

VOLUMEN

39

TOMO

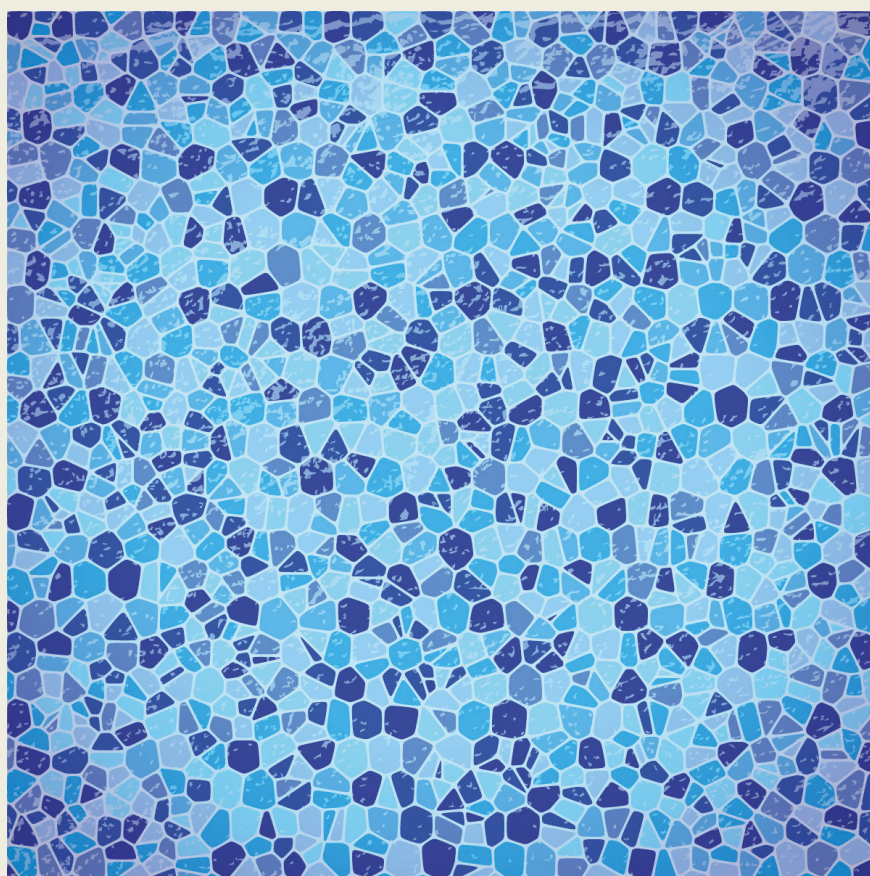
3

Revista científica del Colegio de Enfermería de Sevilla

ISSN: 1576/3056

Septiembre/diciembre de 2022

HYGIA DE ENFERMERÍA



SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

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



EL COLEGIO TE PROTEGE

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

3,5
MILLONES
DE EUROS

3.500.000 €
por colegiado y por siniestro

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

NORMAS DE PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE POSIBLES RECLAMACIONES

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

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

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

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

PRINCIPALES COBERTURAS:

■ Responsabilidad civil de los colegiados en el desarrollo propio de su actividad profesional o especialidad sanitaria, tal como se regula en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, incluyendo la actividad docente y terapias alternativas.

■ Cobertura por inhabilitación profesional como consecuencia de sentencia judicial firme o por expediente disciplinario, con abono, por parte de la Aseguradora, de una cantidad máxima de 4.000 €/mes, por un plazo máximo de 24 meses.

■ Posibilidad de contrademanda o reclamación a contrario frente a denuncias infundadas, temerarias o con mala fe.

EDITA

Excmo. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla

DIRECTOR

Jorge Romero Martínez

CONSEJO DE REDACCIÓN

Coordinadora editorial

Mercedes Terrero Varilla

Comité editorial

Ana Magdalena Vargas Martínez

Marta Lima Serrano

Raquel Martín Martín

Rocío Romero Serrano

SECRETARIA DE REDACCIÓN

Angelines González López

TIRADA

1.500 ejemplares

ISSN

1576/3056

DEPÓSITO LEGAL

SE-470-1987

SOPORTE VÁLIDO

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

REDACCIÓN

Avda. Ramón y Cajal, 20

Tel.: 954 933 800

Fax: 954 933 803

Sitio web: www.colegioenfermeriasevilla.es

Correo electrónico: colegio@eco.es

ENVÍO DE ARTÍCULOS

hygia@eco.es

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Juan José Sánchez

FOTOMECÁNICA E IMPRESIÓN

Tecnographic, S.L.

Tel.: 954 350 003



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

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

La revista Hygia de Enfermería está incluida en las bases de datos CUIDEN, DIALNET y ENFISPO.

EDITORIAL

124 Carne de cañón

Jorge Romero Martínez

REVISIONES / REVIEWS

126 Actualización de las recomendaciones sobre la extracción prenatal de calostro en gestantes diabéticas

Actualization of recommendations about antenatal colostrum extraction in diabetic pregnant women

Rosario Ortiz Carrero, Natalia Padilla Hernández
y Lucía Mayo Garrucho

133 Cesárea y su influencia en la lactancia materna

The cesarean section's influence on breastfeeding

Carmen Lindes Pallares y Francisco Javier Rodríguez Ferrete

142 Los opioides como método farmacológico en el tratamiento del dolor característico del trabajo de parto

Opioids as a pharmacological method in the treatment of characteristic pain in labor

Sara Espinosa Jiménez

ARTÍCULOS ESPECIALES / SPECIAL ARTICLES

151 ¿Conocen los profesionales de enfermería estrategias de prevención e intervención en crisis en pacientes con conducta suicida? Revisión crítica

Do nurses know crisis prevention and intervention strategies in patients with suicidal behavior? Critical Review

Paula Asia Romero Aranda

157 Píldoras metodológicas en investigación enfermera: la metodología cualitativa en el campo de los cuidados

Methodological pills in nursing research: qualitative methodology in the field of care

Mercedes Terrero Varilla

159 Atención a la cronicidad. Práctica basada en la evidencia. Herramientas de apoyo en consulta

Attention to chronicity. Evidence-based practice. Consultation support tools

Luis Ruiz Bravo, Alejandro Soto Ramos
y Mercedes Terrero Varilla

Carne de cañón

Jorge Romero Martínez

Director de Hygia de Enfermería

El 9 de abril de 2020, en plena primera ola de la pandemia por Covid19, mi amigo José María Lloreda, pediatra neonatólogo de Jaén afincado en Murcia, escribía en su cuenta de Twitter la siguiente frase en relación a los sanitarios:

“Dejaréis de ser héroes cuando la gente no tenga miedo. Dejaréis de ser héroes cuando a los políticos les interese. Ahora sois carne de cañón, por eso os llaman héroes”

Automáticamente aquella cita fue atribuida al director Stanley Kubrick en su película antibelicista “Senderos de Gloria”, ambientada en la primera Guerra Mundial, y en la que a un grupo de soldados, tras sufrir una angustiosa batalla en una misión suicida, son acusados de cobardía y enjuiciados en un consejo de guerra. Fueron curiosas las reacciones de los usuarios en las redes sociales, pues rápidamente se hizo viral y nadie se cuestionó que aquella expresión nunca fue expuesta en esa película¹. Así funcionan los bulos. Pero más sorprendente aún fue la capacidad visionaria de José María, de ver la que se nos vendría encima a los sanitarios, en general, y a las enfermeras, en particular, apenas dos años y medio después de aquellos “gloriosos” momentos en que éramos heroínas a la vista de todos. Nada queda de aquello y nos encontramos en un momento crítico con muchos frentes abiertos: con nuestros propios pacientes, con la Administración e incluso con los otros miembros del equipo.

Empezando por los pacientes, a los cuales prestamos nuestros cuidados, y siguiendo en el mundo de las redes la campaña de acoso y faltas de respeto sin ningún tipo de pudor contra el personal sanitario... es bestial. Negacionistas, antivacunas y grupos de opinión afines haciendo caso omiso a lo que dice la ciencia, nos acusan e incluso insultan ante cualquier tipo de publicación que intente divulgar contenidos relativos a nuestras profesiones con la finalidad de ofrecer la educación sanitaria a la población. Esta agresividad se traslada a la calle y no han disminuido las agresiones, sino todo lo contrario. Existen multitud de compañeras que han sido y siguen siendo objeto de agresiones por los usuarios del sistema sanitario, cada vez más deteriorado, hasta el punto de que muchos afirman que la Atención Primaria está herida de muerte. Este tensionado del

sistema y su repercusión en el empeoramiento de la calidad asistencial y el déficit de la atención de los pacientes repercute en una reacción en contra, a veces desproporcionada en forma de agresiones e insultos, que se vuelcan hacia quienes están enfrente, las enfermeras y el resto del personal sanitario. Por poner datos a la magnitud del problema, en el año 2020 se registraron 8.532 ataques, de acuerdo con el ‘Informe de agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud 2019-2020’ mientras que en 2021 fueron 10.170, un 2,25% más, lo que supone la friolera de 28 agresiones al día².

Por otro lado, está nuestra situación dentro de un sistema sanitario con multitud de problemas que se han hecho cada vez más profundos, de las peores ratios de enfermera/paciente de Europa en base a un estudio recientemente presentado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. En el mismo se recoge que en Europa es de 827, en España de 625, en Andalucía de 529 y en Sevilla, de 507. En resumen, España está por debajo de la media europea. A su vez, Andalucía se sitúa en los últimos puestos del país, sólo por detrás de Murcia y Galicia. Y por su parte, Sevilla está también por debajo de esa media andaluza, aunque, eso sí, no es la peor situada en la Comunidad donde Almería está a la cola (481) y Jaén, a la cabeza con una ratio de 611 enfermeras por cada 100.000 habitantes. En su conjunto, Sevilla ocuparía el cuarto puesto en Andalucía y el octavo a nivel nacional³.

A este dato ya de base negativo, se suma la falta de reposición entre las enfermeras que acceden a la jubilación y las que acaban sus estudios de grado y la fuga de talento a otros países con mejores condiciones laborales. Se estima que hay unas 15 mil enfermeras españolas trabajando en el extranjero.

Dos ejemplos tan solo de situaciones que hoy día influyen en nuestra profesión y que junto a otros problemas que también repercuten en otras profesiones sanitarias y en deterioro del propio sistema sanitario han desembocado ya en huelgas en diferentes comunidades autónomas.

Por último, estas tensiones se trasladan a conflictos de intereses y ataques entre nosotros mismos. Hace unos meses se podían

BULOS

El nacimiento de una cita falsa de Kubrick escrita por un médico de Jaén

- La frase aparece en decenas de publicaciones atribuida a 'Senderos de gloria'



Escena de 'Senderos de gloria', de Stanley Kubrick, a la que se ha atribuido el tuit del pediatra José María Lloreda.

leer quejas de profesionales médicos y de responsables de organizaciones sindicales y de sociedades científicas y profesionales ante las demandas de la enfermería de pertenecer al grupo A1. Incluso hemos podido leer estos días la queja de un responsable médico sobre la invisibilización de los médicos cuando se habla de personal sanitario de manera general. Volviendo a las referencias al cine actual en este caso y de nuevo bélico. Actualmente, hay una cinta en pantalla, candidata a los Oscar por parte de Alemania, llamada "Sin novedad en el frente" de carácter claramente antibelicista, fríamente realista y con momentos muy humanistas como el que se va a relatar y que recuerda a la lucha de intereses que a veces nos enfrenta entre nosotros. En esta escena, un soldado francés y uno alemán luchan cuerpo a cuerpo tirados y revolcándose en el fango llegando un momento en que paran de pelear y se

miran, observándose el uno al otro, completamente llenos de barro tan solo diferenciables por el color de ojos, entendiendo que son iguales, enviados allí a matarse entre ellos por gerifaltes y políticos que nunca verán ni sabrán qué es un campo de batalla ni de lejos.

Volviendo a la finalidad de una publicación como esta de carácter científico, en diversos foros hemos tenido la oportunidad de expresar nuestro pesar los editores y directores de publicaciones periódicas sobre la escasa producción científica de las enfermeras clínicas. Pero ante esta situación y sin una apuesta decidida desde el ámbito político ¿Quién investiga?

Hemos dejado de ser heroínas, ya no hay miedo, ya no interesamos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pablo Cantó "El nacimiento de una cita falsa de Kubrick escrita por un médico de Jaén" Lo mejor de Verne en El País. Jun 2020. Disponible en internet en: https://verne.elpais.com/verne/2020/06/01/articulo/1591010124_000049.html
2. Informe de agresiones al personal de instituciones sanitarias 2021. Ministerio de sanidad 2022. Disponible en internet en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionalesSanitarias/agresiones/docs/InformeAgresionesProfSNSalud2021.pdf>
3. Carlos Villar "España tiene la octava peor ratio enfermera de toda Europa" Redacción Médica. Sep 2022. Disponible en internet en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/espana-tiene-la-octava-peor-ratio-enfermera-de-toda-europa-7685>

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Romero Martínez J. Carne de cañón. Hygia de Enfermería. 2022; 39(3): 124-125.

Actualización de las recomendaciones sobre la extracción prenatal de calostro en gestantes diabéticas

Actualization of recommendations about antenatal colostrum extraction in diabetic pregnant women

Rosario Ortiz Carrero, Natalia Padilla Hernández y Lucía Mayo Garrucho

Enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología (matronas).
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (Badalona, Barcelona).

RESUMEN

Entre las complicaciones que pueden sufrir los neonatos hijos de madres diabéticas se encuentra la hipoglucemia. Esta puede prevenirse, entre otras acciones, mediante la enseñanza de la extracción prenatal de calostro a las gestantes diabéticas. Esta revisión de la literatura tiene el objetivo de actualizar las recomendaciones de la extracción prenatal de calostro en mujeres que padecen diabetes gestacional o ya eran diabéticas antes del embarazo. Para ello, se realiza una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de ciencias de la salud, y, posteriormente, se recoge y analiza la información obtenida. Finalmente, se observa que las mujeres diabéticas que han realizado la extracción prenatal de calostro han obtenido mejores resultados en las tasas de lactancia materna exclusiva, aunque no exista consenso en la bibliografía sobre la frecuencia y duración con la que debe realizarse esta técnica.

PALABRAS CLAVE

calostro, extracción de leche materna, diabetes gestacional, diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2

ABSTRACT

Between complications that newborns of diabetic mothers may suffer is hypoglycemia. This can be prevented, among other actions, by teaching diabetic pregnant women prenatal colostrum extraction. This narrative review aims to update the recommendations for prenatal colostrum extraction in women with gestational diabetes or who were already diabetic before pregnancy. To do this, a bibliographic search is carried out in main health sciences databases, and, subsequently, the information obtained is collected and analyzed. Finally, it is observed that diabetic women who have performed this procedure have obtained better results in exclusive breastfeeding rates, despite the fact that there is no consensus in the literature on the frequency and duration which this technique should be performed.

KEYWORDS

colostrum, breast milk expression, diabetes, gestational diabetes, diabetes mellitus type 1, diabetes mellitus type 2

INTRODUCCIÓN

La diabetes gestacional, diabetes tipo 1 o tipo 2 son enfermedades metabólicas en las que la glucosa se encuentra en valores elevados en sangre debido a diferentes causas patológicas. La existencia de diabetes en el momento del embarazo es una de las enfermedades más prevalentes en la gestación, situándose su prevalencia en torno al 3-9% de todas las embarazadas de nuestro país.

Mientras que la diabetes tipo 1 o 2 son preexistentes al estado gravídico, la diabetes gestacional se suele diagnosticar por los cribados prenatales del embarazo más que por la clínica existente^{1,2}.

La diabetes en el embarazo tiene consecuencias en la salud de la futura madre y recién nacido. Entre las complicaciones maternas de la diabetes encontramos un mayor riesgo de padecer preeclampsia, más riesgo de parto por cesárea y aumentan las posibilidades de desarrollar una diabetes tipo 2 con el paso del tiempo. Por otro lado, las complicaciones neonatales de hijos de madres diabéticas son: más riesgo de parto prematuro, macrosomía, distocia de hombros, muerte fetal, distrés respiratorio e hipoglucemias. Además, estos neonatos tienen más probabilidad de tener sobrepeso y diabetes tipo 2 en la vida adulta³.

Como estrategias de prevención de las complicaciones descritas anteriormente, encontramos un buen control dietético, así como la realización de ejercicio físico y el control metabólico de las cifras de glucosa en sangre⁴.

Además, otra forma de prevenir algunas complicaciones, como la hipoglucemia del recién nacido o el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en un futuro, es la alimentación del neonato con

FECHA DE RECEPCIÓN: 29/8/2022

FECHA DE ACEPTACIÓN: 5/10/2022

Correspondencia: Rosario Ortiz Carrero

Correo electrónico: rosario.ortiz.carrero@gmail.com

Tabla 1. Estrategias de búsqueda para la elaboración de esta revisión bibliográfica.

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	NÚMERO DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS	NÚMERO DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS
Cochrane	Antenatal AND Breast Milk Expression AND "diabetes mellitus"	9	5
Dialnet	(leche OR calostro) AND extra* AND diabetes	13	1
PubMed	Antenatal AND Breast Milk Expression AND "diabetes mellitus"	3	2

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

lactancia materna exclusiva. En ocasiones, la diabetes mellitus materna remite durante la lactancia por periodos prolongados de meses o incluso años⁵.

A pesar de sus beneficios, la lactancia puede no instaurarse fácilmente en mujeres con diabetes, pues estas tienen más riesgo de que se produzca un peor inicio y una menor duración de la lactancia materna. Esto puede explicarse debido a que las subidas y bajadas bruscas de glucemia provocan un retraso del período de lactogénesis II o bajada de la leche. A esto hay que sumar el mayor riesgo de hipoglucemia neonatal y parto por cesárea que tienen las mujeres diabéticas; todas son situaciones que aumentan el riesgo de separación madre-recién nacido. Como forma de paliar el riesgo de que se produzcan hipoglucemias neonatales, nos encontramos con la extracción prenatal de calostro (y, de ahora en adelante, EPC), una técnica que ha producido mucha discusión a lo largo de la historia pero que actualmente se considera una práctica segura y se encuentra recomendada por diversas instituciones sanitarias e investigadores⁶.

La EPC se define como la obtención del calostro materno a través de estimulación manual o con sacaleches antes de que se produzca el parto. Sus inicios históricos se remontan a los años 70, cuando se incidía en que los pezones debían ser acariciados desde el embarazo para "mantener abiertos los conductos de la mama" y así favorecer la lactancia. Posteriormente, sobre 1980, se recomendaba este procedimiento para que la futura madre tuviera confianza a la hora de tocar y manejar sus pechos⁷.

En la actualidad, la EPC no se recomienda sistemáticamente a todas las gestantes. Queda reservada a casos en los que se prevean dificultades para el inicio de la lactancia materna o un abandono prematuro de la misma, como madres con diabetes cuyos recién nacidos tienen más riesgo de hipoglucemia, fetos diagnosticados de retraso en el crecimiento intrauterino o gestantes con cesárea programada que son separadas de sus hijos^{8,9}.

A lo largo del tiempo, la EPC ha sido un tema controvertido. Algunos especialistas mantenían que la estimulación de los senos provoca un aumento de oxitocina y esto desencadenaría un parto prematuro. Sin embargo, otros autores combatían esta hipótesis comparando la EPC con otros estímulos que producen liberación de oxitocina y realizamos cotidianamente, como comer o mantener relaciones sexuales. Además de la existencia de madres que lactan otros hijos mientras están embarazadas, por lo que no existe evidencia científica para rechazar esta práctica^{10,11}.

Como principal ventaja de la EPC según algunos estudios publicados y la Iniciativa para la Humanización del Nacimiento y Lactancia (IHAN), encontramos el empoderamiento de la mujer. La gestante comprobará que tiene calostro, lo que quitará los sentimientos negativos de "no voy a ser capaz de lactar" o "no tengo leche", disminuyendo su ansiedad y frustración¹².

La EPC mejora la autoconfianza materna y la capacidad para producir leche, por lo que las madres dan menos leche artificial y prorrojan una lactancia materna exclusiva más tiempo que si no se les enseña la EPC. Así lo muestran diversas investigaciones: aquellas mujeres a las que se les había enseñado la EPC eran más propensas a dar sólo pecho en los 6 meses siguientes al nacimiento^{13,14,15}.

Otros beneficios de este procedimiento son el aumento del flujo del calostro al nacer y la aceleración del período de lactogénesis II, además de reducir el riesgo de grietas en las mamas y aumentar la lactancia materna exclusiva a los 6 meses. En cuanto a los recién nacidos, se evita el suministro de leche artificial, procurando una adecuada glucemia e hidratación en el caso de que las tomas de leche materna no sean eficaces o suficientes, disminuyendo así los ingresos hospitalarios, lo que se traduce en una mejora del gasto sanitario^{16,17,18}.

Finalmente, nos propusimos como objetivo de esta revisión bibliográfica describir cuáles son las últimas recomendaciones científicas sobre la realización de la EPC en mujeres diabéticas que desean dar lactancia materna exclusiva.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión de la literatura en las principales bases de datos de ciencias de la salud tanto nacionales como internacionales (Cochrane, PubMed y Dialnet) sobre artículos que tratasen la extracción prenatal de calostro en gestantes diabéticas. Para elaborar la estrategia de búsqueda se utilizaron los descriptores en ciencias de la salud (DeCs) y los tesauros propios de PubMed (MeSH) "extracción de leche materna" (Breast Milk Expression), "prenatal" (Antenatal) y "diabetes" (Diabetes Mellitus).

Los descriptores fueron enlazados mediante los operadores booleanos "AND" y "'". Como resultado, nos encontramos con las estrategias de búsqueda descritas en la Tabla 1.

Tabla 2. Resumen de la evidencia encontrada en los artículos de nuestra revisión bibliográfica.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

East CE, Dolan WJ. Y Forster DA. Extracción prenatal de leche materna por pacientes con diabetes para mejorar los resultados del lactante. 2014.

TIPO DE ESTUDIO

Revisión bibliográfica.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Evaluar los efectos beneficiosos y perjudiciales de la extracción y el almacenamiento de la leche materna durante la última etapa del embarazo en pacientes con diabetes.

METODOLOGÍA Y ASPECTOS IMPORTANTES

En la revisión sistemática se escogieron solo los ensayos controlados aleatorios publicados y no publicados que compararan la extracción prenatal de leche materna con ninguna extracción por pacientes con diabetes (preexistente o gestacional) en un embarazo único.

RESULTADOS MÁS DESTACADOS

Entre los beneficios se encontró que las mujeres aumentaron su confianza y se sentían más preparadas para la lactancia postnatal por tener un almacén de calostro y aprender a extraerlo. Sin embargo, entre los efectos perjudiciales, otras mujeres encontraron difícil la extracción prenatal y reportaron dolor en los pezones. No se encontró efecto perjudicial para el recién nacido o la madre.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Del Fresno Serrano MA, Borrego Cabezas L. y Matas Rodríguez C. Extracción prenatal de calostro. 2022.

TIPO DE ESTUDIO

Revisión bibliográfica.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Aprender la técnica de extracción manual de calostro.

METODOLOGÍA Y ASPECTOS IMPORTANTES

La bibliografía consultada se extrajo través de distintas webs, revistas y portales médicos, así como de libros.

RESULTADOS MÁS DESTACADOS

La extracción prenatal de calostro es una técnica fácil de usar, que no conlleva riesgos y cuyos beneficios se mantienen a largo plazo.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Moorhead AM, Amir LH, Forster DA. y Crawford SB. 'Is there any point in me doing this?' Views and experiences of women in the Diabetes and Antenatal Milk Expressing (DAME) trial. 2022.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio cualitativo descriptivo.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Describir las experiencias de las mujeres con la EPC.

METODOLOGÍA Y ASPECTOS IMPORTANTES

Se desarrolló una guía de entrevista semiestructurada puesta a prueba con investigadores que tenían experiencia en entrevistas en profundidad e investigación sobre lactancia materna.

RESULTADOS MÁS DESTACADOS

Los bebés cuyas madres practicaron la EPC tenían más probabilidades de ser alimentados exclusivamente con leche materna durante su estancia en el hospital, y no hubo evidencia de daños ni maternos ni para el bebé. Las mujeres tuvieron experiencias tanto positivas como negativas de la EPC.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Forster DA, Jacobs S, Amir LH, Davis P, Walker SP. Et al. Safety and efficacy of antenatal milk expressing for women with diabetes in pregnancy: protocol for a randomised controlled trial. 2016.

TIPO DE ESTUDIO

Ensayo controlado aleatorizado no ciego multicéntrico de dos brazos.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Determinar la seguridad y eficacia de la EPC para mujeres diabéticas.

METODOLOGÍA Y ASPECTOS IMPORTANTES

La aleatorización se estratificará por sitio, paridad y tipo de diabetes.

RESULTADOS MÁS DESTACADOS

Este será el primer estudio que proporcione pruebas rigurosas sobre la práctica de la EPC en mujeres durante el embarazo, ya que se colocará registro cardiotocográfico durante la extracción y se medirá la glucemia materna post EPC.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Forster DA, Moorhead A, Jacobs SE, Davis PG, Walker SP, McEgan K. Et al. Advising women with diabetes in pregnancy to express breastmilk in late pregnancy (Diabetes and Antenatal Milk Expressing [DAME]): a multicentre, unblinded, randomised controlled trial. 2017.

TIPO DE ESTUDIO

Ensayo controlado aleatorizado no ciego multicéntrico.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Determinar la seguridad y la eficacia de la extracción prenatal en mujeres con diabetes durante el embarazo.

METODOLOGÍA Y ASPECTOS IMPORTANTES

La asignación al azar se realizó con un generador de números aleatorios computarizado en bloques de tamaño dos y cuatro, y se estratificó por sitio, paridad y tipo de diabetes. Los investigadores estaban enmascarados al tamaño del bloque, pero no fue posible enmascarar a los cuidadores.

RESULTADOS MÁS DESTACADOS

No existe contraindicación en aconsejar a las mujeres con diabetes en el embarazo con bajo riesgo de complicaciones que se extraigan la leche materna a partir de las 36 semanas de gestación.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Moorhead A, Amir LH, Crawford S. y Forster DA. Exploring the views and experiences of women with diabetes in pregnancy in Australia who have been advised to express breast milk antenatally, and implications for clinical practice. 2021.

TIPO DE ESTUDIO

Ensayo clínico aleatorio.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Explorar la experiencia de las mujeres con la EPC.

METODOLOGÍA Y ASPECTOS IMPORTANTES

Los datos se extrajeron mediante entrevistas semi-estructuradas a las mujeres.

