementing such therapy and subsequent follow-up in the ward, in the case of a patient with wound open abdominal sacral bedsore.

#### Key words:

Negative pressure system, abdominal wound, sacral bedsore, granulation tissue, odor, pain, exudate, healing.

#### INTRODUCCIÓN

En nuestro ámbito de trabajo diario nos encontramos en numerosas ocasiones determinados planteamientos terapéuticos que conllevan un riesgo importante para el bienestar del paciente, acompañado por un gran gasto económico y humano. Los profesionales de enfermería que nos planteamos este proyecto desarrollamos nuestra labor asistencial en la Unidad de Cirugía Digestiva del Hospital Virgen de Valme de Sevilla, donde se está poniendo en práctica esta técnica, que pasaremos a matizar.

Hemos recopilado toda la información disponible en nuestro servicio junto al registro de datos in situ, en colaboración constante con el resto del personal de enfermería, supervisión de enfermería y personal facultativo de cirugía.

Recibimos enfermos procedentes de los Servicios Especiales Quirúrgicos con heridas cuya finalidad terapéutica es muy compleja. Durante su estancia, nos podemos enfrentar a la aparición de determinadas complicaciones que dificultan un correcto cierre de la herida. Por esto, es preciso recurrir a otra técnica como es el tratamiento del abdomen abierto.

El objetivo de nuestro trabajo es explicar y mostrar cómo a través de la aplicación del Sistema de Presión Negativa V.A.C.® Therapy® (PNT) se ha promovido la cicatrización de una herida abdominal en un ambiente húmedo y cerrado, favoreciendo la eliminación de exceso de fluidos, estimulando el tejido de granulación y permitiendo la colocación de un injerto abdominal.

Debido a la presencia de dehiscencia abdominal, traumatismo, infecciones o síndrome compartimental abdominal, el tratamiento del abdomen abierto supone un reto clínico importante para los profesionales y conlleva un riesgo significativo de mortalidad.

Las ventajas de dejar el abdomen abierto frente a cerrarlo son:

- Menor riesgo de necrosis de la pared abdominal asociada al cierre forzado.
- Mayor libertad de movimientos del diafragma.
- Reducción de la presión abdominal (al reducir el edema

y la cantidad de líquido intraperitoneal) para evitar el síndrome compartimental abdominal.

- Reducción de la carga bacteriana y las infecciones por anaerobios (al impedir la contaminación del abdomen abierto).

También debemos de tener presente que pueden aparecer complicaciones como:

- Formación espontánea de fístulas en las asas del intestino expuestas.
- Riesgo de evisceración y de grandes pérdidas de líquidos y proteínas.
- Riesgo potencial de contaminación de la herida.

Existen varias estrategias de tratamiento del abdomen abierto. Entre las diferentes soluciones al problema de colocar apósitos en el abdomen abierto, la terapia con PNT se utiliza como tratamiento de primera línea. Éste es eficaz porque tiene las ventajas de la técnica del abdomen abierto y además de evitar muchas de las complicaciones anteriormente citadas.

El tratamiento con PNT en abdomen abierto nos plantea una serie de aspectos positivos:

- Reduce el riesgo de síndrome compartimental.
- Reduce la incidencia de formación de fístulas quirúrgicas.
- Incrementa la probabilidad de que se consiga el cierre primario, evitando así la necesidad de cirugía reconstructiva.
- Permite colocar a los pacientes de frente para mejorar la respiración, porque el sistema estabiliza la pared abdominal, lo cual es necesario para la dinámica diafragmática.
- Disminuye la mortalidad con respecto al tratamiento convencional.
- Se minimiza la carga bacteriana y las infecciones por anaerobios.

En este caso el paciente durante su estancia hospitalaria presentó UPP en sacro, requiriendo así tratamiento de heridas múltiples con un conector en Y en el tubo del contenedor. (Ver figura 3)

#### CASO CLÍNICO

Varón de 77 años que acude a urgencias por cuadro presincopal que se acompaña de dolor abdominal que irradia hacia la zona lumbar.

Presenta inestabilidad hemodinámica y analíticamente presentaba leucocitosis, así como una mínima elevación de la urea y la creatinina.

Se practica TC que pone de manifiesto un gran aneurisma de la aorta infrarrenal roto con hematoma retroperitoneal contenido, junto con otras dos formaciones

aneurismáticas, en la arteria iliaca izquierda no complicadas. Se decide tratamiento endovascular del mismo colocándose prótesis aortoiliaca derecha con extensión hasta la bifurcación iliaca, quedándose ésta permeable, se excluye la arteria iliaca izquierda y se realiza un bypass femoro-femoral.

A las 24 horas presenta empeoramiento multiorgánico, donde se objetiva una rectosigmoiditis isquémica realizando de urgencias



 Fig.1. Colocación de Bolsa de Bogotá previo a colocación de terapia VAC<sup>®</sup>.



▲ Fig. 2. Terapia VAC®



▲ Fig. 3. Conexión en Y

60 NYOLA nº 88

intervención quirúrgica de Hartmamn y cierre de la laparotomía sobre Bolsa de Bogotá (fig.1).

Durante su estancia en UCI (dos días después) se decide cambiar Bolsa de Bogotá por dispositivo VAC® y así se reduce la contaminación bacteriana (fig.2). Estuvo con la TPN durante 15 días con unas presiones iniciales de 125 mmHg de manera continuada cada 48 horas manteniendo unos niveles de exudados de 400-500cc cada 24 horas. Se analiza dicho exudado aislándose un Gram negativo, por lo que al paciente se le comienza a administrar tanto antibioterapia, como analgesia para controlar el dolor.

Tras 3 semanas de Tratamiento con la Terapia VAC® y mejoramiento multiorgánico, se puede lograr el cierre con malla bicapa de celulosa más prolene (PROCEED®).

En este último postoperatorio desarrollo isquemia de los bordes cutáneos con exposición de la malla y escara sacra grado IV por decúbito prolongado. Tras un mes en UCI pasa a nuestra unidad de cirugía digestiva.

#### VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Varón, de 77 años, con antecedentes de IAM hace 14 años,HTA, dislipemia, ortopnea y colecistectomía. No hábitos tóxicos. Ingresa en el Hospital con diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal roto. Después de un ingreso prolongado y complejo en UCI llega a planta con herida abdominal, escara en zona sacra y úlcera por presión en talón derecho.

Está casado y vive con su mujer en un pueblo de la provincia de Sevilla. Pensión económica por jubilación. Ha dedicado la mayor parte de su vida a trabajar en el campo. Tienen 9 hijos, todos mayores y emancipados, y con los que guarda una estrecha relación.

Su esposa de 76 años, es la cuidadora principal durante todo su ingreso. Es diabética en tratamiento con antidiabéticos orales, con cifras de glucemia dentro de los límites normales. Manifiesta interés por aprender. Durante el ingreso adquiere conocimientos y habilidades suficientes sobre el proceso de enfermedad de su marido.

La valoración de enfermería es realizada al ingreso en la unidad de Cirugía Digestiva. La recogida de datos se ha basado según el modelo de patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

Durante su ingreso presenta episodios de dificultad respiratoria que coinciden con los primeros esfuerzos después de su prolongada estancia en UCI (incorporarse, sentarse al sillón...).

Presenta una inadecuada relación peso/talla, con un sobrepeso de +\_ 20 kg. Toma una dieta triturada sin sal, debido a la dificultad para masticar los alimentos, a pesar de usar prótesis dental. Durante su estancia en el hospital presenta poco apetito, ha llegado a perder aproximadamente 10 kg. Su dieta era complementada con batidos de alto contenido en proteinas. Ingesta escasa de líquidos.

