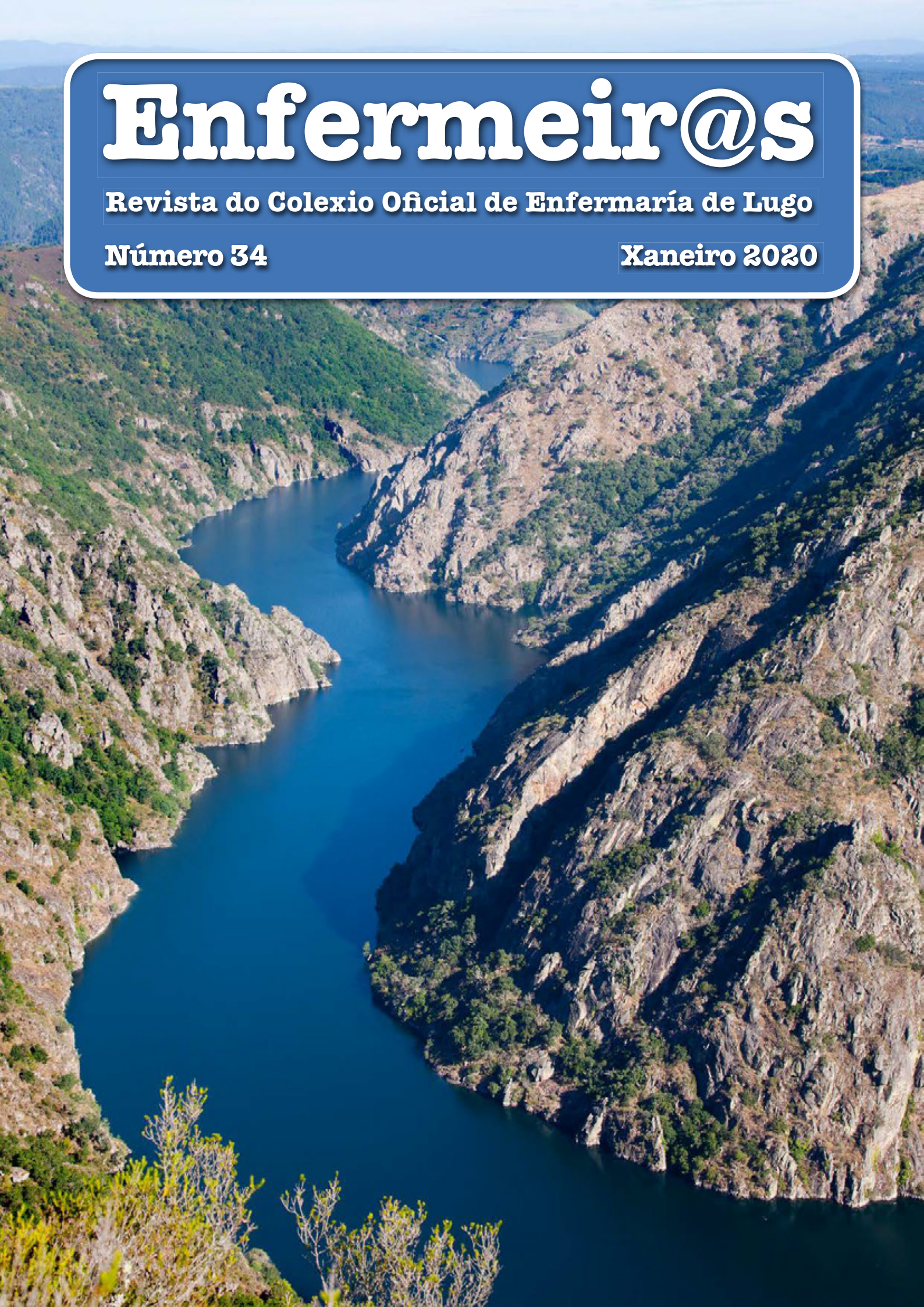
Enfermeir@s

Revista do Colexio Oficial de Enfermaría de Lugo

Número 34 Xaneiro 2020



A.M.A. agrupación mutual aseguradora
LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Seguro de **Responsabilidad Civil Profesional**

El Colegio de Enfermería de Lugo contrata la póliza de Responsabilidad Civil Profesional con A.M.A.

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS, LÍDER DEL SECTOR, LLEVA **MÁS DE 20 AÑOS ASEGURANDO EL EJERCICIO PROFESIONAL DE QUIENES EJERCEN LA SANIDAD**, ENTRE ELLOS LA MAYORÍA DEL COLECTIVO DE ENFERMERÍA.

- Se mantiene el capital asegurado por siniestro y anualidad de seguro a 3,5 millones de euros.
- Al ser una póliza que se contrata a través del Colegio, aumenta la capacidad anual para el colectivo.
- Garantías a asegurar:
  - Responsabilidad Civil Profesional de los colegiados
  - R.C. de Explotación y Locativa
  - Defensa Jurídica y Fianzas judiciales
  - Asistencia jurídica por agresión
- El Subsidio por Inhabilitación pasa de 1.500 € y 18 meses (anterior compañía) a 4.000 € y 24 meses.

NORMAS DE PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE POSIBLES RECLAMACIONES POR PARTE DEL COLEGIADO/A

Se realizarán a través del Colegio Profesional, o a través de la oficina de A.M.A. en Lugo, quienes facilitarán al Colegio el modelo de parte de siniestros a rellenar al efecto.

El colegiado deberá comunicar inmediatamente cualquier reclamación que reciba, que antes de realizar manifestaciones al respecto es importante que se asesore por su Colegio o por A.M.A., y que para poder estar asegurado en la póliza debe de estar colegiado en el Colegio de Lugo y al corriente de las cuotas de colegiación.

A.M.A. LUGO
Raiña,1-27001 Lugo
Tfno.: 982252107 - Fax 982252204
lugo@amaseguros.com

LA MUTUA DE LOS **PROFESIONALES SANITARIOS**

www.amaseguros.com **902 30 30 10**

Síganos en

A.M.A. agrupación mutual aseguradora
LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Índice

LIMIAR 5

ACTUALIDADE
- Nursing Now 6
- V Xornada de enfermería la EOXI de Lugo, Cervo e Monforte. 8
- Jornada "Liderazgo enfermero en atención primaria y el sector sociosanitario" 9

ACADEMIA DE ENFERMARÍA DE GALICIA
- Entrevista a D. José Luis Díaz López 10

CURSOS
- Taller triaje pre hospitalario y hospitalario. 15
- Manejo de la vía aérea. Intubación difícil y traqueostomía. 16

SOCIEDADE
- Festa Nadal Lugo 17
- Festa Nadal Monforte 18
- Festa Nadal Burela 19

OPINIÓN
- Poesía de agradecimiento 20
- Coidando sen ser coidadas 21
- Anónimo 22

FORMANDO ENFERMEIR@S
- Obradoiro de escritura e comunicación. 23
- A cultura da Enfermaría 25

SALUD MATERNO-INFANTIL
- Climaterio y menopausia 27

INVESTIGACIÓN
- Efecto de las medidas de protección de la lactancia materna sobre sus tasas al alta en una unidad de neonatología de tercer nivel 31
- Póster. "¿Queremos cambiar?" 42
- Actualización en la cura del cordón umbilical. Últimas recomendaciones 44
- Póster "De la necrosis a la granulación… El gran desafío" 47
- Centros de nacimientos una realidad en nuestro país, un nuevo reto profesional 48
- El eco-doppler en las venopunciones periféricas. Avances en enfermería, un futuro próximo 53
- Derechos de los pacientes en la práctica hospitalaria de enfermería 66

ENFERMARÍA NOS TEMPOS
- Influencia de Concepción Arenal en la enfermería 75

– **RINCÓN ARTÍSTICO**
- Material quirúrgico básico otorrinolaringología 77

XUNTA DE GOBERNO

Presidenta
Lourdes Bermello López

Vicepresidente
José Antonio Calvo Perez

Secretaria
Elena Cabana Gil

Tesorera
Lorena Liz Jul

Vocales
Cristina Ouro Nuñez
Javier Coria Abel
Mª Elia Fernández Martínez
Hector Castiñeira López

Vocal APD
Ramiro Pérez Freijo

Enfermeir@s

DIRECCIÓN
Nazaret Gómez González

CONSELLO DE REDACCIÓN
Javier Coria Abel
Mª José Ferreiro López
Mª Rosario Marín Arnés
María Rodríguez Trigo
Javier Saavedra Balseiro
Isidoro Rodríguez Pérez
Mª Jesús Regueiro Burgo
Jenifer Souto Pérez
Cristian Martín Vazquez
Iria Ferreiro López
Mª Jesús Regueiro Burgo

REVISORES
José Mª Rumbo Prieto
Luis Arantón Areosa

PORTADA
Redacción

SERVICIOS
Asesoría Jurídica
Garcia abogados (Pilar Garcia Vilar)

Secretaría
Cristina Lage Suárez
Azucena Veiga Lasanta

Maquetación e imprime
Unicopia Artes Gáficas
Avda. de Madrid, 13
27002 Lugo

Edita
Colexio Oficial de Enfermaría de Lugo

Depósito Legal
LU-330/2001

I.S.S.N.
1888-4830

Esta revista pódese descargar en formato PDF en:
www.enfermerialugo.org

Limiar

Nazaret Gómez González • nazalugo@gmail.com

La enfermería es una de las profesiones que más ha evolucionado en los últimos años y nadie duda del esfuerzo que requiere graduarse en este campo. A pesar de ello, todavía existe un gran desconocimiento sobre sus funciones y la creencia popular de que "las enfermeras son enfermeras porque no han podido ser médicos".

De ahí la importancia del movimiento Nursing Now, que se lleva a cabo por todo el mundo con objetivos como más enfermeras en puestos de liderazgo, mayor influencia de las enfermeras en la política de salud global y nacional, mayor inversión para la educación… También cabe destacar el desarrollo profesional, las normas, la regulación y las condiciones del empleo para las enfermeras.

En cuanto a las acciones que podemos realizar, recalcar la de detectar el maltrato o menosprecio a la enfermería como profesión. Esto lo hemos visto en un cantante español, con su ataque lamentable e injusto contra la enfermería.

En este número me gustaría apoyar desde el Colegio Oficial de Enfermería de Lugo, la candidatura de la Ribeira Sacra con una imagen en la portada, para que sea declarada como Patrimonio de la Humanidad de la UNESCO y también como Reserva de la Biosfera.

Para terminar, dar las gracias a la Escuela de Enfermería de Lugo USC y en particular al profesor y compañero Isidoro Rodríguez Pérez y a su directora Mª Asunción Núñez Magdalena, por crear un nuevo apartado para esta revista "Formando Enfermeir@s" y por supuesto dar las gracias a los alumnos de enfermería que realizaron un trabajo impecable en el Obradoiro de escritura y comunicación.

Enfermería Agora Galicia celebra la I Jornada Nursing Now Galicia

Los cuatro Colegios de Enfermería y el Consejo General presentan diversas ponencias en las que destacaron la necesidad de potenciar la profesión durante el año 2020

Enfermería Agora Galicia celebra la I Jornada Nursing Now Galicia

Los cuatro Colegios de Enfermería y el Consejo General presentan diversas ponencias en las que destacaron la necesidad de potenciar la profesión durante el año 2020

Santiago de Compostela, 9 de diciembre.- El grupo Enfermería Agora Galicia celebró hoy, en el salón de actos de la Consellería de Sanidade, la I Xornada Nursing Now Galicia. Los presidentes de los Colegios de Enfermería de toda Galicia (A Coruña, Inés López; Lugo, Lourdes Bermello; Pontevedra, Carlos Fernández y Ourense, Ascensión Pérez Sampayo) y el presidente del Consejo General de Enfermería, Florentino Pérez Raya, presentaron el evento, resaltando el objetivo de que la profesión se visibilice durante el próximo año 2020 y que ocupe el liderazgo del sistema sanitario.

El máximo representante de la profesión a nivel estatal destacó el trabajo de los enfermeros gallegos, que se desarrolla, dijo, "en condiciones difíciles por la insuficiente ratio que sufrimos en todas las comunidades". Afirmó que en Galicia este problema está "agudizado" ya que está a la cola en el número de profesionales por pacientes, solo por delante de Murcia y Andalucía. Pérez Raya exigió al Gobierno central el desarrollo de la prescripción enfermera y pidió la colaboración de todas las administraciones y del colectivo, en general, porque, dijo, "el futuro es de la enfermería y nadie lo puede contener".

La conferencia inaugural corrió a cargo de la representante de la campaña en Europa y miembro de la junta directiva de la misma, Adelaida Zabalegui. Después, miembros del movimiento en Galicia, Cantabria y a nivel estatal participaron en una mesa redonda. Para terminar la jornada, la responsable de grupo Nursing Now Galicia, Lourdes Bermello, presentó las 86 acciones que el grupo inicial, integrado con más de 30 profesionales de múltiples organizaciones gallegas, desarrollarán en la comunidad autónoma el próximo año 2020 dentro de la campaña e invitó a participar a todas las organizaciones y a los profesionales.

CAMPAÑA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo Internacional de Enfermeras, líderes del ámbito de la salud, junto con Burdett Trust for Nursing (UK) impulsaron esta campaña global llamada Nursing Now con el objetivo de pedir a los gobiernos, profesionales sanitarios y usuarios de los servicios que valoren más a las enfermeras y aboguen por su liderazgo para mejorar la calidad de los cuidados y de la salud de la población. Galicia, a través del grupo Enfermería Agora Galicia ya ha comenzado a trabajar en conseguir algunos de los objetivos principales del proyecto: desarrollo formativo, innovación en la Enfermería e influencia de las enfermeras y matronas en las futuras políticas de salud.

V Xornada de Enfermería da EOXI de Lugo, Cervo e Monforte

Redacción

A finales de octubre se celebraron las jornadas de enfermería de la EOXI de Lugo, Cervo y Monforte en el salón de actos del HULA.

En dichas jornadas participaron muchas compañeras con comunicaciones que demuestran la importancia de la Gestión de Procesos; no sólo participó enfermería, también participó Inmaculada Pumariño Riguera técnico de farmacia del HULA admitiendo con su ponencia la importancia del trabajo en equipo.

Muchos invitados como Rosario Fernández Flórez, presidenta de AENTDE para hablarnos sobre el valor del lenguaje enfermero en el proceso asistencial.

Jornada "Liderazgo enfermero en atención primaria y el sector sociosanitario"

Redacción

El 27 de noviembre se celebró en el salón de actos del HULA las jornadas sobre liderazgo enfermero en atención primaria y el sector sociosanitario con una conferencia inaugural en la que D. Miguel Udaondo Durán, presidente de AEC, Asociación Española por la Calidad nos sobre cómo debe de ser un líder y qué es un líder.

El resto de la jornada transcurrió con tres mesas redondas tratando temas como la asistencia del paciente crónico destacando la ponencia de Esmeralda Torralba Molina, enfermera de Atención Primaria en el CS. Mª Auxiliadora de Madrid.

También se trataron temas tan importantes como enfermería escolar de la que nos habló Paz Gatell Masa, enfermera de un colegio de Madrid.

En este día Lourdes Bermello, presidenta del Colegio de Enfermería de Lugo señaló "El liderazgo que tenemos que hacer tiene el fin de adaptarse a las necesidades de las poblaciones. Debemos asumir nuestra responsabilidad y no tener miedo".

Parladoiro... José Luis Díaz López

Isidoro Rodríguez Pérez. Académico da Academia de Enfermería de Galicia

Nado en Lugo 1953.

O maior de 2 irmáns (o segundo tamén enfermeiro).

Casado cunha enfermeira e fisioterapeuta: Ana María Mancha.

Pai de dúas fillas, unha delas Dra. en Odontoloxía.

Profesión enfermeiro.

Estudos:

- Axudante Técnico Sanitario (ATS)
- Diplomado Universitario en Enfermería
- Master en Atención Sanitaria, Xestión e Coidados.
- Especialista en Xeriatría

Carácter analítico, tranquilo, conciliador e sempre positivo.

Futbolista: xogou no Club deportivo Lugo, no Sagrado Corazón e na Sarriana.

As súas paixóns: a súa familia, os seus amigos, a política.

O seu tempo de lecer: ler, os parladoiros, pasear e viaxar.

Con moitos amigos, seguro que tamén algún detractor, algo que a el non lle quita o sono.

e... imos falar sobre súa traxectoria profesional ate a xubilación

I.R.P.- En principio… sería interesante que nos relatase cal foi o motivo polo que decidiu entrar no mundo da enfermaría?

J.L.DL.- No ano 74 na antiga *Residencia Sanitaria Hermanos Pedrosa Posada*, da Seguridade Social, dependente do Instituto Nacional de Previsión (INP), comecei a traballar como celador, entón coñecín directamente a sanidade. Ao pouco tempo entroume esa necesidade de saber máis, mellorar e… evidentemente a enfermaría era o camiño a seguir, así enseguida me puxen a estudar. Polo tanto traballaba e a vez estudaba enfermaría, que naquel momento se chamaba Axudante Técnico Sanitario (ATS). Estudaba na Facultade de Medicina en Santiago.

Mergullouse na enfermaría durante 42 anos,navegando en diversas augas. Unhas máis tranquilas outras non tanto.

Aquí en Lugo non había Escola de ATS masculinos entón como combinou traballo no hospital de Lugo cos estudos en Compostela?

Acudía ás clases á Facultade de Medicina de xeito esporádico, pero fundamentalmente obtiña os apuntes dos compañeiros. Tamén procuraba acercarme a Escola de ATS femininos da Residencia de Lugo, e aproveitaba para ir as clases que podía, cando tiña tempo, para coller coñecementos e entender ben os apuntes.

Foi un alumno aplicado. En que ano rematou?

Os estudos eran de tres cursos académicos, do 76 ao 79.

Xa inmediatamente empezou a traballar como ATS?

Daquelas tiñamos moitas posibilidades para traballar inmediatamente, e tamén despois veu a posibilidade de

facer e fixen o curso de nivelación para ser Diplomado en Enfermería pola UNED no 81 ou por aí foi.

Cales foron os servizos onde traballou?

Pois o primeiro foi a UCI, Mª José Blanco Ayesterán (a Enfermeira Xefe) mandoume a traballar a UCI, por aquel entón os homes íamos aos servizos onde había que facer coidados mais intensivos, despois fun a uroloxía, daquela o persoal masculino estaba moi vinculado ao servizo de uroloxía e estabamos facendo equipo cos urólogos e o mesmo estabamos na planta como no quirófano.

Despois estiven en Anatomía Patolóxica, alí fixen moitas autopsias posteriormente estiven en cargos de xestión como subdirector de enfermería no Hospital Xeral Calde e como asesor do Director provincial. Pasei despois ao Servizo de Medicina Preventiva e posteriormente a unidade de hospitalización de traumatoloxía, despois estiven no servizo de Hospitalización a Domicilio (HADO) e logo pasei ao centro de saúde do Sagrado Corazón pero non cheguei a traballar alí, por que me nomearon director da Escola de Enfermaría, e despois xa me xubilei alí como profesor con dedicación plena.

...Non sei si se me queda algún sitio, creo que non.

Dicíame antes que había esa división de persoal masculino e feminino nos estudos, en canto aos servizos de hospitalización tamén?

En uroloxía chegamos a estar 3 enfermeiros masculinos, recordo a primeira muller que veu de urólogo non tivo moitas facilidades , a doutora Rei, para exercer como uróloga. En cambio, curiosamente, a xinecoloxía era unha profesión de homes.

Aos homes non nos deixaban ir a sondar ás mulleres.

Falou de Anatomía Patolóxica e que facía... autopsia? en que consistía o seu traballo?

Ben si, facía autopsias co anatomopatólogo basicamente era traballo de laboratorio, aparte do tema das necropsias, onde se facían todos os procesos, tinguir as citoloxías e as pezas ou órganos extraídos en cirurxía, para preparalas cortalas en micrótomos, ser estudiadas posteriormente e facer un diagnóstico.

De Anatomía Patolóxica pasou á xestión

Si, de Anatomía Patolóxica pasei a cargos de xestión como subdirector do Hospital Xeral-Calde, como asesor do INSALUD e como subdirector de Calde, foi durante 4 anos, do 87 ao 91 despois o INSALUD foi transferido á comunidade autónoma formando parte do SERGAS , despois fun a Medicina Preventiva.

Como foi a súa experiencia na subdirección e como asesor?

En principio a praza de asesor de enfermaría como tal non existía en Lugo, si noutras Direccións Provinciais e mesmo na Dirección Xeral do INSALUD en Madrid. Eu cobraba como enfermeiro base e era asesor sobre temas de enfermaría. Por aquel tempo, por exemplo, íase pechar a Escola de Enfermaría eu tiven que intervir dinte do Director Provincial do momento Mario Calvo e convencer ao xerente do Hospital para que non se pechase, posteriormente dirixímonos ao Director Xeral, daquelas era Monasterio, e fomos Mario Calvo mais eu a Madrid para argumentar que a Escola de Enfermaría de Lugo era viable. O xerente puxo orzamentos do hospital e aumentouse o número de persoal de enfermaría con dedicación á docencia a tempo completo. Adecentouse e

pintouse a Escola dotouse de material. Por aquel entón non podía estar ao fronte da Dirección da Escola unha enfermeira e creouse unha Dirección Técnica, como director exercía José Conde Vales. Pero a Escola quen a xestionaba de cote era a Directora Técnica xunto coa Secretaria, estas dúas si eran enfermeiras. Incorporamos a moitos enfermeiros a dar clase na Escola.

Tamén nos tocou, naquel momento, introducir nos equipos de atención primaria as consultas de enfermaría, había moitas reticencias por parte dos sectores médicos, empezouse en Fingoi, eles (os médicos) non querían , pero fomos introducíndoa. O obxectivo era ir acabando coa idea do ATS do médico e introducir o proceso de equipo coa nova visión da enfermaría na función asistencial, docente de xestión...

Volvemos aos postos de xestión...

A profesión enfermeira deu un paso moi importante, creáronse as divisións de enfermaría, antes era xefaturas. A Xefa de enfermeiras dependía da dirección médica, ao crearse as divisións de enfermaría pasaronn a depender directamente do xerente, dándose unha separación entre as división médica e a de enfermaría, un organigrama cos seus directores e subdirectores correspondentes.

Algo que hoxe en día nos actuais organigramas se perdeu, dependendo a dirección de enfermaría dunha dirección médica...

Si, é algo que haberá que recuperar. Tamén acadar o logro de que unha enfermeira poida estar ao fronte das xerencias sen que isto cause malestar ou un rebumbio.

Houbo un pouco de retroceso, mirando cara aquel traballo tan decisivo que se fixo naquel momento?

Si, e algo polo que hai que traballar. Para que a enfermaría ocupe as xerencias, ten que ser en función da

valía profesional, non en función de si es, medico enfermeiro ou economista, hai que xerenciar os hospitais.

Neste momento no Estado español hai tres xerencias de hospitais que están sendo xestionados por enfermeiras.

A enfermaría ten que estar en todos os niveis: políticos para tomar decisións de representación política, e de goberno (temos que estar no ámbito sanitario a todos os niveis), e as direccións das diferentes disciplinas teñen que estar ao mesmo nivel e traballar en equipo. Ao final o que nos interesa é a saúde dos cidadáns, é ao que nos debemos. Temos que traballar cada quen no seu ámbito pero en equipo, iso é o bo para a saúde dos cidadáns.

Ate o de agora primaba ese modelo biomédico, no que o médico está na cima da pirámide e curiosamente o usuario (a min non me gusta chamarlle paciente) pero estaba de paciente, aguantando todo o sistema. Por outra banda temos o modelo interdisciplinar, no que os profesionais das diferentes disciplinas estamos arredor do usuario, interaccionando en tódalas direccións tendo ao individuo como centro...

...Sen esquecer que quen ten que tomar as súas decisións sobre o seu tratamento e os coidados é o propio individuo, o usuario como ti lle chamas.

As veces os profesionais estamos mais a gusto no modelo piramidal?

O enfermo ten que ser obxecto activo e non pasivo, o centro do sistema arredor do que xiran tódolos profesionais. Temos que aprender a deixar de traballar cun sistema paternalista e traballar co individuo e por el.

As veces os alumnos pregúntanme canto tempo ten que pasar para que isto se faga unha realidade, por que moitas veces aínda os que cremos no modelo interdisciplinar, na practica cústanos darlles aos usuarios voz e escoitalo...

...Isto é unha cuestión cultural e de aprendizaxe, pasa pola nosa responsabilidade. Os profesionais primeiro temos que estar ben formados para asumir este reto e despois darlle ao usuario os instrumentos precisos para que decidan. Darlles unha formación, para que el tome as decisións sobre a súas saúde pero para iso ten que estar ben formado, hai que educalo. Cantos mais elementos teña e mais formación mellor poderá tomar as súas decisións. É a propia administración a que ten que propiciar e fomentar este proceso.

Falaba de cando puxo en marcha os centros de saúde empezou a funcionar aquel primeiro de Fingoi.

Si, iso era no plano da planificación despois levábaos a cabo os directores de enfermaría, tanto na primaria como no hospital. Pero había que tomar unha decisión política, para por en marcha e tirar para adiante coas consultas de enfermaría, eu apostei por isto e asesorei ao Director Provincial para que o levara a cabo.

Foi unha decisión máis política que profesional?

Foi mais política por que nos profesionais de enfermaría aínda non calaba e os profesionais médicos estaban en contra de xeito maioritario, a decisión pasaba polos directivos do INSALUD, e había moitas reticencias pola Administración Autonómica que era a competente en planificación e entón non quería que o Goberno de Madrid implantase o novo modelo de Atención Primaria (AP). Puxérase en marcha, a partir dun Real Decreto do ano 1984 de a AP de Saúde. A pesar das dificultades foise introducindo e hoxe vese o avance, aínda que hai que corrixir algunhas cousas.

Cales eras esas reticencias, ese medo por parte dos profesionais médicos?

Era por que estaban afeitos a tomar eles todas as decisións, eles exclusivamente, e derivar as funcións a enfermaría. Antes era dicirlle a enfermeira o que tiña que facer pero sempre derivando os pacientes dende o médico. Ademais de que cambiaba a xornada laboral, era romper con toda unha filosofía obsoleta. A AP que se propuña era unha atención integral, integrada, permanente e continuada. Baseada na promoción e fomento da saúde na prevención da enfermidade, contaba coas ferramentas da educación sanitaria, asistencia e rehabilitación. A Enfermeira pasaba a ter autonomía na súa consulta, traballando en colaboración con... non dependendo de... doutra disciplina.

Hoxe día como ve este traballo en atención primaria, as veces parece que non está ao nivel do que naquel momento os xestores propuxeron por en marcha, e moitos profesionais quixemos levar para adiante? Hoxe vese que ao mellor non houbo un retroceso pero tampouco se acadaron os obxectivos marcados?

Hoxe aínda hai moito que facer , en primaria hai que completar o tempo de traballo, axeitar as plantillas, a realidade é que está abandonada a educación sanitaria, a promoción e fomento da saúde, a prevención da enfermidade e a iso hai que dedicarlle máis tempo e atención. A AP está moi centrada na asistencia, na demanda, hai que por a mirada nos diferentes programas: atención ao adulto, ao diabético, ao neno... aínda é un tema pendente. Non se pode facer so atención á demanda.

Unha enfermeira non debe ter mais de 1000 usuarios no seu cupo, haberá que facer esforzos, continuar formando tanto ao médico como á enfermeira, que na atención primaria se poden facer moitas mais programas e actividades.

E aínda queda moito no ámbito da investigación, hai que dedicarlle un espazo e un tempo.

Pode ser un momento de inflexión cando estean totalmente implantadas as especialidades en enfermeiras na AP, dado que o profesional vai ter tamén unha formación mais completa?

Hai algo que é importante e é que hoxe os profesionais da enfermaría reciben unha formación de catro anos de grao, másters, ou o doutoramento. Polo tanto formación si hai, o profesional básico está moi ben formado para desenvolverse no traballo dos coidados. O que está mal planeado son as actividades do traballo, ti na escola ensinas aos profesionais unha determinada filosofía e unha metodoloxía que na práctica moitas veces é imposible de executar. Reitero é necesario ter pantillas adecuadas e máis directrices que recuperen a educación sanitaria a grupos e programas de atención á saúde non tanto á enfermidade.

A clave está na vontade das administracións, o profesional pode loitar, pode intentar que iso cambie pero ten a administración que dar os mecanismos e ter vontade. Son decisións do alto da pirámide.

A consellería de sanidade ten que tomar as decisións de impulsar e cambiar a situación.

No caso dos dependentes por que a enfermaría non está facendo as valoracións dos dependentes? non teño nada en contra dos traballadores sociais, deben colaborar con nós pero cada un dende o ámbito que lle corresponde. En cada pobo hai unha enfermeira e ninguén mellor ca ela para poder facer unha valoración das necesidades da persoa dependente para a continuación planificar os coidados. Estamos a desaproveitar recursos humanos.

E da importancia de que a enfermaría estea presente na esfera política?

A enfermaría ten que estar presente en tódolos niveis, esta filosofía que é a mellor para a cidadanía é que cada disciplina aporte o mellor que ten que é o traballo en equipo. Queda moito por facer aínda.

Volvendo a Escola de Enfermaría de Lugo, que eu saiba sufriu tres ameazas de peche unha delas no ano 80, outra a que falaba vostede antes que se xesta no 86 e se pretende levar a termo no ano 87. A que se debe esta teima este interese por pechar o centro de formación da enfermaría de Lugo? Cal era o motivo q se esgrimía.?

Xa se potenciou a escola de enfermaría naqueles anos.

Había enfermeiras asesoras no INSALUD, elas valoraban que houbese profesionais de enfermaría nas escolas, se estaba moi medicalizada e por outra banda se había moitas escolas en Galicia había q cerrar algunhas...

Estando na dirección da Escola tamén dirixiu o cambio a grao, tan desexado polos profesionais. Como o ve agora?

Si, foi un momento apaixonante, que se viviu con moita ilusión, xa antes de Bolonia se viña reclamando a licenciatura no Estado español, ese era o punto de saída, a nosa loita, conseguir tamén que as enfermeiras fosen as directoras das escolas de enfermaría. Os colexios profesionais levaron a cabo un traballo importante nese aspecto. Foi un autentico logro, chegar a ter o doutorado que é o máximo nivel académico. A enfermaría empeza a contar con suficientes recursos humanos e a forma-

ción necesaria, agora so se necesita vontade política. A enfermaría ten que estar realizando investigación para que a disciplina siga viva e non se converta na aplicación de técnicas. O corpus teórico é moi importante para poder desenvolver a profesión, algo que dende os postos de traballo de base non se aprecia por que entre outras cousas o modelo paternalista piramidal non nos ensinou, nin lle interesou ensinar.