RESULTADOS MÁS DESTACADOS

La EPC no produce daños materno-fetales y aumenta la tasa de lactancia materna exclusiva en los recién nacidos durante la estancia hospitalaria. Las madres tienen diversidad de opiniones sobre la EPC.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

East CE, Dolan WJ. Y Forster DA. Antenatal breast milk expression by women with diabetes for improving infant outcomes. 2014.

TIPO DE ESTUDIO

Revisión bibliográfica.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Evaluar los beneficios y daños de la extracción y el almacenamiento de la leche materna durante la última etapa del embarazo en mujeres con diabetes.

METODOLOGÍA Y ASPECTOS IMPORTANTES

En la bibliografía consultada, todos los estudios son ensayos controlados aleatorios que comparan la extracción de leche materna prenatal con la no extracción, realizados por mujeres embarazadas con diabetes.

RESULTADOS MÁS DESTACADOS

No existe evidencia sistemática de alto nivel para informar la seguridad y eficacia de la práctica de extraer y almacenar la leche materna durante el embarazo.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Foudil-Bey I, Murphy MSQ, Dunn S, Keely EJ. y El-Chaâr D. Evaluating antenatal breastmilk expresión outcomes: a scoping review. 2021.

TIPO DE ESTUDIO

Revisión bibliográfica.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Evaluar los resultados de la EPC.

METODOLOGÍA Y ASPECTOS IMPORTANTES

La mayoría de estudios coinciden en que la EPC debe iniciarse a las 36-37 sg, aunque si tenemos en cuenta q la mayoría de mujeres diabéticas se inducen entre la semana 38-40 lo mismo habría que modificar esto.

RESULTADOS MÁS DESTACADOS

La EPC ha demostrado potencial para acelerar la fase de lactogénesis II, disminuir la congestión mamaria posparto, evitar la necesidad de emplear leche artificial, mejorar la estabilización de la glucosa en recién nacidos y aumentar el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta 6 meses postparto.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Sunita L, Simmy C. y Mamta N. Effect of Antenatal Breast Milk Expression at Term Pregnancy to Improve Post Natal Lactational Performance.

TIPO DE ESTUDIO

Revisión bibliográfica.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Evaluar la eficacia de la extracción prenatal de calostro sobre la lactancia materna para aumentar su inicio y duración.

METODOLOGÍA Y ASPECTOS IMPORTANTES

La mayoría de los estudios revisados se llevaron a cabo en países de altos ingresos como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y Australia.

RESULTADOS MÁS DESTACADOS

Existe una necesidad urgente de realizar ensayos controlados aleatorizados de alta calidad para evaluar la eficacia y los efectos adversos de los efectos de la extracción prenatal de calostro sobre el curso de la lactancia materna.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Fallon A. y Dunne F. Breastfeeding practices that support women with diabetes to breastfeed. 2015.

TIPO DE ESTUDIO

Revisión bibliográfica.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Identificar las prácticas que apoyan a las mujeres diabéticas a amamantar.

METODOLOGÍA Y ASPECTOS IMPORTANTES

Los estudios sobre lactancia materna y mujeres con diabetes son limitados.

RESULTADOS MÁS DESTACADOS

La autoestima de la mujer puede mejorarse mediante un apoyo multidisciplinario informado y dándole herramientas para que contacte con un profesional cuando tenga dudas sobre lactancia.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Ortiz-Carrero R, Padilla-Hernández N. y Morrugare-Sicilia L. Instauración y mantenimiento de la lactancia materna en mujeres con partos inducidos.

TIPO DE ESTUDIO

Revisión bibliográfica.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Conocer cómo es el inicio y mantenimiento de la lactancia materna en mujeres que tienen un parto inducido.

METODOLOGÍA Y ASPECTOS IMPORTANTES

La elección de los artículos de esta revisión se desarrolló en dos fases; la primera, en leer título y resumen de los artículos y la segunda en profundizar el desarrollo de los artículos.

RESULTADOS MÁS DESTACADOS

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

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

La elección de los documentos para la elaboración de esta revisión de la literatura se ha desarrollado en dos fases; la primera, en leer título y resumen de los artículos, y la segunda, en una profundización del desarrollo de los artículos. Los criterios de inclusión fueron: artículos de revisión o investigación, que hablen sobre la extracción prenatal de calostro y la diabetes en el embarazo, publicados en inglés o español en los últimos 10 años (desde 2012 hasta 2022). Contrariamente, los criterios de exclusión han sido: artículos de la literatura gris o semipublicada, artículos que no cumplieran con los criterios de inclusión o artículos no específicos con la temática planteada.

Se obtuvieron un total de 25 artículos. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, eliminar los que no se adecuaban a la temática de estudio y los duplicados, nos quedamos finalmente con 8 artículos. De ellos, 4 son revisiones sistemáticas, uno es un estudio cualitativo y el resto son ensayos clínicos aleatorios. A estos artículos hay que sumarles 3 fuentes de información obtenidas de revisiones secundarias y terciarias. Por lo que finalmente, obtuvimos 11 artículos para la elaboración de esta revisión bibliográfica. La síntesis y aspectos más importantes de los artículos elegidos está disponible en la Tabla 2.

RESULTADOS

Según diversas investigaciones, la EPC se destina actualmente a situaciones en las que se prevea una instauración y mantenimiento dificultoso de la lactancia materna. Ejemplo de ello es el caso de mujeres diabéticas, cuyos neonatos tienen más riesgo de padecer hipoglucemias y, por consiguiente, de que se les administre leche de fórmula o glucosa vía intravenosa con ingreso en la unidad neonatal y separación madre-hijo^{7,8,19}.

Aunque, tal y como apunta una de las investigaciones, el hecho de extraer y almacenar calostro no impedirá que se produzca una hipoglucemia en el recién nacido. Lo que sí previene será que se le administre leche artificial u otras sustancias que no sean calostro al bebé. Ya que el calostro estabiliza mejor los niveles de glucemia que la leche de fórmula y previene el desarrollo de enfermedades en un futuro, como el sobrepeso, la obesidad o la diabetes²⁰.

En cuanto a la forma más eficaz de extraer el calostro, un estudio realizado en Australia en 2016 recomienda que la EPC se realice manualmente en vez de con sacaleches. Ya que el dolor reportado es menor, es un método más eficaz cuando los volúmenes de calostro son pequeños, es más económico y ayuda a la instauración de un mayor número de receptores de prolactina en la mama porque el contacto piel con piel estimula más que el plástico; como resultado, se obtiene una eyección láctea de mayor volumen²¹.

En cuanto a la semana de gestación en la que es recomendable comenzar con la EPC, múltiples autores aconsejan comenzar a partir de la semana 36-37. Aunque, tal y como apunta uno de los investigadores, a la mayoría de las mujeres diabéticas se les induce el parto entre la semana 38-40, con lo cual sería recomendable comenzar unas semanas antes la EPC para llegar a la fecha programada del parto con mayores reservas de calostro^{6,16}.

Correspondiente a la frecuencia con la que debe realizarse la EPC, una revisión sistemática realizada en 2021 recalca que no existe consenso en una recomendación general, puesto que en la mayoría de las investigaciones no se menciona cuántas

veces ni cada cuánto tiempo se realiza la EPC. Mientras algunos autores mantienen que debe realizarse al menos una vez día durante cinco minutos, otros recomiendan practicarla dos o tres veces al día más de cinco minutos cada vez. Por su parte, existe un autor que establece como recomendación practicar la EPC una o dos veces al día durante unos minutos (no especifica cuánto tiempo) durante catorce días. A su vez, otro investigador sí que habla de un tiempo determinado, recomendando realizar la EPC dos veces al día durante diez minutos^{20, 21, 22}.

Debido a la gran variabilidad existente en la bibliografía revisada sobre la frecuencia y duración con la que debe realizarse la EPC, la media de volumen de calostro obtenido también es dispar. Un estudio publicado cuya muestra fue de 26 mujeres que se extrajeron calostro dos veces al día durante 14 días sin especificar el tiempo, el volumen medio obtenido por mujer fue de 39,6 ml⁷.

Sin embargo, otros autores reportaron mayores volúmenes de calostro en su investigación, donde con una muestra de 635 mujeres (319 con EPC versus 316 con cuidado estándar) se obtuvieron de media la media 5 ml de calostro, no especificándose si fue por extracción o en total. En su estudio, las gestantes realizaron la EPC dos veces al día durante diez minutos desde la semana 36-37 de gestación hasta el parto; en total, una media de 22 veces²³.

A pesar de que no exista consenso en su frecuencia, sí que parecen claros sus beneficios. Tal y como apuntan diversos investigadores, realizar la EPC durante el embarazo se traduce en mayores tasas de lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria. Asimismo, en algunas publicaciones este resultado se mantiene a los tres meses de vida del bebé⁷.

Finalmente, además del beneficio fisiológico, muchos de los estudios revisados estudiaron las experiencias maternas con la EPC. En términos generales, los investigadores postulan que las mujeres mantienen una experiencia satisfactoria, ya que aumentó su autoconfianza en la capacidad de amamantar y se sentían más preparadas para la lactancia posnatal. Igualmente, las mujeres también experimentaron sentimientos positivos por disponer de un suministro de calostro y aprender a extraerlo²⁴.

En cuanto a las experiencias negativas de las mujeres sobre la EPC, destacan: la presencia de dolor ante la extracción y la inseguridad de que no hubiese ninguna matrona supervisándolas cuando se extraían el calostro²⁵.

CONCLUSIONES

1. La forma más eficaz de realizar la EPC es mediante técnica manual, ya que produce una eyección láctea de mayor volumen que el sacaleches, con ella se reporta menos dolor además de ser un procedimiento más económico y ecológico.
2. La EPC tiene beneficios tanto fisiológicos como psicológicos en la díada madre-recién nacido, ya que previene la administración de leche artificial, acelera la fase de lactogénesis II y las madres reportan una experiencia positiva en relación con su capacidad para amamantar. A pesar de esto, algunas gestantes experimentaron negativamente no tener la supervisión de una matrona y dolor en los pezones durante la realización de la técnica.

- Actualmente se recomienda comenzar la EPC durante las semanas 36-37 de gestación, aunque no existe consenso en la frecuencia y duración con la que debe realizarse la técnica, por lo que sería necesario la elaboración de más investigaciones respecto a esta temática.

Limitaciones

En cuanto a las limitaciones de nuestra búsqueda bibliográfica nos encontramos con que el tema elegido no cuenta con un gran número de publicaciones, obteniéndose una muestra de artículos pequeña.

Implicaciones para la práctica enfermera

Mediante esta revisión de la literatura, las matronas pueden conocer un recurso beneficioso para implementar en gestantes diabéticas. Aunque hay poca uniformidad de criterios en cuanto a la duración y frecuencia de la EPC, lo que puede dar lugar a confusión e inseguridad en práctica clínica tanto por parte de profesionales sanitarios como por las propias embarazadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Ávila-Turcios DM, Hernández-Moreno A, Kyriakos G, Alejo-Ramos M, Ballesteros-Pomar P, Aguado-García R. et al. XXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Diabetes. Diabetes gestacional: prevalencia y complicaciones materno-fetales asociadas en la población seguida en atención especializada en el complejo universitario de León [Internet]. Pamplona: Elsevier. 2014 [citado 30 de junio 2022]. Pp: 164-165. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-avances-diabetologia-326-congresos-xxv-congreso-nacional-sociedad-espanola-9-sesion-diabetes-y-gestacion-bloque-2-879-comunicacion-diabetes-gestacional-prevalencia-y-complicaciones-9016>
- Diabetes [Internet]. Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2022 [citado 30 de junio 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
- Definición y hechos de la diabetes gestacional [Internet]. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. 2017 [citado 30 de junio 2022]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/que-es-gestacional/definicion-hechos#:~:text=La%20diabetes%20gestacional%20es%20un,usted%20ni%20para%20su%20beb%C3%A9>
- La diabetes gestacional [Internet]. Centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC). 2017 [citado 30 de junio 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/basics/gestational.html>
- Diabetes gestacional [Internet]. E-lactancia.org. 2021 [citado 30 de junio 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/basics/gestational.html>
- Ortiz-Carrero R, Padilla-Hernández N. y Morrugares-Sicilia L. Instauración y mantenimiento de la lactancia materna en mujeres con partos inducidos [Internet]. Hygia. 2021 [citado 30 de junio 2022]; 108:45-51.
- East CE, Dolan WJ. y Forster DA. Antenatal breast milk expression by women with diabetes for improving infant outcomes [Internet]. Cochrane. 2014. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010408.pub2/epdf/full>
- Forster DA, Moorhead AM, Jacobs SE, Davis PG, Walker SP, McEgan KM. et al. Advising women with diabetes in pregnancy to express breastmilk in late pregnancy (Diabetes and Antenatal Milk Expressing [DAME]): a multicentre, unblinded, randomised controlled trial [Internet]. Revista The Lancet. 2017; 389(13).
- Técnica de Marmet. La liga de la leche de Euskadi [Internet]. 2018 [citado 30 de junio 2022]. Disponible en: <https://laligadelaleche.eu/wp-content/uploads/T%C3%A9cnica-Marmet-1.pdf>
- Newman J. y Goldfarb L. Pumping Instructions to Accompany the Protocols for Induced Lactation. Canadian Breastfeeding foundation. [Internet]. 2002 [citado 30 de junio 2022]. Disponible en: http://www.canadianbreastfeedingfoundation.org/induced/pumping_instructions.shtml
- Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ. y Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration [Internet]. Cochrane. 2016 [citado 30 de junio 2022]; 12(6).
- Win NN, Binns CW, Zhao Y, Scott JA. y Oddy W. Breastfeeding duration in mothers who express breast milk: a cohort study [Internet]. International Breastfeeding Journal. 2006 [citado 20 de junio 2022]; 1(28).
- Jordan S, Emery S, Watkins A, Evans JD, Storey M. y Morgan G. Associations of drugs routinely given in labour with breastfeeding at 48 hours: analysis of the Cardiff Births Survey [Internet]. J. Obs. and Gyn. 2009 [citado 30 de junio 2022]; 11(6).
- Martínez-Galán P, Martín-Gallardo E, Macarro-Ruiz D, Martínez-Martín E. y Manrique-Tejedor J. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura [Internet]. Rev. Enfermería Universitaria. 2017 [citado 30 de junio 2022]; 14(1).
- The Protocols for Inducing Lactation and Maximizing Milk Production: The Regular Protocol. Canadian Breastfeeding Foundation [Internet]. 2002 [citado 30 de junio 2022]. Disponible en: canadianbreastfeedingfoundation.org/induced/regular_protocol.shtml
- Sunita L, Simmy C. y Mamta N. Effect of Antenatal Breast Milk Expression at Term Pregnancy to Improve Post Natal Lactational Performance [Internet]. J. of Obs. and Gyn. of India. 2016 [citado 30 de junio 2022]; 66(1).
- Garnica-Martínez I. y Ojer-Pascual L. Expresión manual de calostro, la alternativa a la suplementación [Internet]. Rev. Portales médicos. 2020 [citado 30 de junio 2022]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/expresion-manual-de-calostro-anteparto-la-alternativa-a-la-suplementacion/>
- Kristensen-Cabrera AI, Sherman JP. y Lee HC. A prospective clinical study of Primo-Lacto: A closed system for colostrum collection [Internet]. J. PLOS ONE. 2018 [citado 30 de junio 2022]; 13(11).

19. Del Fresno-Serrano MA, Borrego-Cabezas L. y Matas-Rodríguez C. Extracción prenatal de calostro [Internet]. Revista sanitaria de investigación. 2022 [citado 30 de junio 2022].
Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/extraccion-prenatal-de-calostro/>
20. Foudil-Bey I, Murphy MSQ, Dunn S, Keely EJ. y El-Chaâr D. Evaluating antenatal breastmilk expression outcomes: a scoping review [Internet]. International Breastfeeding Journal. 2021.
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33712049/>
21. Forster DA, Jacobs S, Amir LH, et al. Safety and efficacy of antenatal milk expressing for women with diabetes in pregnancy: protocol for a randomised controlled trial [Internet]. BMJ Open Journal. 2014 [citado 30 de junio 2022].
Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/4/10/e006571>
22. East CE, Dolan WJ. Y Forster DA. Extracción prenatal de leche materna por pacientes con diabetes para mejorar los resultados del lactante [Internet]. Cochrane. 2021 [citado 30 junio 2022].
Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD010408/PREG_extraccion-prenatal-de-leche-materna-por-pacientes-con-diabetes-para-mejorar-los-resultados-del
23. Moorhead AM, Amir LH, Forster DA. Y Crawford SH. 'Is there any point in me doing this?' Views and experiences of women in the Diabetes and Antenatal Milk Expressing (DAME) trial [Internet]. Maternal & Child Nutrition. 2021 [citado 30 de junio 2022].
Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/mcn.13307>
24. Moorhead AM, Amir LH. Y Forster DA. Exploring the views and experiences of women with diabetes in pregnancy in Australia who have been advised to express breast milk antenatally, and implications for clinical practice [Internet]. Cochrane. 2019 [citado 30 de junio 2022].
Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-02228826/full>
25. Fallon A. y Dunne F. Breastfeeding practices that support women with diabetes to breastfeed [Internet]. Diabetes Research and Clinical Practice. 2015 [citado 30 de junio 2022].
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26278351/>

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Ortiz Carrero R, Padilla Hernández N, Mayo Garrucho L.. Actualización de las recomendaciones sobre la extracción prenatal de calostro en gestantes diabéticas. *Hygia de Enfermería*. 2022; 39(3): 126-132.

Cesárea y su influencia en la lactancia materna

The cesarean section's influence on breastfeeding

Carmen Lindes Pallares^{A, C} y Francisco Javier Rodríguez Ferrete^{B, C}

^A Enfermera. ^B Enfermero. ^C Hospital San Juan de Dios de Bormujos.

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de esta investigación es conocer la relación entre el fracaso del establecimiento de la Lactancia Materna y la realización de Cesárea.

Metodología: Se realizó una revisión de la literatura en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cinhal, Dialnet, Cuiden, Scielo, WOS y LILACS. Usando estrategias de búsqueda y con fecha desde 2017 hasta la actualidad.

Resultados: Se encontraron un total de 265 artículos de los cuales se usaron 17.

Conclusiones: La Cesárea es considerada una barrera para el establecimiento de la Lactancia Materna tanto por parte de las enfermeras como por parte de las propias madres. Se ha demostrado que esto ocurre debido a la separación que sufren la mujer y el recién nacido y las consecuencias que esto provoca. Para evitarlo es necesario realizar Contacto Piel con Piel, para favorecer el inicio precoz de la Lactancia Materna. Aunque hacerlo dentro de un quirófano puede parecer complicado gracias a las actuaciones del equipo sanitario, es posible y se podrían conseguir tasas similares de Lactancia Materna en las Cesáreas que en los partos vaginales..

PALABRAS CLAVE

lactancia materna, cesárea, parto abdominal, piel con piel

ABSTRACT

Objective: This research has the objective of finding and knowing the connection between the failure of the breastfeeding with women who have had Caesarean sections.

Methodology: The methodology has been made up of a review of the medical literature in Health Sciences databases: Pubmed, Cinhal, Dialnet, Cuiden, Scielo, WOS y LILACS. Using search strategies from 2017 to the present.

Results: Were found 265 articles of which were used 17.

Conclusions: Caesarean section is considered a barrier to the establishment of Breastfeeding by nurses and by the mothers. It has been proved this occurs due to the separation suffered by the woman and her newborn baby. This fact has consequences in the woman hormonal system. To avoid this, it is necessary to maintain skin-to-skin contact. Doing this in an operating room may seem complicated, but thanks to the health team actions it is possible to achieve the same breastfeeding rates in caesarean sections than in vaginal birthing..

KEYWORDS

breast feeding, cesarean section, abdominal delivery, skin-to-skin

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con la Asociación Española de Pediatría (AEP) recomiendan la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses de edad y el mantenimiento de la lactancia materna (LM) hasta los 2 años de vida o más. Sin embargo, según los datos de un estudio publicado por el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en 2009, en Europa, solo el 16% de los recién nacidos (RN) son alimentados con LME frente a un 41% que lo hacen con lactancia mixta durante los 6 primeros meses. En 2017, en los informes preliminares de la Encuesta Nacional de Salud en España se indicó que los porcentajes de LME en los 6 primeros meses aumentaron hasta el 39%.

Debidos a estas mejoras en las tasas y al interés mostrado por la sociedad, la LM está sufriendo grandes investigaciones en los últimos tiempos^{1,2}.

El Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP) hace hincapié en la importancia del inicio temprano de la LM. Está demostrado que, llevándose a cabo en la primera hora de vida, favorece el establecimiento de la LM y asegura, también, una mayor duración de esta a lo largo del tiempo. A parte de los beneficios inmunológicos que ofrece, queda también probado que la práctica de la LME en los primeros días de vida puede intervenir en la forma en la que algunos genes se expresan con respecto a determinadas enfermedades crónicas. Además, relacionan esta práctica con una menor incidencia de muerte neonatal³.

Pese a todos estos beneficios, solo el 64% de los países promueve el inicio temprano de la LM, encontrándose la cesárea como uno de los factores que se asocian negativamente a esta práctica^{3,4}.

FECHA DE RECEPCIÓN: 2/11/2022

FECHA DE ACEPTACIÓN: 17/11/2022

Correspondencia: Carmen Lindes Pallares

Correo electrónico: carmenlindesp@gmail.com

A fecha del 1 de enero de 2021, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en España hubo 341.315 nacimientos, de los cuales 83.777 fueron a través de cesárea. Un estudio publicado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) en 2019 indica que el 21,5% de las cesáreas se realizaron en centro públicos, encontrándose las cifras más bajas en el País Vasco y Navarra y las más altas en Extremadura y la Comunidad Valenciana, frente a un 37,5% que se llevaron a cabo en hospitales privados^{5,6}.

En los últimos tiempos el aumento del número de esta intervención en los hospitales ha crecido de manera exponencial. Se estima que en el año 2000 se realizaron en el mundo aproximadamente 16 millones de cesáreas, cifra que aumentó a 29,7 millones en el año 2015. Esto se cree que es debido a:

- Los grandes avances que ha sufrido la cirugía, y por consecuencia, la disminución de riesgos durante la cesárea.
- La falsa creencia que hay en la sociedad sobre que es más segura que el parto vaginal.
- El aumento de los partos múltiples debido al mayor número de reproducciones asistidas^{2,6,7}.

Sin embargo, se habla poco de los efectos negativos que puede tener. En el RN, al no pasar por el canal del parto, no se produce compresión torácica por lo que disminuye la eliminación del líquido intrapulmonar. Asimismo, es necesario tener en cuenta los efectos que produce en el bebé la separación de la madre. En las madres, se percibe una recuperación más lenta y dolorosa. Además, viven la separación como un hecho traumático que aumenta el riesgo de depresión postparto⁸.

Es clave señalar la importancia de renovar los conocimientos que se traduzcan en nuevas recomendaciones basadas en evidencia científica más reciente. Las revisiones bibliográficas deben ser actualizadas de manera periódica adaptándose a las diferentes y nuevas circunstancias que van apareciendo en el día a día y basándose en las últimas líneas de investigación⁷.

Se presenta como objetivo general: Conocer si existe relación entre el fracaso del establecimiento de la LM y la realización de cesárea. Y, como específicos: Identificar prácticas que puedan mejorar las tasas y duración de la LM en las mujeres que se someten a cesárea. Enunciar factores que impidan que se lleven a cabo cambios en la práctica asistencial para conseguir fomentar la LM en la cesárea.

METODOLOGÍA

Para la realización de esta Revisión de la literatura y actualización del conocimiento se ha llevado a cabo un análisis y reflexión de la bibliografía existente sobre los problemas del establecimiento de la LM y su relación con la práctica de cesáreas. Para ello, se han realizado búsquedas en las siguientes bases de datos: PubMed, Cinahl, Dialnet, Cuiden, SciELO, Web of Science y LILACS.

Para la búsqueda en español se utilizaron los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): Lactancia materna, Cesárea y Parto abdominal. Por otro lado, para la búsqueda en inglés, se usaron los descriptores recogidos de The Medical Subject Headings (MeSH) que enumeramos a continuación: Breast feeding, Cesarean section and Abdominal Delivery. Además, con el fin de realizar una búsqueda más exacta, se

usaron las palabras claves contacto piel-con-piel en español y skin-to-skin en inglés.

También cabe destacar la utilización de los operadores booleanos “AND” y “OR” para así poder especificar más la búsqueda. De esta manera, la estrategia de búsqueda finalmente utilizada fue: (Lactancia materna) AND (Cesárea OR Parto abdominal) AND (Piel-con-piel).

Esta fue la estrategia de búsqueda en español, pero al introducirla en Cuiden, Dialnet y Scielo no se encontraron artículos suficientes, por lo que se decidió realizar una búsqueda más amplia: (Lactancia materna) AND (Cesárea OR Parto abdominal).

(Breast feeding) AND (Cesarean section OR Abdominal delivery) AND (Skin-to-skin) Fue la estrategia de búsqueda en inglés, sin embargo, al introducirla en las bases de datos Cinahl y PubMed se obtuvo una muestra demasiado grande e imposible de abordar, incluso aplicando los filtros. Así que se acotó más la búsqueda: (Breast feeding initiation) AND (Cesarean section) AND (Skin-to-skin).

Los criterios de inclusión que se introdujeron fueron que, como máximo, tuvieran 5 años de antigüedad para así poder hacer una revisión de la literatura actualizada, y, por el mismo motivo se aceptaron textos en todos los idiomas.

RESULTADOS

En el siguiente flujograma realizado con la metodología PRISMA (Ilustración 1) se pueden observar los resultados logrados. Se obtuvieron un total de 265 artículos, de los cuales tras eliminar los duplicados y aplicar los filtros, quedaron 124 y tras hacer una criba después de leer título, resumen y el texto detalladamente, se consiguieron 17 artículos a partir de los cuales se realizó la revisión. No se usó ningún documento por conveniencia.

¿Existe relación entre el fracaso del establecimiento de la LM y la realización de cesárea?

