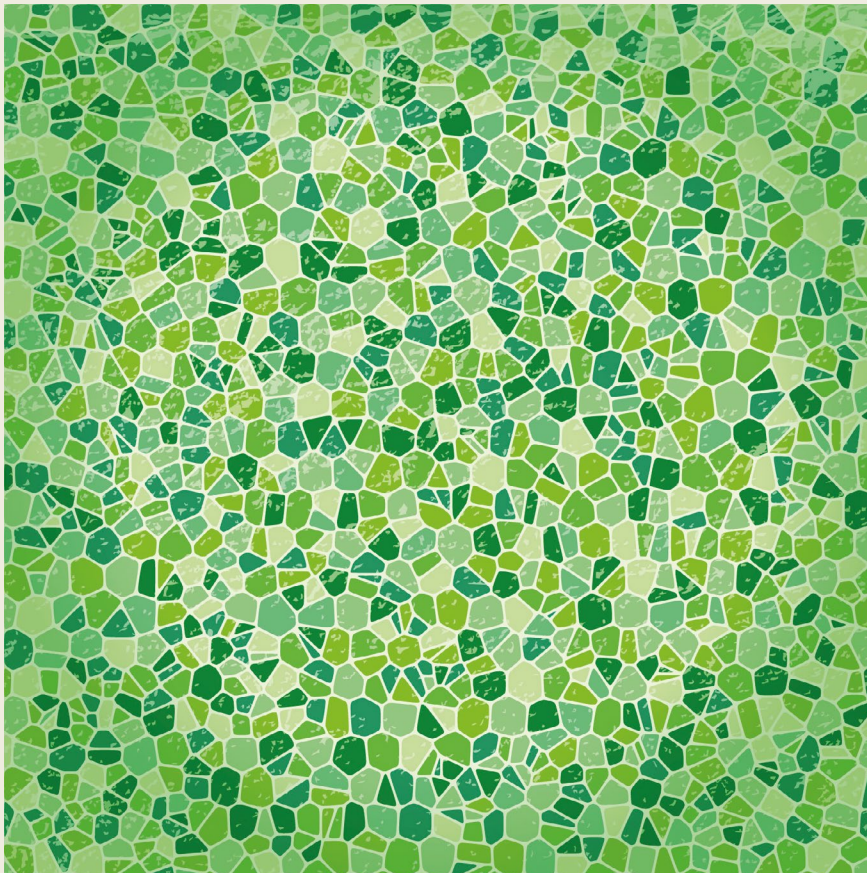


HYGIA DE ENFERMERÍA



Tráenos tu póliza de vida contratada con el banco y paga la mitad

Tenga el precio que tenga

¡ASEGURADO!

50%

De descuento
asegurado

“
Un servicio
para colegiados
del ICOES

**¡APÚNTATE
AL AHORRO!**

**Cambia tu póliza de vida contratada
con el banco por otra con las mismas
coberturas pero un 50% más barata**

Tan solo tienes que enviar a la correduría la siguiente documentación, por email o whatsapp:

- Copia de la póliza contratada
- Último recibo pagado de la póliza
- DNI por ambas caras
- Último recibo pagado de la cuota colegial
- Solicitud firmada



Si la póliza no la tienes contratada con el banco **consúltanos tu descuento**

**50% de descuento
¡ASEGURADO!**

Más información y contratación



EDITA

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla

DIRECTOR

Jorge Romero Martínez

CONSEJO DE REDACCIÓN

Coordinadora editorial

Mercedes Terrero Varilla
Ana María Moltó Boluda

Comité editorial

Ana Magdalena Vargas Martínez
Marta Lima Serrano
Raquel Martín Martín
Rocío Romero Serrano
Rocío Cordero Rodríguez

SECRETARÍA DE REDACCIÓN

Jesús Fernández

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@icoes.es

ENVÍO DE ARTÍCULOS

hygia@icoes.es

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Juan José Sánchez

FOTOMECÁNICA E IMPRESIÓN

Tecnographic, S.L.



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE
ENFERMERÍA DE SEVILLA

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

60 El lenguaje Sí importa

Ana María Moltó Boluda

ORIGINALES / ORIGINALS

62 Mejora de los cuidados a pacientes con lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia

Improvement care for patients with skin injuries related to dependency

Pedro Serrano Fernández y Ester Toro Serralbo

68 Necesidad y efectividad de un programa de educación afectivo-sexual en adolescentes

Necessity and effectivity of a sexual-affective educational program in teenagers

María Belén Lavado Andrade y Vicente Velázquez Vázquez

CASOS CLÍNICOS / CLINICAL CASES

74 Técnica de Dubois, a propósito de un caso

Dubois technique, about a case

Manuel Olvera Martínez

REVISIONES / REVIEWS

79 Streptococo del grupo B en la gestante: comparación de las estrategias de prevención actuales

Group B streptococcus in pregnant women: comparison of current prevention strategies

Nagore García Arbonies y Claudia Ernst Soler

85 La matrona y el cuidado postparto de la mujer gestante

The midwife and postpartum care of the pregnant

Antonio Márquez Díaz

ARTÍCULOS ESPECIALES / SPECIAL ARTICLES

90 Implementación de auscultación intermitente en gestantes de bajo riesgo

Implementation of intermittent auscultation in low-risk pregnant women

Belén Camacho Santos

95 Análisis historiográfico de las Primitivas Constituciones de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

Historiographical analysis of the Primitive Constitutions of the Hospitaller Order of Saint John of God

Néstor Germán Canal Díez, Marta Gordillo García, Celia Pérez Guerrero, Nerea Triguero Sánchez y Almudena Arroyo Rodríguez

El lenguaje Sí importa

Ana María Moltó Boluda

Miembro del comité de redacción de Hygia

Seguro que en alguna ocasión habremos oído hablar del bulo sobre la anécdota de Camilo José Cela en el Senado, cuando fue amonestado por el presidente de la Cámara Alta al verle dormitando, a lo que el Premio Nobel, gran erudito del lenguaje, contestó que no estaba dormido, sino que estaba durmiendo. El censor de su actitud declaró no entender la diferencia entre ambas acciones, a lo que Cela le respondió: «pues es la misma que hay entre estar jodido y estar jodiendo». Cela tomó como suyo, aunque cambiando términos lingüísticos, el relato protagonizado por Antonio Ríos Rosas. El que fuera un siglo antes ministro de O'Donnell, argumentó al vivir la situación de dormitar en una sesión de Cortes, que la diferencia entre estar dormido y estar durmiendo era la misma «que estar bebido y estar bebiendo»¹.

El lenguaje es una herramienta fundamental para la comunicación y el entendimiento entre los seres humanos. Su importancia es innegable en diversos aspectos de la vida cotidiana, la sociedad, la cultura y el desarrollo humano. Así, entre otras razones, dominar el lenguaje es crucial para el éxito personal y profesional². La capacidad de comunicarse de manera efectiva es apreciada en prácticamente todos los campos laborales y resulta fundamental para construir relaciones sólidas y progresar profesionalmente.

Las lenguas cambian continuamente y de forma muy variada. Aparecen nuevas palabras y frases, mientras que otras caen en desuso. Las palabras cambian sutilmente, o menos sutilmente, su significado o desarrollan nuevos significados, mientras que los sonidos del habla y la entonación cambian continuamente.

Como refiere Salvador Gutiérrez Órdoñez³ en la lengua cabe diferenciar dos conceptos: “el sistema y la norma”. El sistema es el marco formal que establece las posibilidades de variación o de combinación que permite la lengua. Muchas de esas posibilidades no están aplicadas o explotadas por el uso, aunque existen (como ocurre con el lenguaje inclusivo), a causa de diferentes razones. La norma recoge lo que en un momento dado los hablantes consideran correcto. El sistema es estable, cambia con extrema dificultad. Sin embargo, la norma es varia-

ble, tornadiza. Depende de la valoración que le dé la sociedad y de las connotaciones que se le apliquen a la palabra.

Utilizar el lenguaje de manera incorrecta puede llevar a diversas percepciones negativas, como ignorancia, incultura o falta de respeto.

De esta manera, puede suceder que al utilizar un lenguaje impreciso o incorrecto puede dar la impresión de que una persona no tiene un buen dominio de lo que está hablando. Aunque pueda parecer lo mismo, no es igual decir que una persona “camina con dificultad” a decir que tiene un “deterioro de la movilidad”. Lo segundo expresa por sí mismo un conocimiento y manejo de la taxonomía NANDA propio del lenguaje de la Enfermería. De igual manera y haciendo un uso correcto del lenguaje utilizaremos la palabra enfermera como genérico, para referirnos tanto a profesionales femeninos como masculinos, para su plural o bien se desdoblará en “las enfermeras y los enfermeros”, evitando utilizar las/os enfermeras/os. Mientras que la palabra “enfermería” acompañada de su artículo respectivo (la), la utilizaremos cuando nos refiramos a la disciplina y no a quien la ejerce.

Utilizar mal el lenguaje puede afectar la imagen grupal y la percepción que los demás tienen sobre un colectivo. Puede influir en cómo se es visto en el ámbito académico, profesional o social. En la actualidad, con la aprobación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (L.O.P.S.)⁴, la capacidad facultativa de las enfermeras es una realidad profesional y jurídica, equiparándose al mismo nivel que otras profesiones sanitarias. Excluir a la Enfermería del grupo facultativo, puede interpretarse como falta de educación o ignorancia, especialmente en “boca” de personas instruidas, de los que se espera un cierto nivel de formación y competencia lingüística.

En resumen, el lenguaje es una herramienta poderosa que puede influir en la forma en que un colectivo es percibido por los demás. Utilizarlo de manera incorrecta puede llevar a la interpretación de ciertas características negativas, y puede tener repercusiones en diferentes aspectos de la vida profesional y social. Por lo tanto, es importante esforzarse por utilizar el lenguaje de manera precisa, clara y respetuosa.



BIBLIOGRAFÍA

1. Gascó A. La anécdota falsa de Cela [Internet]. El Periódico Mediterráneo. 2018 [citado 4 Abr 2024]. Disponible en: <https://www.elperiodicomediterraneo.com/castello/2018/05/01/anedota-falsa-cela-41348504.html>
2. Bernáldez E. El lenguaje como cultura. Madrid. Alianza Editorial.; 2008
3. Gutiérrez S. Sobre 'pilota', 'portavoza', 'miembra' y otros femeninos [Internet]. El Mundo. 2018 [citado 4 Abr 2024]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/espana/2018/02/10/5a7df963ca474179478b4698.html>
4. BOE.es - BOE-A-2003-21340 Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. [Internet]. www.boe.es. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Moltó Boluda AM. El lenguaje Sí importa. *Hygia de Enfermería*. 2024; 41(2): 60-61

Mejora de los cuidados a pacientes con lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia

Improvement care for patients with skin injuries related to dependency

Pedro Serrano Fernández y Ester Toro Serralbo

Hospital de la Merced. Área de Gestión Sanitaria de Osuna (Sevilla)

RESUMEN

Justificación: La prevalencia de lesiones por presión así como su impacto en la calidad de vida de los pacientes que las padecen, hace necesario la elaboración de un plan de mejora de los cuidados a estos pacientes

Objetivo: Mantener la incidencia de lesiones relacionadas con la dependencia por debajo del estándar nacional actual.

Método: Estudio cuasi-experimental longitudinal sobre la prevalencia de lesiones por presión desarrollando varias líneas estratégicas abordando la motivación y formación de los profesionales, así como la implementación de mejoras en las tecnologías de la información y comunicación.

Resultados: Se ha conseguido una disminución de la prevalencia de LPP en hospitalización (3,31%) y cuidados críticos (8,30%), cifras inferiores al estándar nacional, así como un incremento en la valoración del riesgo de padecerlas (87,7% en hospitalización y 98,9% en UCI).

Conclusiones: El impacto de las líneas estratégicas puestas en marcha se valora como positivo, pues se ha conseguido mantener la prevalencia de lesiones relacionadas con la dependencia por debajo del estándar nacional y se espera continuar disminuyendo el número de LPP desarrolladas.

PALABRAS CLAVE

úlceras por presión; dependencia; prevención; calidad de vida; seguridad del paciente; cuidados de enfermería

ABSTRACT

Justification: The prevalence of pressure injuries and their impact on the quality of life of patients who suffer from them makes it necessary to develop a plan to improve care for these patients.

Objective: To maintain the incidence of dependency-related injuries below the current national standard.

Method: A longitudinal quasi-experimental study on the prevalence of pressure injuries, developing several strategic lines addressing the motivation and training of professionals, as well as the implementation of improvements in information and communication technologies.

Results: A decrease in the prevalence of PPIs in hospitalization (3,31%) and critical care (8,30%) has been achieved, figures below the national standard, as well as an increase in the assessment of the risk of suffering them (87,37% in hospitalization and 98,9% in ICU).

Conclusions: The impact of the strategic lines implemented is valued as positive, since it has been possible to maintain the prevalence of dependency-related injuries below the national standard and it is expected to continue reducing the number of PPIs developed.

KEYWORDS

pressure ulcers; prevention; dependency; quality of life; patient safety; nursing care

La conceptualización de las úlceras por presión, definidas tradicionalmente como "cualquier lesión provocada por una presión ininterrumpida que provoca lesión del tejido subyacente", ha adquirido un nuevo dimensionamiento que las integra en el concepto de "lesiones relacionadas con la dependencia"¹. La "dependencia", entendida como una limitación o pérdida de autonomía, es un elemento común entre los pacientes que desarrollan estas lesiones y según su etiología, se clasifican en: Lesiones por presión (LPP), lesiones cutáneas asociadas a la humedad, lesiones por fricción, y lesiones combinadas (presión-humedad, presión-fricción, humedad-fricción y multicausales. Siguiendo este modelo, el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento

en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), propone la siguiente definición para las LPP: Lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con las fuerzas de cizalla. En ocasiones, también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos²⁻³.

FECHA DE RECEPCIÓN: 17/04/2024

FECHA DE ACEPTACIÓN: 12/06/2024

Correspondencia: Pedro Serrano Fernández

Correo electrónico: pesefe83@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Independientemente de su etiología, con el conocimiento actual, la aparición de estas lesiones está considerada como un “evento adverso” relacionado con la asistencia sanitaria, entendiéndose como tal: todo accidente imprevisto e inesperado, recogido en la historia clínica del paciente, que ha causado lesión y/o incapacidad y/o prolongación de estancia en el hospital y/o exitus (muerte), y que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente⁴. Por tanto, de forma ineludible se hace necesario reseñar la repercusión bioética de estas lesiones. Concretamente, al Principio de No Maleficencia (“Primum non nocere”) por el cual, los profesionales sanitarios debemos potenciar los posibles beneficios y minimizar los riesgos⁵.

Centrándonos en las LPP, concepto sobre el que versan la mayoría de los estudios disponibles, los estudios de prevalencia de estas lesiones se utilizan actualmente en muchas instituciones de todo el mundo para monitorizar la calidad de la atención sanitaria prestada⁶. La tabla 1 resume los resultados de los cinco estudios de prevalencia desarrollados en España, los cuales, reflejan una evolución positiva en el cuidado de pacientes con estas lesiones en el ámbito hospitalario⁷⁻¹¹.

Sin embargo, estos resultados distan de una revisión sistemática con metaanálisis que incluye más de 2,5 millones de pacientes, que la estiman en un 12,8% (11,8 - 13,9) además de evidenciar la necesidad de dedicar más recursos a la prevención y el tratamiento de estas lesiones¹².

Por otro lado, las lesiones por presión constituyen un importante problema porque repercuten en el nivel de salud y calidad de vida de quienes las presentan; en su entorno familiar y en el consumo de recursos del sistema de salud, y por las responsabilidades legales por mala práctica profesional¹³, ya que, en muchas ocasiones, se las considera un problema evitable.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un indicador de salud percibida que analiza la percepción del impacto que la enfermedad o su tratamiento ha provocado sobre el sentimiento de bienestar y funcionalidad, considerando para ello la dimensión física, emocional y social. Estas lesiones, habitualmente se cronican en el tiempo, limitan la movilidad, son dolorosas, afectan a la imagen personal y tienen repercusiones emocionales y sociales¹⁴.

Con la evidencia científica actual, la mejor estrategia para el abordaje de las LPP es la prevención, llevando a cabo un plan de cuidados individualizado basado en los siguientes puntos¹⁵:

1. Valoración del riesgo de aparición de LPP de manera estructurada e integral. Usando una escala de valoración de riesgo validada junto con una valoración integral que nos orientará a la planificación de cuidados personalizados.
2. Valoración y cuidados de la piel. El objetivo es mantener su integridad mediante la vigilancia y examen diario de la piel, no realizar masajes sobre las prominencias óseas, no utilizar soluciones que contengan alcohol y usar diariamente ácidos grasos hiperoxigenados o productos basados en aceite de oliva en las zonas de riesgo.
3. Valoración y cuidados nutricionales. Se deben utilizar instrumentos de valoración del riesgo nutricional, así como considerar un aporte de suplementos nutricionales con complejos ricos en proteínas en personas de riesgo de déficit nutricional.

Tabla 1. Prevalencia media LPP 2001-2017.

	Prevalencia media (hospitales)	Prevalencia media (cuidados críticos)
2001 ⁷	8,81	13,16
2005 ⁸	8,91	22,67
2009 ⁹	7,22	24,2
2013 ¹⁰	7,87	18,5
2017 ¹¹	6,7	14,9

4. Control sobre el exceso de humedad. Mantener la piel con la hidratación adecuada y evitar el exceso de humedad, así como prevenir la incontinencia y utilizar productos barrera que impidan o prevengan la maceración de la piel.
5. Manejo de la presión. Evitar los efectos adversos de la presión directa y de cizallamiento a través de las siguientes medidas:
 - Cambios posturales. Plan de reposicionamiento del paciente cada 2, 3 o 4 horas. Actualmente, no hay evidencia que aconseje uno de estos intervalos por encima de los otros.
 - Protección local ante la presión. El uso de apósitos multicapa de silicona ha demostrado su eficacia en la prevención de lesiones por presión, siendo además una intervención costo-efectiva (sobre todo cuando nos referimos a la protección de la zona sacra).
 - Superficies especiales de manejo de la presión (SEMP). Estas superficies proporcionan reducción o alivio de la presión y han demostrado ampliamente su eficacia en la prevención de estas lesiones¹⁶⁻²⁷.

Por último, estudios recientes ponen de manifiesto que, si bien la mayoría de las LPP son prevenibles, el conocimiento sobre las mismas es esencial para poder llevarlo a cabo. A pesar de ello, los conocimientos de los profesionales de enfermería son insuficientes en este campo, por lo que se considera fundamental abordar este factor²⁸.

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar el impacto de un plan de mejora de los cuidados a pacientes con lesiones por presión.

Objetivos específicos

- Mantener la incidencia de lesiones relacionadas con la dependencia por debajo del estándar nacional en el Hospital de la Universitario de la Merced.
- Realizar escalas de valoración del riesgo de desarrollar lesiones por presión a más del 80% de los pacientes que ingresen en hospitalización o cuidados críticos.
- Asegurar una continuidad de cuidados de los pacientes que hayan sido dados de alta con una lesión por presión a través de la realización del informe de continuidad de cuidados a más del 80% de estos pacientes.

MÉTODO

Diseño de estudio

Se ha diseñado un estudio cuasi-experimental longitudinal para evaluar el impacto de una intervención basada en varias líneas estratégicas en la prevalencia de lesiones por presión en pacientes del Hospital Universitario de la Merced.

Población y ámbito de estudio

El Área de Gestión Sanitaria de Osuna (AGSO) está situada al este de la provincia de Sevilla y da cobertura sanitaria a unos 169.042 habitantes (con fecha 1 de enero de 2022). La atención primaria consta de 7 zonas básicas de salud con 31 centros sanitarios y la atención especializada se localiza en el Hospital Universitario de la Merced de Osuna y en el hospital de alta resolución de Écija. El Hospital Universitario de la Merced consta de 205 camas de hospitalización de adultos y 16 de cuidados críticos.

El periodo y población de estudio, ha contemplado a pacientes adultos ingresados en el Hospital Universitario de la Merced entre el 01 de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2023. Dado que la intervención se produjo durante el año 2022, queríamos comparar los resultados de la situación de partida con los del año en curso y posterior. Por ello, los resultados del año 2021 se tomarán como base para valorar la evolución de las diferentes variables de estudio. Diferenciaremos a estos pacientes en dos bloques: uno formado por todas las unidades de hospitalización convencional y otro para cuidados críticos.

Variables

Las variables de estudio de las que se obtendrán los datos relativos a este trabajo han sido elaboradas con la idea de alcanzar los objetivos marcados, siendo estas las siguientes:

- Prevalencia LPP: Variable cuantitativa dicotómica entendida como el desarrollo de al menos una LPP de cualquier estadio en un paciente hospitalizado durante el periodo de estudio.
- Escala de valoración del riesgo de úlcera por presión (EVRU-PP): Se utilizará una de las siguientes EVRUPP en función de la edad y el estado clínico del paciente: Braden o EMINA (adultos) y COMHON (UCI). Es una variable cuantitativa dicotómica.
- Informe de continuidad de cuidados (ICC): Variable cuantitativa dicotómica entendida como aquellos pacientes con LPP al alta (ya sea producida durante la hospitalización o previa a esta). En este caso se excluirán los pacientes que hayan fallecido durante la hospitalización. En UCI contabilizará el alta del paciente a hospitalización con un informe de traslado.

Recogida de datos

Durante el primer semestre de 2022 se configuró un grupo de trabajo formado por personal de enfermería del hospital con el objetivo de evaluar la situación de partida, así como la propuesta de áreas de mejora sobre las que sustentar la intervención. Para ello se llevaron a cabo varias sesiones de trabajo, usando técnicas de brainstorming así como de grupo nominal y obteniendo resultados tanto externos como internos a nuestro entorno. Además, se realizó una búsqueda bibliográfica

en PubMed, a través de los descriptores [Mesh] pressure ulcers AND prevention, limitando la búsqueda a los últimos 5 años. Tras revisar la documentación obtenida, descartadas las duplicidades y las carentes de suficiente rigor científico, se encontraron 143 artículos, seleccionando 42 para su análisis. La búsqueda se ha completado con el acceso a libros y guías de práctica clínica de temática relacionada con el objeto de estudio.

Como conclusión, se puso de manifiesto un infra-registro de estas lesiones, así como una necesidad de motivación a los profesionales que incluyera una formación en medidas preventivas de estas lesiones. Fruto de este análisis se pusieron en marcha las siguientes líneas estratégicas:

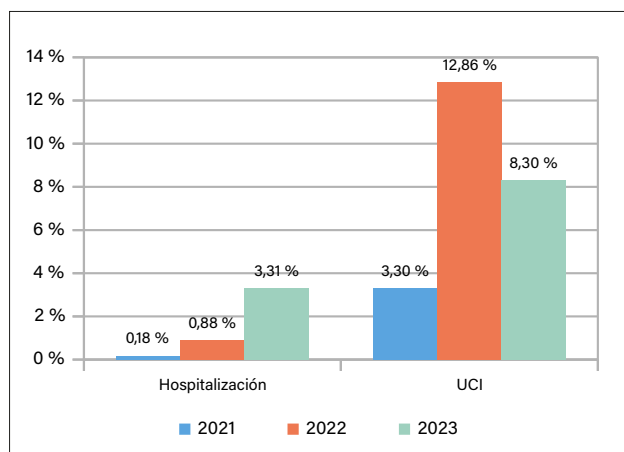
- Línea estratégica 1: “Fomentar la motivación de los profesionales”. Se diseñó un plan de formación online sobre seguridad del paciente que incluye la prevención de LPP a través de la aplicación de un plan de cuidados individualizado, así como la importancia del registro en la historia clínica del paciente.
- Línea estratégica 2: “Favorecer la continuidad de los cuidados”. La atención sanitaria del paciente se lleva a cabo, en esencia, en dos niveles asistenciales: atención primaria y atención hospitalaria por lo que se considera fundamental que ambos niveles de atención estén perfectamente coordinados. En este sentido, se decide:
 - Potenciar las Comisiones de Cuidados de Área (CCA), las cuales, tienen la finalidad de estabilizar y mejorar la continuidad de cuidados, basada en la coordinación efectiva entre profesionales. Además, generar cultura de seguridad del paciente, es uno de los objetivos principales del plan de seguridad del paciente del AGS Osuna, destacando la línea de prevención de las lesiones por presión como una intervención que ha de estar integrada en la práctica diaria profesional.
 - Realización de informes de continuidad de cuidados a los pacientes que desarrollen LPP. Estos informes llegan a la enfermera de atención primaria a través del buzón del profesional, herramienta disponible en Diraya.

El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de la Salud (2006), estableció estrategias tendientes a aumentar la seguridad de los pacientes durante su estancia hospitalaria, refiriendo que las úlceras por presión “pueden ser prevenidas con adecuados cuidados de enfermería y, en particular, mediante el diseño y aplicación de una lista de comprobación (checklist) de identificación de pacientes y un protocolo de actuación²⁹. En Andalucía se encuentra en vigor la Estrategia para la seguridad del paciente, donde encontramos, entre otros escenarios, la prevención de las úlceras por presión como un escenario prioritario de actuación³⁰.