Tiene colocada sonda uretral debido a inestabilidad de función renal y hemodinámica. Portador de colostomía. El paciente sufre estreñimiento crónico por lo que precisa la administración de laxantes habitualmente. En el hospital se le proporciona lactitol.

Previo al ingreso era independiente para realizar las actividades de la vida diaria. Disponía de una calidad de vida que le permitía salir a la calle, caminar y hacer una vida normal. Debido a la estancia prolongada en UCI presenta una debilidad generalizada, con incapacidad para realizar cualquier movimiento. Hay un deterioro evidente de la circulación de MMII con aparición de edemas Es tratado por un fisioterapeuta a diario. Vida sillón-cama.

Duerme 8-9 horas por la noche; su sueño es tranquilo e ininterrumpido. Precisa medicación para dormir (Loracepam 5 mg.) Dormita a ratos durante el día.

Orientado en tiempo y espacio. Importante dificultad para el aprendizaje. Presenta hipoacusia y ceguera lo que dificulta aun más el aprendizaje y la comunicación con el enfermo. No expresa lo que siente, tampoco muestra temor ni preocupación por su situación. Se queja de dolor durante la realización de las curas.

Pasa el tiempo acostado o sentado en una butaca, sin apenas distracciones, aunque siempre en compañía de su familia que es su apoyo más importante. Tiene dificultades para establecer una relación con su entorno, posiblemente en relación con su ceguera y su hipoacusia (relacionados con accidente laboral en el año 1986). Los conocimientos sobre su enfermedad son escasos o prácticamente inexistentes. Muestra desinterés sobre la evolución de su proceso, así como sus cuidados.

Cuando le pedimos que describa su estado de salud contesta con monosílabos o da respuestas muy cortas "estoy bien". No opina ni participa en aspectos relacionados con su proceso y por supuesto tampoco toma decisiones que tengan que ver con ello, aunque no parece considerar como problema su incapacidad para afrontar su situación actual. No referiere creencias ni prácticas religiosas.

Durante su hospitalización se le aplican diferentes escalas para valorar la autonomía para las actividades de la vida diaria y el riesgo de aparición de úlceras por presión.

Indice de Barthel: 5= dependencia total. Escala de Norton: 9= alto riesgo de UPP. Escala Zarit: 53= sobrecarga moderada. EVA: 7= dolor intenso.

De forma esquemática presentamos resumen de los datos obtenidos en la valoración de enfermería siguiendo los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon (Tabla 1).

HYGİA

PATRONES FUNCIONALES	MANIFESTACIONES DEPENDENCIA	MANIFESTACIONES INDEPENDENCIA	
1. PERCEPCIÓN, MANEJO DE LA SALUD	Paciente no participa en sus cuidados ni en toma de decisiones	No se observan	
2. NUTRICIONAL, METABÓLICO	Poco apetito. Complementos dietéticos. Líquidos escasos. Herida abdominal. Escara en zona sacra. UPP talón derecho.	No se observan	
3. ELIMINACIÓN	Sondaje vesical Colostomía	No se observan	
4. ACTIVIDAD, EJERCICIO	Dependencia en todas las actividades vida diaria	No se observan	
5. SUEÑO, DESCANSO	Toma Loracepam 5 mg.	Sueño reparador	
6. COGNITIVO-PERCEPTUAL	Ceguera, hipoacusia. Dificultad aprendizaje Dolor	Orientado en espacio y tiempo	
7. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO	Desinterés por su proceso de enfermedad	No se observan	
8. ROL- RELACIONES	Dificultad en relacionarse con su entorno	Apoyo familiar importante	
9. SEXUALIDAD	No se observan	No se observan	
10. ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS	No se observan	No se observan	
11. VALORES-CREENCIAS	No prácticas religiosas	No se observan	

#### ▲ Tabla 1

#### PLAN DE CUIDADOS

Hemos tomado como referencia los diagnósticos de enfermería, los criterios de resultado e intervenciones según la taxonomía NANDA, NIC y NOC relacionados con la herida y con la visión integral del paciente.

#### OBJETIVOS DE LA TERAPIA VACR

Dirigidos a la herida abdominal:

- Facilitar la granulación del tejido y unir los bordes de la herida.
- Controlar el contenido abdominal
- Eliminar el exudado y los materiales infecciosos.
- Facilitar el prendimiento de la piel y el injerto de tejido.

#### Dirigidos a la UPP:

- Facilitar la granulación del tejido.
- Proporcionar un entorno de cicatrización cerrado y húmedo.
- Eliminar el exudado y los materiales infecciosos.

#### Dirigidos a ambas lesiones:

- Control del dolor.
- Permitir la movilización del enfermo.

#### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- Riesgo de infección (00004)
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico (00078)

- Dolor agudo (00132)
- Riesgo de cansancio del rol del cuidador (00062)
- Deterioro de la integridad cutánea (00044)
- 1. Riesgo de infección (00004) r/c procedimientos invasivos.

#### NOC

- Curación de la herida por segunda intención (1103).
  - Indicadores:
- Necrosis (110311)
- Piel macerada (110311)
- Secreción serosanguinolenta (110306)Secreción sanguinolenta (110305)
- Estado nutricional del paciente (1004).
  - Indicadores:
- Ingesta de nutrientes (100401)
- Hidratación (100411)
- Ingesta alimentaria (100402)

#### NIC

- Control de infecciones (6540)
- Cuidados de la herida (3660)
- 2. Manejo inefectivo del régimen terapéutico (00078) r/c déficit de conocimientos m/p elecciones de la vida diaria

ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención.

#### NOC

- Conducta de cumplimiento (1601)
  - Indicadores:
- · Acepta el diagnóstico del profesional sanitario (160104)
- Comunica seguir la pauta (160103)
- Busca ayuda externa para ejecutar la conducta sanitaria (160109)
- Conocimiento del régimen terapéutico (1813)
  - Indicadores:
- Descripción de la medicación prescrita (181306)
- Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual (181302)

#### NIC

- Modificación de la conducta (4360)
- Ayuda en la modificación de si mismo (4470)
- 3. Dolor agudo (00132) r/c intervención quirúrgica m/p expresión verbal, nerviosismo y dificultad para el descanso. NOC
- Control del dolor (1605)
  - Indicadores:
- Reconoce el comienzo del dolor (160502)
- Utiliza los analgésicos de forma apropiada (160505)
- Refiere síntomas incontrolables al profesional sanitario (160507)
- Nivel de ansiedad (1211)
  - o Indicadores:
- Trastorno de los patrones del sueño (121129)
- Inquietud (121105)

#### NIC

- Administración de analgésicos (2300)
- Manejo del dolor (1400)
- Escucha activa (4920)
- **4. Riesgo de cansancio del rol del cuidador** r/c falta de descanso y distracción del cuidador.

#### NOC

- Apoyo familiar durante el tratamiento (2609)
  - o Indicadores:
- Los miembros de la familia expresan deseo de apoyar al miembro enfermo (260901)
- Colaboran con el miembro enfermo en la determinación de los cuidados (260910)
- Los miembros de la familia animan al miembro enfermo (260907)
- Preparación del cuidador principal domiciliario (2202)
   Indicadores:
- Voluntad de asumir el papel de cuidador familiar (220201)
- Conocimientos sobre el papel de cuidador familiar (220202)

#### NIC

- Apoyo al cuidador principal (7040)
- Fomentar la implicación familiar (7110)
- 5. Deterioro de la integridad cutánea (00044) r/c humedad, encamamiento e intervención quirúrgica m/p destrucción de las capas de la piel.