Aquí en Galicia tivemos a posibilidade de facer un borrador de decreto para unificar tódalas escolas de enfermaría onde xa figuraba que as direccións destes centros ían estar ocupadas por profesionais enfermeiros.

Non aconteceu así na universidade, pois mentres que o SERGAS tiña como directoras enfermeiras, na universidade podían ser enfermeiras pero tamén podían ser médicos ou outros profesionais.

Que opinión lle merece que os profesionais de enfermaría se marchen do hospital para a AP, escapase a xente?

A carga de traballo, o estrés a tensión, as quendas, son causas que fan que os profesionais busquen esta saída. Hai que buscar unhas solucións. Hai profesionais que buscan traballar na primaria e outros, por inquietudes. Pero a maior razón creo que está na organización do traballo, nas quendas e nas cargas do hospital. Iso non quere dicir que os profesionais que saen do medio hospitalario para AP convertan os centros de saúde en cemiterios de elefantes como algúns sinalan. Os profesionais enfermeiros da especializada realizan un gran e bo traballo na AP a vez que están moi ben formados. As responsables últimas destas situacións son as administracións.

Na súa traxectoria tamén participou das Xunta de Goberno do Colexio Oficial de Enfermaría de Lugo.

Fun vicepresidente no ano 82 ou 83, eu metíame en todo o que cría que podía axudar e mellorar a enfermaría.

Como ve hoxe a organización colexial, parécelle que houbo cambios?

Naquel momento en Lugo púxose en marcha a primeira revista de enfermaría, *Madureza* se chamaba, da que ti fuches director durante unha etapa, a pretensión era facer visible a problemática dos profesionais e darlles unha porta para publicar experiencias e traballos. Os colexios defendían a enfermaría no ámbito profesional, no social e tamén no retributivo, por iso eu participaba, para intentar mellorar a profesión.

Ten algunha vivencia que recorde con mais viveza ou algunha que se lle marcou máis?

Si, hai moitas experiencias que te marcan. Unha que recordo así agora de pronto, é que nunha ocasión traballando en Anatomía Patolóxica saín ao corredor e vin a un señor sudoroso, que estaba acompañado polo seu fillo quen non sabía que facer co pai, estaba como mareado, eu pregunteille se lle doia algo e el sinaloume o peito… eu dixen isto é un infarto. Sen pensalo dúas veces collín unha padiola daquelas de ferro que había alí e leveino a UCI que estaba ao lado, entrei como se fose na miña casa e dixen isto é un infarto, alguén me dixo: *"el enfermo tiene que ir a urgencias"*, eu respondín, *"hai que atendelo e baixo a miña responsabilidade queda aquí"*.

Vivín dous incendios en directo no Hospital Xeral: o primeiro no 1984, ardeu a sauna de Servizo de Rehabilitación, eu estaba na Xunta de Goberno do Hospital como representante sindical e veunos a avisar Piñeiro (o xefe dos celadores). Ese día a miña parella, Ana, estaba alí traballando de fisioterapeuta e estaba embarazada de 8 meses, ela tivo unha actividade de moito esforzo sacando aos enfermos da unidade. Ao día seguinte naceu a miña filla Ariadna.

O segundo incendio foi no servizo de informática, eu estaba traballando na quenda de noite na unidade de hospitalización de traumatoloxía subía o fume e entraba na unidade pola ala dereita, en pouco tempo os profesionais do servizo, pasamos a tódolos pacientes para a ala esquerda, rematamos cos uniformes brancos cheos de cinza.

Eu quero engadir que cando houbo un terremoto importante, pola noite tamén estaba vostede traballando... sempre o tomou con resolución e con humor e nunca se considerou gafe, a pesares que nos cambios de hora a vostede tocáballe traballar a noite da hora de máis e a min a de menos, hehehe!

Son cousas que pasan pero hai que tomalas con resolución e humor.

Hoxe día xa xubilado que proxectos ten, que lle gustaría facer na enfermaría?

Eu quero continuar contribuíndo a tódolos niveis e onde se me pida, por que hai moito que facer.

Estaría disposto a formar parte dun "comité de sabios" para aportar a súa experiencia?

Eu non son sabio, pero a miña experiencia e vivencias están a disposición, para aportalas a enfermaría dende o foro que se me chame para procurar mellorar .

Faltounos falar, polo menos, da súa experiencia como sindicalista e como político... iso queda para outro día.

Taller triaje pre hospitalario y hospitalario.

Redacción

Taller que se realiza para actuar en un accidente de víctimas múltiples o catástrofe en la sede del colegio oficial enfermería de Lugo el 7 de Noviembre.

Taller “Manejo vía aérea. Intubación difícil y traqueostomía”

Redacción

Se repite este curso ya realizado en Lugo también en Monforte de Lemos

Fiesta Navidad Lugo

Redacción

Fiesta Navidad Monforte

Redacción

Fiesta Navidad Burela

Redacción

Poesía de agradecimiento

Nazaret Gómez González

Durante una estancia en la planta de Neurocirugía la escritora Emilia Martínez Fuentes que poco antes había presentado su libro "Lendas e versos", escribía durante una noche una poesía dedicada a todo el personal.

Me apetecía compartirla con todas mis compañeras.

Sodes anxos de branco vestidos
polos corredores da noite
sempre con cara fermosa
agasallades amor...
facedes que medre o sorriso
ainda na mágoa...
Tedes doruza e alentó
ata cando a vida... remata
mans que non mancan e curan
sorrisos que aledan a alma
pasiños que se escoitan na noite
na vixilia que todo o garda...
Enfermeir@s a vos estou agradecida
por eses tenros coidados
aliviando a miña vida
Ás veces fun repunante
debida á dor que eu tiña
perdón vos pido nostante
pola molestia acaecida
Seguide facendo con moito amor
facendo o voso traballo
dende a noite ó albor
brillará o sol de contado
polo día e pola noite
gardades o noso descanso...

"Para todas as enfermeiras
e coidadoras da planta
de Neurociruxía, con agarimo
dunha paciente agradecida."
Emilia Martinez

Coidando sen ser coidadas

María Rodríguez Trigo · mrtrigo1977@gmail.com

Resultou que o Xerente da EOXI de Lugo, Cervo e Monforte veu a explicarnos o plan director, tamén chamado plan funcional, aló polo mes de Abril de 2019. Quince millóns de euros para reformar o Hospital Comarcal de Monforte. Preguntóuselle se tiñan pensado contratar a máis persoal. A resposta foi *"(...) este plan refírese á parte estrutural, a necesidade de persoal será valorado noutro momento,(...) e xa se verá si se contrata a unha enfermeira, ou media ou tres cuartos de enfermeira"*. Outra compañeira comentaba: *"(...) este Hospital agradece moito a súa preocupación pola comodidade dos pacientes e sobre todo, tamén dos profesionais, que nos gusta moito que se preocupe vostede e todo o equipo por a nosa comodidade"*. *"Non, non"*, interrompe o Xerente, *"para deixalo claro, por os pacientes fundamentalmente, que é a nosa razón de ser e para iso estamos traballando todos"*. Preguntan se vai pechar unha planta este ano no verán, non ten sentido si se vai a reformar todo. Resposta: *"(...) cerrar unha planta non é negativo"*. Replica a rapaza: *"para o paciente e o persoal si, eu tiven que coller unha baixa por estrés nesa circunstancia"*. O xerente resposta: *"sinto por vostede pero a min preocúpanme máis os pacientes"*. Esa frase explica moi ben o que nos acontece, o que lle acontece ó persoal que traballa na sanidade. Podemos pensar que so é unha frase dunha persoa, pero esa persoa toma decisións que inflúen na realidade que nos toca vivir. Podedes pensar, so é unha frase. Pero vai sumando.

O outro día asistín a un curso sobre o control do estrés organizado polo Hospital. Mostraron como tiñamos que relaxarnos. Preguntei: non sería máis doado abordar os factores de risco?, por exemplo, nas noites non chegamos ó mínimo persoal, precisamos ser dúas enfermeiras, e nas mañás ser tres auxiliares. Non sería máis doado contratar ó persoal necesario para evitar o estrés?. Poderiamos calcular a sobrecarga no servizo… *"sí claro"*, dime, *"pero ellos ya saben que hay sobrecarga"*.

Comprobar que na noite, si estamos dúas enfermeiras a carga diminúe, así como os seus efectos destrutivos. Ver que a calidade asistencial mellora e ver tamén que non acaban de contratar esa segunda enfermeira. Lembrar aquela frase: *"Si puedo contratar a media no contrato a una"*. Ante esta realidade, algúns acaban pasando. Fan o principal e si queda algo sen facer, pois queda… e din… *"se á dirección non lle importa!!!"*. Outras compañeiras chaman á supervisora pedindo reforzos, redactan escritos mostrando a necesidade. As solucións non chegan ou tardan en chegar e a realidade é que a rabia, a frustración vaise colando. Cantas de nós estamos queimadas?, cantas estamos enfermas?, canto depende de nós?, canto das decisións dos que xestionan?. Como se entende que as que estamos coidando ós pacientes lles importemos menos. Que acertado estaba aquel slogan de "quen coida o coidador?", a resposta é ninguén. Mentres aguante imos indo, cando enferme, imos vendo.

Cada mes, o día 12 hai concentración no Hospital. As enfermeiras eventuais están en loita. Están a mostrar a súa realidade. O primeiro paso para intentar mellorar a súa situación e para non queimar antes de tempo. Teño 42 anos, levo 9 anos en posesión dunha praza. Hai 20 anos que son enfermeira, levoume 7 anos ter unha interinidade, tendo de tempo traballado 3. Teño firmados 152 contratos. Observo a realidade das miñas compañeiras dez anos máis novas e a situación é peor. Tardan moito tempo en ter estabilidade. E iso queima moito. Ver como sindicatos firman condicións que non melloran. Ver como pasan os anos e unha empeza a queimarse antes de ter unha interinidade. É moi triste. Auguro que cando cheguen ós 42, se as condicións non melloran, estarán mal, mal de saúde!!!. E inda hai quen cuestiona que o persoal se reúna, se manifeste e loite por non enfermar. Todo ten un límite, están a tempo de remedialo.

Anónimo

No sé realmente como empezar a contar algo que me ha marcado y con lo que tengo que convivir.

Primero dar las gracias al colegio de enfermería por poder expresar lo que siento y de alguna manera canalizar la importancia que siento al no poder hacer nada.

En mi infancia que apenas recuerdo, y que ahora se empieza a dibujar, después de tanto tiempo sin saber por qué esos recuerdos no los tenía como una niña normal, excepto cuando estuve enferma durante años, en los cuales no podía jugar como una niña normal.

Es ahora desde hace tres o cuatro años en una de las sesiones que iba para poder relajarme cuando de pronto, dentro de mí sentí como una explosión, empecé a encoger, llorar y a sentir que me daba asco… Y comprendí el porqué, venían a mi cabeza muchas imagenes que me asustaban, me daba miedo decirlo, expresarlo, no sé como reaccionaría la persona que se dió cuenta y sin palabras me abrazó y lloré amargamente durante mucho tiempo, solo decía que me daba asco. No podía reprimir el llanto, quede agotada, exhausta, iba a mi unidad a trabajar pero a veces no podía desconectar.

Me di cuenta que necesitaba ayuda, y la pedí, fui y voy a sesiones con la psicóloga la cual me ayudó mucho, pero aún así tengo la impotencia de no poder hacer nada, me cuesta hasta por escrito decir que sufrí abusos sexuales de pequeña por un vecino, el cual veo muy pocas veces ya, mis padres no sabían nada, nadie se dió cuenta, por eso tenía esa laguna en mi cabeza, ese tiempo que no quería recordar, y que de pronto se abrió. Para mí fue una liberación pero al mismo tiempo confusión por no poder hacer nada, no poder gritar, denunciarlo, ahora entiendo cuando dicen que se sienten culpables , a mí me pasa todavía, y siento una verguenza que sé que no debería pero no puedo, a veces duele mucho como si te clavasen algo, y me lo recuerdan constantemente en los medios de comunicación y cada vez más, y eso hace que me sienta más impotente, no pude denunciar en este tiempo, pero pruebo así.

A todas las mujeres que puedan hacerlo que lo hagan, que no se sientan mal, por que no tenemos culpa, aunque a veces nos sintamos mal.

Quizás este es mi único medio en el que de alguna manera pueda salir los sentimientos que tengo de impotencia, asco hacia esas personas que nos hacen sentir así, que si lo dices puedan condenarte, pues no hay que hablarlo sacarlo de ahí, denunciar, VAMOS.

Un abrazo a toda la gente que nos ayuda y comprende.

PORQUE LA VIDA MERECE LA PENA VIVIRLA.

Hasta pronto y gracias.

Obradoiro de Escritura e comunicación

Fonte: elaboración propia

ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA DE LUGO

Curso académico 2019/20

Docente: Prof. Dr. Isidoro Rodríguez Pérez

Data de inicio: 19 setembro 2019

Data de remate: 26 maio 2020

Horarios: martes 19 a 20 horas.

Obxectivo xeral: aprender a redactar traballos de enfermaría

Obxectivos específicos:

- Realizar lectura crítica
- Descubrir como observar e pasalo a linguaxe escrita
- Coñecer os diferentes estilos de escritura
- Aplicar de xeito practico a escrita en diferentes medios

Forma de traballo: equipos rotatorios de 2-3 persoas.

Publicacións en revistas profesionais

Aberto á: comunidade universitaria de Enfermaría de Lugo

Asistentes no presente curso 2019/20:

Alumnos de 2º e 3º Curso de Graduado en Enfermaría

Neste momento está conformado por:

- Nicolás Carreira Gómez
- Silvia López Lorenzo
- Anxela Pérez Mariño
- Alejandro Roca Castaño
- Candelaria Rodríguez Hernández
- Miguel Pérez Anes

Neste momento realizan traballo de recompilación de datos empregando fontes gráficas, audiovisuais, analizan e elabora a información en formato divulgativo e formato científico. Así contan con reportaxes gráficos, de audio e de escritura.

O pasado 15 de novembro no Seminario Internacional Galicia/México os alumnos deste obradoiro xunto cos alumnos de Antropoloxía da Saúde elaboraron as comunicacións que se presentaron por Lugo na Mesa de Debate.

Profesor e alumnos cualificaron a experiencia de positiva. Fonte: elaboración propia

Rematarán o primeiro cuadrimestre elaborando traballos de información e comunicación sobre:

Xornada do COE de Lugo celebrada o 27 de novembro de 2019 en Lugo: Liderazgo enfermero en Atención Primaria y el Sector Sociosanitario.

E do III Congreso Provincial de Somos Unidos polo Cancro: Los colores de cáncer o 30 de novembro de 2019 na Escola de Enfermaría de Lugo.

Hai que reseñar que a súa participación neste traballo é totalmente voluntaria e forma parte do deseño extracurricular.

A cultura da enfermaría

Prof. Dr. Isidoro Rodríguez Pérez; Alejandro Roca Castaño; Miguel Pérez Anes
(Escola de Enfermaría de Lugo adscrita USC)

O venres 15 de Novembro do ano 2019, tivo lugar no salón de actos da Escola de Enfermaría de Lugo o *Seminario Internacional de Enfermaría Galicia México* o encontro celebrouse a través dunha videoconferencia, na que participaron os alumnos de: Fundamentos da Enfermaría, Antropoloxía da Saúde e do Obradoiro de escritura e comunicación da Escola Universitaria de Enfermaría de Lugo adscrita á USC e do outro lado do Atlántico alumnos de Fundamentos de Enfermaría da Licenciatura en Enfermería da Unidade Académica Multidisciplinaria de Mante (Tamaulipas, México).

Foi a primeira vez que a Escola Universitaria de Enfermaría de Lugo realizou esta fórmula de intercambio de coñecementos. A metodoloxía de traballo empregada foi o visionado do filme "Patch Adams". Posteriormente empregando a unha visión antropolóxica enfermeira levouse a cabo unha análise da película estruturándose en 5 categorías: sinopse, Imaxe sociocultural da enfermaría, modelos sanitarios: biomédico e interdisciplinar, modelo de enfermaría ou holístico e humanización. Se ben é certo que estes conceptos poden resultar abstractos, na praxe asistencial e cotiá da profesión puidemos constatar a súa relevancia.

Para a realización deste proxecto, o profesor da Escola de Enfermaría de Lugo o Dr. Isidoro Rodríguez Pérez, actuou como responsable desta actividade, xunto coa Lic. Enfermeira María Angélica Téllez González por parte da Universidade de Mante. Como peza de enlace actuou o alumno mexicano Victor Manuel Contreras Aldaco quen presentou a proposta deste encontro posibilitando o acercamento, xa que este estudante encontrase este trimestre no centro lucense grazas a un acordo bilateral entre as dúas universidades.

Na elaboración da mesa estiveron presentes polo centro mexicano: Profesora Lic. Enfermera María Angélica Téllez González, ou alumnos David Reyna Reyes, Angélica Coral

Morales Rodríguez, Viridiana Valencia Cruz, Ana Karen Pérez Magaña. Pola parte de Galicia: Profesor Dr. Isidoro Rodríguez Pérez, os alumnos Victor Manuel Contreras Aldaco, Nicolás Carreira Gómez, María Candelaria Rodríguez Hernández,Brian Alejandro Marrero Rosales, Jesús Salanova García, Miguel Pérez Anes, Ángela Pérez Mariño, Silvia López Lorenzo, Laura Pardo Señor, Jesús Alberto Trebolle González.

Encargándose da conexión técnica o Lic. Marcos Franco Vázquez e da fotografía e vídeo Alejandro Roca Castaño.

Nas diferentes exposicións houbo unha concordancia case total na visión e tratamento das categorías analizadas. O tema que chamou máis a atención foi referente á uniformidade deixando patentes importantes cuestións. Na mentres no Hospital Lucus Augusti (HULA) a uniformidade resulta un pouco anárquica, ate o punto que tanto usuarios como persoal (recen chegado) non sabe a disciplina á que pertence a persoa coa que está tratando, debido ao uso dunha uniformidade pouco clara e incluso as veces anárquica. Por outra banda os profesionais mexicanos a través dos seus uniformes deixan ver claramente non so a disciplina a que pertencen senón inclusive o seu rango xerárquico, no caso dos homes a través das insignias que levan na peza de vestimenta que cubre o torso; no das mulleres coa simboloxía empregada na cofia, como se facía no hospital público do Servicio Galego de Saúde (SERGAS) ate a década dos 80. Este punto foi dos máis rechamantes tanto para os participantes dun como doutro centro, polo que se debateu a utilización desta prenda das profesionais femininas e a diferente simboloxía da que se ten unha visión diferente aquí e alén do mar. Realmente é un tema para ter en consideración e co quedou patente as diferentes culturas, a pesares das proximidades e a lingua que compartimos.

Este Simposio Internacional serviu para facernos conscientes de que a enfermaría non so é a practica dunhas técnicas, pinchar unha analítica ás oito da mañá, mirar unhas constantes de xeito rutineiro ou repartir a medicación. Máis alá diso tratase dunha disciplina tanto científica como humanística. Características estas que levan dende o comezo dos tempos diante dos ollos de todos nós, o que fai que as veces non sexa tan visibles é a súa cotidianiedade. Tamén nos fixemos máis conscientes de que xera unha cultura, que é diferente en función de diferentes factores idiosincráticos, tanto xeográficos, como de tradición, algo o que nos achegou este evento. Resultou ser á vez unha forma de coñecemento dos factores culturais que inflúen sobre todo na imaxe institucional e social dos profesionais enfermeiros permitíndonos afirmar con rotundidade, que a enfermaría ademais de ser ciencia (tanto teórica como práctica) é cultura.

Climaterio y menopausia

Cristian Martín Vázquez · crimava9@hotmail.com

El **climaterio** es un periodo natural en la vida de todas las mujeres. Los ovarios, progresivamente, dejan de producir estrógeno y progesterona, que son las hormonas responsables de regular el ciclo menstrual. Esta deficiencia hormonal, provoca una serie de síntomas y cambios que, aun siendo variables para cada mujer, pueden afectar a su bienestar psíquico y físico. Cuando la menstruación desaparece definitivamente, hablamos de **menopausia (12 meses sin la aparición de la regla).** La menopausia se produce normalmente entre los 48 y 54 años, antes de los 40 años, se considera precoz y generalmente necesita tratamiento.

SÍNTOMAS HABITUALES

La menopausia es un proceso fisiológico normal en la vida de la mujer. En esta etapa desaparecen los periodos menstruales como consecuencia del envejecimiento de los ovarios y disminuyen los estrógenos y la progesterona.

Este descenso hormonal provoca múltiples efectos en el organismo femenino, ya que diferentes tejidos y órganos son sensibles a la acción de estas hormonas. Todo ello conlleva numerosos síntomas que inciden en la salud de la mujer de manera variable, ya que afecta de forma diferente a cada persona

Los síntomas son variables, aunque el más frecuente y característico es la aparición de los **"sofocos"**.

Otros síntomas que acompañan a la menopausia, debido a la disminución estrogénica, son: **cansancio, irritabilidad, abatimiento, falta de concentración y de energía, ansiedad y agresividad inexplicadas. A menudo cuesta exteriorizar estas sensaciones.**

Asimismo, la pérdida definitiva de la fertilidad y posibles cambios en la estructura familiar (emancipación de hijos, etc.), precisan de un periodo de adaptación y pueden acentuar la fragilidad emocional y la sensación de hostilidad.

Para minimizar el impacto y mejorar en lo posible su calidad de vida, es importante que siga estos consejos:

- Evite las comidas muy copiosas.
- Evite el consumo de alcohol.
- Evite el estrés.
- Use ropa cómoda y, a ser posible, de tejidos naturales.
- Duerma en un lugar bien ventilado.
- Descanse un rato durante el día.
- Practique un ejercicio que le resulte agradable de forma regular.
- Evite o disminuya el consumo de cafeína.

Por otra parte, la **menopausia**, también comporta alteraciones metabólicas que pueden modificar su figura: la cintura tiene a ensancharse, se pierde masa muscular, aumenta el tejido graso y la piel pierde elasticidad.

Además, la falta de estrógenos le puede producir sequedad vaginal, que muchas veces es causa de molestias en las relaciones sexuales. Al disminuir el grosor de las paredes vaginales, puede haber irritación y, en casos de sequedad importante, molestias al orinar e incluso incontinencia urinaria.

La **menopausia** también afecta a los niveles de colesterol, que suelen ser más elevados, lo que aumenta las posibilidades de padecer una enfermedad cardíaca.

La disminución de los niveles estrogénicos también afecta al hueso, que se vuelve más frágil, por lo que son más frecuentes las fracturas.

Es importante que, para reducir estos síntomas, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Haga ejercicio de forma regular, como pasear a diario.
- Dieta rica en calcio y que predominen los vegetales.
- Utilice lubricantes hidratantes durante sus relaciones sexuales si nota molestias.
- Realice ejercicios del suelo pélvico (Kegel) diariamente, pues fortalecen los músculos de la vagina y de la pelvis.
- Evite el tabaco.
- Vigile su peso.

SOFOCOS

- No son peligrosos, pero sí pueden ser molestos.
- Se describen como una sensación repentina de calor que empieza en la parte superior del cuerpo y se hace extensiva al resto. Pueden ser leves y bien tolerados o, por el contrario, provocar una sudoración intensa acompañada de sensación de frío, irritación y palpitaciones.
- En ocasiones, estos sofocos son tan intensos que incluso pueden despertar a la mujer de un profundo sueño.

CONSEJOS

- Llevar prendas superpuestas, por ejemplo, camiseta y chaqueta, en vez de jersey.
- Llevar un abanico en el bolso puede serte de ayuda, así como una botella pequeña de agua.
- Ponerse una toallita fría y húmeda en el cuello.
- Consultar con tu profesional sanitario de confianza posibles tratamientos para aliviar los sofocos.

INSOMNIO

Un buen sueño nocturno permite restaurar nuestra energía mental y física, pero algunos de los síntomas de la menopausia, como los sudores nocturnos y el nerviosismo pueden provocar **alteraciones del sueño** y esa sensación de sentirse agotada todo el día. Cuidarte y tomar una actitud positiva te ayudará a afrontar este problema con naturalidad. Para conseguir un buen descanso es recomendable:

- Hacer ejercicio moderado todos los días.
- Reducir el consumo de estimulantes como el café y/o el alcohol, evitar cenas copiosas y no ver la televisión en la cama.
- Acostarse y levantarse siempre a la misma hora, debido a que nuestro cuerpo se acostumbra a este hábito y así nos costará menos conciliar el sueño.

SALUD ÓSEA

- Realizar ejercicio físico moderado y de forma regular favorecerá el buen estado de los huesos.
- Al aumentar la necesidad de aporte de calcio y vitamina D para preservar la masa ósea, es importante mantener una dieta sana y equilibrada, rica en alimentos con calcio.
- Además, te recomendamos pasear por lugares soleados, lo que ayudará a conseguir unos niveles adecuados de vitamina D.

La osteoporosis no duele, su síntoma principal suelen ser las fx óseas. La densitometría ósea no está indicado en la población general como despistaje de la misma, existen indicaciones específicas para la realización de esta prueba.

SALUD CARDIOVASCULAR

- Consumir grasas insaturadas, como el aceite de oliva o de girasol, y reducir en nuestra dieta las grasas saturas (aceites de palma y de coco, mantequillas, etc.).
- También hay grasas que nos ayudan a mantener unos niveles normales de colesterol como el ácido alfa-linolénico, un ácido graso de la familia de los Omega 3.

SEQUEDAD VAGINAL

Es uno de los síntomas más característicos y frecuentes; y uno de los principales motivos de consulta médica durante la menopausia.

El descenso hormonal que sufre la mujer en esta etapa, unido al envejecimiento de los tejidos propio de la edad, reduce la hidratación y causa molestias que pueden paliarse mediante tratamientos con estrógenos o la aplicación de productos hidratantes.

¿Qué es la sequedad vaginal?

La sequedad vaginal se produce cuando falta hidratación en la vagina. Cualquier patología o situación que reduzca los fluidos vaginales puede producir sequedad. La causa más común es la disminución de los estrógenos, que mantienen el trofismo, la elasticidad y la vitalidad de los tejidos de la mujer y son responsables también de la menstruación. Puede afectar a mujeres de cualquier edad y no tiene relación con la higiene.

¿Qué causa la sequedad vaginal durante la menopausia?

En la menopausia, el organismo femenino reduce drásticamente la producción de estrógenos. La vagina es uno de los órganos más sensibles a este descenso.

Al disminuir los niveles de estrógenos, los tejidos vaginales se hacen más finos y se reducen los fluidos, pudiendo provocar sequedad vaginal. A ellos se suma el envejecimiento propio de la edad. El trofismo vaginal y las condiciones fisiológicas de la flora vaginal varían a medida que la mujer se va haciendo mayor. Los tejidos de la mujer van perdiendo vitalidad.

¿Cuáles son los síntomas más comunes de la sequedad durante la menopausia?

La sequedad vaginal puede provocar dolor o malestar durante las relaciones sexuales, así como sensación de quemazón, picor o flujo anormal.

Algunas mujeres apenas notan síntomas en la menopausia. Otras, sin embargo, sienten muchas molestias que interfieren con su vida y requerirán tratamiento.

¿Existe tratamiento para la sequedad en la menopausia?

Una buena opción puede ser el uso de hidratantes vaginales, también pueden ayudar los lubricantes aplicados antes de las relaciones sexuales. Ambos productos pueden comprarse sin receta médica, no contienen hormonas y apenas tienen efectos secundarios.

Los lubricantes se pueden usar para reducir el malestar durante las relaciones sexuales. Se aplican en el momento de mantenerlas.

Los hidratantes vaginales están pensados para su uso frecuente. Están fabricados con base más acuosa que los lubricantes; ayudan a retener el agua en la vagina y permiten un efecto hidratante más continuo. Pueden aplicarse varias veces a la semana.

Complejos multivitamínicos en la menopausea.

- **Flavolsonas de soja:** reducen la intensidad y frecuencia de los sofocos.
- **Melatonina y magnesio:**
  - Melatonina: contribuye a disminuir el tiempo necesario para conciliar el sueño.
  - El magnesio ayuda a reducir el cansancio y la fatiga.
- **Calcio y vitamina D:** contribuyen al mantenimiento de los huesos.
- **Vitaminas B6, B9, B12 y ácido alfa-linolénico:**
  - Vitaminas B6, B9 y B12: contribuyen al metabolismo normal de la homocisteína, lo que puede tener un efecto positivo a nivel cardiovascular.
  - Ácido alfa-linolénico: contribuye a mantener niveles normales de colesterol en sangre.

ALIMENTACIÓN

- Alimentos ricos en **FIBRA** (hortalizas, frutas y verduras, cereales integrales à Ayudan a controlar el peso y disminuyen el riesgo de enfermedad cardiovascular.
  - Las legumbres, además de aportar proteína, aportan también fibra y cierta cantidad de fitoestrógenos.
- **VEGETALES RICOS EN VITAMINA** C (cítricos, frutas del bosque, pimientos, tomate, perejil, espinacas), **SELENIO Y OTROS ANTIOXIDANTES** (brócoli, apio, ajo, etc.). à Ayudan a evitar la sequedad de la piel y mucosas y prevenir la caída del cabello.
- **ACIDOS GRASOS OMEGA-3** (pescados azules, frutos secos). à Favorecen la salud cardiovascular, articular y cerebral.
- **ACEITE DE OLIVA VIRGEN:** Favorece la salud cardiovascular. Rico en grasas monoinsaturadas, vitamina E (antioxidante) y esteroles vegetales.
- **LÁCTEOS:** indispensables para una buena salud ósea.

- Se recomiendan los semidesnatados o desnatados (menor contenido en grasas).
- Actualmente las leches se complementan con ingredientes funcionales de gran interés, como enriquecidas con calcio, fibra o ácidos grasos insaturados.
- Las leches sin lactosa son una alternativa para las mujeres que no toleran la lactosa y las bebidas de soja enriquecidas en calcio pueden ser una alternativa para las personas que no toleran la leche.

- **HIDRATACIÓN:** asegúrate de tener una buena hidratación. à Consume alrededor de 2l de líquido al día (agua, infusiones, caldos, etc.), cantidad que puede aumentar en caso de altas temperaturas o realización de ejercicio físico. Te ayudará a mejorar los sofocos y a aliviar la sequedad de piel y mucosas.