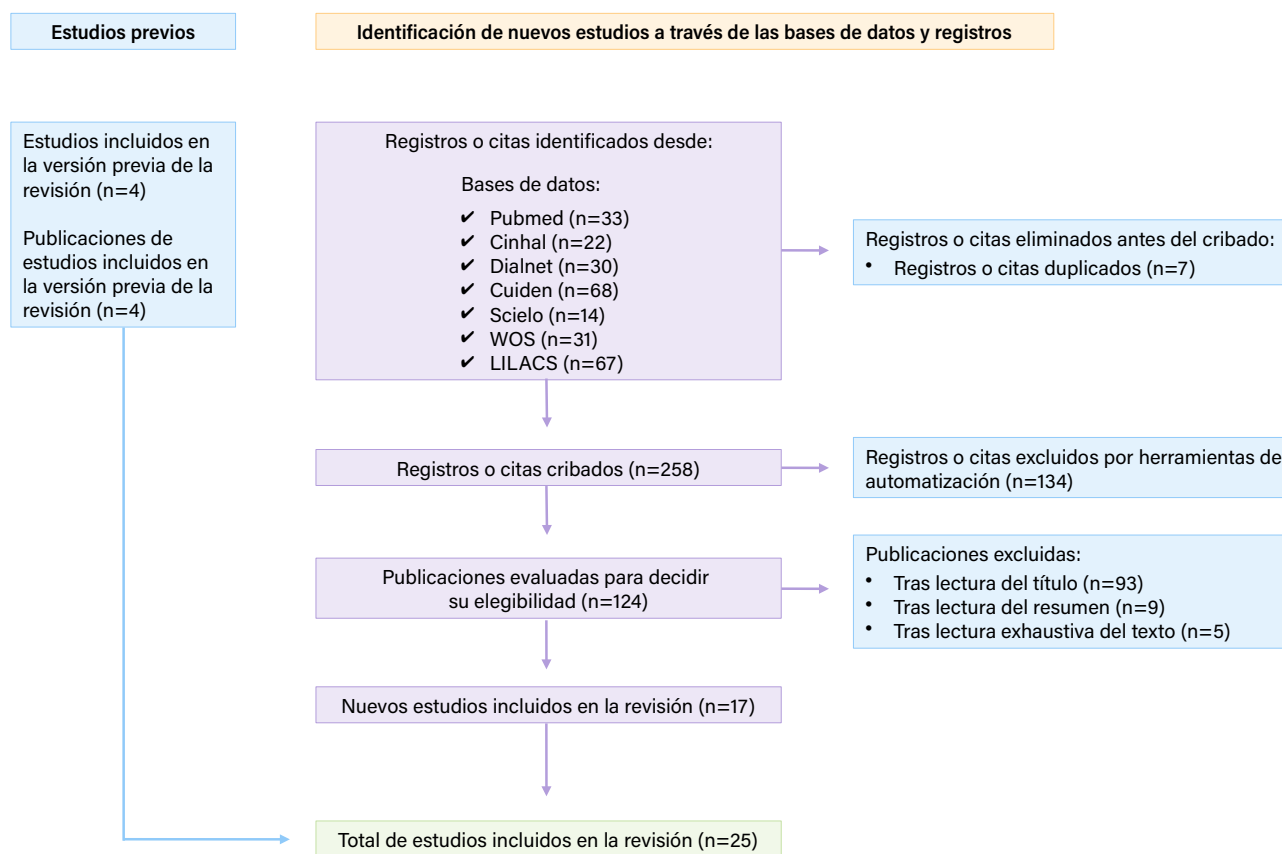
Un estudio cualitativo realizado en 2021 en Malasia concluyó con que las enfermeras consideraban la cesárea una de las barreras para el establecimiento de la LM. Y defendían que factores como el efecto de la anestesia, los problemas de movilidad después de la cirugía o el tiempo que tardaba la madre en llegar a la habitación son, entre otros, factores que afectaban al vínculo madre-hijo y que pueden influir en la LM. Así mismo, una revisión sistemática sobre la LM tras el parto por cesárea del año 2021 consideró que las cifras tras este suceso eran menores que si tenía lugar un parto vaginal^{9,10}.

En un diseño transversal exploratorio realizado en 2018 en Singapur se recogió que hay relación estadísticamente significativa entre las mujeres que tuvieron una cesárea o un parto vaginal instrumentado con el retraso del inicio temprano de la LM¹¹.

Además, en otro estudio transversal realizado en 2017 en Finlandia, se concluyó que:

- El establecimiento de la LM tuvo éxito después de los partos vaginales y que el 87% de las madres lo consideraron una vivencia muy positiva.
- Existe diferencia estadísticamente significativa entre el modo de parto y la LM.

Ilustración 1. Flujograma.



- El principal motivo que hubo para que se retrasara el inicio de la LM fue la práctica de cesáreas.
- Solo el 6% de los bebés nacidos por cesárea del estudio iniciaron la LM en la primera hora de vida.
- Las madres que tuvieron analgesia epidural comenzaron la LM más tarde que las que no¹².

Todos estos resultados pueden relacionarse con varios motivos. En primer lugar, no podemos olvidar que la cesárea es una cirugía con todo lo que ello conlleva: el tiempo de recuperación de la mujer durará más tiempo que en el parto vaginal, se enfrentará a dolor con todo lo que ello conlleva, y, además, las complicaciones derivadas de la cirugía son más severas que en el parto vaginal. Otro aspecto para tener en cuenta es que la cirugía podría afectar a los niveles de prolactina disminuyéndolos. Aunque no se encuentra interferencia entre la anestesia y la LM. Otro factor que debemos considerar es que tras la cirugía la madre estará en un periodo de convalecencia, tendrá dolor y dificultades para la movilidad. Además, la separación física que madre y RN sufren debido a que la mujer, al estar considerada la cesárea una cirugía mayor, después de su realización, se dirige hacia el área de reanimación y el RN se va a otro lugar. Incluso debido a complicaciones maternas o complicaciones del bebé, derivadas de la cirugía y del estrés que esta supone, pueden pasar hasta incluso 24 horas hasta que se reunan. Así mismo, también podemos encontrar problemas en el RN, ya que tienen menos receptividad al nacer de este modo, y por tanto menos capacidad de succión^{9,12, 13, 14, 15, 16, 17, 18}.

¿Cuáles son las prácticas que pueden mejorar las tasas y duración de la LM en mujeres que se someten a cesárea?

El inicio temprano de la LM es algo beneficioso y necesario para todos los bebés sea cual sea el modo de parto. La mayoría de los estudios consideran el CPP como el factor clave que se necesita para un buen establecimiento de la LM, incluido en los partos por cesárea en los que además tiene vital importancia la promoción y educación para la salud debido a los problemas comentados anteriormente. De hecho, se consideró en un estudio realizado en 2021 en Etiopía que el 62% de los RN que tuvieron CPP en los primeros 5 minutos de vida empezaron la succión dentro de los 40 minutos posteriores al parto, mientras que en los que el CPP tuvo lugar pasados 21 minutos el inicio de la LM se retrasó hasta a 51 minutos en el 75% de los bebés^{11,17}.

Sin embargo, la mayoría de las mujeres consideran que después de la cirugía se enfrentan a múltiples dificultades y remarcando la necesidad de apoyo e información para lactar por parte de enfermería. Si bien, describen la experiencia de realizar el CPP después de la cesárea como algo muy positivo y tranquilizador, que les ayudó a fomentar el vínculo con sus bebés y disminuyó la ansiedad derivada de la intervención quirúrgica. Pese a esto, también se han encontrado estudios varios en los que el CPP tuvo que ser interrumpido por deseo materno, pues no se encontraban bien por dos causas principales: el dolor y el cansancio^{9, 14, 19, 20}.

De esta manera, el CPP se relaciona de forma significativa y positiva con inicio de la LM en los partos que han ocurrido por cesárea. Y con esto se refiere a que se inicie dentro de los 30 primeros minutos de vida y de manera constante, sin que haya separación de madre y RN. Pero, esto no ocurre en las cesáreas, ya que se considera que tiene lugar entre los 30 y 60 minutos. Tanto es así que en un estudio realizado en Malasia se obtuvo que el 10,5% de las madres iniciaron la LM a las 24 horas o más. Así mismo, solo el 77,8% de las madres realizaron CPP, cifras que son alarmantes en comparación con el 93,4% de mujeres que tuvieron un inicio temprano del CPP en los partos vaginales. Vemos la fuerte relación entre el establecimiento de la LM y el CPP, en las cesáreas aumenta la probabilidad en 14,42 veces de tener un buen establecimiento de la LM si se lleva a cabo CPP que si no se realiza. Además, esta técnica influye también en la lactancia a largo plazo^{9, 11}.

Por todo lo anterior queda remarcado la importancia del equipo profesional a la hora de establecer la LM. Ya que, se ha demostrado que, aunque las tasas de LM son más bajas en los partos por cesárea que en los partos vía vaginal, si se llevan a cabo procedimientos de humanización y concienciación como los descritos anteriormente, se pueden alcanzar las mismas tasas de lactancia en ambos tipos^{9, 14, 21}.

¿Cuáles son los factores que impiden que se lleven a cabo cambios en la práctica asistencial para conseguir fomentar la LM en la cesárea?

Se ha determinado que el CPP inmediato es más difícil llevarlo a cabo después de la cesárea siendo la probabilidad de realizarlo menor a 0.1 dentro de la primera hora de vida del RN. De la misma manera, se considera que hay 15 veces más de probabilidades de hacer CPP en un parto vaginal que en una cesárea. Esto puede ser debido al estado en el que la madre se encuentra tras la anestesia para la intervención, las condiciones físicas del quirófano y, a veces, a la actitud del equipo. Además, las propias mujeres consideran la cesárea como una barrera para realizar el CPP focalizando el problema principal en el dolor que sufren tras la intervención^{14, 16, 22, 23}.

En relación con los problemas que impiden el CPP con respecto al equipo sanitario, este considera la cesárea como una barrera para realizar el CPP. Dentro de un quirófano en donde cada detalle cuenta, en algunas ocasiones, se trata a la mujer más

como una paciente quirúrgica que como a una madre. Además, justo tras la intervención, el equipo centra su atención en estabilizar a madre y RN, pasando el CPP a un segundo plano. Por otro lado, cuando la madre pasa a la unidad de reanimación, si esta pasa acompañada del bebé las enfermeras pueden llegar a considerarlo como una carga de trabajo más, pues estas áreas no suelen ser especializadas en pediatría. Por ello, podría ser beneficioso que tanto en el quirófano como en la sala de reanimación hubiera una enfermera con conocimientos suficientes y dedicada a velar por la LM^{9, 11, 13, 19, 24}.

En la misma línea, también encontramos dificultades por el lugar en el que se desarrolla la intervención, el quirófano, en el que conceptos como la esterilidad o la temperatura tienen vital importancia y deben ser tenidos en cuenta^{13, 19, 24}.

Otro aspecto que no debemos olvidar es que la cesárea es considerada una cirugía mayor, con los riesgos que ello conlleva. Además, por la misma naturaleza, la mujer sufre tras este dolor, causa reconocida como principal que dificulta que se lleve a cabo el CPP, en un estudio realizado en Malasia, el 49,1% de las mujeres tenían dificultades para moverse debido al dolor y el 38,1 % tenía dolor en la herida quirúrgica y alrededores. Además, también debemos tener en cuenta la atención postparto al RN ya que el paso al mundo real puede ser más complicado para bebés nacidos por cesárea que por parto vaginal. Uno de los mayores riesgos que el bebé puede correr durante el CPP es sufrir Colapso Súbito del RN, el origen es desconocido, pero tiene lugar el fallecimiento del RN durante el CPP. Se cree que es debido a que en las primeras horas de vida el lactante se encuentra en un periodo crítico y tiene riesgo de sufrir hipoxia por modificación de la vía aérea debido a la postura o por el incremento del tono vagal durante la toma. Aunque, la incidencia de este suceso es mínima y extremadamente infrecuente, consiste en un riesgo vital^{9, 13, 24}.

Pese a todo esto, una revisión sistemática realizada en 2018 no encontró inconvenientes para realizar el CPP tras la cesárea debido a que la probabilidad de obtener beneficios es mayor a la de los riesgos y a que actualmente, existen numerosas medidas para poder salvar los riesgos, establecer el CPP y, de esta manera, asegurar un establecimiento exitoso de la LM^{11, 25}.

A continuación, se expone una tabla resumen de los resultados de los artículos seleccionados (Tabla 1).

Tabla 1. Resumen de los artículos seleccionados.

TÍTULO An analysis of the effects of intrapartum factors, neonatal characteristics, and skin-to-skin contact on early breastfeeding initiation.	TÍTULO Impact of cesarean section on timely initiation of breastfeeding in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis.	TÍTULO The realization of BFHI Step 4 in Finland - Initial breastfeeding and skin-to-skin contact according to mothers and midwives.	TÍTULO A dedicated nurse for skin-to-skin care after cesarean birth: An evaluation of clinical outcomes and cost.	TÍTULO Interventions for women who have a caesarean birth to increase uptake and duration of breastfeeding: A systematic review.
AUTORES Lau, Y., Tha, P.H., Ho-Lim, SST., Wong, LY., Lim, P.I., Citra-Nurfarah, BZM. y Shorey, S.	AUTORES Getaneh, T., Negesse, A., Dessie, G., Desta, M., Temesgen, H., Getu, T., y Gelaye, K.	AUTORES Hakala, M., Kaakinen, P., Kääriäinen, M., Bloigu, R., Hannula, L., y Elo, S.	AUTORES Kjelland, K., Monroe, M., Moore, T., Cooper, H., & Davies, C. C.	AUTORES Beake, S., Bick, D., Narracott, C., & Chang, Y. S.
AÑO 2018	AÑO 2021	AÑO 2017	AÑO 2020	AÑO 2017
LUGAR DONDE SE HA REALIZADO LA INVESTIGACIÓN Singapur.	LUGAR DONDE SE HA REALIZADO LA INVESTIGACIÓN Etiopía.	LUGAR DONDE SE HA REALIZADO LA INVESTIGACIÓN Finlandia.	LUGAR DONDE SE HA REALIZADO LA INVESTIGACIÓN E.E.U.U.	LUGAR DONDE SE HA REALIZADO LA INVESTIGACIÓN Reino Unido.
OBJETIVOS Establecer las relaciones entre los factores intraparto, las características del RN, el CPP y la LM después de cesárea o parto vaginal operatorio.	OBJETIVOS Aportar evidencias para mejorar las políticas y los programas de salud para mejorar la LM en la cesárea.	OBJETIVOS Explicar la aplicación del paso 4 de la IHAN.	OBJETIVOS Determinar la experiencia de las madres.	OBJETIVOS Evaluar la evidencia de las intervenciones para aumentar el establecimiento y la duración de la LM en partos por cesárea.
TIPO DE ESTUDIO Diseño transversal exploratorio.	TIPO DE ESTUDIO Metaanálisis y revisión sistemática.	TIPO DE ESTUDIO Estudio transversal.	TIPO DE ESTUDIO Una evaluación de los resultados clínicos y el costo	TIPO DE ESTUDIO Revisión sistemática.
RESULTADOS El CPP se relacionó de manera positiva con la cesárea ($\beta = 0,27$; $p < 0,001$). Las mujeres que sufrieron cesárea tuvieron menos probabilidad de iniciar la LM. Hay problemas que dificultan el CPP en el quirófano.	RESULTADOS Aportar evidencias para mejorar las políticas y los programas de salud para mejorar la LM en la cesárea.	RESULTADOS Existe diferencia entre el tiempo de inicio de la LM y el modo de parto ($p < 0,000$). Los RN que nacieron por vía vaginal comenzaron la LM antes que los nacidos por cesárea. Existe relación entre el CPP y el tiempo de inicio de la LM.	RESULTADOS El 70% de las madres estaban conformes y satisfechas con la experiencia del CPP.	RESULTADOS La tasa de LM es menor en partos por cesárea que en los partos vaginales. Las mujeres consideran la cesárea como una barrera para establecer la LM. Existen factores que hace que esto se produzca. Una vez establecida la LM tiene el mismo éxito sea cual sea el modo de parto.
CONCLUSIONES Los resultados indican la importancia del CPP para establecer la LM.	CONCLUSIONES Se debe considerar aspectos especiales para las madres que tienen cesárea a la hora de establecer la LM ya que se ha demostrado que existe relación.	CONCLUSIONES Se deben implementar las medidas en el CPP en los partos por cesárea.	CONCLUSIONES Las madres tuvieron buena experiencia con el CPP.	CONCLUSIONES Existe relación entre la cesárea y la LM.

(Continúa)

Tabla 1. Resumen de los artículos seleccionados. (Continuación).

TÍTULO Immediate newborn care and breastfeeding: EN-BIRTH multi-country validation study.	TÍTULO Efectos del sufentanilo y la morfina junto a bupivacaína hiperbárica en la anestesia espinal para cesárea electiva.	TÍTULO El cuidado de enfermería en el puerperio inmediato en la práctica de la lactancia materna: experiencia del enfermero.	TÍTULO Piel con piel en una cesárea en un hospital del sistema público de Andalucía.	TÍTULO Fatores associados ao desenvolvimento da amamentação na primeira hora de vida [Factores asociados al desarrollo de la amamentación en la primera hora de vida].
AUTORES Tahsina, T., Hossain, A.T., Ruysen, H. et al.	AUTORES Arroyo-Fernández, F.J.	AUTORES Souza da Silva, M., Peres, E., Clapis, M. J., Mendonça de Moraes, C., Olímpia, A., y Mônica Ribeiro, P.	AUTORES Ayerbe-López, R., Mora-Barranco, C., y López-Ruiz, M. B.	AUTORES Carvalho, A., Silva, P., Silva, A. y Lima, L.
AÑO 2021	AÑO 2020	AÑO 2021	AÑO 2020	AÑO 2020
LUGAR DONDE SE HA REALIZADO LA INVESTIGACIÓN Bangladesh, Nepal y Tanzania.	LUGAR DONDE SE HA REALIZADO LA INVESTIGACIÓN España.	LUGAR DONDE SE HA REALIZADO LA INVESTIGACIÓN Minas Gerais.	LUGAR DONDE SE HA REALIZADO LA INVESTIGACIÓN España.	LUGAR DONDE SE HA REALIZADO LA INVESTIGACIÓN Picos-Pl.
OBJETIVOS Conocer resultados sobre el inicio temprano de la LM.	OBJETIVOS Comparar dos tipos de anestésicos en cesáreas.	OBJETIVOS Conocer la experiencia de las enfermeras en los cuidados ofrecidos sobre la LM durante el puerperio inmediato.	OBJETIVOS Conocer los beneficios del CPP y como hacerlo de manera segura durante la cesárea.	OBJETIVOS Instaurar los factores que influyen en el establecimiento de la LM en la primera hora de vida.
TIPO DE ESTUDIO Estudio observacional.	TIPO DE ESTUDIO Estudio clínico aleatorizado doble ciego.	TIPO DE ESTUDIO Estudio de abordaje cualitativo, apoyado en etnografía, basado en etno-enfermería.	TIPO DE ESTUDIO Caso clínico.	TIPO DE ESTUDIO Estudio descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo
RESULTADOS La cesárea retarda el establecimiento de la LM (0,5 a 3,6 %) y dificulta el CPP con 0.1 menos de probabilidad que en el parto vaginal.	RESULTADOS No se recogieron diferencias estadísticamente significativas.	RESULTADOS Las enfermeras reconocen la cesárea una barrera para establecer la LM y reconocen que hay dificultades en el quirófano.	RESULTADOS La cesárea tiene efecto negativo en la LM. Se encuentran factores que impiden el CPP en el quirófano como la actitud del personal, los riesgos de la cirugía, etc.	RESULTADOS El inicio temprano de la LM se dio lugar en un 90% más en los partos vaginales que en las cesáreas.
CONCLUSIONES El estudio destaca la importancia del inicio temprano de la LM.	CONCLUSIONES Los fármacos son seguros y efectivos, no se encuentra diferencia entre ellos y no afectan a la LM.	CONCLUSIONES Las enfermeras reconocen que tienen conocimientos deficientes.	CONCLUSIONES Se intenta realizar CPP durante el mayor tiempo posible para conseguir instaurar la LM.	CONCLUSIONES Existe relación entre el método de parto y el establecimiento de la LM.

(Continúa)

Tabla 1. Resumen de los artículos seleccionados. (Continuación).

TÍTULO El comienzo de la lactancia materna: experiencias de madres primerizas postcesárea en un hospital de Chiclayo - 2017.	TÍTULO Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación.	TÍTULO Proceso de humanización de la atención a las cesáreas: Instauración de un procedimiento para acompañamientos del as gestantes e inicio de la Lactancia Materna en quirófano.	TÍTULO Factors Associated with Early Breastfeeding Initiation among Women Who Underwent Cesarean Delivery at Tertiary Hospitals in Kelantan, Malaysia.	TÍTULO Impact of skin-to-skin contact on maternal comfort in patients with elective caesarean section: A pilot study.
AUTORES Solís-Salazar, A., Quiroz-Hidalgo, R. y Campos-Bravo, Y.	AUTORES Costa-Romero, M., Lalaguna-Mallada, P. y Díaz-Gómez, N.	AUTORES Cerdán-Jiménez, M., Carballo-Aliseda, M, Gómez-Fernández, M., Heredia-Prim, F., Salgado-Poveda, I. y Cayuela-Font, E.	AUTORES Nazirah, J., Noraini, M., Norkhafizah, S., Tengku, I. y Zaharah, S.	AUTORES Vamour, C., De Jonckheere, J., Mestdagh, B., Storme, L., Richart, P., Garabedian, C., y Rakza, T.
AÑO 2019	AÑO 2019	AÑO 2017	AÑO 2021	AÑO 2019
LUGAR DONDE SE HA REALIZADO LA INVESTIGACIÓN Chiclayo.	LUGAR DONDE SE HA REALIZADO LA INVESTIGACIÓN España.	LUGAR DONDE SE HA REALIZADO LA INVESTIGACIÓN Barcelona.	LUGAR DONDE SE HA REALIZADO LA INVESTIGACIÓN Malasia.	LUGAR DONDE SE HA REALIZADO LA INVESTIGACIÓN Francia.
OBJETIVOS Comprender y examinar las experiencias de las madres después de las cesáreas en el inicio de la LM.	OBJETIVOS Analizar las ventajas del CPP cuando tiene lugar una cesárea y las barreras que se encuentran para llevarlo a cabo.	OBJETIVOS Valorar la experiencia de las mujeres en la práctica del inicio temprano de la LM, el CPP y presencia de un acompañante durante la cesárea.	OBJETIVOS Identificar la prevalencia de la LM en mujeres que han tenido parto por cesárea electiva.	OBJETIVOS Evaluar cómo se encuentra la madre antes y después de la realización del CPP en cesáreas.
TIPO DE ESTUDIO Investigación cualitativa, de abordaje de estudio de casos.	TIPO DE ESTUDIO Artículo.	TIPO DE ESTUDIO Estudio de casos.	TIPO DE ESTUDIO Estudio de cohortes prospectivo.	TIPO DE ESTUDIO Estudio prospectivo, observacional y monocéntrico.
RESULTADOS El 41.18% de madres tuvieron una experiencia satisfactoria. El 58.82% de madres lo recuerdan como algo negativo debido al dolor y al nerviosismo.	RESULTADOS Si no se realiza CPP puede haber factores estresantes en el RN. La cesárea afecta tanto al niño como a la madre por ser una cirugía mayor. Factores como la actitud de los profesionales, el quirófano en sí, el estado de la madre, o del bebé dificultan el CPP.	RESULTADOS Se realizaron modificaciones para poder llevar a cabo el CPP dentro de quirófano y la experiencia de las madres fue gratificante.	RESULTADOS El 73% iniciaron la LM dentro de la primera hora de vida. El 15,8% la inició dentro de las primeras 24 horas y el 10,5% después de las 24 horas. El CPP se produjo en el 77,8% de los casos en las cesáreas teniendo una asociación significativa con el inicio de la LM.	RESULTADOS El CPP tuvo lugar a los 4 minutos. Duró una media de 21 minutos. Tuvo que ser interrumpido en 24 pacientes, bien por motivos maternos o por el RN.
CONCLUSIONES Existe relación entre la cesárea y la LM.	CONCLUSIONES El CPP es beneficioso y debe de hacerse después de la realización de las cesáreas, para ello es necesario que los profesionales estén implicados y tengan información actualizada.	CONCLUSIONES La cesárea no impide el CPP.	CONCLUSIONES Es posible aumentar la tasa de LM dentro de la primera hora de vida	CONCLUSIONES Es posible realizar CPP en los partos por cesárea.

(Continúa)

Tabla 1. Resumen de los artículos seleccionados. (Continuación).

TÍTULO	TÍTULO
Achieving Early Mother-baby Skin-to-skin Contact in Caesarean Section: A Quality Improvement Initiative.	Fatores associados ao contato pele a pele imediato em uma maternidade / Factores asociados con el contacto inmediato piel a piel en una maternidad / Factors associated with early skin-to-skin contact in a maternity hospital.
AUTORES	AUTORES
Maria, A., Shukla, A., Wadhwa, R., Kaur, B., Sarkar, B., & Kaur, M.	Lilian-Fernandes, A., Clossen, R., Passos, C., Lima, V., Prado, M. y Beirigo, B.
AÑO	AÑO
2018	2021
LUGAR DONDE SE HA REALIZADO LA INVESTIGACIÓN	LUGAR DONDE SE HA REALIZADO LA INVESTIGACIÓN
India.	Brasil.
OBJETIVOS	OBJETIVOS
Mejorar las tasas del CPP en partos por cesárea.	Establecer la prevalencia del CPP inmediato relacionado con factores socio-demográficos, obstétricos, asistenciales y de nacimiento.
TIPO DE ESTUDIO	TIPO DE ESTUDIO
Análisis situacional e iniciativa de mejora.	Estudio transversal.
RESULTADOS	RESULTADOS
Mejoraron las tasas del CPP hasta un 100% después de la fase de sostenibilidad.	Se relacionó la cesárea con índices bajos de LM.
CONCLUSIONES	CONCLUSIONES
El CPP es posible haciendo los cambios necesarios y gracias a la concienciación del personal sanitario.	Es importante fomentar el conocimiento de los profesionales para poder realizar CPP y así promover la LM.

CONCLUSIONES

La LM es algo fundamental en la vida de los seres humanos que aporta numerosos beneficios al RN y también a la madre, por estos motivos actualmente nos encontramos con un auge de la LME, sin embargo, su establecimiento no es tan fácil como parece y es algo en lo que intervienen muchos factores. Por otro lado, como ya ha quedado demostrado a lo largo de toda la revisión, en los tiempos que corren estamos acudiendo a un gran incremento en el número de cesáreas, Esta intervención, que tantos beneficios nos ofrece, también tiene efectos negativos. En el RN, afecta en el periodo de adaptación a la vida extrauterina encontrándose el bebé más aletargado. En la mujer la recuperación es más lenta y además encontramos niveles más bajo de ciertas hormonas, algunas de ellas relacionadas con la LM.

La cesárea es considerada una barrera para el establecimiento de la LM tanto por parte de las enfermeras como por parte de las propias madres. Los estudios recogidos en esta revisión han mostrado no solo que existe relación estadísticamente negativa entre el modo de parto, en este caso la cesárea, y la LM, sino que, también, hay menos probabilidades de iniciar la LM cuando el parto tiene lugar por cesárea que cuando es por vía vaginal. Además, esto puede ocurrir por diversos motivos, empezando por el modo de parto en sí, ya que se considera la cesárea como una cirugía mayor por lo que el periodo de recuperación será mayor, aparte de las complicaciones que pueden derivar de la intervención y del estrés que ello supone tanto como para la mujer como para el RN. Otro factor para tener en cuenta son los niveles hormonales, ya que se ha encontrado una menor concentración de prolactina. Así mismo, los protocolos de los hospitales no permiten que el RN permanezca con la madre en el área de recuperación postquirúrgica, por lo que hay una separación. Por último, el RN tras la intervención se encuentra menos receptivo que en el parto vaginal.

