Enfermeir@s

Revista do Colexio Oficial de Enfermaría de Lugo

Número 35 Xullo 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
- Crónica de una cuarentena anunciada 6
- Día Internacional de las Enfermeras 8

ACADEMIA DE ENFERMARÍA DE GALICIA
- Nuevo curso académico de la Academia de Enfermería de Galicia 9

CURSOS
- Curso de abordaje enfermero en enfermedades alérgicas 10
- Taller Técnicas de inmovilización, yesos y vendajes funcionales 11

OPINIÓN
- Des-humanización 12

FORMANDO ENFERMEIR@S
- "Somos unidos por el cáncer" III Congreso provincial para enfermos con cancro e o seu entorno familiar 14
- Jornada Liderazgo Enfermero en Atención Primaria y Sector Sociosanitario 16

SALUD MATERNO-INFANTIL
- Maternidad en tiempos de coronavirus 18

SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA
- ¿Cómo se llama tu enfermera? Aproximación a la enfermería familiar y comunitaria 22

INVESTIGACIÓN
- Actuación de la enfermera gestora en el proceso integrado de cáncer de pulmón 24
- Hipotermia terapéutica post parada cardíaca. Cuidados de enfermería 33
- Porfiria aguda intermitente: manejo de las crisis agudas 41
- Poster. Manejo de las complicaciones urológicas en pacientes con esclerosis múltiple 50

ENFERMARÍA NOS TEMPOS
- El uniforme de la enfermera. Modas y modos, un análisis visual histórico-semiótico 52

– **RECUNCHO ENFERMEIRO**
- Material quirúrgico específico en sala de partos 66

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
Lucía Menéndez Menéndez
Isidoro Rodríguez Pérez
Mª Jesús Regueiro Burgo
Jenifer Souto Pérez
Cristian Martín Vazquez
Iria Ferreiro López

REVISORES
José Mª Rumbo Prieto
Luis Arantón Areosa

PORTADA
Ana María Vazquez Cendán

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

Empiezo este Limiar recordando a nuestro compañero de redacción que falleció hace unos meses Javier Saavedra Balseiro. En nombre de toda la redacción de la revista y el Colegio Enfermería de Lugo aprovechamos para dar el pésame con todo nuestro cariño a su familia. "Javier, te recordaremos siempre".

Este año por primera vez no hemos podido celebrar actos ni reuniones presenciales como congresos o jornadas. Una situación dramática como la mayor emergencia sanitaria de la historia reciente ha sido la culpable.

El Covid-19 supone un coste económico y sobre todo un coste moral, anímico y personal para las personas que han padecido la enfermedad y para los que han perdido a un ser querido.

Desde el primer momento las enfermeras y enfermeros han sido el verdadero motor de esta crisis sanitaria y como ha dicho Tedros Adhanom, director de la OMS "Una de las lecciones del COVID-19 es que hay que invertir en Enfermería", y no sólo eso sino también participar de manera efectiva en la reconstrucción del Sistema Nacional de Salud tras esta crisis.

En último lugar, agradecer a Lucía Menéndez Menéndez, enfermera especialista en Familia y Comunitaria por estrenar una nueva sección e incorporarse a la grupo de redacción de la revista.

Crónica de una cuarentena anunciada

Jenifer Souto Pérez • jenifer.souto@hotmail.com

A estas alturas, todos tenemos en mente qué es el COVID-19. Pero bien es verdad, que el ritmo al que van sucediendo las noticias es tan inmensamente trepidante que puede resultar muy provechoso tener una visión pausada de todo lo sucedido desde su principio.

Todo daba comienzo un no tan distante 31 de diciembre de 2019. Mientras nosotros, los españoles nos preparábamos para recibir el año 2020, en el otro lado del mundo, en la gran y anónima ciudad china de Wuhan, la Comisión de Salud Municipal informaba de 27 casos de neumonía atípica de origen desconocida. Un suceso que carecía de importancia y que únicamente ocupaba algún que otro pie de página en los periódicos.