#### NOC

- Curación de la herida por segunda intención (1103)
  - Indicadores:
- Granulación (110301)
- Formación cicatriz (110320)
- Piel macerada (110311)
- Disminución del tamaño de la herida (110321)

#### NIC

- Cuidados de las heridas (3660)
- Vigilancia de la piel (3590)

## PAUTAS SEGUIDAS EN HERIDA ABDOMINAL ABIERTA Y SACRO

Las curas, tanto de la herida abdominal como la sacra, se llevan a cabo cada 48 horas, bajo técnica estéril, limpiando el lecho con solución salina y desbridando siempre que aparece tejido fibrótico. A continuación se aplican apósitos grandes Granufoam<sup>®</sup> (Apósito Abdominal V.A.C.<sup>®</sup> Granufoam<sup>®</sup>), a una presión continua de 125 mm Hg. (según las recomendaciones técnicas).

En la herida sacra se sigue el mismo procedimiento, una vez que se ha realizado el desbridamiento quirúrgico, utilizando el conector en Y, para el tratamiento de ambas heridas simultáneamente (fig. 3).

#### PLAN DE ACTUACIÓN, EVOLUCIÓN Y SEGUI-MIENTO DE LA HERIDA ABDOMINAL

#### Días de evolución 1 a 10.

Se observa en el fondo de la herida malla Proceed<sup>®</sup> con unas medidas 26x16 cm. En la zona lateral derecha presenta una tunelización de 3 cm. Es una herida profunda, que abarca tejido celular cutáneo, ligamentos y músculo. Presenta tejido fibrótico en tercio superior e inferior de la herida, con bordes muy separados e irregulares.

Las características del exudado son de color y consistencia serohemática, con débito entre 150-200 cc./24 horas.

Durante la realización de las curas refiere dolor severo con una intensidad en en escala de valores numéricos (EVN) de 8, que cede siendo tratado con analgésicos y relajantes musculares previos a las curas.

#### Días de evolución 11 a 20.

En un nuevo abordaje de la herida y con el fin de eliminar el tejido fibrótico que aparece en la imagen (fig. 6), se lleva

HYGİA

a cabo desbridamiento quirúrgico. El aspecto de la herida ha mejorado, con crecimiento moderado del tejido de granulación, disminuyendo la profundidad de la herida. Los bordes continuan con irregularidades, aunque se aprecia una aproximación de los mismos. Las medidas son 24x14 cm y 2 cm de profundidad. Desaparece la tunelización transcurridos estos 15 días, quedando cubierto de tejido de granulación.

El color de la herida es rosado y el exudado es de aspecto serohemático con un débito aproximado de 150 cc/ 24 horas. Por tanto, se decide mantener la misma presión de aspirado (125 mm Hg). Disminución del olor de la herida. El dolor sigue siendo intenso, con una puntuación de 8 en la escala EVN.

# POJ SAN

▲ Fig. 4. Aspecto previo a la cura

#### Días de evolución 20 a 35.

A los 20 días de iniciar tratamiento con PNT se observa un disminución en la separación de los bordes. El tejido de granulación es prácticamente del 97% con una desaparición casi total del tejido esfacelado (3%).

Conserva la misma longitud, aproximadamente 24 cms., y una anchura de 14 cms. Hay una disminución muy evidente de la profundidad de la herida pasando de 3 cms. a 1,5 cms. Todavía se observa la malla de Proceed<sup>®</sup> que está cubierta de una fina capa de tejido.

El drenaje guarda las mismas características, es abundante de aspecto serohemático, con una cantidad aproximada de 150 cc./24 h. No se percibe mal olor.

Los bordes aunque irregulares, están más definidos.

La piel adyacente a la herida continua intacta sin presentar signos de maceración. No edemas perilesionales.

Durante la realización de la cura el paciente sigue manifestando dolor con una intensidad de 6.Se sigue con el mismo procedimiento (tratamiento farmacológico con analgésicos).

#### Días de evolución 35 a 55.

A los 36 días, se observa un crecimiento y presencia de tejido de granulación, que abarca el 100% de la superficie. La malla de Proceed® está cubierta por una capa más gruesa de tejido rojizo de granulación. Se aprecia una retracción en los bordes .Las dimensiones aproximadas son: longitud 20 cms., anchura 10 cms. profundidad 1 cm.

El exudado es más claro y su débito ha disminuido hasta 40-50 cc/24 h.

No presencia de edemas ni signos de maceración perilesionales.

Dolor más controlado, con una puntuación de 3 en la escala EVN.

Continúa manteniendo una presión de 125 mm Hg, en el modo continuo.



▲ Fig. 5. Tras realización de cura con terapia V.A.C.®



Fig. 6. Aspecto de la herida tras 15 días de evolución.



Fig. 7. Imagen previa a la realización de la cura



▲ Fig. 8. Tras realización de cura con terapia V.A.C.®



Fig. 9. Presencia de tejido de granulación en la herida.

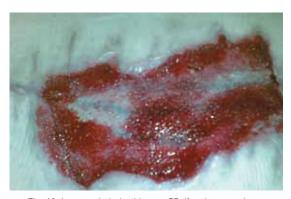


Fig. 10. Imagen de la herida tras 55 días de tratamiento



Fig. 11. Injerto cutáneo abdominal

#### Días de evolución 55 a 70.

Tras 55 días de terapia, la herida ha seguido una evolución muy satisfactoria, sin presentar complicaciones de ningún tipo. Como se observa en las imágenes la malla de Proceed<sup>®</sup> está cubierta en su totalidad por tejido rojizo de granulación.

Los bordes son prácticamente regulares. Las medidas aproximadas son: longitud 16 cm.,ancho 9 cm,; la profundidad ya no es cuantificable ya que prácticamente se encuentra a nivel de la piel no lesionada (fig. 10).

El exudado es sanguinolento, de menor cantidad, escaso.

El dolor es inexistente, no necesitando analgésicos posteriores a la cura.

En este momento se considera que la zona está preparada para la realización del injerto cutáneo, por lo que se decide retirar terapia V.A.C.  $^{(8)}$  y el injerto se efectúa sin ningún tipo de rechazo (figuras 11 y 12).

## PLAN DE ACTUACIÓN, EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA HERIDA SACRA

De forma paralela al proceso abdominal, y como consecuencia de una serie de factores que predisponen al desarrollo de lesiones por presión, el paciente desarrollará durante su prolongada estancia hospitalaria una **úlcera sacra** de estadío IV, de evolución tórpida y complicada. Resulta imposible realizar un cierre directo de la misma, por lo que se decide iniciar terapia de presión negativa en esta zona, recurriéndose al novedoso sistema de conexión en Y, que consiste en conectar los tubos de las dos zonas con heridas (*fig. 13*).

Con el fin de evitar daños en la superficie sacra se realiza un puente de esponja con Granufoam $^{\circledR}$  que evite el exceso de presión en dicha zona. Se llama también técnica de reposamiento (fig. 14).

Se lleva a cabo de la siguiente manera:

Protegemos la piel intacta con una pieza de VAC® Drape® y otra barrera de piel, como un film adhesivo transparente permeable al vapor.

Se coloca un apósito de esponja que recorre desde la zona sacra hasta el trocánter mayor del fémur, estando todas las piezas de esponja en contacto directo entre sí.

Colocamos almohadilla y conexiones de SensaT.R.A.C $^{\tiny{\circledR}}$  en una posición central.

#### Días de evolución 1 a 10.

El paciente es trasladado a quirófano dadas las dimensiones y características adquiridas por la lesión sacra, para desbridamiento quirúrgico bajo anestesia locoregional con técnica de Friederich, consiguiendo la completa extirpación del tejido necrosado, recortando los bordes de la úlcera y llegando a tejido sano.