La práctica por excelencia que se reconoce para favorecer el establecimiento de la LM tras la cesárea es el CPP. A parte de sus múltiples beneficios, se ha demostrado que si se realiza CPP inmediato aumentan las probabilidades de iniciar la LM favorablemente en todo tipo de partos, incluidas las cesáreas. Aun así, las mujeres consideraron la intervención quirúrgica como una barrera para realizar el CPP destacando dos sensaciones: el dolor y el cansancio. Por eso la importancia de la promoción y del acompañamiento por parte del equipo sanitario que debe estar informado y actualizado.

Los problemas para realizar el CPP en el quirófano vienen determinados por diversos factores.

En primer lugar, los propios sanitarios reconocen la dificultad para establecer el CPP en el quirófano ya que es una carga de trabajo añadida. Además, debido a la naturaleza de la cesárea, intervención quirúrgica, se necesita un ambiente de esterilidad y baja temperatura para evitar infecciones que podrían verse comprometidas al realizar el CPP. Por el mismo motivo, las complicaciones que pueden derivar de la cirugía también se consideran una barrera, así como el estado materno y del RN.

Pese a todo esto, hoy en día es posible un cambio en estas prácticas asistenciales introduciendo el CPP y la no separación madre y RN gracias a la humanización de las cesáreas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cabedo R, Manresa J, Cambredó, V, Montero L, Reyes A, Gol R, et al. Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. *Estudio LACTEM. Matronas Profesión*. 2019; 20(2): 54-61.
2. Fernández Cañada A. Administración de oxitocina y vía del parto: Asociación con el cese de la lactancia materna [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2018.
3. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna en cifras: Tasa de inicio y duración de la lactancia en España y otros países. [Internet]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
4. Takahashi K, Ganchimeg T, Ot E, Vogel JP, Souza JP, Laopaiboon M, et al. Prevalence of early initiation of breastfeeding and determinants of delayed initiation of breastfeeding: secondary analysis of the WHO Global Survey. *Scientific Reports*. 2017; 21(7).
5. INEbase. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2021. Partos por edad de la madre, tipo de parto y multiplicidad.
6. Melchor I, Romeo I, Orobio Goicoechea R, Burgos J y Melchor Marcos JC. Análisis de la tasa de cesáreas en el Hospital Universitario Cruces 41 (Vizcaya) mediante el empleo de la clasificación de Robson. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2019; 62(5): 458-453.
7. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea; 2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=9021C1D0F673BC54FE7475BC617B3E61?sequence=1
8. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Contacto piel con piel en las cesáreas. Aspectos prácticos para la puesta en marcha. [Internet]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201702-cpp_en_cesareas.pdf
9. Nazirah J, Noraini M, Norkhafizah S, Tengku I y Zaharah S. Factors Associated with Early Breastfeeding Initiation among Women Who Underwent Cesarean Delivery at Tertiary Hospitals in Kelantan, Malaysia. *Korean Journal of Family Medicine*. 2021; 42(2): 140-149.
10. Souza da Silva M, Peres E, Clapis MJ, Mendonça de Moraes C, Olímpia A, y Mônica Ribeiro P. El cuidado de enfermería en el puerperio inmediato en la práctica de la lactancia materna: experiencia del enfermero. *Evidentia*. 2021; 18.
11. Lau Y, Tha PH, Ho-Lim SST, Wong LY, Lim PI, Citra-Nurfarah BZM, et al. An analysis of the effects of intrapartum factors, neonatal characteristics, and skin-to-skin contact on early breastfeeding initiation. *Matern Child Nutr*. 2018; 14(1).
12. Hakala M, Kaakinen P, Kääriäinen M, Bloigu R, Hannula L, y Elo S. The realization of BFHI Step 4 in Finland - Initial breastfeeding and skin-to-skin contact according to mothers and midwives. *Midwifery*. 2017; 50: 27–35.
13. Costa Romero M, Laguna Mallada P y Díaz Gómez N. Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación. *Revista Española de Salud Pública*. 2019; 93.
14. Beake S, Bick D, Narracott C, y Chang YS. Interventions for women who have a caesarean birth to increase uptake and duration of breastfeeding: A systematic review. *Maternal & child nutrition*. 2017; 13(4).
15. Carvalho A, Silva P, Silva A y Lima L. Fatores associados ao desenvolvimento da amamentação na primeira hora de vida. *Rev. Enferm. UFPI*. 2020; 9(1): 20-26.
16. Solís Salazar A, Quiroz Hidalgo R y Campos Bravo Y. El comienzo de la lactancia materna: experiencias de madres primerizas post-cesárea en un hospital de Chiclayo—2017. *ACC CIETNA*. 2019; 6(1): 37-44.
17. Getaneh T, Negesse A, Dessie G, Desta M, Temesgen H, Getu, T, et al. Impact of cesarean section on timely initiation of breastfeeding in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *International breastfeeding journal*. 2021; 16(1): 51.
18. Arroyo Fernández FJ. Efectos del sufentanilo y la morfina junto a bupivacaína hiperbárica en la anestesia espinal para cesárea electiva. [tesis doctoral]. Cádiz: Universidad de Cádiz; 2020.
19. Kjelland K, Monroe M, Moore T, Cooper H, y Davies CC. A dedicated nurse for skin-to-skin care after cesarean birth. *Nursing management*. 2020; 51(7): 8–10.
20. Vamour C, De Jonckheere J, Mestdag B, Storme L, Richart P, Garabedian C, et al. Impact of skin-to-skin contact on maternal comfort in patients with elective caesarean section: A pilot study. *Journal of gynecology obstetrics and human reproduction*. 2019; 48(8): 663–668.
21. Maria A, Shukla A, Wadhwa R, Kaur B, Sarkar B, y Kaur M. Achieving Early Mother-baby Skin-to-skin Contact in Cesarean Section: A Quality Improvement Initiative. *Indian pediatrics*. 2018; 55(9): 765–767.
22. Tahsina T, Hossain AT, Ruysen H et al. Immediate newborn care and breastfeeding: EN-BIRTH multi-country validation study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021; 21, 237.
23. Lilian-Fernandes A, Cnossen R, Passos C, Lima V, Prado M y Beirigo B. Fatores associados ao contato pele a pele imediato em uma maternidade / Factores asociados con el contacto inmediato piel a piel en una maternidad / Factors associated with early skin-to-skin contact in a maternity hospital. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*. 2021; 25(2).
24. Ayerbe López R, Mora Barranco C y López Ruiz MB. Piel con piel en una cesárea en un hospital del sistema público de Andalucía. *Garnata*. 2020; 91(23).
25. Cerdán-Jiménez M, Carballo-Aliseda M, Gómez-Fernández M, Heredia-Prim, F, Salgado-Poveda I y Cayuela-Font E. Proceso de humanización de la atención a las cesáreas: Instauración de un procedimiento para acompañamientos de las gestantes e inicio de la Lactancia Materna en quirófano. *Musas*. 2017; 2(1): 42-56.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Lindes Pallares C y Rodríguez Ferrete FJ. Cesárea y su influencia en la lactancia materna. *Hygia de Enfermería*. 2022; 39(3): 133-141.

Los opioides como método farmacológico en el tratamiento del dolor característico del trabajo de parto

Opioids as a pharmacological method in the treatment of characteristical pain in labor

Sara Espinosa Jiménez

Matrona. Centro de Atención Primaria (CAP) Vic Nord (Osona, Barcelona)

RESUMEN

El peculiar dolor del trabajo de parto, fenómeno neurohormonal, está influenciado por el componente psicoemocional y socio-cultural de la mujer. El empleo de opioides se ha reforzado con las técnicas neuroaxiales, aunque aún continúa vigente su utilización parenteral.

Por tanto, visibilizar los opioides más representativos empleados en las técnicas anteriores, así como realzar las ventajas asociadas a la bombas de administración controlada por la paciente, son los objetivos propuestos.

Se ha realizado una revisión de la literatura. Se consideraron válidas fuentes bibliográficas tanto secundarias como primarias. Como fuentes primarias destacan las bases de datos de Pubmed y Dialnet. Como fuente secundaria se recurrió a la Biblioteca Cochrane, GuiaSalud y NICE.

El fentanilo se posiciona como electivo en las técnicas neuroaxiales, con una baja incidencia de efectos adversos asociados e idóneo en el caso de cesáreas.

Los opioides vía parenteral presentan un limitado efecto analgésico. Los dos más empleados son el remifentanilo y la meperidina, siendo el primero de ellos más efectivo, según los valores de la Escala Visual Analógica.

El uso de la meperidina se debería restringir, acotándose a la primera etapa del trabajo de parto, la prodromica. Sus efectos adversos son numerosos para el binomio materno-fetal. En la mayoría de ocasiones, su empleo (mayoritariamente en primíparas) se sucede de analgesia locoregional.

El remifentanilo no se acumula en los tejidos, aun en infusiones prolongadas. Sus propiedades farmacocinéticas y su eficacia analgésica restringen la limitación de su empleo a circunstancias concretas; alergias y anticoagulación.

Cuando el opioide se administra intravenoso, el modo "PCA" consigue mayor alivio del dolor y satisfacción de la mujer. Su empleo requiere adiestramiento previo (identificar el momento idóneo de dosificación del bolo), así como la disponibilidad plena del profesional de la salud que acompañe a la mujer.

PALABRAS CLAVE

cuidados intraparto, dolor de parto, analgesia, opioides

ABSTRACT

The peculiar pain of labor, a neurohormonal phenomenon, is influenced by the psycho-emotional and sociocultural component of the woman. The use of opioids has been reinforced with neuraxial techniques, although their parenteral use is still valid.

Therefore, making visible the most representative opioids used in previous techniques, as well as highlighting the advantages associated with "patient-controlled administration" (PCA hereinafter), are the proposed objectives.

A review of the literature has been carried out. Both secondary and primary bibliographic sources were considered valid. As primary sources, the Pubmed and Dialnet databases stand out. As a secondary source, the Cochrane Library, GuiaSalud and NICE were used.

Fentanyl is positioned as elective in neuraxial techniques, with a low incidence of associated adverse effects and adequate in the case of cesarean sections.

Parenteral opioids have a limited analgesic effect. The two most widely used are remifentanyl and meperidine, the first of which is more effective, according to the values of the Visual Analog Scale.

The use of meperidine should be required, limited to the first stage of labor, the prodromal stage. Its adverse effects are numerous for the maternal-fetal binomial. In most cases, its use (mostly in primiparous women) is followed by locoregional analgesia.

Remifentanyl does not accumulate in tissues, even after prolonged infusions. Its pharmacokinetic properties and its analgesic efficacy restrict the limitation of its use to specific circumstances; allergies and anticoagulation.

When the opioid is administered intravenously, the "PCA" mode achieves greater pain relief and satisfaction for the woman. Its use requires prior training (identifying the appropriate moment for dosing the bolus), as well as the full availability of the health professional accompanying the woman.

KEYWORDS

intrapartum care, labor pain, analgesic, opioids

INTRODUCCIÓN

El dolor del trabajo de parto es particularmente relevante al no asociarse a patología o daño fisiológico.

Se describe como un dolor intermitente; el punto más álgido coincide con el acmé de la contracción y va decreciendo de manera paralela a la curva decadente de la contracción; la relajación uterina. Los periodos de inactividad contráctil uterina son indoloros.

Las contracciones uterinas más intensas se corresponden con el final del proceso de dilatación del cérvix. Por tanto, la intensidad del dolor percibido se acrecienta a medida que el trabajo de parto progresa¹.

Desde la fisiología, las características de la conducción del dolor se diferencian en las dos categorías siguientes²:

— Conducción del dolor durante la primera fase del parto: la dilatación.

El dolor es la manifestación de la dilatación progresiva del cérvix y alargamiento de las fibras del segmento inferior del útero, ambas zonas inervadas por los sistemas simpático (el principal), parasimpático y por los nervios espinales.

— Conducción del dolor en la segunda etapa del parto: el expulsivo.

El dolor se asocia al estiramiento/dilatación de las estructuras perineales (tejidos del periné y el canal blando del parto) causados por la compresión ejercida por la presentación cefálica fetal sobre la pelvis materna³

Este patrón dinámico contiene peculiaridades³:

— Dolor visceral.

Conducido por las ramas espinales T10-L1. Se describe como “difuso, sordo y lento (poca mielinización de las fibras)”. Se suele referir a territorios cutáneos de la pared abdominal, caderas y región lumbar baja.

— Dolor somático.

Conducido por las raíces S2-S4 espinales. Es más localizado y severo en el periné, muslos y dermatomas lumbares bajos y sacros.

La intensidad de este complejo fenómeno neurohormonal es modulada en el tálamo, interviniendo en la regulación emocional y psicológica del dolor.

Además, interviene otro componente: el socio-cultural^{2,3}. La guía NICE visibiliza que, la vivencia de un dolor estremecedor durante el trabajo de parto, puede repercutir negativamente en el plano psicoafectivo de la mujer; provocar traumas psicológicos (depresión posparto, trastornos de estrés post-traumático)⁴.

La utilización de opioides para la analgesia locorreional (epidural e intratecal), lleva estandarizada desde hace casi medio siglo (la primera publicación data del año 1901)^{5,6}. Se asumió que cualquier opioide, en los espacios epidural e intradural, proporcionarían el alcance de una analgesia selectiva espinal con resultados superiores a la conseguida por otras técnicas analgésicas alternativas; actualmente se sabe que no es así⁶.

La primera opción analgésica, en la actualidad, siguen siendo los métodos neuroaxiales (donde ciertos opioides, liposolubles, son administrados). Son numerosos los argumentos que refuerzan estas técnicas, destacando que proporcionan el mejor alivio del dolor y que facilitan la anestesia en caso de cesáreas (es sabido que, el embarazo, per se, supone un riesgo para la analgesia general debido al dificultoso acceso a la vía aérea)³.

Es necesario conocer, por tanto, la distribución del opioide en la médula espinal; si se diluye en el líquido cefalorraquídeo (LCR), deberá alcanzar el interior de la médula espinal hasta los receptores específicos. En el espacio epidural, los opioides también deben difundir hasta alcanzar los receptores de acción⁶.

Estos receptores opioides son: μ (mu), κ (kappa) y δ (delta)⁵. Están localizados en la sustancia gris de la médula espinal siendo, el primero de ellos, el que más se asocia a la analgesia.

En función de la composición química:

— Opioides lipofílicos.

Los fármacos opioides lipofílicos que, por excelencia, se emplean por vía espinal son el sufentanilo y el fentanilo.

Se caracterizan por un inicio de acción más rápido y una vida media de unas 4 horas (el progreso en los tejidos es menor y su aclaramiento más rápido)^{5,6}

Demuestran clara afinidad por la sustancia blanca (80% lipídica); son aclarados hacia el plasma rápidamente alcanzando un alto volumen de distribución tras su administración, lo cual conlleva más efectos secundarios supraespinales tempranos y efectos analgésicos de menor duración⁶.

— Opioides hidrofílicos.

Penetran más profundamente hasta alcanzar la sustancia gris (carente de mielina; es relativamente hidrofílica): la estancia del fármaco en el LCR y su biodisponibilidad es mayor que la de los lipofílicos [proporcionan una analgesia prolongada (14-36 horas de media) en detrimento de un inicio de acción más lento]⁵

El clorhidrato de morfina es uno de los más representativos. Utilizado solo o en combinación con anestésicos locales, se emplea cuando la vía de administración es epidural o sub-aracnoidea. Sin embargo, en obstetricia, el fentanilo, junto con análogos como el sufentanilo y alfentanilo, administrados por vía epidural, son los más empleados, produciendo una analgesia por captación sistémica y redistribución de los receptores opioides del tronco encefálico⁶.

Retomando la clasificación del dolor del trabajo de parto, los opioides contribuyen al alivio del dolor visceral (especialmente

Figura 1: Resumen del tipo de dolor en el trabajo de parto; fases y características.

<i>Tabla 1.8. Resumen tipo de dolor, fases y características</i>			
Rasgos esenciales	Dolor visceral primario	Dolor visceral secundario (somático profundo)	Dolor somático superficial
Momento de aparición	Fase latente Inicio dilatación	Fase tardía de la dilatación. Inicio expulsivo	Expulsivo
Intensidad	Creciente hasta inicio de la dilatación	Crece conforme la presentación desciende	Crece conforme la presentación alcanza el periné
Persistencia	Todo el parto	Desde que aparece hasta el final	Desde que aparece hasta el final
Fibras nociceptivas asociadas	C amilielínicas	C amilielínicas A-delta. mielinizadas	A-delta. mielinizadas
Zonas involucradas	DX-L1	L2-S1	S2-S3-S4
Respuesta farmacológica	Opioides	Opioides- Anestésicos locales	Anestésicos locales

Fuente: Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica. Volumen 3.

los liposolubles). Para el tratamiento del dolor somático, se adicionan a otro grupo de fármacos: anestésicos locales³. El Programa formativo para la especialidad de matronas lo recoge (figura 1)².

Dos son las técnicas neuroaxiales más universalizadas en la población obstétrica durante el trabajo de parto³:

1. Analgesia Epidural (AE)

Opiáceos lipofílicos se adicionan a anestésicos locales diluidos para que la sinergia reduzca la transmisión del dolor. Reportan múltiples ventajas:

- Eficacia y seguridad (demostrada la reducción del riesgo de toxicidad de los anestésicos locales)
- Permite disminuir la dosis de anestésicos locales y, con ello, el bloqueo motor
- La satisfacción de las mujeres es mayor

Fentanilo, sufentanilo y morfina son los principales opioides que, a dosis bajas, se asocian a los anestésicos locales en la analgesia epidural.

2. Analgesia combinada ("Combined spinal epidural", CSE)

En esta técnica, la duramadre es perforada para adicionar el anestésico local.

Ésta confiere ventajas respecto a la epidural al permitir un alivio del dolor más pronto (las raíces nerviosas son bañadas de forma uniforme).

Coexiste controversia debido a sus efectos secundarios; depresión respiratoria por diseminación rostral (primeros 30 minutos, los de mayor riesgo) y prurito (opioides en el espacio intradural) El antídoto es la Naloxona.

Respecto a las repercusiones fetales, existe riesgo de pérdida de bienestar fetal que se evidencia por cambios en la frecuencia cardíaca del feto (disminución de la variabilidad), depresión respiratoria y somnolencia de varios días de duración⁴.

Profesionales de la salud continúan visibilizando y denunciando la falta de formación respecto al manejo de los opioides en el alivio del dolor del parto, cuya aplicación no está exenta de riesgos. Denuncian la deficiente orientación en la toma de decisiones y la necesidad de protocolos que garanticen su seguridad^{1,3}.

Objetivos específicos:

- Visibilizar uno de los opioides más representativos empleados para el alivio del dolor en el trabajo de parto a través del método analgésico locoregional: el fentanilo.
- Profundizar en el conocimiento de los opiáceos más comúnmente prescritos, a nivel mundial, para el alivio del

dolor del parto, cuando su administración es parenteral (intramuscular e intravenosa)

- Enfatizar las ventajas asociadas al uso de opioides intravenosos con “Administración Controlada por la Paciente” (“PCA” en adelante).

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión de la literatura. Se consideraron válidas fuentes bibliográficas tanto secundarias como primarias. Como fuentes primarias destacan las bases de datos de Pubmed y Dialnet. Como fuente secundaria se recurrió a la Biblioteca Cochrane, GuíaSalud y NICE.

Para la obtención de dicha información, se examinaron los tesauros DECS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MESH. La selección de las palabras claves fue evolucionando en función de los resultados, ajustándose a los objetivos.

Las primeras palabras claves, desde la que partió la búsqueda, fueron:

Opiate Alkaloids / Opioid Peptides / Receptors, Opioid; Dolor Postoperatorio / Pain / Causalgia; Pregnancy Complications / Pregnancy / Delivery, Obstetric / Cesarean Section.

De éstas surgió la estrategia de búsqueda, utilizando los principales Operadores Booleanos (AND, OR), siguiente:

(Opiate Alkaloids OR Opioid Peptides OR Receptors, Opioid) AND (Dolor Postoperatorio OR Pain OR Causalgia) AND (Pregnancy Complications OR Pregnancy OR Delivery, Obstetric OR Cesarean Section)

Posteriormente, se incluyeron nuevas palabras claves (debido a la falta de precisión en los resultados): Intrapartum care; labor pain; analgesic.

Durante ese proceso, en aquéllos recursos que lo permitían, se aplicaron filtros, para acotar los resultados de las búsquedas. El más destacado corresponde con “fecha de publicación: últimos 10 años”.

Además, la búsqueda se amplió a través del popular buscador “Google Scholar” así como con la recopilación de artículos de interés a los que se accedió a través de la técnica de “Bola de nieve”.

Por último, con la finalidad de adentrarse en temas de interés actuales, fruto de reivindicaciones, se ahondó en la opinión de expertos/as, a través de blogs de asociaciones profesionales; “El parto es Nuestro” y “Tribu, Criar con Sentido Común”

Los criterios de inclusión son: muestra o población de estudio restringida a mujeres gestantes, que se hayan sometido a técnicas analgésicas para el alivio del dolor de trabajo de parto y que incluyan algún fármaco de la familia de los opiáceos.

Como criterios de exclusión destacan los artículos que basaron las estrategias, para el alivio del dolor en el trabajo de parto, en métodos alternativos; no farmacológicos y/o sin intervención del grupo de los opioides.

RESULTADOS

Fentanilo como opioide en el alivio del dolor del trabajo de parto cuando se emplea una técnica locorregional

El fentanilo epidural, empleado en el trabajo de parto, ha demostrado tener una ventajosa selectividad espinal. Por ello, su comportamiento ha sido el objetivo de estudio de multitud de investigaciones, especialmente en la “Analgésia Epidural Controlada por la Paciente” o “AECPC”, en la que se adiciona a anestésicos locales (entre los más empleados: bupivacaína al 0,125% y ropivacaína al 0,2%).

Aunque los motivos aún no son del todo esclarecedores, los opioides (y, concretamente el fentanilo) se posicionan como electivos, por los siguientes motivos⁶:

- Durante el parto, los sistemas endógenos analgésicos están activados.
- Los opioides endógenos también están aumentados lo que se traduce en menor cantidad necesaria de opiáceos exógenos para conseguir el objetivo analgésico.
- La cantidad de anestésicos locales que requieren las gestantes está disminuida, lo que reduce la cantidad que se precisa de opioides.

Cuando se recurre a la técnica intradural, éste sigue siendo de elección. Además, se emplea en cesáreas, lo cual favorece el bloqueo sensitivo (aumento de la intensidad y duración) prolongando la analgesia hasta las 6 horas postoperatoria sin que repercuta sobre el bienestar fetal, así como una baja incidencia de efectos adversos (siendo el más frecuente el prurito)⁶.

Opiáceos más comúnmente prescritos, a nivel mundial, para el alivio del dolor del parto: administración parenteral (intramuscular e intravenosa)

Los opioides parenterales presentan un limitado efecto en el alivio del dolor de parto. Las premisas a tener en cuenta para la utilización de opioides intravenosos e intramusculares⁴:

- Asegurar la disponibilidad de opioides en todos los centros en los que se brinde atención intraparto.
- Informar a la mujer de la limitada analgesia de este tipo de fármacos durante el trabajo de parto, así como de sus posibles efectos secundarios (tanto para ella como para el bebé)^{4,7}.
- Advertir de la interferencia con la lactancia materna.
- Adicionar un antiemético; antagonistas H2 o antiácidos con el fin de controlar la acidez gástrica.
- No utilizar el agua (normalmente bañeras) en las dos horas subsiguientes a la administración del opioide, por la probable aparición de somnolencia.

El ranking de las drogas más comunes empleadas, según la Cochrane (2018), incluye los siguientes fármacos: petidina, morfina, diamorfina, fentanilo, remifentanilo, meptazinol y nalbupina. Por su parte, la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR) destaca los incluidos en la tabla 1³.

Para consultar las dosis empleadas de cada uno de estos fármacos, y ciertas características farmacodinámicas (inicio de la acción farmacológica y vida media, duración), consultar la tabla correspondiente del anexo 1⁸.

Tabla 1. Analgésicos sistémicos utilizados para el trabajo de parto.

MEPERIDINA	REMIFENTANILO
Fentanilo	Morfina
Nalbufina	Butorfanol
Pentazocina	Prometacina
Hidroxicina	Midazolam
Diazepam	Pentobarbital
Secobarbital	Tiopental
Propofol	Ketamina

Fuente: Tabla de elaboración propia.

A continuación, nos centraremos en el desarrollo de los dos opioides más universalizados en la analgesia del trabajo de parto parenteral: la meperidina (también conocida como petidina) frente al remifentanilo.

Como anticipo, la escala EVA (Escala Visual Analógica) autoadministrada, pasada la primera hora desde la administración del fármaco, ha visibilizado la reducción media en su puntuación de 25mm más, para el remifentanilo, frente a la meperidina (medida ésta de 0 a 100mm)^{3,9,10}.

Meperidina/Petidina

La meperidina es un derivado sintético de la fenilpiperidina, de acción dual, analgésica y sedante, que actúa sobre el SNC (Sistema Nervioso Central)¹¹. Durante mucho tiempo, el opiáceo más empleado para el alivio del dolor del parto a nivel mundial^{3,7,8}.

Su empleo se circunscribe a las primeras etapas prodrómicas (no recomendado más allá de los cinco centímetros de dilatación cervical), cuando la percepción del dolor es intensa y/o el resto de medidas para el alivio del dolor están contraindicadas¹².

Los principales efectos adversos de la petidina, tanto materno como fetales, disciernen entre el momento de la administración del fármaco ("fase latente" versus "fase activa")¹². Consultar anexo 2.

La influencia de la meperidina, respecto al tiempo del trabajo de parto, es controvertido. Existen argumentos a favor de que la petidina no afecta a las contracciones uterinas e, incluso, contribuye al acortamiento de la fase activa del trabajo de parto (efecto acelerante), opinión muy cuestionable¹¹.

En países como Reino Unido, las matronas cualificadas pueden administrar petidina o diamorfina sin necesidad de prescripción

Tabla 2. Administración de meperidina: vía de administración e inicio de la acción.

VÍA DE ADMINISTRACIÓN	TIEMPO PARA EL INICIO DE LA ACCIÓN
Intramuscular (IM)	10-15 minutos (min.)
Intravenosa (IV)	1 min.
Vía Oral (VO)	15 min.
Subcutánea (SC)	10-15 min.