ALIMENTOS RICOS EN CÁLCIO – NO LÁCTEOS

Algas y verduras: Por su efecto alcalinizante y su contenido en calcio, magnesio, vitaminas y oligoelementos, las verduras de hoja verde son las mejores: brécol, repollo, grelos, nabizas, apio. Entre las algas destacan las hijiki, wakame, kombu y agar-agar.

Cereales integrales: Avena, arroz, cebada, trigo.

Cáscara de huevo gallina: Se ha recomendado tradicionalmente como tratamiento para el metabolismo del calcio. Hay que tomarlo durante 21 días seguidos, descansar 7 días y repetirlo tres veces seguidas.

Para extraer el calcio debe lavarse el huevo sin rascar la cascara. Se exprime un limón y con el zumo se cubre el huevo, que se habrá colocado en un vaso alargado. Se deja macerar entre 10 y 12 horas. Transcurrido dicho tiempo se saca el huevo con una cuchara de madera y se bebe el líquido muy despacio, ensalivándolo, como si se masticara. Es esencial que el huevo sea biológico.

Cola de caballo: Por su elevado contenido en silicio, las infusiones de esta hierba contribuyen a conservar la masa ósea.

Frutos secos: Almendras, avellanas, castañas, higos, pasas y cacahuetes.

Leches vegetales: Se pueden obtener sabrosas y nutritivas leches de arroz, avena, almendras, avellanas, sésamo o chufas. Las venden preparadas, pero también pueden hacerse en casa

Legumbres cocidas: Garbanzos, guisantes, judías blancas y pintas, habas, soja, lentejas.

Pescados azules: Las mejores fuentes son bacalao, caballa, salmón, sardinas, angulas, langostinos y arenques frescos.

Semillas: Sésamo, girasol y calabaza.

Efecto de las medidas de protección de la lactancia materna sobre sus tasas al alta en una unidad de neonatologia de tercer nivel

Fernández Pombo, Carmen Neri; Sánchez Ansede, Alba ; Moreno Moreno, Lidia ; Linares Docampo, Paula ; Sancho, Leonor ; Eiriz Barbeito, Dolores

RESUMEN

Objetivos. Conocer el efecto de las medidas de protección de Lactancia Materna (LM) sobre su tasa al alta y el perfil relacionado.

Métodos. Estudio observacional y retrospectivo. Muestra de 171 neonatos.

Resultados. La incidencia de LM exclusiva (LME) fue del 63,8% (54,4% administración directa o al pecho y el 9,4% administración diferida mediante jeringa o biberón. El 10,5% ofreció leche de fórmula y el 25,7% lactancia mixta (LM no exclusiva – LMNE). Hubo mayor incidencia en los neonatos procedentes del domicilio frente a los ingresados desde partos (25,8% vs 9,7%, p = 0,012) y en los mayores de 32 semanas frente a los menores (71% vs. 29%, p = 0,044).

Conclusiones. La tasa de LM exclusiva al alta superó el 50%, sin embargo esta cifra nos parece insuficiente. Dotar a las Unidades de personal cualificado en esta materia mejoraría la tasa de LME y en consecuencia la salud del binomio madre-neonato.

Palabras clave: Lactancia Materna, Recién Nacido, Prematuro, Protocolo.

ABSTRACT

Objectives. To know the effect of breastfeeding protection measures on their discharge rate and related profile.

Methods. Observational and retrospective study. Sample of 171 newborns.

Results. The incidence of exclusive breastfeeding was 63.8% (54.4% direct or breast administration and 9.4% deferred administration by syringe or bottle.) 10.5% offered formula milk and the 25.7% mixed breastfeeding. There was a higher incidence in neonates from home compared to those admitted from birth (25.8% vs. 9.7%, p = 0.012) and in those over 32 Weeks versus minors (71% vs. 29%, p = 0.044).

Conclusions. The rate of exclusive breastfeeding at discharge exceeded 50%, however this figure seems insufficient. Providing the Units with qualified personnel in this area would improve the exclusive breastfeeding rate and, consequently, the health of the mother-neonate binomial.

Keywords: Breastfeeding, Newborn, Premature, Protocol.

INTRODUCCIÓN

Es mundialmente conocido que la leche materna es el mejor alimento para los recién nacidos (RN), especialmente para aquellos con situaciones de alta vulnerabilidad, como los RN prematuros y otros niños con enfermedades graves para salud (1 - 6). Salvo excepciones de extraordinarias, la leche materna, no tiene sustituto nutricional en esta etapa de la vida (7).

La leche materna es un líquido vivo que se encuentra en continuo cambio adaptándose tanto cuantitativa como cualitativamente a las necesidades nutricionales de los RN de forma que cambia su composición y volumen según el momento del día, el momento de la toma, la etapa de lactancia en la que se encuentre el lactante y las situaciones especiales en las que éste se encuentre (1, 2, 7). Este tipo de alimento posee una gran complejidad biológica ya que está constituido por nutrientes, hormonas, enzimas, anticuerpos, factores de crecimiento y sustancias prebióticas entre otras. Existen diferentes tipos de leche materna: precalostro, es la leche previa al parto; el calostro, es la leche que se presenta tras el parto; leche de transición, leche presente entre el 3er y 4º día hasta los 10-15 días postparto; leche madura, desde el día 15 hasta el destete. Además, hay una leche carac-

terística de los nacimientos prematuros que se denomina leche pretérmino, esta leche se presenta durante el mes siguiente tras un parto prematuro (8).

Todos los tipos de leche materna son importantes en cada etapa, pero es importante destacar que el calostro tiene unas propiedades que lo hacen ser especial, está considerado una vacuna, por su alto valor inmunológico y nutricional. Es rico en anticuerpos y otros componentes que protegen al neonato de infecciones y enfermedades tanto en su futuro corto y medio plazo como en su vida adulta (9 – 12). Por ello se considera de vital importancia que los enfermeros hagamos promoción de este tipo de alimentación para preservar el derecho que tiene todo recién nacido de recibir este tipo de leche (13 – 17). Esta es una afirmación unánime, de ámbito global, avalada por la comunidad científica internacional (18, 19). Como se ha indicado, la leche materna no es sólo buena para los bebés que nacen a término. Según los últimos datos ofrecidos por la Sociedad Española de Neonatología (SENeo) cada año nacen en España unos 29.000 niños prematuros, es decir, antes de la semana 37, y representan el 75% de los ingresos hospitalarios en las Unidades de Neonatología de nuestro país (8, 18). El modelo de cuidados en las Unidades de Neonatología ha cambiado en los últimos años. Se ha pasado de un modelo, donde los principales cuidadores eran los profesionales y los padres meros espectadores a un modelo de cuidados centrados en el desarrollo, un modelo que implica el cuidado integral del bebé y su familia, en definitiva, un modelo más humanizado (19 – 21). El comité de nutrición de la Asociación Americana de Pediatría (AAP) define la alimentación ideal del prematuro como aquella que consigue el crecimiento a niveles intrauterinos sin someter a estrés a sus inmaduras funciones metabólicas y excretoras. El *gold estándar* o estándar de oro de la alimentación de los bebés prematuros y de muy bajo peso es Lactancia Materna (LM). Las madres que van a dar a luz a RN prematuros o niños de muy bajo peso deben de ser informadas de la importancia que tiene para sus hijos que reciban LM cuanto antes, tanto en los beneficios que ésta reporta en su salud tanto a corto como a largo plazo (9 – 12). Si para cualquier RN la LM es el mejor alimento, para un prematuro o para un RN enfermo, la leche humana es un medicamento que puede salvarles la vida (8, 18).

La LM en el prematuro cumple los siguientes objetivos (22): crecimiento a corto plazo óptimo dentro de los patrones de crecimiento intrauterino sin que exista situación de estrés o sobrecarga de los sistemas digestivos, metabólico y enzimáticos que se hallan en desarrollo (Comité de Nutrición de la AAP); prevención de cuadros de morbilidad relacionados con la alimentación, tal como infecciones nosocomiales, Enterocolitis Necrotizante y otras infecciones predominantes en el prematuro como el rotavirus, el virus sincitial respiratorio, sepsis o meningitis; optimizar el neurodesarrollo y crecimiento físico a largo plazo.

La LM y los cuidados centrados en el desarrollo como Método Madre Canguro (MMC) le proporcionan el hábitat adecuado para poder optimizar su desarrollo (23 – 25). En el caso de que no pueda alimentarse directamente al pecho, ponerle en contacto piel con piel con la madre y permanecer sobre ella todo lo que pueda, alimentado con leche de su madre, le proporciona el mejor escenario posible dentro de su complicada situación (26). La LM proporciona la mejor manera de poder llegar al deseado vínculo de apego entre madre bebé a través del contacto piel con piel, la LM y la participación en los cuidados del bebé (23 – 25).

Las Unidades de Neonatología reúnen todos aquellos factores que van en contra de un establecimiento fisiológico de la LM: separación Madre-Neonato; prematuridad; patología del neonato con diferentes grados de gravedad, que puede comprometer la instauración de la lactancia, si no se toman las medidas protectoras necesarias para evitarlo.

En comparación con las leches de fórmula o artificial, los componentes de la LM constituyen una barrera física, limitando el acceso de agentes infecciosos ambientales que podrían llegar al lactante a través de los alimentos o de los recipientes que deben contenerlos. Es auto-regulable por el niño y evita los riesgos de contaminación y de errores en la preparación de las fórmulas artificiales (27). Además, la LM contiene una gran variedad de componentes que confieren protección frente a infecciones y tienen propiedades antiinflamatorias, en especial las inmunoglobulinas.

Científicamente se ha demostrado que alimentar a los RN con leche de fórmula conlleva un mayor riesgo de padecer problemas de salud, entre los que cabe destacar (APILAM): riesgos infecciosos, inmunológicos y de mortalidad: incluso en países desarrollados, existe un mayor riesgo de padecer enfermedades respiratorias, otitis media, enfermedades gastrointestinales y asma y además son más graves, y el riesgo de hospitalización por infecciones respiratorias e intestinales aumenta (27). Hay más frecuencia de enfermedades alérgicas y de tumores malignos como los linfomas. Los prematuros no amamantados corren más riesgo de padecer una grave enfermedad del intestino: la enterocolitis necrotizante (28,

Fuente: de elaboración propia

29). La muerte súbita es 7 veces más frecuente. Varios trabajos recientes demuestran un exceso de muertes en lactantes no amamantados en países industrializados. Existe un mayor riesgo de obesidad futura en el RN, diabetes en la adolescencia e incluso en su edad adulta. Los lactantes amamantados tienen un mayor desarrollo cognitivo relacionado con los componentes específicos de la LM que favorecen el desarrollo cerebral y de los órganos de los sentidos. Además, también existen beneficios para la madre puesto que la eyección de LM implica la liberación de oxitocina, hormona que permite que el útero involucione lo antes a su tamaño normal, y se reduce el sangrado y la anemia postparto.

Es por ello, que instituciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) recomiendan la LM exclusiva durante los 6 primeros meses de vida del niño como único alimento y continuar posteriormente con el amamantamiento junto con otros alimentos que completen la alimentación, mínimo hasta los dos años o hasta que madre e hijo lo deseen (30 – 33).

A pesar de esta recomendación mundial, las tasas de LM durante los primeros 6 meses de vida no alcanzan cifras deseables.

Muchas de las madres todavía no han decidido el tipo de alimentación para sus recién nacidos cuando les sobreviene el parto, sin embargo, las madres informadas no ponen objeciones a iniciar la extracción de leche, aunque solo sea por el tiempo que su bebé esté en mayor riesgo. Incluso si ya habían decidido no amamantar. Es por ello, que para poder favorecer la instauración de la LM como único alimento administrado al RN durante los primeros 6 meses de vida es necesario realizar un correcto asesoramiento materno los meses previos al nacimiento y tras el parto, lo que se conoce como el puerperio inmediato y posterior a éste, ya sea durante la hospitalización materna y del RN, si corresponde, como al alta hospitalaria de ambos individuos.

Los profesionales de enfermería somos los responsables de realizar dicho asesoramiento, por ello, aquellos profesionales implicados en el seguimiento de la gestación, en el proceso del parto y en el cuidado de la madre y del RN tras el mismo tienen que estar formados para realizar esta función (13 - 17).

La LM es el mejor regalo que una madre, independientemente del nivel socioeconómico que tenga, puede dar tanto a su bebé como a sí misma. A pesar de esta afirmación en las últimas décadas la prevalencia de LM en los países más desarrollados está reduciéndose considerablemente. Muchos son los factores que influyen en estas cifras, entre los principales, destacamos lo siguientes: falta de información de los beneficios de LM, falsos mitos sobre la misma, incapacidad de llevarla a cabo de forma exitosa por la rápida alta laboral, falta de deseo de lactar por parte de la madre o incapacidad de hacerlo por motivos externos a ella, como patologías

Tabla 1. Factores maternos, de la gestación y del parto con influencia en el éxito de la instauración de la LM exclusiva

	LM EXCLUSIVA n 109	LM NO EXCLUSIVA n 62	P
Lugar de procedencia			
Partos/Quirófano	81 (74,3)	56 (90,3)	
Domicilio/Puerperio	28 (25,8)	6 (9,7)	0,012
Edad Materna (años)	62	68	
Antecedentes Maternos **			
De mayor interés	21 (25,3)	11 (26,2)	
De menor interés	62 (74,7)	31 (73,8)	0,914
Edad Gestacional (semanas)	37,81 ± 3,06	37,53 ± 3,11	0,575
Edad Gestacional			
A Término (≥ 37 sem)	80 (73,4)	47 (75,8)	
Pretérmino (< 37 sem)	29 (26,6)	15 (24,2)	0,729
Pretérmino	n 31	n 15	
Menor o igual de 32 sem	9 (29)	9 (60)	0,044*
Menor o igual de 37 sem	22 (71)	6 (40)	
Horas de Bolsa Rota **	15,61 ± 19,61	26 ± 72,28	0,190
Estreptococo B positivo **			
No	60 (75,9)	35 (76,1)	
Sí	19 (24,1)	11 (23,9)	0,986
Antibióticos maternos periparto **			
No	11 (19,3)	2 (8,3)	
Si	46 (80,7)	22 (91,7)	0,220
Uso de Oxitocina Artificial **			
No	11 (64,7)	1 (25)	
Sí	6 (35,3)	3 (75)	0,149
Anestesia en el parto **			
General	1 (2,4)	5 (22,7)	
Epidural o Raquídea	41 (97,6)	17 (77,3)	0,008*
Tipo de Parto			
Vaginal	68 (62,4)	29 (46,8)	
Cesárea	41 (37,6)	33 (53,2)	0,048*
Peso Recién Nacido (gramos)	2870 ± 732,05	2860 ± 877,09	0,941
Sexo Recién Nacido			
Hombre	57 (52,3)	30 (48,4)	
Mujer	52 (47,7)	32 (51,6)	0,623
Líquido Amniótico **			
Claro	77 (82,8)	46 (85,2)	
Hemático o Meconial	16 (17,2)	8 (14,8)	0,706
Diagnóstico al ingreso			
De mayor gravedad	36 (33)	25 (40,3)	0,338
De menor gravedad	73 (67)	37 (59,7)	

N 171. Variables cuantitativas expresadas en n (%) y variables cualitativas expresadas en X ± DE. * P < 0,05 ** Muestra con datos perdidos que no se han podido registrar por no constar de los mismos.

relacionadas con la producción de leche o el consumo de fármacos o drogas que modifican cualitativamente la composición de la LM afectando al RN si llega a consumirla.

La Encuesta Nacional de Salud (ENS) cifra en 72% la tasa de LM en España a las 6 semanas de vida, siendo ésta la duración media en todo el país a pesar del trabajo de concienciación de los más de cien hospitales que suscriben la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) bajo los auspicios de la OMS y UNICEF (34, 35). La Asociación Española de Pediatría (AEP) publicó a finales del 2017 los siguientes resultados: el porcentaje de bebés amamantados es del 72% a las 6 semanas de vida y baja a 66% a los 3 meses y al 47% a los 6 meses (36).

Ante estas cifras podemos concluir que nos encontramos ante un problema de salud pública. Sin embargo, desde el Comité de LM de la AEP se muestra esperanza y se señala que se percibe un cambio a nivel social y una mayor concienciación de la población que están favoreciendo una mejora en las tasas y, por lo tanto, una mejora de la salud materna e infantil.

Como ya hemos citado, el equipo de enfermería y otros sanitarios que actúan como agentes de la salud, debemos fomentar que la alimentación del RN durante los 6 primeros meses de vida se realice con LM. Para ello es necesario crear protocolos de actuación en las unidades implicadas, así como crear un enlace entre los profesionales de hospitalización y atención primaria con el objetivo final de trabajar en conjunto de forma consensuada para ofrecer el apoyo necesario a ese binomio madre-hijo en el establecimiento y mantenimiento de la LM (19 – 21).

En esta línea, la AEP considera imprescindible legislar para que se cumpla el código de comercialización de sucedáneos de la LM y que se invierta en estrategias públicas enfocadas a proteger la LM, tanto a nivel de formación de los profesionales encargados de estos cuidados como a nivel laboral para poder mejorar las condiciones laborales de las madres que tengan deseo de amamantar.

La campaña mundial "Cada vida cuenta" urge a gobiernos, sector privado y sociedad civil a: aumentar la financiación y la concienciación para incrementar las tasas de LM desde el nacimiento hasta los 2 años; establecer medidas jurídicas firmes para regular la comercialización de la leche de fórmula y otros sustitutos de la LM, así como de biberones y tetinas; aprobar permisos familiares remunerados y establecer políticas de lactancia en el lugar de trabajo que incluyan permisos de lactancia remunerados; implementar en las maternidades los diez pasos para una LM eficaz; proporcionar la leche materna a los recién nacidos enfermos; garantizar que las madres reciban asesoramiento especializado sobre lactancia en los centros de salud y durante la primera semana después del parto; fortalecer los vínculos entre los centros de salud y las comunidades y así garantizar el apoyo continuado a las madres para la LM y mejorar los sistemas de control para supervisar las mejoras en las políticas, los programas y las prácticas de LM (37, 38).

MATERIAL O MÉTODO

OBJETIVOS

El objetivo principal fue conocer el efecto de las medidas de protección de LM sobre la tasa de la LM exclusiva al alta, en los hijos de madres que expresaron su deseo de lactar. Como objetivos secundarios se enumeraron los siguientes: determinar el perfil de la población estudiada y describir las medidas de protección utilizadas y su forma de aplicación.

Tipo de estudio

Estudio observacional, de corte transversal y retrospectivo realizado en una cohorte de 171 neonatos ingresados en una Unidad de Neonatología de un Hospital de Tercer Nivel - C. La recogida de datos para el estudio se ha llevado a cabo entre enero del 2017 y julio de 2018.

Criterios de inclusión

Como criterio de inclusión en el estudio se consideró: el deseo expreso de la madre de lactar así reflejado en la hoja de partos; la existencia de la Ficha de Lactancia de la Unidad asignada a un neonato y rellenada por el Grupo de Lactancia de dicha Unidad; así como la autorización verbal de participación por parte de las madres de los neonatos que incluidos en este estudio.

Escenario

La Unidad de Neonatología donde se ha realizado el estudio, es una unidad de Tercer Nivel – C que trabaja por la plena implantación de la LM y por ello es una Unidad abierta a los padres las 24 horas del día los 365 días del año. Es importante destacar que, además, nuestra Unidad es receptora de leche materna de banco, leche materna donada, para RN en riesgo que lo precisen. Esta leche se administra cuando no existe leche materna de la madre suficiente para cubrir necesidades nutricionales, cuando la madre no puede lactar por motivos de

salud, cuando la leche de esa madre está contraindicada o cuando la madre decide no lactar, pero firma el consentimiento informado de leche de banco durante el período de mayor riesgo para el RN.

Recogida de variables

Con la finalidad de conocer el perfil de la muestra estudiada y de analizar los datos en base al objetivo principal fijado, se registraron las variables clínicas incluidas en la Ficha de LM.

Se analizaron variables clínicas maternas (edad; antecedentes médicos de interés), de la gestación y parto (horas de bolsa rota; edad gestacional; tipo de anestesia administrada para el parto; tipo de parto; determinación del estreptococo del grupo B; uso de antibioterapia; uso de oxitocina en el parto; tipo de líquido amniótico) y del RN (sexo; peso al nacer; tipo de ingreso; diagnóstico al ingreso en la Unidad de Neonatología) así como variables específicas que influyen en el manejo de la lactancia (existencia de lactancia previa; realización de puerperio inmediato; modo de administración de la primera toma de alimentación; tipo de alimentación recibida en la primera toma; modo de administración de la alimentación durante el ingreso; estado del pecho materno; tipo de pezón materno; existencia de agarre en la lactancia directa; evaluación del tipo de agarre; existencia de transferencia en la toma al pecho; necesidad de ayuda a la madre en el manejo de la lactancia directa; tipo de ayuda facilitada a la madre para garantizar la lactancia directa; número de tomas al pecho al día y tipo de lactancia al alta).

Se consideraron diagnósticos médicos al ingreso más graves: cardiopatías congénitas, patologías que requirieran cirugía, problemas respiratorios, sepsis neonatal y problemas metabólicos o neurológicos y como diagnósticos menos graves: riesgo de infección, otras infecciones y otros posibles diagnósticos. Como antecedentes maternos se han considerado como importantes: hipotiroidismo, diabetes mellitus, diabetes gestacional y trastornos psiquiátricos y como antecedentes menos importantes: obesidad, tabaco y antecedente de muerte fetal intraútero.

Aspectos éticos y legales

Toda la recogida de datos se realizó de forma anónima preservando la identidad del paciente de modo seudonimizada (codificada). La seudonimización es el tratamiento de datos personales de manera tal que no pueden atribuirse a un/a interesado/a sin que se use información adicional.

En este estudio solamente el equipo investigador conocerá el código que permitirá saber la identidad de cada paciente. Además, este estudio se ha realizado conforme a los principios éticos de investigación médica presentes en la Declaración de Helsinki. El estudio fue auto-rizado para su realización por la autoridad pertinente de dicha Unidad.

Análisis de datos

Los datos recogidos en la Ficha de Lactancia fueron copiados en una plantilla de Excel y posteriormente se analizaron con el programa SPSS v22.0 (*Statistical Package for Social Sciences*). Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables, indicando frecuencia (n) y porcentaje (%) para las variables cualitativas y media (X) ± desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas. Se utilizó para el estudio de la normalidad la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para evaluar la repercusión de las variables cualitativas en los grupos a estudio se utilizó el test Chi-cuadrado de Pearson donde se aceptó una frecuencia de casillas inferior de 5 del 25%. Para la comparación de medias en variables cuantitativas, se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes con distribución normal. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$ y se estableció un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS

La tasa de LM exclusiva (LME) al alta en la cohorte estudiada (N 171) ha sido del 63,7% (n 109) frente a un 36.3% (n 62) que no se fue de alta domiciliaria con LME. De las madres que se fueron de alta con LME, el 54,4% (n 93) la administraba de forma directa o al pecho y el 9.4% (n 16) de forma diferida, a través de biberón. En el grupo de LM no exclusiva (LMNE) encontramos que el 10,5% (n 18) de las madres se fueron de alta administrando leche de fórmula y el 25,7% (n 44) administrando LM mixta, una cantidad se corresponde a leche de fórmula y otra a leche materna.

Significativamente se ha observado que los recién nacidos que ingresan en nuestra Unidad procedentes del domicilio o puerperio presentan más incidencia de LM exclusiva al alta (25,8 % vs 9,7%), $p = 0,012$). Con respecto a la edad gestacional, encontramos que los recién nacidos prematuros menores de 32 semanas presentaron menor incidencia de LM exclusiva al alta frente a los prematuros mayores de 32 semanas, pero menores de 37 (29% vs. 71%, $p = 0,044$). Los resultados de la anestesia utilizada en el parto, detallan que la anestesia general está relacionada con una menor incidencia de

Tabla 2. Factores de manejo directo relacionados con influencia en el éxito de la instauración de la LM exclusiva

	LM EXCLUSIVA n 109	LM NO EXCLUSIVA n 62	P
LM previa Sí No	n 94 13 (13,8) 81 (86,2)	5n 55 5 (9,1) 50 (90,9)	0,392
Puerperio Inmediato Sí No	n 47 12 (25,5) 35 (74,5)	n 31 10 (32,3) 21 (67,7)	0,518
Administración primera toma Al pecho Con jeringa	n 33 9 (27,3) 24 (72,7)	n 15 4 (16) 21 (84)	0,308
Tipo Leche primera toma LM/LB (materna) LP/LA (fórmula)	n 22 19 (86,4) 3 (13,6)	n 18 14 (77,8) 4 (22,2)	0,477
Lugar primera toma Parto Neonatos Otros	n 35 6 (17,1) 27 (77,1) 2 (5,7)	n 29 6 (20,7) 22 (75,9) 1 (3,4)	0,868
Tipo de pezón Normal Plano/Invertido	n 41 34 (82,9) 7 (17,1)	n 13 9 (69,2) 4 (30,8)	0,285
Tipo de pecho Sano Dolorido/Grietas	n 41 39 (95,1) 2 (4,9)	n 13 10 (76,9) 3 (23,1)	0,049*
Agarre Sí No	n 54 52 (96,3) 2 (3,7)	n 20 14 (70) 6 (30)	0,001*
Tipo de agarre Correcto Incorrecto	n 51 49 (96,1) 2 (3,9)	n 14 11 (78,6) 3 (21,4)	0,029*
Transferencia Sí No	n 49 48 (98) 1 (2)	n 12 12 (100) 0	0,618
Necesidad de ayuda Sí No	n 51 35 (68,6) 16 (31,4)	n 17 14 (82,4) 3 (17,6)	0,275
Tipo de ayuda Parcial Total	n 35 30 (85,7) 5 (14,3)	n 14 8 (57,1) 6 (42,9)	0,030*
Tipo leche suplemento LM/LB (materna) LP/LA (fórmula)	n 33 9 (27,3) 24 (72,7)	n 25 4 (16) 21 (84)	0,308
Administración suplemento Jeringa/Dedo-Jeringa Biberón	n 50 40 (80) 10 (20)	n 32 20 (62,5) 12 (37,5)	0,081
Número de tomas al pecho	6,47 ± 2,19	4,0 ± 2,89	0,002*

LA: leche artificial; LB: leche de banco; LM: leche materna; LP: leche artificial prematura. Variables cuantitativas expresadas en n (%) y variables cualitativas expresadas en X ± DE. * P < 0,05

LM exclusiva al alta (2,4% vs. 22,7%, p = 0,008). El grupo de LM exclusiva al alta presentó significativamente más agarre al pecho (96,3% vs. 70%, p = 0,001) siendo este más correcto (96,1% vs. 78,6%, p = 0,029). El grupo no LM exclusiva al alta presentó más dolor en los pechos (23,1% vs. 4,9%, p = 0,049) y necesitó una ayuda total en sus tomas al pecho (42,9% vs. 14,3%, p = 0,030).

Medidas de protección de la LM

En el año 2011 ante la necesidad de apoyar a las madres y de formar al resto de compañeros en el manejo de la lactancia, se creó un grupo de apoyo a la lactancia dentro de la misma unidad, formado por 5 enfermeras con formación en lactancia.

Tras la constitución del grupo se realizó en la Unidad una encuesta entre los profesionales, para identificar cuáles eran los problemas susceptibles de mejora y se identificaron los siguientes: necesidad de formación; información contradictoria y unificación de criterios. Desde entonces se comenzaron a realizar talleres de formación a los profesionales de la Unidad que así lo desearan implantándose en el año 2015 un Protocolo de LM dentro de la Unidad. Este protocolo permitía no sólo trabajar de manera homogénea evitando la información contradictoria y unificando criterios, si no también servía de herramienta de ayuda y consulta a los profesionales. En el año 2017 se repitió la misma encuesta realizada en 2011 mostrando los resultados de la misma que el protocolo permitió no sólo eliminar o minimizar aquellos problemas que se habían detectado antes de la implantación del protocolo en el año 2015, sino que también volver a establecer nuevas medidas de mejora. Desde ese año, el Grupo de Lactancia elaboró unas Fichas de LM con el objetivo de monitorizar la misma para poder realizar un seguimiento más específico desde el ingreso hasta el alta hospitalaria.

Discusión y conclusiones:

Los resultados descritos en nuestro estudio muestran que de todas las madres con intención de lactar tras el parto solo un 63,7% alcanzó dicho objetivo al alta hospitalaria, con un predominio importante de amamantamiento directo (54,4%) frente a lactancia en diferido o administrada por biberón (9,4%), en ambos casos LME como alimentación para el neonato. De las madres que no alcanzan el objetivo prefijado, un 25,7% se va de alta con lactancia mixta y un 10,5% con alimentación artificial o de fórmula. Con respecto a las cifras publicadas por la AEP, nuestra incidencia es inferior (63,7% vs. 72%) (36), sin embargo, que es superior a la de otros estudios. Suárez-Gil et al publicaron una incidencia del 51,4% y Estévez-González et al del 55,4% (39, 40).

Muchos son los factores que influyen en que una madre cambie de opinión y termine ofreciendo a su hijo leche de fórmula como alimento. En el análisis de los datos clínicos recogidos, encontramos que existen variables relacionadas con factores maternos, de gestación y de parto que tienen influencia directa en el éxito de la instauración de la LME: el tipo de parto (p = 0,048), vaginal o cesárea; el tipo de ingreso (p = 0,012), desde partos o quirófano o desde puerperio o domicilio; la anestesia recibida durante el parto (p = 0,008) y la semana de prematuridad dentro del grupo de RN prematuros (p = 0,044).

En nuestra muestra, el tipo de parto vaginal es significativamente superior en el grupo de LME (62,4%) frente al grupo sin LME (46,8%). Aquellas madres sometidas a una cesárea o a un parto muy medicalizado y dirigido suelen comenzar más tarde con el amamantamiento directo y/o con las extracciones y, por tanto, tienen un riesgo aumentado de terminar con una lactancia mixta o artificial al alta (41, 42). De hecho, en nuestros resultados encontramos que solo un 25,5% de las madres con LME al alta realizaron puerperio inmediato frente a un 32,3% del grupo LMNE. Estos datos son muy llamativos, ya que en el grupo LME el 62,4% de los partos fueron vaginales y en el grupo no LME el 46,8% también lo fue, lo que indica que hay un alto porcentaje de RN que no realizan puerperio inmediato, independientemente de la invasividad del tipo de parto realizado. Sin embargo, debemos tratar estos datos con prudencia, ya que en muchas ocasiones esta información no consta en la hoja de partos, pero se ha podido realizar. La realización del puerperio inmediato es una de las medidas a realizar para garantizar una adecuada instauración de la LM, si éste no se realiza o no se aprovecha ese momento para informar a las madres de la importancia de la extracción en la primera hora postparto muchas lactancias fracasarán. Además, hay que destacar que, aunque éste se realice, la presencia de complicaciones físicas durante o tras el parto dificultan el amamantamiento directo y/o la extracción de leche posterior al parto (43 – 45).