La herida presenta muy mal aspecto. Longitud aproximada 16 cm, anchura 16 cm y profundidad de 5 cm. Llegando a tejido óseo. El tejido desvitalizado supone un 70% del total de la lesión. Los bordes son irregulares. El exudado es serohemático de contenido abundante. La piel perilesional está muy enrojecida y macerada. Presencia de edema alrededor de la zona afectada. El dolor es muy intenso, puntuación 8 en escala EVN, cediendo con analgesia pautada. Olor fuerte presente en el momento de la cura. (Fig. 15)

#### Días de evolución 11 a 25.

En general la lesión presenta una aspecto aceptable, con un tejido de granulación del 70% y presencia de fibrina en un 30%. La longitud alcanza los 13 cm., anchura 10 cm y profundidad 4 cm.

Los bordes son regulares, con presencia de sangrado.

El exudado es serohemático, con un débito abundante.

La piel adyacente a la lesión está enrojecida y poco macerada. Se incian medidas preventivas para detener posibles complicaciones de esta zona.

El paciente refiere dolor intenso, puntuación 6 en escala EVN, precisando analgésicos posteriores a la realización de cura. (Fig. 16)

#### Días de evolución 26 a 35.

Día 27 PNT en sacro. La herida continua evolucionando favorablemente. Presenta aspecto rojizo, sangrado a la manipulación. Bordes bien definidos, regulares, con aumento del tejido de granulación. En extremo superior derecho y zona media de la lesión quedan restos de tejido fibroso (aproximadamente un 10%), en menor proporción.

#### **RESULTADOS ENFERMEROS AL ALTA**

DX ENFERMERÍA	NOC	INDICADORES	LIKERT	LIKERT INGRESO	LIKERT ALTA
Riesgo infección (00004)	Curación herida por 2ª intención	* Secreción     serosanguinolenta     * Piel macerada	Extenso: 1 Ninguno: 5 Extenso: 1 Ninguno: 5	1 3 moderado	H. Abdominal: 5 H. sacra: 3 H. Abdominal: 5 H. sacra: 4
Manejo inefectivo del régimen terapéutico (00078)	Conducta de cumplimiento (1601)	* Comunica seguir la pauta (160103)      * Busca ayuda externa (160109)	Nunca demostrado: 1 Siempre demostrado: 5 Nunca demostrado: 1 Siempre demostrado: 5	2 raramente demostrado	3
Dolor agudo ( 00132)	Control del dolor (1605)	Reconoce el comienzo del dolor (160502)      Utiliza los analgésicos de forma apropiada (160505)	Nunca demostrado: 1 Siempre demostrado: 5 Nunca demostrado: 1 Siempre demostrado: 5	2	2
Riesgo de cansancio del rol del cuidador (00062)	Preparación del cuidador principal domiciliario (2202)	Voluntad de asumir papel de cuidador familiar (220201)      Conocimiento sobre el papel de cuidador familiar (220202)	Inadecuado: 1 Completamente adecuado: 5 Inadecuado: 1 Completamente adecuado: 5	2	5
Deterioro de la integridad cutánea (00044)	Curación de la herida por 2ª intención (1103)	* Granulación (110301)  * Formación de cicatriz	Ninguno: 1 Extenso: 5 Ninguno: 1 Extenso: 5	1	H. Abdominal: 5 H. sacra: 4 H. Abdominal: 5 H. sacra: 3

▲ Tabla 2.



▲ Fig. 12. Injerto cutáneo abdominal prendido



▲ Fig. 13. Uso del conector en Y



▲ Fig. 14. Puente de Granufoam®



▲ Fig. 15. Imagen UPP sacra en los primeros 10 días de evolución.

El resto es tejido de crecimiento. Conserva la misma longitud y anchura, aunque menor profundida. Las características del exudado son idénticas, con un débito de 100-150 cc/ 24 h. Disminución de la intensidad del olor.

La zona perilesional sigue enrojecida y macerada. (Fig. 17)

Se mantiene un presión de 125 mm Hg de forma continua

#### Días de evolución 35 a 75.

A los 64 días de haber iniciado VAC® Therapy® en sacro el tejido de granulación supone el 100% de la zona afectada. Retracción en los bordes y disminución del tamaño de la lesión en todas sus dimensiones. El exudado es escaso y sanguinolento. En la zona que rodea la herida ha desaparecido el enrojecimiento y la maceración, llegándose a observar incluso el tejido cutáneo nuevo que rodea la lesión. Olor ausente. Dolor, aún presente en el momento de las curas que cede con analgesia administrada. (Fig. 18)

A los 3 meses de su ingreso en nuestro servicio, la herida abdominal está cerrada y la herida sacra ha evolucionado satisfactoriamente; clínicamente el paciente está estable por lo que se decide su alta hospitalaria. El paciente porta sonda vesical y colostomía, siendo la familia instruida en el manejo de ambos dispositivos. La enfermera de enlace se encarga de asesorar y gestionar todos los recursos necesarios para facilitar la comodidad del paciente en su domicilio.

A continuación resumimos de forma esquemática cómo se han desarrollado los objetivos enfermeros marcados durante su estancia en la unidad. (Tabla 2.)

#### **RESULTADOS**

Tras 2 meses de terapia VAC<sup>R</sup> se observa una evolución muy favorable de la herida abdominal disminuyendo la zona de lesión en todas sus dimensiones, desaparece el tejido fibroso, las características del exudado mejoran, en cantidad, olor pasando a tener un aspecto sanguinolento. Todos estos aspectos contribuyen a fomentar el tejido de granulación a un 100% sobre malla Proceed<sup>R</sup>, preparando la herida para la realización del injerto cutáneo, siendo un éxito.

De igual forma la herida sacra mejora notablemente pasando de un estadio IV a un estadio II. Dada la complejidad del enfermo y de sus características, derivamos al paciente a la enfermera de enlace que se encargará de gestionar todos los recursos necesarios para su curación en domicilio. Aunque su calidad de vida ha cambiado notablemente (previo al ingreso era una persona autónoma para sus cuidados e independiente) podemos decir que su situación clínica al alta es aceptable, necesitando ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria.

Pese a los malos resultados asociados a las heridas abdominales abiertas y la alta tasa de mortalidad hemos comprobado que el tratamiento con PNT presenta ventajas frente a otras técnicas tradicionales. El tratamiento con PNT debe considerarse un componente importante más del tratamiento global de la herida y antes de administrarlo hay que definir sus objetivos y las situaciones en las que habrá que interrumpirlo.

#### CONCLUSIONES

Cuando se plantea el uso del tratamiento con PNT para una herida no solo hay que tener en cuenta su eficacia en la cicatrización de la lesión; hay una serie de aspectos ajenos al proceso curativo que a priori deben tener el mismo peso en nuestro planteamiento como son la capacidad del paciente para tolerar el tratamiento, si constituye el método más coste-efectivo y más eficaz desde el punto de vista clínico para alcanzar los objetivos terapéuticos definidos y la disponibilidad o no del personal especializado y equipos, que también pueden influir en que el tratamiento con PNT se use de forma apropiada o no.



▲ Fig.17. Evolución tras 30 días.



▲ Fig.16. UPP sacra tras 20 días de tratamiento.



 Fig. 18. Aspecto de la herida sacra a los 65 días de tratamiento.