Fuente: Tabla de elaboración propia.

médica, intramuscular, tanto en el entorno hospitalario como en atención primaria^{11,13}.

Sin embargo, más de un tercio de las mujeres que emplean meperidina recurren posteriormente a la epidural sustentado en el supuesto alivio inadecuado del dolor. Además, se conoce que es mayor la cifra de mujeres nulíparas que recurren a esta opción terapéutica en comparación con las multíparas¹³.

Aunque la vía de administración intramuscular es la más popularizada, se consideran válidas todas las vías de administración. El aspecto más condicionante es el tiempo transcurrido para el inicio de la acción, el cual se puede consultar en la tabla 2.

Se propone administrar la meperidina, 100mg, disuelta en 100cc de suero fisiológico a través de la vía IV, a ritmo lento. El máximo se establece en 600mg en 24 horas³.

Los efectos adversos afectan al binomio materno-fetal. Están relacionados con el metabolismo de la meperidina, lo que justifica la necesidad de emplear la menor dosis necesaria^{1,3}.

En el feto:

- Este opioide atraviesa la placenta por difusión pasiva, alcanzando la concentración máxima a las 2-3 horas⁸. Hay que ajustar su administración en función de la hora prevista del parto.
- La acumulación de la normeperidina, metabolito activo neurotóxico, cuya excreción puede prolongarse entre tres y seis días¹, compromete el bienestar fetal durante el trabajo de parto (bajas puntuaciones en test de APGAR), puede provocar crisis serotoninérgicas, neurotoxicidad, convulsiones y afectación del desarrollo^{1,6}.
- Retrasa el inicio de la lactancia materna; succión inhibida del pecho.

Tabla 3. Analgésicos sistémicos utilizados para el trabajo de parto.

REQUISITOS PREVIOS	Consentimiento informado. No empleo de opioides 4 horas previas. Utilizar una vía venosa exclusiva para el remifentanilo.
DOSIFICACIÓN PROTOCOLIZADA	Bolos de 30-40 mcg. 2 minutos para los intervalos de cierre.
MONITORIZACIÓN PRECISA	Estrecha supervisión por la matrona (ratio 1:1). Pulsioximetría continua. Frecuencia respiratoria (cada 3º minutos). Escala: escala de sedación y escala de dolor (EVA).
CONTRAINDICACIONES GENERALES	Alergia a remifentanilo conocida. Abuso de opioides. Prematuridad (<36sg). Preeclampsia. Tratamiento con magnesio endovenoso. IMC>40 (Obesidad mórbida). Apnea obstructiva del sueño. AP: Enfermedad cardio-respiratorio severa.
NECESIDAD DE AVISAR A ANESTESIOLOGO/A	Sedación excesiva (no responde a órdenes verbales). Frecuencia respiratoria < 8rpm. SaO ₂ <90% (respirando aire ambiente).

Fuente: Tabla de elaboración propia. Contenido disponible en "Protocolos Asistenciales Anestesia Obstétrica"; SEDAR. 3ª edición.

En la madre:

- Depresión del centro respiratorio; hipoxemia e hipercapnia
- Vínculo madre- recién nacido alterado: contacto piel con piel, inicio precoz de la LM.
- Participación activa de la mujer interferida (deficiente para la toma de decisiones y deliberación sobre los cuidados)
- Náuseas y vómitos; ralentización del vaciado gástrico, riesgo de inhalación de contenido gástrico si se requiere, ante emergencia, la anestesia general¹.
- Alarga el parto; somnolencia y sedación, pocas posiciones erguidas.

Además, a este opiáceo, principalmente, se ha asociado la controvertida "sumisión química en el parto" ya que, junto con el haloperidol, sintetizan el conocido "Cóctel o media-sedación"^{3,7,14,15,116}

Remifentanilo

El remifentanilo es un opiáceo de acción ultracorta ya que se hidroliza, rápidamente, por las esterases sanguíneas y de los tejidos, impidiendo su acumulación en los tejidos incluso des-

pues de prolongadas infusiones⁷. Es agonista del receptor, de acción ultracorta μ y, por primera vez, fue sintetizado en la década de los noventa¹⁰.

Se caracteriza por:

- Ideales propiedades farmacocinéticas: rápido inicio de acción, efecto máximo a los 80-90 sg y vida media de 3 minutos. Eliminado por el feto rápidamente tras su metabolismo (su metabolito: ácido remifentanyl, es 1000 veces menos potente)^{3, 10, 17}.
- Eficacia analgésica: aunque es inferior a la neuroaxial, la satisfacción materna parece ser similar a ésta.
- Dosificación: la dosis óptima es desconocida y se intuye que es diferente en cada mujer.
- Efectos adversos: similares a otros opioides¹⁷. En el feto la acidosis y la reducción de la variabilidad de la FCF (necesidad baja de reanimación neonatal¹⁰. Las puntuaciones en el Apgar son muy satisfactorias¹⁷.

Presenta efectos secundarios maternos si se superan los 40mcg. El efecto más relevante: depresión respiratoria. Otros: náuseas, vómitos, rigidez muscular y prurito¹⁷.

Los dos supuestos de contraindicación absoluta para su empleo en gestantes son³:

- Alergia a anestésicos locales
- Interrupción de la anticoagulación (habitualmente Heparina de Bajo Peso Molecular) en tiempo insuficiente.

Modo PCA (Analgésia Controlada por el Paciente) para opioides de acción corta como el remifentanilo

El modo PCA ha sido empleado con muchos opioides administrados de forma endovenosa, demostrándose ser una estrategia útil para el alivio del dolor. Las mujeres alcanzan mayor alivio del dolor y satisfacción cuando éste es administrado así; favorece el alcance de la analgesia más rápidamente y sin los efectos secundarios de la administración intermitente endovenosa^{9,10}.

La sensación de control también aumenta. Además, se reducen las tasas de conversión a la analgesia epidural^{7,13}.

La bibliografía más actual alude al remifentanilo, de acción corta, como el opioide a priorizar. Sin embargo, el fentanilo empleado como opioide intravenoso, y siempre y cuando no esté disponible el remifentanilo, ha de ser de elección¹⁷.

El Reino Unido es uno de los países donde se está ofreciendo el empleo de remifentanilo por PCA en los casos en los que la epidural está contraindicada. Aun así, la disponibilidad "bajo demanda" es muy limitada; aún no está muy popularizada esta alternativa analgésica¹³.

Una de las principales funciones de la matrona consiste en el adiestramiento de la gestante; éstas han de estar instruidas en cómo utilizar el dispositivo eficazmente, identificando el momento idóneo de la inyección del bolo: coincidente con el pico máximo de la contracción (el acmé)^{7,10}.

La principal limitación en su empleo continúa siendo, en la actualidad, la necesidad de una disposición plena y disponibilidad de equipo y personal. El protocolo que ha de seguirse para garantizar su estricto seguimiento y máxima seguridad (tabla 3).

Anexo 1. Características farmacodinámicas y dosis de los opioides sistémicos empleados en el trabajo de parto.

Tabla 3. Dosis de analgésicos sistémicos usados para el trabajo de parto

Fármaco	Dosis	Inicio	Duración
Meperidina	25-50 mg IV 50-100 mg IM – 75 mg en 100 mL de SF 0.9% a pasar en 30 min (aproximadamente 1 mg/kg como un único bolo). Si la analgesia es insuficiente, otros 75 mg, seguidos de 50 mg cuando sea necesario (dosis máxima 200 mg). – PCA (dosis de carga de 49,5 mg, bolos de 5 mg, intervalo de bloqueo de 10 min y dosis máxima total de 200 mg)	5 min IV 40 mg IM	2-3 h
Morfina	2-5 mg IV 5-10 mg IM	3-5 min IV 20-40 min IM	3-4 h
Fentanilo	0,025-0,05 mg IV 0,1 mg IM 0,05 a 0,1 mg/h IV – PCA (dosis inicial de 0,05 mg, bolos de 0,02 mg, intervalo de bloqueo de 5 min, y máxima dosis total de 0,240 mg/h)	1-3 min IV 7-10 min IM	30-60 min IV 1-2 h IM
Remifentanilo	– PCA (dosis inicial de 0,04 mg, bolos de 0,04 mg, intervalo de bloqueo de 2 min, límite máximo de dosis de 1,2 mg/h) – PCA (bolos de 0,5 µg/kg y 2 min de intervalo de bloqueo). – PCA (dosis inicial de 0,02 mg en bolo, intervalo de bloqueo de 3 min sin infusión basal. Con incrementos de la dosis cada 15 a 20 min de 0,005 mg según requerimientos de la paciente, hasta una límite total de dosis de 1,5 mg/h)	1 min IV	Vida media de 3 min
Nalbufina	10-20 mg IV 10-20 mg IM	2-3 min IV 10-15 min IM	3-6 h
Butorfanol	1-2 mg IV 1-2 mg IM	5-10 min IV 10-15 min IM	3-4 h
Pentazocina	20-40 mg IV 20-40 mg IM	2-3 min IV 5-20 min IM	2-3 h
Prometacina	25-75 mg IV/IM	10-20 min	3-4 h
Hidroxicina	25-50 mg IM	30 min IM	4 h
Midazolam	1-5 mg IV	3-5 min	1-2 h
Diacepam	2-5 mg IV 10 mg IM	5 min IV	1-2 h IV 3-4 h IM
Pentobarbital	100-200 mg VO/ IM	30-60 min	3-6 h
Secobarbital	100 mg VO	30-60 min	3-6 h
Tiopental	125-200 mg IV	1-2 min IV	
Propofol	1 mg/kg.h IV	2-3 min	
Ketamina	10-20 mg IV 0.25 mg/kg IV	< 1 min	5 min

Fuente: Ortiz JR, Palacio FJ, Fornet I. Técnicas analgésicas para el parto: alternativas en caso de fallo de la epidural. An. Sist. Sanit. Navarra.2014;37 (3):411-427.

Anexo 2. Efectos adversos relevantes de la petidina materno-fetales. La influencia del momento de su administración durante el trabajo de parto. (Tablas de efectos adversos de la petidina en las madres y bebés).

Table 2: Effect of pethidine on mother related to adverse effects

Side Effects	Percentage of mothers %	
	Latent phase	Active phase
Drowsiness	22.14	30.2
Nausea and vomiting	6.71	2.01
Dizziness	11.4	4.69
Two or more side effects	10.06	3.35
None	4.02	5.36

Table 3: Effect on babies to pethidine

Characteristics	Percentage of affected babies %		
	Total	Latent phase	Active phase
Not crying	1.3	34.2	65.8
Sucking difficulties	10.7	46.7	43.3
Difficulty in breathing	7.4	50	50
Administered Oxygen	6	44.4	55.6
Administered Naloxone	22.1	21.2	78.8

Fuente: Deepika B, Prasagika K, Wickramasinghe R, de Silva B, Dissa-nayake D. Effect of Pethidine During Labour Process: Mothers Perspective Conference: Annual Academic Sessions 2013. Pro-ceedings, At The Open University of Sri Lanka. 2013: 1: 3.6.

En mujeres gestantes con neuroestimuladores se considera la estrategia analgésica idónea¹⁸.

CONCLUSIONES

- Los opioides contribuyen al alivio del dolor del trabajo de parto, especialmente el dolor visceral (cuando se emplean opioides liposolubles). Para el tratamiento del dolor somático, se han de adicionar fármacos de otro grupo: los anestésicos locales.
- Los métodos analgésicos epidural e intradural se posicionan como electivos, siendo el fentanilo el opioide de elección.
- El fentanilo, en los métodos analgésicos epidural e intradural, se suele adicionar a anestésicos locales, especialmente en la analgesia epidural. Aun así, dicha estrategia no parece contribuir en el aumento de la satisfacción de la mujer ni en el descenso en la incidencia de efectos secundarios, durante el trabajo de parto.
- Los opioides parenterales presentan un limitado efecto en el alivio del dolor de parto. El remifentanilo se posiciona como el mejor opioide. Se consigue una mayor satisfacción materna, eficacia analgésica y seguridad, con menor grado de efectos secundarios y de necesidad de uso del antídoto

naloxona cuando no es posible recurrir a la analgesia neuroaxial (no lo desea la paciente, no está disponible, existe contraindicación, etc.).

- La meperidina destaca por ser el más empleado, pero no por ser el más idóneo: su eficacia es limitada y sus efectos adversos numerosos (lo que obliga a ajustar su administración en función de la hora prevista del parto).
- La administración endovenosa a través de sistema “PCA” de remifentanilo, ofrece un alcance de la analgesia más rápidamente y sin los efectos secundarios de la administración intermitente endovenosa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Smith LA, Burns E, Cuthbert A. Parenteral opioids for maternal pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018;6
2. Vázquez JM, Rodríguez L. Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrica Ginecológica (Matrona). Volumen 3. [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. 2014[Consultado 8 de diciembre de 2021]
Disponible en: https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/Manual_EIR_Vol_3.htm
3. Alsina E, Bergé R, Borrás R, Brogly N, Cabellero A, Conesa A, et al. Protocolos Asistenciales de la sección de Anestesia Obstétrica de la SEDAR [Internet]. 3 ed. Madrid: SEDAR, Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. 2021 [Consultado 5 de diciembre de 2021]
Disponble en: <https://www.anestesiaobstetricademonterrey.com/Articulos/79/2021-Protocolos%20Asistenciales%20Anestesia%20Obstetrica%20SEDAR%203%C2%BAEdicio%CC%81n.pdf>
4. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. 2014 [consultado 4 diciembre de 2021].
Disponble en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
5. Romero MA, Brunos C, Pulete N. Contraindicaciones de analgesia epidural con morfina post cesárea. Revista Científica Mudo de la Investigación y el Conocimiento. 2019;3 (3): 596-613.
6. Mugabure B, Echaniz E, Marín M. Fisiología y farmacología clínica de los opioides epidurales e intratecales. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2005;12 (1):33-45.
7. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal [Internet]. 1 ed. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones Del País Vasco.2010. [Consultado 5 diciembre 2021].
Disponble en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
8. Ortiz JR, Palacio FJ, Fornet I. Técnicas analgésicas para el parto: alternativas en caso de fallo de la epidural. An. Sist. Sanit. Navarra.2014;37 (3):411-427.
9. Weibel S, Jelting Y, Afshari A, Pace N, Eberhart L, Jokinen J, et al. Patient-controlled analgesia with remifentanyl versus alternative parenteral methods for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;4.
10. Ling W, Leong B, Tiong A. A comparison between remifentanyl and meperidine for labor analgesia: a sistematic review. International Anesthesia Research Society. 2011;113(4).
11. Kadirogullari P, Yalcin P, Sabin B, Gonen I, Doga K. The effect of petidine analgesia on labor duration and maternal- fetal outcomes. Acta Biomed. 2021; 92 (2).
12. Deepika B, Prasagika K, Wickramasinghe R, de Silva B, Disa-nayake D. Effect of Pethidine During Labour Process: Mother`s Perspective Conference: Annual Academic Sessions 2013. Pro-ceedings, At The Open University of Sri Lanka. 2013: 1-3.
13. Wilson M, MacArthur C, Gao F, Homer L, Handley K, Daniels J. The RESPITE trial: remifentanyl intravenously administered patient-controlled analgesia (PCA) versus petidine intramuscular injection for pain relief in labour: study protocol for a randomised controlled trial. Trials.2016; 17.
14. Tribu CSC. Criar con Sentido Común[Internet]. Esther Esteban;n.d- Violencia obstétrica: La camisa de fuerza química del haloperidol; 11 de marzo de 2021 [citado 7 de enero de 2021].
Disponble en: <https://www.criarconsentidocomun.com/haloperidol-violencia-obstetrica/>
15. Asociación El Parto es Nuestro. Blog El Parto es Nuestro [Internet]. Madrid: Ibone Olza; n.d- Parir con Haloperidol; 8 de marzo de 2021 [citado 2 de diciembre de 2021].
Disponble en: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2021/03/08/parir-con-haloperidol>
16. Asociación El Parto es Nuestro. Blog El Parto es Nuestro [Internet]. Madrid; n.d- Haloperidol en el parto: respuesta de la Agencia Española del Medicamento; 8 de marzo de 2021 [citado 2 de diciembre de 2021].
Disponble en: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2021/09/17/haloperidol-en-el-parto-respuesta-de-la-agencia-espanola-del-medicamento>
17. González P. Opioides de corta duración en obstetricia. Anestesiología en gineco-obstetricia. 2013;36(1):154-158
18. Albericio B, Pradal L, Carbonell M, Gil S, Sola L Cía P. Analgesia intravenosa con remifentanilo en el trabajo de parto: a propósito de un caso. Rev. Soc. Esp. Del Dolor. 2019; 26 (1).

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Espinosa Jiménez S. Los opioides como método farmacológico en el tratamiento del dolor característico del trabajo de parto. Hygia de Enfermería. 2022; 39(3): 142-150.

¿Conocen los profesionales de enfermería estrategias de prevención e intervención en crisis en pacientes con conducta suicida? Revisión crítica

Do nurses know crisis prevention and intervention strategies in patients with suicidal behavior? Critical Review

Paula Asia Romero Aranda

Residente de primer año de Enfermería. Unidad Docente Multidisciplinar de Salud Mental "Virgen Macarena" (Sevilla).

ARTÍCULO SELECCIONADO

"Conducta suicida. Cuidados de enfermería para prevención e intervención en crisis"¹.

RESUMEN

Justificación

El suicidio conforma un problema de salud pública a nivel mundial, acabando con la vida de 800.000 personas al año. Por ello, la intervención profesional debe estar orientada a la potenciación de factores protectores (cohesión con el grupo, resiliencia, restricción de acceso a métodos letales), a la erradicación de factores de riesgo (intento de suicidio previo, existencia de trastornos mentales, consumo de alcohol) y al correcto manejo de las situaciones precipitantes (empeoramiento de enfermedades, pérdida de seres queridos, soledad).

La intervención sanitaria para la población de riesgo suicida se lleva a cabo desde atención primaria, en unidades de urgencias y en unidades de las redes de salud mental, desde donde enfermería desarrolla intervenciones concretas, ya que ha sido demostrado que son más eficaces y aceptadas por los pacientes debido a la disponibilidad y a la accesibilidad de la atención en comparación con las intervenciones dirigidas por psiquiatras y al estigma asociado a estos facultativos.

Objetivo

Analizar las estrategias de intervención de los profesionales de enfermería en pacientes con riesgo suicida en la Comunidad Autónoma de la Rioja.

Diseño

El trabajo de investigación se fundamenta en un estudio epidemiológico transversal.

Lugar

Unidades de la Red de Salud Mental del Servicio Riojano de salud.

Sujetos

Enfermeras pertenecientes a las Unidades de Salud Mental (USM) ubicadas en distintos Centros de Salud de Atención Primaria de La Rioja; a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil; Hospital de Día (HD), Unidad de hospitalización parcial, Unidad de Día Infanto-Juvenil; Unidad de Rehabilitación Psicosocial del Área (URA) y a la Unidad Especializada en la Rehabilitación Psicosocial de pacientes afectados de Trastorno Mental Grave (TMG); completando la Red las Unidades de Hospitalización, Unidad de Corta Estancia (UCE), Unidad de Media Estancia (UME) y la Unidad de Larga Estancia (ULE), todas ellas ubicadas en el Servicio Riojano de Salud. Estas enfermeras, además, se encontraban en activo en el momento del periodo de estudio siendo el 43% de ellas especialistas en salud mental y de estas especialistas, teniendo el 83% una experiencia superior a 16 años. Los sujetos de estudio, previamente a su participación en el mismo, fueron informados de los objetivos del estudio y de la metodología, firmando un consentimiento informado específico.

Con el objeto de garantizar un juicio experto de los participantes, la selección se realizó en función de las experiencias y conocimientos de los sujetos de estudio mediante un filtrado de idoneidad tomando como referencia los criterios de selección propuestos por Skjong y Went-Worht: experiencia profesional, reputación en la comunidad, conocimiento relativo al estudio y participación previa en estudios de este ámbito. Para participar en este estudio se aseguró de que el experto cumpliera al menos 3 de las 4 fuentes de argumentación siendo la tasa de

FECHA DE RECEPCIÓN: 1/12/2022

FECHA DE ACEPTACIÓN: 5/12/2022

Correspondencia: Paula Asia Romero Aranda

Correo electrónico: paulaasiaromeroaranda@gmail.com

respuesta global de los profesionales que cumplían los criterios de adhesión al estudio del 88,69%.

Metodología y recogida de datos

Se diseñó un instrumento “Cuestionario Evaluación Intervención Enfermería Prevención Riesgo 2018” estructurado en base a las intervenciones de enfermería identificadas en guías de práctica clínica enfermera con la finalidad de recoger de forma semiestructurada variables que permitieran evaluar indicadores clave en la investigación, los cuales se encuentran explicitados en el apartado que detalla a los sujetos.

La participación fue voluntaria y la cumplimentación del cuestionario anónima.

Análisis de los datos

El tratamiento de los datos y cálculos estadísticos se realizaron con el programa SPSS STATISTICS.

Resultados

Se muestra interés significativo por parte de enfermería en esta problemática de salud pública, señalando los participantes una consideración seria hacia las afirmaciones de los pacientes cuando refieren deseos de muerte. Asimismo, han demostrado estar capacitados para establecer relaciones terapéuticas, obtener información colateral de fuentes disponibles, movilizar recursos sanitarios y sociales, realizar la observación y seguimiento del paciente, manejar la conducta de autolesión en casos de crisis, participar como agente activo en la comprensión del paciente y valoración de necesidades y llevar a cabo intervenciones para el manejo de la patología mental de base habiendo diferencias significativas en este último por antigüedad, siendo los enfermeros más antiguos los que más refieren participar en estas intervenciones siendo también el caso de la intervención de manejo ambiental (Nursing Interventions Classification, NIC en adelante, núm. 4370). Sin embargo, por otro lado, se han percibido carencias en estos profesionales en la detección tanto de factores de riesgo como de los factores de protección vinculados a estas conductas, en la realización de la valoración de la ideación suicida, la elaboración del plan de cuidados y su registro. Además de encontrarse diferencias por grupos de edad y antigüedad en las siguientes intervenciones siendo los más mayores y/o antiguos los que las realizan o los que más las realizan, siendo aun así poco desempeñadas. Entre estas se encuentran el apoyo emocional (NIC 5270), la ayuda al afrontamiento (NIC 5230) y al apoyo en la toma de decisiones (NIC 5250), el entrenamiento para el control de impulsos (NIC 4370), la realización de la intervención breve debriefing, la participación en grupos de trabajo, foros de profesionales, sesiones clínicas o reuniones de equipo y la realización de actuaciones con el fin de reducir la ansiedad (NIC 5820). Por último, en relación con la formación recibida por los profesionales en relación con el tema a tratar, la mayoría refieren no haber contado nunca con ella. También, señalan la falta de apoyo que ofrece la organización en las investigaciones relacionadas con el suicidio y la salud mental y la inexistencia de un plan específico de intervención ante la conducta suicida.

Conclusiones

Se han apreciado carencias en la capacidad de realizar ciertas intervenciones según la percepción de los profesionales de enfermería para ofrecer unos cuidados de calidad al paciente

con riesgo suicida acusadas sobre todo por la falta de formación para el desarrollo de intervenciones basadas en la evidencia siendo de esta manera los participantes de mayor antigüedad los que suplen en parte, esta falta formativa, con la experiencia. Por lo tanto, esta falta de conocimientos es susceptible de mejora mediante itinerarios formativos en el grado universitario de enfermería, especialización, formación postgrado y continuada, la implantación de guías basadas en la evidencia y el establecimiento de planes de actuación para la prevención de este grave problema para la salud pública.

Ver: Tabla 1. Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales².

COMENTARIO CRÍTICO

Calidad metodológica

El planteamiento del artículo es adecuado además de ser un tema de actualidad relevante. Según la plantilla seleccionada para la lectura crítica y evaluación de estudios epidemiológicos transversales la calidad del estudio es alta, ya que cuenta con una pregunta de investigación claramente definida, las técnicas de medición de las variables principales se describen suficientemente y son adecuadas. Además, se especifican las pruebas estadísticas utilizadas y son apropiadas. Los resultados están bien descritos, son útiles y precisos. Asimismo, las conclusiones se basan en los resultados obtenidos y dan respuesta los objetivos del estudio. En referencia a las limitaciones del estudio, aparte de que el desconocimiento de la opinión de los no participantes pueda influir en los resultados a causa de la participación voluntaria, existe la posibilidad de que sujetos de estudio no hayan sido completamente sinceros sobre sus habilidades y conocimientos en el cuestionario. También, debido a no conocer el tamaño muestral real ni la cantidad de enfermeros que trabajan en los servicios de salud mental en La Rioja, no podemos saber con certeza si los resultados dados en la muestra son representativos de la población diana. Por otro lado, es importante destacar que el instrumento diseñado para la recogida de datos “Cuestionario de Evaluación Intervención Enfermería Prevención Riesgo de 2018” no aparece en el estudio y tampoco está validado, por lo que pone en duda si las variables recogidas a través de este y los indicadores evaluados son los más idóneos para la investigación, aunque tampoco podría ser una cuestión descartable, ya que aún así muchas de las intervenciones que aparecen en este se basan en NICs recogidos de guías de práctica clínica enfermera. Por último, cabe mencionar la inexistencia de una declaración en el artículo de posibles conflictos de intereses, lo que nos lleva a pensar que si existiesen podrían generar controversia acerca de los resultados obtenidos.

Discusión

Es evidente que existe un interés en los enfermeros encuestados ante la problemática de salud pública que supone las conductas suicidas y la necesidad de actuación mediante relaciones terapéuticas. El riesgo de suicidio se relaciona en su mayor parte con la patología mental de base, la depresión y los trastornos afectivos y en la línea de lo descrito en los resultados, la intervención de los profesionales en el manejo de estas dolencias incide en la prevención de la conducta suicida. Los participantes del estudio refieren intervenir con frecuencia en descompensaciones y crisis conductuales derivadas de una patología de

Tabla 1. Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales*.
(De Berra S y col.).

