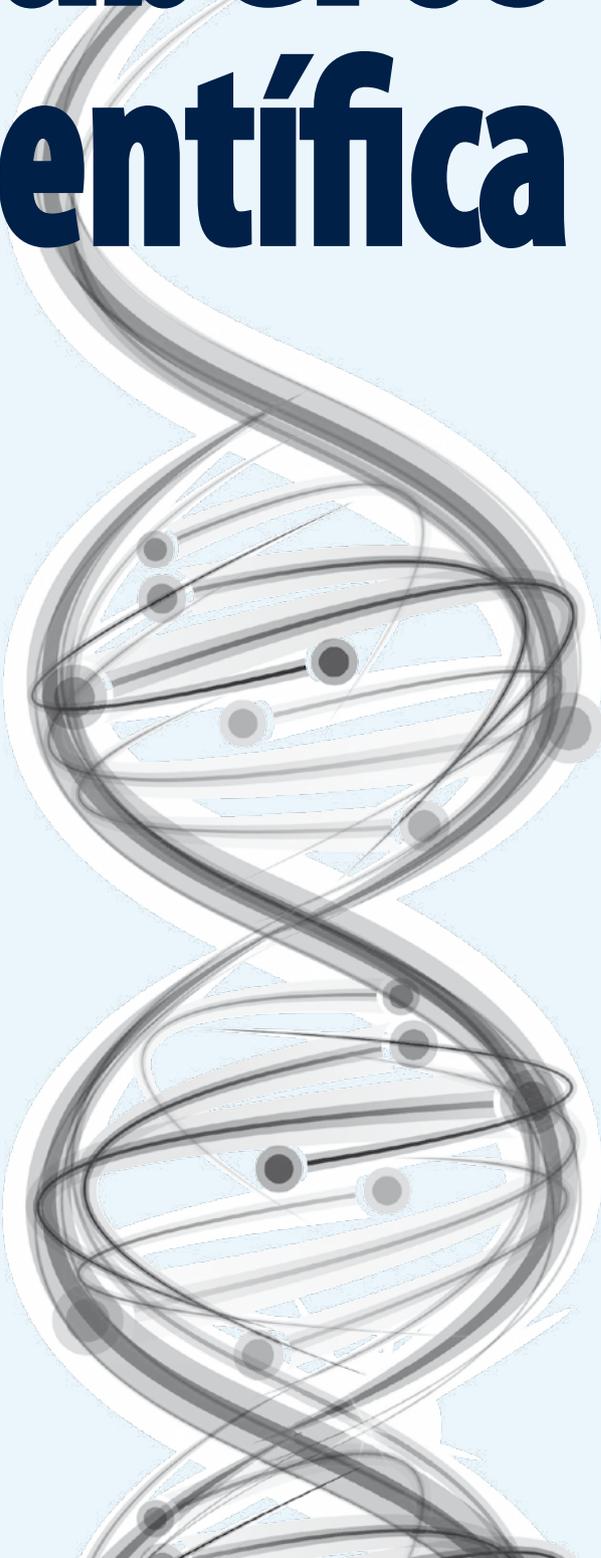


Nuberos Científica



INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Caso clínico: experiencia enfermera en la biterapia de plasma rico en plaquetas y vendaje multicapa en úlcera venosa.

Raúl Fernández Carreras, Héctor Fernández-Llaca López, David Walias Rivera, María José Prieto Gil

Quemadura por abrasión: estandarización del cuidado. Caso Clínico

Verónica González Rivas, Adelina Arias Sánchez

La perspectiva transcultural de los cuidados enfermeros del HUMV.

Marta Saiz Echezarreta, David Ramos Sáiz

Encuentros intergeneracionales para al envejecimiento activo. Experiencia de cuidados.

Isabel Lebrero Martínez

Beneficios de la reflexología podal en el embarazo.

Noelia González del Corral, Ainara Hernando de los Mozos, Irene del Campo Fuentes, Eider Etxeberria Soriano, Marta García Lecue

Programa de preparación a la maternidad y la paternidad destinado a la planta de patología gravídica de la Residencia Cantabria, Santander (Cantabria).

Eva Díez Paz, Ana Alejo Holgado

MONOGRAFÍA

Incontinencia urinaria en la mujer, ¿un problema oculto?

Rocío Fuentes Covián

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

Importancia del trabajo en equipo en las organizaciones sanitarias.

M^a Teresa Moreno Fernández

Causas de abandono de la lactancia materna. Revisión de la literatura.

Ana Campos García, Laura García Blanco

Procedimientos básicos en enfermería II.

Loreto María García Moyano, Luis Carlos Redondo-Castán, Jara Tabueña Acin, Oihana Arrazola Alberdi, Begoña Pellicer García, Sandra Guerrero Portillo

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Efectos de una acción educadora grupal, sobre estilos de vida saludables, en el control metabólico de personas con diabetes *mellitus* 2.

Avelino Saiz Sánchez

Eficacia de una educación grupal sobre las habilidades de autocuidado y complicaciones del pie diabético.

Rocío Fuentes Covián

COMENTARIO DE LIBRO

AGENDA



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

Nuberos Científica

VOL. 3 NÚM. 17 OCTUBRE 2015 - FEBRERO 2016

REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE LA ENFERMERÍA DE CANTABRIA

C/ Cervantes, 10 - 5º - SANTANDER
Tfnos. (942) 31 97 20 / 21 y 696 433 625
colegio@enfermeriacantabria.com
www.enfermeriacantabria.com

MAQUETACIÓN E IMPRESIÓN:

ARTES GRÁFICAS J. MARTÍNEZ S. L.
Pol. Ind. de Guarnizo, parcela 4, naves 1 y 2
39611 GUARNIZO (Cantabria)
T. 942 35 60 65 - F. 942 35 60 66
www.imprentajmartinez.com

Revista indexada
en la base de datos



Inclusión de la
Revista Nuberos en
la base de datos



Impresión realizada con papel libre de cloro y
procedente de árboles de talas controladas.



ISSN: 2173-822X

Dep. Legal: SA-135-2011

NUBEROS CIENTÍFICA es una publicación de la FECAN (Fundación de Enfermería de Cantabria) y se publica con periodicidad cuatrimestral.

La **FECAN** es la fundación del Colegio de Enfermería de Cantabria. Tiene entre sus fines el desarrollo profesional y científico de la profesión Enfermera, el propiciar la mejora de la calidad asistencial, el fomentar la calidad de vida en salud de los ciudadanos y el promover la participación de la sociedad en el cuidado de la salud.

Protección de datos: La FECAN declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

DIRECCIÓN:

Pilar Elena Sinobas

Directora del Aula de Investigación en Cuidados del Colegio de Enfermería de Cantabria. (Cantabria-España)

CONSEJO ASESOR:

Ana Rosa Alconero Camarero

Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora Titular de Enfermería de la Universidad de Cantabria. (Cantabria-España)

Rocío Cardeñoso Herrero

Máster en Investigación de Cuidados. Presidenta del Colegio de Enfermería de Cantabria. (Cantabria-España)

Mario Corral García

Director de la Biblioteca Marquesa de Pelayo. (Cantabria-España)

Pedro Muñoz Cacho

Técnico de Salud Pública. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. (Cantabria-España)

Javier Velasco Montes

Licenciado y Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Interna. (La Rioja-España)

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Nuria Alonso Peña

Graduada en Enfermería. Área Quirúrgica del H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

Montserrat Carrera López

Diplomada en Enfermería. Unidad de Críticos y Postoperados de Cardiovascular. H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

Cristina Dimoni PhD, MSc

Head Nurse. Cardiotoracic Surgery Dpt. University General Hospital of Thessaloniki AHEPA

M^a Luz Fernández Núñez

Diplomada en Enfermería. Área de Calidad, Formación, Docencia e Investigación de los Hospitales Sierrallana y Tres Mares. (Cantabria-España)

Mirian García Martínez

Diplomada en Enfermería. Experiencia investigadora. Unidad de Hemodiálisis del H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

Manuel Herrero Montes

Diplomado en Enfermería. Formación en Investigación. Unidad de Hemodiálisis del H.U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

Raquel López Maza

Diplomada en Enfermería. Área de Calidad, Formación, Docencia e Investigación de los Hospitales Sierrallana y Tres Mares. (Cantabria-España)

Elena Rojo Santos

Diplomada en Enfermería. Acreditada para la realización de Revisiones Sistemáticas de la Joanna Briggs para los Cuidados Basados en la Evidencia. Área de Formación, Calidad, Investigación y Desarrollo Enfermería del H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

Laura Ruiz Iglesias

Diplomada Universitaria en Enfermería. Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería en Docencia, Gestión e Investigación. Servicio de Ginecología, Obstetricia y Pediatría del Hospital Comarcal de Laredo. (Cantabria-España)

María Cruz Santamaría Martínez

Graduada en Enfermería. Unidad de Cuidados Intensivos. Southmead Hospital. North Bristol. NHS Trust (Inglaterra)

SUMARIO

NUMEROS CIENTÍFICA

es una revista de carácter científico dirigida a profesionales de Enfermería y de la Salud, en general. Su distribución se hace de forma direccionada a todos los colegios de Cantabria. Además, se envía a todas las bibliotecas de las Escuelas de Enfermería de España, a los principales hospitales y a diversas instituciones públicas y privadas del ámbito sanitario.

NUMEROS CIENTÍFICA

se reserva todos los derechos de publicación de los trabajos que aparecen publicados, pero permite su reproducción siempre que sea para fines divulgativos, sin ánimo de lucro, solicitándolo previamente a la dirección de la publicación y con mención expresa de la fuente.

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

- 6** CASO CLÍNICO: EXPERIENCIA ENFERMERA EN LA BITERAPIA DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS Y VENDAJE MULTICAPA EN ÚLCERA VENOSA.
Raúl Fernández Carreras, Héctor Fernández-Llaca López, David Walias Rivera, María José Prieto Gil
- 11** QUEMADURA POR ABRASIÓN: ESTANDARIZACIÓN DEL CUIDADO. CASO CLÍNICO
Verónica González Rivas, Adelina Arias Sánchez
- 16** LA PERSPECTIVA TRANSCULTURAL DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA
Marta Saiz Echezarreta, David Ramos Sáiz
- 23** ENCUENTROS INTERGENERACIONALES PARA AL ENVEJECIMIENTO ACTIVO. EXPERIENCIA DE CUIDADOS.
Isabel Lebrero Martínez
- 30** BENEFICIOS DE LA REFLEXOLOGÍA PODAL EN EL EMBARAZO.
Noelia González del Corral, Ainara Hernando de los Mozos, Irene del Campo Fuentes, Eider Etxeberría Soriano, Marta García Lecue
- 36** PROGRAMA DE PREPARACIÓN A LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD DESTINADO A LA PLANTA DE PATOLOGÍA GRAVÍDICA DE LA RESIDENCIA CANTABRIA, SANTANDER (CANTABRIA).
Eva Díez Paz, Ana Alejo Holgado

MONOGRAFÍA

- 41** INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER, ¿UN PROBLEMA OCULTO?
Rocío Fuentes Covián

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

- 48** IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS.
M^a Teresa Moreno Fernández
- 53** CAUSAS DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA. REVISIÓN DE LA LITERATURA.
Ana Campos García, Laura García Blanco
- 59** PROCEDIMIENTOS BÁSICOS EN ENFERMERÍA II.
Loreto María García Moyano, Luis Carlos Redondo-Castán, Jara Tabueña Acin, Oihana Arrazola Alberdi, Begoña Pellicer García, Sandra Guerrero Portillo

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

- 66** EFECTOS DE UNA ACCIÓN EDUCADORA GRUPAL, SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, EN EL CONTROL METABÓLICO DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS 2.
Avelino Saiz Sánchez
- 71** EFICACIA DE UNA EDUCACIÓN GRUPAL SOBRE LAS HABILIDADES DE AUTOCUIDADO Y COMPLICACIONES DEL PIE DIABÉTICO.
Rocío Fuentes Covián

80 COMENTARIO DE LIBRO

81 AGENDA

¿LA ENFERMERÍA PRESCRIBE?... Y LO SABES.

Poco tiempo ha pasado desde la entrada en vigor del incongruente y sin sentido Real Decreto en relación con la "prescripción enfermera", que no hace más que reabrir una brecha absurda e innecesaria para nuestra profesión.

Derivado de opiniones de injustos, inexpertos y presuntos entendidos en la materia, se acaban tomando decisiones que al final nos pasan factura. ¿Carrera profesional? pero para todos POR FAVOR, ¿ofertas de empleo público? Si es posible antes de las jubilaciones y las que estén convocadas sin suspensión de última hora POR FAVOR, etc...déjense de agravios comparativos y "tomaduras de pelo", ya es suficiente.

Resulta difícil comprender que, a pesar de las diversas manifestaciones públicas de los profesionales de enfermería, sindicatos, asociaciones profesionales, entre otras entidades, y siendo actualmente apoyados por varias comunidades autónomas, todas éstas sumadas a la lucha en contra del Real Decreto, finalmente se publique en el BOE ese tan absurdo documento, que no hace más que demostrar el desconocimiento absoluto de aquellos que se empeñan en imponerlo. Tales decisiones, generan consecuencias, no sólo para nuestra profesión, sino para el sistema y con ello para la sociedad en materia de salud.

Medallas ocultas y salvadores públicos que han sido precursores encubiertos en la redacción de documentos, generan sin ser consecuentes, la humillación para la profesión, anteponiendo a ello cuestiones personales. La defensa de intereses corporativos perjudica e interfiere en el cuidado integral del paciente.

No se entiende por qué ese empeño en separar lo que no hace falta separar, no es cuestión de crear una lucha entre profesiones, sino fomentar el trabajo de los mismos para tratar a las personas que necesitan cuidados profesionales. Parece que es necesario recordar que la enfermería es una profesión autónoma dentro de un equipo multidisciplinar. Acaso aquellas personas que se empeñan en parar nuestras manos ¿no han sido residentes en algún momento de su vida de un centro sanitario? Sentimos decir, que si han tenido esa suerte esta es utópica, la vida no da tregua a las enfermedades sólo nos deja más o menos tiempo de tranquilidad.

Nuestra profesión, está totalmente preparada para las competencias que se reconocen ante la ley, por mucho que se empeñen en modificarlas. Manos negras que se encargan de parar iniciativas creadas por enfermeras/os preparadas/os, en el cumplimiento de sus competencias, frenos en potentes y reclamados programas de educación para la salud, para agradar a aquellos que protestan y que luego ni siquiera se preocupen de realizar nada desde sus competencias, ya que no pueden desde las nuestras, frenos en prescripción de profesionales cuya formación requiere estudios universitarios de grado, en la que existen especialidades (otro tema aparte), sobradamente preparados, igualando o sobrepasando a otras profesiones que si están equiparados por ley a prescribir ¿Qué es lo que pasa?

Nos resistimos a caer en el desánimo de sentir que al hospital se va sólo a trabajar, a esperar que pase el turno, provocado por un sinsentido en contra de nuestra profesión, encabezado por altas esferas que se empeñan, como en otras ocasiones, en reducir y menospreciar nuestro valioso poder de cuidar. Nuestra profesión, es mucho más que esperar para poder hacer, no estamos formadas/os sólo para seguir un protocolo, somos mucho más que meros espectadores/as, somos actores y actrices principales, somos manos capacitadas para hacer, valiosas manos que se empeñan en atar.

Preferimos pensar que todo esto cambiará y que tiene las horas contadas, a pesar de las barreras que generan no hay que tener miedo, los profesionales que protestamos seguimos siendo profesionales ante todo, eso no se puede frenar, por ello seguiremos abogando por la seguridad y beneficio del que en algún momento de la vida necesite de los cuidados enfermeros ya que al fin y al cabo ese es el objetivo primordial.

Mirian García Martínez
Enfermera

Miguel Merino García
Enfermero

RESUMEN DE CONTENIDOS

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

P. 6. Caso clínico: experiencia enfermera en la biterapia de plasma rico en plaquetas y vendaje multicapa en úlcera venosa.- Caso clínico que recoge la novedosa experiencia de profesionales enfermeros en el ámbito de la Atención Primaria en la combinación de dos novedosas técnicas para el tratamiento de úlceras de etiología venosa de desfavorable y larga evolución. Expone la presentación y evolución del caso, así como los criterios de aplicabilidad de esta combinación y el protocolo de actuación para su desarrollo, en el que la enfermería tiene un rol trascendental.

P. 11. Quemadura por abrasión: estandarización del cuidado. Caso Clínico.- Se presenta un caso clínico frecuente en la clínica enfermera. No obstante, las autoras lo han combinado con determinados diagnósticos NANDA y con una pauta, que el equipo considera, debe ser estándar para este tipo de lesiones.

P. 16. La perspectiva transcultural de los cuidados enfermeros del Hospital Universitaria Marqués de Valdecilla.- Estudio descriptivo transversal en el que los autores valoran si las enfermeras del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla conocen el modelo de enfermería transcultural cuyos resultados reflejan que nuestro colectivo desconoce este modelo y además, carece de herramientas que le faciliten su labor asistencial, es decir, el cuidado que deben ofrecer a estos pacientes.

P. 23. Encuentros intergeneracionales para al envejecimiento activo. Experiencia de cuidados.- Experiencia de trabajo de investigación con resultados cualitativos y cuantitativos, realizado en un centro de día, que muestra la riqueza de la atención en cuidados profesionales para el beneficio de las personas con demencias y deterioro cognitivo así como para los niños.

P. 30. Beneficios de la reflexología podal en el embarazo.- El periodo gestacional supone para la mujer una etapa de múltiples cambios tanto físicos como emocionales así como diferentes limitaciones. Las autoras a través de este estudio descriptivo longitudinal prospectivo intentan demostrar la eficacia de la reflexología podal para el alivio de las molestias en el embarazo.

P. 36. Programa de preparación a la maternidad y la paternidad destinado a la planta de patología gravídica de la Residencia Cantabria, Santander (Cantabria).- El trabajo expone la puesta en marcha de un programa de preparación a la maternidad en la Residencia Cantabria. El objetivo es facilitar la accesibilidad a este servicio en el caso de las mujeres que deben permanecer ingresadas en el hospital en las últimas semanas de gestación y en consecuencia pierden contacto con su matrona de Atención Primaria.

MONOGRAFÍA

P. 41. Incontinencia urinaria en la mujer, ¿un problema oculto?- La incontinencia urinaria es un problema de salud que altera la calidad de vida. Aunque su prevalencia es alta, los pacientes suelen aceptar sus síntomas durante años antes de consultar con un experto. Aunque la fisiopatología de la incontinencia urinaria es compleja, con unos conocimientos básicos sobre la anatomía y fisiología del tracto urinario inferior, se puede tratar de manera efectiva por el personal de enfermería en el marco de la atención primaria.

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

P. 48. Importancia del trabajo en equipo en las organizaciones sanitarias.- Revisión bibliográfica en la que se analiza la necesidad e importancia del trabajo en equipo en las organizaciones sanitarias. El trabajo en equipo es algo indispensable para que las organizaciones sanitarias ofrezcan un trato y un cuidado de calidad a los pacientes y para que sus profesionales se sientan satisfechos y pertenecientes a una organización. Se observa que el trabajo en equipo tiene beneficios tanto para los pacientes como para los profesionales y la economía de la organización.

P. 53. Causas de abandono de la lactancia materna. Revisión de la literatura.- Revisión bibliográfica en la que se identifican las causas más frecuentes de abandono de la lactancia materna, proponiendo actuaciones que incentiven dicha práctica. Las autoras destacan el papel fundamental de la enfermería junto con el trabajo de otros profesionales para el fomento de la misma.

P. 59. Procedimientos básicos en enfermería II.- Se trata de una revisión bibliográfica sobre determinados procedimientos de enfermería que son habituales en la práctica clínica y sobre los cuales es preciso actualizar conocimientos.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

P. 66. Efectos de una acción educadora grupal, sobre estilos de vida saludables, en el control metabólico de personas con diabetes mellitus 2.- Proyecto de investigación que plantea para su realización la necesidad de una educación para la salud de carácter grupal, en este caso en Diabetes tipo 2, completaría a la individual que, de realizarse y logrados los resultados esperados, debería ser aplicado a todas las personas con DM.

P. 71. Eficacia de una educación grupal sobre las habilidades de autocuidado y complicaciones del pie diabético.- Proyecto de investigación en el que por medio de un ensayo clínico aleatorizado se pretende evaluar el efecto de una educación grupal frente a una individual en la mejora de habilidades y prevención de complicaciones del pie diabético, conocer aspectos personales y sociodemográficos de los pacientes y obtener un cuestionario validado en español que mida estilo/calidad de vida en diabéticos tipo 2.



Caso clínico: experiencia enfermera en la biterapia de plasma rico en plaquetas y vendaje multicapa en úlcera venosa

Autores:

Raúl Fernández Carreras⁽¹⁾

Héctor Fernández-Llaca López⁽¹⁾

David Walias Rivera⁽²⁾

María José Prieto Gil⁽³⁾

⁽¹⁾Diplomado Universitario Enfermería. Centro de Salud "Los Castros". S.C.S. Santander. Cantabria. España.

⁽²⁾Médico Hematólogo. Banco de Sangre y Tejidos de Cantabria. S.C.S. Santander. Cantabria. España.

⁽³⁾Médico de Familia. Centro de Salud "Los Castros". S.C.S. Santander. Cantabria. España.

*Dirección para correspondencia:
raulfernandez1@yahoo.es*

Recibido: 20 de julio de 2015
Aceptado: 11 de enero de 2016

RESUMEN

Las úlceras de las extremidades inferiores tienen una gran repercusión sobre la calidad de vida del paciente y suponen un considerable coste para el sistema sanitario.

El Plasma Rico en Plaquetas (PRP) es una técnica que se emplea en gran variedad de patologías y situaciones clínicas. En la actualidad se está utilizando en el tratamiento de las úlceras venosas crónicas.

Se presenta un caso clínico de un paciente con úlcera venosa de 3 años de evolución, que tratado con una técnica de PRP y vendaje multicapa (VM), muestra una satisfactoria evolución hasta su cicatrización completa en 54 días.

Resulta fundamental realizar un diagnóstico correcto y seguir los criterios de inclusión que se indican en la elección del paciente.

Es preciso realizar estudios que valoren el coste/beneficio de los casos necesarios con el fin de conocer sus ventajas para los pacientes, los profesionales y el sistema sanitario. El profesional de enfermería como gestor de cuidados especializados en el ámbito de la atención primaria de salud aplicando esta biterapia puede incrementar la eficacia, la eficiencia y la calidad del cuidado enfermero mediante el uso de protocolos basados en la evidencia científica.

Palabras clave: plasma rico en plaquetas, úlcera varicosa, vendajes de compresión, trasplante autólogo

ABSTRACT

The ulcers on the lower extremities have a great impact on the quality of life of the patient and it implies a considerable cost on the Health System

The Platelet Rich Plasma (PRP) is a technique used in a variety of pathologies and clinical situations. It is currently being used in the treatment of chronic venous ulcers.

A case report of a patient carrier of venous ulcer with 3-years-old evolution, which is treated with PRP technique and the application of multi-coat dressing, shows a satisfactory evolution to its complete healing in 54 days.

It is essential making a correct diagnosis and to follow the inclusion criteria during the selection of the patients.

Studies that evaluate the cost/benefit of the cases are needed to carry out in order to know its benefits for patients, professionals and the Health Care System. Registered Nurse for acting as specialist care in primary health care setting using this dual-argnet therapy can increase effectiveness, efficiency and quality of Care nursing through the use of protocols based on scientific evidence.

Keywords: platelet-derived growth factor/administration & dosage, varicose ulcer, compression bandages, trasplantation autologous

INTRODUCCIÓN

Las úlceras de las extremidades inferiores (EEII) tienen una gran repercusión sobre la calidad de vida del paciente. Suponen un considerable coste para el sistema sanitario dada su recurrencia y, en muchas ocasiones, una tórpida evolución aún con los tratamientos correctos. Entre el 75% y 80% del total de las úlceras de EEII son de etiología venosa¹.

El Plasma Rico en Plaquetas (PRP) es una técnica que se emplea en gran variedad de patologías y situaciones clínicas. Es una alternativa de tratamiento para el manejo de úlceras crónicas².

El PRP se define por contener una concentración de plaquetas superior a la basal en sangre periférica que se obtiene mediante una centrifugación simple. Como resultado de dicha centrifugación, las fracciones con mayor contenido de plaquetas son las que se encuentran inmediatamente por encima de la serie roja (0,1 cc por encima de los hematíes). Esta fracción contiene un plasma 8 veces más concentrado en plaquetas que la sangre periférica (PRP). La siguiente fracción contiene un plasma 4 veces más concentrado y la tercera fracción un plasma pobre en plaquetas (PPP)³ (anexo I).

Las plaquetas dentro del PRP constituyen la principal fuente de actividad mitógena y quimiotáctica en el plasma sanguíneo, es decir, desarrollan una acción de reproducción y migración dirigida hacia el tejido diana. Éstas, actúan como vehículo por-

tador de factores de crecimiento, los cuales a su vez desempeñan un importante papel en la cicatrización del tejido. Entre los más importantes se destacan: PDGF, TGF- β 1, VEGF, EGF, Factor 4, IGF-1. Las plaquetas comienzan a secretar activamente estas sustancias 10 minutos después de la formación del coágulo, liberándose más del 95% de los factores de crecimiento preintetizados en el lapso de 1 hora. Tras esta liberación proteica masiva, las plaquetas sintetizan y secretan proteínas de forma adicional durante 5 a 10 días más. Cuando la influencia de las plaquetas comienza a remitir, los macrófagos que han llegado al foco merced al crecimiento vascular promovido por las plaquetas, asumen la regulación de la reparación tisular mediante la secreción de sus propios factores^{4,5}.

La infección en las úlceras crónicas es de etiología polimicrobiana siendo el *Staphylococcus aureus* el microorganismo más prevalente⁶. Es preciso destacar que el PRP tiene un importante efecto antiinflamatorio y actividad antimicrobiana contra *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* (incluyendo los meticilino resistentes), *Candida albicans* y *Cryptococcus neoformans*. Por otra parte, el PRP parece inducir el crecimiento in vitro de *Pseudomonas aeruginosa*, lo que sugiere que puede causar una exacerbación de las infecciones causadas por esta bacteria⁷.

Desde el mes de Mayo del 2013, el PRP se considera un medicamento de uso humano y además se equipara a una auto-transfusión, por lo que debe cumplir con la normativa específica

de los Bancos de Sangre. Todos los derivados del plasma como: gel de plaquetas, preparado rico en factores de crecimiento (PRGF), plasma rico en plaquetas y factores de crecimiento (PR-PGF), plasma rico en plaquetas (PRP), plasma rico en plaquetas y rico en leucocitos (LR-PRP) se engloban bajo la nomenclatura de PRP⁸.

De acuerdo con las evidencias disponibles, el tratamiento de las úlceras de etiología venosa tiene como base dos grandes pilares: el manejo de la úlcera como una herida crónica y el control de la hipertensión venosa crónica (HTV), su causa primordial, mediante sistemas de alta compresión decreciente y mantenida. De todos los métodos de control de la HTV, el vendaje multicapa (VM) ha demostrado clínicamente que permite alcanzar un 80% de tasa de cicatrización de lesiones a las doce semanas de tratamiento, erigiéndose como el tratamiento más efectivo de los existentes hasta el momento⁹.

Mediante la compresión se mejora el retorno venoso, controlando la hipertensión venosa, reduciendo el edema y activando la microcirculación capilar. En estas condiciones, los fenómenos de proliferación celular necesarios para la reparación tisular se desarrollan con mayor probabilidad de éxito.

En la bibliografía y la experiencia conocida no se ha encontrado la combinación de estas dos novedosas terapias, de ahí la originalidad de este caso clínico en el que se aplicó la biterapia con ambos procedimientos PRP y VM, mediante la atención ambulatoria del paciente en su centro de salud, previa indicación del equipo de enfermería y solicitud y trámite del mismo por el médico de familia responsable del paciente.

Por ello, el objetivo es analizar la efectividad del PRP en combinación con el VM en las úlceras venosas de tórpida evolución, en las que han fracasado los tratamientos habituales protocolizados.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 80 años que presenta úlcera venosa de 3 años de evolución tórpida con tratamientos convencionales (coloides, espumas de poliuretano, desbridamiento enzimático, antibioterapia tópica, medidas higiénico-dietéticas, etc.) en el maléolo interno de MID. El tamaño de la misma es de 30 mm x 20 mm. Presenta dolor, no signos de infección confirmado con cultivo microbiológico, con bordes macerados, moderado drenado seroso y lecho en fase de granulación con esfacelos aislados.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Se realiza una valoración focalizada de la úlcera a tratar especificando:

- Tipo de úlcera (vascular, pie diabético, quemadura, neoplásica o quirúrgica)
- Fecha aparición, localización, borde (hipertrófico, macerado, necrosado o íntegro) exudado (escaso, moderado o abundante)
- Lecho (granulado, esfacelo o necrótico).

La clasificación de la úlcera venosa según criterios de CEAP (anexo II) es C6EpAsPr, la medición de índice tobillo/brazo mediante doppler es de 1.14 determinando un diagnóstico diferencial de úlcera vascular venosa.

Se combinan los criterios de aplicabilidad de ambas técnicas, teniéndose en cuenta los siguientes:

- Úlcera venosa de > 6 meses de evolución
- Úlcera crónica con evolución tórpida en tratamientos convencionales
- Úlcera sin signos de infección comprobado con cultivo microbiológico
- Ausencia de hemopatías que afecten a la función plaquetaria
- Ausencia de serología positiva
- Paciente ambulatorio (no inmovilizado)
- Ausencia de tratamiento con AINES
- Cáncer

Se procede a informar al paciente del procedimiento a seguir y firma la hoja de consentimiento.

Su médico de familia solicita el PRP y PPP a través de una interconsulta dirigida al Banco de Sangre y Tejidos de Cantabria (BSTC) especificando las características de la úlcera y su tamaño (diámetro longitudinal y transversal), para que el banco de sangre pueda remitir la cantidad de plasma preciso para el tratamiento.

Se informa al paciente que tiene que acudir a las instalaciones del BSTC en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla la tarde anterior a su implantación para la extracción sanguínea, siendo informado de que no precisa ayunas.

El sistema de elaboración del plasma lo realiza el personal del BSTC con sistema abierto en campana de flujo laminar, siendo el procedimiento el siguiente: como norma se deben extraer, hemograma con el objetivo de conocer el número de plaquetas con el que se parte (garantía de calidad), análisis bioquímico para las serologías de VHB, VHC, VIH y la Sífilis (garantía de trazabilidad), así como la PCR de los 3 virus (garantía de trazabilidad). Posteriormente, para la elaboración del PRP la cantidad de sangre para determinación hematológica (con citrato para detener la cascada de la coagulación) dependerá del área a tratar, por defecto se extraen 50ml.

Al mismo tiempo se informará al paciente de la hora de recogida del PRP y PPP en la mañana siguiente por parte del paciente o familiar del mismo, para su implantación en la consulta de enfermería del centro de salud.

A continuación, las muestras extraídas deben estar en reposo entre 60 y 180 minutos, se considera oportuno como norma tenerlos 120 minutos durante los cuales se realiza la serología, de tal manera que si fuera positiva, se elimina el producto y se notifica al personal sanitario del centro de salud responsable del tratamiento. Posteriormente, se dejan en agitación 10 minutos, tras los cuales se centrifugan las muestras de coagulación durante 10 min a 1350 rpm. Así, se obtienen muestras que, dependiendo del hematocrito, serán un 45% hematíes y un 55% plasma (los hematíes se quedan en parte inferior de los tubos por gradiente de densidad y el plasma sobrenadando).

Del plasma sobrenadante, se elige la mitad más próxima a los hematíes porque es en la que se encuentran el mayor número de plaquetas y se envían al centro de salud en tubos identificados como PRP (Plasma Rico en Plaquetas) y la otra mitad, en otros tubos que se identifican como Plasma Pobre en Plaquetas (PPP).

Antes de entregárselo a los pacientes, se realiza una prueba de calidad para comprobar que realmente coagula el PRP, para ello se coge 1ml y se le añade 0,1 ml de Cloruro Cálcico.

Para activar el PRP se recomienda hacerlo con un 10% de Cl_2Ca sobre el volumen total de PRP enviado (es decir, si nos envían 6 ml de PRP, se activará la cascada de la coagulación con 0,6 ml de Cl_2Ca), pero en la literatura se encuentran hasta adiciones del 50 y el 100% (este último caso, para el PPP con el fin de realizar cordones de fibrina). También se puede ayudar a activar el PRP poniéndolo al baño María a 37°C. Es muy importante recordar que, el uso de antiagregantes plaquetarios (AINEs) dificulta y en algunos casos impide la activación correcta del PRP.

El día de la cita programada, el enfermero responsable procede a la elaboración y formación del coágulo de PRP y PPP así como a su implantación en lecho y bordes de la úlcera del PRP y del PPP en tejido perilesional. Se cubre con tul + gasa + vendaje multicapa y no se procedió a levantar la cura hasta pasados 7 días. A la semana se levanta el vendaje para valorar y sin retirar resto de plasma en úlcera se procedió de nuevo a cubrir con tul + gasa + nuevo vendaje multicapa. Es en los 7 días posteriores donde se implantó de nuevo coágulo, repitiendo esta secuencia de implantación cada 14 días.

SECUENCIA DE LA EVOLUCIÓN PROGRESIVA Y RESULTADOS



Comienzo del tratamiento, día 1.



Evolución día 14.



Evolución día 28.



Cicatrización día 54.

DISCUSIÓN

La biterapia del PRP conjunta con VM se plantea como una alternativa a los tratamientos protocolizados para las úlceras de etiología venosa, siempre que cumplan los criterios indicados en este manuscrito.

Se debe resaltar la satisfacción del paciente cuando tras 3 años de evolución tórpida se logra la cicatrización total en 40-50 días.

Además, supone la satisfacción de los profesionales enfermeros al observar que tras la valoración semanal, los diferentes estadios de epitelización y cicatrización son progresivos. Los resultados permiten la visibilidad del trabajo desempeñado por los profesionales enfermeros del Banco de Sangre para la continuidad en los cuidados enfermeros aplicados a los pacientes ambulatorios subsidiarios de este tratamiento.

Resulta imprescindible realizar estudios que relacionen los beneficios y los costes que ayuden a tomar decisiones clínicas en determinados casos de características como las descritas.

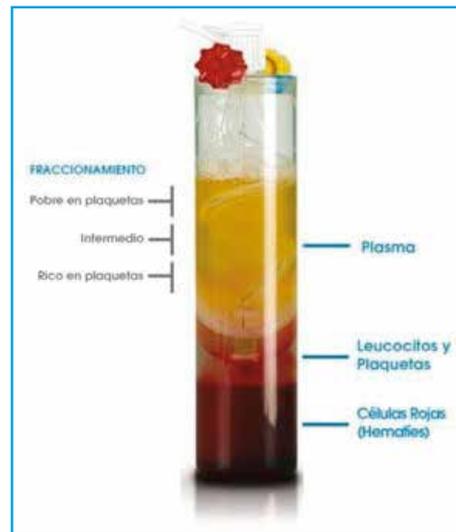
La combinación de ambas terapias acorta los plazos de curación del paciente con úlcera vascular, disminuyendo el dolor y mejorando la calidad de vida del paciente crónico hasta su completa remisión.

Cabe destacar que la valoración, indicación y aplicación de ambas técnicas las realiza el profesional enfermero en un ámbito ambulatorio (consulta de enfermería de un Centro de Salud).

BIBLIOGRAFÍA

- Pardo Vitorero R, González Fernández E, Lombera Torre A. Manejo del paciente con úlcera de etiología venosa de miembros inferiores. Nuber Científ [Internet]. 2013 [consultado 20/6/15]; 2(9):12-20. Disponible en: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/9/64>
- Peña Revuelta MC, González Barrera S, Carrera Benito C, González Romero MA, Santibáñez MC, Soto Guati S. Uso de plasma autólogo rico en plaquetas para la cicatrización de úlceras crónicas. Nuber Científ [Internet]. 2013 [consultado 15/4/2015]; 2(8):3-134. Disponible en: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/8/56>
- Reyes M, Montero S, Cifuentes J, Zarzar E. Actualización de la técnica de obtención y uso del plasma rico en factores de crecimiento (PRGF). Rev. Dent. Chile [Internet]. 2002 [consultado 20/6/2015]; 93(2):25-28. Disponible en: http://www.unboundmedicine.com/medline/journal/Rev_Dent_Chile
- Benito Marisol, Benito Mariluz. Plasma rico en plaquetas y su aplicabilidad en periodontal. Rev. Ciencia Odontología [Internet]. 2011 [consultado 15/6/2015]; 8(1):45-56. Disponible en: <http://www.produccioncientificaluz.org/index.php/cienciao/article/viewFile/749/751>
- Montón Echeverría J, Pérez Redondo S, Gómez Bajo GJ. Experiencia clínica en el empleo de factores de crecimiento autólogos obtenidos de plasma rico en plaquetas. Cir. plást. Iberolatinoam [Internet]. 2007 [consultado 15/5/2015]; 33 (3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0376-78922007000300002&script=sci_arttext
- De Alcalá Martínez-Gómez D, Ramírez-Almagro C, Campillo-Soto A, Morales-Cuenca G, Pagán-Ortiz J, Aguayo-Albasini JL. Infecciones del pie diabético. Prevalencia de los distintos microorganismos y sensibilidad a los antimicrobianos. Elsevier [Internet]. 2009 [consultado 10/01/2016]; 27 (6). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-infecciones-del-pie-diabetico-prevalencia-13139084>
- Bielecki TM, Gazdzik TS, Arendt J, Szczepanski T, Krol W, Wielkoszynski T. Antibacterial effect of autologous platelet gel enriched with growth factors and other active substances: an in vitro study. J Bone Joint Surg Br [Internet]. 2007 [consultado 10/5/2015]; 89(3):417-20. Disponible en: [https://www.google.es/search?q=J+Bone+Joint+Surg+Br.+2007%3B+89\(3\)%3A417-20.&rlz=1C1TEUA_enES482ES482&oq=J+Bone+Joint+Surg+Br.+2007%3B+89\(3\)%3A417-20.&aqs=chrome..69i57.6721j0j4&sourceid=chrome&es_sm=93&ie=UTF-8#](https://www.google.es/search?q=J+Bone+Joint+Surg+Br.+2007%3B+89(3)%3A417-20.&rlz=1C1TEUA_enES482ES482&oq=J+Bone+Joint+Surg+Br.+2007%3B+89(3)%3A417-20.&aqs=chrome..69i57.6721j0j4&sourceid=chrome&es_sm=93&ie=UTF-8#)
- Informe de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios sobre el uso de Plasma Rico en Plaquetas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. Informe/V1/23052013 [Internet]. Mayo 2013 [consultado 20/5/2015]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/portada/home.htm>
- Alexandre Lozano S, Arola Serra N, Jovè Jovè M, Blanco Blanco J. Uso de terapias alternativas en la cicatrización de úlceras de etiología venosa. La cromoterapia. Gerokomos [Internet]. 2012 [consultado 16/10/2015]; 23(4):417-420 Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4106269>
- Saluspot. Plasma rico en plaquetas. Medicamento.[Internet]. Disponible en: https://www.saluspot.com/media/common_gallery/6b17c7289009dec1efc9730d5ba737d6.jpg
- Myers KA. Classification and grading of chronic venous disease in the lower limbs: a consensus statement. American Venous Forum. Aust N Z J Surg [Internet]. 1995 Nov; 65(11):769-72. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7487723>

ANEXO I



Resultado centrifugación muestra sanguínea¹⁰

ANEXO II

La clasificación CEAP consta de cuatro parámetros que suministran datos sobre la clasificación clínica, los síntomas, la etiología, las alteraciones anatómicas y los mecanismos fisiopatológicos que presenta el paciente¹¹.

CLASIFICACIÓN CEAP DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA

Clasificación clínica (C): asintomático(A) o sintomático(S).

- Clase 0: Sin signos visibles ni palpables de enfermedad venosa.
- Clase 1: Telangiectasias o venas reticulares.
- Clase 2: Varices colaterales o tronculares.
- Clase 3: Edema.
- Clase 4: Cambios cutáneos típicos de la IVC (dermatitis ocre, lipodermoesclerosis, eccema, etc.).
- Clase 5: Cambios cutáneos con úlcera cicatrizada.
- Clase 6: Cambios cutáneos con úlcera activa.

Etiología (E)

- Ec: Congénita.
- Ep: Primaria.
- Es: Secundaria a etiología conocida (ej: secuela postrombótica o postraumática).

Anatomía (A). Hace referencia a la localización de la insuficiencia.

- As: Venas del sistema venoso superficial.
- Ad: Venas del sistema venoso profundo.
- Ap: Venas perforantes.

Fisiopatología (P)

- Pr: Reflujo.
- Po: Obstrucción.
- Pr,o: Reflujo y obstrucción.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Quemadura por abrasión: estandarización del cuidado. Caso Clínico

Autoras:

Verónica González Rivas⁽¹⁾

Adelina Arias Sánchez⁽²⁾

⁽¹⁾ *Enfermera. Servicio Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.*

⁽²⁾ *Enfermera. Servicio Hematología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.*

*Dirección para correspondencia:
athellita@hotmail.com*

Recibido: 3 de septiembre de 2015
Aceptado: 18 de diciembre de 2015

RESUMEN

Se presenta un caso clínico de una quemadura mecánica por abrasión en la que destaca una mala evolución inicial.

El abordaje a través de una valoración integral de la paciente, el establecimiento de los diagnósticos NANDA los criterios de resultados NOC y las intervenciones asociadas NIC y por tanto la aplicación del correcto tratamiento protocolizado ha permitido obtener buenos resultados con eficiencia clínica.

Asimismo en este trabajo se evidencia la escasa bibliografía que existe sobre el tema.