Con respecto a los resultados observados para la variable tipo de anestesia empleada en el parto, se describe que aquellas madres que no recibieron anestesia general durante el mismo, por no ser éste una cesárea, tienen significativamente mayores tasas de LME al alta. Esto puede explicarse a que la indicación de cesárea en muchas ocasiones se realiza de carácter urgente al ver-

se comprometida la salud materna y/o fetal. Por ello, tras el nacimiento del RN, debido a la priorización de la estabilización de salud de la madre y/o del neonato, se imposibilita la realización del puerperio inmediato y con ello del contacto piel con piel y de la alimentación en la primera hora de vida al pecho materno (40). Esto cobra vital importancia en los RN pretérmino, en los que hay que añadir además de lo ya descrito, la imposibilidad de realizar amamantamiento directo ni una lactancia a demanda, principalmente en aquellos RN pretérmino menores de 32 semanas (60% sin LME al alta) frente a aquellos menores de 37 semanas, pero mayores de 32 (71% con LME al alta) (p = 0,044), donde el parto por cesá-rea y el tiempo de no amamantamiento directo se ve considerablemente reducido.

Muchas madres tienen la creencia de que la LM no es posible en esta situación tan delicada para sus RN. Además, tienen que tomar una decisión muy importante en un momento muy complicado. Sin embargo, cuando reciben información correcta y conocen los beneficios que tiene su leche para mejorar la situación de salud de su RN incluso aquellas madres que habían decidido no lactar o que todavía no se habían decidido deciden extraer su leche por lo menos hasta que pase el período de riesgo vital. Uno de los momentos críticos en la lactancia de un prematuro, es el paso de la alimentación por sonda nasogástrica u orogástrica al amamantamiento directo. Analizando las Fichas de LM, observamos que una vez instaurada la producción de leche con la extracción, el paso al pecho es un momento complicado para la madre y para el profesional. En el éxito del amamantamiento directo influyen factores como la falta de formación y de recursos del profesional para apoyar a las madres en este proceso. Asesorar y ayudar al binomio madre-hijo implica no solo formación sino también tiempo. Muchas madres, agotadas por los largos ingresos, deciden administrar su leche materna por biberón, muchas por convicción, pero otras por la falsa creencia de que el RN crecerá más rápido y se podrá ir antes de alta hospitalaria. Esta es una decisión crítica para la salud del recién nacido ya que aquellas madres con mala instauración de la producción de leche materna no solo dejarán de lactar y pasarán a una lactancia en diferido, sino que también transitarán hacía una lactancia mixta. Esta decisión podría verse revocada con profesionales formados específicamente en LM que ofrezcan seguridad a la madre y al padre, ya que, en muchas ocasiones, somos los propios profesionales los que carecemos de conocimiento para evaluar la eficacia de una toma (39, 40). Con respecto al análisis de la existencia o no de transferencia, en nuestro estudio, como cabe esperar, hubo más transferencia en el grupo LME frente al grupo no LME. En relación a las variables relacionadas directamente con el manejo de la instauración de la LME nos encontramos, como es esperable, que en el grupo LME hay significativamente más agarre correcto al pecho. Así mismo, hubo significativamente más casos de pechos dolorosos o con grietas en el grupo de LM no exclusiva. Seguramente por este motivo, el Grupo de Lactancia registró más necesidad de ayuda en la técnica de amamantamiento en el LMNE frente al grupo LME (82,4% vs. 68,6%) realizándose una ayuda total con más frecuencia en el grupo de LMNE frente al grupo si exclusiva (42,9% vs. 14,3%). No se describieron diferencias significativas entre grupos para la variable tipo de pezón, sin embargo, el grupo de LMNE presentó más casos de pezón invertido o plano.

Los resultados de nuestro estudio, demuestran que la implantación de las medidas de protección de la LM instauradas en la Unidad de Neonatología donde se ha realizado el estudio son eficaces para la instauración de la misma. Sin embargo, se observa la necesidad de dotar a dicha Unidad de profesionales formados específicamente en esta materia, las 24 horas del día. Con la finalidad de evitar abandonos de LM relacionados con la falta de personal que apoyen y supervisen estas lactancias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evid Rep Technol Assess (Full Rep) 2007 Apr;(153)(153):1-186.
2. Horta BL, Bahl R, Martines J, Victoria GC. Evidence on the long-term effects of breastfeeding : systematic review and meta-analyses . In: OMS, editor. Ginebra: World Health Organization; 2007. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43623/1/9789241595230_eng.pdf.
3. da Cunha AJ, Leite AJ, de Almeida IS. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. J Pediatr (Rio J) 2015 Sep 6. S0021 7557(15)00117-5 [pii].
4. Raju TN. Breastfeeding is a dynamic biological process—not simply a meal at the breast. Breastfeed Med 2011 Oct;6:257-259 . 10.1089/bfm.2011.0081 [doi].
5. Olza I, Marín G, Gil A. Neurobiología del parto. Maternidad y Salud. Ciencia, Conciencia y Experiencia

Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. p. 13. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCiencia.pdf.

6. Fisk CM, Crozier SR, Inskip HM, Godfrey KM, Cooper C, Roberts GC, et al. Breastfeeding and reported morbidity during infancy: findings from the Southampton Women's Survey. Matern Child Nutr 2011 Jan;7(1):61-70 . 10.1111/j.1740-8709.2010.00241.x [doi].
7. Marín MA, Olza I, Donoso E, Gutiérrez N. Litio y lactancia artificial… ¿o mejor LM? Anales de Pediatría 2011 7;75(1):67-68 http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi. 2010.12.007.
8. Rubio-Rodríguez D. Análisis económico de la promoción intensiva y especializada de la LM en las unidades neonatales en España. Anales de Pediatría 2012 11;77(5):297-308. http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.03.015.
9. Labayen I, Ortega FB, Ruiz JR,et al. Association of exclusive breastfeeding duration and fibrinogen levels in childhood and adolescence: The european youth heart study. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 2012 January 1;166(1):56-61. 10.1001/archpediatrics.2011.769.
10. Labayen I, Ruiz JR, Ortega FB, Loit HM, Harro J, Villa I, et al. Exclusive breastfeeding duration and cardiorespiratory fitness in children and adolescents. The American Journal of Clinical Nutrition 2012 February 01;95(2):498-505 . 10.3945/ajcn.111.023838.
11. Martin RM, Gunnell D, Smith GD. Breastfeeding in infancy and blood pressure in later life: systematic review and meta-analysis. Am J Epidemiol 2005 Jan 1;161(1):15-26. 161/1/15 [pii].
12. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr Suppl 2015 Dec;104(467):30-37. 10.1111/apa.13133 [doi].
13. Naylor AJ. Baby-Friendly Hospital Initiative. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in the twenty-first century. Pediatr Clin North Am 2001 Apr;48(2):475-483.
14. Hofvander Y.Breastfeeding and the Baby Friendly Hospitals Initiative (BFHI):organization, response and outcome in Sweden and other countries.Acta Paediatr2005Aug;94(8):1012-1016 . TR26547W47264308 [pii].
15. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influencebreastfeeding duration on a national level?Pediatrics 2005 Nov;116(5):e702-8 . 116/5/e702[pii].
16. Forrester-Knauss C, MertenS, Weiss C, Ackermann-Liebrich U, Zemp Stutz E. Thebaby-friendly hospital initiative in Switzerland: trends over a 9-year period. JHum Lact 2013Nov;29(4):510-516 10.1177/0890334413483923 [doi].
17. LabbokMH.Global baby-friendly hospital initiative monitoring data: update anddiscussion. Breastfeed Med 2012 Aug;7:210-222.10.1089/bfm.2012.0066 [doi].
18. Nickel NC,Labbok MH, Hudgens MG, Daniels JL. The Extent that Noncompliance with the Ten Steps toSuccessfulBreastfeeding Influences Breastfeeding-Duration.Journal ofHuman Lactation 2013 February 01;29(1):59-70. 10.1177/0890334412464695.
19. Brodribb W,Kruske S, Miller YD.Baby-friendly hospital accreditation, in-hospital carepractices, and breastfeeding. Pediatrics2013 Apr;131(4):685-692. 10.1542/peds.2012-2556[doi].
20. DemirtasB. Strategies to support breastfeeding: a review. Int Nurs Rev 2012Dec;59(4):474-481 . 10.1111/j.1466-7657.2012.01017.x [doi].
21. Nelson AM.A metasynthesisof qualitative breastfeedingstudies.J MidwiferyWomens Health 2006 Mar-Apr;51(2):e13-20 .S1526-9523(05)00453-8 [pii].
22. Gross SJ,SlagleTA. Feedingthelowbirth weight infant. Clin Perinatol.1993Mar;20(1):193-209. Review. PubMed PMID: 8458165.
23. Suzuki S. Effect of early skin-to-skin contact on breastfeeding. JObstet Gynaecol2013 Oct;33(7):695-696 10.3109/01443615.2013.819843 [doi]. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24127957
24. Srivastava S, Gupta A, Bhatnagar A,Dutta S. Effect of very earlyskin to skin contacton successat breastfeeding and preventingearlyhypothermia in neonates. Indian J PublicHealth 2014 Jan-Mar;58(1):22-26. 10.4103/0019-557X.128160 [doi].
25. ForsterDA, Johns HM, McLachlan HL, Moorhead AM,McEgan KM,Amir LH. Feedinginfants directly at the breast during the postpartum hospital stay is associated withincreased breastfeeding at 6 months postpartum: a prospective cohort study. BMJ Open2015 May7;5(5):e007512-2014-007512 . 10.1136/bmjopen-2014-007512 [doi].

26. Parker LA, Sullivan S, Krueger C,Mueller M. Association of Timing of Initiation ofBreastmilkExpression on Milk Volume and Timing of LactogenesisStage II Among Mothersof Very Low-Birth Weight Infants.Breastfeeding Medicine.2015;10(2):84-91. doi:10.1089/bfm.2014.0089.https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4352698/

27. HoddinottP, Tappin D, Wright C.Breast feeding. BMJ 2008 Apr 19;336(7649):881-887 10.1136/bmj.39521.566296.BE [doi].

28. Henderson G, Anthony MY,McGuire W.Formula milk versus maternal breast milk forfeeding preterm or low birth weightinfants.Cochrane Database Syst Rev 2007 Oct17;(4)(4):CD002972 10.1002/14651858.CD002972.pub2 [doi].

29. QuigleyM,McGuire W. Formula versus donor breast milk for feeding pretermor lowbirth weightinfants. CochraneDatabase Syst Rev2014 Apr22;4: CD002971.10.1002/14651858.CD002971.pub3 [doi].

30. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev 2012 Aug 15;8:CD003517 . 10.1002/14651858.CD003517.pub2 [doi].

31. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised). Luxembourg: European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment,; 2008. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/6-newblueprintprinter.pdf.

32. International Confederation of Midwives. LM. Declaración de postura. 2011; .Consultado:05/03/2012, 2014. Disponible en: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20- %20Spanish/PS2011_004%20SPA%20Lactancia%20Materna.pdf.

33. Davanzo R, Romagnoli C, Corsello G. Position Statement on Breastfeeding from the Italian Pediatric Societies. Ital J Pediatr 2015 Oct 24;41(1):80-015-0191-x . 10.1186/s13052-015-0191-x [doi].

34. Pallas Alonso CR. LM en España. Un compromiso de todos. An Pediatr (Barc) 2015. Oct 31. S1695-4033(15)00379-3 [pii].

35. Davanzo R, De Cunto A, Paviotti G, Travan L, Inglese S, Brovedani P, et al. Making the first days of life safer: preventing sudden unexpected postnatal collapse while promoting breastfeeding. J Hum Lact 2015 Feb;31(1):47-52. 10.1177/0890334414554927 [doi].

36. Comité de LM de la Asociación Española de Pediatría. LM en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y otros países. 2017.

37. Winberg J. Mother and newborn baby: mutual regulation of physiology and behavior—a selective review. Dev Psychobiol 2005 Nov;47(3):217-229 . 10.1002/dev.20094 [doi].

38. Widstrom AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, Dahllof A, Lintula M, Nissen E. Newborn behavior to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. Acta Paediatr 2011 Jan;100(1):79-85. 10.1111/j.1651-2227.2010.01983.x [doi].

39. González-Estévez MD, et al. Factores relacionados con el abandono de la LM. An Esp Pediatr 2002;56:144\150. http://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403302789443

40. Declaración de Helsinki. World medical association (asociación médica mundial). En http://www.isciii.es/htdocs/te\ rapia/documentos/declaracion_de_helsinki.pdf

41. Palou M, Vega V, Elvira M, Rivero AM. Factores asociados al mantenimiento de la LM iniciada al ingreso en una unidad de neonatología. Metas de Enfermería. 2015; 18(1): 6-12. Disponible en: http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80691

42. Espinoza L. Efectividad de la intervención educativa "LM eficaz" en el conocimiento y prácticas de madres primigestas de niños prematuros, 2016. Universidad de Perú.

43. Ministerio de Sanidad y Politica Social. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Politica Social. 2010.

44. Serrano J, López B, Carrascosa C. Análisis para la mejora del apoyo a la LM en una Unidad de Ginecología y Obstetricia. Inquietudes. Ene-Juni 2014; 45: 25- 30. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1392894433.pdf

45. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Departamento de salud. Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad. Guía de práctica clínica sobre LM. Abril 2017.

IV CONGRESO SGH VIGO 9/2019

SERVIZO GALEGO de SAÚDE | Xerencia de Xestión Integrada de Lugo, Cervo e Monforte

¿QUEREMOS CAMBIAR?

*López Morán, Natalia. *Fernández Vidal, Alicia. *López González, Natalia. **López Álvarez, María
*Enfermera del Servicio de Cirugía Vascular. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. HULA.
**Enfermera del Servicio de Cirugía Plástica. HULA.

OBJETIVOS

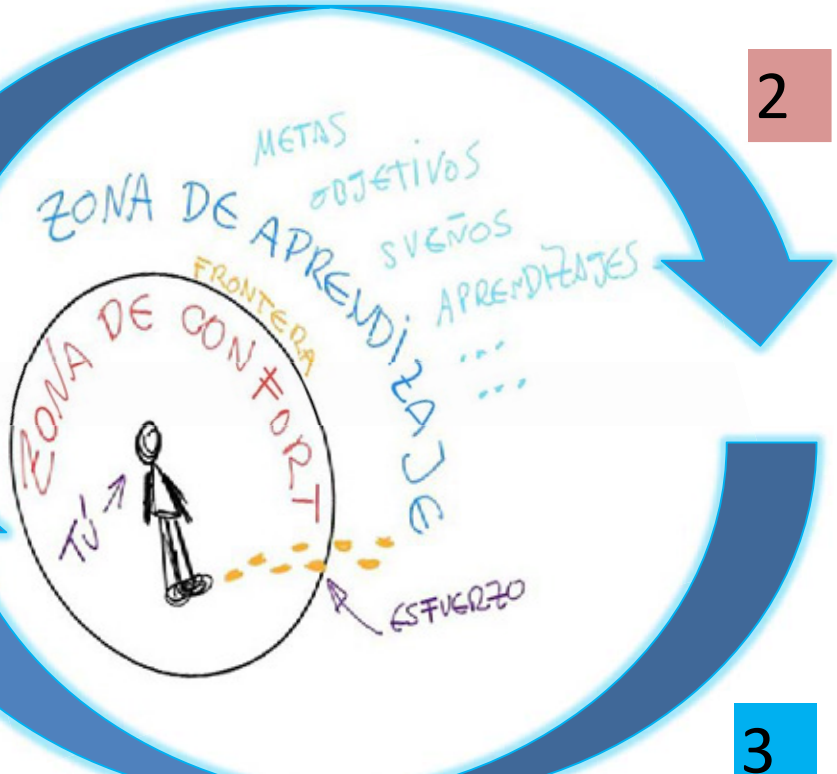
- Examinar el impacto de la formación continuada y el liderazgo enfermero en el cuidado del paciente con deterioro de la integridad cutánea y tisular.
- Destacar la formación continuada como elemento indispensable para incrementar la motivación del profesional.

METODOLOGiA

Se realizó una búsqueda bibliográfica "Formación Continuada y Liderazgo en Enfermería" en el ámbito de las heridas de difícil cicatrización.

1

El ser humano tiende a lo que conoce porque no le genera esfuerzo. Y aunque a veces seamos conscientes de que no es lo más efectivo, esa comodidad nos hace resistirnos al cambio y por ende, a nuevos aprendizajes. (1)



2

Si a esta condición natural del ser humano le unimos que vivimos en un momento donde el cambio es una constante, que todo cambia a gran velocidad, la tecnología, las necesidades de los pacientes…., empezaremos a entender la necesidad de crear equipos con capacidad de cambio.

3

Debido a los continuos avances en el tratamiento de la heridas y ulceras crónicas, los profesionales de enfermería nos enfrentamos a una realidad sanitaria cada vez más compleja que exige un mayor grado de aprendizaje (2).

4

Cuando los profesionales que trabajan en la asistencia no disponen de información ni conocimientos sobre los últimos avances en los cuidados que se realizan sobre úlceras y heridas crónicas, la calidad asistencial puede verse disminuida.

RESULTADOS:

➢ La Formación Continuada, puede considerarse un proceso de cambio de conducta cuando los cambios se trasfieren a la práctica diaria.

➢Según el estudio llevado a cabo, Pablo-Ramis R. “Empoderamiento enfermero en el cuidado de pacientes con heridas de difícil cicatrización”, hubo un aumento estadísticamente significativo ($p<0.05$) tras la intervención formativa, en los conocimientos y la capacidad, percibidos por el profesional de enfermería y en su aplicación a la práctica clínica (3).

CONCLUSIONES:

➢La realización de una intervención formativa en enfermería, fortalece su empoderamiento en el cuidado de los pacientes con heridas de difícil cicatrización, aumentando los conocimientos percibidos sobre los conceptos básicos, recursos y herramientas y su aplicación a la práctica clínica (3). La Formación Continuada es necesaria a corto plazo, aunque con proyección en el tiempo, actualiza y mejora competencias para seguir siendo eficaces (2).

➢Se necesitan líderes, abiertos al cambio, con un estilo de liderazgo proactivo, con capacidad de inspirar y movilizar a sus equipos a la consecución de objetivos, con ilusión y compromiso, usando la formación continuada como elemento de motivación.

BIBLIOGRAFIA:

➢ Marqués Andrés Susana. Formación continuada: herramienta para la capacitación. Enferm. glob. [Internet]. 2011 Ene [citado 2019 Jul 30] ; 10(21). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100020&lng=es.

➢ Pablo-Ramis R. Empoderamiento enfermero en el cuidado de pacientes con heridas de difícil cicatrización. Enferm Dermatol. 2017; 11(30). Disponible en: https://www.anedidic.com/descargas/trabajos-de-investigacion/30/empoderamiento_enfermero.pdf

➢ Desarrollo y mantenimiento del Liderazgo en Enfermería. Guía de buenas prácticas desarrolladas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO, en sus siglas en inglés Registred Nurses’ Association of Ontario).

Actualización en la cura del cordón umbilical. Últimas recomendaciones

Martín-Vázquez, Cristian · crimava9@hotmail.com
Rosón-Matilla, Laura · laurarosonmatilla@hotmail.com
Lestegás-Rodriguez, Lidia · lidialestegas@gmail.com

RESUMEN

"ACTUALIZACIÓN EN LA CURA DEL CORDÓN UMBILICAL. ÚLTIMAS RECOMENDACIONES"

Objetivo principal: la actualización en los cuidados del cordón umbilical en los primeros días de vida.

Metodología: Se realiza una revisión de las principales guías clínicas y de la literatura científica disponibles en las bases de datos: Pubmed, Cuiden, Scielo y motores de búsqueda Google Schoolar y Mergullador.

Resultados: La aplicación de clorhexidina al cordón reduce el riesgo de mortalidad neonatal y onfalitis en bebés nacidos en el hogar en entornos de alta muerte neonatal. La aplicación de alcohol sobre el cordón umbilical provocó una caída más larga de este en relación a la cura seca; además el riesgo de desarrollar onfalitis y sepsis fue similar a la aplicación de otros antisépticos. El cuidado del cordón seco acorta la caída del cordón umbilical en comparación con la aplicación de clorhexidina.

Conclusiones: Existe evidencia suficiente para recomendar la cura del cordón umbilical con clorhexidina en países en vías de desarrollo o en partos en domicilio. Por el contrario en nuestro medio sería suficiente una limpieza con agua tibia y jabón neutro, con un secado minucioso posterior y poniendo énfasis a mantener seco el cordón en todo momento.

Palabras clave: Cordón umbilical, cuidado, alcohol, clorhexidina, onfalitis.

ABSTRACT

"UPDATE IN UMBILICAL CORD CURE. LAST RECOMMENDATIONS"

Main objective: to review the last scientific evidence in umbilical cord cure, in the first days of life.

Methodology: A review of the main clinical guides and the scientific literature available in the databases: Pubmed, Cuiden, Scielo and Google Schoolar and Mergullador.

Results: By applying topic chlorhexidine over the umbilical cord, neonatal mortality. And omphalitis gets reduces when it comes to babies that were born in places with high neonatal death rates. Applying topic alcohol causes a longer fall when compared with dry cure. In addition, the risk of developing omphalitis and sepsis was similar to. application of other antiseptics. Dry cord care shortens the umbilical cord drop off period compared to the application of chlorhexidine.

Conclusions: There is enough evidence to recommend the cure of umbilical cord with chlorhexidine in developing countries or home birth. On the other hand, in our environment it would be sufficient to clean with warm water and neutral soap, with a subsequent thorough drying and emphasizing keeping the cord dry at all times.

Keywords: Umbilical cord, care, alcohol, chlorhexidine, omphalitis.

INTRODUCCIÓN

Los recién nacidos se enfrentan en los primeros días de vida a uno de los mayores desafíos fisiológicos durante la transición de vida fetal a neonatal. El recién nacido se vuelve independiente una vez ha sido separado de su madre, el cuidado posterior del cordón umbilical representa una etapa importante hasta que este se desprenda a los 10-15 días de vida.

La onfalitis es una causa importante de mortalidad neonatal y su prevención es de importancia para la salud pública. La incidencia de onfalitis en recién nacidos (RN) de países desarrollados es del 0,7%, ascendiendo al 2,7% en países en vías de desarrollo. Afectando por igual a ambos sexos[1,2].

Se define como una infección bacteriana aguda periumbilical cursando con induración, eritema, mal olor,

dolor, asociado o no a exudado purulento de la base del ombligo. Es típica del periodo neonatal, siendo la edad promedio de presentación el tercer o cuarto día de vida[2,3].

Las medidas de prevención de onfalitis son: higiene durante el parto, material aséptico para cortar el cordón y lavado de manos cada vez que se manipula el cordón[4]. En el siglo XXI existen diversas investigaciones sobre cuidados del cordón umbilical (CU) comparando diferentes antisépticos, varios estudios demostraron que la higiene con baño y secado en comparación con la aplicación de alcohol no se asoció con un mayor riesgo de onfalitis [4,5]. La triple tinción es un tratamiento usado en Estados Unidos, hay varias investigaciones que comparan la triple tinción con el uso de alcohol para la cura del CU, estos resultados muestran que no existen diferencias entre los grupos de tratamiento para la onfalitis[6,7].

A pesar de que la incidencia de patología infecciosa en el cordón umbilical en nuestro medio es poco frecuente, existen otros problemas que pueden estar derivados de un mal cuidado del mismo como por ejemplo el retraso en la caída del muñón, etc… por lo anteriormente expuesto creo necesario realizar una revisión bibliográfica sobre el cuidado ideal del cordón umbilical en base a la última evidencia científica puesto que tanto en el ambiente hospitalario como en atención primaria no todos los profesionales actúan de la misma forma, creando desigualdades en la atención en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión de las principales guías clínicas y de la literatura científica disponibles en las bases de datos: Pubmed, Cuiden, Scielo y motores de búsqueda Google Schoolar y Mergullador. Se descartan los documentos de hace más de 10 años y se priorizan aquellos con mayor poder científico (metanálisis) así como aquellos más recientes.

RESULTADOS

Existe evidencia de alta calidad de que el cuidado de la piel o el cordón umbilical con clorhexidina en el entorno comunitario produce una reducción del 50% en la incidencia de onfalitis y una reducción del 12% en la mortalidad neonatal.

La aplicación de clorhexidina al cordón reduce el riesgo de mortalidad neonatal y onfalitis en bebés nacidos en el hogar en entornos de alta muerte neonatal. Por lo tanto, se recomienda la aplicación de rutina de clorhexidina, preferiblemente diariamente durante 7 a 10 días después del nacimiento, en estos bebés. Actualmente no hay pruebas suficientes para recomendar esta intervención en bebés nacidos en centros de salud y / o entornos de baja muerte neonatal[8].

Un hallazgo importante de un metanálisis recientemente publicado sugirió que la aplicación del cordón de clorhexidina tiene un efecto significativo en la prevención de la sepsis neonatal / infección del cordón. Este metanálisis de cinco estudios mostró que la aplicación del cordón de clorhexidina reduce el riesgo de infección en un 32% en comparación con el cuidado del cordón seco o el cuidado estándar del cordón. El análisis también mostró que la aplicación del cordón de clorhexidina reduce el riesgo de infección / sepsis severa del cordón en un 77% en comparación con el cuidado del cordón seco. Este hallazgo es consistente con otras revisiones que sugirieron que el uso de clorhexidina para el cuidado del cordón reduce significativamente la muerte neonatal y la sepsis / infección del cordón[8,9].

Otro metanálisis recientemente realizado indicó que la aplicación del cordón de clorhexidina reduce significativamente la mortalidad neonatal en un 13% en comparación con el cuidado del cordón seco en los países en desarrollo. Este hallazgo también está en línea con la revisión sistemática previa que mostró que el uso de clorhexidina para el cuidado del cordón umbilical tiene un beneficio significativo para la reducción de la mortalidad neonatal[10].

Con una calidad de evidencia baja a moderada, se sugiere que el uso de clorhexidina para el cuidado del cordón umbilical del recién nacido en los países en desarrollo ayuda a prevenir la infección / sepsis del cordón neonatal y reduce la mortalidad. También se recomienda a la Organización Mundial de la Salud que la aplicación diaria de cordón de clorhexidina al 4% sea útil en entornos con alta carga de mortalidad neonatal y parto a domicilio[11]. En consecuencia, se puede proponer que la aplicación del cordón de clorhexidina debería ser parte integral de la atención esencial del recién nacido en los países en desarrollo donde la carga de la mortalidad neonatal y el parto a domicilio es muy alta.

Existen estudios recientes que afirman que la aplicación de alcohol sobre el cordón umbilical provocó una caída más larga de este en relación a la cura seca. Además, el riesgo de desarrollar onfalitis y sepsis fue similar a la aplicación de otros antisépticos. Sin embargo, según la evidencia de un pequeño número de estudios, el cuidado en seco se asoció con una mayor colonización por E-coli y la presencia de mal olor; sin embargo, curiosamente no hubo diferencias en la colonización de S. Aureus, que es la principal causa de onfalitis neonatal.

Además se descubrió que el cuidado del cordón seco acorta la caída del cordón umbilical en comparación con la aplicación de clorhexidina (4.24 días versus 5.32 días). Por otro lado el cordón tardó mucho más en desprenderse en los casos de aplicación de alcohol (16.9 días)[13].

CONCLUSIONES

La aplicación de clorhexidina al 4% en RN reduce significativamente la incidencia de onfalitis en nacimientos en el hogar en países con una tasa de mortalidad neonatal superior a 10 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Con la inclusión de los nuevos estudios publicados recientemente se refuerza el nivel de evidencia para recomendar la cura del CU con clorhexidina en países en vías de desarrollo o en partos en domicilio.

No existen diferencias significativas en el cuidado del CU entre la cura seca y la cura con clorhexidina a concentraciones inferiores a 4% en países con baja tasa de mortalidad neonatal y en los nacimientos hospitalarios. Se evidencia que la cura seca es una intervención eficaz en estos contextos y, al ser menos costosa, podría recomendarse para la prevención de onfalitis. Por otro lado ya hemos visto como el empleo de antisépticos provoca un retraso en la caída del cordón umbilical con todo lo que ellos conlleva. Aun así, es conveniente ampliar el conocimiento mediante ensayos clínicos con doble ciego en estos entornos para evaluar ambas intervenciones y así mejorar la práctica en los cuidados aplicados al recién nacido.

En este sentido la asociación española de pediatría sigue la línea de la evidencia actual recomendando en nuestro medio para el cuidado del cordón una limpieza con agua tibia y jabón neutro, con un secado minucioso posterior y poniendo énfasis a mantener seco el cordón en todo momento, cambiando el pañal en número de veces necesarias e incluso tras cada cambio de este[14].