	EL ASPECTO SE LOGRA:				NO INFORMA	NO APLICA
	Muy bien	Bien	Regular	Mal		
A. PREGUNTA U OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN						
En la formulación de la pregunta o del objetivo se menciona adecuadamente la población de estudio, las variables principales (independientes y dependientes) y el tipo de relación/ comparación entre ellas			X			
En resumen, el estudio se basa en una pregunta de investigación claramente definida	X					
B. PARTICIPANTES						
Se indican los criterios de inclusión y de exclusión de participantes, así como las fuentes y los métodos de selección		X				
Los criterios de elección son adecuados para dar respuesta a la pregunta o el objetivo del estudio		X				
La población de estudio, definida por los criterios de selección, contiene un espectro adecuado de la población de interés: Considerar en qué medida la población de estudio es representativa de toda la población de interés (población general, de escolares, etc.). Observar si grupos específicos dentro de esa población de estudio (p. ej., por nivel de instrucción o de formación, por ocupación, por país de procedencia, etc.) están proporcionalmente representados. Si el estudio se realiza en usuarios para luego inferir los resultados a una población mayor, este punto no está bien cubierto.		X				
Se hizo una estimación del tamaño, el nivel de confianza o la potencia estadística de la muestra para la estimación de las medidas de frecuencia o de asociación que pretendía obtener el estudio					X	
Se informa del número de personas potencialmente elegibles, las inicialmente seleccionadas, las que aceptan y las que finalmente participan o responden. Si se comparan grupos, se indica esta información para cada grupo			X			
En resumen, la muestra es adecuada y similar a la población base; se minimiza la posibilidad de sesgo de selección				X		
C. COMPARABILIDAD ENTRE LOS GRUPOS ESTUDIADOS						
Si no se comparan grupos, responder «no aplica» a todos los enunciados de esta dimensión						
Las características de los grupos que se comparan están bien descritas. Por ejemplo, si se estudia un problema de salud, deben describirse los grupos por características sociodemográficas y otras variables que podrían modificar los resultados						X
Las poblaciones de origen de los participantes de cada grupo son semejantes. Según la selección, ambas poblaciones tienen características similares, de tal manera que sean comparables en todo, excepto en el factor de estudio o de clasificación en uno u otro grupo						X
Se utilizaron las mismas estrategias y técnicas de medición en todos los grupos; se midieron las mismas variables en todos los grupos						X
No se produjeron pérdidas (por falta de medición, abandono, migración, etc.) que afecten a una parte de la muestra. Arbitrariamente, se podría considerar como alta una pérdida del 20% de la muestra; las pérdidas no deberían afectar al tamaño muestral mínimo necesario y sus causas no deberían ser diferentes entre los grupos.						X
En resumen, los grupos estudiados son comparables; se minimiza la posibilidad de sesgo de selección						X

Continúa

(Continúa)

Tabla 1. Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales*.
(Continuación).

	EL ASPECTO SE LOGRA:				NO INFORMA	NO APLICA
	Muy bien	Bien	Regular	Mal		
D. DEFINICIÓN Y MEDICIÓN DE LAS VARIABLES PRINCIPALES						
Se exponen claramente cuáles son las V variables de exposición, resultado, confusoras o modificadoras			X			
Las variables principales tienen una adecuada definición conceptual (teórica) y operacional (escala de medición, sistema de clasificación, criterios diagnósticos, etc.)			X			
Los instrumentos de medición de las variables principales tienen validez y fiabilidad conocidas y adecuadas (se citan estudios que lo analizaron); se han adaptado culturalmente si las versiones originales provienen de lugares con lenguas o culturas diferentes (se citan los estudios que lo hicieron)			X			
Las técnicas de medición de las variables principales se describen suficientemente, son adecuadas y –si aplica– son las mismas para los grupos. Considerar la posibilidad de sesgos de memoria (alguno de los grupos puede recordar mejor algo del pasado) o del entrevistador (por conocimiento de la exposición o del problema de salud)		X				
En resumen, la medición de las variables principales se realizó de forma adecuada; se minimiza la posibilidad de sesgos de información					X	
E. ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y CONFUSIÓN						
El análisis estadístico estuvo determinado desde el inicio del estudio					X	
Se especifican las pruebas estadísticas utilizadas y son adecuadas	X					
Se trataron correctamente las pérdidas de participantes, datos perdidos u otros efectos del diseño de la muestra (diferentes probabilidades de selección) o de la exclusión de casos para algunos análisis					X	
Se tuvieron en cuenta los principales elementos de confusión posibles en el diseño y en el análisis.En el diseño deberían incorporarse variables teóricamente asociadas o determinantes del problema estudiado. En el análisis, la estimación del resultado principal debería estratificarse o ajustarse por esas variables					X	
En resumen, el análisis es adecuado y se minimiza la posibilidad de confusión			X			
VALORACIÓN GLOBAL DE LA VALIDEZ INTERNA Considerar las dimensiones b-e	Muy bien	Bien	Regular	Mal		
En resumen, el diseño del estudio permite minimizar los sesgos y el efecto de confusión			X			
F. RESULTADOS						
Se incluyen resultados de todos los participantes o se indica el número de datos no disponibles			X			
Se presentan los resultados planteados en los objetivos y todos los de interés, de manera clara y comprensible	X					
Se presentan medidas brutas y ajustadas, indicando las variables por las que se ajustan los resultados y justificando cuáles se incluyeron (o no) en el análisis		X				
Se presentan estimaciones de la significación estadística de las diferencias entre grupos (p. ej., valores de p) o de la precisión de los resultados (p. ej., intervalos de confianza)				X		
En resumen, los resultados están bien descritos, son útiles y precisos		X				

Continúa

(Continúa)

Tabla 1. Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales*.
(Continuación).

	EL ASPECTO SE LOGRA:				NO INFORMA	NO APLICA
	Muy bien	Bien	Regular	Mal		
G. CONCLUSIONES, VALIDEZ EXTERNA Y APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS						
Las conclusiones dan respuesta a los objetivos del estudio	X					
Las conclusiones presentadas se basan en los resultados obtenidos	X					
Los resultados de este estudio pueden extrapolarse a la población de interés de la presente revisión. Analizar similitudes y diferencias de ambas poblaciones (la del estudio y la de interés del lector) considerando el contexto espacial y temporal (p. ej., la prevalencia de la exposición), los criterios de inclusión, la definición y la medición de la exposición y el resultado, el nivel de confianza de las estimaciones, etc.			X			
La discusión considera implicaciones de la aplicación de los resultados, beneficios, seguridad y costes de su aplicación					X	
En resumen, los resultados del estudio son generalizables a la población y contexto en que interesa aplicarlos		X				
H. CONFLICTO DE INTERESES						
Se menciona la fuente de financiación del estudio o los autores declaran la existencia o ausencia de conflictos de intereses					X	
En resumen, los conflictos de intereses no condicionan los resultados ni las conclusiones del estudio					X	
VALORACIÓN GLOBAL DE LA CALIDAD DEL ESTUDIO	Alta	Media	Baja			
La calidad de la evidencia aportada por el estudio es	X					

* Este instrumento consta de 27 ítems para evaluar: pregunta u objetivo de investigación, participantes, comparabilidad entre los grupos estudiados, definición y medición de las variables principales, análisis y confusión, resultados, conclusiones, validez externa y aplicabilidad de los resultados, y conflicto de interés. Este instrumento puede utilizarse para la lectura crítica de artículos originales o en la elaboración de revisiones sistemáticas de la evidencia científica.

base considerándose agentes activos principales en el manejo ambiental siendo la antigüedad de los enfermeros una variable que favorece su destreza. Por otro lado, también existe evidencia que pone de manifiesto que tanto los factores de riesgo como los de protección se relacionan con la conducta suicida. Sin embargo, en el caso de nuestro artículo, los profesionales describen carencias tanto en la detección de factores de riesgo como en la de factores protectores vinculados a estas conductas. Además, destaca una escasa intervención por parte de los profesionales a nivel emocional, para el entrenamiento para el control de impulsos, el apoyo en la toma de decisiones, ayuda al afrontamiento, en la intervención psicológica breve debriefing e intervenciones para reducir la ansiedad que acompaña a estos

pacientes variando con la edad y antigüedad del enfermero que realiza la intervención. Se destaca en todos los profesionales participantes una falta de actualización en protocolos referentes al suicidio, escasa participación en los grupos de trabajo, foros profesionales y sesiones clínicas aparte de carencias formativas para el desarrollo de intervenciones basadas en la evidencia, siendo los profesionales con más antigüedad los que suplen esta falta de formación con su experiencia. A nivel institucional, se refleja la inexistencia de un plan específico de intervención ante el suicidio, la falta de apoyo en la investigación de esta problemática, así como la falta de una comisión comunitaria para la prevención de la conducta y de plazas de especialistas en enfermería de salud mental.

Importancia de los resultados

Los resultados de este artículo son aplicables a la Comunidad Autónoma de la Rioja, lugar donde se ha realizado este estudio. Si las limitaciones de dicho estudio se tuvieran en cuenta, haría que los resultados de dicho estudio contasen con más relevancia de la que ya tienen, dado que, al conocer la base del problema de la falta de conocimientos y habilidades en ciertas intervenciones, se podrían organizar sesiones formativas enfocadas a reforzar esas debilidades en concreto y por lo tanto conseguir una clara mejoría de la atención enfermera con respecto a las conductas suicidas. Por otro lado, sería interesante poder comparar las conclusiones de este artículo con la situación de otras Comunidades Autónomas y ver qué planes de formación continuada hay implantados en nuestro medio con el fin de suplir las carencias formativas señaladas.

Nivel de evidencia

Según el sistema GRADE³, el cual clasifica los estudios según el nivel de evidencia, este artículo tendría un nivel de evidencia bajo debido a que se trata de un estudio observacional.

Respuesta a la pregunta

Según los resultados del artículo, los profesionales de enfermería conocen estrategias de intervención y prevención en crisis en pacientes con conducta suicida tales como estable-

cer relaciones terapéuticas, obtener información colateral de fuentes disponibles, movilizar recursos sanitarios y sociales, realizar la observación y seguimiento del paciente, manejar la conducta de autolesión en casos de crisis, participar como agente activo en la comprensión del paciente y valoración de necesidades y llevar a cabo intervenciones para el manejo de la patología mental de base habiendo diferencias significativas en este último, siendo los enfermeros más antiguos los que más refieren participar en estas intervenciones siendo también el caso de la intervención de manejo ambiental. Sin embargo, hay otras muchas intervenciones para las que los enfermeros encuestados no se perciben capacitados para realizar siendo el principal motivo de ello la falta de formación. Con respecto al estudio, sería recomendable mejorar las limitaciones descritas anteriormente para aumentar la solidez de esta respuesta y mejorar la validez del estudio.

Conflictos de intereses de la autora

La presente autora afirma que no existen ningún tipo de interés financiero o de otro tipo en este estudio más que la adquisición de conocimientos propios y la difusión de estos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sufrate T, Santolalla I, Rivera F, Ramírez C, Conducta suicida. Cuidados de enfermería para prevención e intervención en crisis. Presencia. 2020;16(12659):1-7.
2. Berra S, Elorza-Ricard JM, Estrada MD, Sánchez E, Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales. Not metodol. 2008;22(5):492-7.
3. Aguayo-Albasini JL, Flores-Pastor B, Soria-Aledo V, Sistema Grade: clasificación de la calidad de la evidencia y graduación de la fuerza de recomendación. Cir esp. 2014;92(2):82-88.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Romero Aranda PA. ¿Conocen los profesionales de enfermería estrategias de prevención e intervención en crisis en pacientes con conducta suicida? Revisión crítica. Hygia de Enfermería. 2022; 39(3): 151-156.

Píldoras metodológicas en investigación enfermera: la metodología cualitativa en el campo de los cuidados

Methodological pills in nursing research: qualitative methodology in the field of care

Mercedes Terrero Varilla

Enfermera de familia y coordinadora de Cuidados. UGC Olivares. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte.

A través de este artículo, al igual que en la revista anterior, vamos a intentar de una manera sencilla y concisa, presentar las bondades de la metodología cualitativa y la aportación que para las enfermeras puede tener a la hora de su utilización para el abordaje de problemas de investigación o preguntas clínicas en el ámbito de los cuidados, frente al tradicional abordaje cuantitativo.

Si recordamos, en el artículo anterior, se exponían las ventajas fundamentales de elaborar idóneamente una pregunta de investigación:

- Nos ayuda a centrar el problema
- Nos ayuda a elaborar la mejor estrategia de búsqueda de información con los recursos disponibles
- Nos ayuda a elegir el mejor diseño de estudio
- Nos ayuda a ahorrar tiempo y recursos en la planificación del estudio de investigación¹

Esta vez nos vamos a parar en el tercer punto, sobre la elección del diseño de estudio de investigación. Ciertamente, entre las enfermeras noveles tendemos a una cierta preferencia por estudios de diseño cuantitativo, quizás por desconocimiento, quizás por influencia. Los métodos de investigación cualitativa son todavía un reto para enfermería, sobre todo en los inicios. A su favor, decir que la metodología cualitativa se presenta como una herramienta para comprender los fenómenos sociales que se pueden repetir en un grupo o población, o mejor dicho, comprender las respuestas humanas que podemos encontrar-nos ante un problema de salud. La investigación cualitativa en salud es un camino para comprender y aprender la realidad, desde la perspectiva que ofrecen las personas en su contexto social². Comprender por qué las personas responden de una determinada manera ante un problema de salud, nos ayudará a establecer intervenciones culturalmente adaptadas al grupo o población, aunque nuestra inercia vaya buscando como objetivo

describir, medir o establecer una relación causa efecto. Por tanto, de la correcta formulación de la pregunta, se desprenderá el abordaje cuantitativo o cualitativo para dar respuesta a la misma. Es importante nuevamente, poner énfasis en la formulación de la pregunta de investigación, añadiendo, una vez más, que una pregunta de investigación de buena calidad y bien formulada, es el elemento clave de un proyecto de investigación de éxito. La pregunta será mejor si deja claro y preciso el señalamiento que hace la pregunta del tipo de investigación que se aborda y de los tipos de datos que se tendrán que reunir³.

Para ayudarlos a comprender mejor las diferencias entre el enfoque tradicional cuantitativo y el enfoque cualitativo, más reciente y novedoso en el campo de la salud, vamos a confrontar las principales diferencias entre ambas metodologías de forma sencilla y breve:

- La investigación cuantitativa genera principalmente números, datos que se pueden transformar en estadísticas utilizables. Se utiliza fundamentalmente para formular hechos y descubrir patrones en la investigación. Los métodos de recopilación de datos están más estructurados, que los métodos cualitativos. Entre ellos destacan las encuestas de papel u online, entrevistas cara a cara o telefónicas, etc. El tamaño de la muestra es importante y debe ser representativo.
- La investigación cualitativa genera principalmente palabras y sus significados, es principalmente una investigación exploratoria. Se utiliza sobretodo para obtener una comprensión de las opiniones y las motivaciones. Los métodos de recopilación de datos son menos estructurados y más abiertos. Entre ellos destacan los grupos focales, las entrevistas en profundidad y las observaciones. El tamaño de la muestra es pequeño y son seleccionados para cumplir una cuota determinada⁴.

Para terminar estas píldoras metodológicas en investigación, vamos a poner unos ejemplos de preguntas de diseños cualitativos frente a preguntas de diseño cuantitativos, obtenidos de artículos publicados, para que comprendamos mejor las diferencias entre ambos diseños metodológicos y fundamentalmente el objetivo que busca cada uno de ellos.

FECHA DE RECEPCIÓN: 3/11/2022

FECHA DE ACEPTACIÓN: 1/12/2022

Correspondencia: Mercedes Terrero Varilla

Correo electrónico: mterrero@gmail.com

Preguntas de investigación susceptibles de abordaje cualitativo, cuyo objetivo es comprender un fenómeno social o comportamiento en su contexto y desde la perspectiva individual de las personas

- ¿Cómo se vive el duelo por la pérdida de un hijo?
- ¿Cuál es el impacto del consumo de cachimba entre adolescentes?
- ¿Es importante para los jóvenes el tema del aborto en nuestro entorno?

Preguntas de investigación susceptibles de abordaje cuantitativo, cuyo objetivo es medir, comparar o establecer relación causa-efecto

- ¿Cuál es la eficacia de la entrevista prequirúrgica en la disminución del dolor postoperatorio y la ansiedad previa a la entrada en quirófano?
- ¿Existe diferencias en los resultados de un programa de rehabilitación cardíaca según el género de los pacientes?
- ¿Cuál es el grado de control de los pacientes anticoagulados y las necesidades de ajustes de dosis de los pacientes en seguimiento por enfermería?

BIBLIOGRAFÍA

1. Terrero Varilla M. Píldoras metodológicas en investigación enfermera: la pregunta PICO. *Hygia de Enfermería*. 2022; 39(2):109-110.
2. Paula Pedregal, Carolina Besoain, Alejandro Reinoso, Tamara Zubarew. La investigación cualitativa: un aporte para mejorar los servicios de salud. *Rev.méd.Chile* vol.145. Nº3. Santiago mar. 2017.
3. Rubio Martin S. La pregunta de Investigación: El pilar de la excelencia de la enfermería basada en la evidencia. *Enferm Cardiol*.2013; Año XX (58-59): 23-26.
4. González López JL., Ruiz Hernández P. investigación cualitativa versus cuantitativa: ¿dicotomía metodológica o ideológica? *Index Enfem* vol.20. Nº 3 Granada jul./sep. 2011.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Terrero Varilla M. Píldoras metodológicas en investigación enfermera: la metodología cualitativa en el campo de los cuidados. *Hygia de Enfermería*. 2022; 39(3): 157-158.

Atención a la cronicidad. Práctica basada en la evidencia. Herramientas de apoyo en consulta

Attention to chronicity. Evidence-based practice. Consultation support tools

Luis Ruiz Bravo^A, Alejandro Soto Ramos^A y Mercedes Terrero Varilla^B

^A Enfermero de familia. UGC Olivares. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte.

^B Enfermera de familia y coordinadora de Cuidados. UGC Olivares. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte.

RESUMEN

La prevalencia de las enfermedades crónicas va en aumento. El modelo de atención a la cronicidad en atención primaria tiene como objetivos: mejorar la movilización de los recursos de la comunidad, desarrollar programas de autocuidados y educación al paciente y familia, rediseñar el sistema de prestación para garantizar la continuidad en la atención y asegurar el perfil competencial de los clínicos. Para ello es necesario que los gestores de cuidados lideren este modelo de cuidados asegurando que las decisiones que se toman a diario en la práctica asistencial estén basadas en las mejores evidencias disponibles, se evalúen los resultados y se replanteen las estrategias en caso de necesidad buscando siempre resultados en salud y la mejora de la calidad de vida en la atención a la cronicidad.

ABSTRACT

The prevalence of chronic diseases is increasing. The chronicity care model in primary care has the following objectives: improve the mobilization of community resources, develop self-care programs and patient and family education, redesign the delivery system to guarantee continuity of care and ensure that the competency profile of clinicians. For this, it is necessary that care managers lead this care model, ensuring that the decisions that are made daily in care practice are based on the best available evidence, the results are evaluated and the strategies are reconsidered in case of need, seeking always results in health and the improvement of the quality of life in the attention to chronicity.

INTRODUCCIÓN

Por todos es conocido que la prevalencia de las enfermedades crónicas va en aumento debido a múltiples factores, entre los que cabe destacar: el aumento de la esperanza de vida y los cambios en los hábitos de vida. Este escenario en el que nos hallamos inmersos y que condiciona mayores necesidades de atención para las personas que la sufren, ha obligado a las autoridades sanitarias a reorientar el sistema sanitario, centrado hasta ahora en las patologías agudas y empezar a tomar decisiones políticas en cuanto a la atención a la cronicidad. La planificación sanitaria, por tanto, se revela imprescindible para establecer las estrategias de atención, así como la redefinición de roles profesionales, donde las enfermeras de atención primaria asuman más competencias, convirtiéndose en profesionales clave en la atención al paciente crónico¹.

El modelo de cuidados de enfermedades crónicas es un marco organizativo, cuyo objetivo es la atención de la cronicidad en atención primaria y cuyas intervenciones son: mejorar la movilización de recursos de la comunidad, desarrollar programas de autocuidados y educación al paciente y a su familia, rediseñar el sistema de prestación para garantizar la continuidad de la atención, asegurar que los clínicos tengan los sistemas de apoyo necesarios para la toma de decisiones, desarrollar

sistemas de información y promover la utilización del modelo en todo el sistema de salud, marcando objetivos claros para todas las disciplinas, en función de las competencias y perfiles profesionales y fijando incentivos para ello².

Los gestores de cuidados, líderes de equipos, deben conocer cuáles son las consecuencias de las decisiones que se toman a diario en la práctica asistencial, elegir modelos de gestión de cuidados apropiados, medir y evaluar los resultados para replantar las estrategias en caso de necesidad, así como favorecer las mejores prácticas clínicas entre los profesionales, basando las decisiones en la mejor evidencia disponible.

JUSTIFICACIÓN

Actualmente y por todo lo expuesto anteriormente, en Andalucía nos encontramos inmersos en la implantación de la atención a pacientes crónicos con necesidades complejas, liderada por las enfermeras gestoras, quienes, junto con los equipos básicos de atención primaria, atienden a personas con comorbilidad, pluripatología, polimedicación y entorno de apoyo familiar y social dificultoso, a los que se le denominan "pacientes crónicos con necesidades de salud complejas". Esta intervención debe contribuir a mejorar la atención de las personas con problemas de salud crónicos, con impacto en resultados clínicos, en el entorno de las unidades de gestión clínica de atención primaria y con la cooperación de las unidades de gestión clínica hospitalarias implicadas en dicha atención³.

FECHA DE RECEPCIÓN: 5/11/2022

FECHA DE ACEPTACIÓN: 1/12/2022

Correspondencia: Mercedes Terrero Varilla

Correo electrónico: mterrero@gmail.com

Para ello se han facilitado herramientas para los equipos como son:

- Listado nominal de pacientes crónicos complejos priorizados. Las patologías priorizadas han sido la Insuficiencia cardíaca (IC) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), además de otras patologías crónicas. Se genera así una lista priorizada de pacientes crónicos complejos, que permitirá centrar las intervenciones en los pacientes más vulnerables y con mayores necesidades.
- Plan de atención personalizado: herramienta incluida en la historia de salud y que consiste en el proceso de colaboración utilizado en la gestión de condiciones crónicas de salud en el cual pacientes o personas cuidadoras y los profesionales sanitarios establecen consensualmente los objetivos a lograr en el paciente y las intervenciones que se llevarán a cabo para ello.
- Seguimiento proactivo de pacientes crónicos complejos priorizados: herramienta incluida en la historia de salud, para de manera proactiva detectar precozmente signos y síntomas de alarma en los pacientes crónicos complejos priorizados y establecer las intervenciones y movilizar los recursos necesarios para evitar descompensaciones y re-ingresos prevenibles.

En la UGC de Olivares, perteneciente al distrito sanitario Aljarafe-Sevilla Norte, conscientes de la necesidad de desarrollar competencias, del papel de la enfermera en la atención a la cronicidad y de la falta de conocimientos o escasa actualización entre los profesionales, hemos desarrollado cuatro herramientas de apoyo en consulta, para que de una manera resumida y de fácil manejo, los profesionales tengan a su alcance la evidencia disponible basadas en guías de práctica clínica, así como los principales recomendaciones para el autocuidado de los pacientes con las patologías priorizadas: la insuficiencia cardíaca y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Presentamos por tanto estas cuatro herramientas; manejo de la IC en atención primaria (anexo I), recomendaciones para pacientes con IC (anexo II), manejo de la EPOC en atención primaria (anexo III) y Tipos de fármacos (anexo IV). Esperamos sirvan de apoyo a las enfermeras de atención primaria inmersas en el cuidado de pacientes crónicos con necesidades complejas y comprometidas con la calidad de nuestras intervenciones y la práctica basada en las evidencias disponibles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Patricia Gómez-Picard, Juli Fuster Culebras. Atención a la cronicidad: desafío estratégico, macrogestión y políticas de salud. *Enfermería Clínica*. 2014. Vol 24. Num. 1: 12-17
Disponible en <https://www.elsevier.es/es-exportar-rif-S1130862113001903>
2. Bengoa R. Innovaciones en la gestión de enfermedades crónicas. *JANO*. 2008; 1.718: 49-53
Disponible en: http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1718/49/00490052_LR.pdf
3. Atención a pacientes crónicos con necesidades de salud complejas. Estrategia de implantación. Gerencia del servicio andaluz de salud, 2016. Edición: escuela andaluza de salud pública.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Ruiz Bravo L, Soto Ramos A, Terrero Varilla M. Atención a la cronicidad. Práctica basada en la evidencia. Herramientas de apoyo en consulta. *Hygia de Enfermería*. 2022; 39(3): 159-168.

Anexo I

MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA

DIAGNÓSTICO Y SÍNTOMAS

Clasificación funcional de la NYHA:

Clase funcional NYHA	Tolerancia al esfuerzo
Clase funcional I	Sin limitación. Actividades físicas habituales no causan disnea, cansancio ni palpitaciones.
Clase funcional II	Ligera limitación de la actividad física. Actividad física habitual produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.
Clase funcional III	Limitación marcada de la actividad física. Actividades menores producen síntomas.
Clase funcional IV	Incapacidad de realizar cualquier actividad sin síntomas. Aparecen síntomas incluso en reposo.

Síntomas típicos: disnea, ortopnea, fatiga, cansancio, disnea paroxística nocturna, baja tolerancia al ejercicio, edema en MMII.

Síntomas menos comunes: tos nocturna, sibilancias, palpitaciones, síncope, depresión, confusión en ancianos, pérdida de apetito, aumento de peso (> 2kg / semana) o pérdida de peso (IC avanzada).

PAPEL DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

La información y la educación sanitaria orientada hacia el autocuidado.

Deben conocer su enfermedad, medidas higiénico-dietéticas y TTO farmacológico.

- **IC:** comentar que el corazón no bombea la sangre como debería, pero con un buen autocuidado puede mejorar mucho la clínica y calidad de vida.
- **Alimentación:** equilibrada, restricción salina, toma de máx. 1,5-2 L de líquidos al día en IC grave...
- **Ejercicio físico:** Durante la actividad, la persona debe poder hablar. Si no pudiera, el ejercicio es excesivo.
 - Caminar por terreno llano, empezando 5-10 min unas 2 veces/día, e ir aumentando progresivamente hasta conseguir 30-40 min. de 5 a 7 veces por semana.
 - Nadar en agua templada (para evitar los cambios bruscos de temperatura) unos 15 min. al día.
 - Pasear en bicicleta en terreno llano (o bicicleta estática) 15 o 20 min. al día, con una resistencia baja e ir aumentando gradualmente según la tolerancia.
- **Intervención antitabaco:** si procede.
- **TTO farmacológico:** no dejar de tomarlo aunque la clínica mejore. No olvidemos que es una enfermedad crónica y que de ello depende que pueda haber descompensación y/o ingresos hospitalarios.

La detección precoz de síntomas para evitar descompensación.

- **Enseñar síntomas** típicos y menos comunes citados al inicio.

El fomento de la adherencia terapéutica.

- **Establecer una buena relación terapéutica** (no intimidar ni reñir al paciente). Escala Morinsky-Green.

La elaboración de planes de cuidados según las necesidades de cada individuo.