La enfermera de práctica avanzada (EPA) en heridas crónicas complejas, presente en muchos centros de Andalucía desde el año 2022, aporta beneficios significativos en la atención de los pacientes, como una mayor eficiencia en el tratamiento de heridas crónicas, ser un referente para el resto de los profesionales³¹.

Teniendo todo esto en cuenta, se ha implantado esta figura y se han establecido mecanismos de comunicación efectivo entre los profesionales de ambos niveles de atención utilizando la herramienta de Teleconsulta de Diraya. Además, se ha definido un grupo de referentes con representación de las unidades de gestión clínica de atención hospitalaria, así como de atención primaria.

Gráfico 1. Evolución de la prevalencia de LPP.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis de los datos

Gracias a un trabajo de colaboración con los Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud que cuenta con expertos de varios hospitales de la comunidad, podemos contar con los registros en la Estación Clínica de Cuidados a través de la sección de “heridas” la cual permite un seguimiento en tiempo real. Los resultados serán explotados a través del Módulo de Tratamiento de la Información (MTI) de Diraya y, posteriormente, se analizarán en una base de datos Excel®.

Consideraciones éticas

El proyecto se ha desarrollado en todo momento siguiendo los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki. Para garantizar la confidencialidad de la información, todos los datos recogidos han sido registrados de forma anónima, siguiendo estrictamente las leyes y normas de protección de datos en vigor.

RESULTADOS

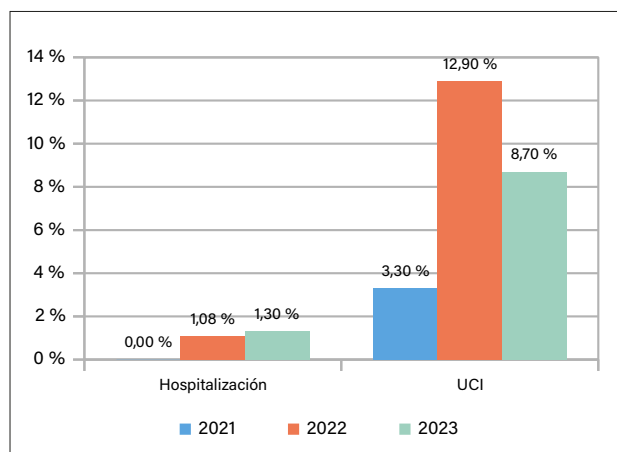
Se ha llevado a cabo un plan de formación online sobre seguridad del paciente que incluye los elementos básicos para el diseño de un plan de cuidados individualizado para la prevención de lesiones por presión a pacientes en riesgo de padecerla. Además, se ha destacado la importancia del registro de estas, así como de establecer una continuidad de cuidados efectiva mediante la cumplimentación del informe de continuidad de cuidados.

Durante el periodo de estudio, se analizaron un total 19.483 episodios de hospitalización, correspondiendo 19.280 (98,9%) a pacientes ingresados en hospitalización y 203 (1,04 %) a pacientes ingresados en cuidados críticos. Se contabilizaron también un total de 1.422 pacientes fallecidos (115 de ellos, un 8,09%, en UCI).

En cuanto al número de pacientes con alguna LPP, se contabilizaron un total de 148 pacientes, 129 (87,16%) de las cuales, fueron registradas en hospitalización convencional con al menos una LPP.

Tal y como se detalla en la figura 1, la prevalencia de pacientes con LPP ha tenido un promedio durante el periodo de estudio

Gráfico 2. Evolución de la incidencia de LPP.



Fuente: Elaboración propia.

de un 1,46%, en hospitalización convencional, y un 8,15%, en cuidados críticos. También se ha estudiado la incidencia de LPP para valorar los cuidados en las diferentes unidades, encontrando un promedio de incidencia de un 0,79% en hospitalización y un 8,3 % en UCI. Estos resultados se detallan en la figura 2.

En cuanto a la valoración del riesgo de LPP a través de escalas validadas, los resultados se han ido incrementando a lo largo del periodo de estudio. De esta manera, la figura 3 refleja la realización de escalas de valoración del riesgo de desarrollar lesiones por presión (EVRUPP) superiores al 80% desde el año 2022.

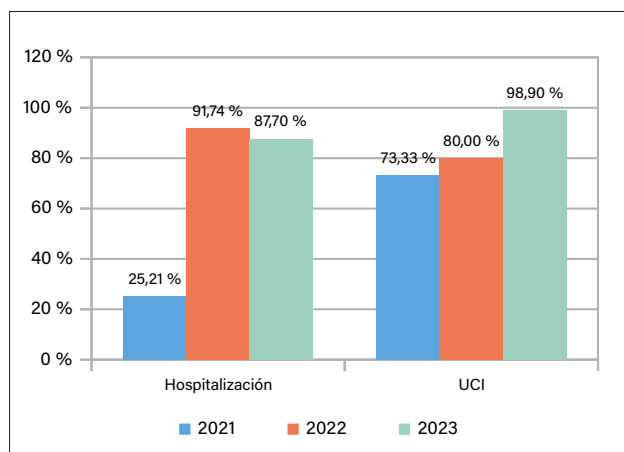
En lo que respecta a la continuidad de cuidados interniveles de estos pacientes (figura 4), los resultados obtenidos también denotan un incremento importante en la comunicación de atención hospitalaria a atención primaria entre los años 2021 y 2023, reflejada en la realización del informe de continuidad de cuidados, superando también el 80% de los pacientes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En lo que respecta al desarrollo de la primera línea estratégica, se ha observado un incremento en la incidencia y prevalencia de LPP en el pasado 2022. Este incremento pensamos que es debido al impacto de la actividad formativa y a la toma de consciencia de los profesionales de la necesidad del registro de estas lesiones, ya que, anteriormente, se observaba un infraregistro de estas lesiones en la historia clínica del paciente. No obstante, los resultados obtenidos se encuentran por debajo del estándar nacional actual para pacientes hospitalizados (6,7%) y pacientes en cuidados críticos (14,9%) que refleja la literatura actual⁸.

En cuanto a la realización de escalas de valoración del riesgo de padecer una LPP, los resultados reflejan un importante incremento en su registro en todas las unidades. Esto está en consonancia con la recomendación de estas escalas frente al juicio clínico por no tener suficiente capacidad predictiva del riesgo³². Esta práctica se ve favorecida al encontrar todas estas escalas incluidas en la estación clínica de cuidados, de ahí que, durante el plan de formación llevado a cabo, se haya hecho hincapié en la necesidad de su realización sistemática en el contexto de la valoración inicial de los pacientes.

Gráfico 3. Realización de EVRUPP.



Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, el impacto obtenido tras la aplicación de la segunda estratégica (favorecer la continuidad de los cuidados), también ha sido positivo, ya que se ha conseguido incrementar el número de informes de continuidad de cuidados por encima del objetivo marcado, permitiendo esto la realización de una comunicación efectiva entre las enfermeras de atención hospitalaria y las de atención primaria.

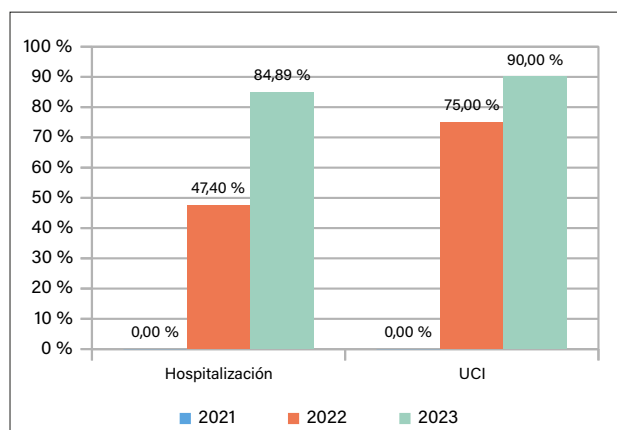
Por último, se han encontrado las siguientes limitaciones del estudio:

- Al tratarse de un estudio consistente en una revisión de los registros en las historias clínicas de los sujetos de estudio se cuenta con que no todo lo que no se encuentra escrito, es que no ha pasado; luego, es probable que en la realidad se hayan dado casos de lesiones por presión no descritos en sus historias clínicas.
- Por otro lado, encontramos variabilidad en la práctica clínica a la hora de clasificar las lesiones por presión, sobre todo en el registro del estadio I como una LPP y no como un simple "enrojecimiento", por lo que su detección y posterior registro podría verse alterado.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Fernández FP, Agreda JJS, Verdú J, Pancorbo-Hidalgo PL. A new theoretical model for the development of pressure ulcers and other dependence-related lesions. *J Nurs Scholarsh*. enero de 2014;46(1):28-38.
2. Paniagua Asensio, M.L. Lesiones relacionadas con la dependencia: Prevención, clasificación y categorización. Documento clínico 2020.
3. García Fernández FP, Soldevilla Agreda JJ, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú Soriano J, Lopez Casanova P, Rodriguez Palma M. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP n.º II. 3.ª ed. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2021.
4. Aranaz Andrés JM, Aibar Remon C, Vitaller Burillo J, Ruiz López P. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
5. Carmona Rega MI, Ferrer Milán M, García Cisneros R, González Ruíz A, Ibáñez Masero O, Ortega Galán AM. Manual de bioética para los cuidados de enfermería. Almería: Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC); 2010.
6. Gunningberg L, Stotts NA. Tracking quality over time: what do pressure ulcer data show? *Int J Qual Health*. 2008; 20(4): 246-53.
7. Torra i Bou JE, Rueda López J, Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J. 1er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y los pacientes*. *Gerokomos*. 2003;14(1):37-47.
8. Soldevilla Agreda J, Torra i Bou J, Verdú Soriano J, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda López J, et al. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. *Gerokomos*. 2006;17(3):154-72.

Gráfico 4. Realización de informes de continuidad de cuidados.



Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

El impacto de la puesta en marcha de las líneas estratégicas para la mejora del cuidado a pacientes con lesiones por presión puestas en marcha se valora como positivo. De esta manera:

- Se ha conseguido mantener la prevalencia de LPP por debajo del estándar nacional actual, tanto en hospitalización convencional como en la unidad de cuidados críticos.
- Se han cubierto en gran medida, los objetivos específicos del proyecto, tanto en la implantación de EVRUPP como elemento base de la valoración de los pacientes, como en el impulso en la realización de informes de continuidad de cuidados a pacientes con LPP.
- Por último, las posibilidades de explotación de datos de MTI nos permitirá, en un futuro, ampliar los objetivos de este proyecto, al poder analizar las diferentes puntuaciones obtenidas en cuanto al nivel de riesgo y poderlo comparar con otras posibles variables como pueden ser: la edad, el sexo, la unidad de estancia hospitalaria, los días de estancia, etc.

9. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, López Casanova P. 3er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos*. 2011;22(2):77-90.
10. Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP, Torra Bou JE, Verdú Soriano J, Soldevilla Ágreda J. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos*. 2014;25(4):162-70.
11. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Pérez-López C, Soldevilla-Agreda JJ. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en población adulta en hospitales españoles: resultados del 5º Estudio Nacional de 2017. *Gerokomos*. 2019;30(2):76-86.
12. Li Z, Lin F, Thalib L, Chaboyer W. Global prevalence and incidence of pressure injuries in hospitalised adult patients: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. mayo de 2020;105:103546.
13. Soldevilla Agreda JJ, Torra I Bou JE, Verdú Soriano J. Epidemiología, coste y repercusiones legales de las úlceras por presión en España, años 2005-2006. Sant Joan Despí: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP); 2007.
14. Martín Muñoz B. Calidad de vida de las personas con úlceras por presión. Estudio cualitativo fenomenológico. *Index de Enfermería*. 2018;27:206-10.
15. Generalitat Valenciana; Conselleria de Sanitat. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Valencia: Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana, 2013.
16. Díaz-Valenzuela A, García-Fernández FP, Carmona Fernández P, Valle Cañete MJ, Pancorbo-Hidalgo PL. Effectiveness and safety of olive oil preparation for topical use in pressure ulcer prevention: Multicentre, controlled, randomised, and double-blinded clinical trial. *Int Wound J*. 2019;16(6):1314-22.
17. Hernández-Vásquez A, Visconti-Lopez FJ, Cabanillas-Ramirez C, Díaz-Seijas D, Meléndez-Escalante J, Comandé D, et al. Efficacy and Safety of Topical Application of Olive Oil for Preventing Pressure Ulcers: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Int J Environ Res Public Health*. 13 de noviembre de 2022;19(22).
18. Gillespie BM, Walker RM, Latimer SL, Thalib L, Whitty JA, McInnes E, et al. Repositioning for pressure injury prevention in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;6(6):CD009958.
19. Gillespie BM, Walker RM, Latimer SL, Thalib L, Whitty JA, McInnes E, et al. Repositioning for pressure injury prevention in adults: An abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2021;120:103976.
20. Yap TL, Horn SD, Sharkey PD, Zheng T, Bergstrom N, Colon-Emeric C, et al. Effect of Varying Repositioning Frequency on Pressure Injury Prevention in Nursing Home Residents: TEAM-UP Trial Results. *Adv Skin Wound Care*. 2022;35(6):315-25.
21. Forni C, Gazineo D, Allegrini E, Bolgeo T, Brugnolli A, Canzan F, et al. Effectiveness of a multi-layer silicone-adhesive polyurethane foam dressing as prevention for sacral pressure ulcers in at-risk in-patients: Randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2022;127:104172.
22. Gong X, Xu R. Prophylactic sacral protective dressings' effect on preventing pressure injury: A meta-analysis. *Int Wound J*. 2022;19(6):1463-70.
23. Hahnel E, El Genedy M, Tomova-Simitchieva T, Hauß A, Stroux A, Lechner A, et al. The effectiveness of two silicone dressings for sacral and heel pressure ulcer prevention compared with no dressings in high-risk intensive care unit patients: a randomized controlled parallel-group trial. *Br J Dermatol*. 2020;183(2):256-64.
24. El Genedy M, Hahnel E, Tomova-Simitchieva T, Padula WV, Hauß A, Löber N, et al. Cost-effectiveness of multi-layered silicone foam dressings for prevention of sacral and heel pressure ulcers in high-risk intensive care unit patients: An economic analysis of a randomised controlled trial. *Int Wound J*. 2020;17(5):1291-9.
25. Lechner A, Rancan F, Hadam S, Vogt A, Blume-Peytavi U, Kottner J. Comparing the effects of three different multilayer dressings for pressure ulcer prevention on sacral skin after prolonged loading: An exploratory crossover trial. *Wound Repair Regen*. 2021;29(2):270-9.
26. Shi C, Dumville JC, Cullum N, Rhodes S, Jammali-Blasi A, Ramsden V, et al. Beds, overlays and mattresses for treating pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;5(5):CD013624.
27. Beeckman D, Serraes B, Anrys C, Van Tiggelen H, Van Hecke A, Verhaeghe S. A multicentre prospective randomised controlled clinical trial comparing the effectiveness and cost of a static air mattress and alternating air pressure mattress to prevent pressure ulcers in nursing home residents. *Int J Nurs Stud*. 2019;97:105-13.
28. Wu J, Wang B, Zhu L, Jia X. Nurses' knowledge on pressure ulcer prevention: An updated systematic review and meta-analysis based on the Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool. *Front Public Health*. 2022;10:964680.
29. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2006; 3-4
30. Moreno Campoy E., Fernández Ruiz I., Pérez Pérez P., Barrera Becerra C., Corpas Nogales E., Suárez Alemán G., et al. Estrategia para la seguridad del paciente: plan estratégico de calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud y Familias; 2019.
31. Jiménez García, J.F., Aguilera Manrique, G., Arboledas Bellón, J., Gutiérrez García M.G., González Jiménez, F., García Fernández F.P. Efectividad de la enfermera de práctica avanzada en el cuidado de los pacientes con úlceras por presión en atención primaria. *Gerokomos*. 2019;30(1):28-33.
32. Rodríguez Torres MC, Soldevilla Ágreda JJ. ¿Juicio clínico o escalas de valoración para identificar a los pacientes en riesgo de desarrollar úlceras por presión? *Gerokomos*. 2007; 18 (1): 48-51.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Serrano Fernández P, Toro Serralbo E. Mejora de los cuidados a pacientes con lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia. *Hygia de Enfermería*. 2024; 41(2): 62-67

Necesidad y efectividad de un programa de educación afectivo-sexual en adolescentes

Necesity and effectivity of a sexual-affective educational program in teenagers

María Belén Lavado Andrade^A y Vicente Velázquez Vázquez^A

^A Matronas. Área de Gestión Sanitaria de Osuna (Sevilla)

RESUMEN

Objetivo: Valorar la efectividad de una intervención educativa en la mejora de información/conocimientos, actitudes, creencias y valores en materia de educación afectivo-sexual a adolescentes.

Diseño: Estudio ecológico cuasi-experimental.

Sujetos y metodología: Inicialmente se estudiaron 205 alumnos de 3º y 4º ESO (edades comprendidas entre 14 y 16 años) pertenecientes a tres institutos de educación secundaria de las localidades de La Puebla de Cazalla y Marchena (Sevilla) durante el curso escolar 2022-2023. Respondieron un cuestionario autoadministrado (8 preguntas tipo test y 4 opciones de respuesta) previo y posterior a una intervención educativa en materia de generalidades sobre sexualidad, métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual.

Resultados: De forma global, se observó un aumento significativo de respuesta en la opción esperada en la mayoría de las preguntas al finalizar la intervención y consecuente disminución significativa de respuesta en la opción inicialmente más errónea.

Discusión: Pese a las limitaciones del estudio, la observación y comparación de las proporciones de respuesta en los cuestionarios previos y posteriores han evidenciado la efectividad de la intervención educativa afectivo-sexual entre la población adolescente. Las diferencias, significativas todas, parecen haber tenido un mayor impacto entre los alumnos de 3º ESO.

Conclusiones: Es necesario promover la educación afectivo-sexual en adolescentes, así como plantear el inicio de esta educación en edades más tempranas, puesto que han demostrado ser los más beneficiados de la intervención. La enfermería, como agente de salud, juega un papel fundamental en este sector de la población con el objetivo de dar respuesta a las dudas planteadas por la adolescencia y lograr una actuación responsable.

PALABRAS CLAVE

adolescencia; educación sexual; sexualidad; conducta sexual

ABSTRACT

Objective: To assess the effectiveness of an educational intervention in the improvement of information/knowledge, attitudes, beliefs and values in matter of sexual-affective education in teenagers.

Design: Quasi-experimental ecologic study.

Subjects and methodology: In the beginning the study was used in 205 students of 3rd and 4th grade of secondary education (with ages between 14 and 16 years old) of three high schools of secondary education in the towns of La Puebla de Cazalla and Marchena (Sevilla) during the school year 2022-2023. They answered a self-made survey (8 test questions with 4 choices) pre and post the educational intervention in the matter of general assumptions about sexuality, contraceptive methods and sexually transmitted diseases.

Results: Globally, we observed a significant increase of the responses in the expected option in the majority of the questions at the end of the intervention and, consequently, a significant decrease of the responses in the wrong answer of the test.

Discussion: Despite the restrictions of the study, the observation and comparison of the answer proportions in pre and post test evidenced the effectiveness of the sexual-affective educational intervention between teenager population. The differences, all of them meaningful, seem to have a bigger impact between the students of third grade.

Conclusions: It's necessary to promote the sexual-affective education in teenagers, as well as trying to start this type of education in early ages, because of them being shown as the most benefited ones from this intervention. Nursery, as an agent of health, plays an essential role in this sector of the population with the aim of answering the doubts raised by teenagers and achieving a responsible action.

KEYWORDS

adolescent, sex education; sexuality; sexual behavior

INTRODUCCIÓN

Desde el nacimiento, todas las personas son seres sexuados (fisiológica y psicológicamente) y tienen el poder de desarrollar su sexualidad de una manera u otra a lo largo del ciclo vital. La sexualidad es una expresión de la personalidad, se trata de una dimensión constitutiva de las personas que comienza y termina

con la vida. Para vivir una sexualidad plena, placentera y sin riesgos es necesario disponer de la educación e información adecuadas¹.

FECHA DE RECEPCIÓN: 18/03/2024

FECHA DE ACEPTACIÓN: 10/05/2024

Correspondencia: María Belén Lavado Andrade

Correo electrónico: belenlavadoandrade98@gmail.com

La adolescencia, descrita por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la etapa del ciclo vital que transcurre entre los 10 y los 19 años, se caracteriza por fundamentales cambios biológicos, psicológicos y sociales donde adquieren relevancia los valores adaptativo, funcional y decisivo².

En España, desde la década de los 70 se viene produciendo una liberación de los comportamientos sexuales, de manera que gran parte de los jóvenes inician las relaciones sexuales en la adolescencia. Se ha observado una disminución en la edad de inicio de las relaciones y un aumento en la frecuencia de las mismas, siendo la conducta sexual precoz uno de los comportamientos de riesgo más identificados en este grupo de edad³.

Los adolescentes conforman el grupo con mayor necesidad de información y apoyo en cuanto a las conductas sexuales, puesto que debido a las características específicas propias del ciclo vital presentan discrepancias entre la madurez física y cognitiva, percepción de invulnerabilidad y se sienten protegidos de las consecuencias no favorables que les puedan ocurrir a otros⁴.

De este modo, el objetivo final de la educación afectivo-sexual es propiciar que las alumnas y los alumnos se capaciten para que a lo largo de su vida lleguen a desarrollar una vivencia de la sexualidad saludable y gratificante. Para ello, deben asumirse positivamente como seres sexuados, comprender adecuadamente el hecho sexual humano, cultivar una ética para las relaciones interpersonales y adquirir habilidades para la construcción de unas relaciones saludables, satisfactorias, responsables y no discriminatorias por razones de género u orientación sexual^{1,5}.

La formación en educación afectivo-sexual es muy variable según el país o dentro del mismo, según sus comunidades autónomas. Lo más frecuente es que se encuentre integrada dentro de otras asignaturas como Biología, Ciencias Naturales, Educación para la Ciudadanía o Educación para la Salud. Aunque la presencia de la educación afectivo-sexual es un hecho en ciertos centros y aulas, los estudios sugieren que las respuestas son lejanas a las verdaderas necesidades del alumnado¹.

Nuestro país dispone de diversas iniciativas para la educación sexual integral, tales como: Programa Agarimos (programa coeducativo de desarrollo psicoafectivo y sexual), Programa Multimedia Sexpresan (proceso educativo a favor de la educación sexual mediante el uso de las tecnologías digitales), Ni ogros ni princesas (guía con orientaciones metodológicas para el abordaje de la educación sexual en la ESO)... Concretamente, en Andalucía contamos con el programa de educación sexual "Educación Sexual, Género y Constructivismo" elaborado por la Conserjería de Salud de la Junta de Andalucía y un manual de educación sexual para jóvenes diseñado por el Instituto de Sexología y la Diputación de Málaga titulado "Y tú, ¿qué sabes de 'eso'?"¹.

En esta línea, la finalidad principal del estudio está orientada a valorar la efectividad de una intervención educativa en la mejora de información/conocimientos, actitudes, creencias y valores en materia de educación afectivo-sexual a adolescentes.

Objetivos específicos

- Evaluar el cambio de actitudes en relación a la sexualidad.
- Conocer el aumento de conocimiento sobre la prevención de embarazos e ITS con el uso de anticonceptivos de barrera.
- Investigar la supresión de creencias erróneas sobre la masturbación, comienzo y fin de la sexualidad.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio ecológico cuasi-experimental en tres institutos de educación secundaria (IES) ubicados en las localidades de La Puebla de Cazalla y Marchena (Sevilla): IES Federico García Lorca (La Puebla de Cazalla), IES Castillo de Luna (La Puebla de Cazalla), IES López de Arenas (Marchena).

Los sujetos estudiados fueron los alumnos del curso escolar 2022-2023 que cursaban 3º y 4º de ESO en los mencionados centros con edades comprendidas entre los 14 y los 16 años, sin criterios de exclusión.

Previamente se elaboró una guía didáctica sirviendo de presentación del estudio al servicio de orientación de los centros, las enfermeras escolares y matrona referente de cada municipio. El documento incluía un cronograma con fechas orientativas según la disponibilidad del centro en cuanto a la recogida de datos previos y posteriores al desarrollo del programa educativo.

La intervención del estudio se basó en exponer una presentación de elaboración propia basada en recursos nacionales previamente mencionados con una duración de aproximadamente una hora, la cual requería de participación y dinamismo por parte del alumnado. Dicha exposición incluía técnicas como lluvia de ideas en cuanto al concepto de sexualidad, posicionarse entre mitos y realidades sobre las relaciones afectivo-sexuales, demostraciones de cómo colocar métodos anticonceptivos de barrera y una dinámica a través de tarjetas con varios distintivos para conocer el alcance de las enfermedades de transmisión sexual.