BIBLIOGRAFÍA

1. Karumbi J, Mulaku M, Aluvaala J, English M, Opiyo N. Topical Umbilical Cord Care for Prevention of Infection and Neonatal Mortality. Pediatr Infect Dis J. 2013; 32:78-83. doi: 10.1097/INF.0b013e3182783dc3.
2. Pérez MM, Berasategui HK. [Clinical and epidemiological characterization of omphalitis in a neonatology service]. Medicentro Electrónica [Internet]. 2015 Sep [cited 2017 Feb 28];19(3):157-9. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000300004&lng=es.
3. Risk of mortality subsequent to umbilical cord infection among newborns of southern Nepal: cord infection and mortality. Mullany LC, Darmstadt GL, Katz J, Khatry S, LeClerq S, Adhikari R, Tielsch J. Pediatr Infect Dis J. 2009;28:17–20
4. Sánchez-Luna M, Pallás-Alonso CR, Botet-Mussons F, Echániz Urcelay I, Castro Conde JR, Narbona E. [Recommendations for the care of the healthy normal newborn at delivery and during the first postnatal hours]. An Pediatr. (Barc). 2009;71:349-61. doi: 10.1016/j.anpedi.2009.07.012.
5. Quattrin R, Iacobucci K, De Tina AL, Gallina L, Pittini C, Brusaferro S. 70% Alcohol Versus Dry Cord Care in the Umbilical Cord Care: A Case-Control Study in Italy. Medicine. (Baltimore) [Internet]. 2016 [cited 2016 jul 20];95:e3207. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4998765/. doi: 10.1097/MD.0000000000003207.
6. Golombek SG, Brill PE, Salice AL. Randomized trial of alcohol versus triple dye for umbilical cord care. Clin Pediatr. 2002;41:419-23. doi: 10.1177/000992280204100607.
7. Suliman AK, Watts H, Beiler J, King TS, Khan S, Carnuccio M, et al. Triple dye plus rubbing alcohol versus triple dye alone for umbilical cord care. Clin Pediatr. 2010;49:45-8. doi: 10.1177/0009922808329455.
8. Umbilical cord care in the newborn infant. Stewart D, Benitz W, COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN. https://pediatrics.aappublications.org/content/138/3/e20162149 Pediatrics. 2016;138:0.
9. Imdad A, Mullany LC, Baqui AH, El Arifeen S, Tielsch JM, Khatry SK, et al. The effect of umbilical cord cleansing with chlorhexidine on omphalitis and neonatal mortality in community settings in developing countries:A meta-analysis. BMC Public Health. 2013;13(Suppl 3):S15.
10. Sinha A, Sazawal S, Pradhan A, Ramji S, Opiyo N. Chlorhexidine skin or cord care for prevention of mortality and infections in neonates. Cochrane Database Syst Rev. 2015;3:CD007835.
11. Shariff JA, Lee KC, Leyton A, Abdalal S. Neonatal mortality and topical application of chlorhexidine on umbilical cord stump:A meta-analysis of randomized control trials. Public Health. 2016;139:27–35.
12. World Health Organization. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee.Geneva: WHO; 2017.
13. Al-Shehri H (July 08, 2019) The Use of Alcohol versus Dry Care for the Umbilical Cord in Newborns: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized and Non-randomized Studies. Cureus 11(7): e5103. doi:10.7759/cureus.5103.
14. Cuidados del cordón umbilical. Documento de consenso. Asociación Española de Pediatría (consultado el 22/10/2019).

INVESTIGACIÓN

SERVIZO GALEGO de SAÚDE | Xerencia de Xestión Integrada de Lugo, Cervo e Monforte

DE LA NECROSIS A LA GRANULACIÓN... EL GRAN DESAFÍO

*Gómez López, Marta. *Núñez Hernández ,Maria Irene. *Varela Andrade ,Verónica. *Cereijo Arango ,Alba. *Cornide García ,María Beatriz. **López Díaz, Ana.

* Enfermera del Hospital Universitario Lucus Augusti

** Técnico en cuidados auxiliares de enfermería del Hospital Universitario Lucus Augusti

Mujer de 90 años, con diabetes tipo II , a tratamiento con insulina + ADO con mal control metabólico.
Dependiente con poca movilidad, vida cama-sillón.

OBJETIVOS

-Describir la evolución de una úlcera compleja, con exposición ósea.

-Abordar en domicilio con colaboración de los cuidadores.

-Emplear métodos de cura en ambiente húmedo siguiendo el esquema TIME.

MÉTODOS

Enseñar y motivar al CUIDADOR en técnicas de cambios posturales, reducir la presión, e higiénicas.

FUNDAMENTAL !!

FUERA LO MALO!!
Eliminación tejido no viable: fomento polihexamida 10 min y desbridamiento cortante.

Desbridamiento enzimático...
NO FUNCIONA!!, macera.
¿QUÉ hacemos?

Recurrimos a un clásico, SACAROSA, sorprendente desbridamiento osmótico. Gran capacidad de estimular la granulación...
Ingrediente estrella al alcance de todos !!

Y para llegar a la meta en el menor tiempo posible:
Usamos terapia de presión negativa, proporcionando un resultado óptimo para la epitelización que completamos con matriz lipocoloidal.

2 meses

RESULTADOS:

- Tras 6 meses , epitelización completa e integridad de la piel perilesional.
- Cierre de lesión sin recidivar.

CONCLUSIONES:

- La combinación de tratamientos, basados en la evidencia en función de la evolución del lecho ulceral y el apoyo familiar ha permitido conseguir los objetivos.
- El desbridamiento cortante junto con el osmótico nos permite un rápido y óptimo control de la infección y la eliminación del tejido no viable.
- Se consiguió el control eficaz del exudado con apósito de espuma de poliuretano absorbente.
- El uso de la TPN consigue acelerar la fase proliferativa y de granulación.
- Una crema barrera perilesional mejora la integridad de la piel.

BIBILIOGRAFÍA:

-Eficacia de la sacarosa en el tratamiento de las heridas.Cid González, M.2002
-Zamora Castro Susana, Flamana Franco Maria J Rivero Acosta Yolaisy. Experiencia en la cura de úlceras por presión con sacarosa. Rev Cubana Enfermera (revista en Internet). 2006 Septiembre (citado 2014 Mar 13), 22(3):Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000300006&lng=es.
-Efectividad de la terapia de presión negativa en la cura de úlceras de pie diabético: revisión sistemática González-Ruiz, M.1 ; Torres -González, J. I.2 ; Pérez-Granda, M. J.3 ; Leñero-Cirujano, M.4 ; Corpa-García, A.5 ; Jurado-Manso, J.6 ; Gómez-Higuera, J.

Centros de nacimientos: una nueva realidad en nuestro país, un nuevo reto profesional

Autora principal: Lidia Lestegás Rodriguez · lidialestegas@gmail.com
Co-autoras: Roser Carme Palau Costafreda · rpalau@hmartorell.es;
Sara García Gumiel · sggumiel@gmail.com
Julia Hermida González · j.hermidagonzalez@gmail.com

RESUMEN

El presente escrito trata de mostrar la gran oportunidad que estamos viviendo con el desarrollo de nuevos modelos asistenciales, trasladando el foco al usuario de los servicios, y más concretamente con la apertura del primer Centro de Nacimientos del país.

Abordamos su justificación, las líneas generales de funcionamento así como el reto que supone a nivel profesional.

ABSTRACT

This paper, attempts to show the great opportunity we are now living with the development of new care models, moving the focus to the user of the services, and more specifically, with the opening of the first Birth Centre in the country.

We address its justification, the general lines of operation, as well as the challenge it involves as professionals.

INTRODUCCIÓN

La matrona, enfermera especialista, es reconocida como la profesional responsable y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el apoyo necesario, cuidados y consejo durante embarazo, parto y puerperio. Incluye entre muchas de sus competencias la promoción del nacimiento normal, y la detección de complicaciones en el binomio madre-bebé.

El código deontológico de la matrona incluye en su punto tres "la matrona proporcionará sus servicios basados en la mejor evidencia científica y desde la perspectiva holística del proceso sexual y reproductivo" (1).

En abril de 1985, la Oficina Regional Europea de la OMS, la Organización Panamericana de Salud y la Oficina Regional de la OMS para las Américas, organizaron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto (2) , de dónde surgieron las recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento, iniciando así un proceso de "normalización del parto", que instaba a los estados a revisar la tecnología empleada en los mismos, y reconocía que cada mujer debería elegir el tipo de parto que desea.

En España, es a partir de los años 90, cuando grupos de mujeres y profesionales empiezan a plantearse que la asistencia al parto es demasiado intervencionista y a raíz de ello surgen distintos documentos que abogan por el parto normal (3) (4) (5) (6).

Entramos así en un proceso de transformación global en el modelo de atención al nacimiento, centrado en la atención personalizada e integral hacia la mujer, que mejora su protagonismo, así como su participación. (3)

El máximo exponente se alcanza con la publicación del Plan de Parto y Nacimiento (7) (8).

El "Birth Place Study" (9) , estudio de cohortes realizado en Reino Unido, realizado sobre más de 64.000 nacimientos de bebés de mujeres embarazadas de bajo riesgo, mostró que las mujeres que habían planeado un parto en una unidad liderada por matronas (opción, junto con el parto en sala obstétrica convencional y el parto en casa, ofertada por el sistema nacional de salud) tenían menos intervenciones que aquellas que habían planeado dar a luz en una unidad obstétrica convencional, sin que empeorasen los resultados perinatales. Los autores del

estudio concluyen que los resultados abalan una política sanitaria que ofrezca a las mujeres sanas, con embarazos de bajo riesgo (actualmente clasificados como "embarazo normal"), que escojan dónde dar a luz.

Por todos los motivos expuestos, el *Servei Català de Salut* ha dado un gran paso adelante a la hora de devolverle a las matronas su autonomía en la atención al parto de bajo riesgo.

Desarrollo del proyecto.

Integrada en un proyecto de creación de siete Centros de Nacimiento a lo largo del territorio catalán, el *Centre de Naixements* (Centro de Nacimientos) o *Casa de Parts* (Casa de Partos) de la Fundació Hospital Sant Joan de Déu de Martorell, en la provincia de Barcelona, acogió su primer nacimiento el día 14 de diciembre de 2017.

Este proyecto, que está a punto de cumplir dos años, echó a andar en mayo de 2017, con reuniones Inglaterra-España vía Skype y con el diseño de la sala.

En agosto de ese mismo año se empezaron a plasmar los criterios de admisión, los "protocolos de atención al parto natural" en el Centro de Nacimientos, y también los "protocolos de atención al parto natural" en la Sala de Partos, para aquellas mujeres a las que no se les recomendase, por su situación de salud, dar a luz en el Centro de Nacimientos, pero que, sin embargo, deseasen un parto natural.

Antes de abrir sus puertas, todos los profesionales que entrarían en contacto con las mujeres, fueron formados no sólo en la atención normal y sus protocolos de actuación, según su perfil asistencial, sino, en su papel en caso de que se dieran diferentes situaciones de emergencia.

A punto de celebrar sus dos años de vida, también estamos a punto de celebrar el parto número 100 dentro de la Casa de Partos, y con ello, la publicación de los primeros resultados obtenidos en los que el equipo de matronas, estamos trabajando, y que esperamos muy pronto poder presentar.

¿Cómo funciona?

Para realizar la captación de mujeres, se informa sobre su existencia en las consultas de atención primaria y se realiza una visita informativa al mes, de dos horas de duración, a la que todas las mujeres pueden acudir libremente, ofrecida por una de las matronas del equipo. Toda gestante, sea o no de la población de referencia del centro, si lo desea, puede ser incluida en el circuito.

Si están interesadas, se concierta con ellas una cita personalizada en la semana 36 para hablar de los pormenores de la asistencia (cómo se realizará la auscultación fetal, motivos de traslado…), repasar su historia clínica, hablar de su plan de parto, y realizar la clasificación de riesgo. Cómo resultado preliminar, podemos compartir que el 84% de las mujeres interesadas que realizaron una primera visita en 2018, cumplían criterios de inclusión.

Posteriormente, se programarán visitas en la semana 38, 40, 41 y, a partir de este momento, cada dos días. Así mismo, una vez llegada la semana 41 de gestación, y cómo proyecto piloto, se ofrece la aplicación terapias complementarias para tratar de prevenir que se alcance el período de gestación postérmino. También realizamos dos sesiones mensuales de actividades grupales para que las interesadas y sus acompañantes se familiaricen con el entorno, el personal, resolver dudas y, en definitiva, crear un ambiente que propicie la relajación en el día del parto que ayude en sus resultados finales.

Se dispone de una línea telefónica, abierta 24h al día, de contacto directo con la matrona que asesora a la mujer sobre el momento más adecuado para acudir al hospital, para tratar de reducir, de esta manera, las visitas en fase de preparto, si no hay signos de alarma; y por supuesto, para consultar en caso de que estos aparezcan, sobre la actuación a seguir. La misma línea telefónica nos sirve para resolver consultas de lactancia o puerperales, en las que damos asistencia telefónica o derivamos al centro más adecuado según la situación que se presente (centro de atención primaria o urgencias hospitalarias).

¿Qué cambios introduce en el Hospital?

Entre otros, y tanto para mujeres seguidas en casa de partos como en mujeres que desean dar a luz en la sala de partos, se ha modificado el "protocolo de rotura prematura de membranas", ofreciendo la opción de alta domiciliaria hasta 18 horas tras la misma, con una serie de recomendaciones (como observar el color del líquido regularmente, o la toma de temperatura corporal cada cuatro horas, entre otros). También se ha reducido el número de registros cardiotocográficos basales de control en base a la evidencia científica actual y se han ampliado los tiempos para recomendar la inducción de parto por gestación cronológicamente prolongada.

Además, se ha creado un protocolo que permite a la mujer que lo desee estar acompañada durante la cesárea, realización de piel con piel en quirófano y se evita la

separación del bebé y la madre si ambos están estables hasta llegar a la planta.

Por otra parte, al haberse modificado el protocolo de asistencia al parto natural también en sala de partos, los cambios no sólo están llegando para los embarazos normales, sino para todas las mujeres. Si bien no se dispone de una cohorte de control, por motivos éticos, los resultados preliminares muestran una reducción de un 8% en la tasa de cesáreas del centro desde la modificación de los protocolos, y estamos a la espera de obtener los resultados definitivos para su publicación.

Las mujeres que han tenido un parto normal, con un bebé sano, y siempre que el SGB materno fuese negativo, disfrutan de la opción de marcharse a su casa al día siguiente del parto. Esta elección fue tomada por el 54% de las madres, lo cual supone a priori una potencial disminución del gasto sanitario.

Acompañamiento

Y sin lugar a dudas, el cambio que las matronas podemos reseñar cómo motor principal para producir un cambio significativo sobre los resultados, es la diferencia en el ratio de asistencia, ya que en la casa de partos la matrona al cargo se ocupará íntegra y exclusivamente, de una mujer en trabajo de parto durante toda la evolución del mismo (10).

El reto profesional

Las matronas de la casa de partos no sólo asistimos los partos en la Casa de Partos: si surge alguna complicación que requiere el traslado (por ejemplo, una distocia de dilatación), la matrona que está cuidando de la mujer, seguirá sus cuidados en la Sala de Partos, y transferirá la responsabilidad al/a la compañera ginecóloga, pero manteniendo su papel en el acompañamiento y asistencia.

En el caso de mujeres de bajo riesgo que deseen dar a luz en Sala de Partos, también serán acompañadas por la matrona, a menos que surja alguna complicación, momento en el que el/la responsable será, de nuevo, el/la obstetra, que será siempre el profesional de referencia en los partos de alto riesgo.

Además, las matronas, somos las encargadas de dar las charlas informativas sobre la Casa de Partos, de realizar los talleres grupales, las visitas de seguimiento del embarazo, los monitores cardiotocográficos basales de control, la asistencia instrumental y circulante en casos de cesárea, las evaluaciones puerperales en la planta

de obstetricia, gestionamos el alta de las mujeres que han tenido un parto eutócico (en cualquiera de los dos bloques) y entregamos e informamos de los cuidados postparto en todas las altas (incluyendo partos instrumentales o cesáreas), damos soporte a las lactancias de las mujeres ingresadas junto a las enfermeras de planta y realizamos consultas de lactancia programadas a las mujeres que, una vez ya en su domicilio, han tenido complicaciones o requieren de apoyo especializado.

El proyecto, por lo tanto, llega mucho más allá de la apertura del Centro de Nacimientos en si mismo: implica aplicar gran parte de nuestras competencias de matrona y no sólo la asistencia al parto normal.

Poder enfermero

Durante siglos las matronas hemos sido relegadas a un segundo plano en cuanto a la atención al parto normal. La ciencia ha devuelto legitimidad a la defensa de nuestra valía profesional: según la revisión publicada en la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal , la atención al embarazo, parto y puerperio por modelos dirigidos por matronas, proporciona mayores beneficios que otros modelos médicos o de atención compartida y sin efectos adversos, ya que disminuye la utilización de analgesia regional y episiotomía durante el parto, aumenta la tasa de parto vaginal espontáneo con una mayor sensación de control de la mujer y con una mayor probabilidad de ser atendida por matronas conocidas, así como una mayor tasa de inicio de la lactancia materna. La tasa de cesáreas y la muerte fetal y neonatal general es similar en los diferentes modelos de atención, y además la satisfacción parece mayor. (6)

Trabajar en equipo, fomentando las relaciones entre profesionales y los canales de comunicación es probablemente el gran reto al que nos enfrentaremos con la modificación de prácticas que llevaban décadas instauradas.

Entender la aparición de nuevos modelos, no cómo una lucha de competencias, sino como una forma de mejorar y especializar los cuidados que podemos ofrecer a la mujer es probablemente la clave para que estos persistan en el tiempo.

Contamos en nuestro país con un perfil profesional muy especializado en la atención al embarazo, parto y puerperio normal: la enfermera especialista en enfermería obstétrico-ginecológica, la matrona. Y cada vez es más la evidencia que se suma a la hora de apoyar nuestros cuidados (11) (12) (13) (14).

En estos momentos de cambio, debemos seguir dando pasos adelante sin dejar que la anorexia de poder (15) limite la evolución de los cuidados a la mujer.

Las matronas podemos y debemos liderar, sin miedo, el cambio hacia la apertura de un nuevo modelo asistencial en coordinación con obstetras y neonatólogas, en el que la mujer, centro del proceso, pueda elegir dónde dar a luz, ya que, cómo hemos visto, no sólo es un compromiso con su autonomía (17) y capacidad de decisión, sino con la última evidencia científica disponible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Matronas AEd. Código deontológico de las matronas españolas. 2011. Disponible en: https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/Asociaci%C3%B3n-Espa%C3%B1ola-de-las-Matronas-Espa%C3%B1olas.-C%C3%B3digo-deontol%C3%B3gico-de-las-matronas-espa%C3%B1olas.-2011.pdf.
2. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento. Declaración de Fortaleza 1985. The Lancet. 1985 Abril; 2: p. 436-437.
3. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
4. Grupo técnico de trabajo de la Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: Una guía práctica. Ginebra: OMS, Departamento de Investigación y Salud Reproductiva; 1996.
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe sobre la Atención Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
6. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. 2010..
7. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado. Latino-Am. Enfermagem. 2015 Mayo-Junio; 22(3).
8. Grupo de Trabajo del equipo Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Parto y Nacimiento. 2011..
9. Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. BMJ. 2011 Noviembre; 343(7400).
10. Homer C, Brodie P, Sandall J. Midwifery Continuity of care. Segunda ed.: Elsevier; 2019.
11. Escuriet R. Midwives' contribution to normal childbirth care: Cross-sectional study in public health settings, the MidconBirth Study protocol. European Journal of Midwifery. 2017 Septiembre.
12. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. The Lancet. 2014 Junio; 384(9948): p. 1129-1145.
13. Vedam S, Stoll K, MacDorman M. Mapping integration of midwives across the United States: Impact on access, equity, and outcomes. Plos One. 2018 Febrero; 13(2).
14. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A. Midwife led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016 Abril; 4(CD004667).
15. Lunardi V, Peter E, Gastaldo D. ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión a cerca de la anorexia de poder. Enfermería Clínica. 2006 Septiembre; 16(5): p. 286-274.
16. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. OMS; 2018.
17. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. Boletín oficial del Estado, nº 274, (15-11-2002)

El Eco-Doppler en las venopunciones periféricas: Avances en Enfermería, un futuro próximo

Jessica Fernández Pacio · jessipacio@gmail.com

RESUMEN

Los objetivos principales de mi investigación son conocer la eficacia del eco-doppler para la implantación de vías venosas periféricas y las personas que se beneficiarían de dicha técnica en el Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA) en marzo del 2018.

Para conseguir dichos objetivos realicé una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos y utilicé una serie de palabras claves y filtros para la selección de información y recopilación de los estudios.

Gracias a la fusión de los descubrimientos de Christian Doppler (el efecto doppler) y los hermanos Currie (el efecto piezoeléctrico) en la actualidad disfrutamos de diversas aplicaciones de la técnica eco-doppler. El uso de dicha técnica por parte del personal enfermero en la implantación de vías venosas periféricas está siendo uno de las investigaciones actuales, la cual demuestra no solo su beneficio económico sino también a nivel profesional y sobre todo en satisfacción al paciente.

PALABRAS CLAVE: Eco-Doppler, ecografía, ultrasonidos, venosa, canalización, periférica.

ABSTRACT

The Eco-Doppler in peripheral venopunctio: Advances in nursing, a near future.

The main objectives of my research are to know the efficacy of Doppler ultrasound for the implantation of peripheral venous lines and the people who would benefit from this technique at the Lucus Augusti University Hospital (HULA) in March 2018.

To achieve these objectives, I made a literature search in different databases and used a series of keywords and filters to select information and compile the studies.

Thanks to the merger of the discoveries of Christian Doppler (the Doppler effect) and the Currie brothers (the piezoelectric effect), we currently enjoy various applications of the eco-Doppler technique. The use of this technique by nurses in the implantation of peripheral venous lines is one of the current investigations, which shows not only its economic benefit but also at a professional level and above all in patient satisfaction.

KEYWORDS: Eco-Doppler, Sonography Ultrasound, Venous, Canalization, Periphera.

INTRODUCCIÓN

Una de las técnicas más utilizada en las instituciones sanitarias para el diagnóstico, apenas desarrollada en ciertas áreas, pero con inimaginables posibilidades, es la ecografía.

La ecografía, también llamada ultrasonografía y/o ecosonografía, es una técnica basada en los ultrasonidos, indolora y no invasiva que los profesionales sanitarios utilizan para visualizar diversos órganos del cuerpo humano.

La ecografía utiliza el ecógrafo, este emite, a través de su transductor, ultrasonidos al organismo, que transcurren a través de sus estructuras, colisionan contra el órgano a estudiar y regresan al extremo del transductor donde son captados y trasformados en imágenes diagnósticas. Cuando estudia el flujo sanguíneo se denomina ecografía-doppler o eco-doppler.

El eco-doppler se basa en la combinación del efecto doppler y efecto piezoeléctrico, se descubrieron independientemente a mediados del siglo XX fusionándose posteriormente para dar lugar a dicha técnica. Gracias a esta combinación el eco-doppler se basa en el mismo principio que la ecografía, la emisión de ultrasonidos, pero en este caso estudia los eritrocitos, gracias a un pro-

ceso que calcula las características del flujo sanguíneo a través de la "ecuación doppler".

La aplicación más reciente, actualmente en estudio, es conocer la eficacia que tiene el uso del eco-doppler para la implantar catéteres venosos periféricos por el personal enfermero y conseguir instaurar dicha técnica en todo el territorio nacional.

Objetivos generales

Conocer la eficacia de la ultrasonografía para implantación de catéteres venosos periféricos y número de personas beneficiarias de dicho procedimiento en el HULA (marzo 2018)

Objetivos específicos

- Investigar el origen de la técnica doppler para comprender el funcionamiento del equipo.
- Conocer los beneficios de la ecografía frente a otras técnicas de diagnóstico de imagen.
- Recopilar estudios que demuestran la utilidad del eco-doppler en las punciones venosas periféricas.

MATERIAL Y MÉTODO

Para mi investigación fue necesario detectar, obtener y consultar varios documentos, así como extraer y recopilar información de interés, por ello utilicé buscadores como *Google*, buscadores científicos como *Google Académico*, bases de datos como *Pubmed,* con la que se accede a citas y resúmenes de Medline y *MedlinePlus,* portales de información, difusión de revistas y otros documentos (tesis, libros etc.) como *Dialnet*, y por último plataformas de investigación y colaboración como *ReserchGate.*

Para realizar búsquedas concretas y seleccionar la información utilicé palabras claves como "*ecografía*", "*eco-doppler*", "*venopunciones*, "*ultrasonidos*" etc.

Después de mis primeras búsquedas, me vi en la necesidad de seleccionar la información de manera meticulosa para evidenciar la importancia de cada artículo, utilizando solo artículos, ensayos o estudios que se centraran en mi tema "*el eco-doppler en las venopunciones periféricas*" y dentro de estos los que describían el objetivo y exponían sus resultados. Posteriormente decidí ordenarlos de manera que fuera más sencillo distinguir las conclusiones obtenidas y exponer uno o dos estudios de cada ítem, suficientes para exponer los diferentes beneficios que puede aporta el uso de dicha técnica.

Para ello utilicé 11 artículos:

- 2 estudios basados en revisiones bibliográficas sobre el eco-doppler en las canalizaciones venosas periféricas.
- 1 estudio basado en una muestra sobre el eco-doppler en la canalización venosa periférica, independiente del personal que la realiza.
- 3 estudios basados en la realización de la canalización venosa periférica eco-guiada por parte del personal enfermero exclusivamente: Sobre el número de punciones y el costo sanitario, sobre la percepción de dificultad y sobre la satisfacción del paciente.
- 3 estudios comparativos con la canalización venosa central.
- 2 estudios basados en la optimización de la técnica.

Método

Es un trabajo científico que estudia de forma exhaustiva la aplicación de la técnica del eco-doppler en la canalización venosa periférica. Una investigación *exploratoria* cuyo propósito es comprender las aplicaciones de dicha técnica, *descriptiva* cuya finalidad es explicar el origen del eco-doppler, su funcionamiento y sus características frente a otras técnicas y *explicativa* ya que justifica, con diversos estudios, los motivos por los que el eco-doppler debe ser utilizado en las canalizaciones periféricas.

Esta investigación a su vez es *cuantitativa,* se basa en estudios, artículos y ensayos que recogen y analizan elementos que pueden ser medidos o cuantificados y un estudio propio para obtener unos resultados concluyentes, así como *cualitativa* por su búsqueda y el uso de estudios basados en revisiones bibliográficas.

Por último, es un estudio *experimental* ya que utiliza como muestra el número de pacientes que pasaron por el servicio de Urgencias del HULA en un tiempo determinado (marzo 2018) para observar el beneficio que aporta el empleo de las canalizaciones periféricas eco-guiadas.

RESULTADOS

Historia de la Ecografía y Eco-doppler

El eco-doppler consiste en la combinación de la imagen obtenida por el modo B de la ecografía y la detección del flujo mediante doppler. Esta técnica precisó del

descubrimiento del efecto doppler empleado por el ecodoppler y efecto piezoeléctrico por la ecografía.

Historia del Efecto Doppler

Christian A. Doppler, físico austríaco, observó por primera vez en las ondas sonoras el fenómeno Doppler mencionándolo en un congreso de Ciencias Naturales en Praga, (1842) (*El color de la luz en las estrellas binarias y otras estrellas del cielo*), (Fresquet, 2004), lo que constituye el fundamento de la técnica doppler actualmente.

Doppler definió el Efecto Doppler como "*el cambio aparente de tono o frecuencia de sonido recibida respecto a la emitida, se da cuando la distancia entre el emisor y el receptor cambia, tanto por el movimiento de la fuente del sonido o del receptor*".

Christoph Ballot, (Junio 1845) utilizó un grupo de músicos subidos a un tren en marcha tocando una nota musical, y otros en la estación que imitarían la misma nota, confirmando así la teoría de Doppler; el tono emitido por una fuente que se aproxima al observador es más agudo que si la fuente se aleja *(Domínguez Álvarez, s.f.).*

Armand H.L. Fizeau, físico francés, generalizó el trabajo de Doppler aplicando su teoría a las ondas luminosas. En 1848 determinó que los cuerpos celestes que se acercan a la tierra eran vistos de color azul y los que se alejaban de color rojo, se aproximan, respectivamente, hacia el extremo ultravioleta e infrarrojo, es decir, las ondas luminosas y las sonoras se vuelven más altas cuando se aproximan y más bajas cuando se distancian. Por eso el efecto Doppler también se conoce como efecto Doppler-Fizeau.

Aun así, el efecto doppler no se empleó en medicina hasta el siglo XX cuando se fusionó con el ultrasonido, basado en otro fenómeno.

Historia del Efecto Piezoeléctrico

A mediados del siglo XVIII, Carl Linnaeus y Franz Aepinus, ya hablaban del "efecto piezoeléctrico". No fue hasta 1880, cuando los hermanos Pierre y Jacques Curie, descubrieron que, si se ejerce una presión mecánica sobre ciertos materiales como el cuarzo o la sal de Rochelle se produce el efecto piezoeléctrico.

El matemático Gabriel Lippman demostró que existía un efecto piezoeléctrico inverso (Voss, 2014), gracias a él y a los hermanos Curie, se formuló la teoría de la piezoelectricidad (1881) "*algunos cristales se deforman por la acción de fuerzas internas y producen unas oscilaciones en forma de ondas, similares a las del sonido, pero con una frecuencia muchísimo mayor, por encima del rango audible por el ser humano*".

Durante la evolución de la investigación surgieron varios períodos de latencia que finalizaban con el estímulo de las guerras: con la Primera Guerra Mundial (1914-1918) y el hundimiento del Titanic (1912) surgiendo la idea de utilizar los ecos ultrasónicos para detectar objetos sumergidos así, P. Langevin y Chilowsky crearon el primer generador para medir profundidades conocido como Sound Navegation and Ranging (SONAR) y con la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) se reanudó la investigación en la medicina, utilizando su capacidad destructiva *(Martínez Serrano, s.f.)*

La literatura atribuye como pioneros a K. Dussik y a J. Wild del uso de los ultrasonidos como herramienta de diagnóstico *(Martínez Serrano, s.f.).*

Las aplicaciones de los ultrasonidos, sus equipos y tipos de imágenes evolucionaron rápidamente:

- Las primeras investigaciones usaban la modulación de ecos en una línea horizontal por medio de un oscilógrafo que registraba las ondas unidimensionalmente (modo A).
- D. Horwry y J. Holmes (1951) elaboraron un equipo capaz de hacer imágenes bidimensionales (modo B), usando un tanque donde se sumergía al paciente y un transductor móvil (*Ilustración 1*) *(Martínez Serrano, s.f.)*.

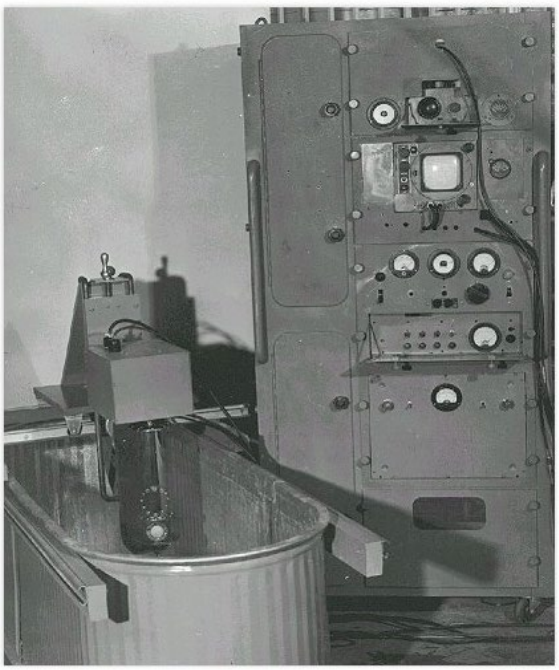


Ilustración 1: Ecógrafo de D. Horwry y J. Holmes.