Continuaba la vida de forma normal cuando un 12 de enero de 2020, China informaba a la OMS de que el foco del nuevo coronavirus se encontraba en el mercado de animales vivos de Wuhan. Un dato importante, pues todo apuntaba a que el virus tenía una procedencia animal. Y así lo ha señalado un estudio publicado en Nature Medicine, por el investigador Kristian G.Andersem, confirmación que recientemente se ve apoyada por el afamado virólogo evolutivo Edward H. Holmes, que afianzaba: el Sars-CoV-2 es muy parecido a un coronavirus hallado en murciélagos. Y ese popular pangolín habría sido el huésped a través del que pasó el virus a los humanos.

Avanzamos hasta el 21 de enero, cuando la OMS supervisa íntegramente la situación. Se notifican casos, todos ellos importados de Wuhan, fuera de China (Tailandia, Japón, Corea del Sur, Francia…). Así el 25 de enero hay un hito relevante en Vietnam, donde se registra el primer caso de transmisión de humano a humano. Se certifica, posteriormente que el contagio del COVID-19 es de 2 a 3, es decir con un contagio muy superior entre la población a una gripe común.

En febrero, el virus se expandía por todos los países a una velocidad vertiginosa. Pero todo ello manteniéndonos al margen hasta el momento. En España nos parecía

ciencia ficción e incluso el confinamiento en ciertas localidades norteñas italianas nos parecía excesivo.

A principios de marzo, todo parecía cambiar pues, las cifras comenzaban a dispararse, produciéndose además, alertantes datos de letalidad. El ritmo fue absolutamente frenético, un 11 de marzo, Thedros Adhanom, Director General de la OMS, declaraba el Covid-19 pandemia global.

El 12 de marzo comienzan a saturarse hospitales españoles, empieza la escasez de materiales y los trabajadores de la salud no dan abasto. Se recomienda a los ciudadanos que no salgan de sus casas. Comienza a circular el hashtag #YoMeQuedoEnCasa. La película de ciencia ficción, ese enemigo invisible, había llegado de forma sigilosa y violenta, para quedase. Y así, el 14 de marzo, el Gobierno de España decretaba el confinamiento mediante la declaración del Estado de Alarma. A partir de ahí, ya no hay vuelta atrás, se limitan las circulaciones, se cancelan aglomeraciones, espectáculos, eventos deportivos, incluso citas tan significativas en nuestro país como las Fallas de Valencia o la Semana Santa. Se cerraron los colegios. Creció la sensación de una libertad que quedó en desasosiego y espera. El gran indicador de preocupaciones por el virus se asomaba en

las calles, desérticas, abrumadoras, un espejo de una sociedad encerrada.

#Yomequedoencasa, para algunos una bendición, para muchos algo impensable. Y ahí están, ellos, todos esos profesionales de nuestra sociedad, luchando contra ese gran enemigo invisible, en una batalla desconocida, que cada día no deja más que entrever la fragilidad de que tiene nuestra vida.

Mención especial a todos los profesionales de la salud, olvidándose de ellos mismos, alejados de sus familias, arriesgados al contagio, conciliando un difícil sueño dentro de esta pesadilla. Atendiendo a los cuidados y al bienestar, en cada turno, en cada día de pelea contra el enemigo invisible y afrontando de una forma inhumana cifras inasumibles de muertes.

Son aplaudidos cada día. Son reconocidos, incluso por los más pequeños que premian su labor con inocentes dibujos en las ventanas de los hogares de todo nuestro país. Y por ello, si hay cosas positivas que se pueden extraer de esta gran crisis sanitaria es que, por una vez nos hemos acordado de los valores importantes de la vida. De reconocer a las personas a las que más debemos, a nuestros mayores, a nuestros padres, a nuestros abuelos. De reconocer la importancia de la solidaridad, de la unión, de la cooperación para dejar atrás el individualismo. De aprender de una situación que requiere de nosotros el mayor de los empeños y sacrificios. De confiar siempre en que todos estos esfuerzos que se llevan a cabo desde el colectivo de enfemeros/as junto con el resto del personal sanitario y de la población conjuntamente, nos lleve de regreso a la normalidad. Una normalidad que nunca pensamos, anhelaríamos tanto. De regresar al mayor placer, de besar, de abrazar y de sentir cerca a nuestros seres queridos. Momento que llegará más pronto que tarde pues, como dice la canción *Resistiré, para seguir viviendo.*