#### Bibliografía:

- J.L.Balibrea Cantero. Patología Quirúrgica. Editorial Marbán. Madrid. 2002.
- Principios De Cirugia. Volumen I. F. Charles Bruncardi. Editorial Mc Graw Hill-Interamericana. 8ª Edición. 2005.
- Topical Negative Pressure: Advanced Management Of The Open Abdomen.2003-2004.
- V.A.C. Therapy Tm.Aplicación En Cirugía General. Asociación Española De Cirujanos/Kci Clinic Spain.
- V.A.C. Therapy. Guía Clínica. Referencia Para Facultativos. Kci. The Clinical Advantage. 2007.
- Nanda. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones Y Clasificación. Editorial Elsevier. Madrid. 2009-2011.
- Mccloskey Dochterman J., Bulechek G., Johnson M., Butcher H., Maas M., Swanson E., Moorhead M. Interrelaciones Nanda, Noc Y Nic. Diagnósticos Enfermeros, Resultados E Intervenciones. 2ª Edición. Editorial Elsevier. Madrid. 2007.
- Clasificación De Resultados De Enfermería (Noc). Moorhead S., Johnson M., Maas M., 4ª Edición. Editorial Mosby. Madrid. 2009.
- Clasificación De Intervenciones De Enfermería (Nic). Mccloskey Dochterman J., Bulechek G., Butcher H.. 5<sup>a</sup> Edición. Editorial Mosby. Madrid. 2009.
- Barrachina Bellés L., Enfermería Médico-Quirúrgica, Generalidades, Editorial Masson, Barcelona, 2000.
- Kozier B., Erb G., Blais K., Johnson J., Temple J.. Técnicas De Enfermería Clínica. Volumen 2. 4ª Edición. Mcgraw Hill-Interamericana. 1999.
- Swearingen P. Manual De Enfermería Médico-Quirúrgica. Intervenciones Enfermeras Y Tratamiento Interdisciplinarios. 6ª Edición. Editorial Mosby. Madrid. 2008.
- Moffat C.J., Soldevilla Ágreda J.J., Gustafsson R.. Ewma. Documento De Posicionamiento: La Presión Negativa Tópica En El Tratamiento De Heridas. Londres: Mep Ltd, 2007.

68 NYOLA nº 88

## LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN APLICADAS A LA PRÁCTICA OBSTÉTRICA THE NEW TECHNOLOGIES OF INFORMATION AND COMMUNICATION APPLIED TO OBSTETRIC PRACTICE

María Isabel Fernández Aranda Matrona del Hospital Virgen del Rocío (Sevilla)

#### Resumen:

Las necesidades de salud de la población de mujeres embarazadas deben de ser satisfechas con el uso de tecnologías adecuadas, la evolución de las nuevas tecnologías de la información está generando una revolución en el proceso de comunicación matrona – gestante.

Con este artículo y la encuesta que se presenta pretendemos delimitar cuáles son los temas que más preocupan a las gestantes en este nuevo entorno. La matrona debe tomar conciencia de ello y adquirir nuevas habilidades y hábitos para ser referente en este proceso de comunicación en cuanto al acceso a información veraz y contrastada.

#### Palabras clave:

Matronas; educación para la salud; maternidad; tecnologías de la información y comunicación.

#### Abstract:

The health needs of the population of pregnant women should be satisfied with the use of appropriate technologies, the development of new information technologies is creating a revolution in the communication process midwife - pregnant.

With this article and the survey presented intend define what issues most concern to pregnant women in this new environment. The midwife should be aware of this and acquire new skills and habits to be reference in this communication process in terms of access to accurate and verified information.

#### Key words:

Midwifery; health education; motherhood; information and communication technologies.

#### INTRODUCCIÓN Avances en las TICS

Las TICS (Tecnologías de la Información y la comunicación) agrupan todos aquellos sistemas y técnicas que se utilizan en el tratamiento y la transmisión de la información principalmente en los campos de la información y las telecomunicaciones. El concepto de TIC varía según va avanzando la tecnología pero en general se aplica a una amplia generalidad de elementos que favorecen la comunicación y el intercambio de información en nuestro mundo.

El desarrollo de la informática y las telecomunicaciones durante el siglo XX y sobre todo la aparición de Internet han generado un impacto brutal en todos los ámbitos que afectan al ser humano. En el año 2011 el 30 % de la población mundial tiene acceso a Internet (2.100 Millones de seres humanos) en España se estima que son casi 27 millones de personas con acceso a Internet y 9,9 millones de viviendas familiares con ordenadores con conexión a la red de redes. El uso de las TIC no para de crecer y extenderse, sobre todo en los países ricos. Desde la agricultura y la gestión global del medioambiente a la democracia participativa pasando por el comercio electrónico, la gestión de la bolsa, la telemedicina, los usos militares, sin olvidar la ayuda que prestan a las personas discapacitadas,

las TIC van ocupando un lugar principal en nuestra vida y el funcionamiento de nuestra sociedad.

Los avances en las TICS han llegado también al área de la salud y su aplicación ayuda a los profesionales sanitarios en el proceso de la toma de decisiones mejorando el acceso, consulta y análisis de información relevante. El sistema apunta a un medicina proactiva, con un paciente mas activo e informado y centrado en la prevención y cuidado de su enfermedad. El nuevo modelo facilitará y aumentará la eficiencia del sector y contribuirá a la sostenibilidad del sistema. Estos indudables beneficios en nuestro trabajo nos llegan en dos formatos:

- 1. e-salud
- 2. e-participacion

e-salud en un término que se utiliza para la práctica de la medicina y la salud pública con el apoyo de las tecnologías de la información (sobre todo Internet). Se utiliza mas comúnmente en referencia a la utilización de dispositivos de comunicación móviles, tales como teléfonos móviles, tablets PC y PDA para los servicios de salud e información. La e-salud se puede aplicar en tres modalidades diferentes; telemedicina, telediagnóstico y la m-salud.

Entendemos por **telemedicina** el sistema basado en redes de comunicaciones, intra o extrahospitalaria que permite al

personal sanitario prestar asistencia remota a los pacientes desde su domicilio, reduciendo los desplazamientos al mínimo y mejorando el seguimiento de su salud y la gestión de los recursos.

Mediante esta tecnología podemos realizar un seguimiento (con la frecuencia que estime el médico) de la enfermedad mediante la toma de constantes vitales. Se trata de evitar sobre todo la descompensación de estos pacientes, evitando así ingresos hospitalarios y visitas a urgencias.

Controlar la toma de medicación, obtener información sobre la enfermedad de forma rápida y tener un contacto directo con el personal sanitario, de este modo, el paciente puede seguir con precisión el tratamiento establecido por su Médico /DUE, informando diariamente de su estado de salud de forma electrónica.

Mediante el telediagnóstico, basado en los mismos sistemas de comunicaciones, el personal sanitario puede recibir soporte remoto de otro Médico/DUE/Matrona. Ambos sistemas tienen muchas ventajas permitiendo obtener información actual y al mismo tiempo aumentar la productividad de los centros. Actualmente se están desarrollando proyectos para el diagnóstico precoz del cáncer de piel y en el campo de la telemedicina a domicilio existen proyectos para la gestión de pacientes crónicos a domicilio monitorizando a un grupo de pacientes con dispositivos de telemedicina.

El campo de la salud móvil (m-salud o m-Health) se ha convertido en un subsegmentos de la e-salud. Las aplicaciones de m-salud (mediante apps) incluyen el uso de dispositivos móviles en la consulta de los datos clínicos, la entrega de información al personal sanitario, investigadores y pacientes y el seguimiento en tiempo real de los signos vitales del paciente.

El término "app" es una abreviatura de la palabra inglesa "application", es decir, una app es un programa informático diseñado como herramienta para permitir a un usuario realizar uno o dos tipos de trabajos pero con unas características distintas. Se refieren sobre todo aplicaciones destinadas a tablets o a teléfonos móviles del tipo smartphone y suelen ser más dinámicas que los programas tradicionales al ser su instalación instantánea.