- Horwry y T. Brown (1957) mejoraron el primer scanner bidimensional dando lugar al scanner de contacto directo bidimensional *(Woo, s.f.)*, eliminaba la necesidad de inmersión completa e incluía un transductor en un anillo rotador que se movía dentro de una cubeta semicircular quedando hermético al cuerpo del paciente *(Ilustración 2) (Martínez Serrano, s.f.)*.

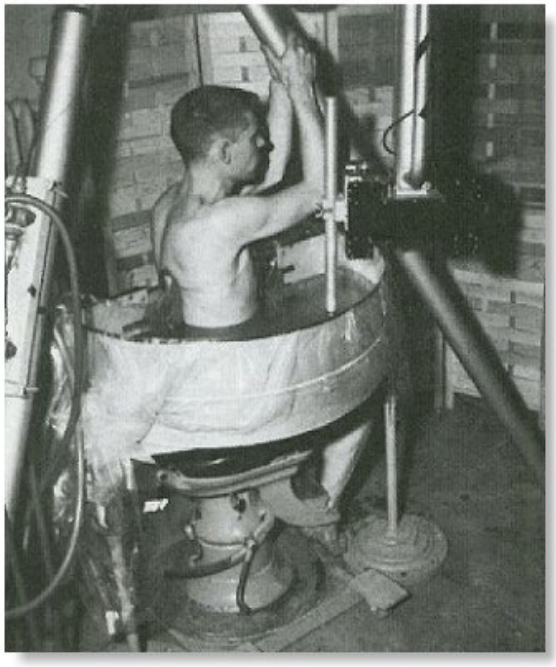


Ilustración 2: Equipo de J. Horwry y T. Brown.

En los años 60, la organización Physionics Inc. desarrolló y comercializó el primer prototipo con brazo articulado, se introducía el transductor en una bolsa de agua manteniendo contacto directo con el paciente (*Ilustración 3*) *(Martínez Serrano, s.f.)* obteniendo así imágenes en tono de grises en 2D *(Corona Franco, 2012)*.

Ilustración 3: Equipo de Physionics Inc.

- En los años 70-80, la incorporación de ordenadores a los equipos *(Ilustración 4)* permitió procesar las ondas directamente y obtener imágenes digitales en movimiento en tiempo real (modo M) *(Woo, s.f.)*.

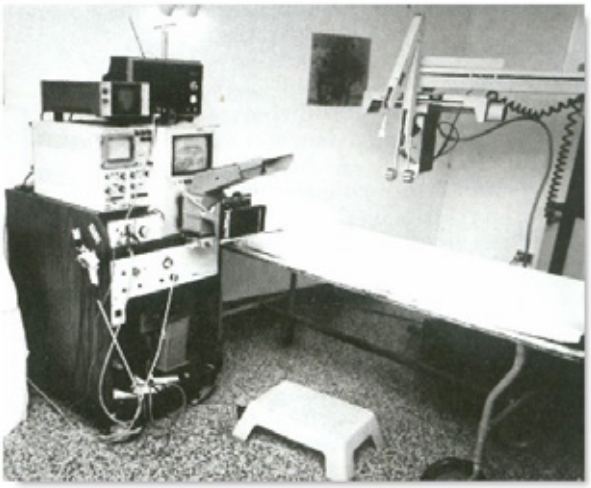


Ilustración 4: Ecógrafo de los 70-80.

Historia del Eco-Doppler

Sigeo Satomura (1959) mostró la aplicación del efecto Doppler *(Díaz Murillo, s.f.)* pero no fue hasta 1970 Donal Baker desarrolló el primer prototipo de eco-doppler ("dupplex scanning") asociando la imagen bidimensional de ultrasonidos (modo B) con la detección del flujo mediante el registro doppler.

Con el tiempo la técnica Doppler se convirtió en la clave diagnóstica para la evaluación hemodinámica, así en los años 80 aparecen los primeros equipos Doppler Color que mostraban la información del flujo con un mapa de colores, además de poder visualizar la imagen bidimensional (modo B) para analizar las estructuras de los órganos y evaluar gráficamente los movimientos y comportamientos de estos en tiempo real (modo M) facilitando el análisis del flujo sanguíneo *(Corona Franco, 2012)*.

Al inicio de los 90 y hasta la fecha los equipos evolucionaron lentamente, mejorando su desarrollo para diferentes aplicaciones de órganos, así como para el estudio vascular, la relación señal a ruido (SNR), la resolución al visualizar diferentes estructuras del cuerpo humano y complementando los dispositivos con aparatos para enviar por red los estudios realizados *(Corona Franco, 2012)*.

Actualmente se obtienen imágenes en 3D y 4D en tiempo real para una mejor apreciación de la anatomía humana, pero sigue siendo desaprovechada esta tecno-

logía, su uso es puramente "estético", aún así los equipos de ultrasonidos siguen evolucionando, desarrollando y perfeccionándose para beneficiar al paciente. *(Díaz Murillo, s.f.).*

Funcionamiento del Eco – Doppler

En el diagnóstico clínico empleamos el efecto Doppler para valorar el movimiento de la sangre, para obtener dicha información se utiliza un dispositivo denominado ecógrafo que cuenta con un transductor que en un primer momento actúa como fuente estática de emisión de ondas ultrasónicas, se sitúa frente a la estructura a estudiar y produce un pequeño voltaje en los electrodos del cristal piezoeléctricos, estos vibran y emiten un haz ultrasónico que se propaga dentro del paciente, dichos ultrasonidos emitidos son reflejados y trasmitidos por los tejidos y regresan al transductor, que en segundo lugar actuará como fuente estática receptora, los cristales piezoeléctricos vuelven a vibrar, estas vibraciones son transformadas en corriente eléctrica, amplificadas y enviadas a un ordenador donde son interpretadas y modificadas; cada onda ultrasónica recibida es un punto luminoso, este efecto reiterado da lugar a un millón de puntos que, en conjunto, forman la imagen ecográfica *(Fresquet, 2015).*

Para conocer el flujo sanguíneo se analiza la velocidad de movimiento de los hematíes que constituyen el mayor componente sanguíneo, para ello se utiliza la "ecuación del efecto doppler" *(Vidal Isarria, s.f.).*

Ecuación del Efecto Doppler

Cuando las ondas ultrasónicas son emitidas y colisionan con los hematíes producen un eco que es captado por el transductor, la onda incidente (Fi) y la reflejada (Fr) generan una variación de frecuencia doppler (AF) que se denomina "cambio de frecuencia doppler" o simplemente "frecuencia doppler" *(Ver ilustración 5).*

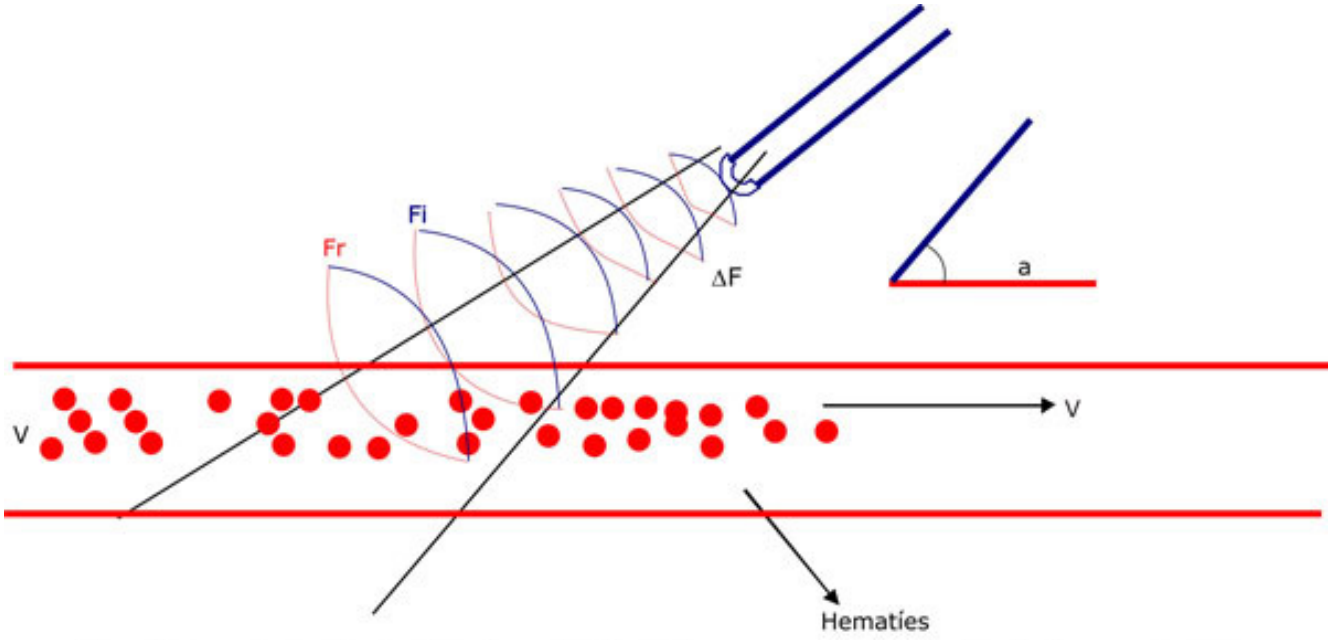


Fig. 1. La onda incidente (Fi) y la reflejada (Fr) generan una variación de frecuencia (ΔF), que es proporcional a la velocidad (V) de los hematíes y al coseno del ángulo (a) formado entre el haz ultrasónico y la dirección del flujo. [12]

Ilustración 5: Parámetros para la Ecuación Doppler.

La AF es directamente proporcional a la velocidad de los hematíes (V), la frecuencia de Fi y del ángulo de incidencia (cos a) e inversamente proporcional a la constante de velocidad de transmisión del haz ultrasónico (c = 1540 m/s).

Con estas variables se puede averiguar la velocidad del flujo sanguíneo por la ecuación doppler *(Ver ilustración 6)* y obtener la imagen ecográfica completa.

$$\Delta F = \frac{2 \cdot v \cdot Fi \cdot \cos a}{c}$$

Ilustración 6: Ecuación de Efecto Doppler

Cuando el flujo se dirige hacia el transductor, la frecuencia recibida será mayor que la emitida, dando lugar a una frecuencia doppler en color rojo, en cambio cuando el flujo se aleja de la fuente emisora, el transductor percibe frecuencias menores que las emitidas en color azul *(Vidal Isarria, s.f.)*.

Beneficios e inconvenientes del Eco-Doppler

Con la intención de diagnosticar, la ecografía es un procedimiento de los más empleados, pero no el único, por lo que se deben conocer sus beneficios e inconvenientes respecto a otras técnicas de diagnóstico de imagen como la Tomografía Axial Computarizada (TAC), la Radiografía y la Resonancia Magnética (RNM) *(ver tabla 1)*.

Tabla 1: Diferencias entre los diversos diagnósticos de imagen

	TAC	RNM	Radiografía	Ecografía
Método para originar imágenes	Rayos X (múltiples haces)	Imán electro-magnético	Rayos X (un haz)	Ondas sonoras de alta frecuencia
Radiaciones	Radiaciones Ionizantes	No	Radiaciones Ionizantes	No
Visualización	Reconstrucción de estructuras en 3D. Lesiones óseas.	Todo lo que no sea hueso	Huesos	Examina órganos y otras estructuras como vasos sanguíneos (Eco Doppler)
Desarrollo del método	Lento (aprox 30 minutos)	Lento (aprox 45-60 minutos)	Rápido (5-10 minutos)	Rápido (10 minutos)
Penetración en el organismo	Método invasivo administración de contraste. No invasivo.	Método invasivo administración de contraste. No invasivo	Método no Invasivo	Método no Invasivo
Dolor	No, a excepción de la administración del contraste	No	No	No
Contraindicación	Si, debido a la radiación ionizante.	No	Si, debido a la radiación ionizante.	No
Posición	Inmóvil	Inmóvil	Inmóvil	Se aconseja inmóvil.
Preparación	Si	Si	No	Si

Tras conocer las diferencias entre las diversas técnicas diagnósticas de imagen podemos decir que aparte de ser una prueba rápida y cómoda para el paciente, un métodos no invasivos y no dolorosos, que no precisa de la administración de ningún contraste por lo que no presenta consecuencias sobre la salud mismo *(Saceda Corralo, 2018)*, la principal ventaja que presenta la ecografía doppler es que nos permite conocer el estudio en tiempo real de los órganos y su flujo sanguíneo junto con la posibilidad de congelar la imagen para estudiar detenidamente la zona observada *(MedlinePlus, 2018)*.

El diagnóstico depende mucho de la experiencia de la persona que realiza la prueba y de las imágenes obtenidas, saliendo distorsionadas o poco nítidas por la presencia de aire o grasa en el organismo *(Radiologyinfo.org, 2018)*.

Venopunción periférica ecoguiada

La canalización intravenosa es un procedimiento invasivo y rutinario que permite un acceso directo a la circulación venosa, esta puede resultar complicada y dolorosa, dando lugar a un mayor número de punciones o uso de otro tipo de catéteres, aumentando la posibilidad de infección, riesgo de lesión y gasto sanitario (*Peña González, 2015).* Su manipulación no está exenta de complicaciones, pero algunas pueden evitarse realizando el procedimiento con un equipo apropiado y unos niveles de higiene óptimos *(Moore, 2014).*

El uso de una guía ecográfica puede no ser la primera opción para el acceso venoso periférico, pero diversos estudios demostraron mejorar la tasa de éxito reduciendo el gasto sanitario, disminuye el tiempo requerido para obtener accesos venosos y aumenta la satisfacción del paciente *(Moore, 2014).*

Algunos de estos estudios son artículos que demuestran la efectividad de la técnica a través de revisiones bibliográficas utilizando diferentes criterios de inclusión y exclusión.

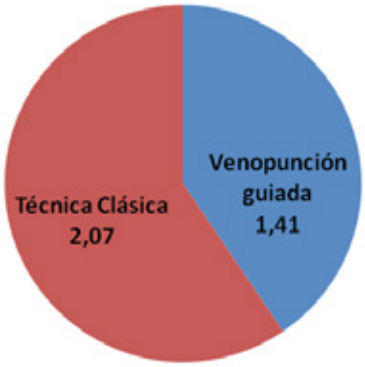


Grafico 1: Resultados "Técnica clásica vs venopunción ecoguiada"

El estudio publicado en la revista electrónica trimestral: "*Enfermería Global*" revela un artículo con el título: "*Efectividad de la ultrasonografía en la punción venosa periférica: revisión integradora*", tenían como objetivo mostrar la efectividad de la ultrasonografía en la punción venosa con relación al método tradicional. (Gráfica 1) *(Danski, Maciela, Meier, & Pedrolo, 2016)*

Jeffrey Heinrichs y su equipo, con el estudio*: "Canalización intravenosa periférica ecoguiada por ultrasonografía de niños y adultos: una revisión sistemática y metanálisis"* tenía como objetivo evaluar la guía ecográfica en la canalización venosa periférica, separando los datos obtenidos en: datos pediátricos y adultos, en unidades de urgencias, UCI y *quirófano. (Gráfica 2 y 3) (Heinrich, Fritze, Vandermeer, & Curtis, 2017).*

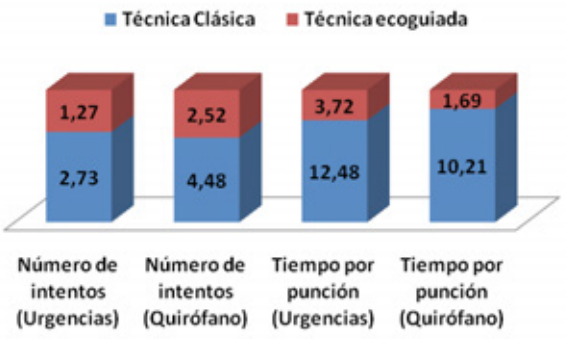


Grafico 2: Resultados pediátricos.

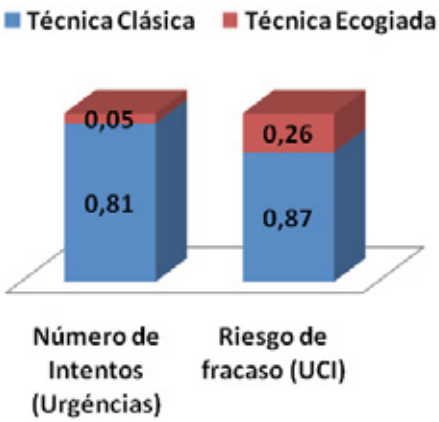
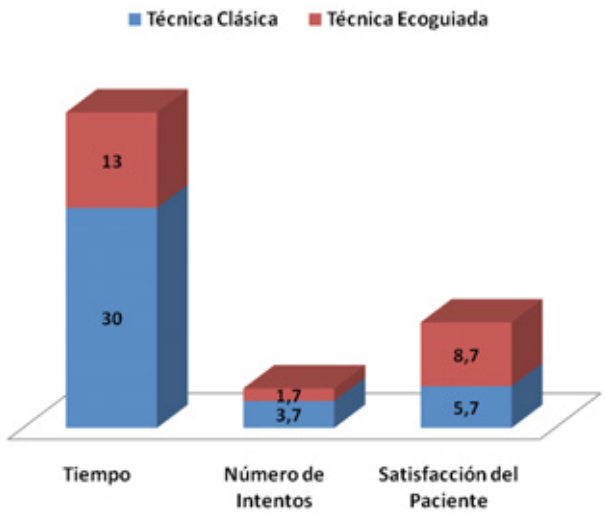


Grafico 3: Resultados en adultos.

Hay estudios, que demuestran los beneficios del uso del eco-doppler, con trabajos de campo y número de muestra.

El estudio:"*Acceso intravenoso periférico guiado por ecografía Vs abordaje tradicional en pacientes con accesos venosos difíciles*" realizado por el departamento de Medicina de emergencias de la Facultad de Medicina de la Universidad de Drexel, (Filadelfia) evalua la tasa de éxitos en la colocación de catéteres intravenosos periféricos en pacientes de dificil acceso. *(Gráfica 4) (TG, AK, & JP., 2005).*

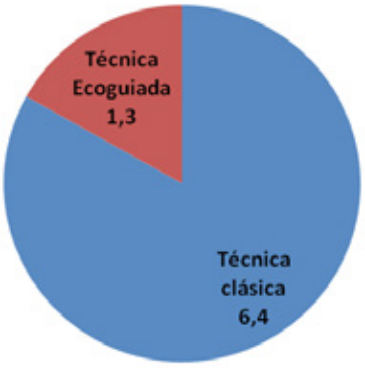


Grafica 4: Resultados sobre el tiempo, número de intentos y satisfacción del paciente.

La enfermería en la venopunción periférica ecoguiada

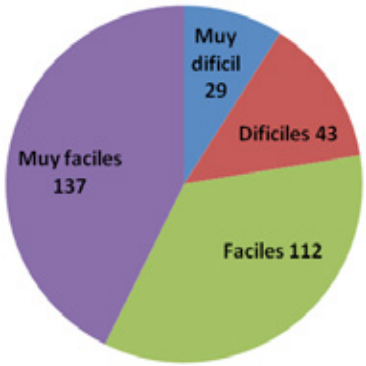
Las vías venosas periféricas generalmente son insertadas por personal enfermero, y el uso de ultrasonidos ha demostrado tener una alta tasa de éxitos con dichos profesionales *(Moore, 2014)*.

El estudio de Walker: "*Esquema de canalización de ultrasonido dirigido por una enfermera*" tenía como objetivo demostrar el éxito de la canalización periférica guiada por enfermería. (*Gráfica 5) (Walker, 2009).*



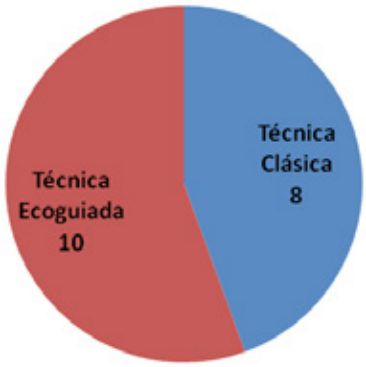
Grafica 2: Resultados "técnica ecoguiada vs técnica clásica

- Michael Blaivas y su equipo de Emergencias de la Facultad de Medicina de Georgia (EEUU) realizaron un estudio denominado "*El efecto de la guía ecográfica sobre la dificultad percibida del acceso intravenoso periférico obtenido por la enfermera de emergencia*" lograron demostrar las ventajas de la técnica de canalización periférica ecoguiada sobre la técnica clásica.*(Gráfica 6)(Brannam, Blaivas, Lyon, & Flake, 2004).*



Grafica 3: Resultados sobre la percepción.

El estudio "*Satisfacción del paciente con la colocación intravenosa guiada por ultrasonidos por enfermera*" evaluó la satisfacción del paciente tras la colocación del catéter venosos periférico por la guía de ultrasonidos (USGPIV) realizada por personal enfermero *(Gráfica 7) (Tucke & Jared, 2016).*



Grafica 4: resultados sobre la satisfacción del paciente.

Por ello la Emergency Nursing Association (ENA-2016) enumera la guía de ultrasonido como la primera opción cuando el acceso IV es difícil

La venopunción periférica ecoguiada frente al acceso central e intraóseo

La vía venosa periférica (VVP) suele ser la vía de elección con unos criterios de inserción: según el tratamien-

to a administrar y tiempo necesario, su colocación es fácil, tiempo de inserción corto, una mayor comodidad para el paciente, escasas complicaciones y mínimo dolor en la inserción *(Zamorano, Camacho, & Ruíz, 2017).*

En los últimos años varios estudios demostraron que la guía por ultrasonidos aumenta el éxito y disminuye las complicaciones del acceso vascular, evitando procedimientos invasivos como CVC o los accesos intraóseos *(Moore, 2014)*.

- El estudio *"Uso de guía de ultrasonido para colocación intravenosa periférica en pacientes de difícil acceso: avance de la práctica con evidencia"* de G. Maiocco tenía como objetivo demostrar la eficacia de una canalización periférica óptima con la guía de ultrasonidos para disminuir el número de CVC *(Maiocco, 2011).*
- El Departamento de Medicina de Emergencia, el de Política de Salud y Medicina de Emergencia, Universidad G. Washington, (Washington DC.) y el de Medicina de Emergencia de la Universidad Tufts, (Springfield) desarrollaron un *"Programa de acceso intravenoso periférico guiado por ultrasonido asociado a una reducción en el uso de catéteres venosos centrales en pacientes del servicio de urgencias no críticamente enfermos"* el objetivo era examinar la tasa de colocación de CVC durante la implantación de un programa de VVP por el equipo doppler y su eficiencia. *(Shokoohi, Boniface, & MacCarthy, 2012)*.
- Grzybowski RJ. y su equipo con el estudio: *"Disminución en la colocación del catéter venoso central debido al uso de la guía por ultrasonido para catéteres intravenosos periféricos"* pretendía determinar la reducción de CVC por colocación de USGPIV. *(AK, Rotte, Grzybowski, Ku, & Fields, 2012)*.

Otra opción para el acceso periférico fallido es el acceso intraóseo, este puede lograrse de manera relativamente rápida, efectiva y puede justificarse en una situación de emergencia (paro cardíaco o shock) pero la técnica es dolorosa y no está exenta de complicaciones y, aunque existan estudios que demuestran el beneficio de las VVP sobre las intraóseas necesitamos más estudios comparativos *(Moore, 2014).*

Optimización de venopunción periférica ecoguiada

El éxito al utilizar la guía de ultrasonido para el acceso vascular requiere 3 cosas: equipo adecuado, conocer, usar correctamente el equipo y una preparación y capacitación apropiada.

Material

El tipo de sonda de ultrasonidos recomendada es la lineal de alta frecuencia con una profundidad de aproximadamente 2 cm ya que mejora la resolución y la visualización de la aguja. *(Moore, 2014).*

Un ensayo realizado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Maryland, Baltimore, Estados Unidos, estudió la importancia que tiene el ancho y la profundidad de la vena para asegurar la canalización, el éxito más probable se conseguía en las venas que tienen 4 mm o más de diámetro y entre 3-15 mm de profundidad *(Witting, Schenkel, Lawner, & Euerle, 2010)*, las agujas suelen ser de calibre 20 de 1.88 pulgadas o agujas de calibre 18 de 2.5 pulgadas, catéteres más largos *(Moore, 2014)*.

Para la colocación del transductor existen dos métodos:

Ilustración 7: Enfoque largo o dentro del plano.

Enfoque del eje largo o dentro del plano (*Ilustración 7*) recoge una imagen longitudinal que permite visualizar toda la punta de la aguja, pero dificulta mantenerla centrada.

Ilustración 8: enfoque corto o fuera del plano.

Enfoque de eje corto o fuera del plano (*Ilustración 8*) recoge una imagen transversal que garantiza que la aguja se dirige centrada en el vaso, pero dificulta la ubicación por lo que subestima su profundidad. *(Moore 2014)*.

El estudio de Wang H. y su equipo determinó que el eje corto requiere menos tiempo de inserción y una mayor tasa de éxito. (H. Wang, Mahler, Lester, Skinner, Arnold, & Conrad, 2011).

La mejor combinación es el "eje corto" y el "signo objetivo que se desvanece", a medida que la aguja avanza sobre el vaso el transductor debe moverse distal y proximalmente para ver como la punta se desplaza hacia el centro, denominado "signo del objetivo" (Ilustración 9), cuando esta desaparece (Ilustración 10), lapunta está centrada, asegurando la colocación intraluminal (Moore, 2014).

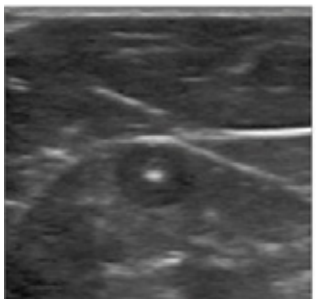


Ilustración 9: "Signo que se desvanece"

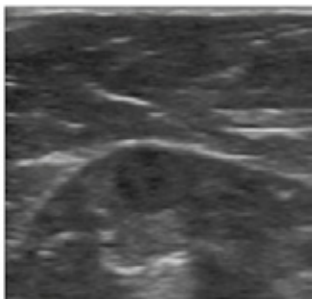


Ilustración 10: "Signo que se desvanece"

Capacitación Enfermera

El uso de una sonda de ultrasonido no garantiza el éxito de la implantación del catéter, para aprender a usar de manera efectiva la guía, se requiere capacitación: conocer los principios del ultrasonido, su práctica, instrucciones en las técnicas de orientación por ultrasonidos para el acceso vascular y una evaluación del rendimiento y habilidades del usuario en un entorno de atención a pacientes. *(Moore, 2014).*

Existen cursos y talleres como "*Curso básico de Ecografía para enfermería y nuevas técnicas de punciones*", "*Diploma Universitario en ecografía para enfermería de urgencias y emergencias*", "*Curso Básico de Ecografía para Enfermería en Anestesia, Cuidados Críticos y Urgencias"* y "*Curso de Ecografía Doppler en el Acceso Vascular para Enfermería*", sobre el manejo de la ecografía para la implantación del catéter venoso periférico dirigido a enfermería, que incluyen, parte teórica y práctica pero conllevan un costo, sería interesante incluir estos cursos de forma gratuita *(González Peña, 2015).*

También existe una Unidad de Terapia Intravenosa (UTI) en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, enfocada a los cuidados y mantenimiento de las canalizaciones venosas, además ofrece asesoramiento, formación y docencia a todo profesional a nivel nacional. Dicha unidad está formada exclusivamente por personal enfermero. *(Ilustración 11).*

Ilustración 11: Enfermeros de la UTI y la supervisora de Oncología.

La venopunción periférica ecoguiada en el Hospital Univerisatrio Lucus Augusti (HULA)

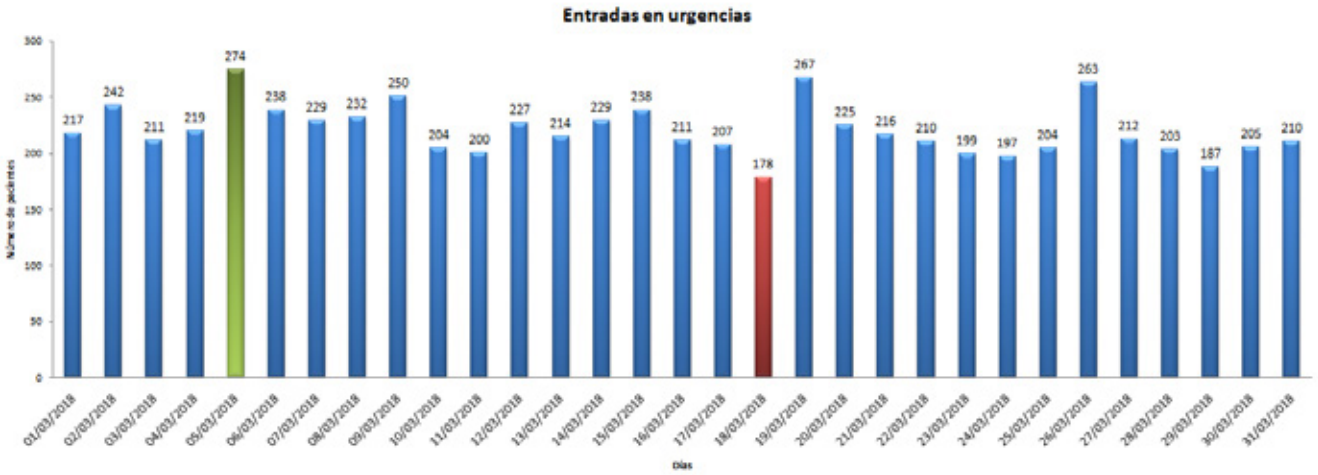
El Servicio de Urgencias del HULA valora al paciente para posteriormente diagnosticarlo, tratarlo, evaluarlo y decidir que cuidados debe seguir.

Para conseguir el diagnóstico es necesario realizar diferentes exámenes, entre ellos una analítica. Para la obtención de la misma, en el servicio de Urgencias del HULA se realiza la canalización periférica, de manera que se puede suponer que cada analítica que llegue al laboratorio de urgencias se corresponde con una vía.