- **Se debe adaptar la intervención a sus rutinas**, y aceptar que el paciente es quien decide su propia salud.

El asesoramiento ante dudas y dificultades del paciente y su familia.

- Afecta tanto a nivel físico como a nivel mental. **Se puede ofrecer posibilidad de unirse a grupos de apoyo.**

El apoyo emocional para el mejor afrontamiento de la enfermedad y la posible pérdida de funcionalidad.

- **La disminución de actividad sexual** es común en IC y suele relacionarse con ansiedad y depresión.
- **Asesoramiento sexual:** No se aconseja restringir la vida sexual salvo en casos avanzados o IC descompensada. Es necesario acomodarla según tolerancia, evitando esfuerzos que originen aumento de síntomas.
- **En caso de disfunción eréctil** explicar que puede darse por efectos colaterales del TTO, síntomas psicológicos, enfermedades como diabetes, etc. Derivar a MAP si precisara ayuda farmacológica.

Asegurar la continuidad asistencial coordinándonos con MAP y con el segundo nivel.

- **Seguimiento:** CT, CE o VPR a las 48-72 horas tras alta o episodio de descompensación → 7-10 días → 3 meses

RECOMENDACIONES GENERALES A PACIENTES

1. Tomar la medicación como está prescrita (misma hora cada día) y no abandonarla aunque se encuentre mejor.
2. No olvidar ninguna dosis. Si esto ocurre y faltan pocas horas para la siguiente toma, no tomar el doble.
3. No dejar de tomar la medicación si presenta efectos adversos. Consultar antes con su médico o enfermera.
4. No tomar medicamentos ni productos de herboristería sin consultarlo antes con su médico o enfermera. Remedio natural no significa inofensivo, ya que pueden empeorar síntomas de la enfermedad o no ser compatibles con los fármacos. Esté atento para no quedarse sin medicación.
5. Elabore un listado con sus medicamentos: nombre, dosis, a la hora que lo toma y desde cuando los toma. Déjelo en un sitio visible como por ejemplo el frigorífico, un corcho, una pizarra, etc.
6. Si tiene dificultades para manejar la medicación, utilice un pastillero.
7. Controle en domicilio la tensión arterial según las cifras que le indique su enfermera, disnea o sensación de ahogo, la ganancia rápida de peso y edemas en miembros inferiores.
8. Si aparecen síntomas, contacte con su enfermero/médico de referencia.

MANEJO DE LA MEDICACIÓN

Es importante titular el fármaco: incrementos paulatinos de dosis en función de parámetros clínicos y analíticos, hasta conseguir la dosis efectiva. Esto implica un control y seguimiento estrecho del paciente.

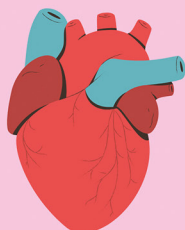
En caso de que TA < 90/60 mmHg o la FC < 60 lpm habrá que reducir dosis y realizar seguimiento hasta resolución.

No todas las personas necesitan todos los medicamentos, depende de síntomas, el estado de salud y los hábitos de vida.

POR ORDEN DE USO		EFFECTOS	SECUNDARIOS	VIGILAR																																																								
Beta-bloqueante. (- lol)		Dism TA y FC.	Mareos, inestabilidad en la marcha, hipoglucemia, disfunción eréctil, depresión, empeoramiento de síntomas de IC.	EKG: bradicardia, bloqueos, enfermedades en nódulo A-V.																																																								
<table><tr><th>BETABLOQUEANTE</th><th>DOSIS DE COMIENZO</th><th>DOSIS OBJETIVO</th></tr><tr><td>Bisoprolol</td><td>1,25 mg /24 h</td><td>10 mg / 24h</td></tr><tr><td>Carvedilol</td><td>3,125 mg /12h</td><td>25-50 mg /12h</td></tr><tr><td>Metoprolol succinato</td><td>12,5/25 mg /24 h</td><td>200 mg/24h</td></tr><tr><td>Nebivolol</td><td>1,25 mg /24h</td><td>10 mg / 24h</td></tr></table>				BETABLOQUEANTE	DOSIS DE COMIENZO	DOSIS OBJETIVO	Bisoprolol	1,25 mg /24 h	10 mg / 24h	Carvedilol	3,125 mg /12h	25-50 mg /12h	Metoprolol succinato	12,5/25 mg /24 h	200 mg/24h	Nebivolol	1,25 mg /24h	10 mg / 24h	Al inicio puede haber descompensación, hipotensión o empeoramiento de IC → aumentar dosis poco a poco. Titulación de dosis: se hará doblando la dosis en cada visita (cada 2-4 semanas) hasta alcanzar dosis objetivo.																																									
BETABLOQUEANTE	DOSIS DE COMIENZO	DOSIS OBJETIVO																																																										
Bisoprolol	1,25 mg /24 h	10 mg / 24h																																																										
Carvedilol	3,125 mg /12h	25-50 mg /12h																																																										
Metoprolol succinato	12,5/25 mg /24 h	200 mg/24h																																																										
Nebivolol	1,25 mg /24h	10 mg / 24h																																																										
IECA. (- pril)		Dism TA.	Mareos, tos, erupción cutánea.	Analítica: aum K y peor función renal (urea, creatinina y filtrado glomerular).																																																								
<table><tr><th>IECA</th><th>DOSIS DE COMIENZO</th><th>DOSIS OBJETIVO</th></tr><tr><td>Captopril</td><td>6,25 mg/8 h</td><td>50 mg/8 h</td></tr><tr><td>Enalapril</td><td>2,5 mg/12 h</td><td>10-20 mg/12 h</td></tr><tr><td>Ramipril</td><td>1,25 mg/12 h</td><td>5 mg/12 h</td></tr><tr><td>Trandolapril</td><td>0,5 mg/24 h</td><td>4 mg/24 h</td></tr><tr><td>Lisinopril</td><td>2,5-5,0 mg/24 h</td><td>20-35 mg/24 h</td></tr><tr><td>Perindopril</td><td>2 mg/24 h</td><td>8-16 mg/24 h</td></tr><tr><td>Quinapril</td><td>5 mg/12 h</td><td>20 mg/24 h</td></tr><tr><td>Fosinopril</td><td>5-10 mg/24 h</td><td>40 mg/24 h</td></tr></table>				IECA	DOSIS DE COMIENZO	DOSIS OBJETIVO	Captopril	6,25 mg/8 h	50 mg/8 h	Enalapril	2,5 mg/12 h	10-20 mg/12 h	Ramipril	1,25 mg/12 h	5 mg/12 h	Trandolapril	0,5 mg/24 h	4 mg/24 h	Lisinopril	2,5-5,0 mg/24 h	20-35 mg/24 h	Perindopril	2 mg/24 h	8-16 mg/24 h	Quinapril	5 mg/12 h	20 mg/24 h	Fosinopril	5-10 mg/24 h	40 mg/24 h	Vigilar TA. Si está prescrito una vez al día, tomar antes de acostarse para evitar marearse durante el día. Si IECA no funciona, tiene intolerancia o demasiados efectos adversos se puede usar ARA II.																													
IECA	DOSIS DE COMIENZO	DOSIS OBJETIVO																																																										
Captopril	6,25 mg/8 h	50 mg/8 h																																																										
Enalapril	2,5 mg/12 h	10-20 mg/12 h																																																										
Ramipril	1,25 mg/12 h	5 mg/12 h																																																										
Trandolapril	0,5 mg/24 h	4 mg/24 h																																																										
Lisinopril	2,5-5,0 mg/24 h	20-35 mg/24 h																																																										
Perindopril	2 mg/24 h	8-16 mg/24 h																																																										
Quinapril	5 mg/12 h	20 mg/24 h																																																										
Fosinopril	5-10 mg/24 h	40 mg/24 h																																																										
ARA II. (- sartán)		Dism TA.	Mareos.	Analítica: aum K y peor función renal (urea, creatinina y filtrado glomerular).																																																								
Antagonistas de Aldosterona.		Dism TA.	Hiperpotesemia.	Analítica: aum K y peor función renal (urea, creatinina y filtrado glomerular).																																																								
<table><tr><th></th><th>DOSIS INICIAL</th><th>DOSIS OBJETIVO</th></tr><tr><td>Eplerenona</td><td>25 mg/día</td><td>50 mg/día</td></tr><tr><td>Espirinolactona</td><td>25 mg/día</td><td>25-50 mg/día</td></tr></table>					DOSIS INICIAL	DOSIS OBJETIVO	Eplerenona	25 mg/día	50 mg/día	Espirinolactona	25 mg/día	25-50 mg/día	Titulación de dosis: aumentar dosis en cada visita (cada 4-8 semanas) hasta alcanzar dosis objetivo. Realizar analítica al menos 1 vez al año (Si tiene IRC cada 6 meses) para valorar iones y función renal.																																															
	DOSIS INICIAL	DOSIS OBJETIVO																																																										
Eplerenona	25 mg/día	50 mg/día																																																										
Espirinolactona	25 mg/día	25-50 mg/día																																																										
+																																																												
Diuréticos.		Alivian disnea y edema.	Fatiga, calambres musculares, mareos, hormigueo, palpitaciones.	Analítica: aum K y peor función renal (urea, creatinina y filtrado glomerular).																																																								
<table><tr><th>DIURÉTICO</th><th colspan="2">DOSIS DE COMIENZO</th><th colspan="2">DOSIS DIARIA USUAL</th></tr><tr><td colspan="5">Diuréticos de asa</td></tr><tr><td>Furosemida</td><td colspan="2">20-40 mg</td><td colspan="2">40-240 mg</td></tr><tr><td>Torsemida</td><td colspan="2">5-10 mg</td><td colspan="2">10-20 mg</td></tr><tr><td colspan="5">Tiazidas</td></tr><tr><td>Hidroclorotiazida</td><td colspan="2">25 mg</td><td colspan="2">12,5-100 mg</td></tr><tr><td>Indapamida</td><td colspan="2">2,5 mg</td><td colspan="2">2,5-5 mg</td></tr><tr><td>Diuréticos ahorradores de potasio</td><td>+IECA/ARA II</td><td>-IECA/ARAI</td><td>+IECA/ARA II</td><td>-IECA/ARAI</td></tr><tr><td>Espirinolactona/Eplerenona</td><td>12,5-25 mg</td><td>50 mg</td><td>50 mg</td><td>100-200 mg</td></tr><tr><td>Amilorida</td><td>2,5 mg</td><td>5 mg</td><td>5-10 mg</td><td>10-20 mg</td></tr><tr><td>Triamtereno</td><td>25 mg</td><td>50 mg</td><td>100 mg</td><td>200 mg</td></tr></table>					DIURÉTICO	DOSIS DE COMIENZO		DOSIS DIARIA USUAL		Diuréticos de asa					Furosemida	20-40 mg		40-240 mg		Torsemida	5-10 mg		10-20 mg		Tiazidas					Hidroclorotiazida	25 mg		12,5-100 mg		Indapamida	2,5 mg		2,5-5 mg		Diuréticos ahorradores de potasio	+IECA/ARA II	-IECA/ARAI	+IECA/ARA II	-IECA/ARAI	Espirinolactona/Eplerenona	12,5-25 mg	50 mg	50 mg	100-200 mg	Amilorida	2,5 mg	5 mg	5-10 mg	10-20 mg	Triamtereno	25 mg	50 mg	100 mg	200 mg	Suelen tener la necesidad de ir al baño aprox. 1 hora después de tomarlos → tener en cuenta para planificar salidas (adaptarlo a la rutina del paciente). Llevar un registro diario del peso y controlar el aumento o la pérdida de peso rápidos para prevenir signos y síntomas de congestión cardíaca, además de la toma de tensión arterial.
DIURÉTICO	DOSIS DE COMIENZO		DOSIS DIARIA USUAL																																																									
Diuréticos de asa																																																												
Furosemida	20-40 mg		40-240 mg																																																									
Torsemida	5-10 mg		10-20 mg																																																									
Tiazidas																																																												
Hidroclorotiazida	25 mg		12,5-100 mg																																																									
Indapamida	2,5 mg		2,5-5 mg																																																									
Diuréticos ahorradores de potasio	+IECA/ARA II	-IECA/ARAI	+IECA/ARA II	-IECA/ARAI																																																								
Espirinolactona/Eplerenona	12,5-25 mg	50 mg	50 mg	100-200 mg																																																								
Amilorida	2,5 mg	5 mg	5-10 mg	10-20 mg																																																								
Triamtereno	25 mg	50 mg	100 mg	200 mg																																																								

Bibliografía utilizada: Cuidados de Enfermería a personas con Insuficiencia Cardíaca Crónica en Atención Primaria. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC).

Anexo II

RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

RECOMENDACIONES INSUFICIENCIA CARDÍACA



HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE

- ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA, DIETA BAJA EN SAL.
- REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA.
- ABANDONO DEL TABACO.



TOMA DE MEDICACIÓN

- TOMA DE MEDICACIÓN A LA MISMA HORA.
- NO ABANDONAR EL TRATAMIENTO, AUNQUE SE ENCUENTRE MEJOR.
- NO DEJAR DE TOMAR LA MEDICACIÓN, AUNQUE APAREZCAN EFECTOS ADVERSOS.
- SI TIENE DUDAS, DEBE CONSULTAR A SU MÉDICO O ENFERMERA.



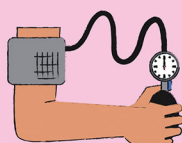
ELABORE UN LISTADO DE MEDICAMENTOS

- ANOTE: NOMBRE, DOSIS, LA HORA Y DESDE CUANDO LO TOMA.
- DÉJELO EN UN SITIO VISIBLE: CORCHO, FRIGORÍFICO...



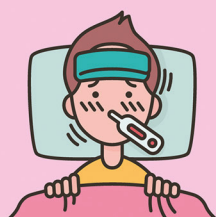
UTILICE UN PASTILLERO

- SI TIENE DIFICULTADES PARA EL MANEJO DE LA MEDICACIÓN, UN PASTILLERO LE VENDRÁ MUY BIEN.



CONTROL EN DOMICILIO

- TENSIÓN ARTERIAL (SEGÚN CIFRAS MARCADAS POR SU ENFERMERA).
- CONTROL DE PESO (PARA DETECTAR SI HAY AUMENTO RÁPIDO DE PESO).
- VIGILANCIA DE HINCHAZÓN DE PIES Y TOBILLOS.



ACUDA A SU CENTRO DE SALUD

- ACUDIR SI APARECE O EMPEORAN LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: FÁTIGA, CANSANCIO, ASFIXIA, HINCHAZÓN DE PIERNAS, AUMENTO O DESCENSO RÁPIDO DE PESO.

Anexo III

MANEJO DE LA EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA

DIAGNÓSTICO

Sospecha clínica: exposición a factores de riesgo (FR) y con síntomas como disnea y/o tos crónica con o sin esputo. FR: hábito tabáquico (ppal), exposición laboral a polvos, gases, humos tóxicos, humos por combustibles biomasa.

Diagnosticada con espirometría: indicada con prueba bronco-dilatadora en mayores de 35 años con tabaquismo de al menos 10 años y síntomas respiratorios persistentes.

Una vez confirmado el diagnóstico se clasifica el grado de obstrucción al flujo aéreo en 4 niveles:

Escala GOLD	
GOLD – 1	FEV1 $\geq$ 80
GOLD – 2	FEV1 50 – 79
GOLD – 3	FEV1 30 – 49
GOLD – 4	FEV1 < 30

PAPEL DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

La información y la educación sanitaria orientada hacia el autocuidado.

- **EPOC:** comentar que es una enfermedad pulmonar crónica que obstruye el flujo de aire de los pulmones.
- **Alimentación:** buscaremos un IMC entre 21 y 25. La mejor bebida es el agua: cantidad aprox. de 1,5 L al día.
 - 4-6 comidas al día, ligeras y poco abundantes. Dietas pobres en HC (favorecen hipercapnia).
 - Alimentos de fácil masticación: evitar masticación prolongada o alimentos que causen flatulencias o digestiones pesadas (col, coliflor, cebolla, etc.).
 - Prevenir estreñimiento y evitar alimentos muy fríos/calientes que puedan irritar faringe y causar tos.
- **Ejercicio físico:** Mejora disnea, tolerancia al ejercicio, calidad de vida, reduce ansiedad y depresión, ayuda a los fumadores a dejar de fumar. Mejora el estado de ánimo.
 - Durante la actividad, la persona debe poder hablar. Si no pudiera, el ejercicio es excesivo.
 - Caminar en terreno llano y al ritmo que tolere. 30 min-1h al día entre 3 y 7 días a la semana. Podemos empezar con 15 min / día y aumentar 5 min c/sem hasta un máx. de 60 min / día.
 - Evitar el ejercicio 3h después de comidas o en los inicios/final del día. Evitar T°C extremas.
 - Cuando NO hacer ejercicio: fiebre, dificultad respiratoria severa, dolor torácico o inflamación articular.
- **Rehabilitación Respiratoria:**
 - Postura erguida, hombros relajados, coger aire por nariz y soltar por boca como si soplara.
 - Empezar realizando 5 min en mañana y 5 min en tarde, y aumentar 5 min c/sem hasta máx 30 min.

- Cada ejercicio se hace 5 veces, se descansa 1 min y se hace otras 5 veces (suave y progresiva).
- No olvidar inhalador: detenerse si dificultad respiratoria, tomar inhalador, respirar hondo y tener los descansos necesarios. Se recomienda iniciar la rehabilitación respiratoria inmediatamente tras finalizar el TTO de la exacerbación o en el periodo comprendido en las tres semanas siguientes.
- Ejercicios de brazos: Permanecer en cada posición de 3 a 5 seg.
 1. Subir brazos mientras cogemos aire por la nariz, mantenerlos arriba y bajarlos soltando el aire.
 2. Abrir brazos en horizontal, mantenerlos y volver a posición original.
 3. Flexionar codos hacia arriba, mantener y volver a posición original.
- **Intervención antitabaco:** Es la medida más eficaz para detener la progresión de la enfermedad.
- **Vacunación:** captación para adecuada cobertura vacunal (Gripe, Neumococo, Covid-19).
- **Tratamiento (TTO) farmacológico:** no dejar de tomarlo aunque clínica mejore. Es una enfermedad crónica y de ello depende que pueda haber descompensación y/o ingresos hospitalarios.

La detección precoz de síntomas para evitar descompensación.

- **Descompensación:** empeoramiento mantenido de la situación clínica, generalmente de inicio rápido, y se manifiesta con aumento de tos, ahogo y esputo, o cambios en su coloración y/o consistencia.
- **Causa más frecuente:** infecciones respiratorias y factores como contaminación o abandono del TTO.
- **¿Qué hacer en caso de descompensación?**
 - Tomar la medicación de rescate sin sobrepasar los límites. Reducir actividad física.
 - Evitar cambios bruscos de T°C y ambientes contaminados. Comprobar la T°C corporal.
 - Hacer comidas ligeras, poco abundantes y frecuentes, aumentando la ingesta de líquidos.
 - Proporcionar a la persona con EPOC un plan de actuación para casos de exacerbaciones.

El fomento de la adherencia terapéutica.

- **Establecer una buena relación terapéutica** (no intimidar ni reñir al paciente). Escala Morinsky-Green.

La elaboración de planes de cuidados según las necesidades de cada individuo.

- **Se debe adaptar la intervención a sus rutinas**, y aceptar que el paciente es quien decide su propia salud.

El asesoramiento ante dudas y dificultades del paciente y su familia.

- Afecta tanto a nivel físico como a nivel mental. **Se puede ofrecer posibilidad de unirse a grupos de apoyo.**

El apoyo emocional para el mejor afrontamiento de la enfermedad y la posible pérdida de funcionalidad.

- La disminución de actividad sexual es común y suele relacionarse con la ansiedad y la depresión.
- **Asesoramiento sexual:** Se puede continuar con la vida sexual. Usar la medicación de rescate si se precisa. Programarla cuando se sienta más descansado. Posiciones cómodas que no dificulten la respiración. Si aparece ahogo, parar y descansar. La intimidad, cariño y sensación de sentirse querido son experiencias que pueden hacer que una relación de pareja sea plena sin necesidad, a veces, de una actividad sexual física.

Asegurar la continuidad asistencial coordinándonos con MAP.

RECOMENDACIONES GENERALES A PACIENTES

- Recordar importancia de alimentación, ejercicio físico, deshabituación tabáquica, vacunación y cumplir TTO.
- Aseo personal: Se puede sentar para realizar actividades que resulten dificultosas.
 - Placa de ducha mejor que bañera. Aconsejable esterillas antideslizantes y barras de sujeción.
 - Tener objetos que más use en un lugar accesible. Evitar desodorantes o sprays irritantes.
 - Cepillos de mango largo para limpiar pies o espalda, o albornoz/toallas grandes para secado.
- Planificar compras: Organizar lista de compra y su ubicación en supermercado. Evitar horas de aglomeración. Dejar la compra a una altura adecuada para guardarla (no en el suelo).
- Subir escaleras: Descansar delante de la escalera. Inspirar y coger el aire que se pueda. Subir mientras se echa el aire con los labios fruncidos. Pararse al final de la espiración y descansar. Volver a inspirar y seguir la pauta.
- Viajes: No olvidar medicamentos, saber dosis y si necesitará O₂ en avión. Preguntar si tendrá problemas en el control de seguridad. Si viaja a lugares con T°C muy extremas, consultar con el médico/a y elegir otra época.
- Detección precoz de descompensación y actuación en exacerbaciones.

MANEJO DE LA MEDICACIÓN

El TTO no es estático → hay que revisar, evaluar y ajustar la medicación periódicamente. Para ello hay que evaluar cumplimiento del TTO, técnica inhalatoria y adecuación del dispositivo para ver si ha influido en el control inadecuado de la enfermedad.

Para el TTO inicial se clasifica a pacientes según gravedad (basándose en la sintomatología: disnea y exacerbaciones).

GRUPO DE PACIENTES		TRATAMIENTO
A	Disnea 0-1 ≤ 1 exacerbación/año moderada (no requiere hospitalización)	SABA o SAMA (a demanda) o LABA o LAMA (si los síntomas son persistentes)
B	Disnea ≥ 2 ≤ 1 exacerbación/año moderada (no requiere hospitalización)	LABA o LAMA^a o LABA + LAMA (si la disnea es grave)
C	Disnea 0-1 ≥ 2 exacerbaciones/año moderadas o ≥ 1 que requieren hospitalización	LAMA^b
D	Disnea ≥ 2 ≥ 2 exacerbaciones/año moderadas o ≥ 1 que requieren hospitalización	LAMA o LABA + LAMA^c o CI + LABA^d

La intensidad de la disnea se clasifica según la Clasificación MRCm (Medical Research Council modificada).

Broncodilatadores de acción corta: SABA (agonista beta-2) y SAMA (anticolinérgico).

Broncodilatadores de acción larga: LABA (agonista beta-2), LAMA (anticolinérgico) y CI (corticoesteroide inhalado).

a: No existen evidencias suficientes para recomendar un LAMA frente a un LABA en este grupo de pacientes.

b: Los LAMA son superiores a los LABA para reducir exacerbaciones.

c: Considerar si la sintomatología es muy importante (disnea y/o limitación al ejercicio).

d: Considerar si la cifra de eosinófilos en sangre es ≥300 células/μl o hay solapamiento asma/EPOC.

El TTO de la EPOC se puede realizar con:

- **Monoterapia:**
 - 1 broncodilatador (LABA o LAMA). Como en la mayoría de los pacientes, recomendándose los LAMA en monoterapia si las exacerbaciones son frecuentes o graves.
- **Doble terapia:**
 - 2 broncodilatadores (LABA+LAMA). Si sintomatología importante (disnea grave y/o limitación ejercicio)
 - Corticoesteroide inhalado junto a LABA (CI+LABA). Si hay solapamiento asma/EPOC o si recuento de eosinófilos en sangre es ≥ 300 células/ μ l.
- **Triple terapia** (LABA+LAMA+CI). No se usa en el TTO inicial. Se considera en pacientes con:
 - Disnea persistente o limitación al ejercicio a pesar del TTO con CI+LABA.
 - Exacerbaciones persistentes a pesar del TTO con CI+LABA o LABA+LAMA.

Seguimiento del TTO:

- Si la respuesta inicial es buena, se recomienda mantenerlo.
- Si la respuesta es mala, se controlará síntoma predominante (disnea o exacerbaciones). Si ambas predominan, se sigue el protocolo de exacerbaciones.

TIPOS DE FÁRMACOS

Ver anexo IV.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía para el abordaje de los cuidados a personas con EPOC en Atención Primaria en el SSPA. Servicio Andaluz de Salud. Edición enero 2017.
2. Guía de bolsillo para el diagnóstico, manejo y prevención de la EPOC. Una guía para profesionales de la asistencia sanitaria. Edición de 2022. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease G.
3. EPOC: actualización del tratamiento. Centro Andaluz de documentación e información de medicamentos. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Consumo. 5 de marzo de 2021.