Palabras clave: quemadura por abrasión, cuidado, confort

ABSTRACT

A case report of friction burn injury is presented, highlighting a bad initial evolution.

An integral assessment approach of health status in patient, determination of the patient's nursing diagnosis (NANDA), setting the guidelines of the results (NOC) and nursing interventions (NIC). Therefore the application of protocolled therapy has led to noticeable successes and better clinical efficiency.

It also reflects the scant bibliography about this subject.

Keywords: burns, friction, care, relaxation

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del caso clínico:

Se presenta un caso clínico de una mujer de 35 años, que sufre una caída de moto, presentando una quemadura por abrasión de 0,5% de extensión de SCTQ (Superficie Corporal Total Quemada) según la Regla de la Palma de la Mano, localizada en el dorso del pie, zona especial, por su peor pronóstico, y de II grado profunda, con signos de infección, en el momento en que se inicia el tratamiento de forma ambulatoria.

Tras el accidente la paciente acude a urgencias donde se le realiza una primera cura, y sucesivas por distintos profesionales de enfermería con diferentes criterios asistenciales y protocolos profesionales. Se observa mala evolución de la quemadura.

En ese instante, se decide implantar un plan de cuidados siguiendo los pasos del Proceso de Atención de Enfermería y seguimiento por el mismo profesional.

Se realiza una valoración integral de la paciente, revisando su historia clínica, y mediante la entrevista, se determina el agente etiológico de la quemadura y las características de la paciente a fin de elegir el tratamiento adecuado a todos los aspectos valorados, elaborando de esta forma un efectivo plan de cuidados.

Se selecciona el proceso de cura a seguir, periodicidad de la misma y seguimiento de la evolución teniendo presente la consecución de los objetivos previstos para la misma.

La cura deberá cumplir dos funciones principales:

- Función protectora: control de la infección y del exudado.
- Función de confort: prevención del dolor y funcionalidad de la extremidad.

Pauta de cura:

- Cura diaria.
- Limpieza escrupulosa de manos.
- Equipo estéril.
- Limpieza de la quemadura con solución antiséptica, retirada (aclorada) después con suero salino.
- Cepillo Quirúrgico hasta desbridamiento completo.

- Cobertura de la quemadura con sulfadiacina argéntica, no más de 3 mm de grosor, evitando el exceso.
- Hidrocoloide (tulgraso)
- Vendaje protector que ayude a la absorción de exudado y a mantener la posición anatómica, favoreciendo la movilidad, confortabilidad y facilitando la expansión del edema, con sencilla colocación y retirada

La finalidad de la cura se conseguirá mediante:

- Desbridamiento químico y antiséptico
- Control y tratamiento de la infección (sulfadiacina argéntica)
- Protección y epitelización (apósito de tulgraso)
- Cobertura con vendaje no compresivo

Criterios **NANDA/ NIC/ NOC** utilizados durante el proceso:

Diagnósticos NANDA	Objetivos NOC	Intervenciones NIC
(00046) Deterioro de la integridad cutánea y tisular.	(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas. (1102) Curación de las quemaduras.	(3661) Cuidado de las heridas: quemaduras (3590) Vigilancia de la piel. (3584) Cuidado de la piel: tratamiento tópico. (1400) Manejo del dolor.
(00132) Dolor agudo.	(1605) Control del dolor. (2100) Nivel de comodidad. (2102) Nivel del dolor.	(1400) Manejo del dolor. (2210) Administración de analgésicos. (2380) Manejo de la medicación. (2400) Asistencia en la analgesia controlada por el paciente.
(0004) Riesgo de infección.	(0702) Estado inmune.	(6550) Protección contra las infecciones.

Diagnósticos NANDA	Objetivos NOC	Intervenciones NIC
(00146) Ansiedad.	(1211) Nivel de ansiedad. (1300) Aceptación: estado de salud. (1402) Autocontrol de la ansiedad	(4920) Escucha activa. (5270) Apoyo emocional. (5310) Dar esperanza. (5820) Disminución de la ansiedad.
(00094) Riesgo de Intolerancia a la actividad.	(0001) Resistencia. (0002) conservación de la energía. (0005) Tolerancia de la actividad.	(0180) Manejo de la energía. (0200) Fomento del ejercicio. (1100) Manejo de la nutrición.
(00148) Temor.	(1210) Nivel de miedo.	(4920) Escucha activa. (5340) Presencia

RESULTADOS

1.- Fotografías que ilustran la buena evolución de la quemadura, desde la selección del adecuado diagnóstico y tratamiento:



Día + 10 de evolución: Diagnóstico correcto de quemadura por abrasión, elección adecuada del tratamiento, reducción del edema, de los signos de infección y del dolor e inicio de la epitelización

Día + 15 de evolución: Tejido de granulación y proceso de epitelización



Día+1 de evolución: Quemadura en región especial, de color rosado y con importante dolor



Día + 3 de evolución: mala evolución. Diagnóstico inicial erróneo: Tratamiento como úlcera



Día + 17 de evolución: cicatrización completa



Día +21 de evolución: cicatriz estéticamente adecuada

2.- A lo largo de la aplicación del tratamiento de la quemadura se van logrando los resultados (NOC) planteados:

(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas. (logrando la total epitelización de la piel).

(1102) Curación de la quemadura. (curación rápida con la mínima cicatriz).

(1605) Control del dolor (reducción del dolor con la administración de la analgesia prescrita).

(2100) Nivel de comodidad.(vendaje cómodo que permita la realización de la máxima actividad posible).

(2102) Nivel del dolor: Reducción del nivel del dolor , de un EVA (escala visual analógica) de 8 en la primera cura, 2 en las sucesivas y EVA de 0 en el proceso final de epitelización.

(0005) Tolerancia de la actividad (con la analgesia, los cuidados profilácticos antiedema y el vendaje anatómico y no compresivo. La paciente lleva a cabo las actividades cotidianas).

(00148) Temor y (00146) Ansiedad , mediante la presencia y escucha activa., dando apoyo emocional y fomentando la esperanza.

Cuando la paciente acudió a la consulta presentaba una gran preocupación por la mala evolución de la quemadura, el dolor, el edema y la intolerancia a la actividad.

A medida que se instauró el tratamiento protocolizado, se fueron consiguiendo los objetivos planteados y en nivel de confianza y de satisfacción se evidenció a lo largo del proceso.

DISCUSIÓN

La revisión bibliográfica sobre el tema en las bases de datos MEDES, MEDLINE, CUIDEN y PUBMED muestra la escasa documentación existente sobre este tipo de lesiones.

En diversas situaciones este tipo de abrasiones, es tratada por los profesionales como una úlcera en lugar de como una quemadura, presentando una mala evolución, malgastando recursos materiales y humanos innecesarios y causando al paciente un malestar innecesario.

La buena y rápida evolución se justifica por la correcta valoración, la aplicación del correcto protocolo y su seguimiento y las directrices del PAE aplicado.

Este trabajo demuestra que la elección del tratamiento ha sido adecuada, el seguimiento por el mismo profesional ha sido decisivo y se ha proporcionado una base y evidencia científica al tratamiento de este tipo de quemaduras.

Además, permite documentar, de esta forma, la cura de las heridas por fricción; siempre bajo la premisa de la necesaria y fundamental elección de un protocolo de actuación único para la obtención de unos resultados óptimos, logrando la cicatrización total de la quemadura en un plazo de 20 días.

BIBLIOGRAFÍA

- Edward C, Kealey GP. Tratamiento ambulatorio de las quemaduras. En: Tratamiento integral de las quemaduras. 3ª ed. Barcelona: Masson. 2009;54.
- Walmsley S. *Advances in Wound Management*. PJB Publications Ltd, 2002.
- Wyatt D, McGowan D, Najarian MP. Comparison of a hydrocolloid dressing and silver sulfadiazine cream in the outpatient management of second-degree burns. *Journal of Trauma* 1990;30(7):857-65.
- Hudspith S, Rayatt S. First aid and treatment of minoburns. *BMJ* 2004; 328 (7454):1487-9.
- Jason Wasiak and Heather Cleland. Burns (minor thermal) BMJ clinical evidence. <http://www.clinicalevidence.com/cweb/conditions/wnd/1903/1903.jsp> [Día de acceso: 15-07-2007].
- Vázquez González, Antonia; Aponte Tomillo, Inmaculada; Beardo Rodríguez, Gema; Moya Meléndez, Raquel; Delgado Díez, Ángel; de Cabo Maza, Dolores. Efectividad en las curas de abrasiones mecánicas tratadas con hidrocoloides. *Rev Paraninfo Digital*, 2011; 12.
- Nanda. Diagnósticos enfermeros; definiciones y clasificaciones. Editorial Elsevier. 2005-2006.
- Porrás Pastor, JM; Porrás Pastor, JF; Granados Alba, A; La Fuente Robles, N Revista Infección en quemaduras graves. *Rol de Enfermería* 2007;30(1): 27-28
- Carrillo León, PJ. Protocolo de curas de quemaduras. *Inquietudes*. 1995 jul. 3:14-15. Protocolo y pautas de actuación.
- Calle Sánchez, Carmen de la Píriz Campos, Rosa María y Sánchez Lozano, Yolanda.
- Cuidados de enfermería en el tratamiento local de las quemaduras. *Enferm Clínica*. 1995 jul-ago.5 (4):175-178.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

La perspectiva transcultural de los cuidados enfermeros del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Autores:

Marta Saiz Echezarreta⁽¹⁾

David Ramos Sáiz⁽²⁾

⁽¹⁾ *Enfermera. Hospital de Día Médico del HUMV. Cantabria. España.*

⁽²⁾ *SEnfermero. Servicio Medicina Interna del HUMV. Cantabria. España.*

*Dirección para correspondencia:
alikonkys@gmail.com*

Recibido: 16 de agosto de 2015

Aceptado: 12 de enero de 2016

Proyecto premiado en la 12ª Edición del Premio de Investigación de Enfermería del Colegio de Enfermería de Cantabria.

RESUMEN

Vivimos en un mundo multicultural, no solo por las diferentes etnias existentes en nuestras ciudades y pueblos sino porque los movimientos migratorios o vacacionales nos acercan personas con distintas nacionalidades y con ello, diversos estilos de vida y creencias.

Todo nuestro sistema sanitario y en concreto el colectivo enfermero, debe adaptarse a esta globalidad, con el fin, de entender, respetar y aceptar las diferentes prácticas culturales, puesto que todos los aspectos que influyen en la vida de un paciente son importantes para su salud. Esta adaptación busca favorecer la comunicación eficaz con estos colectivos y poder entablar una buena relación profesional-paciente.

El objetivo principal de este estudio es, valorar si las enfermeras del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla conocen el modelo de enfermería transcultural. Un modelo enfermero basado en la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales de Madeleine Leininger que busca conocer en profundidad al individuo para poder ofrecer cuidados culturalmente adecuados.

Para ello, se ha realizado un estudio observacional de corte transversal mediante encuestas, cuyos resultados reflejan que nuestro colectivo desconoce este modelo y además, carece de herramientas que le faciliten su labor asistencial, es decir, el cuidado que deben ofrecer a estos pacientes.

Palabras clave: enfermería transcultural, emigrantes e inmigrantes, cultura, grupos étnicos

ABSTRACT

We live in a multi-cultural world, not only because of the different ethnic groups that exist in our cities and villages, but also because of the migration or holiday movements, which bring us closer to people from different nationalities, thus to different lifestyles and beliefs.

All our national health system and in particular the nursing staff, should tackle this issue in its entirety in order to understand, respect and accept the different cultural practices, because all the aspects that have an influence on a patient's life are important to their health.

The main goal of this study is to evaluate if the nurses at the Marqués de Valdecilla University Hospital (HUMV) know the model of Transcultural Nursing, which is a nursing model based on Madeline Leininger's theory of cultural care diversity and universality. This model looks at a patient as a whole person from a physiological, spiritual, and social perspective in order to provide culturally appropriate care

For this purpose, a cross-sectional study has been carried out through a series of surveys, whose results show that our staff does not know this model besides, the lack of tools to facilitate their provision of care, that is, the care they should provide their patients.

Keywords: transcultural nursing, emigrants and immigrants, culture, ethnic groups

INTRODUCCIÓN

Vivimos en una sociedad multicultural, el proceso de globalización y los continuos movimientos humanos derivados de las migraciones hacen que dentro de una misma sociedad convivan personas que afrontan y ofrecen significados diferentes a las vivencias o experiencias diarias.

Como se detalla a continuación, actividades tan básicas como la alimentación, la comunicación, el rezo o el enfrentamiento a la muerte, son afrontadas de distinta manera según la cultura o religión a la que se pertenezca.

Si nos centramos en la alimentación, los judíos siguen una dieta basada en los principios kâser, estos principios rigen qué alimentos pueden ser aceptados de acuerdo a la práctica religiosa, un ejemplo de estas normas sería; "todo animal que tiene la uña hendida en dos partes y rumia lo podéis comer", por otro lado, en culturas como la islamista; no se ingiere carne de cerdo ni de otros animales que tienen prohibido matar, tales como, cocodrilos, serpientes o langostas.^(1,2)

La comunicación, no solo se dificulta por el idioma sino que, en determinadas culturas como la musulmana se prefiere ser atendido por personal del mismo sexo o en muchas ocasiones

no se permite la exploración de una mujer por un médico sin la presencia de su marido o padre.⁽¹⁾

Respecto al rezo, los musulmanes rezan cinco veces al día orientados hacia La Meca, los católicos suelen utilizar estampitas y crucifijos y los budistas buscan lugares tranquilos para la meditación.

Para afrontar la muerte, los católicos solicitan la extremaunción, los judíos acuden a un rabino, los budistas pueden rezar o cantar en voz alta además de solicitar la quema de velas e incienso y los musulmanes colocan al paciente en dirección a La Meca justo antes de morir e inician un ritual de lavado que preferiblemente realizan dos musulmanes de la familia y del mismo sexo y durante el cual los profesionales deben llevar guantes para tocar el cuerpo.⁽¹⁾

Ante esta nueva situación los enfermeros no deberían ver un obstáculo para desarrollar su labor profesional, sino un reto que parte de la premisa de intentar conocer esos aspectos diferentes para poder ofrecer unos cuidados culturalmente coherentes evitando así posibles choques y ofreciendo una atención de calidad.^(3,4)

Esta investigación intenta ser un punto de partida para animar al personal enfermero a iniciar ese reto que permita conver-

firmos en un colectivo capaz de desarrollar unos cuidados enfermeros individualizados en función de los aspectos culturales del paciente. Esta nueva corriente se engloba en un campo de la enfermería quizás menos conocido denominado enfermería transcultural.

Existen en la literatura publicada varios autores que hablan sobre este nuevo modelo dentro de la enfermería, como pueden ser Larry Purnell y su modelo de competencia cultural, Rachel Spector y su modelo de herencia cultural y tradiciones de salud o Madeleine Leininger y su modelo del sol naciente. Esta última, es considerada la fundadora y principal teorizadora de este pensamiento enfermero.

En España, contamos como seguidor de esta nueva vertiente a Manuel Amezcua, que no solo demostró la importancia de la antropología para la enfermería sino que además fundó la primera revista de enfermería que le ha prestado una atención prioritaria a la antropología de los cuidados, llamada Cultura de los cuidados.⁽⁵⁾

MADELEINE LEININGER Y EL MODELO DEL SOL NACIENTE

Madeleine Leininger nació en Sutton (Nebraska) en 1925. Cursó sus estudios de enfermería en 1948 en la escuela de St. Anthony (Denver). En 1954 consiguió una maestría en Ciencias de enfermería psiquiátrica y en 1995 obtuvo un doctorado en antropología, ambas por la Universidad de Washington.

Durante su período laboral, trabajó como enfermera de plantilla, instructora, enfermera jefe en una unidad médico-quirúrgica y abrió una planta de psiquiatría en el Hospital St. Joseph (Omaha).⁽⁶⁾

Entre 1950-1960, durante su ejercicio profesional en enfermería psiquiátrica observó que el personal sanitario no conocía suficientemente los factores culturales que influían para la asistencia de los pacientes, naciendo la inquietud de crear un modelo que consideré una visión transcultural del cuidado.⁽⁷⁾ A partir de aquí, escribió varios libros sobre enfermería psiquiátrica, y apuntó que existen varias áreas comunes de conocimiento entre la antropología y la enfermería, formulando numerosos conceptos, teorías, prácticas y principios de la disciplina que fundó, denominada enfermería transcultural⁽⁶⁾ y que se define como el área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarles a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte.^(8,9)

A lo largo de sus trabajos, Leininger fusiona dos grandes conceptos, cultura y cuidado, a los que define como:

- Cultura: Conjunto de creencias, valores, símbolos y estilos de vida, que son aprendidos, practicados y generalmente transmitidos de generación en generación, como normas de comportamiento en la vida. Es un término procedente de la antropología.
- Cuidado: Esencia y acto diferenciador de la enfermería, que permite a las personas mantener o restablecer su salud o bienestar y afrontar su enfermedad, discapacidad o muerte. Es un término procedente de la enfermería.^(5,9,10)

Y redefine los cuatro conceptos fundamentales del metaparadigma enfermero:

- Persona: Ser humano que cuida, y aunque los cuidados a

los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según la cultura, por lo que es un ser cultural. El concepto persona agrupa a un individuo, familia, grupo, comunidad o institución social.

- Entorno: Aunque no lo define expresamente, si hace alusión a ello cuando habla de la estructura social y la visión del mundo, conceptos íntimamente ligados a la cultura.
- Salud: Estado de bienestar que se define, valora y practica culturalmente. Refleja la capacidad de las personas de realizar sus actividades basándose en los valores y creencias específicas de su cultura.
- Enfermería: Profesión y disciplina humanista y científica que se centra en los fenómenos y actividades de los cuidados para ayudar, apoyar, facilitar y capacitar a las personas o grupos, a que recuperen su bienestar, afronten impedimentos físicos, mentales o la misma muerte de acuerdo con la cultura del paciente.^(6,11)

Con la unión de todos estos conceptos Leininger desarrolla la aplicación de nuevos métodos etnológicos cualitativos, entendiendo la etnología como, ciencia social que estudia y compara los diferentes pueblos y culturas del mundo antiguo y actual. Entre los métodos, destaca la etnoenfermería o "el estudio y clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería, dependiendo de los conocimientos subjetivos o cognitivos que tiene de ellos una cultura determinada". Este método también resalta la importancia de estudiar a las personas desde el punto de vista de sus conocimientos y experiencias, término llamado "émic", para después contrastarlos con nuestras propias prácticas y convicciones, término conocido como "étic".^(5,6)

En todos estos elementos descritos se apoya la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales. Con esta teoría Leininger intenta ayudar a las enfermeras a descubrir, entender y documentar el mundo del paciente a través del punto de vista Emic (punto de vista del paciente) en unión con una visión Etic apropiada (punto de vista de la enfermera), con el fin de adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales.⁽⁶⁾

Para poder representar la teoría y sus componentes, Leininger desarrolló el modelo del sol naciente. El cuál se divide en dos secciones:

- Un semicírculo superior que engloba los componentes de la estructura social y los factores de la concepción del mundo que afectan a los cuidados y la salud tales como valores, modo de vida, contextos, medio ambiente, lenguaje, factores sociales, religiosos, filosóficos, políticos y legales.
- Un semicírculo inferior donde se unen los grupos, familias, comunidades e instituciones que representarían, de forma entremezclada los cuidados de enfermería por parte de los sistemas populares y profesionales.

Ambos semicírculos constituyen un amanecer que representa el universo que los profesionales de enfermería deben valorar a la hora de aplicar los cuidados enfermeros.

A partir de este modelo, Leininger desarrolló los siguientes supuestos:

- Todos los seres humanos durante su ciclo vital esperan ser cuidados según una perspectiva cultural.
- El cuidado culturalmente apropiado se convierte en significativo para las personas que están enfermas o sanas y es potente generador de progresos curativos.

- Las enfermeras necesitan incorporar valores, creencias y modos de vida a sus cuidados, para que mejoren o sean congruentes con el estilo de vida e intereses de las personas con el fin de beneficiarlas terapéuticamente.
- Un cuidado profesional y culturalmente apropiado presenta un gran potencial curativo.
- Situaciones como recuperarse de una enfermedad, discapacidad o afrontar una muerte, necesitan que la enfermera conozca la cultura de los protagonistas para ser bien resueltas.
- Aunque el cuidado integral y los factores culturales son a menudo invisibles, o poco valorados por la sociedad, son con frecuencia factores críticos para ayudar a las personas.
- Lo que más quieren las personas cuando van a un hospital, una clínica o a cualquier agente de salud, es un cuidado de enfermería que demuestre conocimiento o sensibilidad para los que está cuidando.
- Cuando los valores culturales son comprendidos y tenidos en cuenta por las enfermeras se evita la no cooperación de los pacientes y que estos se sientan incomprendidos o rechazados.⁽⁵⁾

En resumen, podemos afirmar que la enfermería transcultural nace de la necesidad de cuidar a las personas con distinta cultura a la propia. Por lo tanto, puesto que los cuidados enfermeros parten de la base de una dimensión holística debemos asegurarnos de que sean unos cuidados culturalmente apropiados. Ya que si no lo conseguimos podemos caer en el etnocentrismo y la imposición cultural, términos que Leininger define como:

- Etnocentrismo: "Crear que los propios valores, creencias y maneras de conocer y hacer son las mejores o superiores a otras".
- Imposición cultural: "Tendencia a imponer los propios valores, creencias y prácticas etnocéntricas a otra persona o grupo, limitando su libertad y respeto al ser humano".
(8,9,10,13)

En los últimos años, este modelo ha cobrado una gran relevancia debido a la movilidad migratoria de las personas.^(5,6,9,13,14,15) Por lo que, este estudio de prevalencia intenta conocer si los enfermeros del HUMV tienen dificultades a la hora de tratar con personas de distinta cultura o religión y si conocen la enfermería transcultural y a Madeleine Leininger cuyo modelo enfermero enseña a realizar cuidados culturalmente apropiados.

OBJETIVOS

General:

- Valorar si las enfermeras del HUMV trabajan bajo el modelo de enfermería transcultural de Madeleine Leininger.

Específicos:

- Identificar si las enfermeras conocen la enfermería transcultural y a su autora.
- Identificar la posible relación entre el nivel de conocimientos de la enfermería transcultural y la edad del profesional.
- Identificar qué aspectos dificultan el trabajo de las enfermeras del HUMV bajo una perspectiva transcultural.

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio observacional de corte transversal en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, centro de referencia del Servicio Cántabro de Salud, y constituido en la actualidad por cuatro edificios (2 de Noviembre, Hospital de Liencres, Valdecilla Sur y Residencia Cantabria). La duración del mismo ha sido de 14 meses.

La población a estudio engloba a todas las enfermeras que desempeñan su labor profesional en plantas de hospitalización, urgencias y consultas de dichos centros, excluyendo a aquellas que no se encontraban en activo durante el periodo de estudio y a las que se encuentran trabajando en servicios centrales tales como UCIs, quirófanos, Rx... etc.

Para calcular el tamaño muestral se ha utilizado el programa GRANMO, para una confianza del 95% y una precisión de +/-7 unidades porcentuales con un porcentaje poblacional del 50% y un número de reposiciones del 10%.

Para la recogida de datos se ha utilizado una encuesta donde se han manejado las siguientes variables (anexo 1):

- Variable cuantitativa discreta: Edad.
- Variables cualitativas:
 - Cualitativa pura: Centro y puesto de trabajo.
 - Cualitativapolicotómica:
 - Valoración del trabajo diario de las enfermeras con estos colectivos.
 - Conocimientos sobre la enfermería transcultural.
 - Conocimientos sobre las herramientas ofrecidas por el hospital y su utilización.
 - Aspectos que dificultan trabajar bajo una perspectiva transcultural.

Dado que en la literatura revisada no se encontró ninguna encuesta sobre el tema en concreto, se generó una. Dicha encuesta fue probada en un grupo de enfermeros de diferentes edades y servicios de trabajo para su validación. Este grupo piloto estuvo constituido por 10 trabajadores cuyas respuestas ayudaron a modificar algunas preguntas y sus posibles soluciones.

Para la recogida de datos, se pidió la colaboración de las supervisoras/as de cada servicio adscrito al estudio. Cada supervisor/a nos facilitó el número de enfermeras activas en el servicio y se les pidió que les adjudicase un número correlativo que era indicado por parte de los investigadores, de tal forma que cada enfermero/a que formaba parte del estudio tenía adjudicado un número. Posteriormente, se realizó un sorteo aleatorio, extrayendo 161 números, que representa el tamaño de la muestra. Una vez comprobado a qué unidad asistencial correspondían esos números se entregó a cada supervisor/a un sobre cerrado que incluía la encuesta y una hoja informativa sobre el tipo de estudio y cómo cumplimentar y devolver la encuesta al mismo, con el fin de que se lo entregase al enfermero/a correspondiente, y tras volverlo a recibir nos lo facilitase.

Los datos recogidos han sido analizados con el programa EXCEL. Como la mayor parte de los datos son variables cualitativas se utiliza la prueba del Chi-Cuadrado con una significación estadística para una $p < 0,05$ y un intervalo de confianza del 95%, los datos son expuestos en frecuencia y porcentaje.

Parte de esta metodología difiere de la desarrollada en el proyecto inicial de investigación, la cual estaba basada en la contratación de encuestadores externos. Este planteamiento actual ha sido más accesible y ventajoso para el avance del estudio.

Como principales sesgos se encuentran:

- Porcentaje de encuestas no contestadas: Se entregaron 161 y se recolectaron 145 por lo que un 10% se quedo en blanco. Este sesgo fue previamente contemplado al calcular el tamaño muestral añadiendo un 10% de reposición de encuestas.
- Diseño de la encuesta
 - Un 64% no reflejó su edad por lo que en las comparativas para los resultados del objetivo 2 solo se tuvieron en cuenta 93 encuestas.
 - Un 8% no contestó a las últimas preguntas que se encontraban en la cara inversa por lo que han sido tratadas como respuestas no contestadas.
- El diseño de algunas preguntas no contestaban de forma directa a los objetivos propuestos.

Por último, indicar que este estudio se ha realizado bajo los requisitos éticos del Comité de Ética e Investigación Científica de Cantabria (CEIC), quienes tras evaluar el proyecto deciden que no presenta ningún conflicto de interés para los investigadores.

RESULTADOS

Antes de dar respuesta a los objetivos planteados, debemos destacar que de las 145 encuestas respondidas el 98% contestó que durante su actividad laboral atiende a pacientes con nacionalidad o etnia diferente. A la hora de afrontar esta situación este colectivo llega a sentir, según porcentajes obtenidos, que el 47% no le influye tratar con ellos mientras que, al 33% le pone alerta y a las enfermeras restantes les produce una actitud de agobio, rechazo o no sabrían definirlo.

- Objetivo 1 (Identificar si las enfermeras conocen la enfermería transcultural y a su autora):

Según los datos recolectados, el 84% de las enfermeras encuestadas no conocen la enfermería transcultural y esto se eleva a un 90% si se habla de su teórica viéndose reflejado en las siguientes gráficas (gráfico 1):

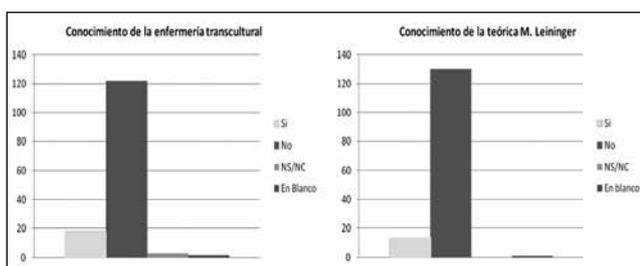


Gráfico 1: Conocimiento de la enfermería transcultural y su teórica

Por otro lado, cabe destacar que el 81% saben identificar que pacientes formarían parte de la enfermería transcultural y un 76% entienden que existen pacientes que puedan tener distinto concepto sobre la salud, la enfermedad o la muerte.

- Objetivo 2 (Identificar la posible relación entre el nivel de conocimiento de la enfermería transcultural y la edad profesional): Para analizar este objetivo, hemos dividido al colectivo

enfermero según grupos de edades y conocimiento de la enfermería transcultural y su teórica, obteniendo las siguientes gráficas (gráfico 2):

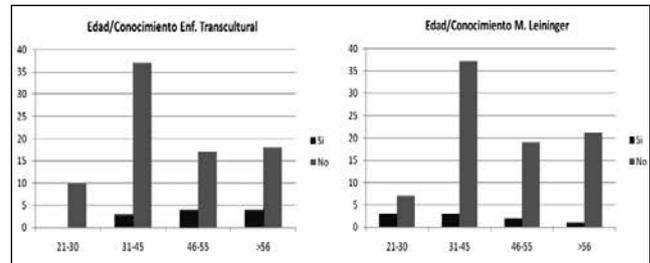


Gráfico 2: Posible relación entre edad y nivel de conocimiento de la enfermería transcultural y su teórica

A partir de estos datos se establece la hipótesis nula y alternativa como se detalla a continuación:

H0 (hipótesis nula): la edad no influye en el conocimiento del personal acerca de la enfermería transcultural/teórica.

H1 (hipótesis alternativa): la edad si influye en dicho conocimiento.

Utilizando como herramienta para tratar los datos la prueba del Xi cuadrado obtenemos que el valor es de 3,96 si hablamos de los conocimientos sobre la enfermería transcultural y de 5,60 si hablamos de su teórica.

Comparando estos resultados con la tabla, para una muestra de grado de libertad 3, con un error de significación del 0,05%, se acepta la hipótesis nula y por lo tanto, podemos afirmar que con respecto a la población estudiada no existe correlación entre la edad y el conocimiento.

- Objetivo 3 (Identificar qué aspectos dificultan el trabajo de las enfermeras del HUMV bajo una perspectiva transcultural):

Según los datos obtenidos, el 65% de los encuestados considera que le faltan herramientas a la hora de trabajar con estos colectivos.

Destacando que el 81% tiene dificultades con la comunicación, utilizando una serie de medidas para paliarla como trata de reflejar la siguiente gráfica (gráfico 3):



Gráfico 3: Técnicas de comunicación utilizadas para paliar problemas conversacionales

Por otro lado, el 6% de la muestra indicó que había cursado estudios sobre diversidad cultural durante su periodo de formación y el 8% lo cursó durante su trayectoria profesional.

DISCUSIÓN-CONCLUSIÓN

Este estudio demuestra que el colectivo enfermero del HUMV se enfrenta a diario con pacientes de etnias, culturas, creencias y religiones que otorgan diferentes significados e interpretaciones a las situaciones comunes de la vida diaria. La rutina llevada en el hospital y la falta de conocimientos de estos grupos, hacen caer, en muchas ocasiones, en una imposición cultural, dejando a estas personas en una situación de vulnerabilidad. Aunque el colectivo enfermero si sabe identificar que determinados grupos sociales forman parte de esta disciplina llamada enfermería transcultural, no conocen el modelo teórico enfermero que asentaría unas bases para el cuidado integral de estos pacientes.

Según la investigación llevada a cabo, nuestra categoría profesional reconoce que precisa herramientas para poder atender a estos colectivos.

Cabe destacar, que una de las primeras dificultades a la hora de enfrentarse a estas situaciones es el idioma, concretamente el 81% de las enfermeras encuestadas lo identifican como un problema. La solución más utilizada es el lenguaje no verbal (38%), seguido por buscar la ayuda de otros compañeros (26%) y utilizar el inglés como idioma universal (18%), además de otras herramientas como son los dibujos.

Además, se demuestra que existe un porcentaje muy escaso que hayan cursado estudios sobre diversidad cultural durante su período de formación, y discretamente durante su trayectoria profesional. Con respecto a este tema, se debe especificar que cuando se realizó el proyecto de investigación, se quiso identificar si existía correlación entre la edad y el conocimiento sobre la enfermería transcultural y su teoría puesto que se pensaba que en los años más recientes ante el cambio social acontecido se estaría preparando al colectivo enfermero para enfrentarse a estas nuevas necesidades. Pero el estudio demuestra que la edad no influye en el conocimiento y por tanto que este área de enfermería no está muy desarrollada en la región.

Por otro lado, mencionar que las figuras del mediador cultural y el traductor podrían facilitar el trabajo con este colectivo. Hoy en día, el HUMV cuenta con un mediador para la población gitana que está en conocimiento del 48% del colectivo enfermero pero no ofrece un mediador social para otro tipo de situaciones. El caso del traductor es diferente, no existe una figura concreta sino que el hospital tiene identificadas a diferentes personas que prestan sus servicios para ayudar a transmitir la información en situaciones de dificultad idiomática. Este servicio está en conocimiento del 45% del personal enfermero y ha sido utilizado para hablar en idiomas como el chino, árabe, países del este, alemán o el lenguaje de los signos.

Por último, queremos reflejar que aunque casi el 50% de la muestra siente que no le influye trabajar con estos colectivos si reconocen que, a veces, esta población culturalmente diferente es vista por el personal como unos pacientes complicados, desconfiados o de difícil acceso pero este sentimiento y parecer, en muchas ocasiones, nace de la incompreensión mutua y la incapacidad para conseguir una adecuada relación enfermera-paciente.

En conclusión, podemos afirmar que el colectivo enfermero del HUMV no está preparado para ofrecer unos cuidados culturalmente adecuados y que ante el nuevo mundo multicultural al que nos estamos abriendo debemos empezar a plantearnos un modelo enfermero que tenga en cuenta los aspectos que ha-

cen que cada grupo social sea diferente. Para ello, se debe dar a conocer los recursos que ofrece el hospital e incluir y facilitar el acceso a figuras que puedan ayudar a entablar una relación enfermera-paciente eficaz, además iniciar procesos formativos o modificar la rigidez de determinados protocolos que están basados en nuestra propia cultura, forma de entender el mundo y en modelos enfermeros antiguos y no revisados.

Este estudio, quiere dejar la puerta abierta para seguir ahondando no solo en impulsar la teoría de la diversidad cultural de Madeleine Leininger sino también en mostrar la necesidad de conocer al que tenemos en frente y por tanto la necesidad de bucear en las distintas religiones, en las distintas formas de ver la comida, el cuerpo, la ropa o el mundo.

AGRADECIMIENTOS

Al Colegio de Enfermería de Cantabria por haber premiado el proyecto de investigación en el concurso Sor Clara, lo que ha permitido que este estudio pueda llevarse a cabo.

Además, al HUMV por habernos dejado realizar esta investigación en sus centros asistenciales, así como a las supervisoras que integraban las unidades estudiadas, cuya colaboración altruista nos permitió entregar y recoger las encuestas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Contreras J. Alimentación y religión. *HumanitHumanidMed*. 2007 [acceso 16 de Enero 2015]; 16:1-22. Disponible en: http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero16/articulo.pdf
2. Almendros A. Enfermería Intercultural. *Enfer Facultativa*. 2015 [acceso 18 de Junio de 2015]; 204:6-10. Disponible en: <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/revista-colegial/finish/80-revista-enfermeria-facultativa/1601-enfermeria-facultativa-numero-204>
3. Fernández García N. Cuando un abrazo vale más que mil palabras. *Experiencia de un tropiezo transcultural*. *Arch Memoria*. 2015 [acceso 17 de Mayo 2015]; 12(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/12/12110.php>
4. García-Navarro BE, Gualda E. Cuidado transcultural y estrategias familiares ante la dependencia: el fenómeno de los cuidadores extranjeros. *Aquichan*. 2014 [acceso 16 de Mayo 2015]; 14(4): 509-522. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2528>
5. Siles González J, Cibanal Juan L, Vizcaya Moreno MF, Gabaldón Bravo EM, Domínguez Santamaría JM, Solano Ruiz MC, et al. Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *CulCuid*. 2001 [acceso 15 de Diciembre 2014]; 5(10):72-87. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/4938>
6. Leno González D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropol*. 2006 [acceso 8 de Enero 2015]; 22(32). Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.html
7. Aguilar Guzmán O, Carrasco González I, García Piña MA, Saldivar Flores A, Ostiguín Meléndez RM. Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos. *Enfer Universitaria (UNAM)*. 2007 [acceso 19 de Diciembre 2014]; 4(2): 26-30. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/30289>

8. Tarrés Chamarro S. El cuidado del "otro". Diversidad cultural y enfermería transnacional. *Gazeta de Antropol.* 2001 [acceso 17 de Enero de 2015]; 17(15). Disponible en: <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=3267>

9. Leininger M. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *CulCuid.* 1999 [acceso 22 de Enero 2015]; 3(6): 5-12. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5126>

10. Rohrbach-Viadas C. Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger. *CulCuid.* 1998 [acceso 20 de Enero 2015]; 2(3): 41-45. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5231>

11. Gómez Rojas ML, Rodríguez Díaz BL. Situación de enfermería como herramienta para enseñar el proceso de atención de enfermería. *Revista Cuidarte. Programa de Enfermería UDES.* 2013 [acceso 1 de Febrero 2015]; 4(1):544-549. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5067788>

12. Rohrbach C. Introducción a la teoría de los cuidados enfermeros, de la diversidad y la universalidad de Madeleine Leininger II (gráfico explicativo del modelo del sol naciente de Leininger). *CulCuid.* 1998 [acceso 20 de Enero 2015]; 2(4):34. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5200/1/CC_04_07.pdf

13. Ibarra Mendoza TX, Siles González J. Competencia cultural. Una forma humanizada de ofrecer cuidados de enfermería. *IndexEnfer.* 2006 [acceso 18 de Enero de 2015]; 15(55): 44-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300010

14. Muñiz Toyos N. Cuidados enfermeros y coherencia cultural. *Ene.* 2014 [acceso 5 de Febrero 2015]; 8(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2014000100004&script=sci_arttext

15. Lowe J. Cultural diversity: The intention of nursing. *Nursing Forum.* 2009 [acceso 22 de Enero 2015]; 44(1):11-18. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6198.2009.00122.x/abstract>

ANEXO I

LA PERSPECTIVA TRANSCULTURAL DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS DEL HUMVALDECILLA

Estimada compañera:

Somos dos enfermeros del HUMV que estamos realizando un estudio cuyo objetivo es conocer cómo trabaja nuestro colectivo con pacientes de otras etnias o culturas.

Por ello, queremos agradecerle anticipadamente su colaboración en la cumplimentación de la encuesta adjunta.

Usted ha sido seleccionada al azar mediante métodos aleatorios. Le garantizamos el absoluto anonimato y secreto de sus respuestas, tal y como indican las Leyes sobre secreto estadístico y protección de datos personales. Una vez recolectados los datos, las encuestas serán destruidas.

Para rellenar la encuesta siga las siguientes instrucciones:

1. Marque con una X las respuestas que crea oportunas (pudiendo marcar en algunas preguntas varias de la opciones indicadas)
2. Una vez rellena cierre el sobre y devuélvaselo al supervisor de su unidad
3. Si usted no desea colaborar, por favor, devuelva la encuesta dentro del sobre sin rellenar al supervisor de su unidad
4. En caso de duda o sugerencia póngase en contacto con los investigadores en:
 - a. dramos@humv.es
 - b. marsaiz@humv.es

Muchas Gracias por su participación

Atentamente
El equipo investigador

ENCUESTA

1. Edad:
2. Centro de trabajo: Dos de Noviembre <input type="checkbox"/> Valdecilla Sur <input type="checkbox"/> Lienres <input type="checkbox"/> Residencia Cantabria <input type="checkbox"/>
3. Puesto de trabajo: Hospitalización <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/>
4. Atiendes a pacientes con nacionalidad o etnia diferente: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
5. Conoces la enfermería transcultural: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
6. Cuál de los siguientes grupos crees que contempla la enfermería transcultural: Extranjeroeuropeos <input type="checkbox"/> Extranjeros de otroscontinentes <input type="checkbox"/> Religiones <input type="checkbox"/> Gruposétnicos <input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>
7. Conoces a la teórica de la enfermería Madelene Leininger: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
8. Te genera dificultad la comunicación con pacientes de habla no hispana: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
9. Qué método/s utilizas para comunicarte con personas de habla no hispana: No hablo <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otros idiomas <input type="checkbox"/> Lenguaje no verbal <input type="checkbox"/> A través de dibujos <input type="checkbox"/> Otroscompañeros <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
10. Conoces si existe en el HUMV algún traductor (profesional que traduce de un idioma a otro): SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>

<p>11. Lo has utilizado alguna vez: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, especifique que tipo de traductor:</p>
<p>12. Crees que las personas con diferente cultura entienden de una manera distinta los procesos como salud, enfermedad, tratamiento o muerte: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/></p>
<p>13. Cómo te sientes al atender a pacientes de otras culturas No me influye <input type="checkbox"/> Me pone alerta <input type="checkbox"/> Me agobia <input type="checkbox"/> Me produce rechazo <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/></p>
<p>14. Conoces si existe en el HUMV algún mediador cultural (profesional que ayuda a entablar relación entre dos culturas distintas): SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, especifique que tipo de mediador:</p>
<p>15. Has recibido formación sobre diversidad cultural durante tus estudios de enfermería: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/></p>
<p>16. Te has formado sobre esta temática a lo largo de tus años de trabajo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/></p>
<p>17. Crees que te faltan herramientas para atender a pacientes con diferente cultura o etnia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/></p>
<p>18. Otra información, dato o sugerencia que quiera aportar:</p>



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Encuentros intergeneracionales para al envejecimiento activo. Experiencia de cuidados

Autora:

Isabel Lebrero Martínez

*Diplomada en Enfermería. Directora de los
Centros de Día de Clece en Cantabria. España.*

Dirección para correspondencia:

isabellebreromartinez@yahoo.es

Recibido: 22 de julio de 2015

Aceptado: 19 de diciembre de 2015

RESUMEN

La idea de los encuentros intergeneracionales surgió de experiencias previas por parte de la Directora y Enfermera del centro. Buscando asesoramiento, organizamos un estudio sobre la estimulación cognitiva en personas mayores con demencia en fases avanzadas y en los niños buscamos el resaltar la inteligencia interpersonal, promoviendo mayor conocimiento, tolerancia y respeto entre las generaciones participantes.