Para la valoración de los conocimientos previos y adquiridos tras la intervención, se facilitó un cuestionario diseñado ad hoc, tipo test, autoadministrado y desde el anonimato con un total de 8 preguntas y 4 opciones de respuesta, considerándose una única respuesta válida (Tabla 1). Pese a ser idénticos en cuanto a las preguntas y opciones de respuesta, el cuestionario de conocimientos previos finalizaba con una pregunta abierta y no obligatoria sobre el planteamiento de dudas con respecto a la sexualidad, con el objetivo de orientar el contenido de la intervención educativa, y ajustar su diseño de acuerdo a las necesidades específicas de los adolescentes.

Su transcurso estuvo comprendido entre los meses de abril, mayo y junio de 2023 previo a la finalización del curso escolar. Los cuestionarios previos fueron entregados con una semana de anterioridad al desarrollo de la sesión, mientras que los conocimientos adquiridos fueron evaluados en torno al mes de haber impartido el programa entre los adolescentes.

Los datos obtenidos se han tratado agrupándolos en una hoja de aplicación Numbers, a través de la que se han realizado cálculos de distribución de frecuencias y porcentajes de las distintas variables. La expresión y ordenación numérica de estas medidas en tablas así como su representación gráfica permite observar diferencias de forma estimatoria. Se contempló la posibilidad de usar el Test de McNemar como prueba estadística habitual en los estudios antes-después sobre efectividad de las intervenciones educativas, pero el formato ecológico (cumplimentación anónima de cuestionarios) en la recogida de los datos no lo permite.

Tabla 1. Cuestionario pre y post-intervención.

Número Pregunta	Enunciado de la Pregunta	Opciones de Respuesta
1	La sexualidad es...	Sólo mantener relaciones sexuales
		Tener una pareja duradera
		DIMENSIÓN DE LAS PERSONAS Y PARTE DE LA PERSONALIDAD
		Aspecto de las personas adultas
2	¿En qué parte del cuerpo se encuentra nuestra sexualidad? ¿Cuál es el órgano sexual más importante?	Pene / Vagina
		CEREBRO
		Boca
		Manos
3	¿A qué edad empieza la sexualidad y a qué edad termina?	Empieza a los 15 años y termina a los 60 años
		Empieza a los 18 años y termina a los 50 años
		EMPIEZA CON EL NACIMIENTO Y TERMINA CON LA MUERTE
		Empieza cuando somos jóvenes y termina cuando somos ancianos
4	¿Puede existir placer sin tocarse?	SÍ, PORQUE LA SEXUALIDAD ESTÁ EN LA MENTE
		Siempre, porque usamos la imaginación
		A veces, cuando usamos las fantasías
		Nunca, porque el placer es físico
5	¿Es posible un embarazo en la primera relación sexual?	No, porque aún no se ha formado el semen
		SÍ, CUANDO NO USAMOS PRESERVATIVO U OTROS MÉTODOS
		Depende si hay menstruación o no
		Nunca es posible un embarazo
6	¿Cuál de los siguientes NO es un método anticonceptivo?	Píldora
		MARCHA ATRÁS
		Implante subcutáneo
		Parche transdérmico
7	¿Hay diversidad en lo que nos da placer y en lo que sentimos?	No, todo el mundo siente lo mismo
		A los chicos les gusta una cosa y las chicas, otra
		HAY TANTA DIVERSIDAD COMO PERSONAS EN EL MUNDO
		En todas las relaciones sexuales hay placer
8	¿Qué práctica en nuestras relaciones NO implica riesgo de Enfermedades de Transmisión Sexual (ITS)?	Mantener relaciones sexuales anales
		Es muy difícil contagiarse de ITS
		Tener múltiples parejas sexuales
		USAR PROTECCIÓN GENITAL / BUCAL / ANAL

NOTA: Se destacan en mayúsculas y negrita las opciones consideradas CORRECTAS, y para las que se analizan diferencias entre los cuestionarios pre y post intervención.

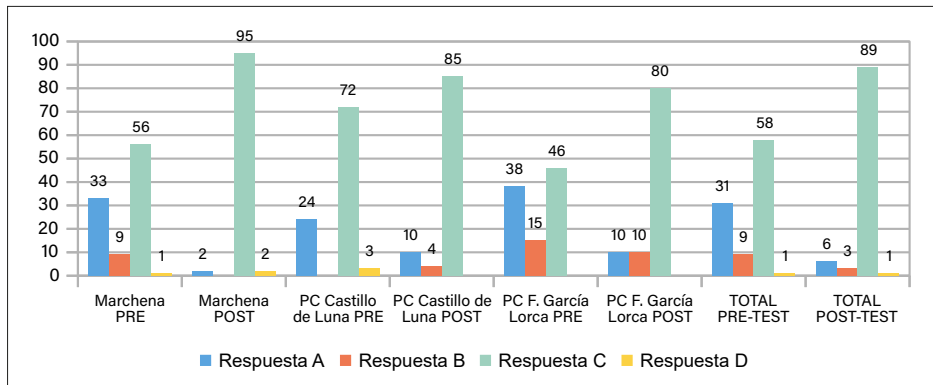


Gráfico 1. Concepto de sexualidad: distribución porcentaje de respuestas.

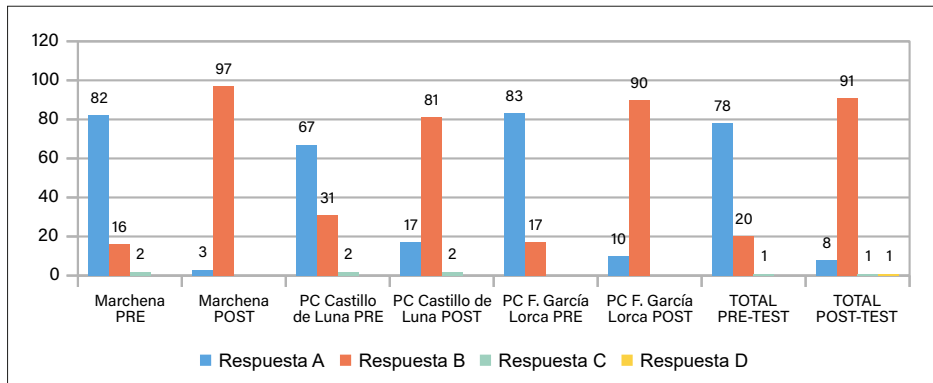


Gráfico 2. Órgano sexual de mayor importancia: distribución porcentaje de respuestas.

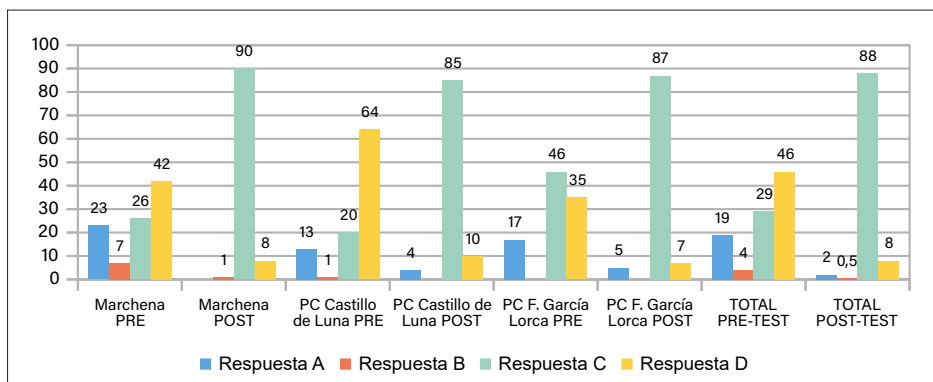


Gráfico 3. Comienzo y final de la sexualidad: distribución porcentaje de respuestas.

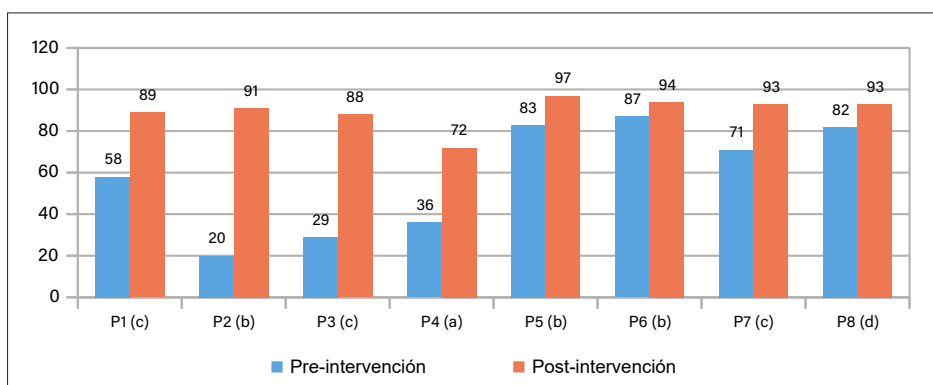


Gráfico 4. Porcentaje global de respuestas adecuadas pre y post-intervención.

RESULTADOS

Se repartieron un total de 106 cuestionarios previos y 96 cuestionarios posteriores en el IES López de Arenas (Marchena) con una pérdida de seguimiento del 9,4% (10 test). A su vez en La Puebla de Cazalla, se entregaron en el IES Castillo de Luna 54 pretest y 48 posttest, cuya pérdida de seguimiento fue del 11,11% (6 test) y en el IES Federico García Lorca 45 pretest y

40 posttest, presentando un 11,11% de pérdida de seguimiento (5 test). Respecto a la distribución según el curso escolar, los adolescentes de ambos centros educativos de La Puebla de Cazalla eran de 4º ESO, mientras que los de Marchena se encontraban cursando 3º ESO.

En los gráficos 1, 2 y 3 se presentan los resultados previos y posteriores a la intervención según los diferentes institutos de

educación secundaria, prestando especial atención a las preguntas del test con mayor trascendencia. En el gráfico 4 se muestra el porcentaje global de respuestas adecuadas pre y postintervención teniendo en cuenta la totalidad de alumnos sin diferenciación de centro educativo.

Concepto de sexualidad (Gráfico 1). Se observa un aumento significativo de respuesta en la opción esperada (c: dimensión de las personas y parte de la personalidad, Pretest 58% - Posttest 89%) tras la intervención educativa y disminución en la respuesta más errónea (a: sólo mantener relaciones sexuales, Pretest 31% - Posttest 6%), fundamentalmente en el centro de Marchena y en IES Federico García Lorca de La Puebla de Cazalla, resultando tener menor impacto en IES Castillo de Luna.

Órgano sexual de mayor importancia (Gráfico 2). Se muestra un aumento significativo de respuesta en la opción esperada (b: cerebro, Pretest 20% - Posttest 91%) y una disminución en la opción de respuesta inicialmente más errónea (a: pene/vagina, Pretest 78% - Posttest 8%). Las diferencias tras la sesión educativa se presentan significativas en todos los centros, especialmente en Marchena.

Comienzo y final de la sexualidad (Gráfico 3). Se contempla un aumento significativo de respuesta en la opción esperada (c: empieza con el nacimiento y termina con la muerte, Pretest 29% - Posttest 88%) tras la intervención y consecuente disminución significativa en las respuestas inicialmente más erróneas (a: empieza a los 15 años y termina a los 60 años, Pretest 19% - Posttest 2% y d: empieza cuando somos jóvenes y termina cuando somos ancianos, Pretest 46% - Posttest 8%). Mayores diferencias, significativas todas, especialmente en el centro de Marchena.

Placer sin masturbación. Se observa un aumento significativo de respuesta en la opción esperada (a: sí, porque la sexualidad está en la mente, Pretest 36% - Posttest 72%) y disminución significativa en la respuesta previamente más errónea (d: nunca, porque el placer es físico, Pretest 22% - Posttest 4%) una vez finalizada la sesión educativa. Mayores diferencias, significativas todas, especialmente en los centros de La Puebla de Cazalla.

Posibilidad de embarazo en la primera relación sexual. Se presenta una disminución significativa de respuesta en la opción inicialmente más errónea (c: depende si hay menstruación o no, Pretest 15% - Posttest 1%) y un aumento de respuesta en la opción esperada (b: sí, cuando no utilizamos preservativo u otros métodos, Pretest 83% - Posttest 97%) aunque no destacable ya que las puntuaciones pre-intervención eran altas. No se aprecian diferencias entre los distintos grupos.

Método anticonceptivo erróneo. Se contempla un aumento levemente significativo de respuesta en la opción esperada (b: marcha atrás, Pretest 87% - Posttest 94%) únicamente en IES Federico García Lorca. El resto de grupos mantiene notable proporción en la opción correcta desde el cuestionario de conocimientos previos.

Diversidad en placer y sentimientos. Se observa un aumento discreto de respuesta en la opción considerada correcta (c: hay tanta diversidad como personas en el mundo, Pretest 71% - Posttest 93%). Se partía de un buen porcentaje de respuesta correcta pre-intervención de forma global, aunque el incremento de la respuesta esperada fue mayor en IES Federico García Lorca y en IES López de Arenas.

Práctica sexual de menor riesgo para el contagio de ETS. A favor de la respuesta considerada correcta (d: usar protección genital/bucal/anal), se observan escasas diferencias entre las respuestas pre y post-intervención (Pretest 82% - Posttest 93%), ya que las respuestas previas eran favorables. El incremento de respuesta se contempla más significativo en Marchena y levemente en IES Federico García Lorca.

Con respecto a la pregunta libre sobre dudas en sexualidad, se observa un deseo de información en cuanto a edad recomendada para los métodos anticonceptivos hormonales, necesidad de acudir a centros sanitarios acompañados de padres/madres/tutores legales, vías de transmisión de ETS y preguntas relacionadas con el acto sexual (posiciones sexuales, placer...).

DISCUSIÓN

La pérdida de seguimiento en el transcurso del programa educativo puede ser debida al absentismo escolar relacionado con la finalización de las evaluaciones anuales, puesto que los últimos cuestionarios fueron entregados en el mes de junio.

El anonimato de los cuestionarios no ha permitido conocer las diferencias en pares concretos, es decir, cuál es el cuestionario previo y posterior de un mismo individuo. Por otro lado, tampoco se han podido analizar las diferencias entre sexos, puesto que las muestras no resultaban homogéneas.

El estudio se caracteriza por la existencia de sesgos en ciertas características de la población, puesto que ha sido llevado a cabo en institutos y en algunos colegios también se cursa 3º y 4º ESO.

A pesar de las limitaciones del estudio, mediante la observación y comparación de las proporciones de respuesta en los cuestionarios previos y posteriores, se evidencia la efectividad de la intervención educativa afectivo-sexual entre la población adolescente.

En general, para la mayoría de las preguntas del cuestionario, existe un incremento significativo de la respuesta considerada adecuada después de la intervención de sesiones de educación afectivo-sexual. Las cuestiones en las que el impacto de dicha intervención ha sido mayor son las preguntas 1, 2, 3, 4, cuyo contenido es generalidades de la sexualidad.

Las preguntas 5 y 6, que trata de riesgo de embarazo y métodos anticonceptivos, no recogen diferencias destacadas entre el cuestionario previo y posterior a la intervención, fundamentalmente porque ya en el previo se observa una alta proporción de aciertos con la respuesta adecuada.

En cuanto a los métodos anticonceptivos si bien, muestran un buen conocimiento previo de que la opción "marcha atrás" no debe considerarse como tal, también puede destacarse que han conocido un método no muy habitual como es el parche transdérmico. Puede interpretarse como obtener un aumento de las posibilidades en cuanto a opciones para evitar embarazo. También sorprende que nombren, aunque sea escasamente, a la píldora, lo que puede orientar a que quizás algunos no han entendido la pregunta, o han sido confundidos por su sentido negativo

Entre los estudios realizados en torno a esta temática destaca el estudio observacional sobre mitos y creencias sexuales realizado por la matrona Juana Cordón-Colchón en la población

adolescente de 14-19 años observa la transmisión de numerosos mitos en esta edad, con el que pone de manifiesto no estar llegando correctamente a través de la educación afectivo-sexual a los adolescentes⁴. Por otro lado, Davinia Heras et al. confirman el desarrollo de actitudes positivas hacia la sexualidad en adolescentes de 13-17 años mediante la implantación del programa de educación afectivo-sexual "SOMOS"⁶. Dirigido a la adolescencia temprana (11-13 años), Carrera-Fernández et al. implementan el programa Agarimos mediante el que observan diferencias significativas postintervención entre el grupo control y el grupo experimental⁷. Todos estos estudios muestran resultados muy similares a los expuestos en nuestro estudio, se observa la continuidad de ideas erróneas acerca de la sexualidad entre la población adolescente y consecuente efectividad de la implantación de programas en educación afectivo-sexual.

Los aumentos de proporción de respuestas adecuadas tras la intervención se observan en el IES de Marchena de forma más consistente en prácticamente todas las preguntas, por lo que puede considerarse que ha sido más efectiva en este centro, pudiendo deberse al curso escolar en el que se encontraban estos alumnos (3º ESO). En cuanto a los IES de La Puebla de Cazalla, el impacto parece haber sido levemente mayor en IES Federico García Lorca que en IES Castillo de Luna, pudiendo este impacto tener mayor significación debido a las inferiores condiciones sociales de la zona del municipio en el que se encuentra.

CONCLUSIONES

Concretamente en el Área de Gestión Sanitaria de Osuna, salvo la reciente integración de enfermeras escolares en los centros educativos, no se observan acciones en favor de la educación afectivo-sexual entre adolescentes con sus potenciales consecuencias negativas, tales como el aumento de embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual.

Es por ello que, tras la implementación del proyecto en el área, se puede concluir con que la necesidad y la efectividad de la educación afectivo-sexual en adolescentes es un hecho que no debe pasar desapercibido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Garzón A. La Educación Sexual, una asignatura pendiente en España. *Biografía*. 2017;9(16):195–203.
2. Calero E, Rodríguez S, Trumbull A. Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Humanidades Médicas*. 2017;17(3):577–92.
3. Alvarado JE. Educación sexual preventiva en adolescentes [Internet]. Universidad Nacional de Educación a Distancia (España) UNED. 2015. Disponible en: <http://e-spacio.uned.es/fez/view/tesisuned:Educacion-Jealvarado>
4. Cordón-Colchón J. Mitos y creencias sexuales de una población adolescente de Almendralejo. *Matronas Profesión*. 2008;9(3):6–12.
5. Sexpresan - Guía didáctica. Multimedia para la Educación Afectivo-Sexual [Internet]. Gobierno de Canarias. 2007. p. 1-46. Disponible en: http://ateneu.xtec.cat/wikiform/wikiexport/_media/cursos/escola_inclusiva/dco1/modul_3/emakunde_guia_didactica.pdf
6. Heras D, Lara F, Fernández-Hawrylak M. Evaluación de los efectos del programa de educación sexual SOMOS sobre la experiencia sexual y las actitudes hacia la sexualidad de adolescentes. *Rev Psicodidact*. 2016;21(2):321–37.
7. Carrera F. MV, Lameiras F. M, Foltz M, Núñez M AM, Rodríguez C. Y. Evaluación de un programa de educación sexual con estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria. *Int J Clin Heal Psychol* [Internet]. 2006;7(3):739–51. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770311>.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Lavado Andrade MB, Velázquez Vázquez V. Necesidad y efectividad de un programa de educación afectivo-sexual en adolescentes. *Hygia de Enfermería*. 2024; 41(2): 68-73

A lo largo del estudio, se pone en evidencia que los alumnos de 3º ESO son los más beneficiados de esta intervención, puesto que la proporción de respuestas consideradas correctas es significativamente mayor en este curso escolar una vez finalizada la sesión educativa. De esta forma, cabe plantearnos la posibilidad de iniciar la educación afectivo-sexual en edades más tempranas.

Las principales dudas expresadas por el alumnado no son más que poner de manifiesto sus deseos y adquirir información que previamente no han recibido en el ámbito familiar, escolar o entre iguales.

Los profesionales de enfermería, como agentes educadores en salud, tenemos el deber de analizar cuáles son las necesidades de la población adolescente para así, poder proporcionarles la información y conocimientos adecuados, de manera que puedan tomar decisiones conscientes, adecuadas y responsables.

AGRADECIMIENTOS

A María José Gamuz, matrona referente de ambas localidades, por enriquecer el estudio con sus conocimientos en educación afectivo-sexual y empoderar la figura de la matrona en este sector de la población.

A Pastora Jiménez, enfermera especialista en familiar y comunitaria, por compartir sus nutridas técnicas didácticas orientadas a una mejor asimilación de conocimientos por parte del alumnado.

A Paqui Oliva y Patricia, enfermeras escolares de La Puebla de Cazalla y Marchena respectivamente por su contribución a la recogida de datos, comunicación con los centros para llevar a cabo la intervención y la cesión de material educativo para amenizar las sesiones.

A los servicios de dirección y orientación de los institutos participantes por la coordinación con los docentes para poder llevar a cabo este estudio.

Técnica de Dubois, a propósito de un caso

Dubois technique, about a case

Manuel Olvera Martínez

Enfermero. Centro de Salud Puerto de Santa María Sur (El Puerto de Santa María, Cádiz)

RESUMEN

El encajamiento distal es una complicación tardía que puede surgir después de una avulsión ungueal, donde la pérdida de la lámina ungueal permite que el pulpejo distal crezca y se eleve, convirtiéndose en un obstáculo para el crecimiento adecuado de la nueva lámina ungueal.

Este encajamiento distal representa un problema de onicocriptosis y, por tanto, se encuentra dentro de los servicios ofrecidos para evaluación y tratamiento por parte de la unidad de cirugía menor en atención primaria.

Una técnica conocida como la técnica de Dubois, también llamada "boca de pez", se presenta como una alternativa eficaz para abordar quirúrgicamente esta patología. Esta intervención consiste básicamente en realizar una resección en cuña de piel y capa subcutánea del rodete distal simulando una "boca de pez" lo que permite aplanar el tejido distal que obstaculiza el crecimiento de la lámina ungueal.

Se presenta el caso clínico de un varón de 16 años que tras una avulsión ungueal por retroniquia, desarrolló una sobrelevación del pulpejo distal, generando una barrera física para el crecimiento normal de la uña, llegando a producir un encajamiento distal.

Esta técnica suele ser efectiva en el alivio de los síntomas producidos por dicha patología y supone una prevención de recurrencias, permitiendo al paciente una recuperación satisfactoria y una adecuada funcionalidad de la uña.

PALABRAS CLAVE

encajamiento distal; avulsión ungueal; lámina ungueal; pulpejo distal; onicocriptosis; cirugía menor; técnica de dubois; boca de pez

ABSTRACT

Distal embedding is a late complication that may arise after nail avulsion, where the loss of the nail plate allows the distal pulp to grow and elevate, becoming an obstacle for the proper growth of the new nail plate.

This distal embedding represents a problem of onychocryptosis and therefore falls within the services offered for evaluation and treatment by the primary care minor surgery unit.

A technique known as the Dubois technique, also called "fish mouth," is presented as an effective alternative for surgically addressing this pathology. This intervention essentially involves performing a wedge resection of skin and subcutaneous layer of the distal fold, simulating a "fish mouth," which flattens the distal tissue that obstructs the growth of the nail plate.

The clinical case of a 16-year-old male is presented, who, after nail avulsion due to retronychia, developed an elevation of the distal pulp, creating a physical barrier for the normal nail growth, eventually leading to distal embedding.

This technique is often effective in relieving symptoms produced by this pathology and serves as a prevention of recurrences, allowing the patient a satisfactory recovery and proper nail functionality.

KEYWORDS

distal embedding; nail avulsion; nail plate; distal pulp; onychocryptosis; minor surgery; dubois technique; fish mouth

INTRODUCCIÓN

El término onicocriptosis¹ proviene de las raíces griegas 'onyx-, onychos', que significa uña, y 'kryptein', que significa oculta, también conocida como uña encarnada. Se trata de una afección de la lámina ungueal, relativamente frecuente y que cursa con inflamación, dolor y en ocasiones infección del pliegue lateral de la uña, en ocasiones afectando a ambos pliegues laterales².

El encajamiento distal es un tipo de onicocriptosis que implica una afección completa del rodete, el exceso de tejido supone una barrera física al crecimiento de la lámina ungueal que termina provocando una onicocriptosis total de toda la lámina ungueal.

Este encajamiento distal puede aparecer como una complicación tardía tras una avulsión ungueal causando no solo molestias y dolor en el área afectada, sino que también puede afectar significativamente la calidad de vida de los individuos.

La técnica de Dubois, también conocida como "técnica de boca de pez", fue desarrollada por el cirujano francés René Dubois en la década de 1960, siendo utilizada para tratar diversas afecciones ungueales, incluido el encajamiento distal.

FECHA DE RECEPCIÓN: 13/03/2024

FECHA DE ACEPTACIÓN: 15/04/2024

Correspondencia: Manuel Olvera Martínez
Correo electrónico: lolochelolo@hotmail.com

Este tipo de onicocriptosis se presenta de forma infrecuente ya que es más habitual que aparezca sobre los pliegues laterales de la uña³, pero cuando aparece supone un problema que requiere una gestión adecuada y efectiva ya que al tratarse de un tipo de onicocriptosis, se encuentra incluida en la cartera de servicios que ofrecen las unidades de cirugía menor en atención primaria.