Día Internacional de las Enfermeras

Nazaret Gómez González • nazalugo@gmail.com

La Organización Mundial de la Salud declaró que 2020 iba a ser el año de las enfermeras. Distintos colectivos relacionados con la profesión tenían previstos actos y homenajes para hacer ver al mundo que la profesión es esencial para salir adelante. Sin embargo, a principios de este año un virus se coló en nuestra existencia y está abriendo los ojos al mundo sobre la valía que demuestran día a día los profesionales de enfermería.

Este año, el Día Internacional de las Enfermeras se celebró como cada 12 de Mayo para conmemorar al nacimiento de Florence Nightingale, siendo diferente. Muchas enfermeras continuaremos dedicando las horas necesarias para cuidar de los pacientes, seguiremos luchando contra el virus que está pausando nuestras vidas. Pero también el mundo es hoy más consciente de que todos los pacientes que están consiguiendo superar la enfermedad lo están haciendo gracias al trabajo de los profesionales de enfermería.

Así lo demuestra el hecho de que una multitud de edificios monumentales de nuestro país se hayan puesto de acuerdo en iluminarse de azul para hacer memoria a las enfermeras, trabajadoras admirables de nuestro país.

Y en Lugo disfrutamos de nuestra Muralla y el Ayuntamiento vestidos de azul.

Nuevo curso académico 2020

Redacción

La Academia de Enfermería de Galicia ha abierto el nuevo curso académico 2020 en Santiago de Compostela. El acto lo ha inaugurado el presidente de la Academia Isidoro Rodríguez quien ha destacado que se afronta este nuevo curso con "mucha ilusión, muchas ganas de trabajar y ganas de seguir poniendo a la profesión enfermera en el lugar que le corresponde que es un poco el gran objetivo de la academia".

Un nuevo año

Además, se han presentado las nuevas iniciativas para esta nueva etapa que abre la academia gallega. Entre ellas, destaca la previsión de "siete sesiones científicas divulgativas de la profesión enfermera", ha especificado Rodríguez. Por su parte, ha anunciado que este año "vamos a sacar una convocatoria de nuevas plazas de académicos para poder alcanzar que la academia esté completa en todos sus sillones, en todos sus miembros" y ha hecho hincapié en la relevancia que el proyecto Nursing Now tiene para la Academia de Enfermería gallega "creemos que nuestros objetivos son comunes a este proyecto y en Galicia lo hemos apoyado totalmente y vamos a seguir haciéndolo. Creemos que lo importante que necesita la profesión es la unión de profesionales, tomar conciencia de la situación de la enfermería, tomar conciencia de las mejoras que podemos hacer pero siempre juntos. Siempre unidos porque es la única forma de poder superar todos los obstáculos que pudiera tener la enfermería", ha recalcado.

Académica de honor

El acto también ha contado con el nombramiento de Rosa Mª González Gutiérrez-Solana como académica de honor. La enfermera ha sido elegida como académica de honor por su gran trayectoria profesional centrada en la estandarización de los lenguajes enfermeros y la organización de los cuidados enfermeros a nivel hospitalario. La académica de honor ha sido la encargada de cerrar el encuentro con una conferencia titulada "entendámonos al hablar de cuidados".

Curso de abordaje enfermero en enfermedades alérgicas

Redacción

El 6 y 7 febrero del 2020 se celebró un curso para enfermería sobre enfermedades alérgicas en Burela.

Taller Técnicas de inmovilización, yesos y vendajes funcionales

Redacción

Durante 4 días en Enero se reunieron enfermeros para participar en un Taller de técnicas de inmovilización, yesos y vendajes funcionales realizado en el Colegio Oficial de Enfermería de Lugo.