La llegada de estas aplicaciones para móviles han revolucionado nuestro día a día, constantemente aparecen aplicaciones para medicina que permiten a los usuarios contar con una ayuda complementaria (nunca sustitutiva) de los

cada

Ted

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellettooth

Sellett

Fig. 1. Nube de palabras de las TICS en la sanidad

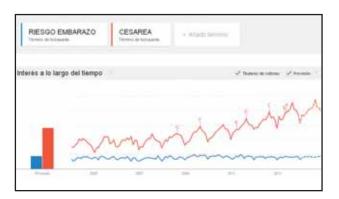
consejos y recomendaciones de los profesionales sanitarios. El uso de las apps en el ejercicio de nuestra profesión podría hacerse imprescindible dado el potencial que presenta para acceder a información en tiempo real no solo del paciente sino de protocolos, algoritmos de actuación, gráficas y fármacos contenida no sólo en el móvil sino accesible directamente por internet.

Recientemente investigadores del Instituto Maimónides de investigación biomédica (IMIBIC) vinculados al Hospital Reina Sofía de Córdoba han creado junto a miembros de la Escuela Politécnica de la Universidad de Córdoba una aplicación para dispositivos móviles denominada PADMED con el objetivo de servir de apoyo a los profesionales médicos. Este software dispone de información de más de 80 patologías prevalentes, protocolos y algoritmos de actuación, una calculadora médica e información sobre fármacos en situaciones de Emergencia.

En el campo de la Obstetricia estas aplicaciones nos ofrecen ventajas importantes, no solo incluyen herramientas para nuestro uso como la rueda gestacional sino también otras informaciones que facilitan nuestra labor como educadores de la mujer gestante. Software como Gestograma o uno de los más completos como "The Wheel" nos proporcionarán automáticamente datos como la edad gestacional estimada, fecha estimada de parto, información sobre fármacos, peso fetal, longitud del fémur, etc. Además pueden guardar información del embarazo y tienen múltiples opciones de cálculo así como (algunos de ellos) conexión on-line con BD médicas que nos proporcionarán información obstétrica actualizada y en tiempo real. Finalmente, llamaremos e-participación a aquellos procesos que facilitan y potencian la intervención directa de los implicados en la toma de decisiones, y en la generación de alternativas, mediante la apertura de canales participativos que empleen las TIC.

#### OBJETIVOS Y MÉTODO

El objetivo de este trabajo es analizar los cambios que las tecnologías de la información están provocando en el proceso de comunicación matrona — gestante y detectar los principales problemas que se empiezan a vislumbrar. Como podemos intuir, las transformaciones que se avecinan en nuestra profesión en cuanto a la relación con las gestantes son importantes y están llegando e implantándose rápida-



▲ Fig. 2. Evolución del número de búsquedas en internet

mente en nuestra gestión diaria. Pero ¿cómo afectan realmente las TICS a nuestros pacientes?, para orientarnos nos enfocamos directamente en las necesidades de nuestros clientes, ¿qué demandan las gestantes de nosotros en el marco de las TICS?

El trabajo es un estudio descriptivo que analiza las expectativas que un grupo de embarazadas tiene respecto a la información que las autoridades sanitarias les facilitan.

La población de estudio que se ha tomado para la muestra está integrada por 30 mujeres embarazadas o con hijos recién nacidos con edades inferiores a 1 año y el período de recogida de la información fue de marzo -2013 y Agosto – 2013. La encuesta se ha realizado en el Centro de Salud de Hinojosa del Duque (Zona Básica Córdoba Norte), este centro carece de matrona y las labores formativas de las gestantes las realiza actualmente una enfermera.

#### **RESULTADOS**

A continuación reproducimos las preguntas que se realizaron a las usuarias del servicio en el Centro de Salud y los resultados obtenidos.

- ¿Está satisfecha con la información que sobre su embarazo le facilita su Centro de Salud?, ¿es suficiente?
  - a. Muy satisfecha (10%)
  - b. Satisfecha (30%)
  - c. Insatisfecha (60%)
- 2. ¿Dónde busca información cuando tiene una duda sobre su embarazo?
  - a. Médico de familia (33%)
  - b. Matrona (0%)
  - c. Familiares y amigos (20%)
  - d. Internet (47%)
- 3. ¿Con qué frecuencia visita a su ginecólogo?.
  - a. > 1 mes (70%)
  - b. 15 a 30 días (20%)
  - c. < 15 días (10%)
- 4. ¿Con qué frecuencia consulta Internet?.
  - a. Diariamente (80%)
  - b. Semanalmente (13%)
  - c. Mensualmente (7%)
- ¿Considera que la información que obtiene en Internet le es útil en su embarazo?

- a. Muy útil (33%)
- b. Útil (66%)
- c. No me vale (0)
- 6. ¿Sabe las actuaciones que realiza su centro de salud para salvaguardar la información de su proceso?
  - a. Si (5%)
  - b. No (95%)
- 7. ¿Consulta a menudo foros y chats sobre su embarazo?
  - a. Si (83%)
  - b. No (17%)
- 8. ¿Seguiría los consejos y/o remedios que le ofrecieran en los foros?
  - a. Si (60%)
  - b. No (30%)
  - c. Depende (10%)
- 9. ¿Consulta información sobre fármacos en Internet?
  - a. Si (83%)
  - b. No (17%)
- 10. ¿Cree que es fiable esa información sobre fármacos?.
  - a. Si (67%)
  - b. No (33%)

La encuesta pone de manifiesto que las gestantes o madres de bebes menores de 1 año tienen 4 inquietudes principalmente:

- El exceso de información existente en internet y el escaso o nulo control o guía para su consulta.
- 2. La preocupación por la confidencialidad de la información que dan a su centro de salud.
- 3. La aplicación de fármacos recomendados en páginas web y blogs sin conocimientos adecuados.
- 4. La falta de una matrona que les ofrezca cuidados e información veraz y actualizada.

#### DISCUSIÓN

## La necesidad de información de la gestante y la confidencialidad de la información

La mujer desde el momento mismo de la concepción comienza a tener miedos y dudas y su necesidad de información es satisfecha rápida y fácilmente mediante el uso de Internet. Esta forma de acceso a la información favorece el intercambio de experiencias entre gestantes pero al mismo tiempo dificulta la identificación de la credibilidad de la fuente de información. Realizando una simple búsqueda en Google nos damos cuenta del volumen de información de que disponemos:

"Embarazo"

Aproximadamente 49.800.000 resultados (0,27 segundos) "Cesárea"

Aproximadamente 2.110.000 resultados (0,25 segundos)

La información que proporciona Google o cualquier buscador carece del filtro adecuado para adaptar la misma a la persona que la solicita. Podemos definir infoxicación como la intoxicación por información excesiva, mal filtrada o no adecuada a la persona que la busca, cuando una persona está preocupada por un problema de salud propio o de alguien cercano su nivel de alerta es mayor y será más sensible a la información que reciba, es decir, magnificará el contenido de la misma. Esto suele venir acompañado de más stress en el caso de que la información recibida no sea adecuada en cantidad, forma o claridad.

A día de hoy lo más recomendable es usar filtros humanos y éste es el rol que debe tomar la matrona. Hasta la total implantación de las nuevas tecnologías, los especialistas abogan por la implicación del personal de obstetricia para educar a las gestantes en cómo optimizar la visita médica antes de acudir a la cita con la matrona.

Debemos fomentar empezar la búsqueda de información en una página web especializada, previamente verificada la información que contiene. A partir de aquí y según las necesidades y evolución del embarazo y/o las necesidades de mayores conocimientos se optará por fomentar la lectura de libros con una pequeña bibliografía recomendada.