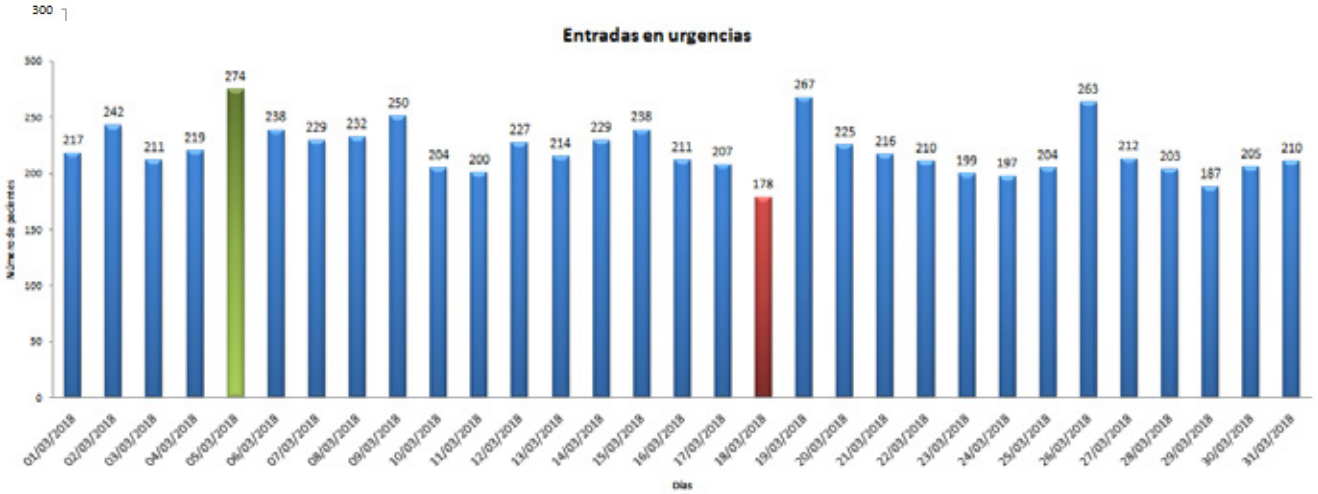
Tras las investigaciones quise conocer cuántos pacientes se beneficiarían del uso de esta técnica en el servicio de Urgencias del HULA en el mes de Marzo, para ello tenía que recopilar el número de canalizaciones venosas que se realizaron, este dato lo pedí al Subdirector de Procesos Enfermeros del HULA, pero no era registrado, así que recopile el número de pacientes que pasaban diariamente por dicho servicio y el numero de analíticas, obteniendo respectivamente 6818 pacientes en el mes de Marzo, un promedio de 219.9 pacientes diarios *(Ver gráfica 8)* y 5816 analíticas del mes de Marzo con un promedio de 187.6 analíticas diarias.

Con estos datos no podía calcular el número canalizaciones, existía una diferencia de 1002 entre el número de pacientes y el de analíticas que, debido a que las analíticas que llegan al laboratorio pueden ser obtenidas por otros métodos o que el facultativo no solicita analítica.

Por este detalle calculé el promedio de las analíticas que no se realizaban diariamente, con una media de 32.3, así obtuve el número de analíticas diarias (Gráfica 9), restando al número de pacientes 33 (redondeando el promedio) da un total de 5795 analíticas en marzo, con un margen de error del 14.7%.

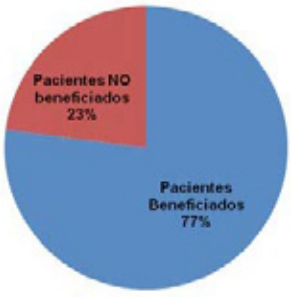


Gráfica 8: Entradas en el mes de marzo del 2018 en el servicio de Urgencias del HULA.



Gráfica 9: Número de analíticas diarias, marzo en el HULA.

Como conclusión, 5795 pacientes se beneficiarían de la técnica doppler en el HULA en marzo del 2018. Tras todos los estudios en ninguno se obtuvo un 100% de éxito en la canalización venosa, las evidencias rondan los 77-99%, por lo que la canalización óptima tendría lugar entre 4463.69 (77% del total) *(Gráfica 10)* y 5737.05 (99% del total) de pacientes *(Gráfica 11).*



Gráfica 10: Número mínimo de pacientes beneficiados.

Gráfica 11: Número máximo de pacientes beneficiados.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Tras realizar esta investigación queda constancia de la eficacia que presenta la técnica eco-doppler en las venopunciones periféricas y los beneficios de esta: reducción del gasto económico asociado a una disminución del número de punciones, y a su vez recorta el tiempo de dedicación al procedimiento, un decrecimiento del número de canalizaciones venosas centrales e intraóseas que implica a su vez menos complicaciones y la satisfacción por parte del paciente.

A pesar de aportar tantas ventajas y de los numerosas estudios que recomiendan su empleo, la guía por ultrasonidos para el acceso vascular no se utiliza con la amplitud que debería, como ocurre con otros avances sanitarios, tras todos los estudios plasmados y documentados para la realización de mi trabajo creo que, como demostré, un cuantioso número de personas podrían beneficiarse del empleo de esta técnica por el personal enfermero, por lo que la implantación de esta técnica en el HULA en los años venideros sería rentable.

BIBLIOGRAFÍA

1. AEETI. (s.f.). *Asociación de Enfermería de Equipo de Terapia Intravenosa*. Recuperado el 25 de Mayo de 2018, de http://www.asociaciondeenfermeriaeti.com/revista/
2. AK, A., Rotte, M., Grzybowski, R., Ku, B., & Fields. (Noviembre de 2012). *Decrease in central venous catheter placement due to use of ultrasound guidance for peripheral intravenous catheters.* Recuperado el 13 de Mayo de 2018, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22795988?dopt=Abstract
3. Almendros, A. (s.f.). *Unidad de Terapia Intravenosa*. Recuperado el 25 de Mayo de 2018, de http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/19253-asi-funciona-una-unidad-de-terapia-intravenos
4. Association, E. N. (Diciembre de 2016). *Clinical Practice Guideline. Difficult Intravenous Access* Recuperado el 20 de Abril de 2018, de: https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/cpg/difficultivaccesscpg.pdf?sfvrsn=9944da58_8
5. Berland de León, N. J., & Parrillada Delgado, M. E. (2010). Revista Cubana de Medicina, 49 (4). *Ultrasonido Doppler dúplex y color en el estudio de los pacientes con hepatopatías crónicas*. Recuperado el 15 de Mayo de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232010000400012
6. BonoMédico. (s.f.). *TAC: Diferencias con la ecografía y la resonancia*. Recuperado el 3 de Mayo de 2018, de https://www.bonomedico.es/blog/tac-diferencias-ecografia-resonancia/
7. Brannam, L., Blaivas, M., Lyon, M., & Flake, M. (Diciembre de 2004). *Emergency nurses utilization of ultrasound guidance for placement of peripheral intravenous lines in difficult-access patients.* Recuperado el 15 de Mayo de 2018, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15576530?dopt=Abstract
8. Corona Franco, M. Á. (Septiembre de 2012). *Optimización de Recursos de Equipos de Ultrasonidos para Diagnóstico Médico por Imagen*. Recuperado el 11 de Abril de 2018, de http://tesis.ipn.mx/bitstream/handle/123456789/15122/I.C.E.%2061-12.pdf?sequence=1
9. Díaz Murillo, G. E. (s.f.). *Ecografía. El nuevo estetoscopio*. Recuperado el 5 de Abril de 2018, de http://www.drgdiaz.com/eco/ecografia/ecografia.shtml
10. Dominguez Alvarez, H. (s.f.). *Correo del Maestro. El Efecto Doppler, su descubrimiento, explicaciones y aplicaciones*. Recuperado el 11 de Abril de 2018, de https://www.correodelmaestro.com/publico/html5072014/capitulo2/El-efecto-Doppler-su-descubrimiento-explicacion-y-aplicaciones.html
11. Fresquet Febrer, J. L. (19 de Marzo de 2015). *Medicina, Historia y Sociedad*. Recuperado el 13 de Abril de 2018, de https://historiadelamedicina.wordpress.com/2015/03/19/karl-theodore-dussik-1908-1968-pionero-en-el-uso-diagnostico-de-los-ultrasonidos/
12. Fresquet, J. L. (2015). *Historia de la Medicina. Christian Johann Doppler (1803-1853).* Recuperado el 12 de Abril de 2018, de http://www.historiadelamedicina.org/doppler.html#doppler
13. González Peña, J. P. (2015). *Utilidad de la Ecografía en Técnicas de Enfermería*. Recuperado el 10 de Mayo de 2018, de https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/12123/1/TFG-H330.pdf
14. Heinrichs, J., Fritze, Z., Vandermeer, B., & Curtis, T. K. (24 de Enero de 2017). *Ultrasonographically Guided Peripheral Intravenous Cannulation of Children and Adults: A Systematic Review and Meta-analysis*. Recuperado el 14 de Mayo de 2018, de https://docslide.com.br/documents/ultrasonographically-guided-peripheral-intravenous-cannulation-of-children.html
15. Mahler, S., Wang, H., Lester, C., Skinner, J., Arnold, S., & Conrad. (Noviembre de 2011). *Short- vs long-axis approach to ultrasound-guided peripheral intravenous access: a prospective randomized study.* Recuperado el

20 de Mayo de 2018, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20951527?dopt=Abstract

16. Maiocco, G. &. (Agosto de 2011). *Use of ultrasound guidance for peripheral intravenous placement in difficult-to-access patients: Advancing practice with evidence*. Recuperado el 15 de Mayo de 2018, de https://www.researchgate.net/publication/51556417_Use_of_ultrasound guidance_for_peripheral intravenous placement in difficult toaccess patients Advancing practice with evidence
17. Martínez Serrano, C. (s.f.). *Historia de la Ecografía*. Recuperado el 11 de Abril de 2018, de http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/medicinaBalear/import/1995_v10_n3/Medicina_Balear_1995v10n3p160.pdf
18. *MedlinePlus*. (16 de Abril de 2018). *Ecografía*. Recuperado el 4 de Mayo de 2018, de https://medlineplus.gov/spanish/ultrasound.html
19. Moore, C. L. (1 de Julio de 2014). *Ultrasound First, Second, and Last for Vascular Access*. Recuperado el 8 de Mayo de 2018, de https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.7863/ultra.33.7.1135
20. *Radiologyinfo.org*. (9 de Marzo de 2018). Recuperado el 4 de Mayo de 2018, de Ultrasonido general: https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=genus
21. *Real Academia Española*. (2017). Recuperado el 2 de Abril de 2018, de http://dle.rae.es/?id=EKrIVCb,http://dle.rae.es/?id=EKhuh9g|EKkd1yz, http://dle.rae.es/?id=JPRh3OC, http://dle.rae.es/?id=b3C4y58, http://dle.rae.es/?id=b2QZCEO, http://dle.rae.es/?id=YMV5Hqd
22. *Real Academia Española*, (2017). Recuperado el 25 de Mayo de 2018, de http://dle.rae.es/?id=2Vga9Gy
23. Reichembach Danski, M. T., Maciela de Olivera, A., Joaquin Meier, M., & Pedrolo, E. (Octubre de 2016). *Enfermería Global*. Recuperado el 10 de Mayo de 2018, de http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n44/en_revisiones2.pdf
24. Saceda Corralo, D. (16 de Abril de 2018). *WebConsultas*. *Ecografía Doppler*. Recuperado el 4 de Mayo de 2018, de https://www.webconsultas.com/pruebas-medicas/ecografia-doppler-13668
25. Shokoohi, H., Boniface, M., & McCarthy. (2012). *Ultrasound-Guided Peripheral Intravenous Access Program Is Associated With a Marked Reduction in Central Venous Catheter Use in Noncritically I*. Recuperado el 13 de Mayo de 2018, de http://www.emergencyultrasound-teaching.com/assets/articles/vascaccess_2012_Shokoohi_Annals_EM.pdf
26. TG, C., AK, P., & JP., S. W. (Noviembre de 2005). *Ultrasonography-guided peripheral intravenous access versus traditional approaches in patients with difficult intravenous access.* Recuperado el 14 de Mayo de 2018, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16271677?dopt=Abstract
27. Tucke, A. V. (Enero de 2016). *Patient Satisfaction with Nurse Placed Ultrasound Guided Peripheral IV*. Recuperado el 14 de Mayo de 2018, de https://www.researchgate.net/publication/303806585_Patient_Satisfaction_with_Nurse_Placed_Ultrasound_Guided_Peripheral_IV
28. Vargas, A., Amescua Guerra, L., Bernal, A., & Pineda, C. (Diciembre de 2008). *MediGraphic*. Recuperado el 25 de AbriL de 2018, de Principios físicos básicos del ultrasonido, sonoanatomía del sistema musculoesquelético y artefactos ecográficos: http://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2008/or086e.pdf
29. Vidal Isarria, S. (s.f.). *Ecografía Doppler: Principios físicos y técnica*. Recuperado el 25 de Abril de 2018, de http://www.iesleonardoalacant.es/Departamento-fisica/Problemas/Doppler1.pdf
30. Viveros, D. O. (16 de Noviembre de 2017). *El efecto Doppler*. Recuperado el 25 de Abril de 2018, de http://diplomadomedico.com/el-efecto-doppler/
31. Voss, D. (2014). March 1880: The Curie Brothers Discover Piezoelectricity. *APS Physics , 23* (3).Recuperado el8deAbrilde2018,dehttps://www.aps.org/publications/apsnews/201403/physicshistory.cfm
32. Walker, E. (29 de Julio de 2009). *Piloting a nurse-led ultrasound cannulation scheme.* Recuperado el 14 de Mayo de 2018, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19633595
33. Witting, M., Schenkel, S., Lawner, B., & Euerle. (Julio de 2010). *Effects of vein width and depth on ultrasound-guided peripheral intravenous success rates.* Recuperado el 15 de Mayo de 2018, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19272730?dopt=Abstract
34. Woo, J. S. (s.f.). *A short History of the development of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. Recuperado el 13 de Abril de 2018, de http://www.ob-ultrasound.net/history1.html
35. Zam, M. (15 de Agosto de 2013). *El Efecto Doppler*. Recuperado el 13 de Abril de 2018, de https://maryylaciencia.wordpress.com/2013/08/15/el-efecto-doppler/
36. Zamorano Antonio, R. M., Camacho Reyes, A., & Ruíz Calzado, M. d. (20 de Mayo de 2017). *Revista Médica*. *Accesos Venosos en el Paciente Crítico. Ventajas e Inconvenientes.* Recuperado el 15 de Mayo de 2018, de https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/accesos-venosos-paciente-critico-ventajas-inconvenientes/

Derechos de los pacientes en la práctica hospitalaria de enfermería

Lucía López Rodríguez · lucialopezrodriguez@hotmail.com

Segundo Premio Categoría científica "Premio Muralla" del Colegio Enfermería de Lugo

RESUMEN

En la práctica clínica de enfermería resulta imprescindible conocer los derechos de los pacientes que, además en los últimos tiempos, han sufrido una evolución desde una asistencia con preponderancia del principio de beneficencia y plasmación paternalista a una relación sanitario-paciente fundada principalmente en la autonomía.

El presente trabajo tiene dos partes diferenciadas:

1. En primer lugar, pretende identificar los derechos de los pacientes, con sus diferentes regulaciones legales y de desarrollo reglamentario.
2. Asimismo, en segundo lugar, se analiza el conocimiento y grado de respeto a los mismos en el personal de enfermería del Hospital Universitario Lucus Augusti. Basándonos en los cuestionarios del personal consultado, podemos afirmar que se respeta el derecho a la intimidad del paciente, aunque tal vez no con la rigurosidad esperada, ya que se aprecia una falta de conocimiento de las normas y derechos que deben rodear el trato con el usuario del sistema de sanidad público.

Palabras clave: derechos de los pacientes, enfermería, confidencialidad, hospital.

ABSTRACT

Patients' rightsin the nursing hospital practice

In the clinical practice of nursing, it is essential to know the patients' rights which have recently undergone an evolution from assistance, in which the principle of welfare and the paternalistic expression of a health worker- patient relationship prevails, based mainly on autonomy.

The present document presents two parts:

1. Firstly, it aims to identify the patients' rights, with their different legal regulations and their development.
2. Secondly, the knowledge and level of respect for these rights on behalf of the nursing staff of the Hospital Universitario Lucus Augusti are analyzed. Based on the staff's answers to the survey, we can confirm that the right to privacy of the patient is respected, although not with the expected rigour, as a lack of knowledge of the rules and rights concerning the patients can be seen.

Keywords: patients' rights, nursing, confidentiality, hospital.

INTRODUCCIÓN

Los derechos de las personas son inherentes a la condición de ser humano sin verse condicionados por raza, etnia, sexo, nacionalidad, o cualquier otro hecho. Es evidente que los derechos de una persona nunca deben de atentar ante los derechos de otra.

Con la condición de usuario del Sistema Nacional de Salud, se adquieren unos derechos recogidos en las diferentes normas legales, tanto a nivel estatal como autonómico. Estos derechos nacen de las exigencias propias de la naturaleza humana, relacionada con la protección, conservación, desarrollo e integridad de la vida, en su aspecto físico, psicológico e intelectual.

El conocimiento de estos derechos se vuelve fundamental para el desarrollo del trabajo diario de la enfermería; cumpliendo con estos, aumentamos la calidad del servicio al paciente, además de mejorar y facilitar la estancia en las instalaciones hospitalarias y evitando cualquier tipo de sanción derivada del incumplimiento de los mismos. Por lo tanto, es importante que el personal conozca y cumpla estos derechos.

Cada vez son más los pacientes que conocen y desean ejercer sus derechos; quedando ya perdida la pre-

eminencia del principio de beneficencia en la relación enfermera-paciente. Esta, ancestralmente, estaba evidenciada en una relación caracterizada por un sentido paternalista y regida por el principio de beneficencia; esto ha progresado hasta una nueva situación, acorde con los tiempos, en la que el paciente y sus derechos se configuren como los protagonistas.

Los derechos de los pacientes han sido recogidos en diversa legislación.

La propuesta de este proyecto de investigación se debe a la consideración de que el conocimiento de los derechos de los pacientes es fundamental para el desarrollo de la práctica enfermera diaria.

Es incuestionable la importancia que está cobrando el hecho de conocer los derechos de los pacientes, quienes cada vez son más conocedores de ellos y, por lo tanto, reclaman su cumplimiento. La mayor información tanto por parte del personal sanitario como de los pacientes, en cuanto a los derechos de estos últimos, crea un ambiente en el que la calidad del trabajo de enfermería tiende a elevarse.

El cambio de la relación paciente – enfermera es un hecho vigente que debemos de tener en cuenta. Hasta hace pocos años, e incluso actualmente para una parte de la sociedad, la relación del profesional sanitario estaba presidida por una preeminencia del principio de beneficencia, de manera consustancial, existía una relación de supremacía entre profesionales sanitarios y pacientes. Esta evolución ha conllevado la modificación de las normas vigentes, para mejorar la calidad del servicio y para estipular en ellas las sanciones a las que se expone el personal sanitario que no cumpla los derechos de los pacientes, pero; falta conocer el grado de cumplimiento de estos derechos y, en caso de su incumplimiento, el motivo por el que sucede.

Objetivos

- Identificar los derechos de los pacientes en la práctica clínica.
- Valorar el grado de conocimiento que tienen los profesionales sanitarios de dichos derechos.
- Valorar, de forma sucinta, el grado de adecuación de los profesionales sanitarios a determinados derechos previstos en la normativa vigente.

MATERIAL Y MÉTODO

Este trabajo consta de dos partes:

- Una primera parte en la cual se hace una revisión bibliográfica y un análisis de la normativa vigente en materia de derechos de los pacientes.
- Y una segunda parte en la cual se realiza un cuestionario al personal sanitario del H.U.L.A. de unidades de hospitalización, cuyo objetivo fundamental es conocer el grado de conocimiento de los derechos de los pacientes por parte del personal sanitario y el grado de cumplimiento de los mismos.

Enunciado y contenido de los derechos

El principal material empleado para este estudio se recogió de las páginas oficiales del Boletín Oficial del Estado (BOE), el Boletín Oficial de la Unión Europea (BOUE) y el Diario Oficial de Galicia (DOG). Se realiza una búsqueda y revisión de la normativa vigente para ir seleccionando y completando todos los derechos de los pacientes.

Realización del cuestionario

Se ha estudiado el grado de conocimiento de la legislación vigente y el grado de adecuación a la normativa actual, en un cuestionario anónimo facilitado al personal de Enfermería y TCAE de las unidades seleccionadas del Hospital Universitario Lucus Augusti (H.U.L.A.) y a los alumnos/as de segundo, tercero y cuarto año de la escuela de Enfermería de Lugo adscrita a la Universidad de Santiago de Compostela (USC). Se facilita dicho cuestionario; tanto en papel, como en formato online, incluyendo un link por el que acceder a la plataforma de Google Formularios y cumplimentar allí dicho test.

En el cuestionario solo se valoran algunos derechos de los pacientes porque se considera que son los más relacionados con el trabajo diario de enfermería.

El período de obtención de datos del cuestionario fue desde el 15 de abril hasta el 22 de mayo de 2018 y, finalmente, todos ellos se gestionaron con la aplicación de Formularios de Google y el documento de Excel exportado de esta plataforma.

Se empleó un cuestionario anónimo de 29 preguntas. De estas,

- Las cinco primeras se usan para clasificar los resultados por: sexo, edad, categoría profesional, años experiencia en el Sergas; y unidad en la que presta servicio en el HULA.
- Se plantean preguntas de control.
- Se realizan cuestiones indirectas

- Se incluyen preguntas directas para confirmar ciertos datos con un peso específico a la hora de evaluar otros derechos:

Así mismo, se confirma que todas las unidades donde se entregó el cuestionario son unidades en las que permiten el acompañamiento del paciente.

Por otro lado, para la realización del cuestionario se valoró:

- que no fuese excesivamente extenso.
- que las preguntas estuviesen lo más claras posibles, facilitando así al máximo la realización del mismo al personal.

Se tiene en cuenta, en todo momento, tanto el orden de las preguntas como el de las respuestas.

Una vez obtenida y evaluada la información, se consideró la monografía la mejor forma para plasmarlo.

Criterios de inclusión

Se realiza el cuestionario al personal que presta servicio en las plantas de hospitalización del H.U.L.A. y el servicio de Urgencias. Se facilita el cuestionario en las diferentes unidades para que puedan acceder a él tanto profesionales de la enfermería, como TCAE. Además, se le permite acceso por vía online a los alumnos/as de enfermería de segundo, tercero y cuarto año. En este trabajo no se incluyen exclusivamente enfermeros/as, sino que también los/as alumnos/as de enfermería y los/as TCAE porque prestan servicio a los pacientes y deben de conocer y cumplir los derechos de los pacientes.

Criterios de exclusión

Se excluyen del estudio el personal de la unidad de hospitalización de Psiquiatría, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y Reanimación (REA) ya que tiene un régimen especial de visitas y no está permitido el acompañamiento continuo del paciente.

Se excluyen también del estudio los alumnos de TCAE porque no se pudo contactar con los últimos alumnos que realizaron prácticas y los períodos de prácticas en esta formación son de septiembre a diciembre.

De los cuestionarios recogidos se descartaron todos aquellos que tenían como mínimo una pregunta sin cubrir o que alguna de ellas estaba contestada con más de una opción.

Muestra de estudio

Entre los profesionales sanitarios que han tenido acceso a este estudio el grado de participación ha sido bajo. Se ha entregado el cuestionario anónimo en 19 unidades de enfermería del H.U.L.A.

El cuestionario fue accesible a un total de 683 personas, de las cuales 286 eran enfermeras/os, 210 TCAE y 187 alumnos/as de enfermería. Este fue contestado voluntariamente por 47 alumnos/as de enfermería; 74 enfermeros/as y 35 técnicos/as auxiliares de enfermería; conformando así un total de 156 cuestionarios válidos obtenidos. Se desecharon un total de 69 respuestas por no cumplir con los estándares de valoración propuestos.

Dificultades

La principal dificultad para realizar el trabajo fue el difícil acceso al personal e interés mostrado por la población escogida como objeto de estudio; tanto personal prestando servicio en el hospital, como alumnado de enfermería.

RESULTADOS

Los resultados de este trabajo se refieren a dos partes; en la primera parte, se van a exponer los derechos de los pacientes recogidos en la legislación vigente y, en la segunda parte, se recogen los resultados obtenidos del cuestionario entregado al personal.

Enunciado y contenido de los derechos de los pacientes

Los derechos de los pacientes se recogen en la Constitución Española y en otras leyes orgánicas, ordinarias, reales decretos, decretos y órdenes. Especialmente están definidos a nivel básico estatal en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de

información y documentación clínica. En el ámbito gallego, la Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia hace una importante recopilación de los derechos de los pacientes.

- Constitución Española. El derecho a la protección de la salud de los ciudadanos y ciudadanas, recogido en el artículo 43 de la Constitución
- Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad
- Ley 8/2008, del 10 de julio, de salud de Galicia

En materia sancionadora en Galicia, se aplica la ley 8/2008, del 10 de julio, de salud que hace una importante recopilación de los derechos de los pacientes.

Se recoge también en el artículo 7 de esta misma ley, los derechos relacionados con el acompañamiento del paciente.

La ley 8/2008 recoge que los derechos se limitarán, e incluso se exceptuarán, en los casos en que esas presencias sean desaconsejadas o incompatibles con la prestación sanitaria conforme a criterios clínicos. En todo caso, esas circunstancias serán explicadas a los afectados/as de manera comprensible.

Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en ciertos casos concretos:

- o Tal y como recoge la Ley orgánica 3/1986 en el artículo segundo, "las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad." En el artículo tercero de la misma ley afirma que "Con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible". Por ejemplo, en personas enfermas de tuberculosis con riesgo para la salud pública se le podría imponer el tratamiento, aunque esta no diese su consentimiento.
  - El derecho a la confidencialidad se concreta sobre el estado de salud, datos referidos a creencias, religión, ideología, etc. y sobre la información de genoma.
  - El derecho a la información en su proceso asistencial.
  - El derecho a la información sobre sus derechos, deberes, servicios y programas del Sistema Público de Salud de Galicia se concreta en:

Además, en la ley 8/2008, se contemplan, entre otros, los siguientes derechos;

- Derecho a ser informado o informada por la autoridad sanitaria de los problemas de salud que le afecten y sobre los riesgos sanitarios para su salud, mediante información difundida en términos comprensibles, veraces y adecuados.
- Derecho a recibir información epidemiológica ante un riesgo grave y probado para la salud pública.

"La Historia Clínica Electrónica en Galicia es el registro unificado de toda la información clínica procedente de actividades relacionadas con la salud: consultas, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, prescripciones farmacológicas, etc. realizadas a un paciente en los diferentes niveles asistenciales que componen el Servicio Gallego de Salud.

El sistema denominado IANUS, ofrece la información clínica disponible para un paciente, independientemente del hospital, clínica y/o centro de salud de Galicia en el que se registrara." (14)

"Las aportaciones de IANUS al trabajo diario son, entre muchas, el acceso a datos en tiempo real, la integración asistencial de todos los profesionales, la continuidad asistencial o la agilidad en los trámites debido a la disminución de la burocracia, la incorporación de la receta electrónica y la posibilidad de conexión entre farmacias y centros. La historia clínica informatizada garantizará siempre la seguridad, perdurabilidad, privacidad y confidencialidad de la información (14).

Son derechos relacionados con la documentación sanitaria:

- Derecho del o la paciente a que quede constancia por escrito o en soporte técnico apropiado de todo su proceso y que al finalizar el episodio asistencial se le entregue el informe de alta hospitalaria, de interconsulta de atención especializada y de urgencias.
- Derecho a acceder a su historia clínica y a obtener los informes y resultados de las exploraciones que sobre su estado de salud o enfermedad se incluyan en la misma, así como una copia de dichos

documentos, de acuerdo con lo establecido en la Ley 3/2001, de 28 de mayo, del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, y disposiciones concordantes.

Son derechos relacionados con la prestación de servicios sanitarios:

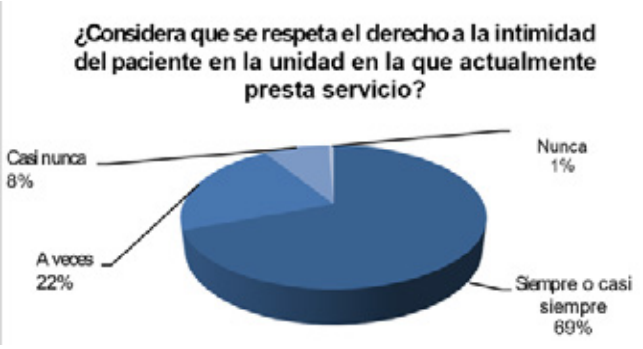
- Derecho a la humanización de la asistencia sanitaria
- Derecho a obtener una garantía de demoras máximas
- Derecho a obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud.
- Derecho a que los servicios y actividades sanitarias o asistenciales que el Sistema Público de Salud de Galicia contrate con el sector privado de asistencia sanitaria se ajusten a los mismos parámetros, estándares, derechos o criterios de actuación exigibles para los del propio Sistema Público de Salud de Galicia.

El incumplimiento de estos derechos por parte del personal sanitario puede conllevar responsabilidad:

- En el orden administrativo, por las sanciones establecidas en Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y la Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia.
- En el orden disciplinario en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
- En el orden penal, en el caso de poseer gravedad suficiente y en las penas recogidas en Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- En la vía deontológica, por el Código Deontológico de Enfermería Española.
- En otros órganos administrativos; por ejemplo, Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

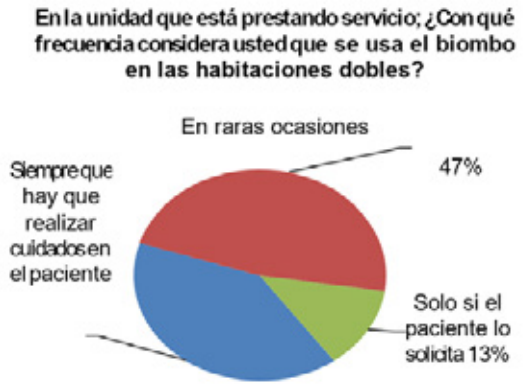
Resultados del cuestionario

La muestra es mayoritariamente femenina; un 90,4% de mujeres frente a 9,6% hombres. Más de los tres cuartos de la muestra total, un 84,7%, es más joven de los 51 años; y tan solo 4 de los encuestados tienen más de 60 años. Casi la mitad de la muestra (un 47,4 %) son profesionales de la enfermería, un 30,1% alumnos/as de enfermería y sólo un 22,4% son TCAE. La mitad de la muestra tiene más de 10 años de experiencia en el SERGAS; de estos, la mayoría tienen entre 10 y 20 años de experiencia.