Realizamos una planificación de los encuentros, con un calendario de reuniones entre guardería y profesionales del centro, padres y madres. Se establecieron unos encuentros con periodicidad cada 15 días. Cada encuentro seguía la misma dinámica. Cada niño tiene asignado un mayor con un total de 8 grupos niño-mayor. Trabajamos el manejo de las ABVD: deambulaciones, vestirse/ desvestirse, alimentación: talleres de cocina en conjunto, pintura creativa, eliminación con la retirada del pañal en niños con un éxito del 100%.

Somos conscientes que los resultados son mayormente de carácter cualitativo no cuantitativo por la muestra tan pequeña, pero los resultados observados tanto en niños como en mayores e incluso en los profesionales que hemos participado han sido increíbles. Todos hemos disfrutado mucho, los sentimientos de cariño, alegría, juego, diversión, mis abuelitos, nos dan alegría de vivir... Creo que son razón suficiente para divulgar este estudio y continuarlo en un futuro para conseguir aportar más datos.

Palabras clave: encuentros intergeneracionales, centro de día, estimulación cognitiva

ABSTRACT

The idea of intergenerational meetings came up prior experiences of the director of the Center and the nurse. We carried out a small study of cognitive stimulation therapy for both older people who are in the advanced stages of dementia and children. We looked to emphasize the children's interpersonal intelligence by providing support for acquiring better knowledge, tolerance and respect between the participating generations.

We scheduled of the meetings in accordance with the timetable of meetings between day nursery, professionals from the center and parents. The meetings were held every 15 days. Each of them followed the same structure. Each child was assigned an elderly person with a total of 8 groups that were formed by one child one old person. We worked the ability to perform on the basic activities of daily living (BADL) such as dressing (being able to dress and undress), eating (being able to feed one self), transferring (being able to walk). In addition to the cookery workshop, in which elderly person and child participated together; creative painting, continence being able to control their bowels and bladder and getting the child out of nappies. In view of this, we achieved 100% success.

Although we are aware of this results are mainly qualitative not quantitative due to the sample was too small, outcomes observed among children, the elderly and even professionals who have participated have been remarkable.

All of us have enjoyed a lot. Feelings such as affection, happiness, entertainment and my grandparents give us the joy of being alive.

For that, in my opinion, these are more than enough reasons to make public this study and continue it in future in order to provide more data.

Keywords: relations intergenerational, meetings group, geriatrics, therapy, cognitive

INTRODUCCIÓN

En 2014, se planteó en una reunión de equipo multidisciplinar, por parte de la Dirección del Centro de Día de Parayas, con el objetivo de realizar encuentros intergeneracionales con niños de 2 a 3 años para favorecer la estimulación en mayores, con nuestros usuarios del Centro de Día. Estos encuentros eran conocidos por parte de la directora, por haberlos realizado en otros centros: Residencias de la Comunidad de Madrid.

La Dirección del centro, se puso en contacto con una terapeuta ocupacional especialista en encuentros intergeneracionales, que colabora con la Universidad de Granada y, tras la reunión, se decidió, llevarles a cabo.

El concepto intergeneracional se define como "los medios

para el intercambio intencionado y continuado de recursos y aprendizaje entre las generaciones mayores y las más jóvenes con el fin de conseguir beneficios individuales y sociales" (Consorcio internacional para los programas intergeneracionales⁽¹⁾).

Después de más de tres décadas de historia, es sabido que para que un programa sea calificado de intergeneracional debe reunir unas características concretas, que se pueden resumir en las siguientes:

- Ha de estar diseñado específica e intencionadamente para alcanzar sus fines.
- Debe haber sido planificado cuidadosamente.
- Todas las personas que intervengan en el programa deben entenderlo.
- Se reconoce el papel de la generación intermedia como facilitadora del programa.

- Debe tener continuidad en el tiempo y no tratarse simplemente de acciones aisladas.
- Tiene que conseguir un impacto positivo para las generaciones participantes.
- Que los grupos generacionales participantes que se encuentren deben conseguir mejorar su calidad de vida y, por ende, la calidad de vida de otras personas de su entorno ⁽²⁾.

Existen diversas publicaciones sobre encuentros intergeneracionales, la mayoría recogidos en la red intergeneracional del IMSERSO ⁽³⁾. En todos, se valora dicho programa como herramienta para favorecer el envejecimiento activo y como una iniciativa dirigida a promover un intercambio productivo y mutuo entre generaciones ⁽⁴⁾.

OBJETIVO

Favorecer la estimulación cognitiva en personas con demencia y deterioro cognitivo, trabajando las ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria) con niños y niñas.

METODOLOGÍA

El presente estudio, se ha realizado en el Centro de Día Parayas, durante un año, desde el 17/07/2014 hasta el 08/07/2015, con toma de datos y observación.

El centro de día referido cuenta con 28 usuarios (ancianos) de los cuales se seleccionaron 8 para este programa.

Para las mediciones de datos en los usuarios ancianos, se utilizaron las escalas de LOBO, NORTON, BARTHEL y FAST.

En los niños, se midió la inteligencia dominante, con la tabla de Howard Gardner de su Teoría de las inteligencias múltiples (ANEXO I)

La selección de los usuarios que iban a participar en el programa se basó en los siguientes criterios:

- ser usuarios de lunes a viernes, como mínimo, del centro de día.
- tener demencia o deterioro cognitivo FAST 3-6.
- estudio de sus preferencias e historia social, de respuesta positiva a los niños.
- estar incluidos en el programa de estimulación cognitiva del centro.

Se comenzó planteando la idea a la Guardería Tijero, próxima al Centro, mostrándose encantados con la iniciativa y ofreciéndonos su colaboración total.

Respecto a la inclusión de los niños, tras la reunión con los padres y madres, eran ellos quienes decidían que sus hijos participaran, todos aceptaron.

Se pasó a los familiares de los usuarios, el anexo de CLECE (empresa), sobre LOPD (Ley de Protección de Datos) y, en la guardería, lo hicieron de igual modo con los padres y madres de los niños.

Antes de este 1º encuentro, se realizó una visita a la guardería para explicar a las madres y profesoras el significado de los encuentros. En el centro se informó a las familias y usuarios.

Se decidió que, los responsables de la actividad en el centro, serían la propia directora, la terapeuta ocupacional y una gerocultora.

En ambos centros se preparó la visita explicando el significado del Encuentro y mostrando la parte más lúdica y divertida del mismo.

En ambos se esperaba la visita con inquietud e ilusión.

El primer encuentro, se realizó el 17/07/2014, fue con 45 niños de edades entre los 2 y los 8 años.

Todos los mayores llevaban su nombre escrito en una pegatina en su jersey para identificarse.

Los 'peques' de la guardería llegaron sobre las 11.45h, caminado acompañados de las monitoras, y a la llegada, se les presentó el centro.

Se les entrenó en los 3 juegos de psicomotricidad y muy dinámicos que ya se tenían preparados:

- Muro sónico – oído/ desarrollo de estrategias.
- Ovillo – atención y concentración.
- Moldeando figuras- praxias.

Tras esta actividad, se estableció un calendario para dicha actividad, en el que las visitas de los pequeños serían cada 15 días, los miércoles de 10:30-12:00h. En ellos, trabajaríamos las ABVD y fiestas como Navidad, Halloween, Carnaval, cumpleaños, Feria de Abril y verano.

Se plantearon reuniones con los familiares del Centro de Día y con los padres y madres de niños de la Guardería, para presentarles y exponerles el funcionamiento de estos encuentros, con su información específica y su desarrollo concreto. También a ellos se les entregó el mismo díptico informativo.

La actividad se realizó en todo momento en equipo de niño con mayor, a través de los diversos juegos (ANEXO II).

La dinámica de los Encuentros se basó en pautas para desarrollar una actividad intergeneracional ⁽⁶⁾. Llegan los niños, previamente, en el paseo hasta el centro, se les informa que "vamos a ver a los abuelitos". En el centro, también les recordamos que es miércoles y les preguntamos siempre "¿quién viene hoy?".

En el momento de entrar, los mayores se levantan para recibirlos en la puerta, los niños entran con gran explosión de energía. Este momento, es muy emocionante, se abrazan y todos empiezan a jugar con las pelotas y a cantar guiados por el personal del centro.

En invierno, los mayores ayudan a los niños a quitarse el abrigo y cuidan de ellos. El grupo de usuarios que participa en el Programa pasará a otra sala para hacer la actividad, siempre guiada por el personal del centro. Constantemente, el personal estará pendiente de los mayores y los niños para que interaccionen, evitando distracciones o apatía por parte de los mayores.

Una vez finalizada la actividad, se ponen los abrigos ayudándose entre ambos; niños y mayores, para dar un paseo por el jardín del centro. La profesora indica a los niños que siempre deben de ir de la mano de un mayor. Otros usuarios, que no participan en el programa, quedan en el centro preparando un detalle para los niños: marca páginas, corazones, collares, piñata con sentimientos, abanicos, cestas...

Al finalizar el paseo, volvemos al centro, se retiran los abrigos y juntos, se lavan las manos para ofrecerles el aperitivo, generalmente dulces que han preparado los mayores en el taller de cocina del centro el día anterior.

El Encuentro finaliza cantando siempre la misma canción que la asocian a despedida, nosotros elegimos "Adiós con el corazón". En el momento de cantarla, ya todos saben que es la despedida. Se deja un tiempo para los abrazos y la despedida.

Cuando ya los niños se han ido, la terapeuta ocupacional pasa un test a cada usuario de los usuarios participantes con el objetivo de que expresen como se sienten.

A las mamás de los niños, la profesora les manda fotos y se les comenta los encuentros.

Después de los encuentros, en dos de ellos, el 07/07/14 y el 08/07/15, se hace un mural que se queda en cada centro. En la guardería, los niños ponen, al día siguiente, palabras que expresan sus emociones después del encuentro y, del mismo modo, en el centro los mayores pero estos últimos lo hacen tras finalizar el encuentro, ya que al día siguiente es posible que no recuerden toda la información.

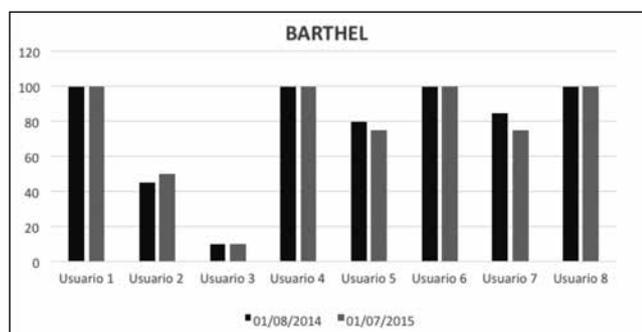
RESULTADOS

RESULTADOS EN EL GRUPO DE ANCIANOS

Quantitativos medidos a través de las escalas previstas.

Usuarios sometidos a estudio: 1: FA; 2: MB; 3: EC; 4: HF; 5: PG; 6: AH; 7: EM; 8: FP.

ESCALA BARTHEL

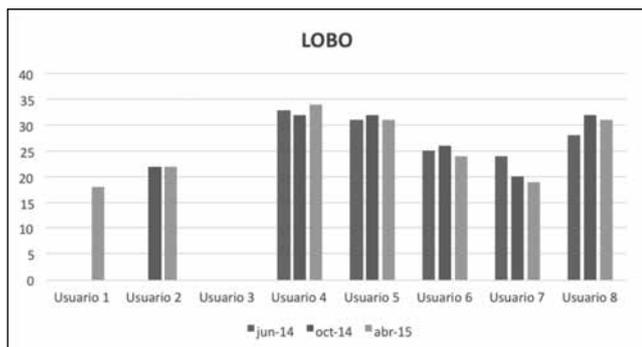


INCAPACIDAD SEVERA >45; GRAVE: 45-59; MODERADA: 60-80; LIGERA: 80-100

Se mide la capacidad individual de cada persona de poder realizar las actividades básicas de la vida diaria. Como se muestra en el gráfico, la evolución permanece estable en contra de la evolución natural asociada a los mayores en la que tiende a decrecer.

Se exceptúan los casos de los usuarios 5 y 7 que han tenido ingresos hospitalarios este año debido a su enfermedad asociada de base (Parkinson).

ESCALA LOBO



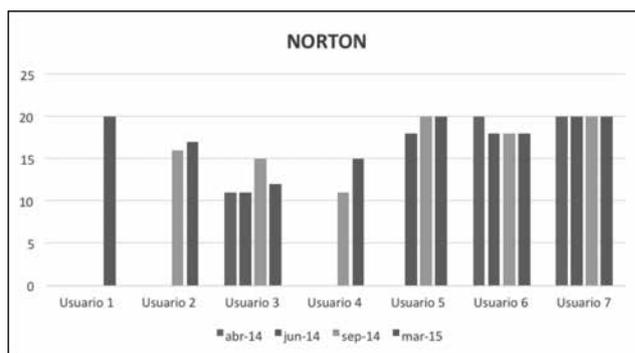
SIN DETERIORO: 30-35; MUY LEVE: 25-30; LEVE: 20-27; MODERADO: 16-23; MODERADO- GRAVE: 10-19; GRAVE: 0-12; MUY GRAVE: 0;

Esta escala permite valorar el nivel de deterioro cognitivo que tiene el usuario. Escala MEC- LOBO.

Todos los usuarios incluidos en el programa presentaban, al inicio, deterioro cognitivo asociado a Enfermedad de Alzheimer o demencia. Tras la intervención, se evidencia el estancamiento de la evolución de su deterioro, solo en el caso del usuario 7 debido al ingreso hospitalario hay un aumento de su deterioro cognitivo.

Por otro lado se observa una mejoría en los usuarios 4 y 8.

ESCALA NORTON



RIESGO ALTO: 0-12; MODERADO: 12-14; BAJO: 15-20

Es el riesgo que tiene un usuario de padecer úlceras por presión (UPP). Este indicador permite trabajar en el área de prevención para poder evitar la aparición de UPP. Añadido a los programas de movilización y mantenimiento de la actividad física, junto con el uso o no de pañal.

Por ello, con la detección precoz, trabajando para prevenir la incontinencia con programas de micciones programadas, intergeneracional que fomenta la movilidad y evitando el síndrome del inmovilismo: movilizándolo al usuario y evitando el uso de sujeciones, conseguimos evitar e incluso mejorar el riesgo de UPP.

Resultados observados de carácter cualitativo:

- Resulta curioso observar, como los mayores no quieren tomar lo alimentos preparados para el aperitivo con los niños, porque se lo dejan todo a los más pequeños disfrutando de verles comer.
- Los mayores muestran sentimientos de alegría, vitalidad y convivencia cuando son preguntados a través de frases tales como: "me gusta aprender de los niños", "tenerles en brazos", "te hacen sentirte bien", "alegría en el corazón", "me gustan los mimos".
- La sensación que dejan los niños tanto en el personal como en los usuarios es de gran alegría.
- En cuanto a los resultados referidos a las emociones en los usuarios, se pueden resaltar: vitalidad, diversión, recuerdos, dulzura, cariño y otros.

Los resultados registrados en el mural realizado tras un año de evolución (ANEXO IV) y en el primer encuentro, muestran que los mayores, lo vivieron con mucha vitalidad y en el segundo, ya muestran sentimientos de afecto y estrechan lazos, apareciendo palabras como AMISTAD. Para ellos, los niños, con los que llevan un año de relación, los recuerdan y su relación es más afectuosa. Los niños están como con sus abuelos, juegan y comparten

expresan, reflejados en el mural, sentimientos de: bonito, maravilloso, cariño, abrazos, os queremos, besos, etc.

RESULTADOS EN EL GRUPO DE PADRES Y NIÑOS

Cuantitativos relacionados con los padres y niños

Después de un año de encuentros intergeneracionales, se realizó una última reunión en la guardería (el 14/07/2015), con padres y madres, acudieron el 80%. Además estuvieron presentes la terapeuta ocupacional, la profesora y la directora para valorar los resultados post- intervención.

Todos manifestaron su satisfacción por los encuentros, quedando plasmado en las siguientes encuestas de satisfacción que se pasaron durante dicha reunión de forma anónima:

1. ¿Os han explicado el significado del encuentro intergeneracional?

El 100% respondieron que sí. Este concepto, se explicó en la reunión previa con los padres y madres en la guardería, cuya asistencia fue del 100%.

2. ¿Habéis notado en vuestros hijos mejora en las relaciones con los mayores de su entorno?

Bien en el 100%. Muchas madres manifestaban que lo han notado muchísimo, p. e. un niño con su abuela ingresada en el hospital antes no quería ir de visita y ahora juega con ella.

3. ¿Habéis recibido información después de cada encuentro?

Nos permite valorar si desde el centro y la guardería se ha comunicado con los padres y madres para hacerles partícipes de estos encuentros, ya que, al principio hay niños que no pueden expresarlo. Se hizo, a través, de fotos y de comunicación personal e individual por parte de la profesora. Bien en el 100%.

4. ¿Pensáis que vuestros hijos han mejorado en el manejo de las ABVD?

Es el trabajo realizado durante todo el año. Generalmente, todos los niños de su edad mejoran en el manejo de sus ABVD pero p. ejemplo en la retirada del pañal, se hizo tras una reunión de información a las madres y padres y se aplicó a todos los niños con un éxito del 100%. Son más autónomos en el vestido y en la alimentación. Uno de los niños de menor edad 19 meses no constatan los padres mejora en su manejo de las ABVD por su corta edad.

5. ¿Os gustaría continuar con el programa intergeneracional?

El 100% quiere continuar con el programa.

6. ¿Recomendaríais estos Encuentros a otros padres?

El 100% respondieron que sí.

Además se valoró las inteligencias dominantes en cada niño predominado la interpersonal, para ello, se usó el cuadro de Inteligencias múltiples (Anexo I). En él, los niños eligen de cada línea una que corresponde a una letra. El predominio de la letra F en las respuestas en más de dos, corresponde a la inteligencia interpersonal

A la vez que se les pregunto de forma individual a cada niño/a usando el tablero como un juego.

Resultados de carácter cualitativo de padres y niños/as.

La satisfacción de los padres y madres es elevada. Expresan que:

- Sus hijos, vuelven encantados de su estancia con los abuelitos,
- Les parece novedoso y muy útil en la educación de los niños.
- Les parece muy bueno para que los niños que aprendan a normalizar el hecho de ver gente mayor y a personas alguna discapacidad.
- A los niños les parece que los `abuelitos` son sus amigos.

Los niños en general, no se extrañan por el uso de las sillas de ruedas y cada vez que ven a un mayor quieren jugar con él, como si fuera con otros niños.

Conocen canciones y juegos de los usuarios y disfrutan con ellas. Según ellos los abuelos son "guays".

RESULTADOS EN LOS PROFESIONALES

Los resultados de carácter cualitativos en los profesionales.

Según nos manifiestan los propios trabajadores, estos encuentros les proporcionan gran satisfacción personal y profesional. Además, expresan satisfacción al ver esos momentos de felicidad, complicidad y sonrisas en las personas que cuidamos

Incluso nos encontramos con la presencia de personal fuera de su horario de trabajo para disfrutar con los encuentros.

RESULTADOS GENERALES

En los primeros encuentros, los niños al no conocer el centro se encontraban algo expectantes. La función de las profesoras fue crucial, desarrollando juegos con los niños y los usuarios, donde poco a poco a través de saludos y gestos amables hacia los usuarios, los niños y los mayores fueron cogiendo confianza con la nueva situación. Utilizamos las muestras de cariño y el juego como herramientas para comenzar una relación con una persona.

A lo largo de estos encuentros, se ha detectado que son los niños los que guían el paseo a los mayores, pero éstos tienen sensación de responsabilidad sobre los más pequeños y de su cuidado.

Los resultados muestran sentimientos de alegría, vitalidad y convivencia. Como ellos definen: "me gusta aprender de los niños", "tenerles en brazos, "te hacen sentirte bien", "alegría en el corazón", "me gustan los mimos".

La sensación que dejan los niños tanto en el personal como en los usuarios es de gran alegría.

Los profesionales y trabajadores, califican el resultado de espectacular.

CONCLUSIONES

Los encuentros son beneficiosos para usuarios, profesionales de ambos centros, niños/as, padres y madres.

El deterioro cognitivo y físico de los usuarios, no ha evolucionado con la misma rapidez como en otros usuarios de las mismas características y con lo que se entiende como evolución natural de la enfermedad, mostrando según los gráficos escasos cambios en el avance de su deterioro cognitivo y en el manejo de las ABVD.

En niños, han desarrollado mayor empatía con las personas mayores de su entorno y muestran sentimientos de apego y de confianza con los mayores.

El programa continuará, manteniendo la revisión de las escalas cada 5-6 meses con el objetivo de valorar la eficacia del mismo.

Parece incuestionable que esta experiencia resulta enriquecedora, en diversas vertientes, para todos los implicados. Se trata de actividades que se deberían implantar con cierta periodicidad, al menos, en los centros de mayores.

Somos conscientes de que el presente estudio hace más referencia a datos cualitativos que cuantitativos. La muestra de la que disponemos es pequeña pero los grandes resultados observados tanto en niños como en mayores, creemos que son razón de peso suficiente para divulgarlo. Seguiremos, en años sucesivos, recopilando datos para poder mostrar datos cuantitativos que apoyen nuestro estudio.

AGRADECIMIENTOS

A la Guardería Tijero, a todas las profesionales que trabajan allí, aportando un trabajo de calidad y de gran valor humano. Gracias: Salvi, Mayte, Elena y muy en especial a Aurora.

A Eva del Toro (Terapeuta Especialista en Intergeneracional) por su gran apoyo.

A los Trabajadores del Centro de Día de Parayas por ser el mejor equipo, demostrando entusiasmo y profesionalidad cada día.

A María Moreno y José Manuel Millán, directivos de CLECE, al apostar por estas iniciativas y disfrutarlas tan intensamente como nosotras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hatton- Teo y Ohsako, Definición de Intergeneracional. 2001.
2. Granville y Ellis, Características del programa Intergeneracional. 1999.
3. Programa Intergeneracional 2010. Disponible en <http://www.im-serso.redintergeneracional.es>
4. Asamblea Mundial sobre envejecimiento. 2002. Disponible en http://un.org/es/events/tpastevents/agein_assembly2/
5. Consejería para la Igualdad y el Bienestar social Junta de Andalucía. Libro blanco del envejecimiento activo. Vivir más tiempo pero vivir mejor.2010.
6. Como desarrollar una actividad Intergeneracional Dupont y Letesson 2010.
7. Beneficios reconocidos en la práctica gracias a la realización del programa Intergeneracional Bressler, Henkin y Adler 2005.
8. Bressler, Henkin y Adler. Centro para el aprendizaje Intergeneracional Universidad Temple Filadelfia Estados Unidos. Las 5Rs. 2001.
9. Pérez, J. "Poder tener abuelos: la normalización demográfica española". (2004).
10. *Geriatrionet.com*, 6(1), 2-13. Consultado el 14 de julio de 2010, en <http://www.geriatrionet.com>
11. Pinazo, S., y Kaplan, M. "Los beneficios de los programas intergeneracionales". 2007.
12. Sánchez (dir.), *Programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades* (pp. 70-101). Barcelona: Fundación "la Caixa".
13. Hatton-Yeo, A. "Programas intergeneracionales, solidaridad intergeneracional y cohesión social". En M. Sánchez, M. (dtor.), *Programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades* (pp. 123-140). Barcelona: Fundación "la Caixa". 2007.

ANEXO I

Cuadro de inteligencias múltiples de la teoría de Howard Gardner



ANEXO II

Relación de juegos

- Mural de presentación: niños y mayores usan sus manos para pintar un mural con sus manos, trabajando en conjunto con los mayores.
- Ovillo: con un ovillo de lana se lo van tirando de uno a otro diciendo su nombre y, al final queda como una tela de araña.
- Vestirse/ desvestirse: entre ambos se ponen y quitan los abrigos, búsqueda del tesoro: escondemos huevos de chocolate por el jardín y en equipo de niño con usuario tienen que buscarlo.
- Gerontolimpiadas: se hacen carreras de sillas de ruedas con los niños subidos encima.
- Diana y bolos. Se realizaron en la guardería, para potenciar el dinamismo en los mayores y facilitar la libertad de los niños al estar en su entorno más conocido.
- Expresión libre: se pintan las manos y van pintando las paredes del centro con sus manos.
- Modelando figuras: con arcilla hacen figuras que luego dejamos secar y se las llevan en el siguiente encuentro.
- Clases de inglés con los números y colores para ambos.
- Taller de cocina, donde niños y mayores realizan juntos una receta de cocina. Se explica primero los ingredientes, diciendo las vitaminas y propiedades de estos. Luego se realiza la receta bajo supervisión del personal del centro, sin necesidad de ninguna fuente de calor. Al final todos disfrutaron comiéndola.

Elige tus juguetes y descubre tus inteligencias dominantes

1. Mi juego favorito es...

A. Leer libros y escuchar historias B. Los juegos de experimentos C. Juego de construcción D. Bicicleta para practicar algún deporte E. Bailar, cantar o tocar un instrumento F. Los juegos de mesa G. Las manualidades H. Recolectar insectos y plantas

2. Cuando juego solo, lo que más me gusta es...

A. Leer y analizar cosas en mi cuaderno B. Hacer experimentos C. Pintar y dibujar D. Hacer manualidades E. Escuchar música y cantar F. Jugar con mis muñecas G. Escribir en mi diario H. Practicar la jardinería o jugar con mis mascotas

3. Cuando juego con otros niños, me encanta jugar...

A. A trabar enigmas y adivinanzas B. Al parchís o al ajedrez C. A hacer teatro inventándonos historias D. A hacer carreras en bici o correr o practicar deporte E. A hacer que tenemos una banda de rock F. A las profesiones G. A escuchar música con mis auriculares H. A ser exploradores

4. Soy muy habil...

A. Memorizando historias y fechas B. Jugando a juegos de lógica C. Construyendo, haciendo puzzles o manualidades D. Practicando algún deporte o balada E. Tocando un instrumento F. Organizando los juegos con mis amigos G. Imaginando y haciendo planes H. Identificando las plantas o los animales

Cuenta tus respuestas y descubre tus inteligencias dominantes:

2 o más respuestas A: Lingüística 2 o más respuestas B: Lógico-matemática 2 o más respuestas C: Espacial 2 o más respuestas D: Cálculo-corporal 2 o más respuestas E: Musical 2 o más respuestas F: Interpersonal 2 o más respuestas G: Intrapersonal 2 o más respuestas H: Naturalista

ANEXO III

Resultados relacionados con las emociones en ambos grupos, registrados en el mural al efecto.

17/07/2014		08/07/2015	
NIÑOS	MAYORES	NIÑOS	MAYORES
TORTILLA	EMOCIÓN	ALEGRÍA	SATISFACCIÓN
PRECIOSO	MOVILIDAD	CONTENTA	VOLVER PRONTO
AGRADABLE	VITALIDAD	GUAY	DULZURA
BONITO	DIVERSIÓN	GLOBOS DE AGUA	AMISTAD
GUAY	JUVENTUD	BIEN	AMOR
DOLOROSO (POR MI PIE)	RECUERDOS DE NUESTRA NIÑEZ	GENIAL	ILUSIÓN
MARAVILLOSO	DULZURA	SANDWICH	DIVERSIÓN
CHULI	CARIÑO	PASTEL	CARIÑO
GRACIAS POR INVITARNOS	EXPERIENCIA	JUGAR	FELIZ
TERNURA	ALEGRÍA		VIDA
AMOR	ILUSIÓN		EMOCIÓN
CARIÑO			RECUERDOS DE NUESTRA NIÑEZ
AMISTAD			
ABRAZOS			
OS QUEREMOS			
LOVE			
BESOS			

- Sentimientos que expresan vitalidad. Potencian el juego y la diversión.
- Coincidencia de ambos grupos. Este va a ser el lema de nuestros encuentros. Sentimientos nuevos.
- Expresiones de cariño sentimientos encontrados.
- Coinciden con el año pasado.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Beneficios de la reflexología podal en el embarazo

Autores:

Noelia González del Corral⁽¹⁾

Ainara Hernando de los Mozos⁽¹⁾

Irene del Campo Fuentes⁽¹⁾

Eider Etxeberría Soriano⁽¹⁾

Marta García Lecue⁽²⁾

*⁽¹⁾ Enfermera Obstétrico Ginecológica. OSI
Donostialdea. Osakidetza. País Vasco. España.*

*⁽²⁾ Diplomada en Enfermería. Atención Primaria.
Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. España.*

*Dirección para correspondencia:
noegc28@yahoo.es*

Recibido: 19 de octubre de 2015
Aceptado: 15 de enero de 2016

RESUMEN

El período gestacional supone para la mujer una etapa de múltiples cambios, tanto a nivel físico como a nivel emocional, pero también de diferentes limitaciones, sobre todo en lo referente a la toma de medicamentos y a la práctica de ejercicio físico.

Partiendo de esta situación, el principal objetivo de este estudio es demostrar la eficacia de la práctica habitual de la reflexología podal para el alivio de las molestias propias del embarazo.

Para ello se realizó un estudio descriptivo longitudinal prospectivo en diferentes centros de salud de la provincia de Guipúzcoa durante los años 2012 y 2013.

Los resultados del mismo indican que el 93,3% de las gestantes practicaron reflexología podal durante sus últimos meses de gestación para paliar sintomatología diversa. De ellas, un 73,3% manifestaron encontrar mejoría en dicha sintomatología tras la práctica regular de esta técnica.

Este estudio sugiere que la práctica regular de la reflexología podal durante el embarazo es una herramienta útil tanto para las gestantes como para los profesionales de la salud que se ocupan del cuidado de la mujer embarazada.

Palabras clave: reflexología podal, embarazo, herramienta, alivio molestias

ABSTRACT

The gestational period means for a woman a phase of multiple changes both physically and emotionally. There are also different restrictions, especially as regards medicine taking and physical exercise.

On this basis, the main aim of this study is to demonstrate the effectiveness, practicing regularly, of foot reflexology in relieving the typical discomfort of pregnancy.

A prospective longitudinal descriptive study was carried out in different Health Care Centers in Gipuzkoa (Province) from 2012 - 2013.

The results show that 93,3 % of pregnant women practiced foot reflexology during their last months of gestation to alleviate different symptoms. 73,3 % of them said to improve symptomatology following the regular practice of this technique.

This study suggests that the regular practice of foot reflexology during pregnancy is a useful tool for both expectant mothers and health professionals who are involved in looking after the pregnant women.

Keywords: foot reflexology, pregnancy, tool, pain relief

INTRODUCCIÓN

El ritmo de vida actual, marcado por el estrés, la falta de tiempo para el ejercicio y el ocio, el tipo de alimentación y el miedo al dolor y a la enfermedad, son los responsables, en gran medida, de los problemas de salud por los que la comunidad consulta a los profesionales sanitarios.

En el caso de la mujer embarazada, estos factores influyen en el desarrollo de su embarazo haciendo que, pese a ser un proceso fisiológico marcado por importantes cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales, muchas veces sea vivido como una enfermedad.

Además, en el embarazo más que nunca, factores psico-emocionales como la ansiedad o el estrés, van a repercutir en diferentes niveles y sistemas: musculoesquelético, sistema nervioso, digestivo, etc, favoreciendo la aparición o aumentando la intensidad de la sintomatología que suele estar relacionada con este período^(7,8,11,12).

La medicina alopática consta de recursos limitados y/o más invasivos.

Por ello, la tendencia actual se dirige a un seguimiento integral de la mujer embarazada, donde otro tipo de medicinas naturales o terapias complementarias ayudarían a mejorar los síntomas más habituales por los que acude a consulta, permitiendo, además, fomentar su autonomía al darle la posibilidad de participar en el cuidado de su salud^(13,14,15,16,17).

JUSTIFICACIÓN

La reflexología podal, la aromaterapia, la acupuntura, la osteopatía y las terapias manuales, vienen definidas dentro del marco de Medicinas Complementarias.

La Reflexología podal, que en algunos países es una disciplina universitaria y/o reglada por el estado y de aplicación cotidiana en hospitales o centros de salud, establece una correlación entre las distintas zonas plantares y los órganos, huesos y glándulas corporales, de tal manera que ejercer un masaje reflexológico sobre dichas zonas puede tener un efecto directo sobre el tejido con el que se corresponde.

Según varios estudios, el masaje en la mujer provoca una disminución de los niveles de cortisol inmediatamente después de haberlo recibido, disminuyendo así las hormonas estresantes y aumentando la secreción de endorfinas y serotonina^(1,2,4,5,6,10,11). Con ello, además de mejorar los síntomas habituales del embarazo, se pueden lograr efectos que beneficiosos también en el puerperio, como mantener cifras tensionales adecuadas o una menor predisposición a la depresión postparto.

Además el uso de un masaje más enérgico combinado con presión en determinados puntos, hacen que el canal del dolor quede saturado, disminuyendo la transmisión del dolor al SNC.

Hay estudios que demuestran también su influencia en el feto, disminuyendo la tasa de recién nacidos prematuros y de bajo peso^(2,3,4,5,6,9).

OBJETIVOS

Objetivo General: Demostrar la eficacia de la reflexología podal en el alivio de las molestias asociadas al embarazo.

Objetivos Específicos:

- Informar a las mujeres embarazadas de la posibilidad de emplear medicina complementaria para mejorar y/o aliviar sus molestias.
- Conocer las molestias más prevalentes de la muestra.
- Enseñar a las gestantes la técnica de la reflexología podal.
- Fomentar la participación de la pareja en la práctica de esta técnica.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal prospectivo en diferentes centros de salud de la provincia de Guipúzcoa (España) durante los años 2012 y 2013, incluyéndose en el mismo a todas las mujeres embarazadas que acudían a las clases de Preparación Maternal y que daban su consentimiento para ser incluidas en el mismo, no aplicándose, por tanto, ningún criterio de exclusión.

En la primera clase, se procedió a realizar una sesión explicativa con soporte audiovisual, Power Point y vídeo, de los ejercicios de reflexología propuestos a las gestantes. Dichos ejercicios fueron en su totalidad revisados y aprobados por un experto en reflexología formado en la CSRI Craneo sacral reflexology international Academy of Excellence.

Tras esta primera sesión de trabajo, se les entregó a todas las gestantes una guía visual explicativa (Anexo I) en formato papel con los ejercicios propuestos, para realizarlos regularmente en sus domicilios, tanto por ellas, como por sus parejas.

Posteriormente, se realizaron sesiones prácticas semanales durante las ocho sesiones que conforman la Preparación Maternal. En la última sesión, se les facilitó una encuesta anónima (Anexo II) para la recogida de los datos estadísticos.

RESULTADOS

En el estudio participaron 163 gestantes, 114 primigestas (69,3%), y 49 multigestas (30,7%), de las que el 93,3% de las mismas practicaron reflexología podal de manera regular como método para aliviar las molestias propias del embarazo durante sus últimos meses de gestación.

Las molestias más prevalentes de la muestra fueron: la lumbalgia (47,1%), las digestiones pesadas y el estreñimiento (42,9%), el insomnio (34,3%) y la debilidad (39,3%).

En cuanto a los resultados percibidos por las mujeres tras haber realizado reflexología, hemos obtenido los siguientes datos:

- El 1,4% de las mujeres estudiadas refieren empeoramiento de los síntomas después de haber realizado reflexología.
- El 24,3% de las mujeres estudiadas refieren no haber notado ningún cambio en los síntomas después de haber realizado reflexología.
- El 52,8% de las mujeres estudiadas refieren ligera mejoría de los síntomas después de haber realizado reflexología.

- El 21,5% de las mujeres estudiadas refieren gran mejoría de los síntomas después de haber realizado reflexología.
- Sumando los dos datos anteriores obtenemos que el 73,3% de las mujeres refirieron mejoría en mayor o menor medida.
- El 43,7% de las parejas incluidas en el estudio vivieron de forma satisfactoria la práctica regular del masaje podal a sus parejas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La práctica regular de la reflexología podal a partir del segundo trimestre de embarazo contribuye al alivio de la sintomatología asociada a este período vital de la mujer. La sintomatología más prevalente en la muestra fue, por orden de frecuencia, la lumbalgia, el estreñimiento y las digestiones pesadas, el insomnio y la debilidad y el cansancio.

Además, y pese a no poder trabajar con la mayoría de las parejas durante las clases, casi la mitad de los que lo realizaron de manera regular en sus domicilios lo vivieron como una experiencia satisfactoria. Dicha satisfacción de la pareja al realizar el masaje aumenta su grado de implicación en el embarazo, fortaleciendo el vínculo entre ambos y su futuro bebé.

Por otro lado, la reflexología proporciona una herramienta útil tanto para la matrona para fomentar la promoción de la salud de la mujer gestante en su consulta, como para la gestante, para el alivio de las molestias derivadas del embarazo.

A pesar de las limitaciones del estudio, tanto en cantidad muestral como en lo referente a limitaciones espaciales y temporales, los datos obtenidos confirman que la reflexología es una técnica válida para ayudar a la mujer gestante a adaptarse a los cambios fisiológicos que se producen tanto a nivel físico como emocional en este período vital, favoreciendo una atención holística por parte del profesional sanitario.

Es importante destacar que la reflexología podal es una técnica aplicable también al cuidado del recién nacido para el alivio de las molestias gastrointestinales propias de esta etapa de desarrollo, así como de las alteraciones relacionadas con el sueño. Por lo tanto, el embarazo es un momento ideal para que la mujer se familiarice y conozca los beneficios y la práctica de la reflexología.

Finalmente el gran avance de las terapias alternativas en los últimos años ha generado la necesidad de ampliar los conocimientos y los estudios científicos al respecto, siendo imprescindible aplicar la evidencia científica, para corroborar, la validez de esta herramienta dentro de la práctica diaria de los profesionales de salud al servicio de la mujer gestante en nuestro medio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dolatian M, Hasanpour A, Montazeri S, Heshmat R, Alavi Majd H. The Effect of Reflexology on Pain Intensity and Duration of Labor on Primiparas. *Iran Red Crescent Med J.* 2011 Jul;13(7):475-479.
2. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfrevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson JP. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Mar 14;3.
3. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Jones L. Massage, reflexology and

other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Feb 15;2.

4. Mortazavi SH, Khaki S, Moradi R, Heidari K, Vasegh Rahimparvar SF. Effects of massage therapy and presence of attendant on pain, anxiety and satisfaction during labor. *Arch Gynecol Obstet.* 2012 Jul;286(1):19-23.

5. Hall HG, Griffiths DL, McKenna LG. The use of complementary and alternative medicine by pregnant women: a literature review. *Midwifery.* 2011 Dec;27(6):817-24. 6. Degirmen N, Ozerdogan N, Sayiner D, Kosgeroglu N, Ayrançi U. Effectiveness of foot and hand massage in postcesarean pain control in a group of Turkish pregnant women. *Appl Nurs Res.* 2010 Aug;23(3):153-8.

7. Hrgovic I, Hrgovic Z, Habek D, Oreskovic S, Hofmann J, Münstedt K. Use of complementary and alternative medicine in departments of obstetrics in Croatia and a comparison to Germany. *Forsch Komplementmed.* 2010;17(3):144-6.

8. Samuels N, Zisk-Rony RY, Singer SR, Dulitzky M, Mankuta D, Shuval JT, Oberbaum M. Use of and attitudes toward complementary and alternative medicine among nurse-midwives in Israel. *Obstet Gynecol.* 2010 Oct;203(4):341.e1-7.

9. Field T. Pregnancy and labor massage. *Expert Rev Obstet Gynecol.* 2010 Mar;5(2):177-181.

10. Stager L. Supporting women during labor and birth. *Midwifery Today Int Midwife.* 2009-2010 Winter;(92):12-5.

11. Tiran D. Structural reflex zone therapy in pregnancy and childbirth: a new approach. *Complement Ther Clin Pract.* 2009 Nov;15(4):234-8.

12. Alcantara J, Cossette M. Intractable migraine headaches during pregnancy under chiropractic care. *Complement Ther Clin Pract.* 2009 Nov;15(4):192-7.

13. Hall HG, McKenna LG, Griffiths DL. Complementary and alternative medicine for induction of labour. *Women Birth.* 2011 Apr 25.

14. Hall HG, Griffiths DL, McKenna LG. The use of complementary and alternative medicine by pregnant women: a literature review. *Midwifery.* 2011 Dec; 27(6):817-24.

15. Allaire AD, Moos MK, Wells SR. Complementary and alternative medicine in pregnancy: a survey of North Carolina certified nurse-midwives. *Obstet Gynecol.* 2000 Jan; 95(1):19-23.

16. Adams J. An exploratory study of complementary and alternative medicine in hospital midwifery: models of care and professional struggle. *Complement Ther Clin Pract.* 2006 Feb; 12(1):40-7.

17. Coban A, Sirin A. Effect of foot massage to decrease physiological lower leg edema in late pregnancy: a randomized controlled trial in Turkey. *Int J Nurs Pract.* 2010 Oct;16(5):454-60.

Esta teoría es perfeccionada en los años 30 por Eunice Ingham, autor de varios libros sobre reflexología. Será Doreen Bayly, alumna de Ingham, quien finalmente aporte la base científica a la reflexología.

Esta disciplina se continua desarrollando durante los años 60 de mano de Martine Faure y otros profesionales de la medicina. Durante estos años se localizan con precisión los puntos del pie que corresponden a cada órgano.