La técnica de Dubois⁴ se ha convertido en una herramienta valiosa en el arsenal terapéutico para enfermería en cirugía menor. Consiste en realizar una resección en cuña tanto de piel como de tejido subcutáneo del rodete distal simulando una "boca de pez" que permite aplanar el tejido distal que obstaculizaba el crecimiento de la lámina ungueal. Este proceso implica la extirpación cuidadosa del exceso de tejido y la corrección de la posición del pulpejo para restaurar su función normal. Es importante valorar cuidadosamente la cantidad de tejido a extirpar, una exeresis inadecuada conllevaría en su defecto a no resolver el problema y un exceso de tejido extirpado provocaría una sutura a tensión con compromiso tisular, en este aspecto cabe destacar que la incisión longitudinal proximal debe realizarse al menos a 3-4 mm del hiponiquio, dejando tejido suficiente para realizar una sutura segura minimizando el riesgo de necrosis tisular.

La efectividad de la técnica de Dubois ha sido ampliamente reconocida en la literatura científica⁵, no solo en el alivio de los síntomas del encajamiento distal, sino también en la prevención de recurrencias a largo plazo. Esta intervención ha demostrado proporcionar a los pacientes una recuperación satisfactoria y una funcionalidad adecuada de la uña, mejorando así su calidad de vida.

En este artículo, presentamos un caso clínico de un paciente de 16 años que tras una avulsión ungueal por retroniquia presenta posteriormente un encajamiento distal, una complicación secundaria donde la elevación del rodete distal genera una barrera física para el crecimiento de la nueva lamina ungueal, provocándole al paciente dolor, limitación de la deambulación y alteraciones en la actividad normal de su día a día. El paciente fue derivado a la consulta de cirugía menor por su médico de familia al tratarse de un proceso de onicocriptosis y estar incluida dicha patología en la cartera de servicio de cirugía menor. Valorado por enfermería de cirugía menor se planteó abordaje quirúrgico mediante la técnica de Dubois, un proceso quirúrgico donde se realiza una resección en cuña de piel y capa subcutánea del rodete distal simulando una "boca de pez" que permite aplanar el tejido distal que obstaculiza el crecimiento de la lámina ungueal. El paciente presentó un postoperatorio satisfactorio, reanudando su actividad normal tras 2 semanas desde la intervención. Transcurridos 9 meses desde el abordaje quirúrgico el paciente se encuentra muy satisfecho con los resultados obtenidos y presenta un crecimiento normal y sin molestias de la nueva lamina ungueal sobre el rodete distal, quedando solucionado definitivamente el problema del encajamiento distal que presentaba anteriormente.

PRESENTACION Y EVOLUCION DEL CASO CLINICO

Historia clínica

Se trata de un varón de 16 años, sin antecedentes médicos de interés ni alergias medicamentosas, que experimentó un traumatismo accidental en el primer dedo del pie izquierdo en el mes

Figura 1. Encajamiento distal. Fotografía previa a la intervención.



de mayo de 2022. Como resultado de este incidente, desarrolló un cuadro de retroniquia con inflamación y secreción purulenta en el eponiquio, lo cual requirió de una avulsión completa en cirugía menor el 7 de junio de 2022, bajo anestesia local con lidocaína al 2% sin vasoconstrictor, lográndose la extracción completa de la lámina ungueal. Tanto la intervención como la recuperación posterior transcurrieron sin complicaciones.

Valoración inicial del caso

El 20 abril de 2023 el paciente regresa a la consulta de cirugía menor para una evaluación del dedo intervenido. Informa de dolor en la zona distal del mismo dedo, donde se observa un completo crecimiento de la lámina ungueal acompañado de una sobre elevación del pulpejo, resultando en un encajamiento distal de la uña sobre el tejido circundante. Durante la evaluación, se observa enrojecimiento en todo el borde distal debido a la presión directa de la uña sobre el pulpejo. El paciente refiere especialmente dolor durante la deambulación prolongada y propicia importantes molestias en su actividad de la vida diaria.

Diagnostico NANDA: deterioro de la movilidad física (000185), dolor agudo (00132)

Inicialmente, se consensuó con el paciente la posibilidad de un tratamiento conservador y una observación cuidadosa para evaluar si el crecimiento natural de la lámina ungueal podría corregir la deformidad, con el objetivo de evitar la intervención quirúrgica y sus posibles complicaciones. Se solicitó un control radiológico que descartó la presencia de exostosis. Tras dos meses de seguimiento y evaluaciones periódicas, se observó que la lámina ungueal seguía provocando lesiones en el tejido distal y no lograba superar la altura del pulpejo sobre elevado. Se decidió entonces proceder con la intervención quirúrgica mediante la técnica de Dubois.

Tabla 1. Plan de cuidados

Diagnóstico de enfermería	Criterios de resultado (NOC)	Intervenciones (NIC)	Actividades
Ansiedad (00146)	Autocontrol de la ansiedad (1402) Bienestar (2002)	Disminución de la ansiedad (5820)	<ul style="list-style-type: none"> —Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. —Crear un ambiente que facilite la confianza. —Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. —Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. —Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
Intervención quirúrgica	Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609)	Preparación quirúrgica (2930) Enseñanza prequirúrgica (5610)	<ul style="list-style-type: none"> —Completar lista de comprobaciones preoperatorias. —Verificar firma del consentimiento informado. —Conocer experiencias previas y nivel de conocimiento del paciente relacionado con la cirugía. —Describir rutinas preoperatorias (anestesia, dieta, resultados sobre cirugía).
Dolor agudo (00132)	Sintomatología: Nivel del dolor (2102) —Dolor referido (/01) Conducta de salud: Control del dolor (1605)	Manejo del dolor (1400)	—Valoración de la intensidad del dolor mediante Escala EVA.
Riesgo de infección (00004)	Control del riesgo (1902): de infección —Reconoce factores de riesgo (/01) Detección del riesgo (1908): de infección —Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos (/01)	Protección contra infecciones (6550) Control de infecciones (6540)	<ul style="list-style-type: none"> —Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infección —Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. —Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada. —Vigilar la aparición de fiebre.
Deterioro de la integridad cutánea (00046)	Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101) —Temperatura (/01) —Hidratación (/04) —Piel intacta (/13) Curación de heridas (1102)	Cuidados del sitio de incisión (3440)	<ul style="list-style-type: none"> —Realizar cura de la incisión de modo estéril —Mantener apósito limpio y seco. —Vigilar aspecto, exudados y aparición de hematomas.
Conocimientos deficientes (00126) acerca del proceso de enfermedad	Conocimiento: proceso de enfermedad (1803) —Descripción del proceso de enfermedad (/02) —Descripción de la causa (/03) —Descripción de los factores de riesgo (/04) —Descripción de los efectos de la enfermedad (/05) —Descripción de las complicaciones (/09)	Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)	<ul style="list-style-type: none"> —Educación sanitaria sobre el régimen terapéutico a seguir. —Describir signos y síntomas.

Procedimiento quirúrgico

El procedimiento quirúrgico se llevó a cabo el 5 de Julio de 2023 de forma ambulatoria en el quirófano de cirugía menor del centro de salud. Se inició con un bloqueo troncular utilizando lidocaína al 2% sin vasoconstrictor para garantizar la anestesia adecuada. Después de esperar aproximadamente 10 minutos para permitir que la anestesia surtiera efecto, se procedió con los siguientes pasos:

- 1. Marcado del tejido a extirpar:** Se realizó un marcado con lápiz dermatográfico quirúrgico en el tejido a extirpar para guiar la intervención.
- 2. Torniquete y exanguinación:** Se aplicó un torniquete mediante compresor elástico para realizar una exanguinación. Este proceso consiste en envolver el dedo con una banda de goma desde la punta hasta la raíz, aplicando una compresión gradual. Luego, se desenrolla la banda desde la punta del dedo hacia la raíz, manteniendo la compresión proximal sin retirar completamente la banda.
- 3. Desinfección:** Se realizó un pintado completo del dedo de distal a proximal con povidona yodada para desinfectar la zona quirúrgica.
- 4. Incisión y extirpación del tejido:** Se practicó una incisión con bisturí del nº15 sobre el rodete distal que sobrepasaba ligeramente los bordes ungueales, y una segunda incisión con mayor curvatura simulando una boca de pez, siguiendo el marcado previo del tejido a retirar. Posteriormente, se procedió a la extirpación del tejido marcado durante la evaluación inicial.
- 5. Valoración y nueva incisión:** Tras la exeresis del tejido, se valoró el pulpejo mediante compresión manual para acercar los bordes quirúrgicos. Se observó una ligera sobreelevación, por lo que se realizó una nueva incisión rebajando escasos 2 mm del borde distal para garantizar la adecuada posición del pulpejo.
- 6. Sutura:** Se procedió a suturar la herida quirúrgica con puntos simples utilizando monofilamento 3/0. En total, se aplicaron 7 puntos para cerrar la incisión.
- 7. Regularización de la uña:** Se realizó un corte transversal con un alicate en la zona medial de la uña para su regularización. Posteriormente, se resanó el lecho ungueal expuesto con tejido hipertrófico mediante un ligero legrado con una cuchara quirúrgica.
- 8. Colocación de malla de silicona y vendaje:** Se retiró el torniquete comprobando la correcta perfusión del tejido y se colocó una malla de silicona en el lecho quirúrgico para facilitar la retirada del apósito en las curas posteriores. Se cubrió la zona con gasa y se aplicó un vendaje ligeramente compresivo con venda cohesiva.
- 9. Indicaciones postoperatorias:** Se prescribió analgesia con paracetamol 500 mg alternando con ibuprofeno 400 mg cada 8 horas. Se recomendó reposo manteniendo el pie elevado para controlar el proceso inflamatorio. El paciente reportó una buena tolerancia al dolor y solo requirió analgesia los dos primeros días.
- 10. Curas y retirada de sutura:** Se realizó la primera cura a las 48 horas, retirando el apósito y evaluando el tejido, la sutura y la ausencia de signos de infección. Se realizó un pintado con povidona yodada y se aplicó un nuevo apósito. Las curas se llevaron a cabo cada 48 horas hasta la retirada de sutura a los 14 días. A partir de ese momento el paciente recupera su actividad diaria normal.

Figura 2. Postoperatorio (48 horas).



Figura 3. Retirada de sutura (14 días).



Figura 4. Fotografía tras 8 meses de la intervención.



En marzo de 2024, transcurridos 8 meses de la intervención, el paciente se encuentra muy satisfecho con los resultados obtenidos, no ha presentado complicaciones ni molestias durante este tiempo. Se observa el crecimiento de la nueva lamina ungueal que sobrepasa el rodete distal sin problemas, quedando definitivamente resuelto su problema de encajamiento distal.

Evaluación de los resultados y seguimiento

El caso clínico presentado y los resultados obtenidos tras la aplicación de la técnica de Dubois para el tratamiento del encajamiento distal después de una avulsión ungueal revelan importantes conclusiones. La técnica de Dubois, también conocida como "boca de pez", se destacó como una opción quirúrgica eficaz y segura para abordar el encajamiento distal en este paciente en particular.

Uno de los aspectos más significativos de esta intervención fue el alivio considerable de los síntomas experimentados por el paciente. El dolor persistente en la zona distal del dedo y las molestias durante la deambulación prolongada se redujeron notablemente después del procedimiento. Este alivio no solo mejoró la calidad de vida del paciente, sino que también restauró su funcionalidad, permitiéndole realizar actividades diarias con mayor comodidad.

Además, la técnica de Dubois demostró ser efectiva en la prevención de recurrencias a largo plazo del encajamiento distal.

Una evaluación minuciosa de la cantidad de tejido a retirar y la correcta disminución del rodete distal permitieron un crecimiento adecuado de la nueva lámina ungueal. Este crecimiento saludable evitó que la lámina ungueal se volviera a encajar en el rodete distal, lo que se considera crucial para evitar futuras complicaciones y molestias para el paciente.

Estos hallazgos tienen importantes implicaciones para la práctica clínica de la cirugía menor en atención primaria. La técnica de Dubois emerge como una herramienta valiosa y confiable para el tratamiento del encajamiento distal. No solo ofrece resultados positivos en términos de alivio de síntomas y prevención de recurrencias, sino que también brinda a los profesionales de la salud una opción segura y efectiva para mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados por esta complicación.

En resumen, la experiencia de este caso clínico respalda firmemente la eficacia y relevancia clínica de la técnica de Dubois en el tratamiento del encajamiento distal, tal y como se describe en un estudio realizado en 2022⁵, donde se analizan 40 pacientes intervenidos con esta técnica y ponen de manifiesto según sus resultados que un 95% pacientes indicaron que volverían a someterse a la cirugía si "tuvieran que hacerlo todo de nuevo" y 90% pacientes dijeron que recomendarían el procedimiento a otras personas. Por tanto este enfoque quirúrgico ofrece beneficios tangibles para los pacientes y se presenta como una opción confiable en el arsenal terapéutico de la cirugía menor en atención primaria.

CONFLICTO DE INTERESES

En el presente artículo, no se recibió financiación externa ni se tienen relaciones comerciales que puedan influir en la realización, análisis o interpretación de los resultados. El autor declara que no tiene intereses financieros, personales o académicos que puedan representar un conflicto de intereses en relación con este trabajo.

Esta declaración certifica que todos los aspectos del estudio fueron llevados a cabo de manera imparcial y objetiva, sin influencias que pudieran comprometer la integridad científica del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Uñas encarnadas (onicocriptosis): qué son y cómo tratarlas [Internet]. CuidatePlus. 2009. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/enfermedades-del-pie/unas-encarnadas.html>
2. De Berker DA, Baran R. Trastornos de las uñas. En: Burns T, Breathnach SM, Cox N, Griffiths C, editores. Libro de texto de dermatología de Rook. 8ª ed. Oxford: Wiley Blackwell; 2004. pág. 65.
3. Muriel-Sánchez JM, Becerro-de-Bengoa-Vallejo R, Montañó-Jiménez P, Coheña-Jiménez M. The Treatment of Ingrown Nail: Chemical Matricectomy With Phenol Versus Aesthetic Reconstruction. A Single Blinded Randomized Clinical Trial. *Journal of Clinical Medicine*. 2020 Mar 20;9(3):845.
4. Di Chiacchio N, Di Chiacchio NG. Best Way to Treat an Ingrown Toenail. *Dermatologic Clinics*. 2015 Apr;33(2):277-82.
5. Tian J, Chen Z, Li J. Ingrown Toenail Treated by the Modified Howard-Dubois Technique: Long-Term Follow-Up Results. *Indian journal of dermatology* [Internet]. 2022;67(4):343-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9792034/>

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Olvera Martínez M. Técnica de Dubois, a propósito de un caso. *Hygia de Enfermería*. 2024; 41(2): 74-78

Estreptococo del grupo B en la gestante: comparación de las estrategias de prevención actuales

Group B streptococcus in pregnant women: comparison of current prevention strategies

Nagore García Arbonies^A y Claudia Ernst Soler^A

^A Enfermera especialista en obstetricia y ginecología (matrona). Hospital Clinic (Barcelona)

RESUMEN

Introducción: La carga mundial de la infección por el estreptococo del grupo B durante la gestación hoy en día supone una gran preocupación sanitaria en todo el mundo. Aunque se trata de una bacteria inofensiva para la mayoría de las mujeres embarazadas, adquiere una particular preocupación debido al riesgo aumentado de efectos adversos fetales, neonatales y maternos.

Objetivo: Identificar las estrategias actuales para la prevención del estreptococo del grupo B en la gestante y analizar sus consecuencias positivas y negativas.

Metodología: Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica exhaustiva de la literatura publicada los últimos 5 años en las siguientes bases de datos: PubMed, Cuiden, Lilacs y Cochrane Library. Se establecieron los criterios de inclusión y exclusión para limitar los resultados obtenidos.

Resultados: Se ha podido observar que el enfoque más eficaz actualmente disponible y ampliamente utilizado para la prevención de la infección es la profilaxis antibiótica intraparto, que reduce significativamente la incidencia de infección neonatal. Este tratamiento se puede implementar identificando a las gestantes susceptibles a través de un control prenatal de rutina o una estrategia de detección basado en el riesgo. Se ha demostrado que las estrategias de prevención han conseguido reducir la incidencia de sepsis neonatal precoz en más del 80% de los casos.

Conclusiones: Hoy en día todavía no existe un consenso común con las diferentes organizaciones internacionales sobre el mejor método de cribado y protocolo a seguir. Subrayar la importancia de seguir avanzando en nuevas estrategias y medidas que consigan la reducción de carga global.

PALABRAS CLAVE

infección por estreptococo del grupo B; gestante; cribado; resultados; recién nacido

ABSTRACT

Introduction: The global burden of group B streptococcus infection during pregnancy today represents a major health concern worldwide. Although it is a harmless bacteria for the majority of pregnant women who carry it, it is of particular concern due to the increased risk of adverse fetal, neonatal and maternal effects.

Aim: Identify the current strategies for the prevention of group B streptococcus in pregnant women and analyze their positive and negative consequences

Methodology: An exhaustive bibliographic search of the literature published in the last 5 years has been carried out in the following databases: PubMed, Cuiden, Lilacs and Cochrane Library. Inclusion and exclusion criteria were established to limit the results obtained.

Results: It has been observed that the most effective approach currently available and widely used for the prevention of infection is intrapartum antibiotic prophylaxis, which significantly reduces the incidence of neonatal infection. This treatment can be implemented by identifying susceptible pregnant women through routine prenatal care or a risk-based screening strategy. Prevention strategies have been shown to reduce the incidence of early neonatal sepsis in more than 80% of cases.

Conclusions: Nowadays there is still no common consensus with the different international organizations on the best screening method and protocol to follow. The importance of continuing to advance in new strategies and measures that achieve global burden reduction must be emphasized.

KEYWORDS

group B streptococcal infections; pregnant women; mass screening; outcomes; newborn

INTRODUCCIÓN

El estreptococo agalactiae o estreptococo del grupo B (SGB) es una bacteria gram positiva que puede colonizar asintómicamente y de manera transitoria el tracto genitourinario de los humanos. Durante la gestación sin embargo, adquiere una particular preocupación debido al riesgo aumentado de efectos adversos fetales, neonatales y maternos, siendo una de las primeras causas de morbi-mortalidad en periodo neonatal^{1,2}. Recientes estudios demuestran que la infección por SGB es un problema mundial actual. En 2020, los datos muestran que 20 millones de gestantes fueron colonizadas por esta bacteria, al igual que se observaron manifestaciones tempranas como tardías en casi 400.000 neonatos³.

Mundialmente se estima que existe una media de 20-25 %, con tasas que varían ampliamente en diferentes partes del mundo. Debido a la naturaleza asintomática de la colonización recto vaginal, es difícil determinar si la prevalencia de SGB está cambiando con el tiempo⁴.

Desde 1970 los países occidentales dieron una gran importancia tanto a la prevención como al tratamiento de la infección perinatal por SGB como consecuencia de sus efectos adversos y alta mortalidad neonatal. En 1996 el Centro de Control y Prevención de enfermedades (CDC) junto con la colaboración del Colegio de Obstetricia y Ginecología de América (ACOG) publicaron las primeras guías para la prevención de la infección. No obstante, las políticas de screening varían significativamente según los ingresos económicos de cada país como geográficamente. En países con bajo nivel económico, donde existe una de las tasas más altas de casos de SGB invasivo, es posible que no se reconozca la causa de sepsis, parto prematuro o muerte fetal teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos son inaccesibles las visitas prenatales formalizadas y no se obtienen los cultivos pertinentes en cada ocasión. Por otro lado, en países con similar estatus económico, los métodos de screening no son necesariamente consistentes, diferenciándose en dos grandes categorías; el cribaje microbiológico, hoy en día conocido como el cribaje universal, y el cribaje basado en factores de riesgo^{4,5}. El objetivo de esta revisión por lo tanto, tratará de identificar las estrategias actuales para la prevención del estreptococo del grupo B en la gestante y analizar sus consecuencias positivas y negativas.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión de la literatura en las principales bases de datos en Ciencias de la Salud: PubMed, Cuiden, Lilacs y Cochran Library entre los meses de noviembre y diciembre de 2023.

Para la búsqueda en español se utilizaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs): “Gestante”, “Infección por Strep del grupo B”, “Cribado”, “Recién nacido”, “Resultados”, “Infecciones Asintomáticas” y los tesauros propios de PubMed (MeSH): “Pregnant women, pregnancy”, “Group B Streptococcal Infections”, “Mass screening”, “infant, newborn”, “outcomes”, “asymptomatic Infections”. De estas surgieron estrategias de búsqueda, empleando los operadores booleanos “AND” y “OR”.

La estrategia de búsqueda seguida se muestra en la tabla 1.

Los criterios de inclusión fueron: Todo tipo de estudios que se centran en la temática a investigar (revisiones bibliográficas,

ensayos clínicos, meta análisis, estudios observacionales...) publicados en inglés o español en los últimos 5 años. Contrariamente, los criterios de exclusión fueron: artículos duplicados cuyo acceso al texto completo no fue posible o literatura publicada con más de 5 años de antigüedad.

Tras la búsqueda inicial, los estudios existentes fueron analizados de forma individual para valorar su elección. En una primera fase, fueron seleccionados aquellos artículos cuyo título estuvieran relacionados con el tema. A continuación, se leyeron los resúmenes de dichos artículos, seleccionando aquellos que incluyeran los criterios de inclusión del estudio, para posteriormente ser leídos a texto completo. Finalmente, en una segunda fase fueron seleccionados aquellos estudios que, tras su lectura completa y exhaustiva, fueron considerados relevantes para el estudio. De un total de 122 artículos, 13 de ellos fueron seleccionados para esta revisión.

Además de las búsquedas, se ha realizado una revisión de manuales y guías para proporcionar más información sobre las estrategias de prevención del estreptococo del grupo B en la gestante.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos de la revisión se exponen en 3 diferentes apartados. A) Concepto y descripción de datos sobre la infección materna y fetal por estreptococo del grupo B. B) Protocolo de cribado y tratamiento en España. C) Protocolo de cribado en el extranjero; comparativa y desafíos.

A. Concepto y descripción de datos sobre la infección materna y fetal por estreptococo del grupo B

El estreptococo del grupo B es frecuentemente descrito como un patógeno oportunista, debido a su gran capacidad de pasar de un colonizador asintomático a convertirse en un potente microorganismo patógeno. Es una bacteria gram positiva beta hemolítica, que coloniza generalmente el tracto genitourinario y gastrointestinal de manera asintomática^{4,6}.

La relación exacta entre el SGB y la microbiota vaginal de la gestante es muy complicada. La microbiota vaginal en general, dominada por *Lactobacillus crispatus*, *L. jensenii* y *L. gasseri*, protege a la mucosa frente al establecimiento de microorganismos indeseables, lo que se asocia con la aparición de vaginosis bacteriana, vaginitis, tricomoniasis e infecciones del tracto urinario inferior. La colonización por SGB puede estar asociada con un deterioro general de la defensa vaginal, y en mujeres embarazadas colonizadas por SGB se ha demostrado que las células epiteliales vaginales cambian sus propiedades; lo cual provocan alteraciones en la inmunidad vaginal aumentando la susceptibilidad a la colonización e infección de otros patógenos. Un estudio realizado por Andrews et al., muestra que mujeres con SGB positivo en el tercer trimestre fueron colonizadas con más frecuencia por *Staphylococcus aureus* que mujeres con SGB negativo⁷.

A pesar de no haber una clara explicación de porqué sucede la colonización, son múltiples los factores que parecen condicionar la predisposición materna: edad; raza; paridad; localización geográfica; conducta sexual; uso frecuente de tampones; consumo abundante de lácteos; hábitos de higiene deficientes;

Tabla 1. Estrategia de búsqueda.

Base de datos	Términos de búsqueda	Registros obtenidos	Artículos seleccionados
PUBMED	"group B streptococcal infection" AND "pregnancy" AND "outcomes"	90	9
	"group B streptococcal infection" AND "pregnancy OR pregnant women" AND "mass screening"	14	2
CUIDEN	"infección por Strep grupo B" AND "cribado"	2	0
	"infección por Strep grupo B" AND "recién nacido"	4	0
LILACS	"infección por Strep grupo B" AND "gestante"	3	0
	"infección por Strep grupo B" AND "infecciones asintomáticas" AND "cribado"	6	1
COCHRANE	"group B Streptococcal Infection" AND "mass screening"	3	1

vulvovaginitis de repetición; o el mantenimiento de una excesiva humedad genital, entre otros. Aun así, el factor que más firme e intensamente se asocia durante el embarazo es el antecedente de su aislamiento microbiológico en una gestación previa⁶. Sin embargo, la colonización por SGB puede ser increíblemente variable en la mujer, pudiendo estar colonizada persistentemente mientras que en otros casos experimentan episodios recurrentes o intermitentes⁷.