Des-Humanización

María Rodríguez Trigo • mrtrigo1977@gmail.com

A inspiración de este artigo chegou o 3 de Marzo deste ano 2020. Lendo titulares non saía do meu asombro:

"Feijóo presenta la Estrategia de Humanización de la sanidad gallega. Se rediseñará la ropa de los pacientes y habilitarán espacios para acompañantes, entre otras medidas".

"El Servicio Gallego de Salud (Sergas) ha presentado este jueves su Estrategia de Humanización de la Asistencia Sanitaria, bajo el lema "Preto de ti", con la finalidad de seguir avanzando para lograr una sanidad pública centrada en las personas".

Feijóo:" Antes se trataban las enfermedades, ahora se trata a las personas y a sus familiares".

"(...) el diseño de una vestimenta que sea más respetuosa con la intimidad de los pacientes, o la habilitación de espacios para que los acompañantes puedan guardar sus pertenencias o cargar sus dispositivos electrónicos."

"Galicia apuesta por la humanización de la sanidad con un nuevo plan."

"Estamos ante un cambio de paradigma en el que la sanidad gallega velará por los intereses de todos los pacientes y sus familiares."

"Feijóo saca pecho de la humanización en la sanidad gallega."

"Feijóo incide en que este modelo es fundamental para el trabajo de los profesionales, para el cuidado y recuperación de los pacientes y para la tranquilidad de los acompañantes."

"Antes, a sanidade estaba enfocada a tratar a enfermidade, agora é para tratar á persoa enferma" dijo el Presidente.

Busquei para ver si se trataban de "fake news" pero cando vin ó Presidente manifestarse pola televisión decateime de que era real. A Sanidade está deshumanizada? pensei, claro que si. Como a propia palabra di faltan seres humanos sanitarios para poder coidar ben sen enfermar. Xa sei que o término deshumanización refírese a un proceso mediante o cal as persoas perden ou son despoxadas das súas características humanas pero, no caso da Sanidade, ten moito que ver coa sobrecarga asistencial e o descoido. Si se adecuaran as rateos ás necesidades actuais contratando e estabilizando ó persoal necesario en residencias, plantas de hospitalización, atención a domicilio, etc a Sanidade estaría menos deshumanizada. Neste plan non se menciona algo tan esencial que é un punto clave, a falta de persoal. Falan de camisóns, habilitación de espazos… pero este punto básico non o nomean, a urxencia de adecuar o persoal necesario para coidar ben. Lembro como a subdirectora de enfermaría, cando lle contaba o ben que se traballaría cunha/cun auxiliar máis pola mañá, intentaba convencerme de que había uns gorros, só por un euro dicía, que simplemente fretando un pouco a cabeza do/da doente lávase en tempo récord… sempre ca teima de aforrar en persoal. Quizais para unha unidade de coidados intensivos, pensei, pero nunha planta de hospitalización con auga, xabón e o persoal necesario santo remedio. Nestes anos atopeime con persoas despoxadas das súas características humanas nalgún posto de xestión. Ás veces soño que son visitantes camuflados de humanos e sempre esperto cando intento quitarlles a máscara para ver se son seres de sangue fría. Onde esconderán a nave "nodriza"? Por outra banda, se das con persoas coherentes parece que son salvadores/as do planeta, cando o normal sería xestionar con coherencia. Que distinto sería todo se un pouco de humanización nos contaxiara a todas/os.