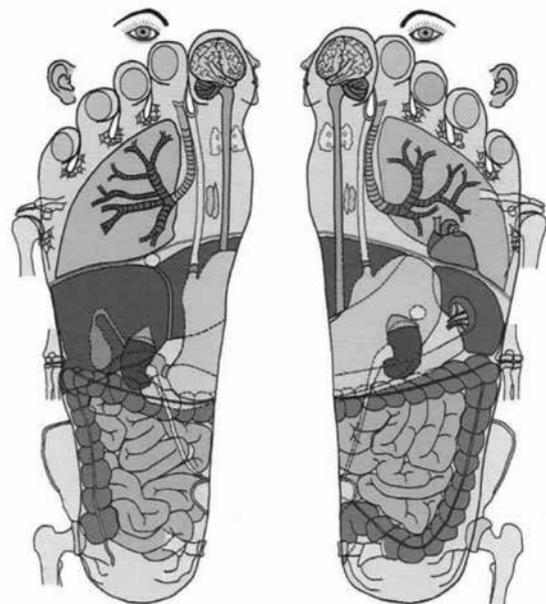
Durante los años 90 la ciencia de la reflexología se sigue desarrollando, convirtiéndose en una disciplina ampliamente aceptada y respetada por los profesionales de la salud.

¿Cómo funciona la Reflexología Podal?

En el pie, cada patología se traduce en un dolor más o menos intenso en la zona refleja del órgano enfermo. Esta zona es llamada PUNTO REFLEJO.

Al tratar estos puntos conseguimos un reflejo músculo-cutáneo-visceral, es decir, la presión ejercida en el pie transmite una información al hipotálamo, regulador del sistema neurovegetativo. Así se desencadenarán una serie de reacciones fisiológicas para reestablecer el equilibrio del órgano o estructura perturbado. La reflexología actúa con suavidad pero en profundidad y a distancia del órgano perturbado, reestableciendo el equilibrio a nivel celular. Podemos concluir que la reflexología tiene una acción global. Reestablece el equilibrio natural del organismo, permitiéndole recuperar su funcionamiento óptimo. El individuo recupera la armonía y equilibrio a nivel físico, psíquico y emocional.

Mapa de los pies



ANEXO I

REFLEXOLOGÍA PODAL EN EL EMBARAZO Y EL PARTO

Breve historia de la Reflexología

La reflexología es una ciencia milenaria. Hace más de 5000 años en China ya se practicaba la terapia por presión y los antiguos egipcios ya conocían y empleaban el masaje de pies para aliviar diferentes dolencias. En el siglo XVI varios médicos europeos publicaron un libro sobre la terapia por presión.

En 1913, un cirujano norteamericano, el Dr Fitzgerald, observó que en las intervenciones quirúrgicas de nariz y garganta, sus pacientes no sentían dolor debido a una anestesia local producida por la presión en determinadas zonas de las manos y los pies. Las observaciones de Fitzgerald dan lugar a una primera teoría sobre la reflexología podal.

Guía de Masaje

1. Comenzar en el dedo gordo del pie derecho. Desde aquí, bordear la cara interna del pie hasta llegar al talón, volviendo al dedo gordo por el mismo lugar.

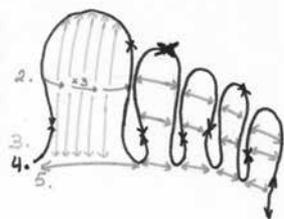
2. Masajear el dedo gordo haciendo círculos alrededor de su articulación. (3 vueltas)
3. Hacer líneas verticales de abajo a arriba por ambas caras.
4. Comenzando por el dedo gordo, ir rodeando todos los dedos, haciendo "la ola" hasta llegar al meñique, y volver de nuevo al gordo.
5. Empezando por el dedo gordo, trabajar todos los dedos en cada una de sus articulaciones: en la base de los dedos, articulación media y superior.
6. Desde la base del dedo gordo, zona media, ir descendiendo hasta el diafragma, según muestra el dibujo. Trabajarlo en ambas caras del pie, plantar y dorsal.
7. Masajear horizontalmente la zona media del pie (estómago, hígado, páncreas e intestino delgado).
8. Trabajar intestino grueso y recto. Siempre en el sentido de las agujas del reloj.
9. Presionar en las zonas interdigitales. Luego trabajar las zonas del empeine del pie que muestra el dibujo. Así estimulamos el sistema linfático, favoreciendo el drenaje y la activación de la circulación sanguínea y linfática.
10. Terminar armonizando los plexos. Aplicar un masaje profundo y circular en cada uno de los puntos indicados en el dibujo.

Puntos reflejos en los pies

1. Columna Vertebral: mejora y previene dolores de espalda, contracturas...



- 2-5 Sistema Nervioso: mejora síntomas como el insomnio, irritabilidad, nerviosismo, control del dolor en el parto...



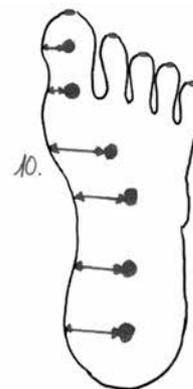
6. Diafragma: principal músculo respiratorio.
7. Sistema digestivo: estómago, páncreas, duodeno... Prevención y mejora de digestiones pesadas, estreñimiento, acidez, náuseas y vómitos...
8. Intestino grueso: prevención y mejora del estreñimiento



9. Sistema Linfático: mejora circulación y drenaje, mejorando la retención de líquidos.



10. Puntos energéticos o chacras.



ANEXO II

ENCUESTA PARA LA GESTANTE

Nombre:

Edad:

Profesión:

Nacionalidad:

Nº de hijos:

Tipo de Parto(s) anterior(es):

Semana de gestación al inicio:

Tipo de parto que desea: Natural / Epidural

Forma de contacto:

Desde el comienzo de tu embarazo, señale con una cruz cuáles de los siguientes síntomas has notado

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> |
| Contracturas musculares | <input type="checkbox"/> |
| Insomnio | <input type="checkbox"/> |
| Gran cansancio / Debilidad | <input type="checkbox"/> |
| Estreñimiento | <input type="checkbox"/> |
| Piernas cansadas / edemas | <input type="checkbox"/> |
| Digestiones pesadas | <input type="checkbox"/> |
| Ninguno, estoy perfecta | <input type="checkbox"/> |
| Otros (especificar cuáles): | <input type="checkbox"/> |

¿Cuántas veces has practicado reflexología durante la última semana?

Ninguna Una Dos Tres

¿Qué síntomas esperabas mejorar haciéndolo?

¿Qué has conseguido haciendo reflexología?

Empeoramiento Nada Poca mejoría

Gran mejoría

Otros:

¿Le resulta gratificante a tu pareja realizar esta práctica contigo?

Nada Poco Bastante Mucho

Observaciones:

En este apartado pretendemos que nos cuentes qué otras cosas has notado al hacer reflexología, tu valoración personal sobre lo que la práctica de esta técnica te haya podido aportar.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Programa de preparación a la maternidad y paternidad destinado a la planta de patología gravídica de la Residencia Cantabria, Santander (Cantabria)

Autoras:

Eva Díez Paz⁽¹⁾

Ana Alejo Holgado⁽¹⁾

*(1) Matrona. Área de Partos, Hospital
Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria.
España.*

*Dirección para correspondencia:
ediez_paz@hotmail.com*

Recibido: 3 de agosto de 2015
Aceptado: 1 de febrero 2016

RESUMEN

Objetivo: Garantizar el acceso a un programa adaptado de Preparación a la Maternidad a las gestantes ingresadas y acompañantes.

Metodología: Se diseñó un programa de Preparación a la Maternidad y Paternidad que está siendo impartido en la planta de Patología Gravídica de la Residencia Cantabria, Santander (Cantabria). Las usuarias son embarazadas de más de 28 semanas que se encuentran ingresadas. El programa consta de 5 sesiones por ciclo, de hora y media de duración y se abordan los temas de mayor relevancia para las gestantes. Para la evaluación se proporciona una encuesta de manera que puedan aportar sus impresiones, sugerencias y opiniones.

Resultados: se han impartido un total de 17 sesiones beneficiándose 13 mujeres y sus acompañantes. La valoración global ha sido de un 9,75.

Palabras clave: complicaciones del embarazo, servicio de educación en hospital, educación prenatal

ABSTRACT

Objective: To ensure the access to a tailored Preparation Motherhood Programme for pregnant women and those who accompanied them.

Method: Maternity and Paternity skills programme was designed which is being taken place in the Department of Obstetric and Gynecology in "Residencia Cantabria" hospital, Santander (Cantabria). Users are pregnant women beyond week 28 of pregnancy in hospital. The program is split up into cycles; each cycle consists of 5 sessions, which takes an hour and a half. Topics most relevance to pregnant women are addressed. In the contest of the evaluation, a survey is provided in order to express their perceptions, suggestions and opinions.

Results: A total of 17 sessions were given to 13 women and their partners. The overall assessment was a 9.75.

Keywords: pregnancy complications, education department, hospital, prenatal education

INTRODUCCIÓN

El embarazo, el parto y el puerperio son acontecimientos importantes tanto en la vida de la mujer como en la de su pareja y familia. Cuando las gestantes deben permanecer ingresadas en el hospital como consecuencia de alguna patología relacionada con su embarazo, no tienen la posibilidad de acceder a las sesiones de preparación maternal organizadas en sus correspondientes centros de salud, por lo que parte de la asistencia ofrecida durante el embarazo queda omitida.

La Ley General de Sanidad¹ señala en su artículo 3.2, que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva. Asimismo, La Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria² en su Título III. Capítulo I (Derechos de los ciudadanos en relación a la salud y la asistencia sanitaria), recoge en su artículo 25:

"1. Los ciudadanos tienen derecho al acceso a las prestaciones y a los servicios de salud individual y colectiva, de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente, sin que puedan ser objeto de discriminación por razón alguna.

2. Las personas que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo tienen el derecho a recibir actuaciones y programas específicos, atendiendo a los recursos disponibles."

El Real Decreto 1030/2006³ establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Una parte de esta cartera, dentro del apartado específico dedicado a los servicios de atención a la mujer, recoge la realización de la educación maternal, dentro de la que se incluye el fomento de la lactancia materna, la prevención de la incontinencia urinaria y la preparación al parto entre otros.

El Protocolo de Atención al Embarazo y Puerperio de la Comunidad de Cantabria⁴ expone que la preparación a la materni-

dad y paternidad es una práctica recomendada, que tiene como objetivo proporcionar a la mujer y su acompañante conceptos claros que les permitan afrontar su embarazo y puerperio de la manera más tranquila y con la mayor seguridad y confianza posible al incidir de manera activa en el plano emocional, mejorando la autoestima, fomentando la relajación y el sueño⁵.

Las hojas de sugerencias recogidas en la Residencia Cantabria tras el alta hospitalaria de las gestantes ingresadas, ya sea solo durante su embarazo o junto con la hospitalización en la planta de maternidad, muestran como una de las necesidades percibidas durante su estancia es la necesidad de un apoyo informativo relacionado con el embarazo, parto y puerperio.

Tras estas peticiones, se consideró la posibilidad de proporcionar a estas mujeres sesiones adaptadas a sus necesidades, a nivel individual y grupal, que les facilitasen la obtención de información correcta y adecuada de manos de un profesional sanitario competente en el área. El programa planteado busca contribuir a la equidad en salud sexual y reproductiva, al dar la oportunidad a las gestantes ingresadas y sus acompañantes de beneficiarse de la educación maternal de la que disponen el resto de embarazadas en la Comunidad de Cantabria.

¿Por qué es la matrona el profesional adecuado para impartir las sesiones de preparación a la maternidad y paternidad?

La orden SAS/1349/2009, de 6 de Mayo⁶, por la que se aprueba y se publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona) define ésta como: *"El profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención integral a la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer, en sus facetas preventivas, de promoción y de atención y recuperación de la salud, incluyendo así mismo la atención a la madre, en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal y la atención al hijo recién nacido sano, hasta el 28 día de vida"*.

Según el Anexo III del Real Decreto 1837/2008⁷ entendemos que en el caso de las matronas, existe una serie de requisitos especificados en el artículo 53, y enumerados en el artículo 55, de las actividades profesionales que pueden desarrollar estos profesionales. La propuesta presentada se basó en los siguientes puntos del Anexo III⁷:

1. Prestar información y asesoramiento adecuados sobre planificación familiar.
2. Facilitar programas de preparación parental y preparación completa al parto, incluida la información relacionada con la higiene y la nutrición.
3. Redactar los informes necesarios.

Las actividades profesionales enumeradas deben ser contempladas como un mínimo de las que pueden realizar las matronas dentro de sus competencias profesionales, pues la evolución de los conocimientos científicos y las demandas de la sociedad actual reclaman un profesional mucho más implicado en las facetas preventivas y de promoción de la salud de la mujer.

La DIRECTIVA EUROPEA 2005/36 en la sección 6, artículo 42⁸, establece que *“Los Estados miembros garantizarán que las matronas estén facultadas por lo menos para acceder a las actividades siguientes y para ejercerlas:*

- a. *facilitar programas de preparación parental y preparación completa al parto, incluida la información relacionada con la higiene y la nutrición;”...*

Siempre debemos tener presente que la matrona es una profesional autónoma, con competencias propias, altamente capacitada y específicamente formada, para proporcionar entre otras, educación maternal. Por ello, su profesión es ampliamente reconocida, tanto por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), por la Unión Europea (UE) y la Confederación Internacional de Matronas.

Como señala la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) en su Documento de Reclamación de Competencias de Enfermería Obstétrica-Ginecológica⁹, *“El uso racional de los recursos públicos en el ámbito sanitario exige reservar a cada profesional para aquellas funciones en las que está más especializado”.*

La matrona, por lo tanto, es el profesional ideal para llevar a cabo dicho proyecto, no solo por ser el que posee mayor capacitación y mejor formación en esta área determinada, sino también por la amplia trayectoria en este terreno en la Comunidad de Cantabria, ya que desde 1984, año en el que se formaron los grupos de preparación a la maternidad en el Centro de Orientación familiar “La Cagiga” (Santander), la matrona ha sido la encargada de realizar dichos programas en cada uno de los centros de salud de la comunidad, de tal forma que la mujer embarazada identifica a este profesional como el encargado de impartir la preparación al parto.

OBJETIVOS

General:

- Garantizar el acceso a las gestantes ingresadas y sus acompañantes a un programa adaptado de Preparación a la Maternidad que les permita disfrutar de todas las áreas de atención al embarazo, parto y puerperio de la Comunidad de Cantabria.

Específicos:

- Fomentar el desarrollo de destrezas que permitan a las embarazadas afrontar su embarazo, parto y puerperio.
- Instruir a las gestantes y sus acompañantes en estrategias de afrontamiento del dolor, técnicas de relajación, y habilidades y técnicas de comunicación.
- Fomentar la autonomía de la mujer en la toma de decisiones en lo referente a su embarazo, parto y puerperio.
- Promover que las gestantes y su entorno tengan una experiencia placentera del embarazo, parto y puerperio.
- Formación de áreas de participación durante el proceso de gestación, parto y crianza, promoviendo que el padre o pareja proporcione apoyo a la mujer durante todo el proceso.

METODOLOGÍA

La Residencia Cantabria es un hospital de tercer nivel en el que se reciben la mayoría de las embarazadas que deben ser ingresadas por alguna patología relacionada con su embarazo de la Comunidad de Cantabria.

Las patologías más frecuentes de estas gestantes son: amenaza de parto prematuro (APP), hipertensión, placenta previa (PP), rotura prematura de membranas (RPM), trombofilia y crecimiento intrauterino retardado (CIR).

El programa de Educación para la Maternidad y Paternidad propuesto para desarrollarse en el área de Patología Grávida de la Residencia Cantabria, Santander (Cantabria), y que empezó siendo impartido por las matronas Eva Díez y Ana Alejo, comenzó el pasado 15 de noviembre de 2014, previa presentación a las enfermeras y supervisora de dicha área de la Residencia Cantabria.

Se solicitó al hospital un espacio físico destinado para la preparación dentro del área hospitalaria. También se pidió disponer de material informático, un ordenador y un proyector, necesarios para poder ver las presentaciones de diapositivas y videos que servirán de apoyo visual a los temas tratados en las distintas sesiones. De igual manera, se dispone de una pizarra.

Como criterios de inclusión y exclusión se establecieron los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Gestante de más de 28 semanas de edad gestacional.
- Mujeres ingresadas en el servicio de patología grávida de la Residencia Cantabria (Santander).
- Gestantes que deseen participar en las sesiones de educación maternal propuestas.

Criterios de exclusión:

- Mujeres que se encuentren por debajo de la semana 28 de gestación.
- Mujeres que no desean participar en la preparación a la maternidad y paternidad.
- Mujeres que por indicación médica no puedan acudir al área destinada a su realización.

Programa de Preparación a la Maternidad y Paternidad.

El programa de Educación Maternal propuesto se compone 5 sesiones de una hora y media aproximada de duración, ela-

Programa de preparación a la maternidad y paternidad destinado a la planta de patología gravídica de la Residencia Cantabria, Santander (Cantabria)

boradas para abarcar la mayor cantidad de información posible de interés para los asistentes. Se busca poder proporcionar de manera íntegra el contenido de cada una antes de que la mujer sea dada de alta o finalice su gestación.

Para la realización del programa se contó con la colaboración de Ana Casteleiro (matrona), con la supervisora del área de partos del HUMV (Maite Gil), con las matronas del Área de Partos y con el personal de enfermería y supervisora de la planta de Patología Gravídica. Asimismo se ha contado con el apoyo de Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

El programa quedó configurado de la siguiente forma:

1. Modificaciones durante el embarazo. Conceptos básicos. El parto y sus etapas: los pródromos de parto y el periodo de dilatación.
 - Conocimientos básicos sobre modificaciones físicas y psicológicas producidas durante el transcurso del embarazo.
 - El parto. Conceptos iniciales. Evolución y características de la primera etapa del parto. Los pródromos y la fase de dilatación.
 - Aclaración de conceptos. Resolución de dudas iniciales planteadas por las mujeres y acompañantes, así como la obtención de información sobre los temas de los que deseen obtener mayor cantidad de información.
1. El parto y sus etapas: el expulsivo y alumbramiento.
 - La segunda etapa del parto: el expulsivo. Fases y características.
 - La respiración y la relajación en el parto.
 - Tipos de analgesia: métodos farmacológicos y no farmacológicos.
 - El contacto piel con piel.
 - Donación de sangre de cordón umbilical (DSCU). Características y procedimiento.
 - Visita virtual al área de partos: visualización de imágenes del servicio de partos para la obtención de un conocimiento previo del espacio físico.
 - Situaciones especiales: inducciones de parto y cesárea.
 - Aclaración de dudas planteadas.
1. El puerperio y anticoncepción. Cuidados maternos en los primeros días tras el nacimiento.
 - Puerperio inmediato, precoz y tardío. Modificaciones físicas y psicológicas asociadas al puerperio.
 - Cuidados maternos en el posparto.
 - Anticoncepción durante el puerperio.
 - Aclaración de las dudas planteadas.
1. La alimentación del recién nacido.
 - Tipos de alimentación del recién nacido.
 - La lactancia materna. Características. Ventajas maternas y del recién nacido. Agarre y postura adecuados. Almacenamiento y extracción de la leche materna.
 - Lactancia artificial. Características y preparación.
 - Lactancia mixta.
 - Situaciones especiales del recién nacido.
 - Aclaración de las dudas planteadas.
1. El recién nacido. Los cuidados en los primeros días de vida.
 - Características del recién nacido.

- Cuidados básicos del recién nacido en los primeros días de vida: cuidados en la planta de maternidad. La llegada a casa.
- Aclaración de las dudas planteadas.

En todas las sesiones se dispone de soporte visual para seguir las explicaciones. También se proporciona material didáctico asociado a cada sesión con el objetivo de cumplimentar la información dada. Este material, con excepción del programa de ejercicios fue elaborado por las autoras:

- Lecturas y páginas web recomendadas sobre embarazo, parto, puerperio y crianza.
- Un tríptico informativo sobre el masaje perineal.
- Posturas a adoptar durante la fase de dilatación asociadas a la pelota de pilates.
- Información sobre anticoncepción durante la lactancia materna.
- Almacenamiento y conservación de la leche materna.
- Información sobre el masaje para el bebé.
- Programa de ejercicios para gestantes ingresadas en patología gravídica extraído de la revista *Matronas Profesión*¹⁰.
- Cuidados tras una cesárea: debido a la presencia en la planta de patología gravídica de mujeres ingresadas con cesárea programada, se elaboró un dossier exclusivo para estos casos, en los que se indican las características y repercusiones de una cesárea, así como los cuidados en el puerperio y posteriores.

Las gestantes conocen la existencia del programa a través de las enfermeras de la planta a su ingreso, momento en el que se les proporciona un tríptico informativo de las sesiones, así como su horario y día de impartición.

Una vez finalizado el ciclo de educación maternal o la mujer es dada de alta, se solicita a los asistentes la cumplimentación de una encuesta de valoración con el objetivo de evaluar el programa para que aportaran impresiones, sugerencias y/u opiniones, con el fin de mejorar para posteriores reuniones.

RESULTADOS

A fecha 31 de diciembre de 2014 se han ofrecido 17 charlas, 4 de ellas han sido informativas en las propias habitaciones de las gestantes al no poder acudir estas a la sala proporcionada para tal fin por diferentes motivos.

De este programa se han beneficiado un total de 13 mujeres y los acompañantes que han deseado asistir a ellas, acudiendo de media a 1,87 clases cada una de las gestantes.

La edad gestacional de estas mujeres se encuentra comprendida entre las 28⁺⁶ semanas y 39⁺⁵, siendo la más habitual la semana 36. El motivo más frecuente por el que el resto de embarazadas ingresadas no han podido acudir es tener pautado reposo absoluto.

Se han recogido un total de 9 valoraciones del programa, de las que se extraen la siguiente información:

- La edad de las participantes en el programa está situada entre 28 y 40 años, siendo la media 34,22.
- Solo acuden dos mujeres acompañadas por la pareja.
- Todas son primigestas salvo una secundigesta
- Seis mujeres habían acudido previamente a alguna clase de preparación en su centro de salud.
- El 100% de las mujeres consideran que las explicaciones

han sido claras, que la preparación es útil, les ha servido para aclarar dudas y mejorar hábitos; así mismo consideran que las matronas encargadas de la preparación son muy accesibles.

Se les pidió a las gestantes y acompañantes asistentes que valorasen diferentes aspectos de las distintas sesiones:

- La mayoría de las mujeres reflejan como positiva la información proporcionada, así como la posibilidad de resolver sus dudas personales y hablar abiertamente de su situación y preocupaciones. También reflejan la cercanía de las matronas que imparten las charlas.
- Refieren como susceptibles de mejora:
 - las condiciones de la sala,
 - la posibilidad de tener más clases y vídeos,
 - la disponibilidad de más tiempo para cada sesión,
 - la realización de actividades físicas,
 - una de ellas refleja la posibilidad de asistir independientemente de la edad gestacional.

Finalmente, se solicita la valoración global. Solo se recogen 4 notas, obteniendo una puntuación media de un 9,75. Las evaluaciones individuales son:

- Modificaciones durante el embarazo. Conceptos básicos. El parto y sus etapas: los pródromos de parto y el periodo de dilatación: se recogen 5 puntuaciones, obteniendo una media de 9,8.
- El parto y sus etapas: el expulsivo y alumbramiento: se recogen 4 puntuaciones, con una media de 10.
- El puerperio y anticoncepción. Cuidados maternos en los primeros días tras el nacimiento: se obtienen 3 puntuaciones, con media de 9.
- Alimentación del recién nacido: recogidas dos valoraciones, con una media de 10.
- El recién nacido. Los cuidados en los primeros días de vida: obtenidas un total de 3 puntuaciones con una nota media de 9,33.

CONCLUSIONES

Este programa contribuye a la equidad en salud, ya que da la oportunidad a las mujeres ingresadas de beneficiarse de la Educación Maternal a la que tienen acceso el resto de embarazadas de Cantabria. Trata de resolver el vacío que las mujeres ingresadas sienten al perder el contacto con su matrona de atención primaria, con otras embarazadas y con su entorno, situación que genera en ellas gran inseguridad, todo ello acentuado por la preocupación de tener asociada una patología a su embarazo.

Formar un grupo de educación maternal favorece el intercambio de experiencias y conocimientos entre los miembros del grupo, favoreciendo la relación entre mujeres que comparten una experiencia vital común, como es el embarazo y específicamente, la vivencia de un embarazo ingresada en el hospital, lo que mejora la satisfacción de la mujer con respecto a su proceso.

La educación maternal permite la transmisión de información de calidad y proporciona a la mujer y su pareja habilidades y estrategias que les ayudará en el proceso de embarazo, parto y posterior crianza del recién nacido.

El hecho de que el programa conste de charlas y visitas a la unidad de partos (la mujer que no tenga indicado un reposo ab-

suelto) sirve para contrarrestar la inseguridad y los miedos que genera el propio proceso de ingreso, mejorando así la situación personal de la embarazada.

Además, ayuda a solventar esas necesidades descritas en las sugerencias por las propias gestantes y garantizar así una mejora de la calidad de su atención durante el ingreso.

AGRADECIMIENTOS

A las gestantes que colaboran en el programa y cumplimentación de las encuestas. A las matronas del Área de Partos y personal de la planta de Patología Gravídica de la Residencia Cantabria (Servicio Cántabro de Salud) por su apoyo, paciencia y colaboración en la realización de este proyecto. A la Dirección de Enfermería del hospital por creer en este proyecto. Por último, a Ana Casteleiro, matrona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986, de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado, nº 269, (29/04/1986).
2. Ordenación Sanitaria de Cantabria. Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre. Boletín Oficial de Cantabria nº 202, (18/12/2002).
3. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado, nº 222, (16/09/2006).
4. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. Protocolo de Atención al Embarazo y Puerperio. Santander. 2007.
5. Asefi F, Oreyzi H, Valiani M, Bahadoran P. The effect of participating in the labor preparation classes on maternal vitality and positive affect during the pregnancy and after the labor. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2010;15(Supl 1):331-6.
6. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona). Boletín Oficial del Estado, nº 129, (28/05/2009).
7. Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado. Boletín Oficial del Estado, nº 280, (20/11/2008).
8. DIRECTIVA 2005/36/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales (Texto pertinente a efectos del EEE). Diario Oficial de la Unión Europea, nº 255, (30/09/2005).
9. FAME [sede Web]*. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2010 [acceso 26 de junio de 2015]. Documento de reclamación de competencias de Enfermería Obstétrica Ginecológica (Matrona). Posicionamiento de la Federación de Asociaciones de Matronas de España. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/documentos>
10. Morera-Liáñez L, Rodríguez-Márquez A, Laencina-Lázaro MR, Ortega-Lacambra E, Sangüesa-Giménez MR, Laviña-Castán AB, et al. Programa de ejercicios para el reposo en cama en embarazadas. *Matronas Prof.* 2014;15(4):142-9.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

MONOGRAFÍA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Incontinencia urinaria en la mujer, ¿un problema oculto?

Autora:

Rocío Fuentes Covián

*Graduada en enfermería. Unidad de Cuidados
Intensivos Generales. Hospital Universitario
Marqués de Valdecilla. Cantabria. España.*

*Dirección para correspondencia:
rociocovian@hotmail.com*

Recibido: 20 de agosto de 2015
Aceptado: 15 de enero de 2016

RESUMEN

La Incontinencia urinaria (IU) según la ICS (International Continence Society) se define como cualquier pérdida involuntaria de orina. Afecta a cualquier edad y a ambos sexos, siendo más frecuente en mujeres.

A pesar de poder ocasionar una seria afectación física, psicológica y/o de bienestar social, frecuentemente permanece oculto por desconocimiento, vergüenza o incluso por estar considerado parte normal del envejecimiento.

Estrategia de búsqueda: bases de datos: Dialnet, Pudmed, Cuiden y Biblioteca Cochrane. Operadores booleanos: and/or. Límites establecidos: fecha de publicación, tipo de artículo, de revista y estudio, idioma, sexo y rango de edad.

De acuerdo a los estudios encontrados, el diagnóstico y tratamiento precoz de la IU en mujeres debería ser una prioridad sanitaria, pues los resultados en prevalencia, mimetismo y calidad de vida evidencian que es un problema con importantes repercusiones para la salud. Por ello, debemos tratar al paciente bajo un modelo bio-psico-social, teniendo como paradigma fundamental mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: incontinencia urinaria, calidad de vida, prevención primaria

ABSTRACT

ICS (International Continence Society) defines urinary incontinence (UI) as any involuntary loss of urine. It affects all ages and both sexes and it's more common in women.

UI may cause serious physical, harm and psychological welfare but, it remains hidden by ignorance, embarrassment or because patients consider UI as part of the aging process.

Search strategy: It has used the following databases: Dialnet, Pudmed, Cuiden and Cochrane library. The boolean operators have been: and/or. Search limits have been: publication date, type of research article, type of magazine, type of study, language, sex and age.

The diagnosis and treatment of UI should be a health priority in woman according to the studies findings. The results of prevalence, concealment and quality of life studies show that it's an issue with important implications for health. Therefore, we must work under a bio-psycho-social model with the patient and we will have as main priority being function to improve their quality of life.

Keywords: urinary incontinence, quality life, primary prevention

INTRODUCCIÓN. ESTADO DEL TEMA. JUSTIFICACIÓN

La Incontinencia urinaria (IU) es un problema frecuente en la sociedad que puede perjudicar tanto a personas sanas, como estar asociada a enfermedades. Afecta a cualquier edad y a ambos sexos, siendo más frecuente en las mujeres. En España, un estudio realizado por ONI (Observatorio Nacional de la Incontinencia) y basado en una revisión sistemática, concluía que el número aproximado de incontinentes está alrededor de seis millones de personas, con cifras de prevalencia que pueden llegar en las mujeres hasta el 69%^(1,2).

Su coste económico se distribuye directamente por el diagnóstico, tratamiento, cuidados, seguimiento, métodos protectores e indirectamente por la pérdida de autoestima y autonomía personal. La AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) calculó un gasto total por persona de 3565 dólares, siendo éste tres veces mayor en mujeres, el doble para las mayores de 65 años y, más del doble para las que viven en la comunidad que para las institucionalizadas⁽³⁾.

Hablamos de una patología que no compromete la vida de las personas que la sufren pero sí produce una repercusión negativa en la calidad de la misma⁽⁴⁾.

Los datos obtenidos por los autores Oh y Ku, muestran que la percepción del estado general de salud es la dimensión más afectada para mujeres con IU de urgencia. Sin embargo, para

mujeres con IU de esfuerzo son las limitaciones físicas y medidas de gravedad (4).

A pesar de los avances en la evaluación y manejo de la IU, tan sólo el 20-30% de los afectados solicita ayuda profesional. Algunos motivos asociados son el desconocimiento de la enfermedad y sus posibles tratamientos, la vergüenza o incluso por estar considerado parte del proceso del envejecimiento. Actualmente, se debe de considerar por separado la edad y la IU e, interpretarse como síntoma de una disfunción. Se ha descrito que el tiempo medio que tardan los pacientes en manifestar la IU como un problema es de 4-6 años. De igual forma, sólo el 10% de los profesionales pregunta sobre síntomas de incontinencia, por lo que pocos son los que reciben tratamiento⁽⁵⁻⁷⁾.

Teniendo en cuenta estos datos, lo podemos clasificar como un problema oculto e infravalorado, tanto por el paciente como por enfermeros/as y demás profesionales sanitarios. La NH (National Institutes of Health) de EEUU afirma que el primer paso para un correcto tratamiento es el conocimiento adecuado de la enfermedad, así como una buena evaluación y diagnóstico⁽⁵⁻⁷⁾.

OBJETIVOS

Los principales objetivos son:

- Enseñar la estructura y funcionamiento del aparato urinario inferior.

- Describir qué es la Incontinencia urinaria y sus principales formas.
- Describir los principales factores de riesgo.
- Describir las principales pruebas diagnósticas.
- Enseñar hábitos de vida saludables y técnicas terapéuticas.
- Describir más detalladamente el tratamiento para la Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Enseñar a pacientes y profesionales la importancia de la enfermedad.

METODOLOGÍA DE BÚSQUEDAS BIBLIOGRÁFICAS

Para la realización de esta monografía se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos como, Dialnet, Pudmed, Cuiden y Biblioteca Cochrane Plus. También se ha tenido en cuenta aquella bibliografía adecuada y referenciada en los artículos seleccionados. Asimismo, se han consultado capítulos de libros extraídos en la biblioteca de la Universidad de Cantabria.

Se utilizó la terminología en salud consultada en los descriptores en Ciencias de la Salud (Decs/Bireme) y en Medical Subject Headings (Mesh/Pudmed) identificando las siguientes: Incontinencia urinaria (urinary incontinence), calidad de vida (quality life), prevención primaria (primary prevention). El objetivo fue usar una terminología común para la investigación en dos idiomas (español e inglés), proporcionando un medio consistente para la recuperación de información independientemente del idioma de origen de estudio.

Las palabras clave se interrelacionaron mediante el uso de los siguientes operadores booleanos: and/or.

Como límites de inclusión se tuvieron en cuenta: tipo de revista (temática fundamentalmente enfermera con enfoque general), tipo de artículo (artículos originales y de revisión), tipo de estudio (ensayo clínico aleatorizado, cuasi experimental, casos y controles, cohortes, de prevalencia y demás descriptivos, revisiones sistemáticas), año de publicación (últimos diez años), idioma (inglés y español), sexo (preferentemente femenino), edad (mayores de 18 años).

La búsqueda se realizó durante los meses de octubre de 2012 y mayo de 2013, identificándose 621 referencias. De éstas, se consideraron útiles 78 después de revisar título y resúmenes. Se recuperaron los textos completos y se examinaron de acuerdo a los límites establecidos quedando un total de 34.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Anatomía y neurofisiología del tracto urinario inferior

El aparato urinario inferior está formado por la vejiga urinaria y la uretra, responsables del almacenamiento y vaciamiento de la orina procedente de los uréteres⁽⁸⁾.

La vejiga urinaria es un órgano muscular hueco compuesto por fibras musculares lisas (músculo detrusor) que al extenderse en diferentes direcciones permite distenderse durante el llenado vesical y, contraerse durante el vaciado. La capa muscular lisa comprende el detrusor, y el cuello vesical finalizando en la parte proximal de la uretra⁽⁸⁾.

La estructura de la uretra es diferente en mujeres y hombres, siendo 3-4 cm más corta en la mujer, y rodeada al final por un esfínter de músculo estriado llamado rabdoesfínter, el cual ayuda en la continencia^(8,9).

Los músculos pelvianos, importantes también en la continencia, forman una especie de hamaca, soportando y manteniendo los órganos pélvicos. Por delante, se unen a la pared vaginal anterior haciendo que al contraerse se comprima la uretra hacia ella, evitando así la pérdida de orina. En actividades como correr, toser o estornudar, el cuello vesical se desplaza hacia abajo siendo el suelo pélvico el que ayuda a contrarrestar este efecto. La contracción consciente de estos músculos, eleva y estabiliza la pared vaginal anterior y la uretra⁽⁹⁾.

En el cerebro existen centros involucrados en la micción como: la corteza cerebral (participa en la percepción consciente de la necesidad de orinar y en la decisión de posponer o iniciar el vaciado), el centro miccional pontino (regula la contracción del músculo detrusor y relajación del esfínter estriado uretral hasta la infancia) y, la médula espinal (responsable de transmitir los impulsos que llegan a la vejiga mediante los nervios dorso-lumbares del segmento simpático, parasimpático y somáticos sacros)⁽⁹⁾.

El sistema nervioso periférico está formado por el sistema simpático, parasimpático y somático. El simpático inerva el músculo detrusor, cuello vesical y musculatura uretral lisa mediante el nervio hipogástrico. El parasimpático inerva el detrusor mediante el nervio pélvico y, el somático inerva el esfínter estriado por el nervio pudendo. Los sistemas simpático y somático favorecen el llenado y, el parasimpático el vaciado vesical⁽⁹⁾.

Fisiología de la micción

La evacuación vesical es un proceso voluntario que necesita tres piezas fundamentales para su correcto funcionamiento: integridad anatómica, adecuada situación en la pelvis y correcta sincronía nerviosa⁽¹⁰⁾.

La repleción vesical ocurre por la distensión de sus paredes gracias al músculo detrusor, relajándose e inhibiéndose cuando aumenta su volumen. A su vez, el sistema de cierre uretral se mantiene firme. En condiciones normales, la presión vesical es inferior a la intrauretral. Esta fase pasiva ocurre inconscientemente y continuamente, hasta alcanzar los 300-400 ml de orina, momento en el cual comienzan los deseos de orinar⁽¹⁰⁾.

Durante la relajación voluntaria del esfínter externo, involuntaria del interno y contracción voluntaria del detrusor comienza el proceso de vaciado vesical. Éste, se adquiere progresivamente y, a la edad de 5 años se realiza con total control. Con la madurez, es voluntario y neurológicamente controlado a nivel cortical⁽¹⁰⁾.

Concepto de Incontinencia Urinaria

La ICS (International Continence Society) la define como: "la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable y de tal magnitud que constituye un problema social y/o higiénico para el paciente"⁽¹¹⁾.

Tipos de Incontinencia Urinaria

Según su sintomatología⁽¹⁰⁻¹³⁾:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo: se debe a una vejiga hiperactiva que se contrae voluntariamente provocando el vaciamiento de la vejiga.

Según su gravedad la podemos dividir en:

- Grado I (tosar, estornudar, levantar peso o cambiar bruscamente de postura)
- Grado II (subir y bajar escaleras)
- Grado III (cualquier actividad como caminar)
- Incontinencia urinaria de urgencia o vejiga inestable: Produce una necesidad incontrolable y repentina de orinar.
- Incontinencia urinaria mixta: existe más de un tipo de incontinencia, principalmente de esfuerzo y urgencia.
- Incontinencia continua o total: pérdida constante de orina con independencia de la postura, siendo el paciente consciente o no de ello.
- Incontinencia por rebosamiento: también llamada IU inconsciente o retención crónica de orina. No existe deseo miccional.
- Enuresis nocturna: pérdida involuntaria de orina durante el sueño.
- Goteo postmiccional: pérdida involuntaria de orina inmediatamente después de la micción.
- Incontinencia extrauretral: observación de la filtración de orina a través de diferentes conductos a la uretra (fístula, uréter ectópico).

Según clínica y etiológicamente^(11, 14):

- Incontinencia urinaria transitoria: generalmente aparece como complicación de una enfermedad sin alteración estructural aparente. Su duración es inferior a cuatro semanas.
- Incontinencia urinaria permanente: puede darse después de una enfermedad que provoca lesiones irreversibles. Hay cuatro situaciones comunes de aparición (hiper/hipoactividad del detrusor e incompetencia/obstrucción del tracto vesical de salida).

EPIDEMIOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA

Según el informe del ONI (Observatorio Nacional de la Incontinencia) de 2009, la prevalencia media de IU estimada para las mujeres es del 24% aumentando en aquellas de mediana edad (44,34 años) hasta un 30-40% y, superando el 50% en ancianas (a partir de los 60-65 años)⁽²⁾.

Cabe destacar que estas prevalencias son más altas que las obtenidas en estudios anteriores, debido fundamentalmente al amplio abanico de definiciones, grados de severidad, diseño de cuestionarios, población de estudio y criterios de selección^(5, 15).

Estos datos concuerdan con los obtenidos a nivel internacional. Así, el estudio Epicont europeo realizado a mujeres mayores de 20 años en Noruega, encontró una prevalencia de IU del 25%⁽¹⁶⁾. El metaanálisis de Minassian encontró dos picos de prevalencia también en mujeres, uno alrededor de los 40-50 años y, otro a los 80 años, predominando la IU de esfuerzo, la mixta y de urgencia respectivamente⁽¹⁷⁾.

ETIOPATOGENIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA

Existen varios estudios sobre los factores de riesgo pero, Bump y Norton los ordenaron en⁽¹¹⁾:

Factores predisponentes:

- Género: de dos a tres veces más frecuente en la mujer que hombre debido a, la longitud uretral, diferencias anatómicas, efectos del parto....
- Raza: la mayoría de los estudios están realizados en mujeres de raza blanca, con una prevalencia tres veces mayor

probablemente, por las diferencias a la hora de consultar los problemas de salud.

- Historia familiar y genética: mayor riesgo en mujeres con hermanas y/o madres incontinentes, aunque se observa mayor prevalencia entre hermanas que de madres a hijas.

Factores incitantes:

- Parto: mayor riesgo para mujeres con parto vaginal aunque, no está demostrado que la cesárea proteja.

Factores promotores:

- Obesidad: puede contribuir a su severidad por el estiramiento y debilitamiento de músculos, nervios y demás estructuras.
- Menopausia y hormonas reproductivas: la deficiencia de estrógenos produce atrofia genital, adelgazamiento de la submucosa y disminución de la longitud uretral, siendo más susceptible para infecciones y síntomas urinarios.
- Histerectomía: a veces coincide con la intervención, fundamentalmente si existe también doble anexectomía. También puede deberse a lesión nerviosa o alteraciones en los soportes músculo-faciales de la vejiga a la pared pélvica.
- Síntomas del tracto urinario inferior: se resuelve el problema cuando se soluciona la causa.
- Tabaco: contribuye a la tos crónica e interfiere en la síntesis de colágeno.

Factores descompensadores:

- Incapacidad funcional/deterioro cognitivo.
- Edad: provoca disminución del tejido elástico, atrofia celular, degeneración nerviosa, reducción del tono muscular...

DIAGNÓSTICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA

Según la ICS (International Continence Society) las pruebas se pueden dividir en^(10, 13, 15, 18-21):

Altamente recomendadas (para todas las pacientes):

- Anamnesis: cuestionario de síntomas, antecedentes personales y familiares, estilo de vida incluyendo el hábito sexual, medicación consumida.
- Exploración física: examen neurológico, ginecológico y abdominal. Comprobar el signo de incontinencia.
- Diario miccional (registro que varía de uno a catorce días): existen varios; gráfico que registra en 24 horas el número y episodios, gráfico de frecuencia-volumen y gráfico de cantidad, tipo, grado de episodios, ingesta de líquidos y alimentos, uso de compresas y grado de urgencia.
- Análisis de orina: para descartar hematuria, piuria, bacteriuria o enfermedades como diabetes.
- Volumen residual postmiccional (VRP): volumen de orina que permanece en la vejiga inmediatamente después de una micción representativa. Las recomendaciones de AH-CPR (Agency for Health care Policy and Research) establecen que, un VRP menos de 50ml significa vaciado vesical adecuado y, si es mayor de 200 ml es inadecuado.
- Cuestionarios de síntomas y calidad de vida: se pueden dividir en genéricos como el MOS SF-36 y EuroQol y, específicos. Éstos últimos, tienen uso en el ámbito clínico porque están traducidos y validados al español. Los más importantes son el King's Health Questionnaire y el ICIQ-UI-SF.