Durante la gestación, esta bacteria predispone a la madre y al bebé a una amplia gama de resultados adversos. El estreptococo es capaz de ascender desde el tracto genitourinario inferior y rectal de la mujer colonizada hasta encontrarse con la decidua materna, membranas amnióticas o disco placentario. Una vez que haya sucedido la invasión en la cavidad amniótica, el reconocimiento inmunológico y los mediadores inflamatorios contribuyen al desarrollo de resultados adversos del embarazo; como la corioamnionitis, sepsis materna, parto prematuro o muerte fetal intrauterina. Al mismo tiempo, la inflamación e infección del líquido amniótico puede provocar una ruptura prematura de membranas amnióticas⁴. Un estudio prospectivo de cohortes del 2022 demuestra que las mujeres con SGB al momento del parto tienen el doble de riesgo de adquirir una infección periparto que las que no han sido colonizadas, independientemente de la edad gestacional y las intervenciones obstétricas realizadas, como el parto por cesárea⁷. En una revisión sistemática publicada en 2022, se muestra que el riesgo global de sufrir una infección invasiva materna es del 0,29 por cada 1000 partos. Hay que recalcar que todos los análisis de datos en esta revisión se realizaron en Europa y Norte América, por lo que se ha podido subestimar la magnitud del problema sin la representación de los países de bajo nivel económico; donde existe la mayor tasa de casos. Por otra parte, se manifiesta que la tasa de prematuridad a causa de SGB se estima que es del 3,5 % de todos los partos prematuros al año⁸. Otro estudio retrospectivo realizado en China, presenta una tasa de infección invasiva materna del 0,38 por cada 1000 parto y una tasa de mortalidad del 0,2 %⁹.

En cuanto a la infección perinatal/neonatal precoz por estreptococo del grupo B, sigue siendo una de las principales causas de la morbimortalidad neonatal actual. El bebé puede ser infectado por múltiples vías. Una de las principales vías de transmisión es la exposición con la flora vaginal materna durante el parto o tras la rotura prematura de membranas. Tras una infección ascendente, el feto puede infectarse incluso en presencia de membranas amnióticas intactas¹⁰. El principal factor de riesgo para el contagio del recién nacido es la presencia de SGB en el tracto genitourinario y gastrointestinal materno durante el parto, siendo el riesgo 25 veces más elevado en madres en las que se ha detectado la presencia de SGB que en aquellas con cultivos negativos. La frecuencia de colonización en los recién nacidos de madres portadoras ronda el 50 %, si bien sólo entre un 1 % y un 2 % de los recién nacidos colonizados desarrollan la infección, en ausencia de una adecuada profilaxis⁶.

Globalmente, la incidencia de una infección invasiva por SGB en un recién nacido se estima que es del 0,49 por cada 1000 recién nacidos vivos. La infección neonatal se clasifica en dos grupos según la aparición de los síntomas: la infección precoz, que aparece en los 7 primeros días y la infección tardía que aparece entre los 7 y 90 días de vida. El primer grupo se manifiesta en la mayoría de los casos como una bacteriemia (78 %), seguido de meningitis (16 %) o como neumonía (15 %). Los típicos síntomas están relacionados con el aparato respiratorio, donde aparece la apnea, taquipnea, quejido o cianosis. En las manifestaciones tardías, aumenta sustancialmente el riesgo de meningitis hasta un 43 %. Como consecuencia de la infección, el 25-30 % de los recién nacidos afectados padecen importantes secuelas neurológicas. La tasa de mortalidad total de la infección invasiva se encuentra en un 8,4 % sin grandes variaciones entre la infección precoz o tardía. No obstante, sí que existe una gran variación geográfica en la tasa de mortalidad neonatal global con una de las mayores tasas declaradas en África (18,9 %). Además, el riesgo de mortalidad aumenta 4 veces más en casos de morbilidad asociada como VIH, o cuando hay un servicio deficiente de diagnóstico y atención como el bajo uso de profilaxis con antibióticos¹⁰.

B. Protocolo de cribado y tratamiento en España

Tras la revisión de protocolos de diferentes hospitales del país y según las últimas recomendaciones de la SEGO, en nuestro medio, como estrategia para la profilaxis de la infección neonatal por estreptococo del grupo B, se realiza un cribado microbiológico universal de las gestantes y un tratamiento antibiótico intraparto^{11,12}.

El cribado se realiza a todas las gestantes entre la semana 35-37 (de preferencia en la semana 36), adelantando este proceso a la semana 33-35 en caso de gestaciones gemelares o con riesgo de prematuridad. Quedarán excluidas del cribado y se realizará directamente la profilaxis antibiótica en los siguientes casos^{11,12,13}:

- Gestante con un hijo anterior con infección neonatal precoz por SGB.
- Gestantes en las que se detecte SGB en orina.
- Cultivo vagino-rectal positivo en algún momento previo a la gestación actual.

El cultivo se recogerá en la consulta de la matrona. Se obtendrá una primera muestra vaginal, sin colocar el espéculo y sin previa manipulación vaginal, y con el mismo escobillón se tomará la segunda muestra rectal. Debido a que la colonización vaginal es intermitente, un resultado negativo tiene una validez máxima de 5 semanas. Se deberá recoger una nueva muestra si han transcurrido más de 5 semanas desde que se tomó la muestra y el parto no se haya producido¹³.

Las indicaciones generales de la antibioterapia intraparto son las siguientes^{11,13}:

- Gestantes con cultivo positivo para SGB.
- Resultado positivo para SGB en orina independientemente del cultivo.
- Un hijo previo con infección neonatal por SGB.
- Partos < 37 semanas sin resultado del cultivo. Según el protocolo del Centro de Medicina Materno Fetal de Barcelona (MMF) se limita a partos de < 35 semanas.
- Rotura prematura de membranas (RPM) superior a 18 horas cuando no se disponga del resultado.
- Fiebre intraparto (> 38 °C) sin resultado del cultivo. En este caso debe considerarse la posible existencia de corioamionitis u otra infección materna.

La antibioterapia intraparto no estará indicado en caso de cesárea electiva con membranas íntegras y sin inicio del trabajo de parto independientemente del cultivo. Tampoco se administrará en las gestaciones de más de 37 semanas con estado de colonización por SGB desconocido o resultado negativo de > 5 semanas sin factores de riesgo asociados^{11,13}.

Para que la pauta antibiótica sea adecuada, el antibiótico debe ser administrado por vía endovenosa y al menos 4 horas antes del nacimiento. Como antibiótico de elección se debe administrar Penicilina 5 millones de UI (dosis inicial) EV, seguida de 2,5 millones de UI cada 4 horas hasta el final del parto. Como alternativa se podría pautar ampicilina, dosis inicial 2 g y después 1 g cada 4 horas. La ampicilina presenta la misma efectividad terapéutica pero debido a su amplio espectro tiene mayor posibilidad de crear resistencias^{12,13}.

En la petición de cultivo para el cribado, se debe informar si hay alergia a la penicilina. En estos casos se realizará el estudio de la sensibilidad del estreptococo a la Eritromicina y la Clindamicina. En caso de que la alergia declarada por la gestante tenga bajo riesgo de anafilaxia, el antibiótico a emplear será la Cefazolina. En cambio, si la paciente es alérgica a la penicilina (con alto riesgo de anafilaxia) y la cepa es sensible a la Clindamicina, este es el antibiótico que debe usarse, con una pauta de Clindamicina 900mg c/8h EV. Pero si no se dispone de antibiograma o hay una sensibilidad desconocida, el tratamiento de elección será la Vancomicina 1 g cada 12 horas hasta final del parto según la SEGO¹².

C. Protocolo de cribado en el extranjero; comparativa y desafíos

El cribado universal del estreptococo grupo B en la gestante, es una de las estrategias más empleadas en el mundo, en al menos 35 países. No obstante, existe otra estrategia, apoyada por evidencia científica y actualmente en uso por países como Reino Unido, Dinamarca, Países Bajos, Suecia entre otros, que se basa en los factores de riesgo materno para el cribado³.

Según la ACOG, el cribado universal prenatal ha demostrado ser hoy en día superior al cribado basado en riesgo. Las guías de práctica clínica del CDC del 2010, recomendaban realizar el cultivo vagino-rectal a todas las gestantes entre la semana 35-37 de gestación, al igual que en España. En cambio, la ACOG ha realizado recientemente una modificación del momento idóneo para realizar el cultivo, recomendando recoger la muestra microbiológica entre la semana 36-37. De esta manera, y teniendo en cuenta la validez del resultado de 5 semanas, se incluirían las gestantes que den a luz en la semana 41 +0/7. Esta modificación viene a raíz de estadísticas realizadas en EEUU donde se demuestra que un 1,9 % de los partos ocurren durante la semana 35 y un 6,7 % durante la semana 41 de gestación^{1,14}.

Una de las bases que refuerza el cribado prenatal universal es que se considera un buen predictor de la colonización materna a la hora del parto. Sin embargo, esta estrategia se puede ver afectada por potenciales desafíos¹⁴:

- La eliminación de la infección para el momento del parto, lo que implica una pauta antibiótica innecesaria.
- Los falsos positivos.
- Algunos resultados negativos pueden verse afectados por una colonización a la hora del parto.

Se ha encontrado evidencia que respalda estos desafíos. En un estudio realizado en Francia se observó que un 40 % de embarazadas con resultado positivo en el cultivo en la semana 35-37 de gestación, habrían eliminado la infección para el momento del parto¹⁴.

A pesar de estos retos, un meta análisis observacional reciente demuestra que el cribado microbiológico prenatal reduce el riesgo de infección neonatal hasta un 70-80 %³. Según la Guía ABE, la implementación de cribado en embarazadas junto con la profilaxis antibiótica intraparto ha demostrado reducir la incidencia de sepsis precoz en más del 80 % de los casos; de 1,3 casos por cada 1000 recién nacidos vivos en 1996-1997 a 0,36 en 2010 en España¹¹.

El cribado basado en factores de riesgo es la otra estrategia para identificar a los neonatos en riesgo de infección. Una de las ventajas es su bajo coste, al no realizar cultivos a todas las gestantes, y el supuesto número menor de dosis de antibiótico administrado¹.

En Reino Unido, desde 2003, todas las gestantes que presenten factores de riesgo asociados serán candidatas a la profilaxis antibiótica intraparto sin realizar previamente un cultivo prenatal. Los factores de riesgo para la infección neonatal precoz son los siguientes¹:

- Infección invasiva en un hijo previo o colonización en gestación actual
- Bacteriuria por SGB
- Parto pretérmino
- RPM > 18 h previo a un parto pretérmino o > 24 h de RPM previo al inicio de trabajo de partos a término
- Fiebre intraparto (> 38 °C)
- Diagnóstico clínico de Corioamnionitis

A pesar de que en la mayoría de países Europeos y en Norte América se recomienda el cribado universal, el Comité Nacional de Prevención de Reino Unido, en sus últimas publicaciones demuestra un excesivo uso de antibioterapia con consecuencias potencialmente perjudiciales y un beneficio desconocido del cribado prenatal¹⁵. Según datos de Reino Unido, un cribado prenatal podría predecir correctamente qué bebés desarrollarán la infección en aproximadamente solo un 0,2 % de las embarazadas. En consecuencia, un alto porcentaje de mujeres serán tratadas con antibióticos innecesariamente. Una exposición prenatal a antibióticos puede causar alteraciones en la microbiota intestinal de los recién nacidos produciendo alteraciones metabólicas e inmunitarias. Además de aumentar las posibilidades de asma infantil, autismo, trastorno de déficit de atención e hiperactividad y trastornos de ansiedad¹⁰. Al mismo tiempo, existe la posibilidad de crear resistencias bacterianas en un gran número de mujeres¹⁵.

Uno de los nuevos enfoques de investigación en la actualidad y las últimas recomendaciones de la CDC exponen la posibilidad de realizar un cribado intraparto mediante un test rápido de PCR. En este proyecto, se propone realizar un test rápido a las mujeres de bajo riesgo durante el parto administrándoles antibiótico a las gestantes con resultado positivo. A las gestantes que presenten factores de alto riesgo se les propondrá directamente la profilaxis antibiótica. El cultivo prenatal sólo se realizaría en caso de alergia a la penicilina, para poder evaluar la susceptibilidad a los antibióticos. De esta manera, se reduciría el número de mujeres susceptibles de recibir una pauta antibiótica¹⁶. Sin embargo, la PCR en tiempo real tiene todavía que demostrar una mayor precisión

de las pruebas, viabilidad y precisión antes de que pueda implantarse en la práctica¹⁶.

Una de las últimas estrategias más atractivas y potencialmente efectivas expuestas para la prevención del SGB es la inmunización de las gestantes durante el embarazo; estrategia que se utiliza hoy en día para la prevención del tétanos, influenza, pertussis y COVID-19. Los datos publicados sugieren que las vacunas contra el SGB inducirían anticuerpos funcionalmente activos que pueden conferir protección a las madres y pueden cruzar la placenta para proteger al feto contra la infección durante el parto y en los meses siguientes. La pauta de inmunización óptima todavía está por determinar; tipo de vacuna, dosis y momento adecuado de inmunización¹⁰.

CONCLUSIONES

En conclusión, no hay duda que la infección por estreptococo agalactiae tipo B durante la gestación es una carga de salud pública mundial con un gran impacto en la salud de las mujeres y sobre todo neonatos.

Evidentemente la mejor estrategia en la prevención de la enfermedad materno/perinatal provocada por el SGB es la erradicación del germen. Hoy en día todavía no existe un consenso común con las diferentes organizaciones internacionales sobre el mejor método de cribado y protocolo a seguir. Durante las últimas tres décadas, los antibióticos han salvado vidas de niños que de otro modo podrían haber desarrollado la infección y por eso la profilaxis antibiótica intraparto en aquellos casos susceptibles sigue siendo el pilar esencial en la prevención. No obstante, no hay que olvidarse que la mayor carga de SGB se encuentra en los países de ingresos bajos y medios, donde el cribado y la administración intraparto de antibióticos son más difíciles de aplicar.

El cribaje en el tercer trimestre de gestación para SGB, se podría individualizar en función del potencial riesgo de efectos adversos versus el beneficio aportado al binomio madre-neonato, dada la naturaleza cambiante y prácticamente impredecible de esta bacteria.

Finalmente, subrayar la importancia de seguir avanzando en nuevas estrategias y medidas que consigan la reducción de carga global de enfermedad invasiva por SGB en todos los países. Las recientes investigaciones de las posibles vacunas demuestran que podrían ser muy costo-eficaces y aportar importantes beneficios para la salud en todas las regiones del mundo. Además, las intervenciones que tienen efectos preventivos en una fase más temprana del embarazo en comparación con la profilaxis antibiótica intraparto, tendrían el valor añadido de reducir los partos prematuros, exitus fetales e infecciones maternas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Da Silva HD, Kretli L. Universal gestational screening for Streptococcus agalactiae colonization and neonatal infection — A systematic review and meta-analysis. *J Infect Public Health*. 2019;12(4):479-81. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30940481/>. [Acceso 29/11/2023].
2. Szylit NA, Malburg FL, Piccinato C de A, Ferreira LA de P, Podgaec S, Zlotnik E. Prevalence of rectovaginal colonization by group B Streptococcus in pregnant women seen at prenatal care program of a health organization. *Einstein (Sao Paulo)*. 2020;18:eAO4920. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31826077/>. [Acceso 29/11/2023].
3. Paul P, Gonçalves BP, Le Doare K, Lawn JE. 20 million pregnant women with group B streptococcus carriage: consequences, challenges, and opportunities for prevention. *Curr Opin Pediatr*. 2023;35(2):223-30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36749143/>. [Acceso 10/12/2023].

4. Brokaw A, Furuta A, Dacanay M, Rajagopal L, Adams Waldorf KM. Bacterial and Host Determinants of Group B Streptococcal Vaginal Colonization and Ascending Infection in Pregnancy. *Front Cell Infect Microbiol*. 2021;11:1-19. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34540718/>. [Acceso 29/11/2023].
5. Zhu Y, Lin XZ. Updates in prevention policies of early-onset group B streptococcal infection in newborns. *Pediatr Neonatol* [Internet]. 2021;62(5):465-75. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875957221000875>. [Acceso 30/11/2023].
6. Elósegui JJH, García ALC, Rísquez ACF, Quintana MB, Montes JFE. Prevalencia de la colonización materna intraparto por Estreptococo del Grupo B: análisis epidemiológico en la provincia de Jaén. *Rev Esp Salud Publica*. 2022;96. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8620602>. [Acceso 10/12/2023].
7. Brigtsen AK, Jacobsen AF, Dedi L, Melby KK, Espeland CN, Fugelseth D, et al. Group B Streptococcus colonization at delivery is associated with maternal peripartum infection. *PLoS One* [Internet]. 2022;17:1-12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35363775/>. [Acceso 10/12/2023].
8. Busenhardt CA. Group B streptococcus infection during pregnancy and infancy: estimates of regional and global burden. *Laboratory Screening and Diagnostic Evaluation: An Evidence-Based Approach*. 2022. p. 390-2. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(22\)00093-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(22)00093-6/fulltext). [Acceso 11/12/2023].
9. Chen X, Cao S, Fu X, Ni Y, Huang B, Wu J, et al. The risk factors for Group B Streptococcus colonization during pregnancy and influences of intrapartum antibiotic prophylaxis on maternal and neonatal outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1):1-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36973793/>. [Acceso 11/12/2023].
10. Delara M, Vadlamudi NK, Sadarangani M. Strategies to Prevent Early and Late-Onset Group B Streptococcal Infection via Interventions in Pregnancy. *Pathogens*. 2023;12(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36839501/>. [Acceso 29/11/2023].
11. Arriaga M, Ramos C. Infección perinatal por estreptococo del grupo B (profilaxis). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. Madrid, 2022. Disponible en: [https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-infeccion-perinatal-por-estreptococo-del-grupo-b-\(profilaxis\)](https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-infeccion-perinatal-por-estreptococo-del-grupo-b-(profilaxis)). [Acceso 14/12/2023].
12. Alós JI, Andreu A, Arribas L, Cabero L, de Cueto M et al. Prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B. Recomendaciones españolas. Documento de consenso SEIMC/SEGO/SEN/SEQ/SEMFYC. 2013;31(3):159-72. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-prevencion-infeccion-perinatal-por-estreptococo-S0213005X12001668>. [Acceso 10/12/2023].
13. Cobo T, Sebastian G, Aldecoa V, Benitez L, Bosch J, Del Rio A, et al. Protocolo: Prevención Infección Perinatal Por Estreptococo Del Grupo B. *Protocolos Medicina Maternofetal Hospital Clínic*. 2021;1-7. Disponible en: <https://fetalmedicinabarcelona.org/protocolos/>. [Acceso 21/12/2023].
14. ACOG Committee Opinion. Prevention of Group B Streptococcal Early-Onset Disease in Newborns. *Obstet Gynecol*. 2020;135(2):E51-72. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/02/prevention-of-group-b-streptococcal-early-onset-disease-in-newborns#:~:text=The%20key%20obstetric%20measures%20necessary,coordination%20with%20pediatric%20care%20providers>. [Acceso 13/12/2023].
15. Seedat F, Geppert J, Stinton C, Patterson J, Freeman K et al. Universal antenatal screening for group B Streptococcus (GBS) may do more harm than good. *Div Heal Sci Univ Warwick Med Sch*. 2019; 2-23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30787018/>. [Acceso 29/11/2023].
16. Seedat F, Cooper JA, Uthman OA, Takwoingi Y, Robinson ER, et al. Real-time polymerase chain reaction tests versus antenatal culture tests for the screening of maternal group B Streptococcus colonisation in labour. 2018; 5: art N° CD013016. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013016/full/es>. [Acceso 11/12/2023].

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

García Arbonies N, Ernst Soler C. Estreptococo del grupo B en la gestante: comparación de las estrategias de prevención actuales. *Hygia de Enfermería*. 2024; 41(2): 79-84

La matrona y el cuidado postparto de la mujer gestante

The midwife and postpartum care of the pregnant

Antonio Márquez Díaz

Matrón. Hospital Materno-Infantil de Málaga

RESUMEN

Antecedentes: Una etapa de gran cambio como supone el parto y el periodo postparto, tanto par la mujer como para le núcleo familiar, requiere de personal cualificado relacionado con los posibles cambios fisiológicos y patológicos tanto del recién nacido como de su madre.

Objetivo: evaluar los beneficios aporta la matrona como principal agente cuidador durante la estancia hospitalaria de la mujer gestante durante el postparto.

Metodología: se trata de una revisión de literatura, cuya información ha sido obtenida mediante búsqueda (en inglés y español) realizada en las bases de datos siguientes: Gerión, biblioteca Cochrane plus, SciELO, CUIDEN, PubMed y Ed. Panamericana.

Conclusiones: analizando la evidencia científica más actual se puede determinar que la matrona es el profesional más adecuado para la atención de la mujer gestante, no sólo durante el parto, si no también durante el posparto.

PALABRAS CLAVE

cuidados postparto; puerperio; matrona; hemorragia postparto; problemas de lactancia; mastitis; infección puerperal; depresión postparto

ABSTRACT

Background: A stage of great change such as childbirth and the postpartum period, both for the woman and for the family unit, requires qualified personnel related to the possible physiological and pathological changes of both the newborn and the mother.

Objective: To evaluate the benefits of the midwife's work as the main caregiver throughout the woman's entire hospital stay during postpartum.

Methodology: This is a literature review, with information obtained through searches (in English and Spanish) conducted in the following databases: Gerión, Cochrane Plus Library, SciELO, CUIDEN, PubMed, and Ed. Panamericana.

Conclusions: Analyzing the most current scientific evidence, it can be determined that the midwife is the most suitable professional for women's care, not only during childbirth but also during the postpartum period.

KEYWORDS

postnatal care; puerperium; midwifery; postpartum hemorrhage; lactation disorders; mastitis; puerperal infection; postpartum depression

INTRODUCCIÓN

Etapas puerperal

El puerperio es el proceso fisiológico que tiene lugar desde la finalización del parto hasta la primera menstruación (alrededor de 42 días postparto). Esta etapa se caracteriza por la aparición de numerosos cambios, todos orientados a la involución orgánica hacia el estado anterior al embarazo de la mujer y establecimiento de la lactancia materna¹.

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)² se divide en:

- Puerperio inmediato: primeras 24h postparto. Caracterizado por la hemostasia uterina.
- Puerperio precoz (o clínico): desde las 24h del parto hasta el 7º día postparto (contiene el alta hospitalaria de la mujer).
- Puerperio tardío: desde el 7º día hasta la aparición de la primera menstruación (42 días).

Los profesionales encargados del cuidado durante estas fases deben aportar un abordaje bio-psico-social ya que es una etapa de gran cambio tanto para las mujeres como para la familia y es muy importante conocer las características que corresponden a un puerperio fisiológico de un puerperio patológico y las necesidades de cada uno de ellos³.

Un estudio realizado en Cataluña aporta que los principales motivos por los que una puérpera acude a consulta en el periodo puerperal fueron por tristeza puerperal, dolor perineal, sangrado (loquios) y problemas relacionados con lactancia materna: mastitis, dolor, presencia de grietas, ingurgitación mamaria..., además se realiza la figura de la matrona en la satisfacción de las mujeres con la atención recibida en consulta y la resolución de dichos motivos de consulta⁴.

FECHA DE RECEPCIÓN: 2/06/2024

FECHA DE ACEPTACIÓN: 21/06/2024

Correspondencia: Antonio Márquez Díaz
Correo electrónico: amarquez7@hotmail.com

Tabla 1. Términos y palabras clave, operadores lógicos y limitadores de búsqueda.

Términos y palabras clave (en español e inglés)	Operadores lógicos	Limitadores de búsqueda
postnatal care, puerperium, midwifery, postpartum hemorrhage, lactation disorders, mastitis, puerperal infection, postpartum depression	AND, OR, NOT	Full text available, inglés y español

Papel de la matrona en el puerperio

En algunos centros el alta tras un parto de bajo riesgo ocurre a las 24h, lo que se denomina alta precoz, en otros a las 48h⁵. En la mayor parte de hospitales los cuidados a dichas mujeres en su estancia en la planta de puerperio suelen ser a cargo de enfermeras generalistas o por matronas en casos de excepción.

Quien valora la posible alta materna según su estado es el Facultativo especialista en Ginecología y Obstetricia: ellos visitan a las mujeres en la planta, las exploran y entrevistan a cerca de signos de alarma que puedan necesitar atención urgente. Además, aportan información y consejos sobre necesidad de acudir a urgencias una vez estén en casa ante cualquier aparición de ciertas complicaciones.

En cuanto a los cuidados proporcionados por enfermería en planta, van dirigidos a generar un entorno idóneo para las madres, parejas y neonatos para conseguir que puedan expresar sus dudas y necesidades⁶. Una vez se identifican dichas necesidades, aportar Educación para la salud (EpS) para una correcta adaptación en el domicilio.

Estudios encontrados sobre este tema aportan que las recientes mamás poseen conocimientos básicos en relación a su autocuidado, pero no los suficientes en relación a signos y síntomas de alarmas, suyos o de sus bebés y que requieran acudir a urgencias⁷. Se considera necesario la necesidad de cubrir el déficit de conocimientos sobre autocuidado en el periodo puerperal de las madres durante su estancia en atención hospitalaria, de hecho en un estudio realizado por Gómez-Ortiz et al⁸ con una muestra de 183 mujeres que fueron captados en la visita puerperal de atención primaria, se detectó dicha falta de conocimientos sobre el autocuidado, sobre todo en mujeres inmigrantes y mujeres que no habían acudido a educación Maternal en Atención Primaria.