Anexo IV

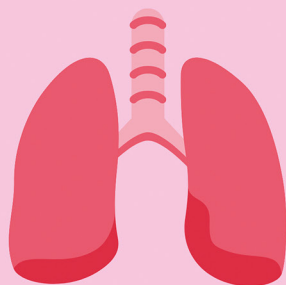
TIPOS DE FÁRMACOS

GRUPO		FÁRMACO	MEDICAMENTOS	TIPO DE DISPOSITIVO	
BD acción corta (a demanda)	SABA	Salbutamol	Salbutamol Sandoz	ICP	
			Ventilastin Novolizer	IPS Novolizer	
	SAMA	Ipratropio	Atroaldo	ICP	
			Atrovent	ICP	
BD acción larga (mantenimiento)	LABA	Formoterol	Broncoral Neo	ICP	
			Foradil Aerolizer	IPS Aerolizer	
			Formatris Novolizer	IPS Novolizer	
			Formoterol Aldo Union	IPS Aerolizer	
			Formoterol Stada	IPS Aerolizer	
			Oxis Turbuhaler	IPS Turbuhaler	
		Indacaterol	Hirobriz Breezhaler	IPS Breezhaler	
			Onbrez Breezhaler	IPS Breezhaler	
			Oslif Breezhaler	IPS Breezhaler	
		Olodaterol	Striverdi Respimat	IVS Respimat	
		Salmeterol	Beglan	ICP, IPS Accuhaler	
			Betamican	ICP, IPS Accuhaler	
	Inaspir		ICP, IPS Accuhaler		
	Serevent		ICP, IPS Accuhaler		
	LAMA		Aclidinio	Bretaris Genuair	IPS Genuair
				Eklira Genuair	IPS Genuair
		Glicopirronio	Enurev	IPS Breezhaler	
			Seebri	IPS Breezhaler	
		Tiotropio	Tovanor	IPS Breezhaler	
			Braltus	IPS Zonda	
			Gregal	IPS Zonda	
			Spiriva	IPS Handihaler	
		Spiriva Respimat	IVS Respimat		
	Umeclidinio	Incruse	IPS Ellipta		
Corticoesteroides inhalados		Budesonida	Pulmicort Turbuhaler	IPS Turbuhaler	
		Fluticasona	Flixotide	ICP, IPS Accuhaler	
			Flusonal	ICP, IPS Accuhaler	
			Inalacort	ICP, IPS Accuhaler	
			Trialona	ICP, IPS Accuhaler	
LABA / LAMA (doble broncodilatación)		Formoterol / Aclidinio	Brimica Genuair	IPS Genuair	
			Duaklir Genuair	IPS Genuair	
		Indacaterol / Glicopirronio	Ultibro Breezhaler	IPS Breezhaler	
			Ulnar Breezhaler	IPS Breezhaler	
		Xoterna Breezhaler	IPS Breezhaler		
			Spiolto Respimat	IVS Respimat	
		Yanimo Respimat	IVS Respimat		
		Anoro	IPS Ellipta		
Laventair	IPS Ellipta				
LABA / CI		Formoterol / Beclometasona	Formodual 100/6	ICP	
			Formodual Nexthaler 100/6	IPS Nexthaler	
			Foster 100/6	ICP	
			Foster Nexthaler 100/6	IPS Nexthaler	
		Formoterol / Budesonida	Bufomix Easyhaler	IPS Easyhaler	
			BiResp Spiromax	IPS Spiromax	
			DuoResp Spiromax	IPS Spiromax	
			Gibiter Easyhaler	IPS Easyhaler	
			Rilast	ICP	
			Rilast Turbuhaler	IPS Turbuhaler	
			Symbicort	ICP	
			Symbicort Turbuhaler	IPS Turbuhaler	
		Salmeterol / Fluticasona	Aerivio Spiromax	IPS Spiromax	
			Airflusal Forspiro	IPS Forspiro	
			Anasma Accuhaler	IPS Accuhaler	
			Inaladuo Accuhaler 50/500	IPS Accuhaler	
			Plusvent Accuhaler 50/500	IPS Accuhaler	
			Seretide Accuhaler 50/500	IPS Accuhaler	
		Vilanterol / Fluticasona	Relvar Ellipta	IPS Ellipta	
			Revinty Ellipta	IPS Ellipta	
LABA / LAMA / CI		Formoterol / Glicopirronio / Beclometasona	Trimbow	ICP, Nexthaler	
		Vilanterol / Umeclidinio / Fluticasona	Trelegy Ellipta	IPS Ellipta	
		Budesonida / Formoterol / Glicopirronio	Trixeo	ICP	
		Indacaterol / Glicopirronio / Mometasona	Zimbus	Easyhaler	

BD (broncodilatadores); BD de acción corta: SABA (agonista beta-2), SAMA (anticolinérgico); BD de acción larga: LABA (agonista beta-2), LAMA (anticolinérgico); y CI (corticoesteroide inhalado). ICP (inhalador de Cartucho Presurizado); IVS (inhalador de vapor suave); IPS (inhalador de polvo seco).

Anexo V

RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON EPOC

RECOMENDACIONES
E P O C

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE

- ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA, EVITE DIGESTIONES PESADAS, HAGA COMIDAS LIGERAS.
- REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA, SEGÚN TOLERANCIA.
- ABANDONO DEL TABACO.
- REHABILITACIÓN PULMONAR.



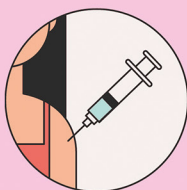
TOMA DE MEDICACIÓN

- TOMA DE MEDICACIÓN A LA MISMA HORA.
- NO ABANDONAR EL TRATAMIENTO, AUNQUE SE ENCUENTRE MEJOR.
- NO DEJAR DE TOMAR LA MEDICACIÓN, AUNQUE APAREZCAN EFECTOS ADVERSOS.
- SI TIENE DUDAS, DEBE CONSULTAR A SU MÉDICO O ENFERMERA.



ELABORE UN LISTADO DE MEDICAMENTOS

- ANOTE: NOMBRE, DOSIS, LA HORA Y DESDE CUANDO LO TOMA.
- DÉJELO EN UN SITIO VISIBLE: CORCHO, FRIGORÍFICO...



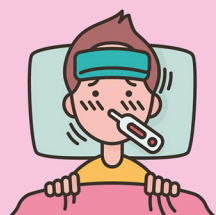
VACUNACIÓN

- ES RECOMENDABLE LA VACUNACIÓN FRENTE A:
 - GRIPE
 - NEUMOCOCO
 - COVID-19



EVITAR DESCONPENSACIÓN

- EVITE EXPOSICIÓN A HUMOS, CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA, ESTRÉS O ANSIEDAD, ACTIVIDAD FÍSICA EXCESIVA.



ACUDA A SU CENTRO DE SALUD

- ACUDIR SI APARECE O EMPEORAN LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: FÁTIGA, CANSANCIO, ASFIXIA, RUIDOS RESPIRATORIOS Y TOS QUE PUEDE ACOMPAÑARSE DE MUCOSIDAD.



PREMIO AL MEJOR ARTÍCULO CIENTÍFICO

El Excmo. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla premia el artículo científico más relevante publicado durante los 12 meses del año 2022

Un premio cada mes

Los tres mejores artículos del año también serán distinguidos: **1º: 600 € / 2º: 300 € / 3º: 100 €**

El plazo de envío se inicia el día 25 de cada mes y se extiende hasta el día 5 del siguiente

<https://colegioenfermeriasevilla.es/profesion/premios/i-plan-de-investigacion>



EXCMO. COLEGIO OFICIAL DE
ENFERMERÍA DE SEVILLA

NORMATIVA DE PRESENTACIÓN DE TRABAJOS PARA SU PUBLICACIÓN EN LA REVISTA HYGIA

La revista **Hygia de Enfermería** considerará para su publicación los trabajos que tengan interés por los conocimientos e informaciones específicos de ciencias de la salud y que contribuyan al desarrollo y mejor definición de la enfermería en cualquiera de sus actividades. La revista actualmente está incluida en CUIDEN, DIALNET y ENFISPO.

NORMAS

- 1. Los trabajos que se proponen para su publicación en Hygia de Enfermería deben ser originales, inéditos y no aceptados ni enviados simultáneamente para su consideración en otras revistas. Si ha sido publicado en el resumen del libro oficial de un congreso o evento similar como completo, no se consideran inéditos.
- 2. Los autores deben indicar si han recibido financiación e indicar el organismo, la institución o empresa que haya financiado.
- 3. Todos los trabajos que se envíen deben indicar si existen posibles conflictos de intereses en alguna de las personas firmantes.
- 4. Al menos, uno de los autores deberá ser profesional de enfermería colegiado. No se aceptarán más de seis autores por trabajo, excepto si viene justificada su autoría y aportación personal de cada uno de ellos.
- 5. Los autores deben obtener autorización previa para: Presentar datos o figuras íntegras o modificadas que ya hayan sido publicadas. Publicar fotografías que permitan la identificación de personas. Mencionar a las personas o entidades que figuren en los agradecimientos.
- 6. Los autores renuncian tácitamente a los derechos de publicación, de manera que los trabajos aceptados pasan a ser propiedad de la revista Hygia de Enfermería. Para la reproducción total o parcial del texto, tablas o figuras, es imprescindible solicitar autorización del Comité Editorial y obligatorio citar su procedencia.
- 7. El Comité Editorial realiza una evaluación preliminar de los trabajos recibidos. Los manuscritos que superan esta selección inicial son sometidos a una evaluación por pares (peer review).
- 8. El Comité Editorial de la revista Hygia de Enfermería propondrá a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del correspondiente manuscrito. En estos casos, los autores deberán remitir el manuscrito con las modificaciones propuestas en un plazo no superior a tres meses; en caso contrario, el trabajo quedará descartado.
- 9. Los autores deben aceptar todas las normas de la revista Hygia de Enfermería. Cuando el artículo cumpla la normativa exigida para su publicación, el Comité Editorial comunicará y certificará a los autores la aceptación del mismo.
- 10. El Comité Editorial de la revista Hygia de Enfermería no asume responsabilidades derivadas de las afirmaciones realizadas en los trabajos, ni el falseamiento o incumplimiento de las presentes normas.

TIPOS DE TRABAJOS PUBLICABLES

- Se pueden proponer los siguientes tipos de manuscritos:
- **Editoriales:** Reflexiones breves en las que se manifiesten opiniones o comentarios fundamentados, que aborden temáticas relacionadas con los cuidados o con ciencias de la salud en general, de interés para la enfermería y que contribuyan al desarrollo del conocimiento enfermero. Los editoriales estarán habitualmente elaborados por artículos encargados por el consejo de redacción de Hygia.
 - **Artículos originales:** Trabajos de investigación realizados con metodología cuantitativa, cualitativa o mixta relacionados con cualquier conocimiento de la Enfermería. Que proporcione información suficiente para permitir una valoración crítica.
 - **Casos clínicos:** En este apartado se publicarán trabajos descriptivos, de uno o varios casos, de interés por su escasa frecuencia o por su aportación al conocimiento de la práctica enfermera. Esta sección permite que a los profesionales de la práctica clínica la descripción de uno o varios casos que presentan un problema determinado, mostrando aspectos nuevos o instructivos que contribuyan al aumento del conocimiento de la enfermería.
 - **Revisiones:** Dentro de la sección se incluyen los siguientes tipos de artículos: Artículos de revisión de la literatura de publicaciones anteriores y actualización del conocimiento en un ámbito específico en forma de resúmenes de evidencia (revisiones sistemáticas, narrativas, integradoras, scoping review). Para fundamentar este tipo de trabajo es necesario que se utilicen fuentes propias de enfermería (las bases de datos de enfermería CINHAI Y CUIDEN incorporan en torno al 80% de la producción enfermera a nivel mundial), además de las generales tipo Pubmed, Scielo, Scopus, etc.
 - **Artículos especiales:** Serán elaborados a petición del equipo de redacción, de temática variable entre los que destacan el abordaje de temas relacionados con la metodología de la investigación, investigaciones históricas del campo de la enfermería, etc. El equipo editorial está abierto a recibir solicitudes sobre la temática a publicar en este apartado por parte de los lectores, siempre que sean de relevancia y actualice el conocimiento científico en un aspecto novedoso de la investigación.
 - **Cartas al director:** En ellas se pueden llevar a cabo observaciones científicas y análisis críticos en relación

a los manuscritos publicados. Es la sección para un intercambio de opiniones entre los lectores, autores y equipo editorial de la revista. La extensión máxima será de 700 palabras y un máximo de 5 referencias bibliográficas.

PREPARACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

- Los manuscritos deberán elaborarse siguiendo las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas disponible en: <http://www.icmje.org>, y encontrándose traducida al castellano en: <https://www.fisterra.com/herramientas/recursos/vancouver/>. Se recomienda a los autores que lo revisen con consultas y lecturas antes del envío o presentación de los manuscritos.
- El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa Word como procesador de textos y Excel o PowerPoint cuando se trate de tablas, cuadros y gráficos. En el texto, la presentación será con interlineado sencillo en todas sus secciones, páginas numeradas en la parte inferior, un cuerpo de letra de 12 (Times New Roman) o 10 (Arial), dejando los márgenes laterales, superior e inferior de 2,5 cm. En su caso, las imágenes digitales han de ser adjuntadas aparte y tener una resolución de 300 dpi, tamaño de 10 x 15 cm y formato jpg. Evitar la utilización de negritas, subrayados o mayúsculas para resaltar el texto.
- Las abreviaturas en la primera ocasión que se utilicen deben ir precedidas por el término sin abreviar, a menos que sea una unidad de medida estándar y, a ser posible, emplear abreviaturas utilizadas internacionalmente. Evitando su uso en el título y resumen.
- El texto del manuscrito, sin incluir la bibliografía, deberá ajustarse a la extensión máxima a que se hace referencia en cada tipo de manuscrito. Las tablas, cuadros y gráficos también se enviarán en un fichero aparte del texto, debiendo estar numeradas y clasificadas según su orden de aparición en el texto y conteniendo título, leyenda o pie de foto, según proceda. Procesadas mediante formato Word.
- Los manuscritos serán enviados al correo electrónico: hygia@coes.es
- PRESENTACIÓN DE LOS MANUSCRITOS**
- Se debe aportar los siguientes documentos en archivos independientes: carta de presentación, cuerpo del manuscrito anonimizado (sin el nombre de los autores) y gráficos, tablas o imágenes si las hubiese.
- 1. CARTA DE PRESENTACIÓN DEL MANUSCRITO**
- Título del trabajo en minúsculas (en castellano y en inglés) que no debe exceder de 15 palabras.
 - Nombre y (en cursiva) dos apellidos de cada uno de los autores.
 - Filiación institucional (nombre completo del centro de trabajo y dirección completa).
 - En su caso, centro donde se ha realizado el trabajo.
 - Nombre, correo electrónico y teléfono del autor/a responsable de la correspondencia.
 - Declarar en su caso la financiación o no del trabajo.
 - Manifestar si ha sido presentado en algún evento científico.
 - Indicar la existencia o no, de conflicto de intereses.
 - Agradecimientos, si procede.
- 2. CUERPO DEL MANUSCRITO**
- En un archivo independiente con el título del trabajo y sin los nombres de los autores, con el fin de garantizar el doble ciego por parte de los revisores, se presentará el manuscrito que debe llevar los siguientes apartados:
- I. Resumen y palabras clave**
- Deberá incluirse el resumen y las palabras clave en castellano e inglés.
- Resumen**
- Su extensión aproximada será de 250 palabras. Se caracterizará por: poder ser comprendido sin necesidad de leer parcial o totalmente el artículo. Desarrollar los puntos esenciales del artículo en términos concretos. Estará ordenado observando el esquema general del artículo en miniatura, y no podrá incluir información no citados en el texto.
- Palabras clave**
- Debajo del resumen se especificarán de tres a diez palabras clave para referencia cruzada de los centros de datos. Deben ser términos incluidos en la lista de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), conocida en inglés como Medical Subject Heading (MeSH).
- II. Texto**
- Será presentado en castellano, paginado (parte inferior) y se ordenará en apartados según el tipo de estudio.
- ORIGINALES**
- En los trabajos de investigación cuantitativa se debe ordenar mediante: Introducción, Metodología, Resultados y Discusión (IMRYD). La extensión máxima será de 3500 palabras. En los originales de metodología cualitativa si el trabajo lo precisa se puede ampliar su extensión hasta los 25500 caracteres.
- Introducción**
- Será breve y planteará el estado de la situación, debe describir el problema de estudio y sus antecedentes, y argumentarse con referencias bibliográficas actualizadas. Y se establecerá claramente el objetivo del artículo.

Metodología

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

Resultados

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

Discusión

Se interpretará y explicará razonadamente el significado de los resultados, las limitaciones del estudio y las implicaciones futuras. Si procede se hará comparación con otros estudios similares. Se destacará los aspectos más novedosos y relevantes del trabajo.

Conclusiones

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

CASOS CLÍNICOS

Su extensión no superará las 10.100 caracteres con espacios. Se admitirán hasta un máximo de 2 tablas y/o figuras. Este tipo de diseño debe llevar los siguientes apartados: Introducción, presentación del caso y Discusión/implicaciones para la práctica. El apartado presentación del caso incluirá brevemente la recogida de datos, las pruebas diagnósticas realizadas y el diagnóstico clínico, detallando en qué ámbito de salud se llevarán a cabo los cuidados. Tras esta breve descripción se expondrá la secuencia del plan de cuidados desarrollado de acuerdo al siguiente esquema:

1. Valoración general y diagnóstica

Es recomendable reseñar los Diagnósticos de Enfermería, Problemas de colaboración, según la taxonomía de la NANDA, empleando alguna forma sistemática de valoración dentro de un marco teórico de cuidados enfermeros.

2. Planificación y Ejecución de los cuidados

Según la fórmula de Resultados esperados e Intervenciones según las taxonomías NOC y NIC.

3. Evaluación de los resultados/seguimiento

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS DE ENFERMERÍA

La estructura será: Introducción, Método, Resultados, Discusión y Recomendaciones, en función de los niveles de evidencia y los hallazgos encontrados. La extensión máxima será de 3500 palabras. Se admitirán hasta un máximo de 2 tablas y/o figuras, en este tipo de diseño es recomendable que entre las tablas se incluya un flujograma y una tabla resumen con los artículos seleccionados. Los apartados para este formato son las siguientes:

Introducción

Breve presentación del tema a estudiar que debe incluir el objetivo que se pretende alcanzar con el problema a investigar.

Metodología

Utilización de descriptores y estrategia de búsqueda reproducible y criterios de inclusión y exclusión. Tipos de fuentes consultadas. Se puede incluir una evaluación metodológica, si ha llevado a cabo.

Resultados

Respondiendo a los objetivos fijados, debe contener la descripción de los resultados encontrados en el proceso de selección de los artículos, clasificación y síntesis de los estudios encontrados y sus grados de recomendación. Los siguientes grados de recomendación se derivan de los niveles y grados de evidencia establecidos por el instituto Joanna Briggs en 2014 (<http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Grades-of-Recommendation>): Grado A o fuerte; Grado B o débil para una determinada estrategia de cuidados.

Conclusiones

Se finalizará con las conclusiones y las recomendaciones en función de los grados de recomendación encontrados, así como a las implicaciones que tiene para la práctica clínica o enfermera.

En este apartado si los autores lo estiman conveniente se pueden exponer las opiniones y reflexiones de éstos derivadas de los hallazgos y las posibles limitaciones.

III. Agradecimientos

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

IV. Bibliografía

Las citas bibliográficas se numerarán consecutivamente en el orden de aparición por primera vez en el texto. Para la anotación de las citas en el texto se usará la numeración mediante superíndice. Las referencias bibliográficas de artículos de revista, libros, protocolos, leyes u otro material publicado o en soporte electrónico deben realizarse siguiendo las normas de Vancouver, disponible en las recomendaciones

del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas, mencionadas anteriormente.

EJEMPLOS

Artículos de revistas

- **Autor/es Personal/es:**
Velazquez V, Pernía M, Moya MA, Mejías MC. Inyección umbilical como alternativa válida al alumbramiento manual, para el manejo de la placenta retenida. Hygia de Enfermería 2021; 106 (38): 5-10.
- **Con seis o más autores (citar los cuatro primeros y añadir et al.)**
- **Autor Corporativo:**
Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS, ATESA 2011/10.

Libros y otras monografías

- **Libro completo:**
Galarreta S, Martin C. Enferpedia. Técnicas y Procedimientos de Enfermería. Madrid: Panamericana; 2018.
- **Capítulos de libros:**
Forcada JA, Bayas JM, Velasco C. Generalidades sobre las vacunas. En: Álvarez MJ, Velasco C, coordinadores. Asociación Española de Vacunología. Vacuna a Vacuna. 3ª ed. Zaragoza: Amazing Books; 2018. p. 51-87.

Artículo en Internet

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

3. FIGURAS Y TABLAS

Figuras y Tablas: Deben ser citadas en el texto del artículo en el lugar donde el/la autor/a deseen que estén ubicadas, se numerarán de forma correlativa con números arábigos y según el orden y lugar de aparición en el texto. Para un mejor procesamiento gráfico, se enviarán en un archivo de excel o en formato de texto editable y no en archivo de imagen. Esto permite un buen procesamiento de maquetación. Deben servir de complemento al texto y no de repetición.

Se entienden por figuras: fotografías de una resolución necesaria y en archivo de imagen como jpg, eps, etc. También gráficas, cuadros, hojas de valoraciones, esquemas, etc. o cualquier tipo de ilustración que no sea una Tabla. Deben presentarse igualmente en archivos editables, no de imágenes, independientes del texto del manuscrito.

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

UNIFORMIDAD DE LAS PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

Con la finalidad de garantizar una uniformidad tanto en la redacción, contenido, apartados, etc. en la elaboración de los manuscritos, desde este consejo de redacción recomendamos a los autores revisar los correspondientes tipos de diseño en EQUATOR NETWORK en el link <https://www.equator-network.org/>

Existen documentos tanto en castellano como en inglés que permiten una verificación de homogeneidad tipo checklist como CONSORT (ensayos clínicos), PRISMA (revisiones sistemáticas), STROBE (estudios observacionales), CARE (casos clínicos), etc. para cada tipo de diseño.

ÉTICA DE LA PUBLICACIÓN CIENTÍFICA

Estudios con personas

Si el trabajo descrito conlleva la participación de personas, el autor debe cumplir todos los requisitos que se establecen en el código ético de la OMS (Declaración de Helsinki) sobre experimentos con humanos. El manuscrito deberá seguir las recomendaciones para la realización, registro, edición y publicación de trabajos científicos en revistas biomédicas, del ICME y aspirar a la inclusión de poblaciones humanas representativas en cuanto a sexo, edad y procedencia étnica, según aconsejan dichas recomendaciones. El autor debe declarar en el manuscrito que cuenta con el consentimiento informado de todos los sujetos estudiados. En todo momento debe respetarse el derecho a la privacidad tal como se recoge en el código ético. No pueden aparecer datos relativos a los sujetos de estudio ni imágenes que puedan identificarlos.

Consentimiento informado y datos de los pacientes

Los estudios realizados con personas requieren la aprobación del comité ético y el consentimiento informado, que deberá constar en el artículo. El autor deberá conservar los consentimientos por escrito. No es necesario que envíe las copias. Solamente si la revista lo solicita específicamente en caso de circunstancias excepcionales (por ejemplo, en caso de un problema legal), tendrá que facilitar copias de estos o las pruebas de que se han obtenido dichos consentimientos.

Esta PROpuesta es para ti, de PROfesional a PROfesional.

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

Cuenta Expansión Premium PRO

La cuenta con múltiples ventajas para profesionales como tú.

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

Te estamos esperando.

XXXVIII

Certamen Nacional de Enfermería "Ciudad de Sevilla"



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

BASES

- DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- OBJETO:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos y que, con anterioridad, no se hubiesen presentado a ningún otro Premio o Certamen de esta misma naturaleza, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo. No serán objeto de estos premios los trabajos subvencionados por otras entidades científicas o comerciales, ni las tesis doctorales presentadas a tal fin. El Certamen se amplía con un Accésit denominado "Enfermería Joven" y dotado con 1.150 €. Se otorgará al estudio monográfico o trabajo de investigación inédito de los presentados al Certamen por profesionales de enfermería colegiados que hubiesen terminado los estudios universitarios hasta cuatro años anteriores a la presente convocatoria, debiendo presentar documento que acredite el año de finalización de los estudios de enfermería. Un mismo trabajo no se podrá presentar, conjuntamente, a los Premios y al accésit. Cualquier colegiado que cumpla los requisitos indicados en el párrafo anterior, podrá optar por alguna de las dos modalidades. En el caso de presentarse para el "Accésit Enfermería Joven", habrá de hacer constar expresamente en el sobre cerrado el lema: "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla. Accésit Enfermería Joven". Con el fin de cumplimentar el objeto de los premios del Certamen Nacional de Enfermería "Ciudad de Sevilla", el autor o primer firmante de cada trabajo deberá presentar en la documentación establecida en el punto 9 de estas bases, una declaración jurada de que el trabajo es inédito y no ha sido anteriormente presentado en ningún evento o publicado en cualquier otro medio. Del mismo modo, no tendrán la consideración de trabajos inéditos actuaciones consistentes en pequeñas variantes o modificaciones sobre el título o el contenido de cualquier trabajo anterior conocido o publicado por el mismo autor.
- DOTACIÓN:** La dotación económica será de **4.140 €** para el trabajo premiado en primer lugar; **2.070 €** para el premiado en segundo lugar y **1.380 €** para el premiado en tercer lugar y **Accésit Enfermería Joven 1.150 €**.
- PRESENTACIÓN:** Los trabajos que opten a este Certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada Convocatoria anual marque, no tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía. Se presentarán por triplicado, en tamaño D.I.N. A-4, mecanografiados a doble espacio por una sola cara y encuadrados. Incluirán en separata un resumen de los mismos, no superior a dos páginas, así mismo, también se incluirá un *pen drive* que contenga el texto del trabajo.
- CONCURSANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de Graduado o Diplomado en Enfermería que se encuentren colegiados. Un autor/a o coautor/a sólo podrá presentar un trabajo cada año.
- JURADO:** Será Presidente del Jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales pertenecerán: uno al Colegio de Sevilla, uno a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y cuatro a la Facultad de Enfermería o sus unidades docentes y centros adscritos. Todos los miembros del Jurado serán Graduado o Diplomados en Enfermería. Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El Jurado será nombrado anualmente.
- INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este Certamen supone la aceptación de las Bases.
- DECISIÓN DEL JURADO:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del Jurado, que será inapelable. Los premios no podrán quedar desiertos ni ser compartidos entre dos o más trabajos.
- DOCUMENTACIÓN:** Los trabajos serán remitidos por correo certificado con acuse de recibo o cualquier otra empresa de cartería, al Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla, Avda. Ramón y Cajal, 20-Acc. (41.005 Sevilla), en sobre cerrado con la indicación "XXXVIII CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA CIUDAD DE SEVILLA". No llevarán remite ni ningún otro dato de identificación. Las personas que residen en la provincia de Sevilla podrán depositar el trabajo, si lo prefieren, personalmente en la Sede colegial. En su interior incluirá: El trabajo conforme se indica en el punto 4º de estas bases, firmado con seudónimo; sobre cerrado, identificado con el mismo seudónimo incluyendo nombres, y dirección completa de autor o autores, teléfono de contacto del 1º firmante, certificado de colegiación reciente y curriculum vitae de la totalidad del equipo si lo hubiere. **Los trabajos presentados omitirán obligatoriamente referencias a localidad, centro o cualquier apartado, que pudiera inducir a los miembros del jurado a la identificación, antes de la apertura de las plizas, de la procedencia o autores de los mismos.**
- PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:** Los trabajos que se presentan en el certamen quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo, habrá de hacerse mención a su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que ha sido premiado en el "XXXVIII Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- TITULAR DEL PREMIO:** Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo.
- Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el 31 de octubre de 2022.** Los premios serán comunicados a sus autores o primer firmante por el Secretario del jurado, mediante correo certificado. **El fallo del jurado se hará público el día 15 de diciembre de 2022.** El incumplimiento de una de las bases será motivo para quedar excluido del certamen.



158 años
avanzando con
la profesión

PREMIADOS 2021

- 1º Premio: Paula Betés Pola (Zaragoza)
2º Premio: M.ª Inmaculada Henares y Manuel Pabón (Sevilla)
3º Premio: M.ª Aguilar y M.ª del Rosario Martínez (Sevilla)
Accésit Enfermería Joven: María Viera Viera (Sevilla)

Patrocinan



Sabadell