Recomendadas:

- Análisis de la función renal.
- Flujometría (cantidad de orina evacuada por unidad de tiempo).
- Estudios urodinámicos (cistomanometría y estudio presión-flujo).
- Pruebas de imagen (ecografía, pielografía, TAC, RMN).
- Endoscopia (uretrocistoscopia).

Opcionales:

- Estudios urodinámicos (perfil uretral estático o dinámico, electromiografía perineal, medición de presión abdominal de escape).
- Prueba de la compresa (Pad Test): mide el peso de la compresa antes y después de ser utilizada en el transcurso de una, 24, 48 e incluso 72 horas. El único validado por la ICS es el de una hora, considerándolo positivo cuando en esa hora el aumento de peso ha sido mayor o igual de 1g.

TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN LA MUJER

Se deberá comenzar con el abordaje menos invasivo teniendo en cuenta la repercusión en la calidad de vida, preferencias, limitaciones, presencia de otras patologías, aplicabilidad y comparación de riesgos/beneficios^(11, 22).

Dentro del tratamiento conservador, las principales terapias son⁽²³⁻²⁵⁾:

1. Modificaciones Conductuales:

- Modificación del entorno: evitar barreras físicas, uso de bacinilla....
- Medidas higiénico-dietéticas: abandono del tabaco, reducción del consumo de cafeína y alcohol, manejo hídrico adecuado como disminuir la ingesta de líquidos por las tardes/noches o antes de salir a la calle, reducción de peso, consumo adecuado de grasas insaturadas, monoinsaturadas y totales, incrementando las frutas y verduras, entrenamiento vesical, es decir, orinar en horarios fijos regulares antes de sentir necesidad imperiosa de orinar e incontinencia. En este entrenamiento sería importante un diario miccional objetivando los progresos conseguidos.
- Otras: evitar el estreñimiento, reducir el estrés, uso de prendas holgadas, aseo adecuado de la piel perineal.

2. Ejercicios de Kegel:

Publicados por Arnold Kegel en 1948. Su objetivo es reforzar el sistema de sostén y continencia activa durante el esfuerzo mediante contracción voluntaria perineal consiguiendo inhibición vesical y restablecimiento del cuello vesical en el eje de presión.

Estos ejercicios se dividen en varias fases:

- Fase de información: explicar la fisiopatología de la IU, anatomía y función de la musculatura perineal para crear un ambiente de confianza.
- Fase de identificación: localización correcta del periné. Un ejemplo a indicar sería; expulsar el aire por la boca, introducir un dedo lubricado en la vagina o ano y apretar dicho dedo manteniendo la musculatura abdominal relajada. La sensación percibida inadecuada sería la contracción de la musculatura abdominal y no perineal.

- Fase de mantenimiento: realizar estos ejercicios dos veces/día, al levantarse y acostarse, no más de ocho minutos cada vez.

3. Biorretroalimentación (Biofeedback):

Registra la actividad muscular pelviana mediante electromiografía utilizando electrodos de superficie a ambos lados del ano. El electrodo de referencia se coloca en una zona sin actividad (pierna o brazo). Luego se conectan al equipo indicando a la paciente que realice contracciones, siendo éstas registradas como señales visuales o auditivas.

4. Electroestimulación:

Estimulación del nervio pudendo mediante un electrodo vaginal. También existe estimulación periférica con activación del nervio tibial posterior.

5. Conos Vaginales:

Contracción sostenida manteniendo el cono en la vagina.

Respecto al tratamiento farmacológico para este tipo de incontinencia, hay estudios que indican que su uso se encuentra limitado por la baja eficacia y/o efectos secundarios. Entre los medicamentos más usados cabe destacar los anticolinérgicos, los de acción mixta como oxibutinina y tolterodina (relajante muscular y anticolinérgico) y, bloqueadores de canales de calcio como diltiazem. Recientemente, la guía EAU (European Association of Urology) de 2011, muestra que la duloxetine (antidepresivo) tiene un nivel de evidencia 1 con grado de recomendación B⁽²⁶⁾. Así mismo, el NHS (National Institute for Health and Clinical Excellence) lo propone como segunda línea de tratamiento en mujeres no candidatas a cirugía y preferencia farmacológica⁽²⁷⁾.

Dentro de la terapia quirúrgica cabe destacar que, existen más de 200 técnicas escritas en la literatura, lo cual indica que no existe un procedimiento común que resuelva todas las situaciones (10, 21).

Actualmente, existen varias alternativas como⁽²⁸⁻³¹⁾:

- Terapia inyectable periuretral: consiste en inyectar substancias de relleno (vía endoscópica) en la submucosa de la uretra para mejorar el sello uretral. En los últimos años, se están haciendo investigaciones sobre nuevas inyecciones compuestas por mioblastos y fibroblastos autólogos, las cuales se obtienen mediante biopsia del músculo esquelético. Por tanto, la paciente es donante y receptora de sus propias células.
- Suspensión por vía retropúbica (como la tradicional de Marshall Marchetti o actual de Burch).
- Sling o cintas suburetrales de material sintético: es la técnica de elección. Fue descrita por primera vez por Ulmsten en 1996 y, consiste en colocar una cinta de malla sintética, libre de tensión, y bajo la uretra media. Actualmente, hay dos técnicas de colocación vía transvaginal: una cuando la cinta se fija de forma retropúbica (TVT) y otra, cuando se exterioriza a través de los agujeros obturadores de la pelvis (TOT). En los años 2006 y 2007, apareció una nueva generación de mallas con longitud menor a las anteriores, las llamadas TVT SECUR y TVT MINIARC Y NEEDELELESS.

DISCUSIÓN

Tal y como se ha visto, la IU es una enfermedad sociosanitaria con importantes repercusiones clínicas, sociales y psicológicas sobre las mujeres que la padecen⁽²⁾.

En el estudio realizado por Martínez Córcoles B. et al. "Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria": se muestra que el 81% de las pacientes presentaban la forma de IU de esfuerzo. Encontraron limitaciones en lo que respecta a; salud general, imagen corporal, actividades de la vida diaria, actividad física, actividad social y en el de las emociones, mostrando un empeoramiento con la edad, mayor grado de incontinencia, mayor sintomatología miccional y asociado a episodios de infección urinaria⁽²¹⁾.

A pesar de la alta prevalencia y afectación de la patología sobre la calidad de vida de las pacientes, resulta preocupante que un alto porcentaje no haya consultado nunca con profesionales sanitarios. En una encuesta realizada por el ONI en el 2009, se calculó que el 31,9% de los encuestados no había buscado ayuda profesional para su problema, incrementando al 34,8% para aquellos mayores de 65 años. Dentro de las posibles causas se determinó que un 27,6% no acude a consulta por vergüenza, un 61,8% mayor de 65 años lo considera normal para su edad, la cuarta parte dice no resultarle molesto, el 11,5% tiene miedo a las pruebas y, el 11,5% opinan que es un problema que no tiene solución⁽²⁾.

En función de los resultados, se objetiva una falta de conocimientos con la consecuente infradetección de la IU. En este sentido, es de suma importancia el papel que juega el personal de enfermería puesto que, es el primer contacto que experimenta la paciente, lo que permite orientar el tratamiento más adecuado. Existe evidencia científica que demuestra que la educación y tratamiento de suelo pélvico realizado por enfermeras/os previene y/o mejora significativamente los síntomas de IU así como, su calidad de vida⁽³²⁾.

El ECA realizado por Nieto Blanco E. et al. "Efectividad de un ensayo clínico sobre cuidados enfermeros para la incontinencia en mujeres": muestra que en un total de 256 mujeres, se mejoraron o curaron el 40,5% en el grupo intervención frente al 21% del grupo control. La intervención consistía en conocimientos de fisiología y anatomía, descripción y explicación de factores de riesgo, hábitos desencadenantes modificables y ejercicios para el fortalecimiento del suelo pélvico durante cuatro sesiones semanales de una hora de duración⁽³³⁾.

Según el estudio prospectivo realizado por España Pons M. et al. "Eficacia de un programa de tratamiento conservador de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Cumplimiento y modificación de los parámetros evaluados a corto y medio plazo": a 144 mujeres se evidenció que el 73% había notado mejoría en cuanto a síntomas y afectación en la calidad de vida. Un 19% manifestó no tener IU y, un 8% decía seguir igual. La intervención y seguimiento de un año fue realizada por enfermeras/os y fisioterapeutas y consistía en educación terapéutica, ejercicios del suelo pélvico, biofeedback y electroterapia⁽³⁴⁾.

CONCLUSIONES

- La IU es un problema infravalorado entre las mujeres debido al desconocimiento de la patología en sí y de las repercusiones que ésta tiene.

- Al ser un problema de naturaleza tan íntima conlleva dificultades para detectar los casos.
- La IU es susceptible de tratamiento y cura para la mayoría de las pacientes, siendo la opción menos invasiva la de elección.
- Entre las medidas de enfermería cabe destacar la actuación de protocolos de actuación, aunque ello precise de un adiestramiento previo para los profesionales.
- Como futura línea de investigación sería interesante abordar el tema desde una perspectiva cualitativa, valorando las vivencias y experiencias de mujeres incontinentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez-Núñez R, Álvarez E, Salas L, González-González A. Estudio de la prevalencia de la incontinencia urinaria y sus factores de riesgo en nuestro medio. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2007; 34(4): 128-136.
2. Observatorio Nacional de la Incontinencia. [Sede Web]. [Acceso 2 Marzo de 2013]. Disponible en:
3. Rodríguez G, Carballido JA, Suárez C, Sola I. Incontinencia urinaria en la mujer. *Medicine*. 2003; 8(6): 107-117.
4. Suárez CM, Medrano E, Díaz E, De La Casa M, Chillón R, Chamorro G. Afectación de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. *Fisioterapia*. 2013; 35(1): 18-23.
5. Fontcuberta JMB. Incontinencia urinaria: ¿otra epidemia silenciosa?. *Aten Primaria*. 2005; 35(2): 74-76.
6. Higa R, Baena MH, Ribeiro E. Significados psico-culturales para la incontinencia urinaria femenina: una revisión. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008; 16(4): 779-786.
7. Guillén O, Lanos F, Lecca L. Conocimientos sobre incontinencia urinaria en pacientes hospitalizados. *Revista Médica Herediana*. 2003; 14(4): 186-194.
8. CTO Medicina SL, Díaz P, Mézcua S, Canales J, Romero PJ, editores. *Manual CTO de Enfermería*. Vol 1. 4ª ed. España: McGraw-Hill, Interamericana; 2007.
9. Leñero E, Castro R, Viktrup L, Bump RC. Artículo original Neurofisiología del tracto urinario inferior y de la continencia urinaria. *Rev Mex Urol*. 2007; 67(3): 154-159.
10. Usandizaga JA, De la Fuente P. *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. Vol 2. 2ª ed. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 2004.
11. Robles JE. La incontinencia urinaria. *An Sist Sanit Navar*. 2006; 29(2): 219-232.
12. Rock J, Jones III H. *Te Linde: Ginecología Quirúrgica*. 10ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2010.
13. Wein A, Kavoussi L, Novick A, Partin A, Peters C. *Campbell-Walsh Urología*. 9ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2008.
14. Mercé G, Tell A. Conocimiento y actuación sobre la incontinencia urinaria. *Metas de Enferm*. 2005; 8(6): 8-15.
15. Velázquez M, Bustos HH, Rojas G, Oviedo G, Neri ES, Sánchez C. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta. *Ginecol Obstet Mex*. 2007; 75: 347-356.
16. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPICONT study. *J Clin Epidemiol*. 2000; 53(11): 1150-1157.
17. Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int Gynecol Obstet*. 2003; 82: 327-338.
18. Brandon J, Amy E, Nicholas C, Harold E, Edward E. *Ginecología y Obstetricia*. Madrid: Marbán; 2005.
19. España M, Castro D, Carbonell C, Dilla T. Comparación entre el cuestionario "ICIQ_UI Short Form" y el "King's Health Questionnaire" como instrumentos de evaluación de la incontinencia urinaria en las mujeres. *Actas Urol Esp*. 2007; 31(5): 502-510.

20. Espuña M, Puig: Síntomas del tracto urinario inferior en la mujer y afectación en la calidad de vida. Resultados de la aplicación del King's Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. *Med Clin*. 2000; 114(17): 647-652.
21. Martínez B, Salinas AS, Giménez JM, Donate MJ, Pastor H, Virseda JA. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp*. 2008; 32(2): 202-210.
22. Martínez-Gallardo L, Nellen-Hummel H, Hamui-Sutton A, Hala-be-Cherem J. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2007; 45(5): 513-521.
23. García AL, Del Olmo P, Carbayo N, Medina M, González Lluvia C, Morales De Los Ríos. Reeduación del suelo pélvico. *Enfuro*. 2006; 27-29.
24. Lorenzo MF, Silva JM, García FJ, Geanini A, Urrutia M. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con biofeedback perineal con electrodos de superficie. *Actas Urol Esp*. 2008; 32(6): 629-363.
25. Peña JM, Rodríguez AJ, Villodres A, Mármol S, Lozano JM. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Actas Urol Esp*. 2007; 31(7): 719-731.
26. Thüroff JW, Abrams P, Andersson K, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. Guías EAU sobre la incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp*. 2001; 35(7): 373-388.
27. Proaño AR, Medrano A, Garrido G, Maza O. Células madre derivadas de músculo para la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Actas Urol Esp*. 2010; 34(1): 15-23.
28. Chiang H, Susaeta R, Valdevenito R, Rosenfeld R, Finsterbusch C. Incontinencia urinaria. *Rev Med Clin Condes*. 2013; 24(2): 219-227.
29. Navazo R, Moreno J, Hidalgo C, Herraiz MA, Vidart JA, Salinas J, et al. Contasure needleless: TOT de una sola incisión para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Arch Esp Urol*. 2009; 62(9): 719-723.
30. Jiménez J, Alfaro H, Ortega R, Cebrián JL, Álvarez S, Jiménez J, et al. Nuestra experiencia con minicintas (TVT Secur y Miniarc) en la cirugía de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Actas Urol Esp*. 2008; 32(10): 1013-1018.
31. Delgado H, Remírez JM, Pereda E, Delgado MJ. Detección de incontinencia urinaria. *Enfuro*. 2007; 102: 10-12.
32. Milla FJ. Reeduación vesical y enfermería. *Enfuro*. 2006; 100: 35.
33. Nieto E, Moriano P, Serrano L, Dávila V, Pérez M. Efectividad de un ensayo clínico sobre cuidados enfermeros para la incontinencia en mujeres. *Actas Urol Esp*. 2007; 31(5): 493-501.
34. Espuña M, Puig M, Solé S, Pérez I, Pérez A, Palau MJ. Eficacia de un programa de tratamiento conservador de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Cumplimiento y modificación de los parámetros evaluados a corto y medio plazo. *Enfuro*. 2010; 116: 5-10.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Importancia del trabajo en equipo en las organizaciones sanitarias

Autora:

M^a Teresa Moreno Fernández

*Graduada en Enfermería por la Universidad
Pública de Navarra. España.*

Dirección para correspondencia:

temorenofdez@gmail.com

Recibido: 27 de julio de 2015

Aceptado: 22 de diciembre de 2015

RESUMEN

Objetivos: Analizar la necesidad y la importancia del trabajo en equipo en las organizaciones sanitarias, además de conocer la diferencia entre grupo y equipo de trabajo y estar al tanto de los beneficios de este último.

Materiales y métodos: Revisión bibliográfica sobre el tema del trabajo en equipo en salud.

Resultados: Se observa que el trabajo en equipo tiene beneficios tanto para los pacientes, como para los profesionales y la economía de la organización. Además, existe una confusión al creer que equipo y grupo de trabajo significan lo mismo. **Conclusiones:** El trabajo en equipo es algo indispensable para que las organizaciones sanitarias ofrezcan un trato y un cuidado de calidad a los pacientes y para que sus profesionales se sientan satisfechos y pertenecientes a una organización. La dirección debe apoyar el trabajo en equipo pero son los profesionales de salud los que deben llevarlo a cabo.

Palabras clave: trabajo en equipo, relaciones interprofesionales, comunicación en salud, equipo de atención al paciente, administración hospitalaria

ABSTRACT

Objectives: To analyze the importance of teamwork in Healthcare organizations. To know the difference between group and teamwork. To be aware of the advantages of working as a teamwork.

Methods: Literature review about teamwork in Healthcare organizations was carried out.

Results: It is observed that teamwork has benefits for both patients and healthcare providers besides the economy of the organization. Moreover, there is some confusion in believing that team and work group has the same meaning.

Conclusions: Teamwork is something indispensable in order to the health organizations offer a quality care and treatment of patients, so health professionals may feel confident and belonging to an organization. Management must support teamwork, but the health professionals are who must undertake to do it.

Keywords: teamwork, interprofessional relations, health communication, health care team, hospital administration

INTRODUCCIÓN

En los últimos años hemos podido ver un cambio en las organizaciones en cuanto al trabajo en equipo⁽¹⁾⁽²⁾. Poco a poco se le ha ido dando más importancia gracias a los múltiples artículos que señalaban que era algo beneficioso para todos. Sin embargo, hoy en día sigue habiendo ciertas unidades u hospitales donde es una tarea pendiente⁽³⁾.

El trabajo en las organizaciones sanitarias no puede recaer en un único profesional, sino que son múltiples profesionales, de distintas categorías, los que se encargan de tratar al paciente durante su estancia hospitalaria⁽⁴⁾. Esto hace que los profesionales tengan que colaborar y coordinarse entre ellos para tratar al paciente de manera correcta. Deben trabajar en equipo⁽¹⁾⁽⁵⁾.

Son muchos los autores que afirman que el trabajo en equipo mejora la percepción de los pacientes sobre la atención recibida, ya que se pueden dar unos cuidados mucho más globales dado que todos los profesionales han compartido la información que tienen sobre su estado de salud⁽⁶⁾. De hecho, son muchos los estudios que demuestran que lo que buscan los pacientes cuando van a un hospital es una atención global e integral, donde el equipo sanitario que les atiende trabaje en equipo⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾.

Sin embargo, el trabajo en equipo requiere que haya una comunicación entre los miembros del equipo, una coordinación y una serie de habilidades emocionales como el respeto mutuo, la escucha activa o la confianza. Estos detalles conseguirán que el equipo de trabajo se forme, funcione y que la satisfacción laboral de los trabajadores de la organización mejore considerablemente⁽¹⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾.

Como vemos, son muchos los factores que afectan a la formación y mantenimiento de los equipos de trabajo⁽¹⁴⁾. Es impor-

tante destacar el papel fundamental que tiene la administración en este tema.

La dirección de los hospitales debe fomentarlo y prestar ayuda para que estos equipos se formen. Son los directivos los que deben incentivar el trabajo en equipo para mejorar el trato al paciente y, sobre todo, para velar por la salud de sus trabajadores.

Los directivos de los hospitales norteamericanos se esfuerzan mucho en impulsar la creación de los equipos de trabajo dentro de sus hospitales. Se dieron cuenta de la importancia del trabajo en equipo cuando las enfermeras de los hospitales empezaron a irse ya que no estaban a gusto en su puesto de trabajo. Al ver esto los directivos decidieron crear los "hospitales magnéticos", donde se deben cumplir una serie de características para que los profesionales que trabajan en ellos estén contentos con su puesto de trabajo⁽¹⁵⁾. Estas características son:

- Liderazgo de enfermería.
- Trabajo en equipo entre enfermeras y médicos.
- Autonomía profesional de las enfermeras.
- Influencia de las enfermeras en el hospital.
- Calidad de los cuidados.

De esta manera, y con los cambios realizados, constataron que la satisfacción laboral que tenían sus profesionales era mucho mayor.

Con estos hospitales de ejemplo, podemos ver que el trabajo en equipo en las organizaciones sanitarias es más que necesario. Nos demuestra que sale mucho más rentable en tiempo y en la salud laboral de los profesionales, a los que la dirección debe cuidar y velar por sus intereses; pero sobretodo, sale rentable para los pacientes a los que tratamos, que son el objetivo principal de nuestro trabajo, y somos los profesionales sanitarios los que les debemos cuidar y proteger⁽¹⁾⁽⁵⁾⁽⁷⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Analizar la necesidad y la importancia del trabajo en equipo en las organizaciones sanitarias.

Objetivos secundarios:

- Analizar las diferencias que existe entre grupo y equipo de trabajo.
- Conocer los beneficios que tiene el trabajo en equipo tanto en los pacientes como en los profesionales de salud.

METODOLOGÍA

Para realizar la revisión bibliográfica se han utilizado varias bases de datos, dado que son numerosos los artículos que hablan sobre el trabajo en equipo en las organizaciones sanitarias.

Lo primero que se llevó a cabo fue la elección de las palabras clave. Para ello se utilizaron los siguientes términos (ver tabla 1):

Términos DeCS (Descriptor en Ciencias de la Salud)
- Equipo de atención al paciente / Health care team - Relaciones interprofesionales / Interprofessional relations - Administración hospitalaria / Hospital administration - Comunicación en salud / Health communication
Términos MeSH (Medical Subject Headings)
- Crew resource management, healthcare - Interdisciplinary health team - Health communication

Tabla 1. Palabras clave utilizadas en la búsqueda de bibliografía.

Tras elegir las palabras clave, se ha buscado información en diferentes bases de datos: *IME*; *CINAHL Complete*; *PubMed*; *sCielo*; *Index Enfermería* y *Dialnet*.

En todas las bases de datos se ha delimitado la búsqueda a artículos de ámbito nacional e internacional que estuvieran en inglés o en español. Se acotó la búsqueda a los últimos 15 años de publicación, escogiendo artículos del año 2000 en adelante, ya que al haber tanta bibliografía sobre el tema se pretendía que fuera lo más actualizado posible.

En las bases de datos *IME* e *Index Enfermería* se han utilizado palabras clave en castellano para la búsqueda de artículos, ya que se trata de bases de datos que recogen artículos en español.

En las bases de datos *sCielo*, *Dialnet* y *CINAHL Complete* han sido utilizadas prácticamente las mismas palabras clave, ya que muchos de los artículos están en castellano, aunque también hemos utilizado algunas en inglés, dado que estas bases de datos contienen artículos en diversos idiomas.

Por último, en *PubMed* se ha utilizado los términos en inglés.

Además de estas bases de datos, se han consultado libros de la biblioteca de la Universidad Pública de Navarra, y un Trabajo Fin de Master de la Facultad de Enfermería de Santa Madrona, en Barcelona.

RESULTADOS

Como hemos podido ver en los artículos revisados, el trabajo en equipo es algo imprescindible en las organizaciones sanitarias⁽⁵⁾⁽¹⁰⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾. De hecho, si en un hospital no se trabaja en equipo, la calidad y los cuidados que se les prestan a los pacientes, se verán empobrecidos y mermados⁽¹⁾.

En los últimos años, el cuidado y el trato del paciente se ha convertido en un proceso que es cada vez más complejo debido al aumento de la esperanza de vida y de las enfermedades crónicas. Por esto, se requiere un trabajo en equipo eficaz entre más profesionales de salud⁽⁵⁾.

Son muchos los estudios que han demostrado que aquellas unidades donde hay una colaboración entre todos los miembros del equipo de salud, la calidad de los cuidados que prestan a los pacientes mejora considerablemente. Además, el trabajo en equipo no solo incrementa la calidad del trato con el paciente⁽⁴⁾, sino que también mejora el clima laboral por parte de los profesionales produciendo a la vez una mayor satisfacción laboral y una reducción de los casos de Síndrome Burnout⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾.

Esta colaboración entre los profesionales sanitarios es clave para mejorar la calidad de los cuidados que se prestan, conseguir una mayor seguridad del paciente, y aumentar la eficacia de los servicios de salud⁽¹⁰⁾.

¿Grupo de trabajo o equipo de trabajo?

Un grupo y un equipo de trabajo podrían llegar a considerarse sinónimos, de hecho en muchas ocasiones se consideran así. Sin embargo, estos dos términos tienen diferencias muy significativas que es necesario conocer para no confundir uno con otro⁽¹⁸⁾.

Durante mucho tiempo se ha considerado “equipo” a los profesionales de salud que trabajan juntos. Hoy en día sabemos que para que un grupo de profesionales se considere “equipo” son necesarias muchas circunstancias, y no solo que trabajen juntos⁽⁴⁾⁽¹⁰⁾.

Según Stephen Robbins y David Decenzo⁽¹⁹⁾ se pueden definir estos dos conceptos como:

- Grupo de trabajo: está formado por dos o más personas que se reúnen para conseguir unos objetivos que se han propuesto; para ello comparten la información que tienen pero no participan en la tarea colectiva que requiera esfuerzo común, sino que lo hace cada uno de manera individual. Es decir, se basa en una serie de aportaciones individuales de cada uno, pero no trabajan juntos para conseguir el objetivo.
- Equipo de trabajo: está formado por dos o más personas que se reúnen también para trabajar juntos en busca de alcanzar los objetivos que se han propuesto pero, al contrario que en el grupo, lo consiguen mediante un esfuerzo coordinado de todos los profesionales.

La mayor parte del trabajo de los profesionales sanitarios es prestar cuidados de manera conjunta con el resto del equipo sanitario⁽¹⁾. Por esto, los profesionales sanitarios no deben ser rivales entre ellos, sino compañeros que deben trabajar en equipo para ofrecer unos cuidados a los pacientes de mayor calidad.

Comunicación en el equipo de trabajo.

La comunicación entre los profesionales sanitarios es de vital importancia para mantener la calidad de los cuidados que ofre-

cen a los pacientes. Una mala comunicación entre estos profesionales puede acarrear problemas en la curación del paciente, o incluso la muerte.

Algo importantísimo para el desarrollo de los equipos de trabajo es que las instituciones sanitarias apoyen y tengan como objetivo la creación de dichos equipos entre los profesionales de salud. La organización de las unidades hospitalarias es indispensable para que estos equipos no solo se formen, sino que también funcionen y avancen correctamente^{(13) (14)}. Además, es necesario que el coordinador reúna una serie de características como la escucha activa o el liderazgo, entre otras^{(20) (21)}.

Pero la organización no es lo único necesario para la creación de equipos de trabajo; es imprescindible que los profesionales que trabajan en el equipo tengan una serie de habilidades emocionales⁽¹⁴⁾. Dentro de estas podemos encontrar complementariedad, coordinación, confianza, compromiso, respeto, confianza mutua, sinceridad, tolerancia, responsabilidad... pero de todas estas es importantísimo destacar la comunicación.

La comunicación es algo imprescindible cuando hablamos de organizaciones y de equipos de trabajo en salud^{(17) (22)}. De hecho, algunos autores⁽¹¹⁾ la consideran como "el eje central del buen funcionamiento de las unidades hospitalarias". Dentro de los hospitales trabajan muchos profesionales de distintas disciplinas, y para que estos hospitales funcionen de forma correcta es necesario que todos los profesionales se comuniquen entre ellos de manera eficaz.

El problema es que en estas instituciones la comunicación no siempre se lleva a cabo de manera eficaz, ya que los profesionales muchas veces la realizan de manera superficial, trabajando de manera autónoma y sin contar con el resto del equipo^{(1) (11)}. Esto impide que los equipos de trabajo se creen, ya que cada profesional trabaja sin contar con el resto de compañeros y sin comunicación entre el equipo.

Es importante destacar que una mala comunicación en el ámbito de la salud, puede hacer que se produzcan errores que acaben siendo nocivos para la salud del paciente, y no debemos olvidar que el objetivo final de los profesionales de salud es cuidar y tratar al paciente.

Efectivamente, esta forma de trabajar, no está centrada en el paciente, ya que se trabaja de manera independiente y de esta forma, se le perjudica puesto que está recibiendo una calidad de cuidados mucho peores⁽¹⁾.

Beneficios e inconvenientes del trabajo en equipo.

El trabajo en equipo es algo más que necesario en las organizaciones sanitarias. Si en un hospital no se trabaja en equipo para tratar a los pacientes, la calidad de los cuidados empeorará junto con la satisfacción de los trabajadores.

Al depender el cuidado de los pacientes de varios profesionales, es importantísimo que se creen equipos de trabajo en las organizaciones sanitarias, para mejorar no solo la calidad de la atención que se presta, sino también para mejorar la salud laboral de los profesionales que trabajan en la organización.

Como se ha ido viendo, el trabajo en equipo tiene muchas ventajas. En los pacientes disminuyen los reingresos hospitalarios y tienen una mayor satisfacción con la atención recibida⁽⁸⁾ y en los profesionales de salud favorece la eliminación del Síndrome Burnout^{(4) (23)}.

Son cada vez más los estudios que demuestran que este Síndrome Burnout o del quemado, está aumentando en los pro-

fesionales sanitarios, debido a una falta de colaboración entre estos y una cantidad de actividades a realizar cada vez mayor^{(24) (25)}.

Viendo todos estos beneficios del trabajo en equipo, y cómo afecta su ausencia a los profesionales sanitarios, es imprescindible que las administraciones sanitarias velen por la creación de estos equipos de trabajo, no solo porque mejora la salud de los profesionales sanitarios y la calidad de los cuidados de los pacientes, sino porque reduce los costes económicos de la organización^{(13) (25)}.

Es importante destacar que el trabajo en equipo también tiene inconvenientes, aunque no son comparables con la cantidad de beneficios que genera. Dentro de los inconvenientes se pueden destacar⁽⁹⁾:

- Toma de decisiones prematuras: en ciertas ocasiones, cuando la primera opción es convincente nos quedamos con ella sin dar oportunidad al resto, tomando de manera apresurada la decisión.
- Una única persona del equipo consiga dominar al resto del equipo: de esta manera prácticamente no sería un equipo de trabajo.
- Requiere más tiempo para llegar a un acuerdo. Siendo muchos los componentes del grupo se tarda más que tomando decisiones de manera individual.

El trabajo de las organizaciones sanitarias exige que haya una coordinación y un compromiso con todo el equipo de trabajo. El cuidado y el trato del paciente no puede estar separado de las relaciones interprofesionales, ya que muchas de las actividades que se llevan a cabo en las organizaciones sanitarias se basan en la colaboración con distintos profesionales^{(1) (12)}.

Cuando un profesional sanitario está a gusto con su trabajo y con el equipo del que forma parte, tiene una satisfacción laboral que se contagia al paciente, que a su vez se siente mucho más satisfecho con el cuidado y el trato que ha recibido⁽⁷⁾.

CONCLUSIONES

El trabajo en equipo en las organizaciones sanitarias debe considerarse algo indispensable. Actualmente no es admisible que haya ciertas unidades o centros hospitalarios donde esto no se esté llevando a cabo.

En varios estudios se ha visto que tanto los profesionales como los pacientes desean que haya un trabajo en equipo en estas organizaciones, ya que han podido comprobar que trabajar en un ambiente agradable y del que sientes que perteneces es mucho más satisfactorio, al igual que ser tratado por un equipo de profesionales de distintas categorías.

El trabajo en equipo no es una opción, sino más bien una obligación por parte de las organizaciones. Todos los hospitales deben contar con apoyo por parte de la dirección para que estos equipos se creen y que beneficien así a todos, profesionales, pacientes y directivos. Es verdad que el trabajo en equipo también tiene inconvenientes (necesitan más tiempo, se puede terminar escuchando solo a un profesional o se pueden tomar decisiones prematuras) pero es verdad que estos inconvenientes son mínimos en comparación a los beneficios que nos ofrece.

El trabajo en equipo y la comunicación interprofesional son indispensables si queremos tener hospitales que puedan competir con el resto del mundo en calidad y seguridad del pacien-

te, pero también si queremos que nuestros profesionales deseen formar parte, por mucho tiempo, de esta organización.

Por último, destacar que no solo es necesario que la organización y la dirección apoyen el trabajo en equipo, sino que los mismos profesionales sanitarios que trabajan en las distintas unidades deben ser conscientes de la necesidad del trabajo en equipo y deben ser partícipes de la creación de estos. Al fin y al cabo, la organización debe favorecer y crear en el trabajo en equipo, pero son los profesionales los que tienen que llevarlo a cabo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bautista E, Devesa A, Guitart M, Palma MÁ, Pérez M. Enfermería ¿trabaja en equipo? Escuela Universitaria de enfermería Santa Madrona de la Fundación "La Caixa". 2008.
2. Bainbridge L, Nasmith L, Orchard C, Wood V. Competencies for Interprofessional Collaboration. *J Phys Ther Educ*. 2010; 24(1): 6-11.
3. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, San Martín-Rodríguez L, Pineault R. A model and tipology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*. 2008; 8: 188.
4. Mickan S. Evaluating the effectiveness of health care teams. *Aust Health Rev*. 2005; 29(2): 211-7.
5. Brooten D, Youngblut JM, Hannan J, Guido-Sanz F. The impact of interprofessional collaboration on the effectiveness, significance and future of advanced practice registered nurses. *Nurs Clin N Am*. 2012 Jun; 47(2): 283-294.
6. Martin J, Ummerhofer W, Monster T, Spirig R. Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome. *Swiss Med Wkly*. 2010 Sep; 140: 1-12.
7. O'Brien-Pallas L, Birch S, Baumann A, Murphy G. Integrating workforce planning, human resources and service planning. *Human Resources for Development Journal*. 2001; 5: 1-3.
8. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Art. No.: CD000072. Disponible en: http://www.cochrane.org/CD000072/EPOC_interprofessional-collaboration-effects-of-practice-based-interventions-on-professional-practice-and-healthcare-outcomes
9. Gómez A, Acosta H. Acerca del trabajo en grupos o equipos. *ACIMED* [Internet]. 2003 Nov-Dic; 11(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352003000600011&lng=es.
10. Sargeant J, Loney E, Murphy G. Effective Interprofessional Teams: "Contact is not enough" to build a team. *J Contin Educ Health*. 2008; 28(4): 228-234.
11. Pérez E, Oteo LA. *Función directiva y recursos humanos en sanidad*. 2^o Edición. Madrid: Díaz de Santos; 2012.
12. Martins JT, Robazzi MLDCC. Nurses' work in intensive care units: feeling of suffering. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2009 Feb; 17(1): p. 52-58. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000100009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000100009>.
13. Gómez R. El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. [Internet]. 2004; (90): 41-56. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200004&lng=es.
14. San Martín-Rodríguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care*. 2005; 19 (1): 132-147.
15. López SR. Hospital magnético, hospital excelente. *Index Enferm*. 2004; 13 (44-45): 7-8.
16. Costa P, Passos A, Silva S, Sacadura-Leite E, Tavares S, Spanu F, et al. Overcoming job demands to deliver high quality care in a hospital setting across Europe: The role of teamwork and positivity. *Journal of Work and Organizational Psychology*. 2014; 30(3): 105-112.
17. Apker J, Propp KM, Zabava Ford WS, Hofmeister N. Collaboration, credibility, compassion and coordination: Professional nurse communication skill sets in health care team interactions. *J Prof Nurs*. 2006; 2(3): 180-9.
18. Ander-Egg E, Aguilar MJ. En qué consiste el trabajo en equipo. En: Ander-Egg E, Aguilar MJ. *El trabajo en equipo*. México: Editorial Progreso S.A.; 2001. p. 11-13.
19. Robbins SP, Decenzo D. *Fundamentos de administración*. 3^o Edición. México: Pearson Educación; 2002.
20. Pérez E, Oteo L. Determinantes de la motivación en organizaciones sanitarias: cooperación y trabajo en equipo. En: Pérez E, Oteo L. *Función directiva y recursos humanos en sanidad*. Madrid: Díaz de Santos; 2006. P. 100-105. Determinantes de la motivación en organizaciones sanitarias: cooperación y trabajo en equipo. Madrid: Díaz de Santos; 2006. p. 100-105.
21. Bridges D, Davidson R, Odegaard P, Maki I, Tomkowiak J. Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. *Med Educ Online* [Internet]. 2011; 16. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3081249/>
22. Vázquez ML, Vargas I, Farré J, Terraza R. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Rev Esp Salud Publica*. 2005; 79(6): 633-43.
23. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astadio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome Burnout en el personal de enfermería de un Hospital de Madrid. *Rev. Esp. Salud Publica*. 2004; 78(4): 505-516.
24. Buss M, Leopardi MT, Coelho S, Oliveira IC. Formación de vínculos profesionales para el trabajo en equipo en enfermería. *Enferm. glob*. [online]. 2010; 20. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/110881>.
25. Arias-Jimenez M. Factores del clima organizacional influyentes en la satisfacción laboral de enfermería, concerniente a los cuidados intensivos neonatales del Hospital Nacional de Niños, 2004. *Enfermería en Costa Rica*. 2007; 28(1): 12-19.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Causas de abandono de la lactancia materna. Revisión de la literatura

Autoras:

Ana Campos García⁽¹⁾

Laura García Blanco⁽¹⁾

⁽¹⁾ Graduada en Enfermería. Unidad de Ginecología, Obstetricia y Pediatría del Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria. España.

*Dirección para correspondencia:
anacamposg@yahoo.es*

Recibido: 6 de octubre de 2015

Aceptado: 20 de noviembre de 2015

Esta revisión bibliográfica es el resultado del trabajo fin de grado tutorizado por Yolanda Martín Seco, profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cantabria. Adaptado por la autora principal a las normas de publicación de Nuberos Científica.

RESUMEN

Objetivo: identificar las razones más frecuentes de abandono de la lactancia materna y proponer actuaciones que incentiven esta práctica, tanto a nivel individual como institucional.

Metodología: se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos PubMed y Cuiden, utilizando las palabras clave: "factores de abandono", "lactancia materna" y "apoyo", que se combinaron mediante el operador booleano "AND". La búsqueda se dio por finalizada tras saturación de resultados.

Resultados: los principales motivos para el abandono de la lactancia son la hipogalactia o problemas relacionados con la situación laboral y/o socioeconómica de las familias. Entre los factores que influyen en el mantenimiento de la lactancia se encuentran la edad de la madre, así como información recibida y la realización de controles durante el embarazo.

Conclusiones: se debe de realizar un seguimiento desde el inicio de la gestación para fomentar la lactancia materna, teniendo las madres un apoyo continuo, antes, durante y después del parto, siendo los profesionales de la salud actores imprescindibles durante dicho proceso.

Palabras clave: lactancia materna, destete, factores epidemiológicos, atención de enfermería, enfermería obstétrica

ABSTRACT

Objective: To determine the most frequent reasons for stopping breastfeeding and formulate incentive proposal whereby individuals and institution are encouraged to promote this practice.

Methodology: A literature review was carried out in PubMed and Cuiden, using the keywords: "abandonment", "breastfeeding" and "support", linked by the "AND" operator. The search was finished after having achieved saturation.

Results: Hypogalactia and problems linked to the employment situation and socioeconomic status of the families are the major reasons for cessation of breastfeeding. Other factors such as the age of the mother, the information received and regular pregnancy checks play a role in continued breastfeeding.

Conclusions: It should follow-up from the start of pregnancy in order to promote breastfeeding and provide continuous support for mothers before, during and after childbirth. This is why healthcare professionals become a key player on this process.

Keywords: breast feeding, weaning, epidemiologic factors, nursing care, obstetric nursing

INTRODUCCIÓN

Desde una perspectiva puramente biologicista, el concepto de "lactancia materna" se entiende como el proceso de alimentación de la madre a su hijo utilizando la secreción de sus mamas. Sin embargo, hoy en día "la lactancia materna es el fenómeno biocultural por excelencia", dado que en los seres humanos se considera como "un proceso biológico" pero también un "comportamiento determinado por la cultura" de cada individuo. De esta forma, la lactancia materna resulta muy sensible ante los avances científicos, los cambios sociológicos, las políticas sanitarias y las presiones comerciales, que hace algunas décadas hicieron que casi desapareciese^(1, 2).

Históricamente, la lactancia materna es el medio de alimentación que se ha empleado para alimentar a recién nacidos y bebés de manera exclusiva hasta los 6 meses de edad. Pese que esta es una afirmación de carácter universal y atemporal, a partir de los años 30 se fue observando en todo el mundo una disminución de la lactancia materna hasta ser prácticamente inexistente en los años 60, todo fomentado por la industrialización y la búsqueda de nuevas fórmulas de amamantar a los recién nacidos utilizando diversos tipos de leche^(2, 3-5).

Los beneficios de la lactancia materna incluyen aspectos nutricionales, inmunológicos y psicológicos, pero a través de ella también se consigue la creación de un vínculo afectivo úni-

co entre madre e hijo^(1, 4, 5-9). Por este motivo, actualmente se ha vuelto a reconocer la importancia de la lactancia materna en todo el mundo, incluso en las zonas más desfavorecidas donde es la forma más asequible de amamantar a los lactantes⁽³⁾. Sin embargo, en estudios llevados a cabo en distintas áreas geográficas del país, se ha puesto en relevancia la existencia de un alto porcentaje de abandono de la lactancia materna, en favor de los medios de lactancia artificial^(6-8, 10-12).

OBJETIVOS

El objetivo principal del presente trabajo es identificar las razones más frecuentes del abandono de la lactancia materna, además de proponer actuaciones que incentiven esta práctica tanto a nivel individual como institucional.

- **Objetivos secundarios:**
 - Identificar los factores externos que influyen en la lactancia materna.
 - Identificar los procedimientos que se llevan a cabo en las maternidades que no favorecen la lactancia materna.