El objetivo de estudio es evaluar los beneficios aporta la matrona como principal agente cuidador durante la estancia hospitalaria de la mujer gestante durante el postparto.

METODOLOGÍA

En la revisión de la literatura de la evidencia se consultaron las fuentes de datos bibliográficas realizada en las bases de datos electrónicas: Gerión, biblioteca Cochrane plus, SciELO, CUIDEN, CINAHL, PubMed y Ed. Panamericana. De todas las fuentes de datos bibliográficas consultadas, tan sólo se han obtenido artículos relacionados con el objetivo y a texto completo en Cochrane y PubMed. Los términos y palabras clave, operadores lógicos y limitadores de búsqueda se presentan en la tabla 1.

La elección de los artículos se realizó a través de: lectura del título y posterior lectura del resumen del mismo que hacían referencia al objetivo de la presente revisión, escritos en inglés, o en su minoría, en español. Los artículos seleccionados fueron revisados a texto completo. Se detall, según la cadena de búsqueda Postpartum or postnatal care and midwife, el resultado de búsqueda mediante Diagrama Prisma (Figura 1).

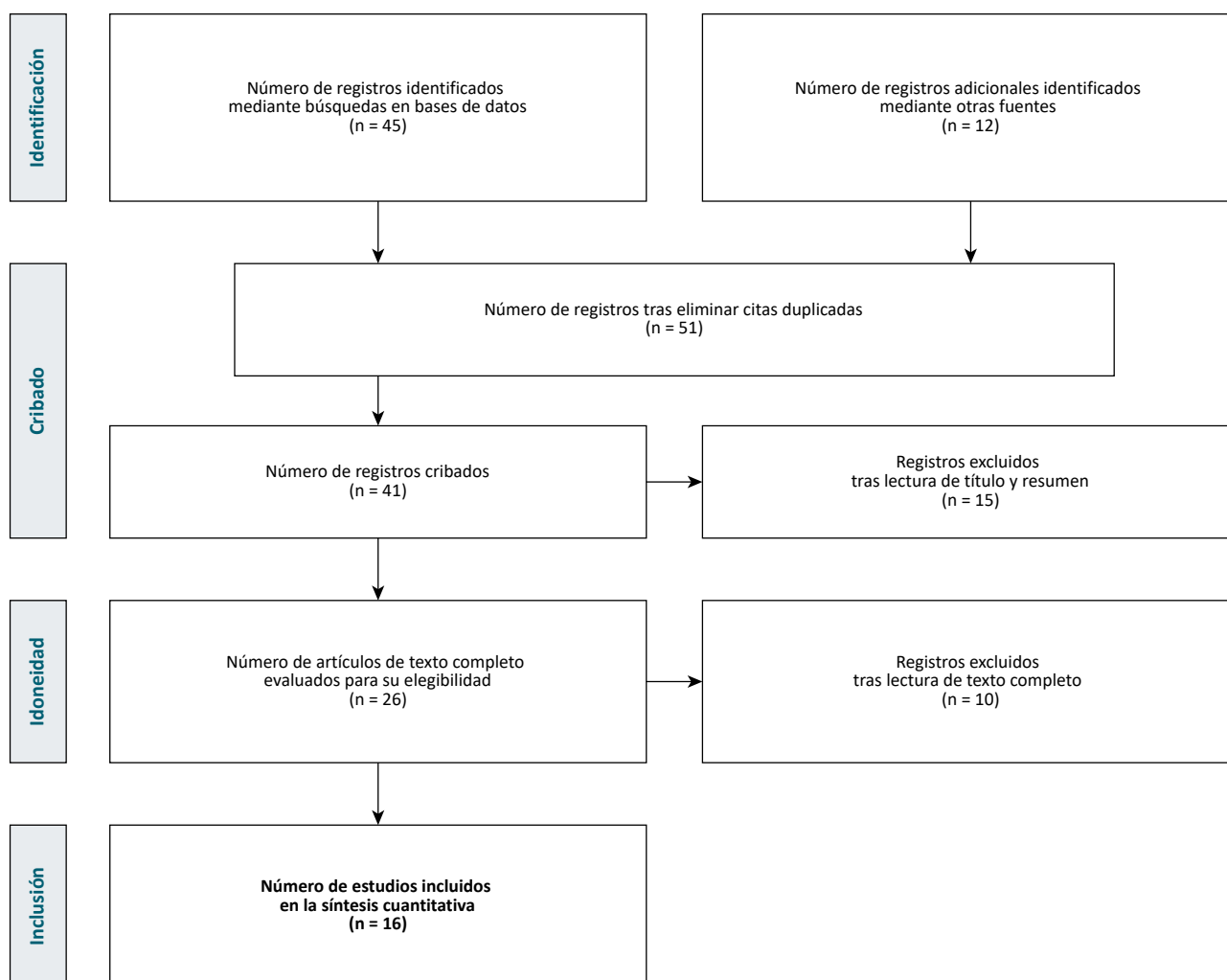
RESULTADOS

Primero, en cuanto al parto, ya ha sido estudiado y publicado el beneficio que supone el cuidado integral de la matrona para la mamá como para su futuro hijo, de hecho en Cataluña se ha llevado a cabo una investigación, encabezada por el matrn y Doctor Ramón Escuriet, el cual junto con su equipo establece que la atención de la matrona durante el parto disminuye la tasa de analgesia epidural y la probabilidad de cesárea, de desgarro de III y IV grado y aumenta la probabilidad de un inicio temprano de la lactancia materna, respecto a la atención llevada a cabo por el Obstetra^{9,10}. También se debe tener en cuenta que la continuidad de la atención dirigida por matronas se asocia con una disminución de la tasa de cesáreas, aumento de la tasa de lactancia materna dentro de las primeras 24h, mayor satisfacción postparto, menor ansiedad y aumento del autocontrol y mayor bienestar postparto¹¹.

Por otro lado, Poškienė I. et al establece que la presencia de hemorragia posparto entre los partos dirigidos por médicos y los dirigidos por parteras fueron significativamente diferentes (169,9 ml vs 152,4ml de media), lo mismo para la duración de la estancia hospitalaria (3,4 vs 3,1 día de media) y la tasa de lactancia materna al alta (89,7 vs 95,1)¹². Esta teoría también se apoyó en el estudio de Zhang Y, en 2021 donde se estudió que la continuidad de cuidados llevado a cabo por matronas puede reducir el uso de analgésicos postparto (diferencia de 22 puntos porcentuales), aliviar los niveles de ansiedad durante el parto y el postparto, reducir las hemorragias posparto, mejorar eficazmente los resultados del parto (83% eutócicos vs 60%), mejorar la calidad de los recién nacidos y mejorar los niveles de las mujeres postparto por lo que es digno de promoción y aplicación clínica¹³.

Ya el Ministerio, en 2014, en su GPC sobre atención al embarazo, parto y postparto propone a la matrona como el profesional idóneo para la atención durante el puerperio, con una recomendación fuerte según evidencia. Recomienda que durante el puerperio hospitalario la atención y cuidados a las madres y sus bebés sean coordinados y prestados por una matrona, identificando aquellos casos que puedan requerir cuidados adicionales o atención especializada¹⁴.

Figura 1. Flujograma.



Fuente: Elaboración propia.

En varios hospitales de España, como el Vall de Hebron en Barcelona, el Hospital Costa del Sol en Marbella o el Hospital Universitario de Fuenlabrada, la matrona tiene más competencias tanto a la hora de dar altas en urgencias como en puerperio. Según el estudio realizado en 2017 en este último hospital (donde se ha realizado un programa en el que se crea la figura de la matrona en la unidad de puerperio) se logró una disminución de la estancia media en un 50% (de 2,4 a 1,2 días), favoreciendo la autonomía de las matronas. La efectividad del programa se monitorizó mediante indicadores de seguridad, productividad, adecuación y continuidad asistencial. Con el alta precoz llevada a cabo por matronas disminuyó el número de días de estancia hospitalaria hasta el alta, aumentó el número de puérperas que acude a consulta programada postparto (el 100% de las mujeres), mejorando la continuidad de cuidados y la seguridad clínica al disminuir el número de reingresos (sólo el 1,1%) y atención en urgencias en las primeras 96h postparto (2% de este estudio)¹⁵.

En cuanto a estudios de impacto realizado en otros países recientemente sobre cómo influye la atención de la matrona en las consecuencias o cuidados postparto destacó el elaborado

en Grecia en 2021, donde Truva et al. llevaron a cabo un análisis en el que se evaluó la intervención educativa de la matrona tanto antes como después del parto sobre lactancia materna y en él se concluye que la educación individualizada estructurada sobre la lactancia materna por parte de una matrona mejoró la frecuencia de la lactancia materna en las mujeres con embarazo de bajo riesgo ya que reduce la probabilidad de dejar de amamantar y además aumenta el conocimiento, las habilidades y la confianza de las mujeres en la lactancia materna¹⁶. En este estudio la lactancia materna exclusiva fue significativamente mayor en el grupo de intervención de matronas en bajo riesgo a los cuatro meses (46% vs. 20%) y seis meses (38% vs. 4%) en comparación con el grupo de control de atención tradicional.

En este sentido, la lactancia materna exclusiva tiene múltiples beneficios para la madre (favorece la involución uterina, reduce la depresión posparto, reduce el estrés y la ansiedad, disminuye la probabilidad de cáncer de mama, ovario y endometrio, disminuye la probabilidad de diabetes, osteoporosis...) ¹⁷ y para el recién nacido (mejor vínculo materno-fetal, disminuye la probabilidad de diarrea, infección respiratoria y fiebre...) ¹⁸.

También se estudió que un mayor apoyo dirigido por matronas a las madres se correlaciona con una mayor probabilidad de lactancia materna exclusiva al final del sexto mes después del parto¹⁹. En este estudio por cada sesión psicoterapéutica dirigida por matronas la probabilidad de lactancia materna al final del 6 mes postparto aumentaba en un 4%.

En un estudio de Dagla et al. se demuestra que la no presencia de lactancia materna exclusiva y la menor duración de esta se relacionaba con una peor salud mental de la madre. Según este estudio para cada unidad de puntuación adicional de la escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS) a la sexta semana después del parto, la probabilidad de lactancia materna exclusiva al final del sexto mes después del parto pareció disminuir en un 6,7%. Teniendo en cuenta que las madres que obtengan una puntuación de 10 puntos o más, o una puntuación distinta a 0 en la pregunta nº 10, es probable que estén sufriendo un episodio depresivo y necesidad de cuidados adicionales en la esfera psicosocial. Además, por cada sesión psicoterapéutica adicional necesaria prenatalmente, la probabilidad de lactancia materna exclusiva al final del sexto mes posparto parecía disminuir en un 3,5 %. Por último, la necesidad de iniciar sesiones psicoterapéuticas en el período posparto pareció disminuir la lactancia materna exclusiva al final del sexto mes posparto en un 48,7 %²⁰.

Por otro lado, la posibilidad de complicaciones en lactancia materna puede ser generada o relacionada con aparición de alteraciones en la salud mental. De hecho, en otro estudio de Dagla et al. se reconoce la asociación entre la mala salud mental de las mujeres y la aparición de mastitis. Este estudio destaca el importante papel de la detección temprana y oportuna de los trastornos de salud mental perinatal. Así, el aumento de una unidad en la puntuación de la escala EPDS a las 6 semanas postparto estaba asociado con un aumento del 8% en los casos de Mastitis. Aquellas pacientes que tuvieron que tener contacto con un especialista en salud mental tenían el doble de probabilidad de contraer Mastitis²¹.

Muy importante en este sentido el papel de la matrona como generadora de confianza y disminución de la ansiedad en las mujeres al aportar EpS postparto y así lo concluyó Chrzan-Dętkoś M. et al en 2020 tras su estudio, donde establece que la matrona mediante consultas específicas sobre lactancia puede marcar la diferencia en la promoción de la salud mental ofreciendo intervenciones de lactancia materna que aborden las necesidades emocionales de la madre y así mejorar su autoeficacia. En este estudio, el 48% de las madres que suplementaban la lactancia materna, reanudaron lactancia materna exclusiva en la encuesta realizada a los 6 meses del parto²².

En cuanto al dolor postparto y/o incidencia de infección puerperal, en 2021 Şolt Kırca A. et al publicó un meta análisis en el que se incluyeron un total de 700 pacientes para evaluar medidas no farmacológicas llevadas a cabo por matronas para disminuir el dolor perineal postparto durante su estancia hospitalaria. Dichos métodos se basaron en aplicación en frío (paquete/ almohadilla de gel frío, almohadilla de gel de hielo triturado, bolsa de hielo) y se concluyó que redujeron significativamente el dolor después de una episiotomía o desgarros postparto²³.

Por último, tras una cesárea las mujeres tienen más síntomas tempranos de depresión, actúa como factor de riesgo en este caso, así como del dolor experimentado, especialmente aquellas que acaban en cesárea urgente. La evaluación de los factores asociados con dolor posparto y síntomas depresivos puede ayudar a las matronas a aconsejar mejor a las mujeres sobre sus alternativas de parto y promover un mejor manejo de las mujeres que se someten a ambos tipos de experiencias de parto²⁴.

CONCLUSIÓN

Después de la revisión de la literatura, la atención por parte de la matrona disminuye el dolor postparto, aumenta el éxito de la lactancia materna, mejora los resultados en salud mental. Por ello podría ser el profesional más adecuado según la evidencia científica para el cuidado durante el postparto. Se necesita dotar de matronas a una mayor cantidad de hospitales para que puedan ofrecer su cuidado tanto en planta de hospitalización obstétrica como puerperio. Todo cuidado llevado a cabo por personal que no sea matrona iría en contra de lo que marca la evidencia y del bienestar de la mujer y por tanto de la familia.

Implicaciones para la investigación: debido al bajo ratio matrona/mujeres que sufrimos en España, no se encuentran gran cantidad de estudios en nuestro país pero sería interesante realizar un estudio económico sobre el ahorro sanitario que supondría la contratación de matronas como único personal cuidador en planta de hospitalización obstétrica y puerperio.

Dados los efectos beneficiosos del cuidado de la matrona durante el ingreso hospitalario de la mujer pre y postparto se deben evaluar los resultados según las visitas a urgencias por parte de las mujeres en relación a problemas relacionados con síntomas fisiológicos o de un puerperio normal o dudas por déficit de información tras el cuidado recibido en el transcurso de su estancia hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Perry S, Cashion K, Lowdermilk D. Manual Clínico: Maternidad y Salud de la Mujer. 9a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Puerperio normal y patológico, Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia 2008.
3. Villacampa Alonso M, Lafuente Pardos MS. Puerperio normal. Obstetricia para matronas: guía práctica. 1a ed. Panamericana; 2013.
4. Seguranyes Guillot G. Eficacia de una intervención telemática en la atención al posparto en relación a la atención habitual, respecto a la opinión, consultas y morbilidad en las mujeres atendidas en los centros del PASSIR de atención primaria en Cataluña. Universidad Complutense de Madrid; 2013.
5. Eva Pérez-Martínez, Diego Velasco-Vázquez, Francisca Pacheco-Ardila, Ramón del Gallego-Lastra, Tomás Sebastián-Viana. Satisfacción en puérperas de bajo riesgo: obstetra frente a matrona. *Matronas prof.* 2017. 18(3): 106-114.
6. Bowman KG. Postpartum learning needs. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2005; 34(4):438-443.

7. Ponce Capitán, MÁ. Conocimientos de las puérparas sobre autocuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta hospitalaria. *Matronas profesión* 2005(3):14-19
8. Gómez-Ortiz M, Labandeira-López P, Núñez-Vivas M, Mengíbar-Carrillo A, Vallecillos-Zuya S, Hernández-Martínez A. Necesidades educativas sobre autocuidados y factores relacionados en el puerperio domiciliario. *Matronas profesión* 2014;15(1):10-17.
9. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Libr* [Internet]. 2016 [citado el 19 de junio de 2024];2016(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27121907/>.
10. Martin-Arribas A, Escuriet R, Borràs-Santos A, Vila-Candel R, González-Blázquez C. A comparison between midwifery and obstetric care at birth in Spain: Across-sectional study of perinatal outcomes. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2022 [citado el 19 de junio de 2024];126(104129):104129. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34890836/>.
11. Hua J, Zhu L, Du L, Li Y, Wu Z, Wo D, et al. Effects of midwife-led maternity services on postpartum wellbeing and clinical outcomes in primiparous women under China's one-child policy. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2018 [citado el 19 de junio de 2024];18(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30103732/>.
12. Poškienė I, Vanagas G, Kirkilytė A, Nadišauskienė RJ. Comparison of vaginal birth outcomes in midwifery-led versus physician-led setting: A propensity score-matched analysis. *Open Med (Warsz)* [Internet]. 2021 [citado el 19 de junio de 2024];16(1):1537–43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1515/med-2021-0373>.
13. Zhang Y, Xu K, Gong L, Sun Y, Ren F. The effect of continuous midwifery services on the delivery mode, labor progress, and nursing satisfaction of primiparas during natural deliveries. *American Journal of Translational Research*. 2021;13(6):7249.
14. 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: AETSA 2011/10
15. Teulón González M, Martínez Pillado M, Cuadrado Martín MM, Rivero Martín MJ, Cerezueta Requena JF. Effectiveness of an early discharge program after normal childbirth. *Rev Calid Asist*. 2017 Jan-Feb;32(1):17-20.
16. Truva T, Valasoulis G, Pouliakis A, Gkorezi-Ntavela I, Pappa D, Bargiota A, et al. The effect of a structured individualized educational intervention on breastfeeding rates in Greek women. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [citado el 19 de junio de 2024];18(21):11359. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph182111359>.
17. Del Ciampo IRL, Del Ciampo LA. Breastfeeding and the benefits of lactation for women's health. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2018 [citado el 19 de junio de 2024];40(06):354–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29980160/>.
18. Saeed OB, Haile ZT, Chertok IA. Association between exclusive breastfeeding and infant health outcomes in Pakistan. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2020 [citado el 19 de junio de 2024];50:e62–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31862130/>.
19. Dagla M, Mrvoljak-Theodoropoulou I, Vogiatzoglou M, Giamalidou A, Tsolariidou E, Mavrou M, et al. Association between breastfeeding duration and long-term midwifery-led support and psychosocial support: Outcomes from a Greek non-randomized controlled perinatal health intervention. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [citado el 19 de junio de 2024];18(4):1988. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33670797/>.
20. Dagla M, Mrvoljak-Theodoropoulou I, Karagianni D, Dagla C, Sotiropoulou D, Kontiza E, et al. Women's mental health as a factor associated with exclusive breastfeeding and breastfeeding duration: Data from a longitudinal study in Greece. *Children (Basel)* [Internet]. 2021 [citado el 19 de junio de 2024];8(2):150. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33671169/>.
21. Dagla M, Dagla C, Mrvoljak-Theodoropoulou I, Sotiropoulou D, Kavakou A-T, Kontiza E, et al. Do maternal stress and depressive symptoms in perinatal period predict the lactation mastitis occurrence? A retrospective longitudinal study in Greek women. *Diagnostics (Basel)* [Internet]. 2021 [citado el 19 de junio de 2024];11(9):1524. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34573866/>.
22. Chrzan-Dętkoś M, Walczak-Kozłowska T, Pietkiewicz A, Żolnowska J. Improvement of the breastfeeding self-efficacy and postpartum mental health after lactation consultations – Observational study. *Midwifery* [Internet]. 2021 [citado el 19 de junio de 2024];94(102905):102905. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33360178/>.
23. Şolt Kırca A, Korkut Öksüz S, Murat N. The effect of cold application on episiotomy pain: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs* [Internet]. 2022 [citado el 19 de junio de 2024];31(5–6):559–68. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34121251/>.
24. Iłska M, Banaś E, Gregor K, Brandt-Salmeri A, Iłski A, Cnota W. Vaginal delivery or caesarean section – Severity of early symptoms of postpartum depression and assessment of pain in Polish women in the early puerperium. *Midwifery* [Internet]. 2020 [citado el 19 de junio de 2024];87(102731):102731. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32403020/>.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Márquez Díaz A. La matrona y el cuidado postparto de la mujer gestante. *Hygia de Enfermería*. 2024; 41(2): 85-89

Implementación de auscultación intermitente en gestantes de bajo riesgo

Implementation of intermittent auscultation in low-risk pregnant women

Belén Camacho Santos

Enfermera. Matrona en Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

RESUMEN

Introducción: En la actualidad, pese al bajo valor predictivo positivo y a que se ha demostrado su relación con un mayor nivel intervencionismo por la limitación del movimiento libre, la cardiotocografía continua sigue siendo el método más usado para la monitorización del latido fetal durante todo el trabajo de parto. Sin embargo, la auscultación intermitente es el método más recomendado para la monitorización en mujeres con un embarazo de bajo riesgo.

Objetivos: Revisar las recomendaciones de la evidencia científica actual sobre el tipo de monitorización que debería usarse en gestantes de bajo riesgo, crear una guía para la realización de auscultación intermitente con seguridad y dotar a las matronas de las herramientas necesarias para implementar su uso en la práctica diaria.

Metodología: Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cochrane, Google Scholar y PubMed.

Resultados: Diferentes sociedades científicas resaltan los beneficios de la realización de auscultación intermitente (mediante estetoscopio de Pinard o dispositivo Doppler) en mujeres con un embarazo de bajo riesgo frente a la cardiotocografía continua. Relacionándose esta última con un mayor intervencionismo durante el trabajo de parto y por tanto con una mayor tasa de cesáreas y parto instrumental, sin observarse una mejora de los resultados neonatales.

PALABRAS CLAVE

monitorización fetal; parto; auscultación intermitente

ABSTRACT

Introduction: Currently, despite the low positive predictive value and the fact that its relationship with a higher level of intervention due to the limitation of free movement has been demonstrated, continuous cardiotocography continues to be the most used method for monitoring fetal heartbeat throughout labour. However, intermittent auscultation is the most recommended method for monitoring in women with a low-risk pregnancy.

Objectives: Review the recommendations of current scientific evidence on the type of monitoring that should be used in low-risk pregnant women, create a guide for safely performing intermittent auscultation and provide midwives with the necessary tools to implement their use in daily practice.

Methodology: A bibliographic research is carried out in the databases Cochrane, Google Scholar and PubMed.

Results: Different scientific societies highlight the benefits of performing intermittent auscultation (using a Pinard stethoscope or Doppler device) in women with a low-risk pregnancy compared to continuous cardiotocography. Being this last one related to greater intervention during labour and therefore a higher rate of cesarean sections and instrumental delivery without observing an improvement in neonatal outcomes.

KEYWORDS

fetal monitoring; labour; intermittent auscultation

INTRODUCCIÓN

La primera vez que se documentó el uso de algún dispositivo para la auscultación de la frecuencia cardíaca de un adulto fue en 1816 por Laënnec, que hizo un tubo con varias hojas de papel enrolladas. Este rudimentario dispositivo ganó adeptos rápidamente y pasó a usarse también para la auscultación del latido fetal pero sustituyendo las hojas de papel por un tubo de madera. El instrumento más usado hoy en día para este mismo fin es el estetoscopio de Pinard. Los medios empleados no han

variado mucho el diseño del original, que consiste básicamente en un tubo que crea una cámara para amplificar el sonido y que las ondas se transmitan desde el corazón del feto al oído del examinador¹.

En la actualidad, para realizar auscultación intermitente se usan dispositivos Doppler portátiles electrónicos, una tecnología similar a la usada para monitorización mediante cardiotocografía externa¹.

La monitorización fetal externa se lleva a cabo mediante 2 transductores que se colocan en el abdomen materno, uno de ellos detecta los movimientos de las estructuras cardíacas del feto y el otro (un tocodinamómetro) detecta el aumento de presión abdominal (reflejando normalmente contracciones/irritabilidad

FECHA DE RECEPCIÓN: 25/03/2024

FECHA DE ACEPTACIÓN: 15/05/2024

Correspondencia: Belén Camacho Santos

Correo electrónico: belensan4@gmail.com

uterina, pero también cualquier aumento de presión por otros motivos como vómito, tos, etc.). Sin embargo, la cardiotocografía externa no transmite el latido fetal en sí, sino una interpretación del mismo basada en la detección por ultrasonido de los movimientos de las estructuras cardíacas fetales, que luego se modula y autocorrigue para crear una señal que se transforma en el trazado de una línea sobre papel. Todo este proceso se traduce en que los resultados son una aproximación del verdadero latido fetal, aunque se considere lo suficientemente precisa, pero de ahí el motivo de que con la cardiotocografía exista mayor pérdida de señal, mayores tasas de monitorización inadvertida del latido materno y algunos artefactos de la señal como por ejemplo doblar el latido².