Mediante los libros, la información se procesa más lentamente y mejor, se separa lo necesario de lo superfluo y se elige lo verdaderamente importante. Sobre todo, creemos que las actuaciones de la matrona deben de apuntar a tres direcciones:

- 1. Enseñar a las mujeres a discernir qué tipo de información publicada en internet es fiable.
- 2. Informar a las mujeres sobre páginas web que contrasten científicamente la información que publican.
- 3. Conseguir que las mujeres no inicien ninguna práctica referente a su embarazo recomendada en internet sin consultar con su matrona.

Como personal sanitario debemos potenciar el acceso a la tecnología de la información, pero siempre de forma complementaria a la educación para la salud transmitida por la matrona.

Confidencialidad de la información sanitaria en la era digital

La digitalización de los datos sanitarios de las gestantes genera dudas en tres campos principalmente; la privacidad de esos datos, su fiabilidad y la responsabilidad en su utilización.

Existe una legislación aplicable que poco a poco se va quedando obsoleta al ser mas rápidos los avances en tecnologías de la información que las revisiones de los textos legales. Un importante problema que aparece en este sentido es el uso de registros clínicos de las gestantes con o sin el consentimiento expreso del paciente. En este punto la matrona de atención primaria adquiere un importante rol de gestora de información reservada colisionando dos principios: el derecho de cada paciente a que sus datos sean secretos frente al beneficio potencial que tiene para la sociedad el análisis de dichos datos y la obtención de conocimiento.

En el caso de la telemedicina y el telediagnóstico las responsabilidades legales son incluso más amplias al intervenir en el proceso elementos incontrolados o difíciles de controlar. Aunque el peso de este control recae en la Administración que tiene la responsabilidad de conseguir que las nuevas tecnologías se utilicen de forma óptima, el papel de la matrona es clave en el proceso de recogida y gestión de la información de la gestante.

Como consecuencia de nuestro código deontológico, las matronas estamos obligadas al cumplimiento del deber de secreto sobre la información médica que manejamos pero en la actualidad desde que el paciente accede a una clínica hasta que vuelve a su domicilio sus datos pasan por multitud de personal no sanitario.

Las directrices que se tienen que seguir para hacer efectivo el deber de secreto están recogidas en la Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de protección de datos de carácter personal junto con la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En cumplimiento de la LOPD, todas las clínicas en el sector privado deben adoptar los procedimientos de recogida, almacenamiento, cesión, conserva-



▲ Fig. 3. Apps Padmed pantalla general

ción y cancelación de la información que contiene datos de salud.

Por otro lado, todas las personas no sanitarias que puedan tener acceso a los datos de las gestantes deben firmar un documento de confidencialidad mediante el que se comprometen a utilizar los datos a los que tengan acceso sólo para las finalidades necesarias para el correcto cumplimiento de sus funciones laborales, así como a guardar secreto incluso después de terminada la relación laboral. Esta información debe ser facilitada a las gestantes para conseguir una respuesta positiva y confiada a la hora de recoger información de interés clínico.

Fármacos en Internet.

Proliferan en la red webs que aconsejan abundantes sustancias homeopáticas y/o fármacos que en ésta o aquella ocasión sirvieron para solucionar una determinada molestia o aliviaron unos vómitos más frecuentes de lo normal.

En cuanto a la administración de fármacos durante el embarazo sin prescripción médica siguiendo indicaciones / recomendaciones de blogs o similares debemos ser rotundos y claros; nunca sin la supervisión de un profesional cualificado. Una actitud dubitativa en este aspecto puede traernos mas inconvenientes que beneficios.

#### CONCLUSIONES

El avance de las nuevas tecnologías móviles es imparable y su aplicación a la sanidad nos ofrece una serie de ventajas que no podemos desaprovechar como profesionales sanitarios.

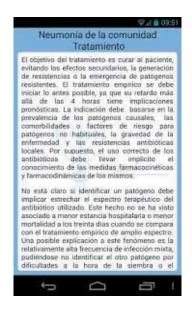
Las gestantes nos demandan mayor cantidad y calidad de información y es crítico que sepamos aconsejarlas con la tranquilidad de consultar datos verificados por un profesional cualificado.

Debemos anticiparnos tomando una actitud proactiva a esta demanda de información facilitando recursos fiables para que la gestante resuelva en todo momento las inquietudes que presenta su nuevo estado de mujer gestante.

La seguridad y confidencialidad de los datos que manejamos debe de estar asegurada en todo momento, bien por la administración bien por la entidad privada que los gestiona, en este tema debemos exigir su estricto cumplimiento para evitar conflictos futuros.

El nuevo entorno tecnológico al que nos vamos a enfrentar nos exige tomar una actitud proactiva y desarrollar personalmente nuevas competencias como gestoras de información y conocimiento para gestionar adecuadamente el proceso asistencial del paciente.

La mejora de competencias informáticas, la capacidad de interpretación de datos, la gestión, análisis y filtrado de información masiva y el mejor uso de herramientas de comunicación junto con una mayor inteligencia emocional y social se configuran como las herramientas más eficaces para la matrona del siglo XXI.



▲ Fig. 4. Apps Padmed Tratamientos



▲ Fig. 5. Apps Padmed Algoritmos

#### Bibliografía:

- A.A.V.V., Tecnologías de la información en la educación, Madrid, Anaya Multimedia, 1999.
- Ballestero, Fernando, La brecha digital. El riesgo de exclusión en la Sociedad de la Información, Madrid, Fundación AUNA, 2002.
- Nuevas tecnologías aplicadas a la educación. Barcelona, Síntesis, 2000.
- Fernandez Aranda, María Isabel y Rodriguez Núñez, Miguel Ángel, Tecnologías de la información en la práctica Obstétrica, Guía para matronas. Almería, Círculo Rojo, 2013.
- González Boticario, Jesús y Gaudioso Vázquez, Elena, Aprender y formar en Internet, Madrid, Thomson-Paraninfo, 2001.
- Litwin, Edith (comp.), Tecnologías educativas en tiempos de Internet, Buenos Aires, Amorrortu Ediciones, 2005.
- Martínez Sánchez, Francisco (comp.), Redes de comunicación en la enseñanza: las nuevas perspectivas del trabajo cooperativo, Barcelona, Paidós, 2003.
- Monereo, Carles (coord.), Internet y competencias básicas. Aprender a colaborar, a comunicarse, a participar, a aprender, Barcelona, Editorial Graó, 2005.
- Orihuela, José Luis, La revolución de los blogs. Cuando las bitácoras se convirtieron en el medio de comunicación de la gente, Madrid, La Esfera de Los Libros, 2006. Parte del contenido de la obra (los enlaces) está disponible en //eCuaderno//, el blog del autor.
- Palomo López, Rafael, Ruiz Palmero, Julio y Sánchez Rodríguez, José, Las TIC como agentes de innovación educativa, Sevilla, Junta de Andalucía, Consejería de Educación, 2006. Disponible en PDF.
- Pavón Rabasco, Francisco, Educación con Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación, Sevilla, Kronos, 2001.
- Trenchs Parera, Mireia (ed.), Nuevas tecnologías para el autoaprendizaje y la didáctica de las lenguas, Lleida, Editorial Milenio, 2001.
- Valverde Berrocoso, Jesús, Manual práctico de Internet para profesores, Albacete, Moralea, 2001.
- Zarandieta Morán, Francisco Y Zarandieta Morán, José Antonio, La educación por Internet. Edición 2003, Madrid, Anaya Multimedia, 2002.