METODOLOGÍA

Con el fin de alcanzar los objetivos planteados, se realizó una revisión bibliográfica llevando a cabo una búsqueda controlada, consultando diferentes bases de datos como PudMed y Cuiden; para ello se eligieron las palabras más relevantes siendo: "factores de abandono", "lactancia materna" y "apoyo", que se combinaron mediante el operador booleano "AND". Además, se consultaron diversas páginas web de organizaciones de carácter nacional e internacional.

La búsqueda se delimitó a artículos publicados nacional e internacionalmente, cuyo idioma fuera el español o el inglés. Se excluyeron los documentos con acceso sujeto a pago y aquellos escritos en otro idioma diferente al inglés o el español.

La búsqueda se dio por finalizada tras saturación de los resultados. Una vez revisados todos los artículos, se descartaron aquellos que no se encontraban directamente relacionados con el tema a tratar, así como los que ofrecían un perfil demasiado general.

PREVALENCIA Y TENDENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA, SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA

En la actualidad no hay un sistema oficial de seguimiento de la lactancia materna, tan sólo existen diversos grupos de profesionales que recogen datos acerca de la prevalencia, pero son poco representativos de la población en general^(9, 13).

Según diversos estudios, la prevalencia de la alimentación al pecho en el primer mes de vida es entorno a un 80% disminuyendo a un 50% a los 3 meses, en torno a un 25% a los 6 meses y de un 7% al año de vida^(4, 5, 12, 14).

En referencia a las recomendaciones existentes, la Organización Mundial de la Salud (OMS), junto con el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), tomando conciencia de la lactancia materna y de su abandono progresivo, promovieron la iniciativa Hospital Amigo de los Niños, en la actualidad Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), en el Congreso Mundial de Pediatría en Ankara en 1991^(1, 15). La IHAN marcó cuatro objetivos fundamentales:

- 1) Capacitar a las madres para que puedan tomar una decisión fundada sobre la alimentación de sus hijos/as recién nacidos.
- 2) Fomentar el inicio precoz de la lactancia materna.
- 3) Promover la lactancia materna con carácter exclusivo durante los primeros seis meses de vida.
- 4) Conseguir que los hospitales dejen de adquirir gratis o a bajo precio los sucedáneos de la leche materna.

Este movimiento mundial liderado por UNICEF, intenta transformar los hospitales maternos mediante la aplicación de "Los 10 Pasos Hacia una Feliz Lactancia Materna", creando un clima para la madre y el recién nacido que favorezca la lactancia materna⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Los porcentajes de niños amamantados han variado en los últimos años, las tasas de lactancia materna y su duración siguen siendo desalentadoras, a pesar de que se han realizado campañas para su promoción, tanto institucionalmente como

promovidas por diversos grupos, tales como el "Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría", "La Leche League International", la "OMS", "IHAN", "UNICEF" y los grupos de apoyo existentes en casi todas las comunidades autónomas españolas^(1, 2, 9, 18).

INICIO Y MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA. CAUSAS DE ABANDONO

En España y en muchas partes del mundo, el inicio de la lactancia materna es aproximadamente del 90% y los valores que se obtienen al mes, tres y seis meses son muy parecidos y claramente inferiores. Es decir, muchas madres inician la lactancia materna, pero se produce un abandono precoz por parte de muchas de ellas, lo que plantea el interrogante acerca de los motivos de dicho abandono y las cuestiones relacionadas, más allá de los límites culturales de una determinada comunidad, ya que se obtienen prevalencias parecidas en distintos países^(7, 10, 11, 12).

Partiendo de los factores que tradicionalmente se han esgrimido como condicionantes de la instauración y mantenimiento de la lactancia materna, se han establecido la edad de la madre y la presión social como principales causas del abandono temprano de la lactancia materna⁽¹¹⁾, sin embargo, los resultados del análisis profundo de la bibliografía ponen de manifiesto la existencia de otros elementos condicionantes de la misma. Por ejemplo, en el estudio realizado por Barriuso y Sánchez Valverde, se indica como factor predominante de abandono la hipogalactia, es decir, la escasa producción de leche, aunque en realidad no sea una hipogalactia verdadera^(1, 3). Así mismo, en otro titulado "Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias", se indican como factores relacionados con la lactancia materna el lugar donde se vive, teniendo predominio para mantenerla el hábitat semiurbano y el nivel de estudios de la madre, siendo mayor la lactancia materna en las madres con estudios universitarios. También se menciona la atención durante el embarazo por la matrona como una influencia positiva en el mantenimiento de la lactancia⁽³⁾.

Ambos coinciden con el trabajo desarrollado por Hostalot et al., en el sur de Cataluña, en el que hacen hincapié en la información recibida, manifestando ser escasa por parte de algunos profesionales sanitarios y que en muchas ocasiones es el entorno familiar quien aporta información a la madre, siendo un pilar transcendental a la hora de tomar la decisión de la lactancia^(3, 5), la cual es tomada en la mayoría de los casos antes del embarazo⁽⁵⁾.

En cuanto a la información obtenida en el estudio "factores relacionados con el abandono de la lactancia materna", realizado en Gran Canaria, se comenta que la decisión de interrumpir la lactancia es únicamente de la madre, argumentando tener problemas con la lactancia y dificultades de carácter personal. Además, se indica que los factores relacionados con la continuidad son socioeconómicos y culturales, haciendo mención a la edad y a ciertas prácticas hospitalarias. En el estudio, también se concluye que la edad de la madre es un factor importante ya que, entre las madres que decidieron suspender la lactancia, prevalecieron las más jóvenes. Otro factor importante por el que se suspende el amamantamiento es por la presencia de problemas

en la salud de la madre o bien del bebé. Respecto a las dificultades con el trabajo, es un factor bastante comentado en diversos artículos, pero suele ser un condicionante de abandono con el paso del tiempo⁽¹⁹⁾.

Según el trabajo realizado por Sacristán et al. en Castilla y León, la principal causa de abandono de la lactancia es, nuevamente, la hipogalactia y, como factores favorecedores para el abandono, el tabaco, el escaso refuerzo del entorno que tiene la madre y el consejo sanitario en algunos casos⁽⁴⁾.

En lo que respecta a estudios realizados a nivel local, debemos mencionar el realizado en el Hospital Comarcal de Laredo en el año 2006, del que se concluye que la mayoría de las mujeres son capaces de amamantar a sus hijos pero los motivos por los que deciden no lactar son diversos, entre los que se encuentran: motivos laborales, dificultades con el pecho, antecedentes de problemas con la lactancia materna, escasa información y falta de apoyo familiar, principalmente⁽²⁰⁾.

En otros estudios llevados a cabo en otras partes del mundo, como por ejemplo Colombia o La Habana, se obtienen algunos datos diferentes. En el trabajo realizado por Rodríguez García y Acosta Ramirez en Colombia, se relevan como factores favorecedores la ocupación de la madre y el estado conyugal, así como la no utilización de biberones o chupetes en los hospitales, también se debe mencionar que las madres conocen los efectos favorecedores para sus hijos pero no los beneficios de la lactancia materna para ellas mismas^(21, 22).

En el estudio de Puente Rizes realizado en La Habana, se concluye que las estudiantes ocupan el primer lugar en el abandono de la lactancia seguidas por las amas de casa; el grupo de edad con mayor índice de abandono es el formado entre 21 y 34 años, seguidas por las adolescentes; las madres solteras y divorciadas fueron las que primero llevaron a cabo el destete y la hipogalactia es la primera causa manifestada para el abandono⁽¹⁴⁾.

En consonancia con estos datos, existe otro trabajo realizado en La Habana, cuyos resultados mostraron que el abandono de la lactancia materna estaba influenciado por la edad. Otra variable como el nivel de estudios sugería que las madres y padres con mayor nivel escolar tenían un mantenimiento de la lactancia más largo. Asimismo el hecho de que la madre no tuviese pareja o no tuviera apoyo familiar influía en el abandono⁽²³⁾.

Por otro lado también se debe hacer mención a ciertos procedimientos que se llevan a cabo en las maternidades no favorecedores de la lactancia materna como, por ejemplo, el parto mediante cesárea de manera rutinaria, debido a que en ella se emplea anestesia y se requiere de cierto tiempo en la sala de reanimación, lo que en ocasiones puede dificultar el inicio de la lactancia⁽²⁴⁾.

En el artículo "el comienzo de la lactancia: experiencias de madres primerizas" podemos ver un resumen claro de cómo cada madre se enfrenta a la maternidad y todo lo que ello conlleva, y cómo los profesionales de la salud tenemos no sólo que ser un apoyo informativo y de promoción de la lactancia, sino ser un apoyo emocional, respondiendo a las necesidades de la familia en cada momento; también se hace referencia a la inclusión del padre en la lactancia ya que éste va a ser un apoyo fundamental para la madre⁽⁶⁾.

En relación al artículo anterior debemos mencionar el realizado por Susin et al, en el que se expone cómo, en numerosas ocasiones, las abuelas ejercen una considerable influencia en las parturientas, siendo la mayor parte de las veces negativa, ya que

se basan en sus vivencias de hace 20 ó 30 años, por lo que incluir en las actividades de promoción de la lactancia a las abuelas puede no resultar beneficioso para la misma⁽²⁵⁾.

LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y LA LACTANCIA MATERNA

Desde un punto de vista profesional y sanitario, la lactancia materna siempre se ha concebido como la manera ideal de alimentar a los bebés, pero ese apoyo muchas veces se ha quedado en una mera declaración de intenciones. Hasta no hace muchos años, los conocimientos en lactancia materna entre el personal sanitario eran muy deficientes, tanto a nivel teórico como práctico, lo que causaba, y en ciertos lugares todavía causa, un problema a la hora de ayudar a las madres en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna^(1, 7).

No sólo hay un déficit de conocimientos en los profesionales, sino también a nivel institucional, ya que las medidas de apoyo a la lactancia materna en algunas maternidades y centros de salud siguen siendo limitadas.

Con el paso de los años, y gracias a instituciones y organismos oficiales como la IHAN, se han ido modificando muchos aspectos⁽¹⁸⁾. La declaración conjunta de la OMS y UNICEF "Protección, promoción y apoyo de la Lactancia materna. El papel esencial de los Servicios de Maternidad" publicada en 1989 supuso un antes y un después en la historia de la lactancia materna; su objetivo es transformar las rutinas de las maternidades, que en ocasiones suponen verdaderos obstáculos para llevar a cabo una adecuada lactancia, con el fin de ayudar en todo lo posible a las madres que deciden dar el pecho a sus bebés⁽¹⁾.

La OMS hace hincapié en que los conocimientos acerca de la lactancia deben comenzar en los centros educativos, realizando promoción de la lactancia materna y no retrasarse hasta el embarazo⁽¹⁰⁾. En ocasiones la sociedad tiene una idea errónea sobre ciertos aspectos relacionados con el amamantamiento, por lo que todo el personal sanitario debe tener una sintonía y uniformidad a la hora de expresar las recomendaciones a los padres que han decidido lactar, asegurando la continuidad de cuidados en los distintos ámbitos y con todos los profesionales.

Debemos hacer especial mención al papel que desarrolla la matrona, ya que es ésta la encargada de realizar el seguimiento a la mujer embarazada. En las diversas consultas no sólo se procede a la toma de constantes y tonos fetales, sino que estas visitas sirven para resolver todas las posibles dudas que tenga la futura mamá. En varios artículos se hace referencia a que las visitas a la matrona refuerzan la idea de la lactancia materna, ya que generalmente es en el tercer trimestre del embarazo cuando se toma la decisión sobre la alimentación del recién nacido^(5, 18).

El primer eslabón con el que entra en contacto una madre en el hospital es la matrona, la cual, debe explicarle detenidamente las fases del parto, además de que probablemente se interesará por la forma elegida de alimentar a su hijo, desde este momento hay que apoyar a los futuros padres en su decisión. En el parto, es decisivo el contacto piel con piel y el inicio de la lactancia en los primeros minutos tras el mismo para conseguir una lactancia materna con éxito.

El siguiente eslabón hospitalario es el personal de enfermería, que tendrá como objetivo reforzar la idea de lactar y capacitar a las madres para poder llevar a cabo una lactancia materna

por sí solas y poder resolver los problemas que puedan surgir. Si durante este tiempo no se le presta la adecuada atención, al intentar continuar sin apoyo la lactancia materna, pueden sentirse agobiadas al surgir problemas y dudas, recurriendo a familiares directos, los cuales intentan aconsejarla de forma desafortunada aumentando en ocasiones el problema, desencadenando una impotencia de la madre al darle el pecho y que al final decida abandonar la lactancia materna. Por ello es importante proporcionarles toda la información necesaria, adiestramiento y estar a su disposición para resolver todo tipo de dudas que puedan surgir, lo que les proporciona a los padres tranquilidad^(7, 9, 10).

En relación a la enfermería, debemos tener en cuenta que el paso número dos de "los 10 Pasos hacia una Feliz Lactancia Materna" dice así: "capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica la normativa del hospital sobre la lactancia materna", en ocasiones por diversos motivos, hay personal que no está formado y esto repercute en la atención que reciben las madres, ya que ese personal no puede ayudar o aconsejar a las madres porque no tiene conocimientos suficientes, por lo que se debería tener en cuenta que los profesionales que trabajen en una planta de maternidad deberían tener cierta formación obligatoria.

Otro eslabón es el pediatra, este tiene un papel importante en el mantenimiento y seguimiento de la lactancia, ya que es él el que realiza las revisiones de los recién nacidos y mantiene un contacto directo con ellos. En ocasiones los pediatras también presentan carencias en conocimientos sobre lactancia materna, ya que no reciben formación específica respecto a este tema, por lo que sería necesario una formación obligatoria al respecto durante los años de residencia⁽²⁶⁾.

Por último, debemos hacer mención a la comunicación. En el ámbito de la lactancia materna, somos los profesionales de la salud los responsables de educar e informar acerca de la lactancia materna y es en este punto donde se mezclan los aspectos emocionales y afectivos de la relación madre-hijo, siendo la capacidad comunicativa una de las claves para favorecer el amamantamiento⁽⁷⁾. Debemos mantener una escucha activa con las madres, que el lenguaje verbal y no verbal se complementen, mostrar empatía y de esta forma crear un ambiente positivo, donde haya confianza para poder ayudar a las madres en los problemas o dudas que puedan tener⁽²⁷⁾.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tanto en España como en otras partes del mundo, existe una importante prevalencia de iniciación de la lactancia materna. Sin embargo, a pesar de que los datos muestran que de dicha prevalencia continua de forma similar, las expectativas han ido cambiando con el tiempo: un escaso porcentaje de madres amamanta pasados los seis meses, tiempo mínimo que recomienda la OMS para la lactancia materna. Pero ¿qué se puede hacer para favorecer el mantenimiento de la lactancia?

Tras la revisión bibliográfica, y en base a los estudios consultados, se pueden obtener conclusiones que justifican el cambio de conductas relacionadas con la lactancia materna, destacando la hipogalactia como la causa principal que manifiestan las madres para el abandono de la misma. Dicha causa plantea la necesidad de ofrecer información adecuada y suficiente tanto a las madres como a su entorno, para que sean capaces de valorar

de manera adecuada la situación que interpretan como "escasa producción de leche"⁽¹⁾. Otro factor que se menciona de manera reiterada en los estudios, es la edad de la madre donde se observa que las madres muy jóvenes son las que prefieren lactancia artificial.

Otra de las causas que provocan el abandono de la lactancia materna, son las complicaciones relacionadas con la técnica de amamantamiento, o con experiencias previas negativas. En reiteradas ocasiones existe un escaso apoyo familiar, a pesar de que esas madres deciden lactar, se producen dificultades que no se solventan en el inicio de la misma. Generalmente esta situación se genera debido a que la madre no ha adquirido aún las habilidades necesarias, siendo en este período cuando el escaso apoyo familiar puede influir negativamente.

Por ello, el apoyo y la calidad de la atención prestada a las futuras madres y puérperas, es fundamental para favorecer la lactancia materna y así evitar su fracaso y abandono. En este sentido, una garantía de éxito se centra en el seguimiento del embarazo por un profesional sanitario, siendo habitualmente la matrona o médico obstetra, para que el trabajo de educación y promoción de la lactancia se lleve a cabo de manera progresiva, a lo largo de los meses previos al parto.

Por otro lado, según diversos artículos, el nivel de estudios de la madre influye sobre la decisión y sobre el mantenimiento de la lactancia: las mujeres con estudios básicos, abandonan más frecuentemente la lactancia materna que aquellas con estudios superiores, relacionado con el desconocimiento acerca de los beneficios que tiene la lactancia materna tanto para los recién nacidos como para las madres. En cambio, el trabajo fuera del hogar es un factor tardío que no tiene tantas repercusiones como comúnmente se cree, si bien el período medio que una madre tarda en desistir de la lactancia materna por este motivo no alcanza al tiempo de recomendado por la OMS. En España la legislación vigente sólo presta 16 semanas de permiso maternal, al que se le puede sumar entorno a un mes más, correspondiente al período de lactancia. Opcionalmente, se contempla la posibilidad de una reducción de la jornada laboral de media hora, o tener derecho a un descanso de una hora, para amamantar al bebé.

Con todo ello, el período de lactancia oscilaría entorno a cinco meses pero, teniendo en cuenta que las recomendaciones de la OMS son de seis meses, es bastante objetivable como la actividad laboral dificulta su mantenimiento, por lo que sería recomendable que existiesen otras alternativas laborales para aquellas mujeres que deseen disfrutar de la lactancia y amamantar un período más extenso a su hijo, como ocurre ya en algunos países de nuestro entorno. Sin embargo, es importante resaltar que cada vez más se están intentando llevar a la práctica medidas institucionales que cumplan con las recomendaciones de la OMS, y cada vez son más los centros que se suman a la IHAN.

Por otro lado, todos los estudios inciden de manera importante en el papel de los profesionales sanitarios en la promoción de la lactancia materna, por lo que se deberían realizar campañas encaminadas a la toma de conciencia de su importancia y a una correcta formación. Además las técnicas de promoción y de información sobre la lactancia materna, deben dirigirse a todos los miembros más directos de la familia, debido a que estos son un apoyo muy importante para la madre. El que se involucre al padre es beneficioso para la madre ya que éste va a ser su principal apoyo y que su pareja esté de acuerdo con la decisión influye en el éxito de la lactancia^(6, 25, 27).

También es sabido que existen asociaciones, grupos de lactancia y teléfonos de apoyo a los que acudir en caso de que surja un problema. Hoy en día en casi toda España existen grupos de apoyo: grupos de madres que mutuamente se ayudan ante las dificultades que surgen y que habitualmente tienen a su disposición un número de teléfono al que pueden llamar para realizar sus consultas; también en los "hospitales IHAN" se dispone de un teléfono de contacto.

En cuanto a la resolución de los diferentes motivos de abandono de la lactancia materna, hay ciertos factores sobre los que no se puede incidir, como pueden ser el nivel de estudios o la edad de la madre, en estos casos tan sólo se puede insistir en los beneficios de la misma, mientras que en otros factores como la información o el apoyo, debe existir una buena formación por parte del personal y un fuerte respaldo a la madre lactante.

Finalmente, mencionar que los profesionales de la enfermería tienen un papel fundamental en el fomento de la lactancia materna junto con ginecólogos, pediatras y matronas, ya que acompañan a la mujer a lo largo de todo el proceso que supone la maternidad. Por este motivo, en todos los encuentros con la mujer embarazada o lactante, los cuidados deben orientarse a la prestación de apoyo, dotándole de toda la información necesaria y enseñándole las diferentes técnicas de amamantamiento, así como los cuidados relacionados que, tanto ella como el recién nacido, puedan necesitar.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguayo Maldonado J, Arena Ansótegui J, Díaz-Gómez N, Gómez Papí A, Hernández-Aguilar M, Landa Rivera L, et al. Lactancia Materna: guía para profesionales. Barcelona: monografías de la AEP. 5; 2004.
- Barriuso Lapresa LM, De Miguel M, Sánchez M. Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo histórico. *An Sist Sanit Navar.* 2007; 30 (3): 383-91.
- Barriuso Lapresa LM, Sánchez- Valverde F. Prevalencia de la lactancia materna en el norte de España. *An Sist Sanit Navar.* 1998; 21: 13-19.
- Sacristán Martín AM, Lozano Alonso JE, Gil Costa M, Vega Alonso AT, Red Centinela Sanitaria de Castilla y León. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2011; 13 (49): 33-46.
- Hostalot Abás AM, Surní Hubrecht A, Jovaní Roda L, Rosal Roig J, Mercé Gratacos J, Iglesias Niubó J, et al. Lactancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento. *An Pediatr.* 2001; 54 (3): 297-302.
- Belintxon Martín M, Zaragüeta MC, Adrián MC, López Dicastillo O. El comienzo de la lactancia: experiencias de madres primerizas. *An Sist Sanit Navar.* 2011; 34 (3): 409-18.
- Morán Rodríguez M, Naveiro Rilo JC, Blanco Fernández E, Cabañeros Arias I, Rodríguez Fernández M, Peral Casado A. Prevalencia y duración de la lactancia materna. Influencia sobre el peso y la morbilidad. *Nutr Hosp.* 2009; 24 (2): 213-17.
- Girón Vargas SL, Mateus Solarte JC, Cabrera Arana GA. Costos familiares de mantener y abandonar la lactancia exclusiva en el primer mes postparto. *Rev Salud Pública.* 2009; 11 (3): 395-405.
- Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr.* 2005; 63 (4): 340-56.
- Carvalho da Graça LC, Barbiéri Figueiredo MC, Carreira Conceição MT. Contribuciones de la intervención de enfermería de cuidados de salud primarios para la promoción del amamantamiento materno. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2011; 19 (2): 429-36.
- Camargo Figueroa FA, Latorre Latorre JF, Porras Carreño JA. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Hacia Promoc Salud.* 2011; 16 (1): 56-72.
- Gil Urquiza MT, Alvarez MT, Barranco J, Barcenillas MJ, Arozamena R, et al. La lactancia materna exclusiva y el inicio de la alimentación complementaria en un área sanitaria de Cantabria. *Nuberos Científica.* 2010 [acceso el 20 de agosto de 2015]; 1 (1). Disponible en: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/6/37>
- Rossato N. Lactancia materna e inmunidad. Nuevos aspectos. *Arch Argent Pediatr.* 2008; 106 (5): 385-86.
- Puente Rizes IN. Lactancia materna. Problemas sociológicos. 2004. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos34/lactancia-materna/lactancia-materna.shtml>
- Arena Ansótegui J. La lactancia materna en la "Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño". *An Pediatr.* 2003; 58: 208-10.
- Veneman AM. Retomando el tema de la lactancia materna en la región de América Latina y El Caribe en compromiso con UNICEF. Disponible en: <http://www.unicef.org>
- Sáenz Lozada ML, Camacho Lindo AE. Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en un jardín infantil de Bogotá. *Rev Salud Publica.* 2007; 9 (4): 587-94.
- Suárez Gil P, Alonso Lorenzo JC, López Díaz AJ, Martín Rodríguez D, Martínez Suárez MM. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. *Gac Sanit.* 2001; 15 (2): 104-10.
- Estévez González MD, Martell Cebrían D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Pediatr.* 2002; 56 (2): 144-50.
- Azofra Olave A, Solís Narváez M, Cuervo Cervera C, Mongil Ruiz I, Redondo Figueroa C, Canduela Martínez V, et al. Razones por las que las madres de nuestro área deciden no lactar. En: IV Congreso Español de Lactancia Materna. Puerto de la Cruz (Tenerife): Iniciativa Hospital Amigo de los niños; 2006.
- Rodríguez García J, Acosta Ramírez N. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva en población pobre de áreas urbanas de Colombia. *Rev Salud Publica.* 2008; 10: 71-84.
- Lozano de la Torre MJ, Pallás Alonso CR, Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J, Arena Ansótegui J, Ares Segura S, et al. Uso del chupete y lactancia materna. *An Pediatr.* 2011; 74 (4): 271.e1-271.e5
- Durán Menéndez R, Villegas Cruz D, Sobrado Rosales Z, Almanza Mas M. Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna. *Rev Cubana Pediatr.* 1999; 71 (2): 72-9.
- Barriuso Lapresa LM, Sánchez- Valverde Visus F, Romero Ibarra C, Vitoria Comerzana JC. Pautas hospitalarias respecto a la lactancia materna en el centro- norte de España. *An Pediatr.* 2000; 52 (3): 225-31.
- Susin LR, Giugliani ER, Kummer SC. Influence of grandmothers on breastfeeding practices. *Rev Salud Publica.* 2005; 39 (2): 141-7.
- Temboury Molina MC. Informe sobre el conocimiento de los residentes de pediatría en el manejo de la lactancia materna. *An Pediatr.* 2003; 58 (3): 263-7.
- Aguayo Maldonado J, Arena Ansótegui J, Blázquez García M, Bustos Lozano G, De Alba Romero C, De la Cueva Barrao, et al. Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Médica Paramericana SA, 2008.

Procedimientos básicos en enfermería II

Autores:

Loreto María García Moyano ⁽¹⁾

Luis Carlos Redondo-Castán ⁽²⁾

Jara Tabueña Acin ⁽³⁾

Oihana Arrazola Alberdi ⁽⁴⁾

Begoña Pellicer García ⁽⁵⁾

Sandra Guerrero Portillo ⁽⁶⁾

⁽¹⁾ *Enfermera Servicio de Esterilización, Hospital Lozano Blesa, Zaragoza. España.*

⁽²⁾ *DUE, Servicio de Urgencias y Emergencias 061- Aragón. España.*

⁽³⁾ *DUE Especialista en Ginecología y Obstetricia. Zaragoza. España.*

⁽⁴⁾ *Enfermera Servicio Cardiología, Neumología y Neurología, Hospital San Jorge de Huesca. España.*

⁽⁵⁾ *DUE, Becario Pre-Doctoral-FPI. Grado en Enfermería, Universidad San Jorge. Zaragoza.*

⁽⁶⁾ *DUE, Docente Grado de Enfermería, Universidad San Jorge. Zaragoza.*

Dirección para correspondencia:
loretongarcia@hotmail.com

Recibido: 6 de marzo de 2015
Aceptado: 30 de septiembre de 2015

Se trata de un conjunto de manuscritos de diferentes procedimientos básicos que se publicarán en sucesivos números de Nuberos Científica. En este nº 17 se incluye al identificado con el número II, que consta de los siguientes procedimientos:

- Cura simple. Herida quirúrgica.
- Técnica básica de suturas.
- Retirada de suturas y grapas.

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo principal analizar y describir algunos de los procedimientos básicos de la profesión enfermera. Se utilizó el método analítico-sintético; revisión bibliográfica, lectura comprensiva, reflexión personal, definición de conceptos y método comparativo.

Palabras clave: enfermería, procedimientos, técnicas

ABSTRACT

The main aim of this study is to analyze and describe some basic nursing procedures. Analytic and Synthetic Method, literature review, reading comprehension, personal reflection, definition of concepts and comparative method were tools used for this purpose.

Keywords: nursing, procedures, techniques

INTRODUCCIÓN

Los constantes cambios en los procedimientos de enfermería, debido a los avances tecnológicos e instrumentalización de las diferentes técnicas, hacen necesario realizar una reflexión y actualización constante de los diferentes procedimientos.

En el presente trabajo se abordan los procedimientos básicos relacionados con las heridas: cura simple de la herida quirúrgica, técnica básica de suturas y retirada de suturas y grapas.

Básicamente las heridas son lesiones producidas por el efecto de un agente externo que actúa de manera brusca sobre una parte del organismo, provocando una rotura de la superficie cutánea o mucosa, es decir, una discontinuidad en el epitelio que lo reviste.¹

La actualización en la realización de dichas técnicas evitará, en gran medida, complicaciones potenciales o efectos adversos indeseados como pueden ser las infecciones intrahospitalarias o nosocomiales.

Según la literatura, las infecciones de las heridas quirúrgicas, son de las más prevalentes en el medio intrahospitalario, precedidas de la infección del tracto urinario.²

ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Actualmente en España se calcula que entre un 6-14% de los pacientes que ingresan en un hospital de agudos desarrollan una infección asociada a la atención recibida en el hospital o infec-

ción nosocomial,⁴ provocando serias complicaciones y molestias para el paciente e incluso aumentando la estancia media hospitalaria lo que genera mayor coste económico para los servicios sanitarios.^{5,6}

Para prevenir las infecciones en las heridas quirúrgicas, se dispone de protocolos estandarizados en los cuales se incide especialmente en una correcta preparación preoperatoria de los pacientes, en la determinación del área quirúrgica, en el corte del vello y en la profilaxis antibiótica; toda ellas de manera específica para cada técnica quirúrgica a emplear.

Existen diversos factores que intervienen en la génesis de la infección de las heridas quirúrgicas, viéndose relacionadas todas las opciones propuestas con: el ambiente, el huésped, el área quirúrgica, la propia cirugía y los microorganismos.⁷ Algunos de los factores de riesgo observados pueden apreciarse en la Tabla 1.

Por todo ello, se puede concluir con que son muchos y diversos los factores que influyen en la adecuada cicatrización de la herida.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, el desarrollo de tecnología de recursos materiales evita la gran letalidad de muchas enfermedades, no obstante el buen uso de dichos recursos y técnicas por parte del profesional enfermero, depende en gran parte del conocimiento del procedimiento y habilidad adquirida para llevarlo a cabo.²

Tabla 1. Factores generadores de infección en heridas quirúrgicas.

Factores intrínsecos	Factores extrínsecos
Alteraciones inmunológicas por regímenes terapéuticos.	Técnica quirúrgica inadecuada.
Enfermedades crónicas. ⁷	Duración prolongada de la cirugía.
Trastornos nutricionales (obesidad, desnutrición).	Estancia hospitalaria aumentada.
Hábito tabáquico. ⁷⁻⁹	Inadecuado lavado de manos.
	Vestuario quirúrgico inadecuado.
	Rasurado inadecuado.
	Climatización y esterilización inadecuadas. ⁷
	Profilaxis antibiótica inadecuada. ^{7,10}

Por todo ello, el control y la vigilancia de las heridas representan para los profesionales de enfermería una actividad primordial, siendo de suma importancia para el cuidado de los pacientes, ya que el tratamiento de las heridas constituye una de las responsabilidades básicas y fundamentales para la profesión enfermera.³

No obstante, a pesar de los avances en medidas de asepsia y tecnificación de la práctica clínica, un número elevado de casos desembocan en la complicación potencial de la infección de la herida quirúrgica.¹¹ Está demostrado que este hecho aumenta la prolongación de la estancia hospitalaria, aumenta la mortalidad e incrementa los costos económicos y sociales.¹² En concreto, cada infección supone un incremento medio de 7.3 días de estancia postoperatoria,¹¹ lo que influye notablemente en la calidad de cuidados proporcionados por las instituciones sanitarias.

Todos estos datos justifican el interés por la actualización constante de los conocimientos sobre los procedimientos a llevar a cabo por parte de los profesionales enfermeros. Así pues, esta revisión pretende actualizar dichos conocimientos en relación a procedimientos básicos relacionados con las heridas.

PROCEDIMIENTO: CURA SIMPLE. HERIDA QUIRÚRGICA

Procedimiento que se realiza para comprobar el proceso de reparación de los tejidos de una herida quirúrgica o herida limpia.¹ Se considera herida quirúrgica a aquella producida por cirugía, con cierre primario.² El material requerido puede verse enumerado en la Tabla 2.

Tabla 2. Material necesario para cura simple de herida quirúrgica.	
Guantes limpios y estériles.	Solución salina fisiológica.
Paño estéril. ³	Povidona yodada.
Carro de curas (opcional). ⁴	Esparadrappo ancho.
Gasas estériles. ³	Apósito estéril.
Compresas estériles si fuera necesario. ⁵	Recambio de drenajes si fuera necesario (botella de vacío "Redon" ⁶ , Emovac, Jackson-Pratt o aspirador, bolsa recolectora, Penrose, imperdible, bolsa de ostomía, gasa orillada, etc.). ⁶
Equipo de curas: pinza de disección, pinza Kocher. ¹	Bolsa impermeable para desechos.

Procedimiento:

- Comprobar la identidad del enfermo.
- Informarle sobre la técnica a realizar y explicarle la importancia de que no se mueva.⁸
- Colocar al paciente en una posición cómoda según el tipo de herida así como de la localización de ésta.¹
- Plegar la ropa de cama en abanico para exponer el área a tratar.⁹ Preparar el material.
- Lavarse las manos. Colocarse los guantes limpios.⁸
- Retirar el apósito siempre en dirección a la herida y suje-

- tando la piel circundante, si es necesario con ayuda de una pinza estéril. Si el apósito está muy adherido, se impregna con solución salina para retirarlo.
- Preparar el campo estéril y el material encima de una superficie plana o en el carro de curas.
- Colocarse los guantes estériles.³ Cubrir la zona circundante de la herida con paños estériles.⁴
- Realizar una torunda con las gasas impregnadas en solución salina, cogiendo las gasas con los dedos por las puntas o si es necesario con el instrumental quirúrgico.
- Limpiar la zona a tratar con la torunda, siempre de dentro hacia fuera.³
- Con otra torunda (se deben emplear gasas distintas para cada pasada),⁵ secar la solución.³
- Después, con una nueva torunda, aplicar con la misma técnica la povidona yodada.¹⁰
- Con otra torunda, secar la povidona yodada a toques, de dentro hacia afuera.³
- Si la herida es muy larga, puede limpiarse en dirección vertical usando varias torundas para cada lado, después limpiar la zona circundante por separado.¹¹
- No quitar las costras duras de la herida, ya que se podría arrancar tejido epitelial renovado.²
- Si existiesen dos o más heridas, iniciar la cura por la herida más limpia.¹ Repetir el procedimiento cada vez.
- Si hay un drenaje o varios con sistema de aspiración o por declive, tras la cura de la herida,³ realizar la cura del punto de inserción con la misma técnica, limpiando en último lugar los tubos de drenaje,⁶ cubrir con una gasa pre-cortada para colocar a su alrededor (apósito en herradura),³ aplicar otra gasa y fijar con una apósito o esparadrappo ancho.⁶
- Si se trata de un drenaje de capilaridad tipo Penrose, Penrose con imperdible, gasa orillada, etc. sujetar el drenaje con la mano no dominante, con cuidado de no retirarlo.⁹ Realizar la cura del punto de inserción con la misma técnica,⁶ cubrir con una gasa pre-cortada para colocar a su alrededor (apósito en herradura),³ aplicar otra gasa y fijar con una apósito o esparadrappo ancho.⁶ Si existe imperdible, retirarlo, limpiar la incisión y colocar el imperdible nuevo, tan cerca de la piel como sea posible.⁹
- Evitar la aplicación de cinta adhesiva o esparadrappo sobre piel irritada, valorar especialmente en este caso la aplicación de esparadrappo hipoalergénico.⁵
- Si es preciso cubrir la herida con el vendaje indicado.³
- Si la herida precisa la aplicación de pomada (aunque no es lo habitual ya que el tratamiento con crema no está indicado para heridas quirúrgicas limpias),¹² Desechar siempre la primera porción y aplicarla de manera suave con una espátula.
- Desechar al material usado en la bolsa impermeable para desechos.⁸
- Recoger el instrumental utilizado para enviarlo a esterilización.⁶
- Colocar al paciente en una posición cómoda.
- Quitarse los guantes y lavarse las manos.⁸

Loreto María García Moyano, Luis Carlos Redondo-Castán, Jara Tabueña Acin, Oihana Arrazola Alberdi, Begoña Pellicer García, Sandra Guerrero Portillo

Cuidados posteriores:	Registro:
Valorar el aspecto de la herida, así como signos y síntomas de infección. ³	Realización de la cura, tipo de cura, fecha y hora, características y evolución de la misma. ¹
Considerar la posibilidad de hemorragia en las fases del post-operatorio inmediato y en pacientes con trastornos de la coagulación. ¹	Periodicidad con la que hay que revisarla y fecha de la próxima cura programada. ⁵
En general se usan apósitos secos. Puede ser que la herida quirúrgica se encuentre cubierta por vendaje protector las primeras 24-48 horas, el médico es quien decide retirar por primera vez el apósito en este periodo de tiempo, excepto en los casos en que éste esté excesivamente manchado. La técnica de refuerzo del apósito, que se entiende como la colocación de fijaciones superpuestas sobre el apósito quirúrgico inicial, no está recomendada por las lesiones cutáneas que puede generar. ¹³	Registrar la cantidad y aspecto del drenaje si este existiese. ³
Indicar al paciente que avise inmediatamente si el apósito se empapa, mancha o se despegas. ⁶	
Para facilitar la curación de la herida está indicado una dieta con elevado poder nutricional; contenido elevado de vitamina C, proteínas y cinc. ¹⁴	
Es necesaria educación al paciente o recomendaciones para el cuidado de la herida al alta. ¹	

BIBLIOGRAFÍA

- Manual de rutas de cuidados al paciente adulto. Rutas de cuidado al paciente adulto en urgencias y hospitalización médica volumen I. Madrid: Fuden; 2012.
- Alorda Terrasa C. Cura de una herida limpia. *Metas enferm.* 2000; 3(27): 14-17.
- Berman A, Duell DJ, Martin BC. *Fundamentos Enfermería. Conceptos, proceso y prácticas.* 8ª ed. Madrid: Pearson educación; 2008.
- Jamieson EM, Hyte LA, McCall JM. *Procedimientos de enfermería clínica.* 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
- Parra Moreno ML, Arias Rivera S, Arias Rivera S, Esteban de la Torre A. *Procedimientos y técnicas en el paciente crítico.* Barcelona: Masson; 2003.
- Esteve J, Mitjans J. *Enfermería. Técnicas clínicas.* Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 2000.
- González Llinares RM, Antolín Mugarza A, Salgado Larrea MV, Barandiarán Múgica MJ, Basurco Celaya R, Larrañaga Garaikoetxea N. Efectividad del apósito en heridas quirúrgicas limpias y limpias contaminadas a partir de las 24-48 h de la intervención. *Enferm Clin.* 2002; 12: 117-121.

- Ruiz Moreno J, Martín Delgado MC, García-Penche Sánchez R. *Procedimientos y técnicas de enfermería.* Barcelona: Ediciones rol; 2006.
- Smith SF, Duell DJ, Martin BC. *Técnicas de enfermería clínica. De las técnicas básicas a las avanzadas.* 7ª ed. Madrid: Pearson educación; 2009.
- Alonso Pérez L. Soluciones, técnicas y presión para la limpieza de heridas. *Enferm Clin.* 2007; 17: 49-50.
- Alorda Terrasa C. Cura de una herida contaminada o infectada. *Metas enferm.* 2000; 3(27): 18-20.
- López-Iborra L. Empleo de pomada antibiótica, parafina o nada en la cura de herida quirúrgica limpia. *Cuestión a debate. Enferm Clin.* 2007; 17: 163-164.
- Chirveches Pérez E, Roca Closa J, Clotet Argemí G, Cantillo Vila J, Dot Suárez I, Pérez Pons A, et al. Apósitos quirúrgicos. *Rev ROL Enf.* 2011; 34(10): 694-699.
- Sarvis C. Cuidados de la herida postoperatoria. *Nursing.* 2007; 25(9): 40-41.
- Baranoski S. Elegir un apósito para las heridas. *Nursing.* 2008; 26(10): 50-51.

PROCEDIMIENTO: TÉCNICA BÁSICA DE SUTURAS

Una sutura es un hilo usado para coser entre sí tejidos corporales. Las suturas cutáneas están hechas de varios materiales no reabsorbibles como seda, algodón, lino, etc. Pueden clasificarse en discontinuos o continuos. Habitualmente se retiran de los siete a los diez días de la intervención.¹

Para el cierre de heridas mediante sutura los bordes de la herida deben visualizarse correctamente, estar limpios, ser regulares, sin gran pérdida de tejido, deben ser tejidos vitalizados y no debe existir tensión al aproximarlos.² El material requerido puede verse enumerado en la Tabla 3.

Guantes limpios. ¹	Hoja de bisturí.
Guantes estériles.	Povidona yodada.
Gasas estériles.	Apósito estéril.
Agujas y jeringas.	Esparadrapo ancho.
Anestésico local.	Suturas.
Suero salino fisiológico.	Carro de curas (opcional).
Equipo de curas: pinza de disección sin dientes, pinza Kocher, porta agujas y tijera.	Bolsa impermeable para desechos. ³

Procedimiento:

- Comprobar la identidad del enfermo. Informarle sobre la técnica a realizar y explicarle la importancia de que no se mueva.
- Colocar al paciente en una posición cómoda según el tipo de herida así como de la localización de ésta.⁴
- Valorar la movilidad de la extremidad a suturar por la posibilidad de afectación tendinosa.⁵
- Preparar el material.⁴ Elegir la sutura adecuada según la zona a suturar.³ Lavarse las manos. Colocarse los guantes.⁴
- Realizar limpieza de la herida de manera aseptica. Rasurar el vello de la herida si es muy abundante.³

- Preparar el campo estéril y el material encima de una superficie plana o en el carro de curas.¹ Comprobar la integridad del paquete que contiene la sutura.³
- Colocarse los guantes estériles.¹ Colocar paños estériles alrededor de la zona a suturar. Aplicar la povidona yodada.³
- Infiltrar el anestésico local en la zona, desde los bordes al centro.⁶ Esperar unos minutos hasta que haga efecto.
- Aproximar los bordes de la herida mediante el uso de pinzas de disección. Comenzar el primer punto, en caso de sutura discontinua por la parte media de la herida.
- Coger la pinza de disección con la mano no dominante y con esta, el borde de la herida distal. Pasar la aguja del exterior al interior de la herida. Extraerla mediante el uso de porta agujas. Repetir la técnica con el borde proximal.
- Anudar el hilo mediante la puntada simple, no realizando demasiada tracción de los hilos, ni someter a los tejidos a una elevada tensión. Los nudos deben quedar a un lado de la herida y no sobre ella. Repetir el proceso a lo largo de la herida.
- Intentar dar el menor número de puntos, garantizando el proceso de cicatrización.
- Limpiar la zona con solución salina fisiológica, de dentro hacia fuera. Aplicar povidona yodada, de dentro hacia fuera y dejar secar.
- Cubrir cada herida con un apósito estéril, o gasas y esparadrapo ancho.³
- Desechar al material punzante en el contenedor rígido.1 Desechar al material usado en la bolsa impermeable para desechos. Recoger el instrumental utilizado para enviarlo a esterilización.
- Colocar al paciente en una posición cómoda. Quitarse los guantes y lavarse las manos.⁴

4. Ruiz Moreno J, Martín Delgado MC, García-Penche Sánchez R. Procedimientos y técnicas de enfermería. Barcelona: Ediciones rol; 2006.
5. Rodríguez Rodríguez MJ, Gómez Enríquez C. Actuación enfermera urgente en una herida en mano: A propósito de un caso clínico. Revista Páginasenferurg.com. 2011; 2(8):10-17.
6. Moya Meléndez R, Vázquez González A, Aponte Tomillo I, Beardo Rodríguez G. Suturas de enfermería en las urgencias hospitalarias. Revista Páginasenferurg.com. 2009; 1(4): 17-20.
7. Hunter S, Thompson P, Langemo D, Hanson D, Anderson J. Comprender la dehiscencia en las heridas. Nursing. 2008; 26(6):44-45.
8. Ramírez Ordoñez MM, Mojica Fuentes DC, Corredor Corredor Y, Farley Cañizares Y, Arias Cabrera NJ, Leal Leal LK, et.al. Manejo de heridas por trauma en el servicio de urgencias. Revista ciencia y cuidado. 2008; 5(1): 51-60.