También se puede realizar monitorización interna del latido fetal, usando un electrodo (normalmente colocado en el cuero cabelludo) que evalúa los intervalos entre un latido y el siguiente mediante la identificación de ondas R en el complejo QRS. Este método evalúa de forma más precisa los intervalos entre ciclos cardíacos. Es muy importante identificar bien la presentación fetal y evitar estructuras importantes como suturas y fontanelas a la hora de aplicar el electrodo. La monitorización interna requiere la rotura de membranas y tiene ciertas contraindicaciones, principalmente relacionadas con el riesgo aumentado de transmisión vertical de infecciones, aunque también debe evitarse en fetos pretérmino (por debajo de las 32 semanas de gestación). En cuanto a la monitorización de las contracciones, se usa un catéter intrauterino que proporciona información de calidad respecto a la intensidad y duración de las contracciones, así como del tono uterino basal pero también requiere la rotura de membranas, por lo que estará contraindicado en los mismos casos mencionados anteriormente².

Por otra parte, la OMS reconoce como experiencia de parto positiva como aquella expectativa que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas. Entre las recomendaciones para conseguir este fin, podemos encontrar: Para evaluar el bienestar fetal en embarazadas sanas está indicado realizar auscultación intermitente (AI) de la frecuencia cardíaca fetal mediante dispositivo Doppler o estetoscopio de Pinard, no recomendándose la cardiotocografía continua para evaluar el bienestar del feto en embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo³.

Llegados a este punto es importante realizar una definición de embarazo de bajo riesgo para tener claro cuáles serían las mujeres candidatas a la realización de AI. La definición de bajo riesgo más extendida es: gestación única, que llega a término y presentación cefálica, además no existe ninguna enfermedad de base o asociada al embarazo. El bajo riesgo es una condición dinámica sujeta a cambios de forma prenatal, intraparto o posparto⁴.

Otra definición de bajo riesgo anteparto es aquella en la que las mujeres no tienen enfermedades graves, gestación única en presentación cefálica, que llega a término (> 37 semanas de amenorrea y < 42 semanas completas), presencia de movimientos fetales, crecimiento fetal, líquido amniótico, Doppler y frecuencia cardíaca fetal (FCF) normales, con rotura de membranas inferior a 24 horas⁵.

Por último, la definición que ofrece la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad es: Parto de comienzo espontáneo, que presenta un bajo riesgo al comienzo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento. El niño o niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Entendemos por mujer sana aquella que: no padece una enfermedad o presenta una complicación, tales como parto pretérmino, estados hipertensivos del embarazo, crecimiento intrauterino restringido, embarazo múltiple, inducción del parto, etc⁶.

En este trabajo, además de revisar las recomendaciones de la evidencia científica actual sobre el tipo de monitorización que debería usarse en gestantes de bajo riesgo, se pretende crear una guía para la realización de auscultación intermitente con seguridad y dotar a las matronas de las herramientas necesarias para implementar su uso en la práctica diaria.

METODOLOGÍA

Se ha diseñado una guía para la realización y la implementación de la auscultación intermitente en un servicio de dilatación/paritorio. Previamente al diseño se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos mediante la estrategia: (Labour) OR (Obstetric) AND (“Fetal Monitoring”) OR (“Intermittent auscultation”) OR (“Continuous fetal monitoring”) OR (Cardiotocography). La búsqueda se ha realizado en las bases de datos Cochrane, Google Scholar y PubMed. De los artículos localizados se ha realizado una selección por afinidad al tema de estudio, que se citan en la bibliografía.

Como fuentes primarias, consultadas por interés por búsqueda directa, cabe resaltar la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal de 2010, la Organización Mundial de la Salud, The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) y The National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Los criterios de inclusión empleados han sido todos los artículos publicados en los últimos 14 años hasta la fecha en inglés y español y los criterios de exclusión han sido aquellos que no respondían a los objetivos planteados y los que no admitían acceso al texto completo. Los términos DeCS/MESH empleados han sido: “labour”, “obstetric”, “fetal monitoring”, “intermittent auscultation”, “continuous fetal monitoring” y “cardiotocography”.

Las palabras clave son: fetal monitoring, labour, intermittent auscultation.

RESULTADOS

Es por lo expuesto en la introducción por lo que diferentes artículos científicos y revisiones sistemáticas resaltan los beneficios de la realización de auscultación intermitente (mediante estetoscopio de Pinard o dispositivo Doppler) en mujeres con un embarazo de bajo riesgo frente a la cardiotocografía continua, entre ellos:

- Para realizar AI es indispensable una ratio matrona/mujer que permita el cuidado one-to-one⁷, por lo que la realización de AI asegura un contacto continuo entre la matrona y la mujer durante el trabajo de parto para poder realizar la auscultación con la frecuencia requerida. Esto puede

contribuir a mejorar los resultados e incrementar los niveles de satisfacción de las gestantes⁸.

- Registro frecuente de: temperatura, frecuencia cardíaca y patrón respiratorio materno; la palpación directa de movimientos fetales y las contracciones¹.
- Se complica monitorizar por error la frecuencia cardíaca materna ya que durante la auscultación debe palpase simultáneamente el pulso materno¹.
- La AI permite la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal en varias posturas, por lo que facilita la movilidad y deambulación materna, beneficiando el progreso del trabajo de parto¹.

En cuanto a la monitorización continua, es cierto que proporciona un registro escrito de la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones, pero impide a las gestantes moverse libremente o usar una bañera de parto, métodos del alivio del dolor no farmacológico que las ayuda a llevar mejor las contracciones y a afrontar el parto. También es importante tener en cuenta que la complejidad de la frecuencia cardíaca fetal hace que sea ardua la interpretación de los trazados, ya que es difícil estandarizar y requiere de una formación y actualización continua de los profesionales⁹.

Además, la realización de cardiotocografía continua a la hora de admitir a las gestantes en los servicios de dilatación, se ha relacionado con una mayor probabilidad de monitorización electrónica continua durante el trabajo de parto y de realización de microtoma de calota fetal así como de un incremento en las intervenciones durante dicho trabajo de parto (como el uso de oxitocina sintética) y de la necesidad de analgesia epidural¹⁰. La evidencia concluye que realizar una monitorización continua de 20 minutos, en mujeres de bajo riesgo, para tomar la decisión de ingreso de las gestantes en las unidades de dilatación está relacionada con un aumento de un 20% en la probabilidad de que el parto acabe en cesárea comparado con la realización de auscultación intermitente sin que se demuestre un beneficio en los resultados neonatales^{11, 12}.

A continuación se expone una guía para la realización de Auscultación Intermitente:

Como ya se ha estado comentando a lo largo de este trabajo, en las mujeres en las que exista bajo riesgo de desarrollo de complicaciones debe realizarse auscultación intermitente (AI) como método de monitorización cuando esté establecida la primera etapa del trabajo de parto.

Para realizar AI es importante tener en cuenta una serie de factores previos:

- Realizar una palpación abdominal previa, para determinar la presentación, posición, situación y descenso de la parte presentante, así como la palpación de movimientos fetales. Además, permitirá posicionar el dispositivo con el que se realice la auscultación en el mejor lugar del abdomen materno para la monitorización.
- Detectar la dinámica uterina, palpando el vientre materno durante algunas contracciones para conocer la frecuencia, duración e intensidad de las mismas.
- Sentir y registrar los movimientos fetales, ya que son claro indicador de bienestar fetal.
- Diferenciar claramente el latido fetal de otros sonidos como el flujo sanguíneo a través de la sangre del cordón umbilical o de la placenta, siendo especialmente importante diferen-

ciar entre frecuencia cardíaca fetal y materna, palpando el pulso materno a intervalos de tiempo definidos.

- Documentar la historia clínica de la madre y la evolución del embarazo¹³.

Para llevarla a cabo:

- Puede usarse un estetoscopio de Pinard o un Doppler portátil.
- Hay que realizar una palpación abdominal previa, como ya hemos comentado.
- Realizar AI durante 1 minuto inmediatamente después de palpar una contracción, con cada contracción y al menos cada 15 minutos, recogiendo la frecuencia cardíaca fetal con un solo valor (no con un rango) tanto en el partograma como en la historia de la mujer.
- Se deben dejar reflejadas las aceleraciones y desaceleraciones si las escuchamos.
- Hay que palpar (y dejar escrita) la frecuencia cardíaca materna horaria, o incluso de forma más frecuente si existe algún tipo de incidencia, para estar siempre seguros de diferenciar los pulsos materno y fetal.
- Si no se detecta latido fetal, hay que ofrecer una ecografía urgente para comprobar el bienestar fetal.

Una vez que la mujer tiene signos o está confirmada la segunda etapa del trabajo de parto:

- Pasaríamos a realizar AI durante 1 minuto inmediatamente después de la contracción, con cada contracción y al menos cada 5 minutos, recogiendo la frecuencia cardíaca fetal con un solo valor.
- Se debe palpar de forma simultánea el pulso materno para diferenciar entre frecuencia cardíaca materna y fetal.
- Si hubiese cualquier tipo de problema a la hora de diferenciar entre los dos pulsos, se debe buscar ayuda y considerar el cambio de método de monitorización cardíaca fetal¹⁴.

Si, durante la auscultación intermitente, hay un incremento de la frecuencia cardíaca fetal de 20 latidos por minuto (lpm) o más desde el inicio del trabajo de parto, o se escucha una desaceleración:

- Debería llevarse a cabo AI con mayor frecuencia (por ejemplo durante 3 contracciones consecutivas).
- Hay que hacer una valoración global de la situación, teniendo en cuenta toda la historia obstétrica, incluyendo factores antenatales y nuevos posibles factores de riesgo desarrollados intraparto. También es importante la inclusión de la dinámica uterina, incluyendo una posible hipertensión, y la progresión del trabajo de parto.

Si la preocupación por la frecuencia cardíaca fetal se confirma:

- Buscaríamos ayuda.
- Cambiaríamos de método a monitorización continua, explicando a la mujer y su acompañante por qué estaría recomendado el cambio de método y las implicaciones que esto tendría en sus decisiones y expectativas, así como el posible cambio en el tipo de cuidados que se le ofrecerían.
- En caso de que la mujer se encontrase en centro de nacimiento, se trasladaría a la unidad de dilatación convencional, siempre que sea seguro y apropiado.

Se retomaría la AI tras la monitorización continua si dicho registro es normal después de 20 minutos de monitorización.

Seguiríamos con la monitorización continua si aquello que nos preocupaba se perpetúa o si se desarrollaran factores de riesgo tanto maternos como fetales intraparto.

Si realizamos monitorización continua:

- Es relevante la interpretación del trazado del registro, pero para saber cómo está afrontando el trabajo de parto el feto es aún más importante tener en cuenta no sólo dicho trazado (prestando especial atención a los cambios que se producen), sino también otros factores maternos y fetales.
- Habría que considerar un límite más bajo a la hora de actuar, si existiesen factores de riesgo prenatales o intraparto que pudiesen derivar en un posible compromiso fetal.
- Siempre hay que animar y ayudar a las mujeres a tener una movilidad lo más amplia posible y cambiar de postura siempre que deseen.
- Es importante ofrecer la monitorización continua siempre que existan factores de riesgo prenatales o intraparto por los que esté presente un compromiso del bienestar fetal.
- Comentar tanto con la gestante como con su acompañante en todo momento las razones por las que el método elegido para la monitorización es el continuo¹⁵.

Situaciones que indican el uso de monitorización continua

Presencia de factores de riesgo prenatales

Debe ofrecerse este método siempre que esté en el plan de parto de la mujer.

Además, por una parte, los factores de riesgo maternos que indican el uso de monitorización continua son:

- Cesárea u otra cicatriz uterina previas.
- Cualquier trastorno hipertensivo que precise medicación.
- Rotura de bolsa prolongada, pero las mujeres que están en trabajo de parto establecido en las 24 h siguientes a la rotura de bolsa no necesitan monitorización continua a menos que exista otro factor de riesgo.
- Cualquier pérdida de sangre vaginal que sea en cantidad igual o mayor que una regla.
- Sospecha de corioamnionitis o sepsis materna.
- Diabetes pregestacional y gestacional que requiera medicación para su control.

Por otra parte, como factores de riesgo fetales tenemos:

- Presentación distinta a cefálica.
- Diagnóstico de crecimiento intrauterino retardado (estimación del peso por debajo del percentil 3).
- Diagnóstico de bajo peso para la edad gestacional (estimación del peso por debajo del percentil 10) con otros factores de riesgo alto como Doppler alterado, oligoamnios o reducción de la velocidad de crecimiento.
- Embarazo prolongado (más de 42+0 SG al inicio del trabajo de parto).
- Anhidramnios o polihidramnios.
- Reducción de movimientos fetales en las 24 h anteriores al inicio del trabajo de parto.

Durante el trabajo de parto hay que realizar una valoración de la mujer y su bebé de forma horaria, donde hay que incluir:

- Factores de riesgo maternos y fetales prenatales que puedan suponer un compromiso del bienestar fetal.
- Nuevos factores de riesgo durante el trabajo de parto.
- Progreso del trabajo de parto, incluyendo las características de las contracciones (frecuencia, intensidad y duración).
- Descripción del trazado de la frecuencia cardíaca fetal, incluyendo los posibles cambios producidos desde la última valoración.

Se debe informar y comentar con la mujer y su acompañante (si ella desea) los cambios identificados desde la última valoración y sus posibles implicaciones.

Por último, es muy recomendable obtener una segunda opinión profesional en cada nueva valoración que vea el registro con “ojos frescos”.

Presencia de factores de riesgo intraparto

Es significativo tener en cuenta que los factores de riesgo que van apareciendo a medida que el trabajo de parto avanza son especialmente importantes para detectar el desarrollo de un compromiso del bienestar fetal.

Hay que realizar monitorización continua cuando se desarrolle intraparto cualquiera de los siguientes factores de riesgo:

- Contracciones que duran más de 2 minutos o 5 o más contracciones en 10 minutos.
- Presencia de meconio.
- Fiebre materna, considerada como una temperatura de 38°C o superior en una sola toma o 37,5°C o más en dos ocasiones separadas por 1 hora.
- Sospecha de corioamnionitis o sepsis.
- Dolor que aparece de forma repentina y que la mujer refiere que es diferente al que ha estado sintiendo asociado a las contracciones hasta el momento.
- Sangrado vaginal activo con sangre fresca que se desarrolla en el transcurso del trabajo de parto.
- Flujo vaginal sanguinolento no asociado a una exploración vaginal y que parece tener origen uterino.
- Hipertensión severa, definida como TAS \geq 140 mmHg o TAD \geq 90 mmHg en dos tomas consecutivas separadas de 30 minutos y tomadas en ausencia de contracción.
- Presencia de 2 + de proteínas en sistemático de orina y una sola lectura bien de TAS \geq 140 mmHg o de TAD \geq 90 mmHg.
- Retraso confirmado de la primera o la segunda etapa del trabajo de parto.
- Analgesia regional.
- Uso de oxitocina.

Si, además de los factores de riesgo mencionados, se detectan otros que puedan derivar en un compromiso del bienestar fetal, estaría indicado la realización de monitorización continua¹⁴.

CONCLUSIONES

La auscultación intermitente ha demostrado, con suficiente nivel de evidencia científica, ser el método de elección para la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal en mujeres de

bajo riesgo. La OMS la defiende en su documento de recomendaciones para los cuidados durante el parto.

La monitorización continua en mujeres de bajo riesgo se ha relacionado con un mayor intervencionismo durante el trabajo de parto y por tanto con una mayor tasa de cesáreas y de parto instrumental sin observarse una mejora de los resultados neonatales, ya que normalmente restringe la movilidad de las mujeres durante el trabajo de parto.

Es imprescindible que se cumplan una serie de requisitos previos para realizar auscultación intermitente con seguridad: ratios que permitan one-to-one care, profesionales formados, accesibilidad de material y guías en las que los profesionales puedan apoyar su práctica.

bilidad de material y guías en las que los profesionales puedan apoyar su práctica.

Tanto los factores de riesgo anteparto como los que se pueden ir desarrollando intraparto que se han mencionado a lo largo de este trabajo son excluyentes para la realización de auscultación intermitente, siendo suficientemente restrictivos como para aportar mayor seguridad si cabe a la hora de realizar este tipo de monitorización.

La auscultación intermitente, al tener como requisito indispensable la ratio one-to-one, permitiría el desarrollo de un acompañamiento más individualizado del trabajo de parto de las mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

- Lewis D, Downe S. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Intermittent auscultation. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* [Internet]. 2015;131(1):9-12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26433400>
- Ayres-de-Campos D, Spong CY, Chandrachan E. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [Internet]. 2015 Sep 30;131(1):13-24. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>
- Recomendaciones de la OMS Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva 2018 [Internet]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf
- Board Y, Families. An Update on Research Issues in the Assessment of Birth Settings. 2013.
- IPN Iniciativa al Parto Normal [Internet]. www.llevadores.cat. [cited 2024 Mar 23]. Disponible en: <https://www.llevadores.cat/naixement/protocols-i-guies/912-iniciativa-parto-normal>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal, Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social, E. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal [Internet]. [cited 2024 Mar 23]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
- Blix E, Maude R, Hals E, Kisa S, Karlsen E, Nohr EA, et al. Intermittent auscultation fetal monitoring during labour: A systematic scoping review to identify methods, effects, and accuracy. Cheungpasitporn W, editor. *PLOS ONE* [Internet]. 2019 Jul 10;14(7):e0219573. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6619817/>
- Sosa GA, Crozier KE, Stockl A. Midwifery one-to-one support in labour: More than a ratio. *Midwifery* [Internet]. 2018 Jul;62:230-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613818301219>
- Alfirevic Z, Devane D, Gyte GM, Cuthbert A. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017 Feb 3;2(2).
- Maude RM, Skinner JP, Foureur MJ. Intelligent Structured Intermittent Auscultation (ISIA): evaluation of a decision-making framework for fetal heart monitoring of low-risk women. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014 May 31;14(1).
- Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Cuthbert A, Smith V. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017 Jan 26;(1).
- Intermittent Auscultation for Intrapartum Fetal Heart Rate Surveillance: American College of Nurse-Midwives. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2015 Oct;60(5):626-32.
- Maude RM, Skinner JP, Foureur MJ. Putting intelligent structured intermittent auscultation (ISIA) into practice. *Women and Birth*. 2016 Jun;29(3):285-92.
- Mathews DD. National Institute for Health Care and Excellence. Fetal monitoring in labour. *BMJ*. 2022 Mar 22;229 (ISBN-13: 978-1-4731-4849-9):1-41.
- Intrapartum care. National Institute for Health Care and Excellence. Oxford University Press eBooks. 2023 Apr 1;497-508.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Camacho Santos B. Implementación de auscultación intermitente en gestantes de bajo riesgo. *Hygia de Enfermería*. 2024; 41(2): 90-94

Análisis historiográfico de las Primitivas Constituciones de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

Historiographical analysis of the Primitive Constitutions of the Hospitaller Order of Saint John of God

Néstor Germán Canal Díez, Marta Gordillo García, Celia Pérez Guerrero, Nerea Triguero Sánchez y Almudena Arroyo Rodríguez

Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios (Sevilla)

RESUMEN

Introducción: San Juan de Dios, cimienta las bases de un novedoso modelo asistencial, que implica dignificar a las personas que trata hasta convertirse en el fundador de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (OHSJD). La Orden se originó en Granada y se expandió gracias al Hermano Antón Martín, alcanzando relevancia durante conflictos bélicos y recibiendo reconocimientos eclesiásticos.

Objetivos: Describir la estructura del libro Primitivas Constituciones de la OHSJD; analizar su contenido y proporcionar ejemplos de pasajes, y finalmente, examinar el concepto de enfermería.

Metodología: Análisis historiográfico mediante la síntesis CAI (Clasificar, Analizar, Interpretar) descrita por Amezcua. El texto es un documento normativo con las tres primeras constituciones de la OHSJD.

Conclusiones: Las Primitivas Constituciones se compone de 187 páginas divididas en tres constituciones que regulan la OHSJD: la primera de ellas está conformada por 24 títulos, la segunda tiene un título compuesto por 35 capítulos y la tercera contiene artículos del 1 al 144. Las constituciones cubren la organización interna, el cuidado básico de los enfermos y los roles de los hermanos. La enfermería que aparece en ese texto se caracteriza por la caridad, la espiritualidad y la atención integral a todas las dimensiones de la persona.

PALABRAS CLAVE

enfermería; espiritualidad; historia de la enfermería; hospitales

ABSTRACT

Introduction: San Juan de Dios laid the foundations for an innovative care model, which involves dignifying the individuals he attended to, eventually becoming the founder of the Hospitaller Order of St. John of God (OHSJD). The Order originated in Granada and expanded through the efforts of Brother Antón Martín, gaining prominence during wartime and receiving ecclesiastical recognition.

Objectives: To describe the structure of the book "Primitivas Constituciones" of the OHSJD; analyze its content and provide examples of passages, and finally, examine the concept of nursing.

Methodology: Historiographical analysis using the CAI synthesis (Classify, Analyze, Interpret) described by Amezcua. The text is a normative document containing the first three constitutions of the OHSJD.

Conclusions: The "Primitivas Constituciones" consists of 187 pages divided into three constitutions that regulate the OHSJD: the first of them comprises 24 titles, the second has a title composed of 35 chapters, and the third contains articles from 1 to 144. The constitutions cover internal organization, basic care for patients, and the roles of the brothers. Nursing in this text is characterized by charity, spirituality, and comprehensive care for all dimensions of the individual.

KEYWORDS

nursing; spirituality; history of nursing; hospitals

Este proyecto no ha sido financiado.

Este proyecto ha sido presentado en el "III Coloquio de San Juan de Dios", organizado por el Colegio de Enfermería de Sevilla, evento científico en el que se pone en valor el papel de este personaje histórico en el desarrollo de la Enfermería a partir de su modelo de cuidados.

No existe conflicto de intereses.

FECHA DE RECEPCIÓN: 14/02/2024

FECHA DE ACEPTACIÓN: 25/03/2024

Correspondencia: Almudena Arroyo Rodríguez

Correo electrónico: almudena.arroyo@sjd.edu.es

INTRODUCCIÓN

San Juan de Dios (Juan Ciudad Duarte) nació en un pueblo portugués llamado Montemor o Novo en 1495, y fallece en Granada el 8 de marzo de 1550, desempeñando a lo largo de su vida diversidad de oficios, como el de pastor, albañil, librero y soldado¹ (Figura 1).

Siendo librero en Granada, lo toman por "loco" y acaban internándolo en el Hospital Real de Granada. Gracias a este acontecimiento, se ve motivado a la realización de su obra y a crear un nuevo modelo hospitalario.

Estas fechas marcan el comienzo y el final de una vida en la que se dedica al cuidado de los más necesitados, inspirando en el proceso a muchos de sus contemporáneos, que forman una fraternidad espontánea. Esta vida de cuidado cimienta las bases de un novedoso modelo asistencial, que implica dignificar a las personas que trata. Tras la muerte de este, sus compañeros se trasladan al hospital de San Juan de Dios y comienzan lo que es hoy en día la Orden bajo el mismo nombre (Figura 2).

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (OHSJD) se extiende por el país gracias a la llegada a Madrid del Hermano Antón Martín, donde recibe limosnas de alto precio y la posibilidad de abrir un nuevo hospital. Al hacer esto, da comienzo a la aparición de múltiples hospitales en varias ciudades españolas².

Entre 1571 y 1586, se amplía la misión de la OHSJD, dando lugar al trabajo de enfermeros en la guerra de las Alpujarras y la batalla de Lepanto. Durante ambos conflictos, se dedican a curar tanto a cristianos como moriscos y otomanos. Este hecho hace que se amplíe la misión de la OHSJD, tanto a atender a los ejércitos de tierra, como a asistir a las expediciones navales y los lugares donde estén presentes epidemias y necesidades sociales. Esto provoca que la Orden se extienda por todo el mundo².

El 8 de agosto de 1571, obtienen el Breve Savatoris nostri. A principios de 1572, reciben la Bula Licet ex débito, conllevando a que se irga la Congregación Religioso-Hospitalaria. Esta, se encuentra bajo la Regla de San Agustín y la obediencia de los Ordinarios del lugar. Además, es la primera Orden en la historia de la Iglesia no clerical constituida por hermanos religiosos³.

En la primera década del siglo XVII, la Orden se separa en dos congregaciones, la italiana y la española. Estas dos congregaciones dejaron de compartir constituciones y superiores generales².

Entre 1770 y 1850, la Orden sufre un declive y una extinción temporal. Sin embargo, el hermano y sacerdote Benito Menni, la restaura en 1867¹.

Figura 1. Retrato de San Juan de Dios.



OBJETIVOS

- Describir la estructura del libro “Primitivas Constituciones de la OHSJD”
- Analizar su contenido y poner ejemplos de pasajes.
- Analizar el concepto de enfermería que se describe en el libro.

Figura 3. Facsímil de la portada original de “Primitivas Constituciones”. Año 1585.



Figura 4. Portada manuscrita de “Primitivas Constituciones” hechas en Roma. Año 1587.