Sentinme algunha vez deshumanizada? Pois tristemente si, cando traballando ás carreiras tes que elixir e deixas de facer coidados necesarios básicos como axudar a deambular ós/ás doentes, pararte a escoitar, atender unha demanda, porque algo máis inmediato ten que ser anteposto. "Moito e ben, non hai quen". A miña resposta a tan desagradable sentir foi gravar en min o seguinte lema "mellor coidar a dez pacientes ben que non a vinte a medias". Pero o lema dos/das que xestionan resultou ser "se podo contratar a media/o enfermeira/o non contrato a unha/un". Un claro choque de realidades, un choque que desaxusta ó sentido común. Entendes que se as rateos se adecúan ás necesidades que hoxe temos sería posible coidar mellor. Que diso se trata, señor Feijoó, coidar ben sen enfermar. Na planta de Especialidades do Hospital Comarcal de Monforte levamos anos pedindo un/unha enfermeira/o máis para a quenda de noite e unha/un auxiliar máis para a quenda de mañá. Demostramos que con esa dotación chegaríamos a un mínimo persoal para poder coidar ben. A Xerencia resposta que non se precisa máis persoal pois as rateos son as que marca a lei. Dende cando non se actualizan as rateos? A poboación está envellecida, e son moitos/as os/as que ingresan sós/sóas, dependentes que precisan moita axuda e máis coidados. O persoal ante varias respostas negativas acaba queimándose, ese persoal é o que ten que organizarse ante unha pandemia, xente queimada e sen motivación. En moitos casos pola deshumanización das persoas que están a tomar decisións. Abocados a unha transhumancia buscando o lugar menos sobrecargado. Coidar das persoas enfermas, tendo vocación e sendo coidada, non queima tanto. E a situación das residencias sae novamente á palestra, como cando varres e metes a merda baixo da alfombra....chega un momento que todo salta polos aires. Hai moitas voces que pensan que é necesario reformular a atención socio-sanitaria, un organismo público debería xestionar as Residencias, con persoal suficiente que manteña dun xeito digno a última etapa dos/das nosos/as maiores. Quizais habería que deseñar outro xeito de coidar dos/das dependentes, buscar outras alternativas máis adecuadas. Tivo que vir un virus con coroa para por todo patas arriba. Para mostrar o que levamos anos dicindo. Humanicen a Sanidade con seres humanos, cos/coas profesionais necesarios/as, controlen que se fagan os coidados, escoiten ás/ós que están a pe de cama,… e xa verá como se humaniza.

"Somos unidos por el cáncer" celebra a terceira edición do Congreso provincial para enfermos con cancro e o seu entorno familiar

Nicolás Carreira Gómez* e Dª Silvia López Lorenzo*, D. Alejandro Roca Castaño*, Dr. Isidoro Rodríguez Pérez**
*Alumnos do Obradoiro de Escritura e comunicación da Escola de Enfermaría de Lugo.
**Profesor do Obradoiro de escritura e comunicación da Escola de Enfermaría de Lugo.

O pasado sábado 30 de novembro tivo lugar en Lugo, o III Congreso provincial para pacientes con cancro e o seu entorno familiar, no marco do salón de actos da Escola Universitaria de Enfermaría,

Trátase dun evento impulsado pola asociación "Somos unidos por el cáncer", que conta co apoio constitucional da Sociedade Española de Oncoloxía e foi declarado de interese sanitario pola Xunta de Galicia. Está dirixido especialmente ás persoas que padecen cancro e aos seus familiares, que día a día loitan ao seu carón contra esta afección; aínda que tamén é recomendable para os alumnos e profesionais sanitarios, especialmente enfermeiros/as, debido ao interese que suscita este tema na profesión enfermeira e a súa relación cos coidados. Realízase cada dous anos, co fin de formar nos diferentes aspectos do cancro e mellorar así a calidade de vida destes enfermos e os seus familiares.

O acto de inauguración estivo a cargo da mesa composta por Jose Manuel Vázquez Castro (Presidente da asociación Somos unidos por el cáncer), Begoña Campos Balea (Oncóloga do HULA), Isidoro Rodríguez Pérez (Presidente da Academia de Enfermería de Galicia), Olga López Racamonde (Concelleira de Benestar Social), Mª Asunción Núñez Magdalena (Directora da Escola Universitaria de Enfermaría).

Durante esta presentación, Jose Manuel Vázquez explicou o título elixido para este III Congreso, "as cores do cancro": a idea é desmitificar a palabra cancro, porque o cancro non é de só de cor rosa. Existen máis de 200 tipos de cancro diagnosticados, *"hai tantas cores coma cancros e, sexa o que sexa, é cancro"*, afirma o presidente da asociación.