PROCEDIMIENTO: RETIRADA DE SUTURAS Y GRAPAS

Una vez que los bordes de la herida son capaces de soportar la tensión sin separarse, es necesaria la retirada de los puntos de sutura o grapas, esta técnica debe hacerse lo más temprano posible.¹ El material requerido puede verse enumerado en la Tabla ⁴.

Guantes estériles.	Tijera de sutura estéril.
Paño estéril. ³	Extractor de grapas o quita grapas estéril. ³
Gasas estériles.	Apósitos estériles.
Solución salina.	Esparadrapo ancho.
Povidona yodada.	Puntos de aproximación. ²
Pinza de disección con o sin dientes. ^{3,4}	Carro de curas (opcional). ⁵
Hoja de bisturí. ⁵	Bolsa impermeable para desechos. Contenedor rígido para material punzante. ²

Procedimiento:

- Comprobar la identidad del enfermo. Informarle sobre la técnica a realizar y explicarle la importancia de que no se mueva. Colocar al paciente en una posición cómoda según el tipo de herida así como de la localización de ésta.
- Preparar el material.³ Preparar el campo estéril y el material encima de una superficie plana o en el carro de curas.² Lavarse las manos. Colocarse los guantes limpios.³ Retirar el apósito o vendaje, si es necesario.
- Colocarse los guantes estériles.² Preparar el material en el campo estéril. Colocar paños estériles alrededor de la zona.
- Limpieza de la zona con solución salina fisiológica, de dentro hacia fuera. Aplicar povidona yodada, de dentro hacia fuera y dejar secar.⁵

Cuidados posteriores:	Registro:
Indicar al paciente que avise inmediatamente si el apósito se empapa, mancha o se despeg.	Realización de la sutura, fecha y hora, características de la lesión, métodos empleados en su curación. ³
Valorar aspecto de la herida, signos y síntomas de infección, edema y hematoma ¹ , considerar la posibilidad de hemorragia.	Periodicidad con la que hay que revisar la herida y fecha de la próxima cura programada y de la posible retirada de suturas. ⁵
Valorar siempre si es necesaria la administración de medicamentos relacionados con la prevención antitetánica. ³	

BIBLIOGRAFÍA

1. Berman A, Duell DJ, Martín BC. Fundamentos Enfermería. Conceptos, proceso y prácticas. 8ª ed. Madrid: Pearson educación; 2008.
2. Aparicio Rodríguez S, Barrera Ramírez P. Cura y sutura de heridas. Hygia de Enfermería. 2006; 2(63): 13-17.
3. Parra Moreno ML, Arias Rivera S, Arias Rivera S, Esteban de la Torre A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Barcelona: Masson; 2003.

Loreto María García Moyano, Luis Carlos Redondo-Castán, Jara Tabueña Acin, Oihana Arrazola Alberdi, Begoña Pellicer García, Sandra Guerrero Portillo

Si se trata de suturas:	
1. Comenzar por la extracción de los puntos centrales. ⁶	4. Con las pinzas tirar de la sutura en un movimiento retirar el hilo e inspeccionarlo para asegurarse que se extrae todo el material.
2. Agarrar la sutura por el nudo con las pinzas con la mano no dominante.	5. Depositar la sutura en una gasa estéril. Continuar retirando las suturas alternantes, es decir, la tercera, la quinta y así sucesivamente.
3. Colocar la punta curva de las tijeras de sutura por debajo de la sutura. En el caso de no disponer de tijeras de sutura, colocar la hoja de bisturí por debajo del nudo, ² con el filo hacia arriba y cortar el nudo. ⁴	6. Si no se produce ninguna dehiscencia, retirar las suturas restantes. Si se produce dehiscencia no quitar el resto de suturas. Valorar pasadas 24-48 horas. ²

Si se trata de grapas:	
1. Comenzar por la extracción de las grapas centrales. ⁶	4. Cuando los dos extremos de la grapa sean visibles, alejar la grapa de la zona de incisión y dejarla en la gasa estéril.
2. Colocar las puntas inferiores de un extractor de grapas estériles por debajo de la grapa.	5. Continuar retirando las grapas alternantes.
3. Apretar los mangos juntándolos hasta que se cierre completamente, así la grapa se doblara por la mitad, después tirar hacia fuera de la piel.	6. Si no se produce ninguna dehiscencia, retirar el resto de las grapas. Si se produce la dehiscencia no quitar el resto de grapas. Valorar pasadas 24-48 horas.

- Aplicar, en ambos casos, si se considera necesario, puntos de aproximación.² Limpiar la zona con solución salina fisiológica, de dentro hacia fuera.
- Aplicar povidona yodada, de dentro hacia fuera y dejar secar. Cubrir cada herida, si es necesario, con un apósito estéril, o gasas y esparadrado ancho.⁵
- Desechar al material punzante (hoja de bisturí, grapas) en el contenedor rígido.² Recoger el instrumental utilizado para enviarlo a esterilización.⁶ Desechar al material usado en la bolsa impermeable para desechos.
- Colocar al paciente en una posición cómoda. Quitarse los guantes y lavarse las manos.³

Cuidados posteriores:	Registro:
Indicar al paciente que avise inmediatamente si el apósito se empapa, mancha o se despegas. ⁶	Fecha y hora de realización de la técnica, número de puntos de sutura o grapas extraídas, características de la lesión, etc. ⁵

Cuidados posteriores:	Registro:
Valorar aspecto de la herida, signos y síntomas de infección, edema y hematoma. ² Valorar la retirada alterna por dehiscencia de la herida. ⁵	Periodicidad con la que hay que revisarla, y fecha de la próxima cura programada, si procede. ¹
Es necesaria educación al paciente o recomendaciones para el cuidado de la herida o cicatriz. Cuidados de los puntos de aproximación, exposición al sol, etc. ²	

BIBLIOGRAFÍA

1. Aparicio Rodríguez S, Barrera Ramírez P. Cura y sutura de heridas. *Hygia de Enfermería*. 2006; 2(63): 13-17.
2. Berman A, Duell DJ, Martín BC. *Fundamentos Enfermería. Conceptos, proceso y prácticas*. 8ª ed. Madrid: Pearson educación; 2008.
3. Ruiz Moreno J, Martín Delgado MC, García-Penche Sánchez R. *Procedimientos y técnicas de enfermería*. Barcelona: Ediciones rol; 2006.
4. Esteve J, Mitjans J. *Enfermería. Técnicas clínicas*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 2000.
5. Smith SF, Duell DJ, Martín BC. *Técnicas de enfermería clínica. De las técnicas básicas a las avanzadas*. 7ªed. Madrid: Pearson educación; 2009.
6. Parra Moreno ML, Arias Rivera S, Arias Rivera S, Esteban de la Torre A. *Procedimientos y técnicas en el paciente crítico*. Barcelona: Masson; 2003.
7. Hunter S, Thompson P, Langemo D, Hanson D, Anderson J. Comprender la dehiscencia en las heridas. *Nursing*. 2008; 26(6): 44-45.
8. Pullen RL. Retirar las grapas y las suturas. *Nursing*. 2004; 22(5): 47.
9. Ramírez Ordoñez MM, Mojica Fuentes DC, Corredor Corredor Y, Farley Cañizares Y, Arias Cabrera NJ, Leal Leal LK, et.al. Manejo de heridas por trauma en el servicio de urgencias. *Revista ciencia y cuidado*. 2008; 5(1): 51-60.
10. Jamieson EM, Hyte LA, McCall JM. *Procedimientos de enfermería clínica*. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
11. Perry AG, Potter PA. *Guía clínica de enfermería. Técnicas y procedimientos básicos*. 4ª ed. Madrid: HarcourtBrace; 1998.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

1. García González F, Gago Fornells M, Chumilla López S, Gaztelu Valdés V. Abordaje de enfermería en heridas de urgencias. *Gerokomos*. 2013; 24(3): 132-138.
2. Ramis Andalia R, Bayarre Veja H, Barrios Díaz M, López Tagle D, Bobadilla González C, China Delgado M. Incidencia de infección en heridas quirúrgicas en servicios de cirugía general seleccionados. *Rev Cubana Salud Pública*. 2007; 33(1).
3. David JA. *Cuidado de las heridas*. Barcelona: Doyma; 1998.
4. Ballester Diego R, Rebollo Rodrigo H, Gutiérrez Baños JL, Aguilera Tubet C, Zubillaga Guerrero S, Martín García B. Infección nosocomial y del sitio quirúrgico en un hospital de tercer nivel (2002-2005). *Actas Urol Esp*. 2006; 30: 905-12.
5. Lizán-García M, Gallego C, Martínez I. La infección de localización quirúrgica: una aproximación al coste atribuible. *Medicina Preventiva*. 2004; X: 6-11.

6. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Hospital infection practices advisory committee. Guideline for prevention of surgical site infection 1999. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1999; 20: 247-78.
7. López-Tagle D, Ramis AR, Bayarre-Vea H, Guanche-Garcell H. Incidencia de infección en heridas quirúrgicas en el Hospital de Ciudad de La Habana: Periodo enero-junio, 2004. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. [revista en Internet]* 2007 Dic [acceso 17 de noviembre de 2015]; 45(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000300003&lng=es.
8. Moller A, Tonnesen H. Risk reduction: perioperative smoking intervention. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2006; 20(2): 237-248.
9. Tonnesen H, Nielsen PR, Lauritzen JB, Moller AM. Smoking and alcohol intervention before surgery: evidence for best practice. *Br J Anaesth*. 2009; 102(3): 297-306.
10. Tan JA, Naik, Lingard L. Exploring obstacles to proper timing of prophylactic antibiotics for surgical site infections. *Qual Saf Health Care*. 2006; 15(1): 32-38.
11. Forasté Enríquez CF. Protocolo: Factores de Riesgo Para Presentar Infección de Herida Quirúrgica en el HGZ 11 Xalapa, Veracruz, Hospital General Regional No 1 "Lic. Ignacio García Téllez". 2014 [acceso 8 de diciembre de 2015] Disponible en: <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/protocolo-carlos.pdf>
12. López Tagle D, Hernández Ferrer M, Saldivar Arias T, Sotolongo Hernández T, Valdés Dupeyrón O. Infección de la herida quirúrgica. Aspectos epidemiológicos. *Rev Cubana Med Milit* [revista en Internet]* 2007 [acceso 8 de diciembre de 2015]; 36(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572007000200008&script=sci_arttext



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Efectos de una acción educadora grupal sobre estilos de vida saludables, en el control metabólico de personas con diabetes mellitus 2

Autor:

Avelino Saiz Sánchez

Graduado en Enfermería. Cantabria. España.

Dirección para correspondencia:

asaiz2000@hotmail.com

Recibido: 11 de mayo de 2015

Aceptado: 19 de diciembre de 2015

RESUMEN

La Diabetes *Mellitus* tipo 2 o Diabetes del Adulto (DM2), es una enfermedad metabólica caracterizada por altos niveles de glucosa en sangre, debido a una resistencia celular a las acciones de la insulina, combinada con una deficiente secreción de insulina por el páncreas. Los estilos de vida de la sociedad actual, sedentarismo, obesidad, hábitos tóxicos y hábitos alimenticios contribuyen junto con los factores genéticos a que la DM2 se haya convertido en una de las patologías más frecuentes de nuestra sociedad.

La enfermería como profesional de la salud y proveedora de cuidados, cumple un rol importante en el control metabólico y por tanto en la evolución de la enfermedad. Desde la Atención Primaria de Salud se debe buscar soluciones para mejorar la vida de los pacientes y limitar las consecuencias a largo plazo de la DM2.

Para determinar cómo los profesionales de enfermería pueden actuar sobre el control metabólico de la DM2, se diseña un estudio cuasi experimental en el que mediante el análisis pre y post test y con una intervención de educación para la salud de carácter grupal se intentará demostrar que el abordaje de la misma desde un enfoque de Educación para la Salud en Grupo se conseguirá el objetivo de reducir el valor absoluto de la Hemoglobina Glicosilada (HbA1c).

Palabras clave: diabetes *mellitus* 2, enfermería en salud comunitaria, hemoglobina A glicosilada, educación en salud

ABSTRACT

Diabetes mellitus type 2 or adult-onset diabetes is a metabolic syndrome characterized by high blood glucose levels due to the pancreas either doesn't produce enough insulin to function properly or the body's cells don't react to insulin.

Lifestyles of modern society, sedentary lifestyles, obesity, toxic habits and food habits besides genetic factors contribute to type 2 diabetes, which has become one of the most frequent diseases of our society.

As health professional and caregiver, nursing plays an important role in metabolic control and therefore on the course of the disease.

Solutions should be founded from Primary Health Care in order to improve patients' lives and to limit the long-term consequences of type 2 diabetes.

A quasi-experimental study is designed to determine how nursing can perform on metabolic control of diabetes mellitus type 2.

Through a pre-post blood test plus an intervention of health education for groups will be attempt to show that group educational approach will achieve the object of reducing the absolute values of glycated hemoglobin (HbA1c).

Keywords: type 2 diabetes mellitus, community health nursing, hemoglobin glycosylated, health education

INTRODUCCIÓN, SITUACIÓN ACTUAL DEL TEMA Y JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la Educación para la Salud (EpS) como "una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores y habilidades personales que promuevan salud" ⁽¹⁾. Dado que los patrones de morbimortalidad actuales en las sociedades industrializadas se relacionan estrechamente con los comportamientos y estilos de vida de las personas, la EpS es una poderosa herramienta para el quehacer profesional en Atención Primaria de Salud, que dentro de los servicios de salud es quien ocupa el lugar más cercano a la ciudadanía ⁽²⁾.

La reforma continua de la sanidad, en el entorno social y económico en el que vivimos actualmente obliga a la enfermería a producir y asumir un protagonismo que permita cambiar las actuales formas de intervención en el sector de la salud y así su contribución directa en la salud de la población.

El cambio que ha sufrido nuestra población, así como la aparición de un nuevo escenario de un paciente crónico pluripatológico y polimedicado ha hecho que desde la OMS se recomiende a los países y los servicios de salud que diseñen e implementen

estrategias que permitan abordar la demanda existente, para controlar y prevenir las enfermedades crónicas³.

Paralelamente, la cronicidad supone una amenaza por los costes que genera a la sociedad, es también una oportunidad para la Enfermería estar allí donde se precisa de cuidados avanzados, realizados por profesionales con competencias clínicas avanzadas y reconocidas, para llevar a cabo la gestión de casos y el seguimiento y control de pacientes crónicos complejos.

La hiperglucemia, como una complicación de la DM2, es el resultado de una combinación de deficiencias en el organismo que incluyen, por un lado, una resistencia a la insulina que no puede frenar la excesiva producción de glucosa por el hígado y en una mala utilización de esta glucosa en el tejido muscular y adiposo, como consecuencia de una peor sensibilidad a la insulina en las células de estos tejidos diana. Por otra parte, existe un retraso y un déficit de secreción de insulina en respuesta al estímulo de la glucosa, ácidos grasos y aminoácidos provenientes de la alimentación ⁴.

Los niveles elevados de glucosa en sangre, ejercen un efecto glucotóxico sobre las células beta pero también lo ejercen sobre las células de los tejidos periféricos, y esta glucotoxicidad a nivel celular participa a la vez en el deterioro de la secreción y de la sensibilidad a la insulina.⁵

La DM2 se ha convertido en uno de los problemas sanitarios más graves de nuestro tiempo. Sus proporciones son ya epidémicas en la mayor parte del mundo: se estima que actualmente existen 246 millones de personas afectadas en todo el planeta, una cifra que puede llegar a los 380 millones en el año 2025 si se cumplen las últimas predicciones⁶.

En España los resultados preliminares del estudio di@bet.es⁷ sitúan la su prevalencia en el 12% de la población total.

Los costes derivados del tratamiento se convierten en una de las principales partidas presupuestarias que deben asumir las sanidades públicas.

Estas cifras no resultan ajenas a los profesionales que desarrollan su trabajo en atención primaria de salud, por todo ello, se plantea la necesidad de conocer si la educación grupal en salud contribuye a mejorar el control metabólico de la enfermedad.

HIPÓTESIS

La implementación de un programa de EpS grupal en pacientes con diabetes tipo 2, mejorará el control metabólico de los mismos, reduciendo los valores absolutos de la HbA1c.

OBJETIVOS

Objetivo general.

Desarrollar hábitos de vida saludables en personas con diagnóstico de DM2, a través de un programa de educación para la salud grupal.

Objetivos secundarios:

- Enseñar hábitos de dieta y de ejercicio saludables.
- Explicar el correcto cumplimiento terapéutico del tratamiento antidiabético y su seguimiento.
- Instruir sobre el autoanálisis y sus registros.

METODOLOGÍA

Se diseña un estudio epidemiológico cuasi experimental, en el que se dispondrán dos grupos: grupo 1: Educación grupal y grupo 2; Atención individualizada en consulta programada.

La población objeto de estudio son los comprendidos en tres cupos de población general del ámbito sanitario de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud en Cantabria. Las personas diabéticas son un total de 452 de los cuales se ha obtenido una muestra de N 80 pacientes; con un margen de error del 10% y nivel de confianza del 95%. Del total de 80, la mitad será atendida como lo es habitualmente, en consulta individual y la otra mitad participara de la educación grupal. El criterio de inclusión es de diagnóstico médico de DM2. Los criterios de exclusión son, la existencia de descompensación aguda en el transcurso del estudio y los pacientes insulinizados.

La intervención mediante educación grupal se llevará cabo durante tres meses en sesiones con periodicidad semanal en cada centro de salud por la enfermera correspondiente, que participa en el proyecto. Los contenidos de estas sesiones serán

temas relacionados con los cuidados: de la dieta, del ejercicio, de la realización de autoanálisis y del cumplimiento del tratamiento (ANEXO I).

Al inicio se realizará a todos los pacientes una medición en sangre de HbA1c (Pre-Test).

Una vez finalizado el proyecto se realizará una medición de dicha HbA1c (Post-Test).

Se determinará la causalidad de la relación entre variables a través de paquete estadístico SPSS11.9, mediante la prueba de chi cuadrado.

Se informara a los pacientes a través de un documento de consentimiento informado (ANEXO II) sobre su inclusión en el proyecto.

VARIABLES A ESTUDIO:

- Valor absoluto de HbA1c (Determinación en sangre)

VARIABLES SECUNDARIAS:

- Datos antropométricos: Peso (kg.), Talla (cm) e IMC
- Cumplimiento terapéutico del tratamiento antidiabético (si/no)
- Autoanálisis (si/no) y su registro (si/no)

PLAN DE TRABAJO DISTRIBUIDO EN ETAPAS Y DURACIÓN TOTAL DEL PROYECTO.

Cronograma. Año 2016.				
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Revisión bibliográfica	X	X	X	X
Pre test	X			
Sesiones	X	X	X	
Post test				X
Resultados				X

EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR.

Investigador Principal

- Graduado en Enfermería.
- Máster en Dirección y Gestión de Servicios Sanitarios y Sociales
- Varias publicaciones en revistas de carácter local y nacional.
- Varias presentaciones de comunicaciones a congresos nacionales e internacionales
- Diversos cursos de formación continuada en el área de la investigación

Investigador 1

- Diplomado en Enfermería
- Varias publicaciones en revistas de carácter local y nacional.
- Varias presentaciones de comunicaciones a congresos nacionales e internacionales.

Investigadora 2

- Diplomado en Enfermería
- Varias publicaciones en revistas de carácter local y nacional.
- Varias presentaciones de comunicaciones a congresos nacionales e internacionales

Investigador 3

- Diplomado en Enfermería

- Varias publicaciones en revistas de carácter local y nacional.
- Varias presentaciones de comunicaciones a congresos nacionales e internacionales

MEDIOS DISPONIBLES Y NECESARIOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO

Antes de iniciar la investigación se debe tomar en cuenta la disponibilidad de tiempo y recursos financieros, humanos y materiales, los cuales determinan los alcances de la investigación.

MEDIOS DISPONIBLES	MEDIOS NECESARIOS
Material tangible; material de oficina, acceso a internet	Documentación, permisos, acceso a datos de la historia clínica
Material intangible; conocimientos, ideas	
Documentación (bibliografía, manuales, estadísticas etc.). Recursos humanos	Recursos económicos, elaboración de propuesta económica

ASPECTOS ÉTICOS

Se solicita la valoración del comité Comité Ético de Ensayos Clínicos de Cantabria (CEIC) de la Fundación Marqués de Valdecilla, (ANEXO III).

Se pondrá en conocimiento y se solicitará la autorización a la Dirección de la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud (ANEXO IV).

Se informará a los pacientes de ambos grupos a través del consentimiento informado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Huelgas, R., Díez-Espino, J., Formiga, F., Lafita Tejedor, J., Rodríguez Mañas, L., González-Sarmiento, E., & Sangrós, J. (2013). Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano. *Medicina Clínica*, 140 (3), 134-e1.
2. Gomis, R., Artola, S., Conthe, P., Vidal, J., Casamor, R., & Font, B. (2013). Prevalencia en consultas de diabetes *mellitus* tipo 2 en pacientes con sobrepeso u obesidad en España. Estudio OBEDIA. *Medicina Clínica*.
3. World Health Organization (WHO). The Innovative Care for Chronic conditions framework. <http://www.who.int/diabetesactiononline/about.ICCC/en/index.html>. [Consultado 19 Agosto 2015]
1. Recomendaciones y diagnóstico de diabetes con hemoglobina glicosilada. *Diabetes care*. (2010) 33 (1), s62-s69.
2. Perea Quesada, R. (2012). La educación para la salud, reto de nuestro tiempo. *Educación XX1*, 4.
3. Hernán Sanz Iglesias, F., Clavería Fontán, A., Gérvas Camacho, J., Márquez Calderón, M. S., & Alvarez-Dardet, C. (2012). El futuro del Sistema Nacional de Salud y su piedra angular, la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 3-5.
4. Ortega, M. R. O., Domínguez, M. D. L. Á. D., Moreno, M. D. L. C. C., Sierra, M. P., & Porras, M. L. (2012). Estrategia de intervención educativa en adultos mayores diabéticos tipo 2. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 16 (3), 109-119.

5. Pérez, A., Franch, J., Cases, A., González Juanatey, J. R., Conthe, P., Gimeno, E., & Matali, A. (2012). Relación del grado de control glucémico con las características de la diabetes y el tratamiento de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2. Estudio DIABES. *Medicina Clínica*, 138 (12), 505-511.
6. Gómez, I. (2012). La enfermera frente al proceso de cambio. *Revista Científica Salud Uninorte*, (1).
7. Hernández-Anguera, J. M., Basora, J., Ansa, X., Piúol, J. L., Martín, F., & Figuerola, D. (2004). La importancia de la adaptación transcultural y la validación de la DAS-3 (Diabetes Attitude Scale) a la lengua vernácula (DAS-3cat): la versión catalana de un instrumento de medición de actitudes y motivaciones en la diabetes *mellitus*. *Endocrinología y Nutrición*, 51(10), 542-548.

ANEXO I

CONTENIDOS DE LAS SESIONES

Sesión 1

- Concepto de la diabetes *mellitus*. Historia de la enfermedad.
- Situación actual de la diabetes *mellitus*: incidencia y prevalencia.
- Tipos de diabetes *mellitus*. Diagnóstico de la diabetes *mellitus*
- Determinación de :
 - Datos antropométricos: Peso (kg.), Talla (cm) e IMC
 - Cumplimiento terapéutico del tratamiento antidiabético (si/no)
 - Autoanálisis (si/no) y su registro (si/no)

Sesión 2

- Alimentación del paciente con diabetes tipo 2:
 - Clasificación de los alimentos
 - Necesidades de los alimentos
 - Cómo tomar los alimentos

Sesión 3

- El ejercicio físico

Sesión 4

- Autocontroles de las glucemias

Sesión 5

- Tratamiento no farmacológico.
- Tratamiento farmacológico:
 - Antidiabéticos orales.

Sesión 6

- Las complicaciones agudas de la diabetes:
 - La hipoglucemia.
 - La hiperglucemia.

Sesión 7

- Las complicaciones crónicas de la diabetes:
 - Macroangiopatías
 - Microangiopatías

Sesión 8

- Cuidado de los pies.
- Cuidado de la boca.
- Consejos para prevenir las lesiones de la piel.
- Determinación de :
 - Datos antropométricos: Peso (kg.), Talla (cm) e IMC
 - Cumplimiento terapéutico del tratamiento antidiabético (si/no)
 - Autoanálisis (si/no) y su registro (si/no)

ANEXO II

Consentimiento informado para el paciente

Yo....., estoy de acuerdo en la participación en la investigación "Efectos de una acción educadora grupal, sobre estilos de vida saludables, en el control metabólico de personas con diabetes *mellitus* 2. Proyecto de intervención enfermera."

Se me ha explicado minuciosamente los objetivos y procedimientos del estudio y mi incorporación será voluntaria. Por lo tanto, al firmar este documento autorizo a que me incluyan en este estudio.

Firma del investigador

Firma del participante

ANEXO III

Documento dirigido al Comité de Investigación Clínica de Cantabria

Comité Ético de Investigación Clínica de Cantabria

Estimados Señores.

Me pongo en contacto con UD. para informarle que un grupo de Profesionales de Enfermería de la Gerencia de Atención Primaria, deseamos poner en marcha un proyecto de investigación titulado "Efectos sobre el control metabólico de la Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2) tras la acción educadora grupal sobre los estilos de vida de los Profesionales de Enfermería".

Dicho trabajo se centra en el análisis metabólico de estos pacientes, por lo tanto se debe obtener información básica de los mismos, análisis clínicos y datos antropométricos. Además, se informará a todos los pacientes de la inclusión en el estudio así como la posibilidad de no participar en el mismo.

Para su realización se tendrá en cuenta la legislación vigente; Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal 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

Solicito que se evalúe la pertinencia del estudio y los cambios necesarios (si los hubiera) propuestos por ese Comité para la realización de dicho proyecto.

Atentamente.

Fdo. Avelino Saiz. Enfermero, investigador principal

Nota, se adjunta documento del proyecto

ANEXO IV

Sr. Director Gerente
Gerencia de Atención Primaria
Servicio Cántabro de Salud
Avenida Cardenal Herrera Oria S/N
39011 Santander (Cantabria)

Estimado Sr.

Me pongo en contacto con UD. para informarle que un equipo de Profesionales de Enfermería de la Gerencia de Atención Primaria, hemos puesto en marcha un proyecto de investigación titulado "Efectos sobre el control metabólico de la diabetes *mellitus* tipo 2 tras la acción educadora sobre los estilos de vida de los Profesionales de Enfermería".

Dicho trabajo se centra en el análisis metabólico de estos pacientes, por lo tanto se debe obtener información básica de los mismos, análisis clínicos y datos antropométricos. Además, se informará a todos los pacientes de la inclusión en el estudio así como la posibilidad de no participar en el mismo.

Para su realización se tendrá en cuenta la legislación vigente; Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal 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

Así mismo se tendrá en cuenta el dictamen que Comité de Investigación Clínica de Cantabria al que se le ha solicitado dicte informe.

Atentamente

Fdo. Avelino Saiz. Enfermero, investigador principal.

Nota: se adjunta copia del proyecto.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Eficacia de una educación grupal sobre las habilidades de autocuidado y complicaciones del pie diabético

Autora:

Rocío Fuentes Covián

*Graduada en enfermería. Unidad de Cuidados
Intensivos Generales. Hospital Universitario
Marqués de Valdecilla. Cantabria. España.*

*Dirección para correspondencia:
rociovian@hotmail.com*

Recibido: 10 de abril de 2015

Aceptado: 4 de diciembre de 2015

Proyecto de investigación resultado del trabajo de fin de master tutorizado por el profesor Enric Giralt de Veciana de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Cantabria. El trabajo que se presenta ha sido adaptado por la autora al objeto de cumplir las normas de publicación de Nuberos Científica. En su origen, se encuentra incluido en el repositorio UCrea de la Universidad de Cantabria. España.

RESUMEN

En nuestro país la diabetes *mellitus* y sus complicaciones, especialmente el pie diabético, es uno de los principales motivos de consulta en atención primaria. El éxito de las intervenciones con estos pacientes radica en la realización por parte de profesionales de enfermería de sesiones educativas estructuradas y organizadas.

Objetivos: Evaluar el efecto de una educación grupal frente a una individual en la mejora de habilidades y prevención de complicaciones del pie diabético. Conocer aspectos personales y sociodemográficos de los pacientes. Obtener un cuestionario validado en español que mida estilo/calidad de vida en diabéticos tipo 2.

Metodología: Ensayo clínico controlado aleatorizado. Muestra aleatorizada en: grupo intervención que recibirá educación grupal y, grupo control que recibirá educación individual. Variables dependientes estudiadas: habilidades adquiridas y complicaciones del pie diabético (úlceras, deformidades, neuropatía sensorial, enfermedad arterial periférica); variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, tiempo de evolución de la diabetes *mellitus*); variables relacionadas (peso, talla, tensión arterial, hemoglobina glicosilada, colesterol, triglicéridos). Medición de variables pre-post intervención y cada seis meses hasta la finalización del estudio.

Palabras clave: pie diabético, diabetes *mellitus*, estilo de vida, complicaciones de la diabetes

ABSTRACT

In our country, Diabetes mellitus and its complications, especially diabetic foot, is one of the main reasons for consultation in Primary health Care Centers. The success of these interventions in these patients lies in carrying organized, structured and educational sessions which were conducted by nurses.

Objectives: To assess the effectiveness of group education versus individual education of improving skills and prevention of diabetic foot complications. To know the sociodemographic and personal profile of patients. To acquire a Spanish version of the style and quality of life questionnaire for diabetic's type2.

Methodology: It is a randomized controlled trial. On the one hand, a sample will be randomized into an intervention group that will receive group education and on the other hand a control group which will receive individual education. Dependent variables are: skills acquired and diabetic foot complications (ulcer, deformities, sensory neuropathy, peripheral arterial disease) Sociodemographic variables included: age, gender, and marital status, level of education, employment status, and evolution time in diabetes mellitus. Variables related to health problems are: weight, height, blood pressure, glycosylated hemoglobin, cholesterol, triglycerides. The variables will be measured pre-post intervention and every six months up to end of study.

Keywords: diabetic foot, diabetes mellitus, life style, diabetes complications

INTRODUCCIÓN, ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA. MARCO TEÓRICO

La diabetes *mellitus* es una enfermedad crónica, no transmisible y de etiología múltiple causada por la falta de insulina y/o incapacidad para ejercer sus efectos adecuadamente. Consecuencia de ello, se origina un trastorno metabólico caracterizado por la hiperglucemia, contribuyendo al desarrollo de complicaciones macrovasculares, microvasculares y neuropáticas⁽¹⁻⁴⁾.

En 1997, la Asociación Americana de Diabetes clasificó la diabetes *mellitus* en: diabetes *mellitus* tipo 1, diabetes *mellitus* tipo 2, diabetes gestacional, intolerancia a la glucosa y anomalías de la glucosa en ayunas y, otros tipos específicos. Las formas más frecuentes son el tipo 1 y 2⁽³⁾.

Entre sus complicaciones figuran como las más importantes la ulceración o infección del pie, o ambas^(5,6).

La Organización Mundial de la Salud define al pie diabético como: "la infección, ulceración y destrucción de tejidos profundos de la extremidad inferior, asociados con alteraciones neurológicas y diversos grados de enfermedad vascular periférica"⁽⁶⁾.

La aparición de úlceras en el pie diabético se desarrolla bajo factores de riesgo, dando lugar a un pie vulnerable con alto riesgo de lesión^(6,7). El IWGDF (*Internacional Working Group of the Diabetic Foot*), identifica los siguientes factores de riesgo^(8,9):

- Úlcera/amputación previa.
- Más de 10 años de evolución de la diabetes.
- Síntomas de neuropatía y/o vasculopatía.
- Signos de neuropatía o enfermedad vascular periférica.
- Insuficiencia renal.
- Problemas ortopédicos.
- Presencia de zonas de máxima presión plantar con hiperqueratosis.
- Disminución de la agudeza visual.
- Dificultada en la flexión de la columna.
- Factores personales y sociales (edad avanzada, aislamiento social, problemas socioeconómicos).
- Déficit de cuidados del pie.
- Consumo de tabaco, alcohol.
- Mal control metabólico.

Actualmente existen varias clasificaciones del nivel de riesgo para el pie diabético^(9,10):

- Perfil de riesgo 0: sin neuropatía sensorial.

- Perfil de riesgo 1: neuropatía sensorial.
- Perfil de riesgo 2: neuropatía sensorial, signos de enfermedad vascular periférica, deformidades o ambos.
- Perfil de riesgo 3: historia previa de úlcera o amputación.

En función del riesgo, se establece una frecuencia de vigilancia. El grupo 0 se valorará una vez al año, el grupo 1 cada seis meses, el grupo 2 cada tres meses y el grupo 3 de uno a tres meses^(9,10).

Según la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia de la diabetes *mellitus* tipo 2 está en aumento debido al envejecimiento progresivo de la población, así como al desarrollo de hábitos de vida poco saludables^(3,5).

La Federación Internacional de Diabetes, en 2011, estimaba que la prevalencia a nivel mundial se situó en torno al 8,3%, que supone 366,3 millones de personas entre 20 y 79 años viviendo con la enfermedad⁽¹¹⁾. Algunos estudios prevén para el año 2030 un incremento, lo que significaría que el 9,9% de la población tendría diabetes (551 millones de personas)^(2, 4, 11-18). La mayoría de ellos serán diabéticos tipo 2^(11,18).

En nuestro país, la Encuesta Nacional de Salud del 2011-2012, informaba que la población con diabetes a partir de 16 años era de 2,7 millones, es decir, el 6,99% y, en la comunidad de Cantabria de 28.200 personas diabéticas (5,71%), sobre una población total de 511.642 habitantes^(3,19).

Viendo estos datos, es de suponer que el impacto económico sea considerable. Diversos estudios afirman que, dependiendo del país, la diabetes puede generar entre el 5% y 14% del gasto sanitario global, de forma que un paciente con diabetes consume entre 2 y 6 veces más recursos directos que individuos de similar edad y sexo con otras enfermedades crónicas^(3, 4, 11, 18, 20).

Múltiples estudios avalan que, alrededor del 5%-25% de los diabéticos desarrollarán al menos una úlcera a lo largo de su vida^(3, 6, 9, 12, 13, 16, 21-23). Los problemas más comunes de las úlceras de pie diabético incluyen infección o gangrena, llegando en casos severos a producirse amputación de un dedo, pie o pierna⁽²²⁾. Además, las personas con amputación previa tienen un 50% más riesgo de morir en los tres años siguientes y, un tercio de los diabéticos con amputación mayor perderán la extremidad contralateral en cinco años^(6,22).

El pie diabético puede considerarse, por tanto, una de las principales complicaciones motivo de consulta en atención primaria y especializada. Existe evidencia de que, mediante programas educativos estructurados podrían prevenirse las amputaciones de extremidad inferior en cifras que oscilan entre un 36% y un 86% en diabéticos^(3, 9, 12, 23).

En el contexto de la atención sanitaria pública estatal las actividades educativas relacionadas con la diabetes y el pie diabético son llevadas a cabo fundamentalmente por personal enfermero^(12,23). En el año 2012 la revisión realizada por el Grupo de Trabajo Guías Clínicas y Consensos de la Sociedad Española de Diabetes publicaba que: en España el 94,7% de las comunidades autónomas cuentan con programas educativos, representando el 89,5% para los centros de atención primaria y, el 68,4% para atención especializada. Muchos de estos programas cuentan con acreditación para ser integrados en la formación continuada de las profesiones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, la mayoría presentan importante variabilidad no sólo entre comunidades autónomas, sino entre servicios de una misma comunidad. Por ello, sería necesario insistir en la formación de profesionales enfermeros con el objetivo de unificar criterios de

sociedades científicas y entidades docentes para crear una acreditación específica para la educación terapéutica en diabetes⁽²⁴⁾.

En la Universidad de Barcelona existe un master en diabetes así como, formación postgrado realizada por la Federación Española de Asociaciones de Educadores en Diabetes⁽²⁴⁾. Por el contrario, en otros países se requiere de formación universitaria específica para trabajar como educador. En el caso de Estados Unidos se ha creado un certificado validado por varias sociedades científicas, el *Board Certified-Advanced Diabetes Manager*, que permite la acreditación como educador en diabetes al personal enfermero. En Canadá también existe un certificado oficial, el *Canadian Diabetes Educator Certification Board*. Asimismo, en Europa existe un diploma impartido por la *Foundation of European of Nurses in Diabetes* que se puede obtener mediante la realización del *European Nurses Diabetes Collaborative University Programme*⁽²⁴⁾.

El estudio de Valk, et al. 2005 en la revisión de *Cochrane 'Patient education for preventing diabetic foot ulceration'* se concluye que: hay evidencia de la efectividad de la educación en la reducción de úlceras y amputaciones, especialmente en pacientes de alto riesgo y, que los conocimientos y comportamientos respecto al cuidado del pie parecen ser influidos positivamente a corto plazo por la educación diabetológica⁽²⁵⁾.

En el estudio de Ramón J. et al. 2008 'efectividad a medio plazo de una intervención educativa grupal dirigida al cuidado de los pies en pacientes con diabetes tipo 2': se realizó una intervención educativa a una muestra de 76 pacientes en un centro de atención primaria de Barcelona, Mataró. Las variables estudiadas fueron la higiene, calzado, lavado diario de pies, utensilios usados, uñas correctas con un seguimiento a los ocho y veinticuatro meses. Estos autores concluyeron que el efecto a los ocho meses había mejorado todas las variables y, que a los veinticuatro el efecto se mantiene al menos en el 70% de los pacientes para todas las variables, excepto en el calzado adecuado⁽¹⁶⁾.

Por todo lo expuesto anteriormente, el planteamiento del presente proyecto se deriva de la escasez de personal de enfermería especializado en educación diabetológica así como, de la alta prevalencia de la enfermedad y aparición de complicaciones, lo que puede hacer que los resultados de las intervenciones educativas en estos pacientes no sean los esperados.

Por otro lado, tras una exhaustiva revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como Pubmed, Dialnet, Cuiden, CSIC, Instituto Joanna Briggs y la Biblioteca Cochrane Plus, se pone de manifiesto la existencia de un escaso número de publicaciones sobre el tema a realizar.

HIPÓTESIS

Una intervención educativa grupal mejora las habilidades para la prevención del pie diabético y disminuye sus complicaciones respecto de una intervención educativa individual.

OBJETIVOS

Principal:

Evaluar el efecto de una intervención educativa grupal frente a una individual en las habilidades de autocuidado para la prevención del pie diabético.

Específicos:

- Evaluar el efecto de una intervención educativa grupal frente a una individual en la aparición de complicaciones del pie diabético.
- Conocer los antecedentes personales y perfil sociodemográfico de los pacientes.
- Obtener una herramienta validada en castellano para evaluar estilo/calidad de vida en diabéticos tipo 2.

METODOLOGÍA**Diseño de investigación:**

Ensayo clínico controlado aleatorizado de tres años y cinco meses de duración.

Población diana:

Pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en los centros de salud El Alisal y Cazoña, pertenecientes al Área 1 de Santander.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos sexos mayores de 18 años.
- Pacientes diagnosticados de diabetes mellitus con más de seis meses de evolución.
- Pacientes con mal control metabólico (Hemoglobina glicosilada >7%).
- Pacientes con riesgo 0 según la clasificación del IWGDF.
- Pacientes que residan y sean atendidos en el centro de salud, con registros clínicos y analíticos.
- Pacientes que acepten voluntariamente participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

Criterio de exclusión:

- Pacientes con deterioro cognitivo, afectación psiquiátrica o dificultad para la comunicación y/o comprensión.
- Pacientes dependientes o con movilidad reducida.
- Pacientes que hayan participado en una intervención educativa grupal.
- Pacientes que rechacen participar.
- Pacientes mayores de 75 años.
- Pacientes que refieran encontrarse en situación de estrés o bajo estado de ánimo.

Criterios de retirada:

- Fallecimiento.
- Cambio de domicilio.
- Ingreso hospitalario.
- A petición del paciente.
- Pacientes que no cumplieran con al menos el 80% de la asistencia.

Tamaño muestral

El cálculo del tamaño muestral se ha hecho con un contraste de hipótesis mediante comparación de medias independientes.