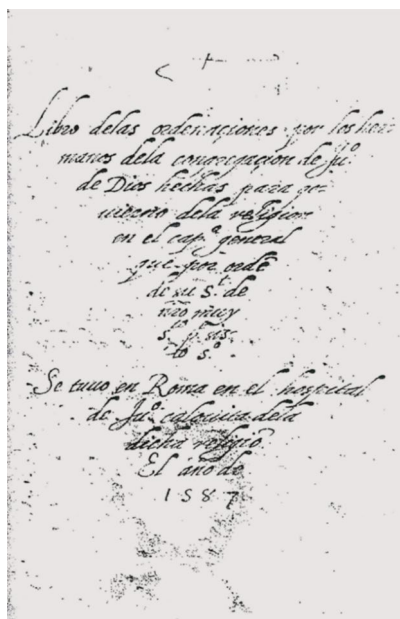


Figura 5. Portada “Primitivas Constituciones” de 1611.

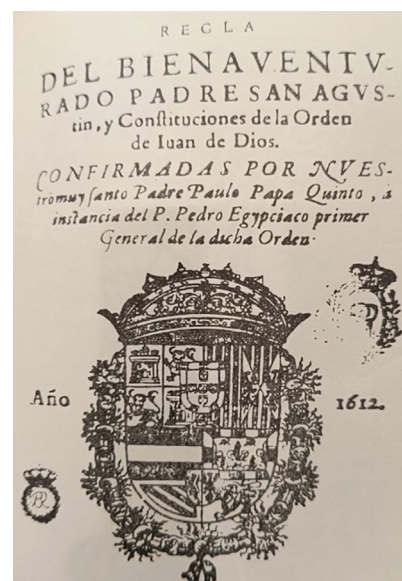


Figura 2. San Juan de Dios atiende a los enfermos. Obra de Diego Sánchez Sarabia (s. XVII).



METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo un análisis historiográfico del texto “Primitivas Constituciones” mediante el diseño de la síntesis CAI: “Clasificar”, “Analizar” e “Interpretar”; siguiendo a Amezcua, a través del análisis del texto histórico que se presenta⁴.

Puede decirse que es un texto normativo, el cual está formado por tres Constituciones, pertenecientes a los años 1585 (Figura 3), 1587 (Figura 4) y 1611 (Figura 5) respectivamente. En este documento se articula, además de las reglas de culto de la Orden religiosa, el establecimiento de unas buenas bases de enfermería, llevando a cabo métodos y cuidados realizados por

Figura 6. Manejo de las finanzas por el Botiller, pasaje de "Primitivas Constituciones", Título 14º, constitución 2ª de 1585.

2.ª Que tenga un libro en que asiente lo que recibe y gasta.

Tendrá un libro en que asiente lo que recibe, así de limosnas como también de lo que el despensero le entregare comprado; asentando día, mes, y año en que lo recibe, y en otra parte del libro, pondrá la saca y cómo lo gasta, para que después por el libro del despensero se le tome cuenta, y por el recibo suyo.

Figura 7. Oficio del Hermano Mayor, pasaje de "Primitivas Constituciones". Título 7º, constitución nº 10 de 1585.

10.ª De cómo ha de acudir cada día a todas las salas.

Y para que mejor se pueda hacer esto, tendrá cuidado de acudir cada día a todas las salas de los enfermos hombres y mujeres en particular, preguntando a cada uno de ellos, si tiene alguna necesidad, o si tiene deseo de algún regalo, o si lo tratan mal los enfermeros y no le acuden con lo necesario, para remediarlo todo con discreción y prudencia; de suerte que las necesidades queden remediadas y la culpa castigada.

los hermanos del hospital de San Juan de Dios de Granada. Gracias a él podemos observar la importancia de los principios cristianos y el modelo juanediano.

RESULTADOS

En cuanto a la estructura del libro: este documento tiene un total de 187 páginas a doble cara. Puede decirse que está conformado por tres constituciones, en las cuales, la primera de ellas está conformada por 24 títulos, la segunda tiene un título compuesto por 35 capítulos y la tercera contiene artículos del 1 al 144.

En relación con el contenido dentro de las Constituciones se abordan los siguientes temas:

La administración del hospital: describiéndose la gestión económica de este, así como los roles y responsabilidades de sus miembros

En el Título 14º de las constituciones de 1585 (Figura 6), se trata la administración de la Hacienda. En él se hace referencia a que habrá en el hospital un archivo donde se guarde la recaudación de la limosna con 3 llaves: una para el Rector, otra para el hermano mayor y la tercera para el enfermero mayor. Además, en el archivo habrá un libro donde se asiente el dinero que sale y el que entra.

En el Título 5º de las constituciones de 1585, se nombran los oficios que tiene que haber en el hospital y en los títulos siguientes se describen las funciones de cada uno de estos roles. Los oficios que se incluyen son los siguientes: Rector, Hermano Mayor, Hermanos profesos y de capote, una mujer que sea Madre y Prefecta de las salas de las mujeres enfermas, un Enfermero Mayor y otros menores en cada sala, un Refito-

Figura 8. Labor de la Madre Enfermera Mayor, pasaje de "Primitivas Constituciones" de 1587. Cap. 26.

Cap. 26. De la Madre Enfermera Mayor

Teniendo pues algunos de estos Hospitales donde comunmente puedan recibir mujeres como dicho es, habrá una Madre Enfermera Mayor de edad de cuarenta años poco más o menos, la cual será religiosa, honesta y virtuosa, diligente y suficiente para este ministerio. y si será menester tendrá a su cargo otras mujeres que la ayuden para el servicio de las pobres enfermas, y las que así tuviere para su ayuda serán también honestas y virtuosas y suficientes para poder ayudarla en todas las cosas necesarias, y hará la Madre Enfermera que se guarde en el Hospital de las mujeres el orden dicho en el Hospital de los hombres en el regalarlos y en la visita de los médicos y en el comer y demás ejercicios, y asimismo tendrá cuenta se viva en su Hospital de mujeres con toda modestia, y no se deje salir ninguna fuera sino fuere cuando ya está sana y despedida del médico y hará que todas las cosas necesarias le sean proveídas y dadas de manera que no haya falta, para lo cual habrá un torno, por donde se le dé lo necesario, y por la puerta no entrará más de las enfermas y el médico cuando fuere a visitar y el H.º Mayor que se hallará siempre a la visita, y si fuere menester Barberos y Boticarios, y procurará la Madre de que la visita se haga con toda modestia y honestidad y que a las enfermas no les falte ninguna cosa, como habemos dicho se haga en la enfermería de los hombres, y la dicha puerta tendrá dos llaves o más si conviniere y la una tendrá el H.º Mayor y la otra la Madre Enfermera, de modo que no se pueda abrir sin estar avisados entrambos porque las cerraduras y llaves serán diferentes.

lero, un Botiller (bodeguero), un Despensero, un Roperero, un Cocinero, un Sacristán, Médico, Cirujano, Barbero, Porteros y un Mayordomo.

A continuación, se presentan 3 de estos oficios a modo de ejemplo.

El Hermano mayor es la figura de referencia para el resto, siendo su función principal acudir cada día a las salas (Figura 7).

La Madre Enfermera Mayor es la representación femenina de la enfermería de la época, procurando siempre que sus funciones satisfagan las necesidades de las pacientes. Debido al pudor que podía generar la presencia de hombres, esta mujer se hacía de vital importancia para procurar su bienestar en los cuidados de las salas destinadas exclusivamente a mujeres necesitadas (Figura 8).

Otro de los oficios que destacamos es el de Barbero. Se nombra en el Título 11º, constitución nº 6 de 1585, *De a la hora que ha de acudir el Barbero a visita con el Médico: El Barbero si fuere oficial que residiere en el dicho hospital, asistirá en la visita del médico para sangrar, sajar, o echar ventosas y hacer otros beneficios que el médico mandare pertenecientes a su oficio...*

En las Primitivas constituciones también se incluyen amonestaciones en el caso de incumplimiento de las funciones de estos profesionales o penitencias en el caso de los Hermanos:

— Título 11º, *Del médico, cirujano y barbero*, 2ª constitución de 1585: *De cómo han de ser multados... y si alguna vez faltaren voluntariamente y sin dejar sustituto, apuntará las faltas que se hicieren el enfermero mayor, para que si fueren en cantidad por e mucho descuido de ellos sean multados por el tiempo que faltaren.*

Figura 9. Atención continuada de los Enfermeros, pasaje de "Primitivas Constituciones". Título 9º, constitución nº8 de 1985.

8.ª Que los enfermeros duerman en las salas de los enfermos y velen por turnos toda la noche de suerte que acudan a los pobres.

Los enfermeros dormirán en las salas de los dichos enfermos, para acudir con brevedad a las necesidades de ellos, y para esto velarán por sus turnos y horas de la noche, de suerte que por su descuido o negligencia no muera alguno solo, o se descubija, o eche de la cama, o haga otra cosa indecente que se pudiera reparar con la ayuda y asistencia de los dichos enfermeros.

Figura 10. Prioridad de los cuidados enfermeros para los Hermanos, pasaje de "Primitivas Constituciones" de 1611, artículo 70.

70.— Y porque el fin principal de los hospitales, y de los hermanos que los sirven, debe ser socorrer a la necesidad y falta de los pobres enfermos se han de nombrar y señalar todos los hermanos que fueren necesarios para el cuidado y gobierno de los enfermos. Y aunque en otras cosas haya y se cometa algún descuido, en ésto se ha de cuidar que de ninguna manera le haya.

- Título 10º, 7ª constitución: *De la caridad con que ha de tratar a las enfermas y cuidado de que las Sacramenten y procurar castigar los excesos de las sirvientas.*
- Cap. 32 de las Constituciones de 1587: *De las culpas y faltas veniales de que los Hermanos se han de acusar todos los sábados a la noche.*

Los pacientes: estableciéndose normas para las admisiones, atención médica, tratamiento y cuidados básicos

La atención de enfermería que ofrecían los Hermanos de San Juan de Dios era continuada como se puede leer en la figura 9. Además, esta atención a los enfermos y pobres era la máxima prioridad para los Hermanos, debiéndose abarcar cuantas necesidades pudieran haberse visto afectadas con la mayor brevedad y efectividad posible (Figura 10), incluso ayudando a morir dignamente y acompañado y sin tener distinción entre nacionalidades ni enfermedades: *...digamos ahora también en particular de los enfermos que habemos de curar y remediar en nuestros hospitales y de sus necesidades espirituales y corporales, para lo cual exhortamos a nuestros Hermanos que con todo amor reciban en sus Hospitales pobres enfermos de todas Naciones y enfermedades sin diferencia ni excepción de personas...*

Algunos ejemplos de las constituciones que están relacionadas con los cuidados básicos y la admisión de los enfermos son:

- Título 9º, 3ª constitución de 1585: *Cómo el enfermero ha de procurar lavar al enfermo que se recibe y limpiarlo no perjudicando su salud*
- Cap. 80 de las constituciones de 1611: *Consigo tendrá un libro en el cual asentará la entrada del enfermo clara y distin-*

Figura 11. Cuidados al final de la vida, pasaje de "Primitivas Constituciones" de 1611, Cap. 20.

Cap. 20. Del cuidado que se tendrá de los enfermos que estarán en tránsito de muerte

Y porque importa mucho y no menos que la salvación de las ánimas que los que están en tránsito sean ayudados con santas y devotas palabras, trayéndoles a la memoria las cosas que en aquel paso muchas veces se olvidan, será necesaria cosa que los Hermanos Mayores pongan con los tales enfermos algunos Hermanos devotos y de buen espíritu que les encomienden el ánima y les ayuden a bien morir, teniéndoles lumbres encendidas y las demás cosas que se suelen tener en tales casos, animándoles con palabras a que estén fuertes en la fe creyendo la verdad de la Santa Iglesia Católica y otras cosas que para vencer a nuestro adversario se suelen decir.

Figura 12. Cuidados individualizados para las mujeres por parte de féminas enfermeras, pasaje de "Primitivas Constituciones" de 1587, cap. 25.

Cap. 25. De las mujeres enfermas que se cuidan en nuestros Hospitales

En algunos de nuestros Hospitales se ha usado y usa recibir y curar mujeres enfermas, en lugares distintos y apartados de los hombres sirviendo las otras mujeres con la caridad posible y esto porque las mujeres sean remediadas como los hombres, por lo cual nos parece se haga lo propio de aquí adelante en los lugares donde con comodidad y recogimiento se pudiere hacer procurando siempre ir adelante en perfección y entiendase no haber de ser con cualquiera comodidad mas donde puedan estar muy apartadas y recogidas y que no puedan entrar ningún género de hombres salvo los médicos, y que estén en estancias capaces para tal efecto y no se podrá aceptar en ninguno de nuestros Hospitales o cerca de ellos esta obra sino fuere con orden y licencia del P. General o de otro Superior Provincial.

- tamente, poniendo el día en que entró y de adonde es, y si es casado o soltero, y el nombre de sus padres, y el vestido que trae, y ha de escribir en el mismo libro el día en que murió, y hacer todas las demás cosas que convengan a la buena hospitalidad y al cuidado y regalo de los pobres enfermos. ...*
- Título 9º, 9ª constitución de 1585: *Del cuidado que han de tener de perfumar las salas y tomar las orinas a los enfermos y limpiar los servicios cuando fuere necesario.*
- Título 9º, 13ª constitución de 1585: *Del cuidado que ha de tener el enfermero mayor de que cada semana se mude ropa blanca de las camas y limpiar lo demás tocante a la comida de los enfermos.*
- Título 9º, 15ª constitución de 1585: *Que asimismo tenga cuidado de que coman buen pan.*
- Cap. 17 de las constituciones de 1611: *Del orden que se guardará en acostar los pobres enfermos en la cama.*
- Cap. 18 de las constituciones de 1611: *Del orden de comer de los pobres enfermos.*
- Cap. 20 de las constituciones de 1611: *Del cuidado que se tendrá de los enfermos que estarán en tránsito de muerte.* (Figura 11).

Es importante destacar la atención prestada a las mujeres, las cuales son tenidas en cuenta en estas constituciones como hemos referido anteriormente y se puede leer en la Figura 12, utilizando personal femenino para atenderlas y en ubicaciones diferentes a las de los hombres.

En cuanto a la atención médica y tratamiento, estos son algunos ejemplos de su organización:

- Cap. 16 de las constituciones de 1611: *Del modo que se tendrá en visitar los pobres enfermos con el Médico y Cirujano. En las dos visitas que los médicos harán a las enfermerías cada día se tendrá este orden, que a la mañana y a la tarde... y los enfermeros acudan a hallarse presentes... y el enfermero mayor y los demás enfermeros y el boticario, barbero, sin faltar ninguno y habrá libros o tablillas donde se escribirá todo lo que el médico ordenare para la salud de los enfermos...*
- Título 11^o, *Del médico, cirujano, y barbero*. 4^a constitución de 1585: *Cuándo ha de visitar el médico la Botica. El médico tendrá cuidado de visitar cada año la botica, las más veces que le pareciere, para ver qué medicinas hay en ella, quitando y vertiendo las malas y añejas, mandando se provean nuevas drogas, aceites, letuarios (=jarabes), y todo lo demás necesario.*

La atención espiritual: enfatizando la Fe de los Hermanos y la oración como elementos relevantes a la hora de proporcionar atención a los enfermos

En los Hospitales de San Juan de Dios, era muy importante la atención espiritual a los enfermos como se puede observar en las constituciones. Al tratarse de una Orden religiosa, todas las actividades se organizaban teniendo muy presente la oración y las ceremonias y ritos religiosos. En las tres constituciones se dedica gran parte de las mismas a la organización interna y religiosa de los Hermanos y novicios, la cual no es objeto de análisis de este estudio, nos centramos en la atención a los enfermos.

En las enfermerías se tenía siempre en cuenta los valores de la religión cristiana, con elementos claves para llevar a cabo confesiones y ceremonias como la Eucaristía:

- Cap. 17, Constituciones de 1611: *Procurar sea en nuestros Hospitales que el servicio que se hiciere al Señor en sus pobres le sea agradable para lo cual, según dará este orden que para dar salud al cuerpo se busque primero la del alma y así entrado el enfermo en el lecho se le advertirá se prepare para la confesión la cual hará con brevedad y comulgará...*
- Cap. 128, Constituciones de 1611: *En las enfermerías ha de haber un altar con gran decencia, para que si pudiere ser cómodamente se diga en él Misa todos los días de fiesta.*

En cuanto al concepto de Enfermería, en el documento se pone de manifiesto la atención integral, continuada y universal que prestan los Hermanos de San Juan de Dios, al tener en cuenta todas las dimensiones de la persona, dándole un mayor énfasis a la espiritual; continuada las 24 horas del día, y universal, al atender a cualquier persona sin importar la enfermedad o nacionalidad. En el papel desarrollado por los hermanos, es muy importante la caridad y el amor por los demás. Estos debían ser hombres piadosos y virtuosos; habilidosos a la hora de servir a enfermos y pobres, y con la caridad como tarea principal en los cuidados. Estos enfermeros de la época no solo debían cuidar a los enfermos en cuerpo, sino también en alma, mediante atención espiritual para procurar su bienestar y ayudar a bien morir, tal y como se ha recogido anteriormente.

DISCUSIÓN

En el libro “Primitivas Constituciones”, se observan todas las reglas que deben seguir los hermanos para su culto religioso y los cuidados básicos de los enfermos. Numerosas instrucciones a tener en cuenta siempre respaldadas por la Iglesia. En cambio, existen otros libros de la OHSJD, por ejemplo, el del Hermano José Bueno y González, “Arte de Enfermería”⁵, donde además se describen técnicas de enfermería y formas de administración de medicamentos y alimentos.

Sin duda, San Juan de Dios no solo fue un punto de inflexión en el planteamiento de los cuidados enfermeros, sino que, además; marcó un hito que se vería reflejado en sus contemporáneos y su legado.

Hay multitud de aspectos procedentes del libro ya descritos que pueden extrapolarse a conceptos actuales y que han sido estudiados o expuestos con un lenguaje más moderno, dejando en claro que esta forma de enfermería fue pionera y ha sido perpetuada por otros autores: la caridad transformada en el valor actual del “primum non nocere”, el trato separado de las enfermas como precursor de la atención diferencial por sexos y el código deontológico actual similar a los castigos autoimpuestos por los hermanos y a otros colaboradores en caso de no cumplir adecuadamente con sus funciones.

Un claro ejemplo de atemporalidad del modelo de cuidados juanediano que se deriva de estas primeras constituciones de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, son: los cuidados del entorno, cuando se habla de perfumar las enfermerías entre otros, asemejándose a la teoría del entorno de Florence Nightingale, la cual decía que había que colocar al enfermo en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actuara sobre él⁶; los cuidados básicos del enfermo y el acompañamiento al final de la vida, como definió Virginia Henderson⁷ en su modelo de las 14 necesidades y en su definición de enfermería. De igual manera, muchos personajes históricos destacables contienen en sus teorías formas de aplicar la enfermería de una manera muy similar a la de San Juan de Dios, pero con términos fuera del ámbito religioso.

Por todo ello, una vez habiendo analizado “Primitivas Constituciones”, se puede llegar a la conclusión de que esto no es un mero documento normativo en el que mostrar una serie de reglas como tal, sino que va más allá. Es el inicio del camino hacia un modelo de enfermería más humanizado, el modelo de San Juan de Dios reconocido comúnmente como modelo de cuidados juanediano.

Por tanto, el modelo de cuidados juanediano incluye una atención integral en todas las dimensiones de la persona: biológica (cuidados de higiene, vestido, arreglo de la cama, alimentación...), psicológica (acompañamiento a pie de cama), social (provisión de recursos) y espiritual (acompañamiento religioso continuado y en el momento de la muerte).

CONCLUSIONES

El libro de las Primitivas Constituciones está conformado por 187 páginas y dividido en 3 Constituciones, las cuales recogen las reglas y regulaciones que rigen a la Orden Hospitalaria y el funcionamiento del hospital.

En las Constituciones se abordan diferentes temáticas relacionadas con la propia organización, el culto de lo religioso, el cuidado básico de los enfermos y los roles y funciones de los hermanos de la Orden; todo en función de una serie de reglas consensuadas.

El papel de la enfermería estaba caracterizado por el valor de la Caridad, representada por los miembros del hospital, los “her-

manos de la caridad”, quienes se basaban en la espiritualidad y el amor para realizar los cuidados de los enfermos. Estos cuidados eran integrales y centrados en todas las dimensiones de la persona, incluyendo el acompañamiento al final de la vida. Características del Modelo de cuidados juandediano.

AGRADECIMIENTOS

Nos gustaría agradecer al Hermano Francisco Ventosa por prestarnos el libro de las Primitivas Constituciones y al Museo Casa de los Pisa, de Granada, y en especial a su director, Francisco Benavides por la cesión de las imágenes originales de San Juan de Dios (Figuras 1 y 2) para este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios Provincia de España. San Juan de Dios. Biografía [Internet]. Disponible en: <https://sjd.es/san-juan-de-dios/san-juan-de-dios-bio/> [Acceso 07/05/2023].
2. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios Provincia de España. San Juan de Dios. 500 años de historia [Internet]. Disponible en: <https://sjd.es/quienes-somos/500-anos-de-historia/> [Acceso 08/05/2023].
3. Ventosa F. Pensamiento de San Juan de Dios y la Orden Hospitalaria y su relación con Enfermería: Conceptos y valores. 7ª Edición: 1ª 2012. Publicación: Archivo-Museo San Juan de Dios “Casa de los Pisa”.
4. Amezcua M. Tutoría 2: Síntesis CAI (clasificar-analizar-interpretar) [Internet]. Disponible en: <https://www.fundacionindex.com/gomeres/?s=CAI> [Acceso 23/12/2023].
5. Elucidario. Arte de Enfermería. Index de Enfermería [Internet]. 2008; 17(4):260. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n4/0260.php> [Acceso 23/12/2023].
6. Alligood R. Modelos y Teorías de Enfermería. 9ª ed. Elsevier; 2018.
7. Henderson V. La naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. 1994. Interamericana McGraw Hill.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Canal Díez NG, Gordillo García M, Pérez Guerrero C, Triguero Sánchez N, Arroyo Rodríguez A. Análisis historiográfico de las Primitivas Constituciones de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. *Hygia de Enfermería*. 2024; 41(2): 95-101

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

- 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.
- Los autores deben indicar si han recibido financiación e indicar el organismo, la institución o empresa que haya financiado.
- Todos los trabajos que se envíen deben indicar si existen posibles conflictos de intereses en alguna de las personas firmantes.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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).
- 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.
- 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.
- 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 CINHAL 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@coees.es

PRESENTACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

Se debe aportar los siguientes documentos en archivos independientes: carta de presentación, cuerpo del manuscrito anonimado (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.
- Manifiestar 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:

1. 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 y Conclusiones, 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, Pernia M, Moya MA, Mejias 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. *Enfermería. Técnicas y Procedimientos de Enfermería*. Madrid: Panamericana; 2018.

— Capítulos de libros:

Forcada JA, Bayas JM, Velasco C. Generalidades sobre las vacunas. En: Alvarez 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 reproducidas 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 ICJME 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.

1/6

Este número es indicativo del riesgo del producto siendo 1/6 indicativo de menor riesgo y 6/6 de mayor riesgo.

Banco Santander está adscrito al Fondo de Garantía de Depósitos de Entidades de Crédito. Para depósitos en dinero el importe máximo garantizado es de 100.000 euros por depositante en cada entidad de crédito.



En el Santander os tenemos en cuenta.

Por ello, tenemos una cuenta que se adapta a ti: la **Cuenta Corriente Colectivos del Santander**, sin comisión de administración ni mantenimiento de la cuenta¹, sin comisión por transferencias en euros, nacionales y UE realizadas por internet, banca móvil o cajeros.

No aplica a urgentes e inmediatas, y con las tarjetas*:

- **Tarjeta Débito Santander**
Comisión de emisión y mantenimiento: 0€
- **Tarjeta Crédito Santander²**
Comisión de emisión y mantenimiento: 0€

También tenemos una **oferta preferente de financiación** para ti.

Infórmate en el **915 123 123** o en nuestras oficinas.

1. Cuenta no remunerada. TIN 0% **TAE 0%**. Para un supuesto de que se mantenga de forma constante durante 1 año un saldo diario de 7.000€, aplicando un tipo de interés nominal anual de 0% y una comisión de mantenimiento de 0€. 2. Concesión de la tarjeta sujeta a previa aprobación del Banco. Esta tarjeta permite el pago aplazado. Ten en cuenta que, si eliges una cuota demasiado baja, tu deuda puede alargarse en el tiempo más de lo previsto, ya que la cuota mensual se destinará en primer lugar al pago de intereses y comisiones y en una cantidad menor a la amortización del capital. Recuerda usar tu tarjeta de crédito de forma responsable. El uso abusivo de financiación implica un riesgo de sobreendeudamiento con consecuencias a largo plazo que pueden afectar a tu planificación financiera.

*Consulta resto de condiciones en tu oficina más cercana.



40° CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA
'Ciudad de Sevilla'
Avanzando con la profesión

31 OCTUBRE
FECHA LÍMITE
ENTREGA DE TRABAJOS

colegioenfermeriasevilla.es



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España



CONSEJO ANDALUZ
DE COLEGIOS DE ENFERMERÍA