Como representan los resultados del cuestionario; la mayoría del personal considera que se respeta el derecho a la intimidad del paciente "siempre o casi siempre". A pesar de esta precepción por parte del personal: un 34% del total, 53 personas, nos afirman que se emplea el camisón de manera rutinaria; sin tener en cuenta si el paciente permanece encamado. Añadido a esto y pese a que la mayoría considera que se respeta el derecho de intimidad del paciente, un 41% afirma que se emplea el biombo en raras ocasiones, cuando la finalidad última de este es, precisamente, establecer una separación dentro de la habitación y así preservar la intimidad del paciente. Se excluyen las respuestas a esta pregunta del personal de obstetricia y urgencias; ambas tienen la particularidad de que tanto en los boxes de urgencias, como las habitaciones de obstetricia son individuales, por lo que el grado de cuidado con las normas de privacidad e intimidad no es tan exigente. Así mismo, se excluyen 21 respuestas y el resultado es que casi la mitad de los encuestados restantes dice que el biombo se usa solo en raras ocasiones.

La normativa vigente sobre el número de alumnos o residentes que pueden permanecer en la habitación mientras se atiende al paciente parece ser desconocida por parte del personal sanitario; sólo 33 de las 156 personas afirman que sí hay un máximo establecido por ley que no debe de superarse.



Sin embargo, la respuesta dada por 58 personas (37,2%) fue la que emplazaba la posición del alumno como un elemento entorpecedor para la actuación que se realiza; decía así, "Uno o dos como mucho, sino son demasiadas personas en la habitación que podrían entorpecer la actuación". En relación a los derechos de los pacientes ante los alumnos o residentes, el 35,3% afirman que solo a veces se informa al paciente de que la persona que lo atiende es estudiante. El 35,9% defiende que nunca o casi nunca se informa de esta condición al paciente.

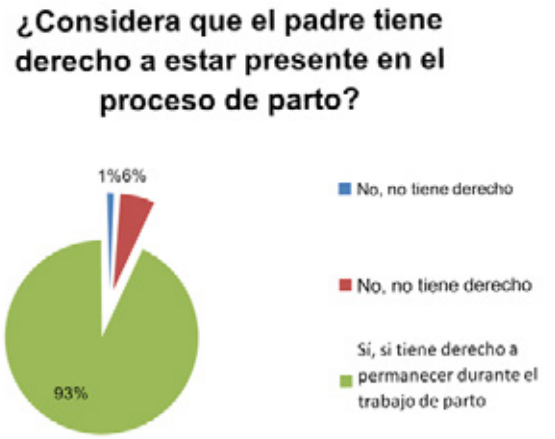
El 34% de la muestra afirma que el personal sanitario se identifica presentándose con indicación de nombre y categoría, el 25% afirma que se identifican en base a la tarjeta identificativa o la inscripción en el uniforme, un 10,9% en base a los distintivos de uniformidad y un 30,1% consideran que se identifican de todas las formas anteriores. En cuanto a la frecuencia con la que se identifican; el 35,9% afirma que siempre, porque llevan la identificación en el bolsillo del uniforme. En el lado opuesto, se sitúa un 24,4% que afirma que rara vez se identifica el personal sanitario.

El cuestionario confirma con un 98,1% de las respuestas de que las unidades donde se facilitó el cuestionario se permite el acompañamiento del paciente. Además, el 53,8% considera que el paciente debe de permanecer acompañado como norma general; sin embargo, el 45,5% considera que el paciente debe de permanecer acompañado salvo durante la visita médica o realización de técnicas de enfermería. Un hecho llamativo y destacable es que, en la cuestión siguiente, solo un 31,4% considera que el paciente está en su derecho de estar acompañado, salvo indicaciones contrarias; el 68,6% restante no considera esta respuesta como válida. Además, el 18,6% piensa que es el profesional sanitario quien tiene el derecho de decidir si el paciente está o no acompañado.

El 38,5% del personal que ha realizado el cuestionario afirma que solo puede recordar uno o dos casos aislados donde el acompañante solicitó permanecer en la habitación. Por otro lado, el 62,2% afirma que sólo podría recordar uno o dos casos aislados donde el paciente solicitase permanecer acompañado.

El 81,4% afirma que se le informa al paciente de la técnica a realizar antes de comenzar su desarrollo. Por el contrario, es más preocupante, el 18,6% restante que considera que no es necesario informar al paciente porque es algo habitual y ya lo conoce, o bien, porque el médico ya se lo ha explicado.

Entre la muestra, el 91% afirma que la madre tiene derecho a estar acompañada durante el parto por quien ella elija; sin embargo, 93% cree que el padre tiene derecho a permanecer durante el trabajo de parto.



En el cuestionario se muestra como un 40,4% afirma que conoce poco o nada sobre las normas vigentes en el ámbito sanitario. Además, casi un 50% afirma que el Servicio Gallego de Salud (SERGAS) nunca le ha informado sobre derechos y deberes de los pacientes. En cuanto a la manera de mantener actualizado el conocimiento sobre normas jurídicas, hay unos resultados igualados para todas las respuestas. Es un 19,2% el que no mantiene actualizado su conocimiento y el resto un 80,8% lo mantiene actualizado bien por comentarios de compañeros, por información de sindicatos, por consulta de páginas web especializadas y lectura de boletines oficiales o por información aportada por el Sergas.

El 42,3% de la muestra considera que los pacientes tienen poco conocimiento sobre sus derechos y el 32,7% que tienen algo de conocimiento. Solo un 3,8% considera que los pacientes tienen mucho conocimiento sobre sus derechos y el mismo porcentaje considera que tienen nulo conocimiento.

El 80,8% de la muestra es conocedor de que si se incumple un derecho del paciente puede ser sancionado. Sin embargo, el 22,4% afirma que se accede a la historia clínica de personas del entorno y el 16,7% afirma que se accede a la historia de cualquier persona que dé su consentimiento verbal.

Pese a que un cierto porcentaje afirma que sí se accede a la historia clínica de personas sobre las que no tiene responsabilidad asistencial; el 87,2% reconoce que los profesionales sanitarios solo pueden acceder a la historia clínica de los pacientes que atiendan y, únicamente,

con la única finalidad de atenderles. Sólo un 3,2% considera que el profesional sanitario puede acceder a la historia clínica de cualquier paciente siempre y cuando no revelen su contenido; de las 5 personas que lo consideran dos eran alumnos de enfermería, dos técnicas auxiliares de enfermería y una enfermera.

El 11,5% de la muestra considera que la única finalidad de escribir en la historia clínica del paciente es para que el profesional pueda recibir amparo legal. El 19,9% considera que se debe de dejar constancia en la historia clínica del paciente para posteriores atenciones. Así mismo, un 65,4% considera lo anterior y, además, que es un derecho del paciente.

CONCLUSIONES

Conclusiones del enunciado y contenido de los derechos

Existen diferentes normas jurídicas que recogen los derechos de los pacientes. Desde la Constitución Española y la Ley General de Sanidad existieron muchas otras normas legales y reglamentarias que fueron recogiendo los diferentes derechos que hemos citado todas ellas con el fin de dar a conocer a los profesionales los derechos de los pacientes.

La Constitución Española se publicó en el año 1978 pero el desarrollo de los derechos se fue haciendo paulatinamente y se fueron completando, progresivamente; evolucionando estos tanto a nivel estatal como en las diferentes comunidades autónomas.

Es preciso mencionar que hay algunos derechos que están enumerados pero que están pendientes de sustantividad propia. Por ejemplo, el derecho a obtener muestras biológicas que queda por concretar y desarrollar.

Por lo tanto, esta evolución fue un proceso lento que todavía actualmente se sigue completando, por lo que, se observa un cierto carácter ambiguo en la normativa actual sobre derechos de los pacientes.

Conclusiones del cuestionario.

Pese a que la mayoría coinciden en que se respeta el derecho de intimidad del paciente, en el cuestionario se muestra que se hace un uso escaso del biombo en las habitaciones para preservar la intimidad de un paciente frente a su compañero de habitación. Además, los encuestados afirman que se emplea el camisón de manera rutinaria y no exclusivamente para pacientes encamados; aunque, esta indumentaria deja al descubierto, en muchas ocasiones, la espalda y zona glútea del paciente.

Se concluye también que se desconoce la legislación vigente sobre la presencia de alumnos y residentes en las técnicas realizadas sobre el paciente.

En cuanto al derecho de acompañamiento del paciente, se observa que una buena parte de la muestra considera al personal sanitario con la potestad de decidir cuando el paciente debe de permanecer sólo durante la realización de cualquier técnica. Esto es evidencia clara de que no se le cede al paciente el derecho a decidir cuándo desea permanecer acompañado o cuando no.

Se aprecia que una pequeña parte reconoce que el paciente tiene el derecho a estar acompañado, pero también considera al personal sanitario con el derecho de decidir cuándo, excepcionalmente, el acompañante puede permanecer en la habitación; siendo totalmente lo contrario, el derecho a permanecer acompañado es continuo y son solo casos excepcionales donde el personal puede obligar al paciente a prescindir de su derecho a estar acompañado.

En el ámbito del acompañamiento del usuario del Sistema de Salud; se concluye que no es habitual que el paciente ejerza su derecho de estar acompañado después de que el personal sanitario le haya indicado que su acompañante abandonara la misma. También es sorprendente que habitualmente es el acompañante quien pide permanecer en la habitación y no el paciente quien exige ejercer su derecho de estar acompañado.

Más de las tres cuartas partes del personal dice que se informa al paciente antes de realizar las técnicas; pero lo que sí es más destacable, el personal restante defiende que no se le informa al paciente porque el médico ya lo ha hecho o se presupone que el paciente conoce la técnica porque ya es algo habitual.

Se observa también que se conoce el derecho de la madre a estar acompañada en el trabajo de parto por quien ella elija, pero, sin embargo, no se conoce que el padre no tiene derecho a permanecer durante el trabajo de parto.

Sólo podría estar presente si la madre lo escogiese como persona para que la acompañase.

Se concluye también que la mayoría del personal conoce poco o nada sobre las normas vigentes en el ámbito sanitario y que el Sergas, según afirma casi el 75% de los consultados, no le ha informado sobre la misma en el último año.

Se observa que una buena parte del personal (83,3%) accede a la historia clínica de pacientes sobre los que no tiene responsabilidad asistencial, pese a la responsabilidad legal que esto puede acarrear.

La legislación sobre sanidad se constituye de múltiples normas legales (leyes orgánicas y leyes ordinarias) o reglamentarias donde se recogen tanto los derechos de los pacientes como los deberes del personal estatutario sanitario; que en muchas ocasiones son complementarios. Además, estas normas jurídicas se actualizan continuamente y se complementan con otras de nueva aparición. El personal sanitario debe de cumplir con la norma vigente en cada momento y, el incumplimiento de la misma puede suponer sanciones para el personal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fondevila Gascón JF, Olmo Arriaga, José Luis del. El trabajo de fin de grado en ciencias sociales y jurídicas: guía metodológica. 1ª ed ed. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias; 2013.
2. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
3. Fondevila Gascón JF, Olmo Arriaga, José Luis del. El trabajo de fin de grado en ciencias sociales y jurídicas: guía metodológica. 1ª ed ed. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias; 2013.
4. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. (BOE [en línea], núm. 281, 24/11/1995, pp.33987-34058).
5. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016. (DOUE [en línea], 04-05-2016, 119/1-119/88).
6. Artículo 43 de la Constitución Española.
7. DECRETO 55/2015, de 26 de marzo, por el que se regula el ejercicio del derecho a la libre elección de personal médico de familia, pediatra y personal de enfermería en atención primaria, y de centro o complejo hospitalario por un problema de salud nuevo, en el Sistema público de salud de Galicia. (DOG [en línea], núm. 73, 20-04-2015, pp 14952-14963).
8. Decreto 159/2014, de 11 de diciembre, por el que se establece la organización y funcionamiento del Registro gallego de instrucciones previas sobre cuidados y tratamiento de la salud. (DOG [en línea], núm. 248, 29-12-2014, pp. 52759- 52775).
9. Villalbí JR, Rodríguez-Campos M, Orcau À, Espachs MÀ, Salamero M, Maldonado J, et al. La hospitalización terapéutica obligatoria en el control de la tuberculosis. Gaceta Sanitaria 2016 March 1,30(2):144-147.
10. Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud. (BOE [en línea], núm. 31, 06-02-2017, pp. 8277-8289).
11. REAL DECRETO 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. (BOE [en línea], núm. 269, 09-11-2001, pp. 40986-40999). Available at: https://www.boe.es/boe/dias/2001/11/09/pdfs/A40986-40999.pdf. Accessed May 25, 2018.
12. Palau Bretones A. Responsabilidad del personal sanitario. ;6.
13. Chamorro González JM. Sanción a personal estatutario. Principio de non bis ídem.
14. Servizo Galego de Saúde. CONSULTA HISTORIA CLÍNICA Y FARMACO - TERAPÉUTICA. Availableat:https://www.sergas.es/Asistencia- sanitaria/Consulta-Historia-Cl%C3%ADnica-e-Historial- Farmacoterap%C3%A9utico?idioma=es. Accessed 24 de mayo de, 2018.
15. Servizo Galego de Saúde. Guía rápida IANUS. Funcionalidades de especializada.
16. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. 1999 14 de diciembre
17. EFE. Nueva ley del aborto: Todas las claves de la reforma. La Voz de Galicia 2013 -12-21T01:57:00CEST.
18. Lugo EPd. El Sergas ofrece ya en Lugo el aborto farmacológico hasta las 8 semanas. 2017; Available at: https://www.elprogreso.es/articulo/noticias/el- sergas-ofrece-ya-en-lugo-el-aborto-farmacologico-hasta-las-8-semanas/20170216000000397669.html. Accessed May 23, 2018.
19. Real Decreto 33/1986, de 10 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de Régimen Disciplinario de los Funcionarios de la Administración del Estado. (BOE [en línea], núm. 15, 17-01-1986, pp. 2377-2380).
20. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. Código Deontológico de Enfermería Española.
21. Satse. Un estudio realizado por enfermeras gallegas muestra el valor que los pacientes dan al trato de los san itarios.2018;Availableat:http://www.satse.es/comunicacion/noticias/un-estudio-realizado-por- enfermeras-ga-

llegas-muestra-el-valor-que-los-pacientes-dan-al-trato-de-los- sanitarios. Accessed May 22, 2018.

22. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. (BOE [en línea], núm. 306, 23-12-2015, pp. 121483-121498).
23. España. LEY 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. (BOE [en línea], núm. 301, 17-12-2003, pp. 44742-44763).
24. Diario Oficial de Galicia. Decreto 105/2017, de 28 de septiembre, por el que se regula el sistema de garantía de tiempos máximos de acceso a las prestaciones sanitarias públicas. (DOG [en línea], núm 214, 10-11-2017, pp. 51782-51804).
25. Álvarez E. La espera máxima de 45 días para consultas solo se aplicará en sospechas de cáncer. La Voz de Galicia 2016 -05-14T05:00:00CEST.
26. Ley 12/2013, de 2 de agosto, de medidas para mejorar el funcionamiento de la cadena alimentaria. (BOE [en línea], 3-08-2013, pp. 56551-56581).
27. Boletín Oficial del Estado. Resolución de 15 de diciembre de 2014, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a la actualización de la cuantía máxima correspondiente a los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación reducida, y se actualizan los límites máximos de aportación mensual para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria. (BOE [en línea], núm. 309, 23-12-2014, pp.104448-104449).
28. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. (BOE [en línea], núm. 178, 27-07-2006, 28122- 28165).
29. Decreto 29/2009, de 5 de febrero, por el que se regula el uso y acceso a la historia clínica electrónica. (DOG [en línea], núm. 34, 18-02-2009, pp.3292-3297).
30. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. (BOE [en línea], núm. 222, 16-09-2006, pp.32650-32679).
31. Narciso DG. El proceso de alfabetización en Galicia: un intento de explicación y comprensión. Historia de la Educación 2013 Nov 1,32:289-313.
32. Ley Orgánica 3, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. (BOE [en línea],   núm. 102, 29-04-1986, pp. 15207).
33. Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. (BOE [en línea], núm. 158, 03-07-2001, pp. 23537-23541).
34. REAL DECRETO 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. (BOE [en línea], núm. 40, 16-02-2007, pp. 6591-6593).
35. Ley 8/2008, do 10 de julio, de salud de Galicia. (DOG [en línea], núm. 143, 23-07-2008, pp. 14214-14215).
36. Rubio Correa M, Cesar Luna VL, Eguiguren Praeli F. Constitución. Lima: Desco, Centro de estudios y promoción del desarrollo; 1978.
37. Floralba Arcos O, Solanye Galindo Huertas. LA EXPOSICION CORPORAL Y EL CUIDADO DE ENFERMERÍA. Cultura de los cuidados 2010.
38. Guía práctica para la realización de trabajos fin de grado y trabajos fin de máster. Murcia: Universidad de Murcia; 2012.
39. Novío Mallón S, Núñez Iglesias MJ, Freire-Garabal Núñez M. Investigación en ciencias de la salud: metodología básica. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela, Servizo de Publicacións e Intercambio Científico; 2016.
40. Arenas López, Aurelia|Castellano Arroyo, María|Miranda León, María Teresa|Reche Molina, Adoración. Conocimiento y cumplimiento de los profesionales sanitarios del derecho del paciente a la información clínica. Revista Española de Medicina Legal 2011;38(1):11-16.
41. Nursing, patients' privacy in Emergency Services from Sector III of Zaragoza. Enfermería e intimidad de los pacientes en los Servicios de Urgencias del Sector III de Zaragoza. NURE investigación: Revista Científica de enfermería 2017;14(86):4.
42. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE [en línea], núm. 102, 29-04-1986, pp. 15207-15224).
43. 43.Solves, Martínez, Burillo, Mora. Derechos de los pacientes. Algo más que una cuestión de actitud. Gaceta Sanitaria 2010;24(3):247-250.

Influencia de Concepción Arenal en la enfermería

Una doble mirada a una profesión

Nazaret Gómez González · nazalugo@gmail.com

El 4 de febrero es el aniversario de la muerte de Concepción Arenal, una mujer gallega y me gustaría escribir un poco sobre la influencia que tuvo en la enfermería española en el siglo XIX.

La evolución de la asistencia sanitaria y de la enfermería desde el siglo XIV al XIX estuvo fluctuando entre la órbita privada (órdenes religiosas) y la incipiente, pero progresivo ascenso de la actividad asistencial por parte del sector público.

El reformismo en la Enfermería española tuvo su máximo exponente en una mujer del siglo XIX que se dedicó a realizar realizar menorizados análisis de la realidad social, benéfica y penitenciaria: Concepción Arenal.

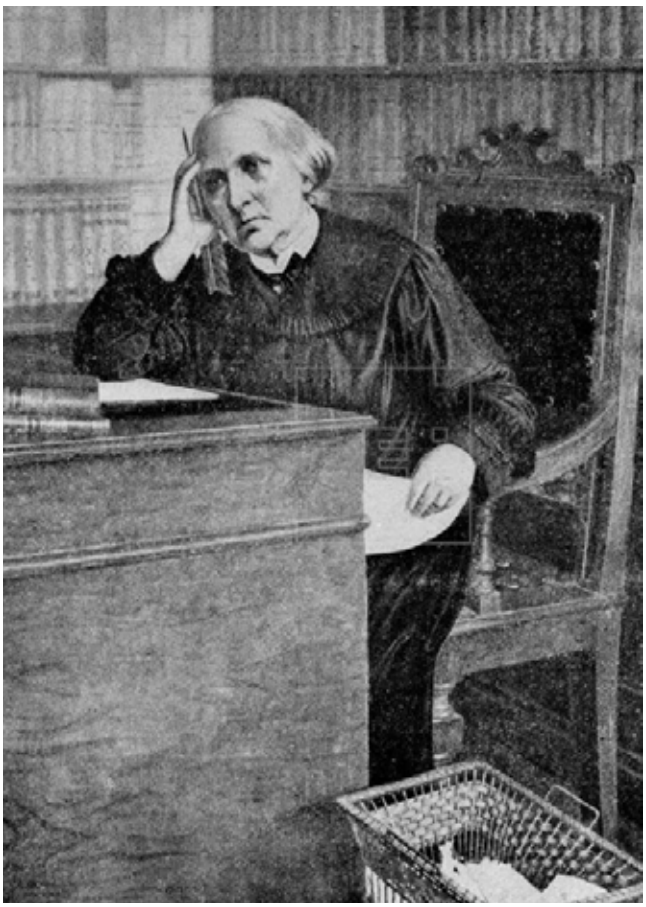
Las raíces de la obra Arenal hay que buscarlas en los pioneros del reformismo anglosajón y alemán: Howard, Elizabeth Fry, Lyude Dix e incluso Teodoro Fliedner (el fundador de las diaconisas de Kaiserwerth)

Todos ellos tuvieron un denominador común: la reforma hospitalaria estuvo precedida por su período de análisis de la realidad carcelaria de sus respectivos países.

La enfermería española del siglo XIX se caracterizó por una extremada penuria. En algunos hospitales se dejaba el cuidado de los enfermos bajo la responsabilidad de enfermeras que actuaban como sirvientas sin apenas conocimientos técnicos y casi sin saber leer ni escribir.

Concepción Arenal desde su sección en la Caridad de España correspondiente a Abril de 1871 elabora un estudio en el que trata los malos hábitos de las enfermeras.

Defiende la labor de las Hermanas de la Caridad, dada la superioridad de sus servicios tanto en la calidad asistencial como en el nivel del trato personal y alaba la diferencia de las salas que están a su cargo, mientras las salas a cargo de enfermeras peores es todo un caos.



Arenal sistematiza su crítica mediante la observación de cinco principios que deben guardar toda persona dedicada a la enfermería:

- Cuidado en la asistencia.
- Conocimientos sobre la alimentación.
- Honestidad.
- Aseo.
- Orden.

También señalaba, ya en 1870, la necesidad de unificación y proponía para ello la creación de una escuela de enfermería que ofreciera un solo título, con el objeto de unificar la profesión que se hallaba dividida entre practicantes, enfermeras/os y mozas.

BIBLIOGRAFÍA

1. https://es.wikipedia.org/wiki/Concepci%C3%B3n_Arenal
2. http://www.filosofia.org/aut/001/1861are.htm
3. https://www.lavanguardia.com/hemeroteca/20140404/54404643153/concepcion-arenal-feminismo-espana-mujeres-escritoras-activistas-penalistas-derecho-penitenciario.html
4. https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=68833
5. https://laenfermeria.wordpress.com/2008/02/22/fundamentos-de-enfermeria-ii-el-reformismo/
6. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/25842/1/arenal.brasil.pdf
7. https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2117/134259/47_laura_casas.pdf
8. Salas Iglesias, P.M. 2012. El reformismo social y sanitario de Concepción Arenal. Una contribución a la entidad de la enfermería contemporánea. Editorial Club Universitario. Alicante

Material quirúrgico básico de otorrinolaringología

Nazaret Gómez González · nazalugo@gmail.com

1. Pinzas oido
2. Pinza Blakesley
3. Tijera Metzenbaum
4. Especulo nasal
5. Cánula aspiración
6. Abrebocas

Premio Anual Muralla de Lugo 2020

OBJETIVO

Fomentar la investigación y la participación de las/os enfermeras/os en actividades científicas relacionadas con la profesión. Los trabajos deberán ser inéditos, no serán objeto de estos premios los trabajos subvencionados por otras entidades científicas o comerciales, ni las tesis doctorales presentadas a tal fin, ni trabajos que previamente hayan sido premiados en otros certámenes.

CATEGORÍAS

CATEGORÍA CIENTÍFICA:

Premiar los mejores trabajos de investigación: estudios observacionales, experimentales, revisiones sistemáticas de la literatura, meta-análisis, etc.

1º Premio de 1000 € **2º Premio de 750 €**

ARTÍCULO CIENTÍFICO:

Premiar el mejor artículo científico publicado en una revista relacionada con la profesión enfermera. Se aceptarán los artículos publicados entre abril de 2019 a abril de 2020 (se excluyen editoriales o artículos que no tengan la estructura de artículo científico).

Premio de 500 €

CATEGORÍA GENERAL:

Premiar los relatos y trabajos relacionados con otros ámbitos de la enfermería: avances, ciencia, técnicas, cultura, lenguajes, arte u otro contenido relacionado con la enfermería.

Premio de 500 €

ACCÉSIT ALUMNOS:

Premiar los trabajos presentados por los alumnos de la Facultad Universitaria de Enfermería de Lugo.

1º Premio de 500 € **2º Premio de 500 €**

PLAZO DE PRESENTACIÓN

La fecha límite de presentación el **7 de abril de 2020** en el Colegio de Enfermería de Lugo.

PARTICIPANTES

Podrán participar aquellos colegiados de forma individual o colectiva (que están al corriente de pago de cuotas colegiales) y alumnos de Grado de la Escuela de Enfermería de Lugo.

Los premios da categoría científica están abiertos para colegiados de los Ilustres Colegios Oficiales de Enfermería de Galicia, el resto de las categorías se reservan para los colegiados del Colegio de Enfermería de Lugo y alumnos matriculados en la EUE de Lugo.

Quedan excluidos los miembros del jurado y de la Junta directiva de los Colegios profesionales.

El hecho de participar en este Premio supone la aceptación de las Bases, en caso de falsedad o incumplimiento de las bases por parte del autor/es premiados supondrá la obligación de devolver el Premio.

PROPIEDAD: Los trabajos premiados quedarán en propiedad del COE de Lugo, serán publicados en la revista Enfermeir@s, si así, lo considera su Dirección editorial, donde se mencionará al autor/es. Los autores premiados deberán solicitar autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que fueron premiados en el "Premio Muralla del Colegio Oficial de Enfermería de Lugo". Los trabajos no premiados quedarán a disposición de los autores en las oficinas del Colegio, a partir del día siguiente de la Fiesta Colegial.

ENTREGA DEL PREMIO

Los premios serán entregados en día de la Fiesta de Enfermería. Los seudónimos de los trabajos premiados serán publicados previamente en la página web del Colegio (www.enfermerialugo.org) y en el momento de la Fiesta de Enfermería se abrirá el sobre con el nombre del autor/as.

Es obligatorio que al menos un autor/a del trabajo premiado lo recoja de forma presencial el día de la Fiesta de Enfermería, en caso de no presentarse a recogerlo el premio quedará desierto.

JURADO

Presidente: La presidenta del COE de Lugo o persona en la que delegue.

Vocales: La coordinadora de la Comisión de Formación del COE de Lugo, un representante de los colegiados con experiencia en comités científicos, un representante de E.U.E de Lugo, un representante de Atención Primaria, un representante de los tres distritos: A Mariña, Monforte de Lemos y Lugo.

DECISIÓN DEL JURADO

Podrá declarar desierto cualquier premio. El fallo será inapelable. Los concursantes por el hecho de concursar renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el mismo.

NORMAS DE ENTREGA

Todos los trabajos deberán ser **originales e inéditos**, excepto el artículo científico y el trabajo de los alumnos.

Los trabajos serán entregados o enviados por correo u otra empresa de mensajería al Colegio de Enfermería de Lugo (Avenida de la Coruña nº 104, entr B, cp 27003, Lugo), e**n un sobre cerrado indicando en su exterior LA CATEGORÍA A LA QUE OPTA Y UN SEUDÓNIMO** (no llevará remitente ni ningún tipo de identificación). En su interior se incluirá un sobre cerrado con el seudónimo en el exterior y en su interior los nombres y apellidos y del autor/es, nº de colegiado y nº de teléfono de contacto.

Los trabajos presentados omitirán obligatoriamente el nombre del autor o referencias que pudiera inducir a los miembros del jurado a la identificación, de la procedencia o autores de los mismos.

NORMAS DE PRESENTACIÓN

Los trabajos y artículos se presentarán con un original impreso en DIN A-4 por una sola cara y una copia en formato digital. Idioma castellano o gallego. Fuente tipográfica calibri, color negro, tamaño 13, sin sangrías, espacio 0 e interlineado sencillo. Extensión máxima 60 páginas. Los artículos científicos seguirán las normas de publicación y referencia bibliografía de la revista de publicación científica. Es obligatorio presentar un justificante de su publicación.

ESTRUCTURA DEL TRABAJO DE CATEGORÍA CIENTÍFICA Y ACCÉSIT ALUMNOS

1-Portada: Incluirá el titulo y seudónimo.

2-Resumen y palabras claves: El resresumen será conciso, claro y bien estructurado según los objetivos, la metodología, los resultados, la discusión y las conclusiones, con una extensión de entre 250 – 350 palabras. Las palabras clave se colocaran a continuación del resumen. Abstract (and keywords) Traducción al inglés del resumen y las palabras clave.

3-Índice: Con relación de acrónimos y abreviaturas. Se deberán enumerar los diferentes apartados en los que están divididos el trabajo.

4-Cuerpo del trabajo

- **Introducción:** presentar el tema de forma breve, planteando el estado actual de las investigaciones sobre la cuestión revisada.
- **Justificación:** justificar el interés e idoneidad del tema en función del interés social, sanitario, profesional, teórico, científico o ético.
- **Objetivos:** especificar los propósitos del trabajo en función de los conocimientos previos.
- **Hipótesis:** Si procede. Expresa el interrogante de donde partió el trabajo.
- **Material y Método:** como se hizo la investigación. Las estrategias y procedimientos que se siguieron en el trabajo.
- **Resultados:** comunicar las principales evidencias encontradas en el estudio. Deben de presentarse siguiendo una secuencia temporal lógica, primero los datos iniciales, seguidos por los resultados obtenidos tras la intervención.
- **Discusión y Conclusiones:** Discusión: se interpretan los resultados. Suscita similitudes y diferencias con otros trabajos publicados. Comunica las fortalezas y las limitaciones del estudio, etc. Conclusiones: deben de responder a los objetivos del estudio, evitando hacer afirmaciones rotundas y sacando conclusiones que no estén debidamente apoyadas por los datos.
- **Bibliografía:** las referencias bibliográficas siguiendo las normas: Vancouver 2016 o ISO 690 2013
- **Anexos:** en el caso de que se estime oportuno.

PREMIO ANUAL MURALLA DE LUGO 2020

¡¡Participa!!

COLEXIO OFICIAL DE ENFERMARÍA DE LUGO

Categoría Científica:
1º Premio 1.000 €
2º Premio 750 €

Artículo Científico: **500** €

Categoría Xeral: **500** €

Accésit Alumnos:
1º Premio 500 €
2º Premio 500 €

Prazo de presentación dos traballos ata o 7 de abril do 2020

Consulta as bases do concurso na web do Colexio Oficial de Enfermaría de Lugo

www.enfermerialugo.org

Entrega de premios na Festa Anual de Enfermaría