Se utiliza el programa Granmo 7.11. Aceptando un riesgo alfa de 0,05 y riesgo beta de 0,20 en un contraste bilateral, se precisan 110 sujetos en el primer grupo y 110 en el segundo para detectar una diferencia igual o superior a 2 unidades. Se asume que la desviación estándar común es de 5. Se estima una tasa de pérdidas de seguimiento del 10%.

Tipo de muestreo

La unidad de muestreo será cada centro de salud siendo aleatorizados al grupo control e intervención. Esta asignación será cegada para investigadores y pacientes, no revelándose hasta la aleatorización a ambos grupos.

La unidad de análisis serán los pacientes diabéticos tipo 2. El muestreo será consecutivo, es decir, se seleccionarán aquellos que cumplan los criterios de selección a medida que acudan a las consultas de enfermería durante el 3º y 10º mes del estudio.

Estos pacientes recibirán información del estudio. Aquellos que de forma libre y voluntaria acepten participar, firmarán el consentimiento informado.

La técnica de enmascaramiento será en el análisis (ensayo ciego por terceros).

Variables del estudio

- Variable dependiente principal:
 - Habilidades para prevenir el pie diabético: estilo/calidad de vida de los pacientes en ese momento. Cualitativa ordinal.
- Variables dependientes específicas:
 - Complicaciones de pie diabético: presencia de neuropatía sensorial (no sentir presión de monofilamento sobre uno de los cuatro puntos plantares); presencia de enfermedad arterial periférica (ausencia de pulso pedio y/o tibial posterior, Índice Tobillo-Brazo menor de 0,80, dolor de extremidad agravado con el decúbito, palidez y frialdad); presencia de deformidades (hallux valgus, pie plano, pie cavo, dedos en garra); presencia de úlcera (diagnóstico de úlcera diabética en pie). Cualitativas nominales.
- Variable independiente:
 - Intervención educativa grupal: sesión educativa planificada sobre habilidades de autocuidado para prevención del pie diabético, de hora y media de duración formada por grupos de 10-15 personas y realizada por profesionales enfermeros.
- Variables sociodemográficas:
 - Fecha de nacimiento: años desde el nacimiento hasta la fecha actual, medida en años. Cuantitativa discreta.
 - Sexo: género del paciente. Cualitativa nominal.
 - Estado civil: situación determinada por relaciones familiares provenientes del matrimonio, estableciendo derechos y deberes. Cualitativa nominal.
 - Nivel de estudios: grado más alto, cursados y finalizados. Cualitativa nominal.
 - Situación laboral: si trabaja actualmente. Cualitativa nominal.
 - Tiempo de evolución de la diabetes mellitus: tiempo desde el diagnóstico hasta el momento actual, medido en años. Cuantitativa continua.
- Variables relacionadas con el problema de salud:
 - Peso: masa expresada en Kg. Cuantitativa continua.
 - Talla: medida vertical en centímetros desde la base hasta el punto más elevado. Cuantitativa continua.
 - Índice de masa corporal. Cociente entre el peso y la talla al cuadrado. Cuantitativa continua.
 - Tensión arterial: cifras actuales (última semana). Cuantitativa continua.
 - Hemoglobina glicosilada: cifras actuales (último mes). Cuantitativa continua.

Perfil lipídico: cifras actuales de colesterol y triglicéridos (últimos tres meses). Cuantitativa continua.

Métodos e instrumentos de recogida de datos

El personal enfermero realizará una valoración de aproximadamente 20 minutos con los siguientes instrumentos:

- Revisión de la historia clínica.
- Entrevista con el paciente.
- Exploración física: descartando factores de riesgo según la clasificación IWGDF. Para ello utilizará: monofilamento de Semmes- Weinstein aplicado en cuatro puntos plantares; palpación manual con dedo índice y corazón de pulso pedio y/o tibial posterior en ambas extremidades; prueba Índice Tobillo-Brazo con doppler portátil; Observación en una camilla comprobando coloración y temperatura de extremidades inferiores. Se indicará al paciente que cuelgue las extremidades de la camilla para valorar si experimenta dolor; observación para descartar deformidades en los pies.
- Recogida de datos biológicos y de laboratorio: peso (misma báscula digital), talla (mismo tallímetro), tensión arterial (reciente, menor de una semana. Si no se realizará una medición manual con el mismo manguito), perfil lipídico (reciente, menor de tres meses. Si no se realizará extracción de sangre venosa), hemoglobina glicosilada (reciente, menor de seis meses. Si no se realizará extracción de sangre venosa en ayunas).

Los datos se registrarán en una hoja de registro (Anexo 1), donde para guardar el anonimato, en el espacio del nombre se anotarán las siglas del paciente junto con un código específico. Sólo investigadores y personal enfermero tendrán acceso, además estarán obligados a firmar un compromiso de confidencialidad.

Recopilados los datos, se les avisará telefónicamente para indicarles fecha, hora y lugar de las sesiones (podrán llevar acompañante). El grupo control seguirá con la educación individual rutinaria.

La educación grupal tendrá lugar en una de las salas habilitadas formando grupos de 10-15 pacientes y dirigidas por dos enfermera/os. Se impartirán seis intervenciones educativas de hora y media con periodicidad semanal, en turno de mañana o tarde según necesidades. El contenido de las sesiones se incluye en el anexo 2.

Para conocer el estilo/calidad de vida de los pacientes se pasará un cuestionario al inicio de la primera sesión y final de la última. El cuestionario será entregado a ambos grupos.

Dado que el cuestionario existente validado en castellano no se adapta al estudio, se ha hecho uno específico (Anexo 3). Consecuencia de ello, se realizará en el segundo mes una prueba piloto realizada con el mismo profesional sanitario y, con un máximo de 30 pacientes formando grupos de 10 personas por sesión.

Durante el seguimiento, en ambos grupos, se pasará el cuestionario y se medirán parámetros de laboratorio y biológicos y, se valorará la aparición de complicaciones a los seis, doce, dieciocho y veinticuatro meses de finalizar las actividades.

Previa realización del estudio, el personal enfermero⁽¹⁰⁾ recibirá formación específica en dos sesiones (dos horas cada una) dirigidas por expertos interesados en participar (endocrinólogo, educador especializado en diabetes, podólogo).

Análisis estadístico

La información se organizará en una tabla Excel, usando el paquete estadístico SPSS.

Las variables cualitativas se presentarán con distribución de frecuencias o proporciones y, las cuantitativas con media o desviación estándar.

Para comprobar la distribución de los datos se utilizará el test de Shapiro-Wilk y, para la homogeneidad la F de Snedecor.

Las pruebas paramétricas serán: T de Student para datos cuantitativos y Chi Cuadrado para cualitativos.

Para conocer el grado de asociación entre variables: coeficiente de correlación de Pearson para datos cuantitativos con distribución normal y, coeficiente de correlación de Spearman cuando no la siguen.

Nivel de significación estadística inferior al 5% con intervalo de confianza del 95%.

Para el análisis del cuestionario será: coeficiente de correlación intraclase para la validez aparente y contenido, coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach para la consistencia interna, coeficiente de correlación de Spearman para la consistencia externa test-retest.

Limitaciones del estudio

- Inclusión de pacientes con más motivación de participación.
- Efecto Hawthorne.
- Capacidad docente de los profesionales puede influir en el aprendizaje y control de la enfermedad.
- El periodo de seguimiento puede resultar corto para apreciar complicaciones.

ASPECTOS ÉTICOS

Este proyecto cumple con los principios básicos de:

- Beneficencia y no maleficencia: debido a la naturaleza de las intervenciones, éstas cumplen con no hacer daño, aumentar los beneficios y disminuir los posibles riesgos.

En el caso de las extracciones venosas, aun considerando el riesgo como mínimo, es responsabilidad del investigador detectar, documentar y notificar cualquier acontecimiento adverso.

- Justicia: una vez finalizado y comprobado los efectos beneficiosos, se ofrecerá la posibilidad de que el grupo control realice la misma educación.
- Respeto a la autonomía: participación voluntaria con información verbal y por escrito firmando el consentimiento informado. Si no aceptaran, se ofrecerá garantía de que la atención no se verá afectada. Para los participantes se asegurará intimidad y confidencialidad.

Según la Declaración de Helsinki sobre experimentación en humanos este proyecto:

- Está formulado en un proyecto de investigación.
- Será enviado y aprobado o no por el Comité Ético de Investigación Clínica de Cantabria.
- Será llevado a cabo por personas con formación y calificaciones científicas apropiadas.

Asimismo, se solicitará autorización a la gerencia de atención primaria para la realización del proyecto.

UTILIDAD DE LOS RESULTADOS, EN RELACIÓN A LA COMUNIDAD CIENTÍFICA Y A LA SOCIEDAD

La prevención de la diabetes mellitus y sus complicaciones es un frente en el que todavía queda mucho por hacer, siendo la educación sanitaria adecuada un pilar fundamental y, un punto de partida que puede llegar a ofrecer muchas posibilidades.

La creación de cuestionarios que midan el estilo/calidad de vida de los pacientes así como, una intervención educativa adecuada a sus características podrá ayudar en:

- Favorecer la investigación sistemática sobre aspectos de prevención basándose en la mejor evidencia científica.
- Su utilidad podrá pasar a formar parte de manera rutinaria y homogénea por parte del personal enfermero en atención primaria. Ello significaría a su vez, una mayor concienciación de los profesionales ayudándoles a mejorar en conocimientos y técnicas de educación sanitaria.
- Mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes, puesto que llevarían un mejor manejo de la enfermedad y menor aparición de complicaciones.
- Reducción del gasto sanitario derivado de la enfermedad y de la aparición de complicaciones.

PLAN DE TRABAJO

Mes 1:

- Reclutamiento de profesionales.
- Elección y distribución de las salas disponibles en el centro de salud para realizar la educación.
- Actividad educativa dirigida a personal enfermero encargados de la docencia.
- Captación de pacientes para la prueba piloto.

Mes 2:

- Reuniones con los profesionales para elaborar y desarrollar el cuestionario que mida estilo/calidad de vida.
- Realización de la prueba piloto.

Meses 3-12:

- Validación del cuestionario.
- Captación de pacientes.
- Aleatorización de la unidad de muestreo y elección del programa estadístico.
- Selección de pacientes y firma del consentimiento informado
- Recogida de los datos del paciente.

Meses 13-14:

- Inicio de la actividad educativa y primera entrega del cuestionario.
- Fin de la actividad educativa y segunda entrega del cuestionario.

Meses 14-20:

- Primer periodo de seguimiento: a los 6 meses de la educación se pasará el cuestionario, se recogerán datos biológicos y de laboratorio y, se valorarán posibles complicaciones.

Meses 21-26:

- Segundo periodo de seguimiento: a los 12 meses se pasará el cuestionario, se recogerán datos biológicos y de laboratorio y, se valorarán posibles complicaciones.

Meses 27-32:

- Tercer periodo de seguimiento: a los 18 meses se pasará el cuestionario, se recogerán datos biológicos y de laboratorio y, se valorarán posibles complicaciones.

Meses 33-38:

- Cuarto periodo de seguimiento: a los 24 meses se pasará el cuestionario, se recogerán datos biológicos y de laboratorio y, se valorarán posibles complicaciones.

Meses 39-41:

- Valoración e interpretación de resultados.
- Realización de memoria y artículos.
- Comunicación de resultados.

EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR

Formación académica:

- Graduada universitaria en enfermería.
- Master universitario en gestión integral e investigación de las heridas crónicas. Universidad de Cantabria 2013-2014.
- Técnica superior en imagen para el diagnóstico. Junio 2002.
- Formador de formadores en el aplicativo informático Gacela Care. Enero 2013.

Publicaciones:

- Comunicación oral en el XVIII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados 2014. Implantación del proceso de atención de enfermería: ¿un reto aún pendiente?

Docencia:

- Aplicativo informático Gacela Care para enfermeras/os. 2013
- Integrante de la comisión de metodología enfermera de cuidados desde 2013.

Participación:

- Jueves enfermeros. Mayo 2013.
- Segundas jornadas de innovación y desarrollo. Busca, evalúa y reflexiona: avanzando en los cuidados. Diciembre 2014.
- XVII jornadas de encuentro entre profesionales de la administración de justicia y de la comunidad trasplantadora. Marzo 2015.

MEDIOS DISPONIBLES Y NECESARIOS

Medios disponibles	Medios necesarios
Impresora	Material sanitario: guantes, tubos de analítica, compresores, jeringas, agujas, venoject, palomitas, clorhexidina, apósitos, tallímetro, báscula digital, monofilamento de Semmes-Weinstein, doppler portátil, manguito manual de TA, fonendoscopio, tijeras, aceites o cremas corporales
Ordenador portátil	Material de oficina: teléfono, folios, bolígrafos, tinta de impresora, folletos informativos, cañón de presentación power point, programa SPSS, vídeos sobre autocuidado de los pies

Medios disponibles	Medios necesarios
Registros de determinaciones analíticas	Equipo investigador
Salas para docencia	Formación del equipo por parte de expertos
	Desplazamientos (en caso de existir) de los colaboradores

BIBLIOGRAFÍA

- Rojas V, Sevilla D. Estudio de necesidades para la creación de un programa educativo para diabéticos. *Med fam (Caracas)*. 2004; 12(1): 23-26.
- GackGhelman L, Souza MHN, Machado AM. Conocimiento de las prácticas de autocuidado en los pies de los individuos con diabetes mellitus atendidos en una unidad básica de salud. *Enferm Global*. 2009; 8(3): 1-8.
- Sarabia R. Prevención y prevalencia de las úlceras de pie en los diabéticos atendidos en las consultas de enfermería de Atención Primaria y en las consultas de podología privadas de Cantabria. *Reduca (Enfermería, Fisioterapeuta y Podología)*. 2011; 3(2): 25-46.
- Pérez A, Alonso L, García AJ, Garrote I, González S, Morales JM. Intervención educativa en diabéticos tipo 2. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2009; 25(4): 17-29.
- Farfán R. Efectividad de un programa educativo basado en el autocuidado de miembros inferiores para la prevención de complicaciones en pacientes diabéticos [Tesis doctoral]. Perú: Universidad de Trujillo. Facultad de Enfermería; 2007.
- Castro G, Liceaga G, Arrijoja A, Calleja JM, Espejel A, Flores J, et al. Guía clínica basada en evidencia para el manejo del pie diabético. *Med Int Mex*. 2009; 25(6): 481-526.
- Molinés RJ, Álvaro FJ, Rodríguez S, Lázaro JL. Revisión bibliográfica sobre el enfoque integral del paciente con pie diabético en la consulta de enfermería de Atención Primaria. *ENE, Rev de Enfermería*. 2007; 1(2): 45-55.
- González H, Perdomo E, Quintana ML, Mosquera A. Estratificación de riesgo en pie diabético. *Gerokomos*. 2010; 21(4): 172-182.
- Valverde M. Cuidado del pie diabético. Importancia de la educación. *Rev ROL Enferm*. 2011; 34(5): 345-350.
- Harding KJ, Jones V, Price P. Topical treatment: which dressing to choose. *Diabetes Metab Res Rev*. 2000; 16(1): 47-50.
- Vázquez JA. Estrategia en diabetes del sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Sede Web]. [actualizada en 2012; acceso 28 mayo 2014]. Disponible en: <http://publicacionesoficiales.boe.es>
- Fernández A, Abdala A, Alvara EP, Tenorio GL, López E, Cruz S, et al. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Esp Med Quir*. 2012; 17(2): 94-99.
- Costa IA, Trevizan MA, Nogueira PC, Mazzo A, Godoy S, Pérez MDC. Cuidado con los pies diabéticos antes y después de intervención educativa. *Enferm Global*. 2012; 12(1): 43-52.
- Sanz MF. Eficacia de la educación en la modificación de hábitos de vida para la prevención o retraso de la diabetes mellitus tipo 2 en personas de riesgo. *Reduca (Enfermería, Fisioterapeuta y Podología)*. 2011; 3(2): 345-374.
- Ávila H, Meza S, Frías B, Sánchez E, Vega C, Hernández MA. Intervención de enfermería en el autocuidado con apoyo educativo en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Cultura de los cuidados*. 2012: 141-146.

- Ramón J, Fernández M, Forcada C, Pera G. Efectividad a medio plazo de una intervención educativa grupal dirigida al cuidado de los pies en pacientes con diabetes tipo 2. *Enferm Clínica*. 2008; 18(6): 302-308.
- Valdés E, Castillo Y, Cedeño Y. Intervención educativa en personas con diabetes mellitus en la provincia Granma. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2012; 28(4): 658-667.
- Ruiz M, Escolar A, Mayoral E, Corral F, Fernández I. La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gac Sanitaria*. 2006; 20(1): 15-24.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta nacional de salud 2011-2012. [sede Web]. [Acceso 25 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/>.
- Serrano MC, Torres MD, Reina M, Bermejo MD, Boatella L. Impacto de una intervención intensiva multifactorial con diabéticos tipo 2 en Atención Primaria Health Care. *Nure Inv*. 2013; 2(67).
- Jiménez G, Martínez MT, Gómez M, Carmouche H. Nivel de conocimientos del paciente diabético sobre la prevención del pie diabético. *Medisur: Revista Científica Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*. 2007; 5(2): 40-43.
- Tizón E, Dovale MN, Fernández MY, Fernández C, López M, Mou-teira M, et al. Atención de enfermería en la prevención y cuidados del pie diabético. *Aten Primaria*. 2004; 34(5): 263-271.
- Torrente RS. Evaluación de la efectividad de una actividad educativa grupal para la mejora del autocuidado del pie diabético [Tesis de Licenciatura]. Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de Medicina; 2011.
- Ferrer JC, Fornos JA, Menéndez E, Ortega C, Rica I, Alemán JJ, et al. Perfil profesional del educador de pacientes con diabetes. *Av Diabetolo*. 2012; 28(2): 38-47.
- Valk GD, Kriegsman DM, Assendelf WJ. Patient education for preventing diabetic foot ulceration. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; 25(1): CD001488.

ANEXOS

ANEXO I: HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

Grupo control Grupo intervención

Fecha:

- Antes de la intervención educativa
- Después de la intervención educativa
- A los 6 meses de la intervención educativa
- A los 12 meses de la intervención educativa
- A los 18 meses de la intervención educativa
- A los 24 meses de la intervención educativa

Iniciales y código de identificación:

Fecha de nacimiento:

Sexo: Hombre Mujer

Estado civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a

Nivel de estudios: Sin escolarizar Primarios

Secundarios Universitarios

Situación laboral actual: Sí trabaja No trabaja

Tiempo de evolución de la Diabetes Mellitus: 6 meses-1 año

2 años-5 años

6 años-10 años

11 años-15 años

15 años o más

Peso: Talla: Índice masa corporal: Normopeso (18,5-24,99)

Sobrepeso (>25)

Obesidad (>30)

Tensión arterial: mmHg
 Hemoglobina glicosilada: %
 Perfil lipídico: Colesterol mg/dL Triglicéridos mg/d
 Puntuación del cuestionario: Adecuado Aceptable Inadecuado
 Complicaciones del pie diabético:
 Neuropatía sensorial: Si No Deformidades: Si No
 Enfermedad arterial periférica: Si No
 Úlcera: Si No

ANEXO II: PROGRAMA DE EDUCACIÓN GRUPAL

1º SESIÓN. CONCEPTOS GENERALES DE LA DIABETES

- Tipos de diabetes *mellitus*.
- Tipos de tratamiento: antidiabéticos orales e insulinas.
- Relación entre alimentación, peso, ejercicio y control.
- Factores de riesgo. Importancia del abandono tabáquico.

2º SESIÓN. ¿QUÉ PUEDO HACER PARA CONTROLAR MI DIABETES

1º PARTE?

- Recuerdo y dudas de la sesión anterior.
- Alimentación: beneficios de la alimentación saludable, grupos de alimentos recomendados, restringidos y que evitar, número de comidas y horarios, alcohol y otras bebidas, postres y edulcorantes.

3º SESIÓN. ¿QUÉ PUEDO HACER PARA CONTROLAR MI DIABETES

2º PARTE?

- Recuerdo y dudas de la sesión anterior.
- Ejercicio: ejercicio idóneo, duración y horario, calzado adecuado, prevención y actuación ante las hipoglucemias, precauciones y contraindicaciones.
- Tratamiento farmacológico e insulinas: nombre comercial y dosis, horario de las tomas, mecanismo de acción, importancia del cumplimiento.

4º SESIÓN. ¿QUÉ PUEDO HACER PARA CONTROLAR MI DIABETES

3º PARTE?

- Recuerdo y dudas de la sesión anterior.
- Autocontrol: control del peso, tensión arterial, técnica de realización de autoanálisis, material a utilizar, frecuencia y horario, libreta de autocontrol.

5º SESIÓN. CUIDADO DE LOS PIES.

- Recuerdo y dudas de la sesión anterior.
- Razones para el cuidado de los pies, higiene y cuidados diarios, cuidado de las uñas, calzado y calcetines, precauciones, recomendación podológica.

6º SESIÓN. COMPLICACIONES DE LA DIABETES

- Recuerdo y dudas de la sesión anterior.
- Neuropatía, nefropatía, retinopatía, problemas cardiovasculares.
- Situaciones especiales: viajes, celebraciones, comidas fuera de casa.

ANEXO III: CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL ESTILO/CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

Este cuestionario está diseñado para conocer el estilo/calidad de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2. Le agradecemos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleje su mejor estilo/calidad de vida en los últimos seis meses. Elija una sola opción marcando con una cruz en el cuadro o círculo que contenga la respuesta.

1. ¿Con qué frecuencia come verduras?

- Todos los días de la semana
- Algunos días

- Casi nunca
- Nunca

2. ¿Con qué frecuencia come frutas?

- Todos los días de la semana
- Algunos días
- Casi nunca
- Nunca

3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?

- Ninguna
- 1
- 2
- 3 o más

4. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente

5. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente

6. ¿Come habitualmente fuera de casa?

- Casi nunca
- Los fines de semana
- Entre semana
- A diario

7. En caso afirmativo a la pregunta anterior, cuando come fuera de casa, ¿sigue la dieta habitual para diabéticos?

- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Siempre

7. ¿Hace ejercicio físico de manera regular? (Correr, caminar, nadar, otros...)

- Nunca
- 1 vez a la semana
- Más de dos veces a la semana
- A diario

9. ¿Fuma?

- No fumo
- Rara vez
- Los fines de semana
- A diario

10. En caso afirmativo a la pregunta anterior, ¿cuántos cigarrillos fuma al día?

- 1 a 5
- 6 a 10
- Más de 10
- Más de una cajetilla

11. ¿Bebe alcohol?

- Nunca
- Ocasionalmente
- En las comidas
- Los fines de semana

12. ¿Con qué frecuencia visita al podólogo?

- Nunca
- 1 vez al año
- Más de una vez al año
- Menos de una vez al año

13. ¿Camina y/o anda descalzo?
 - Nunca
 - Rara vez
 - Ocasionalmente
 - Muchas veces
14. ¿Cada cuánto tiempo lava sus pies?
 - A diario
 - 2-3 veces a la semana
 - 1 vez a la semana
 - Otras
15. Cuando lava sus pies, ¿con qué frecuencia lo hace con agua tibia?
 - Nunca
 - Casi nunca
 - Frecuentemente
 - A diario
16. Cuando lava sus pies, ¿se seca bien entre los dedos?
 - Nunca
 - Casi nunca
 - Frecuentemente
 - A diario
17. ¿Suele aplicar alguna crema o loción hidratante en los pies?
 - Nunca
 - Casi nunca
 - Frecuentemente
 - A diario
18. ¿Cómo corta las uñas de los pies?
 - No corto las uñas de los pies
 - No interesa la forma
 - En forma redonda
 - En forma recta o cuadrada
19. ¿Suele inspeccionar sus pies en busca de algún problema?
 - Nunca
 - Casi nunca
 - Frecuentemente
 - A diario
20. ¿Revisa o sacude sus zapatos cuando se calza?
 - Nunca
 - Casi nunca
 - Frecuentemente
 - A diario
21. ¿Cada cuánto tiempo cambia las medias o calcetines?
 - 1 vez a la semana
 - 2 o 3 veces a la semana
 - 4 o 5 veces a las semana
 - A diario
22. Al comprar zapatos, ¿qué considera más importante? Enumere de mayor a menor importancia
 - Material
 - Ausencia de costuras internas
 - Que presente sistema de sujeción
 - Precio
23. ¿Qué características busca en su calzado? Selecciona una en cada característica
 - Puntera: redonda/cuadrada/triangular
 - Tacón: Bajo/Medio/Alto
Ancho/Estrecho
 - Suela: Goma/Cuero
Fina/Gruesa
24. ¿Sabe hacerse el autocontrol para conocer el nivel de azúcar?
 - Si
 - No
25. En caso afirmativo a la pregunta anterior, ¿cada cuánto tiempo realiza el autocontrol?
 - 1 vez a la semana
 - 2 o 3 vez al mes
 - 1 vez al mes
 - Menos de una vez al mes
26. ¿Con qué frecuencia le preocupa tener complicaciones por su diabetes?
 - Nunca
 - Casi nunca
 - Frecuentemente
 - Casi a diario
27. ¿Con qué frecuencia se siente físicamente enfermo?
 - Nunca
 - Casi nunca
 - Frecuentemente
 - Casi a diario
28. ¿Con qué frecuencia su diabetes limita su vida social y amistades?
 - Nunca
 - Casi nunca
 - Frecuentemente
 - Casi a diario

“Terapias complementarias y alternativas en enfermería”

Autoras: Mariah Snyder y Ruth Lindquist
ISBN: 978-607-448-065-8
Editorial: El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Primera edición en español traducida de la sexta en inglés, 2011



Título atrayente para unos y controvertido para otros. “Terapias complementarias y alternativas en enfermería” es un ejemplar dirigido a todas las enfermeras que participan activamente en la reforma de la atención a la salud basada en cuidados holísticos e integrales.

El objetivo principal de este volumen es la creación de un recurso accesible para que las enfermeras podamos aportar a nuestros pacientes información segura y eficaz respecto a las terapias complementarias y alternativas, las cuales son cada vez más demandadas por los pacientes.

El libro se estructura en torno a los campos de la práctica reconocida por el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (organismo estadounidense que promueve la evaluación científica de la seguridad y utilidad de la práctica de las terapias complementarias y alternativas), que son intervenciones de enfermería, como terapias cuerpo-mente, terapias energéticas y del biocampo, terapias con las manos, y terapias con base biológica.

Reconocidas algunas de ellas como intervenciones NIC enfermeras (acupresión, aromaterapia, musicoterapia, tacto terapéutico, masaje, etc.).

Este volumen nos permitirá conocer las contraindicaciones potenciales de dichas terapias, así como sus interacciones potenciales con otros tratamientos médicos convencionales prescritos de forma concomitante. También nos permitirá acercarnos a estas terapias para que se las podamos ofrecer a nuestros pacientes de manera que amplíen su bienestar físico, mental, social y espiritual.

Nos gustaría resaltar que transformar la atención de la salud para implementar una práctica que se centre en el paciente, y que mezcle terapias complementarias y alternativas, resulta de vital importancia en el presente siglo.

Finalmente, hacemos referencia a “nuestra madre”, Florence Nightingale, la cual inquirió la necesidad de un centenar de años para contar con enfermeras educadas para poder transformar los hospitales y la atención a la salud. Pues bien compañeros, aquí se nos presenta la oportunidad de convertirnos en las “Nightingales” del siglo XXI.

Tamara Gutiérrez Somaza
Enfermera



Agenda =

AGENDA DE CONGRESOS – JORNADAS

XXXIII CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

“Las enfermeras de Salud mental avanzando: retos y soluciones”

Cádiz, del 16 al 18 de marzo de 2016

Organizado por la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental
Más información: <http://www.anesm.org/principal/xxxiii-congreso-de-la-anesm-cadiz-16-18-marzo-de-2016/>

XXXIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA

“Creciendo con el paso de los años”

Córdoba, 7 y 8 de Abril de 2016

Organizado por la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica
Más información: <http://congreso.seegg.es>

XV CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA AEETO

“La gestión de cambio. Marketing enfermero en C.O.T.”

Tarragona, del 13 al 15 de Abril de 2016

Organiza la Asociación Española de Enfermería en Traumatología y Ortopedia
Más información: <http://www.aeeto.es/congreso-enfermeriatraumatologiaaeeto2016/>

FORANDALUS-2016

VIII REUNIÓN INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

III REUNIÓN DEL GRUPO AURORA MAS

Zaragoza, España, 15 y 16 de Abril de 2016

Más información: <http://www.index-f.com/rif/inicio.php>

XI SIMPOSIO NACIONAL SOBRE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS

IX CONGRESO IBEROLATINOAMERICANO SOBRE ÚLCERAS Y HERIDAS

“Uniendo puentes”

Logroño, del 4 al 6 de Mayo de 2016

Organizado por GNEAUPP
Más información: <http://bocemtium.com/gneaupp/index.php/gneaupp/2016>

37º CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

“Valencia a corazón abierto”

Valencia, del 4 al 6 de Mayo de 2016

Organizado por la Asociación Española de Enfermería en Cardiología
Más información: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/congreso/proximo.htm>

32 JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

“Mar y huerta: Luz y Calidez en los Cuidados”

Murcia, del 11 al 13 de Mayo de 2016

Organizado por la Asociación de Jornadas de Enfermería en Cirugía Ortopédica y Traumatología
Más información: <http://www.32enfermeriatraumatologia.com>

XL CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN NEUROCIENCIAS

Málaga, del 25 a 27 de Mayo de 2016

Organizado por la Asociación Española de Enfermería en Neurociencias
Más información próximamente en: <http://www.aeenmalaga2016.es>

XXVIII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA VASCULAR Y HERIDAS

“Enfermería Vascular: Práctica Avanzada”

Barcelona, 9 y 10 de Junio de 2016

Organizado por la Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
Más información: <http://www.aeev.net/congreso.php>

XLII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA INTENSIVA Y UNIDADES CORONARIAS

Valencia, del 19 al 22 de Junio de 2016

Organizado por la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias
Más información: <http://seeiuc.org/congresos/268-xlii-congreso-nacional-de-la-seeiuc.html>

XXIII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

Sevilla, del 2 al 4 de Junio de 2016

Organizado por la Asociación Española de Enfermería de Patología Digestiva
Más información: <http://aeepdsevilla2016.blogspot.com.es>

41º CONGRESO NACIONAL SEDEN

Oviedo, del 11 al 13 de octubre de 2016

Organizado por la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica
Más información próximamente en : <http://www.congresoseden.es/es/>

20º ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS

A Coruña, del 15 al 18 de Noviembre de 2016

Organizado por Investen-isciii
Más información: <https://encuentros.isciii.es/coruna2016/index.html>

Normas de publicación de manuscritos

NUBEROS CIENTÍFICA es una publicación de carácter científico de la Fundación de la Enfermería de Cantabria, cuyos principales objetivos son promover la investigación científica enfermera y difundir la producción científica entre los profesionales de Enfermería de Cantabria y de otras Autonomías.

En ella tienen cabida todos los temas relacionados con aspectos clínico-asistenciales, de metodología científica de trabajo (NANDA, NIC, NOC), de calidad de cuidados, de aspectos sociosanitarios o comunitarios, de salud laboral, de salud medioambiental, de gestión, de docencia y de formación. Todo ello con la perspectiva de la **enfermería basada en la evidencia científica**.

Las normas para la publicación de trabajos, estudios o proyectos están basadas, fundamentalmente, en las Normas de Vancouver para la uniformidad de manuscritos presentados a Revistas Biomédicas y se describen a continuación:

1. Normas generales de publicación.
 - Trabajos o estudios científico-técnicos.
 - Proyectos de investigación científica.
2. Ilustraciones.
 - Tablas y gráficos. • Fotografías.
3. Referencias bibliográficas.
4. Normas éticas.
5. Relación de documentos que deben contener los trabajos para enviar a NUBEROS CIENTÍFICA.

1. NORMAS GENERALES DE PUBLICACIÓN

Los manuscritos de los trabajos se podrán enviar a la dirección electrónica del Colegio de Enfermería de Cantabria, en cuya web se encuentra la información relativa al envío.

Se enviará con una carta de presentación solicitando la publicación, donde constará, expresamente, si el trabajo ha sido o no presentado o publicado en otro evento o revista científica. Además, si existe o no conflicto de intereses.

Es conveniente conservar copia del trabajo.

Los trabajos deberán realizarse y presentarse en procesador de textos programa Word y en Excel o Power Point para gráficos.

La extensión máxima será de 4.000 palabras (caracteres con espacios) y al escribir el trabajo en Word se tendrá en cuenta que:

- Tipo de letra será Time New Roman, cuerpo 12, espaciado e interlineado normales.
- Evitar 'negritas', subrayados o mayúsculas para resaltar.
- Deberán evitarse las abreviaturas o siglas y, cuando sean necesarias, se explicará (la primera vez) entre paréntesis su significado. Se exceptúan las unidades de medida del Sistema de Medidas Internacional.
- Utilizar entrecomillados "..." para citas textuales.
- Utilizar entrecomillados '...' para referencias, títulos o nombres técnicos.
- Utilizar cursiva cuando se utilicen palabras en otro idioma o en latín.
- Las páginas irán numeradas consecutivamente en el ángulo superior derecho.
- En la **primera página** se incluirá, por orden:
 - Título del artículo, que deberá ser conciso y lo suficientemente informativo.
 - Nombre y dos apellidos de los autores (máximo seis).
 - Lugar de trabajo, departamento e institución.
 - Identificación de autor responsable para la correspondencia del manuscrito y su dirección electrónica.
 - Apoyos recibidos (si existieran) para la realización del estudio o trabajo.

Todas las personas que figuran como autores (profesionales de Enfermería) deberán estar cualificadas para ello, en caso contrario y con su permiso, podrán figurar en la sección de agradecimientos.

Nuberos Científica declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publiquen en la Revista.

En la **segunda página** se incluirá el RESUMEN/ABSTRACT y en 200 palabras (español/inglés) que, de forma resumida, esboce:

- Justificación.
- Metodología.
- Conclusiones importantes.
- Propósito del estudio (objetivo).
- Resultados relevantes.
- Aportación del trabajo a la comunidad científica o a la sociedad.

Al final del resumen se incluirán las palabras clave (de 3 a 10 palabras o frases cortas), que permitirán indexar el artículo en las bases de datos. Serán en lenguaje MeSH y DeSH.

En las **siguientes páginas** se incluirá el texto del trabajo o estudio, dividiendo claramente los apartados del mismo.

Los **trabajos o estudios científico-técnicos** deben seguir (de manera general) las fases de la metodología científica:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. Título | 6. Discusión-Conclusiones. Aportación del trabajo a la comunidad científica o a la sociedad. |
| 2. Introducción-Justificación. | 7. Bibliografía. |
| 3. Objetivos: general y específicos. | 8. Anexos. |
| 4. Metodología (material y métodos). | |
| 5. Resultados. | |

Los **trabajos de investigación** de carácter cualitativo deben contener además:

1. Introducción-Justificación de estudio cualitativo. Marco teórico.
2. Metodología propia de análisis cualitativo.

Los **proyectos de investigación científica** deben contener los siguientes capítulos:

- | | |
|--|---|
| 1. Título. | 6. Utilidad de los resultados, en relación a la comunidad científica y a la sociedad. |
| 2. Introducción, antecedentes y estado actual del tema. Marco teórico. | 7. Plan de trabajo. |
| 3. Hipótesis. Objetivos. | 8. Experiencia del equipo investigador. |
| 4. Metodología. | 9. Medios disponibles y necesarios. |
| 5. Aspectos éticos. | 10. Bibliografía. |
| | 11. Relación de anexos. |

Las **monografías** deben cumplir las siguientes normas de publicación:

- | | |
|--|---|
| 1. Resumen. Abstract | 5. Metodología búsquedas bibliográficas |
| 2. Palabras clave | 6. Análisis de resultados. |
| 3. Introducción-Justificación. Análisis de la situación y/o estado actual del tema. Marco teórico. | 7. Discusión |
| 4. Objetivo. | 8. Conclusiones |
| | 9. Agradecimientos |
| | 10. Bibliografía |

Las **cartas al director** serán dirigidas a la Sra. Directora y el texto tendrá una extensión de 700 palabras, una sola tabla, figura o gráfico y un máximo de 5 referencias bibliográficas.

2. ILUSTRACIONES

Ilustraciones, tablas, gráficos, fotografías o dibujos:

Se incluirán en el texto del manuscrito en el lugar donde correspondan. Serán sencillas, con título breve y las abreviaturas se explicarán al pie. Es conveniente que sean de formato similar. Deben estar correctamente referenciadas en el texto.

Fotografías, grabados y dibujos:

Se incluirán solo cuando sean necesarias para la comprensión del texto. Solo se admitirán un máximo de cuatro ilustraciones por trabajo. Se presentarán en archivo electrónico de alta resolución (300 ppp) y formatos JPEG o TIF e incluidos donde correspondan en el texto.

3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Deben presentarse correlativamente según el orden de aparición en el texto (se utilizarán números con la opción *superíndice*).

Se recomienda un máximo de 30 referencias, que deben basarse en las normas del National Library of Medicine http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

4. NORMAS ÉTICAS

- Se indicará, expresamente y cuando se trate de experimentación humana, si los procedimientos empleados han respetado los criterios éticos de los comités responsables.
- Del mismo modo, si se trata de experimentación animal.
- No se identificará a los pacientes o enfermos ni con nombres o ni con iniciales.
- Las fotografías, si existieran, no identificarán a las personas.
- Se solicitará a personas e instituciones su consentimiento para realizar el trabajo.
- Se adjuntará (en anexos) fotocopias de los permisos o autorizaciones, así como el dictamen del Comité de Bioética o de Ensayos Clínicos de la Comunidad Autónoma.

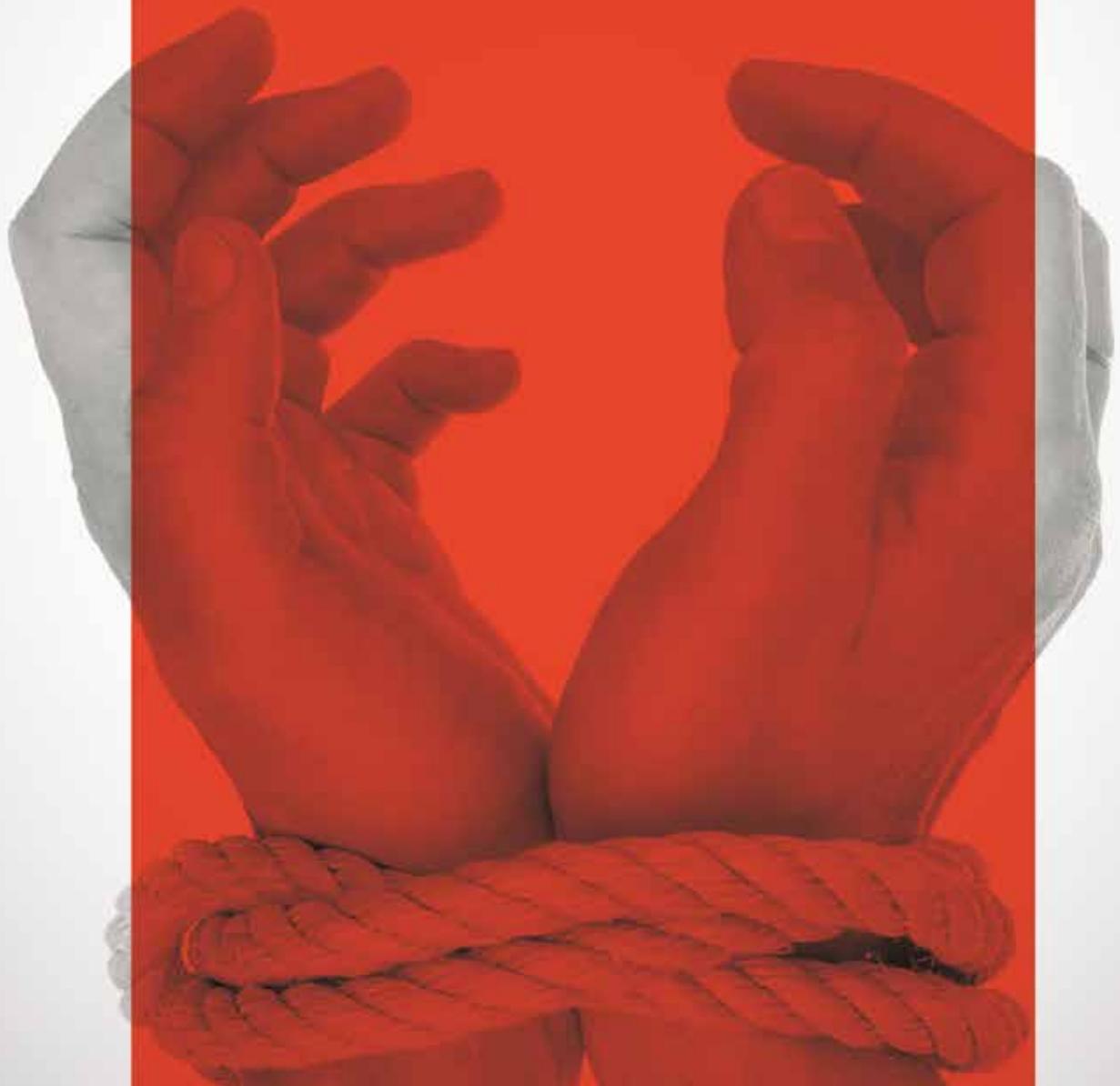
5. RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE DEBEN CONTENER LOS MANUSCRITOS:

Los trabajos deben enviarse a: colegio@enfermeriacantabria.com

- Carta de presentación.
- Certificado de autoría.
- Texto del manuscrito, incluyendo las ilustraciones o fotografías.
- Archivos con imágenes o ilustraciones (archivos con formato .jpg, .tif, .eps, ...)

Y ahora...¿qué?

SIN PRESCRIPCIÓN NO HAY PROFESIÓN



COLEGIO DE ENFERMERÍA
DE CANTABRIA