### Normas de estilo para la publicación en Hygia de Enfermería

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

#### **NORMAS**

1. Los trabajos que se proponen para su publicación en Hygia de Enfermería: Deben ser originales, inéditos, no aceptados ni enviados simultáneamente para su consideración en otras revistas. En el caso de que el trabajo se haya presentado en alguna Jornada, Congreso o evento similar se deberá indicar el nombre completo del congreso, fechas y lugar de celebración, así como su forma de presentación (póster, comunicación oral o ponencia). También si se ha publicado en el resumen del libro oficial del congreso, estimando que en el caso que fuera el texto completo no se consideran inéditos.

- 2. Los autores deben indicar si han recibido financiación y si pudiera existir un conflicto de intereses.
- No se aceptarán más de seis autores por trabajo, excepto si viene justificada su autoría y aportación personal de cada uno de ellos.
  - 4. Los autores deben obtener autorización previa para:
  - a) Presentar datos o figuras íntegras o modificadas que va havan sido publicadas.
  - b) Publicar fotografías que permitan la identificación de personas.
  - c) Mencionar a las personas o entidades que figuren en los agradecimientos.
- 5. Los autores renuncian tácitamente a los derechos de publicación, de manera que los trabajos aceptados pasan a ser propiedad de la revista Hygia de Enfermeria.

Para la reproducción total o parcial del texto, tablas o figuras, es imprescindible solicitar autorización del Consejo de Redacción y obligatorio citar su procedencia.

6. El Consejo de Redacción de la revista Hygia de Enfermeria propondrá a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del correspondiente original. En estos casos, los autores deberán remitir el original con las modificaciones propuestas en un plazo no superior a seis meses; en caso contrario, el Consejo de Redacción no podrá garantizar su publicación.

7. Los autores deben aceptar todas las normas de la revista Hygia de Enfermería. El Consejo de Redacción de la revista Hygia de Enfermería no asume responsabilidades derivadas de las afirmaciones realizadas en los trabajos, ni el falseamiento o incumplimiento de las presentes normas.

#### **TIPOS DE ARTÍCULOS**

Se pueden proponer los siguientes tipos de trabajos:

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

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

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

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

#### PREPARACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán elaborarse siguiendo las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas disponible en:

http://www.icmje.org.y encontrándose traducida al castellano en:

http://www.fisterra.com/recursosweb/mbe/vancouver.htm.

Se recomienda a los autores que lo revisen con consultas y lecturas antes del envío o presentación de los manuscritos.

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

#### PRESENTACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

1. Se indicarán en el orden gue aquí se cita los siguientes datos:

En primera página, fuera de paginación.

- a) título del artículo tanto en castellano como en inglés.
- b) nombre de pila completo y apellidos de cada uno de los autores, profesión y centro de trabajo en su caso.
- c) centro/s donde se ha realizado el trabajo.
- d) nombre, dirección de correo electrónico y teléfono del autor responsable para la correspondencia.
- e) financiación total o parcial del estudio si existiese (conflicto de intereses).
- f) si se ha presentado como ponencia, comunicación oral, póster, etc. en algún congreso.

II. Resumen y palabras clave

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

Resumen.

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

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

III. Texto

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

Introducción:

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

Material o Personas y Métodos/Caso Clínico/ Observaciones:

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

Resultados:

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

Discusión y Conclusiones:

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

#### IV. Agradecimientos

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

#### V. Bibliografía.

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

Ejemplos:

Artículos de revistas Autor/es Personal/es:

Míguez A., Muñoz D., Sánchez J. Vendaje e inmovilizaciones con yeso. Hygia de Enfermería 2007; 65 (XIV): 11-19. Con siete o más autores (citar los seis primeros y añadir et el )

Autor Corporativo:

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

Libro Completo:

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

Capítulos de libros

Gómez de la Cámara A. Medicina basada en al evidencia.

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

Artículo en Internet:

Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Efectividad de la atención compartida en el punto de enlace entre la atención primaria y especializada en el tratamiento de enfermedades crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxtord:

Update Software Ltd.[Acceso 10 Sep 2007] Disponible en:

http://www.update-software.com.

VI. Tablas

Figuras y Tablas: Se numerarán de forma correlativa con números arábicos y según el orden de aparición en el texto. Deben servir de complemento al texto y no de repetición. Las tablas llevarán el título en la parte superior y con nota a pie, necesaria para su meior comprensión.

Se entienden por figuras: fotografías, gráficas, hojas de valoraciones, esquemas, etc. Las fotografías seleccionadas deberán ser de buena calidad para mejorar su reproducción; en el dorso llevarán una flecha indicando la parte superior.a

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





Una cosa es decir que trabajamos en PRO de los profesionales. Otra es hacerlo:

## Cuenta Expansión PRO.

## Te abonamos el 10% de tu cuota de colegiado\*.

manteni

de devolución de tus principales recibos domésticos, hasta un máximo de 20 euros al mes.

la tarieta de crédito v de débito por titular y autorizado.

Más de

oficinas a tu servicio

Al fin y al cabo, somos el banco de las mejores empresas. O lo que es lo mismo, el banco de los mejores profesionales: el tuyo.

Llámanos al 902 383 666, identificate como miembro de tu colectivo, organicemos una reunión y empecemos a trabajar.

sabadellprofessional.com

La Cuenta Expansión PRO requiere la domiciliación de una nómina, pensión o ingreso regular mensual por un importe mínimo de 700 euros. Se excluyen los ingresos procedentes de cuentas abiertas en el grupo Banco Sabadell a nombre del mismo titular. Si tienes entre 18 y 25 años, no es necesario domiciliar ningún ingreso periódico. \*Hasta un máximo de 100 euros anuales por cuenta, con la cuota domiciliada. \*\* TAF 0%



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



#### **PREMIOS**

PRIMERO: 3.600 € SEGUNDO: 1.800 € TERCERO: 1.200 € Accésit ENFERMERÍA JOVEN: 1.000 €

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**

- 1. **DENOMINACIÓN**: Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla"
- 2. 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 1.000 n. 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 expresemente en el sobre cerrado el lema: "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla. Accésit Enfermería Joven".
- DOTACIÓN: La dotación económica será de 3.600€ para el trabajo premiado en primer lugar; 1.800€
  para el premiado en segundo lugar y 1.200€ para el premiado en tercer lugar y Accésit Enfermería
  Joven 1.000€.
- 4. 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, mecanografiados a doble espacio por una sola cara y encuadernados. Incluirán en separata un resumen de los mismos, no superior a dos páginas.
- 5. CONCURSANTES: Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de Graduado o Diplomado
- 6. JURADO: Será Presidente del Jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales representará: al Colegio de Sevilla, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y cuatro Vocales del profesorado de la Facultad de Enfermería o sus unidades docentes y centros adscritos. Todos los miembros del Jurado serán Graduados o Diplomados en Enfermería.

Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El Jurado será nombrado anualmente.

- 7. 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, nº 20-Acc. (41005 Sevilla), en sobre cerrado con la indicación "XXXI CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA CIUDAD DE SEVILLA". No llevarán remite ni ningún otro dato de identificación.

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.

- 10. PROPIEDAD DE LOS I RABAJOS: Los trapajos que se presentan en el certamen quedaran en propiesar del Colegio de Enfermeria 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 "XXXI Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 11. TITULAR DEL PREMIO: Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer

Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el 31 de octubre de 2015. Los premios serán comunicados a sus autores o primer firmante nor el Secretario del jurado, mediante correo certificado.

El fallo del jurado se hará público el día 15 de diciembre de 2015.



#### PREMIOS 2014

1º Carmen Lupión Mendoza (Sevilla) 2º Juan Miguel Martínez Galiano (Jaén) 3º Mª del Rosario Martínez Jiménez (Sevilla) Accésit Enfermería Joven: Cristina de Andrés San Cristóbal (Madrid) Patrocina Sabadell