Salón de actos durante o congreso.
Fonte: Alejandro Roca

Durante a xornada os asistentes recibiron información sobre os coidados dos enfermos de cancro da man de profesionais da talla de Beatriz Pombo (médica de Medicina Interna), Michael Calvo (médico de Hematoloxía), María Ferreiro e Silvia Rodríguez (enfermeiras en Hospitais de día de Oncohematoloxía), Vanesa Quiñones (odontóloga), Cristina Núñez (doutora en química), Laura Torrado (médica de Radioterapia), Sara Abel (enfermeira de Radioterapia), Jose M. Salas (impulsor do proxecto HURGE) e Natalia Gironella (licenciada e doutora en Ciencias da Información). Todos eles, tras ser

Mesa inaugural do III Congreso provincial para pacientes con cancro e o seu entorno familiar. Fonte: Alejandro Roca

presentados por membros do Comité Científico de SOMOS, ofreceron charlas formativas nas que explicaron diversos temas de xeito sinxelo para ser comprendidos por todo o público.

Un dos puntos máis importantes do día foi a celebración dunha mesa redonda, "A mesa do bo morrer" na que participaron Aranzazu García (médica xefa de Coidados Paliativos do HULA), Isabel Vila (enfermeira de Hospitalización a Domicilio do HULA), Andrea Gallego (médica de Familia. CAP Sagrado Corazón), Lara Álvarez (enfermeira de AP), Olivia Díez (médica de Urxencias, do HULA), Álvaro Fernández (médico de Medicina Interna do HULA), Mercedes Varela (médica de Hematoloxía-do HULA) e Ignacio Fernández (médico de oncoloxíado HULA); podendo participar todos os asistentes que o desexaron.

Como broche final a este evento, a xunta directiva e membros do xurado fixeron entrega dos galardóns da primeira edición dos Premios Mirian Vázquez / Xenialérrimos. Na categoría de fotografía a gañadora foi Manuela Ariza García, co seu traballo titulado *"Nunca dejes de soñar"*. Na sección de relatos o premio foi para Sabela Núñez Singala, polo seu relato *"Avia"*. Ambas premiadas recibiron un trofeo e 200 euros. A categoría audiovisual quedou deserta. O acto pechouse coa actuación do obrador e gaiteiro Lis Latas.

aEste evento consideramos foi moi interesante dado que tanto conferenciantes como asistentes tivemos ocasión de coñecernos e compartir experiencias e relacionarnos de cerca, facendo realidade esas relacións humanas tan importantes entre enfermos, enfermeiras, médicos e coidadores, facendo que a enfermidade sexa máis humana. Oportunidade para que o enfermo pase de ser un número ou historia clínica a unha ser persoa coma nos, con nome apelidos, historia persoal, lingua, emocións, medos e inquedanzas.

Agradecemos aos organizadores e a Escola de Enfermaría de Lugo que nos permitisen participar neste evento e animamos a compañeiras: alumnas, profesoras e profesionais da enfermaría a participar na cuarta edición.

Jornada Liderazgo Enfermero en Atención Primaria y Sector Sociosanitario

María Candelaria Rodríguez Hernández* y Ángela Pérez Mariño*
Isidoro Rodriguez Pérez **
*Alumnas Obradoiro de Escritura y Comunicación de la EUE de Lugo.
**Cordinador del Obradoiro de Escritura y Comunicación.

El pasado 27 de noviembre 2019 la Escuela Internacional de Ciencias de la Salud junto con el Colegio de Enfermería de Lugo, toman la iniciativa de organizar una Jornada de enfermería bajo el título: "Liderazgo enfermero en Atención Primaria y el sector sociosanitario". Se ha unido a esta convocatoria el Hospital Lucus Augusti (HULA), como sede para las ponencias. La Jornada estuvo conformada por cuatro categorías. El aforo se encontraba lleno de profesionales de enfermería, comunicación, divulgación y promoción científica destinados a compartir sus conocimientos.

LIDERAZGO TRANSFORMADOR

En esta categoría, fue tratado por *Miguel Udaondo Durán* (directivo ejecutivo) según su punto de vista, todo ser humano puede transformarse en un "Líder Transformador" cuyo objetivo es mejorar su calidad de vida y para ello, es necesario contar con "5 superpoderes: visión de análisis, sistemática y holística, gestión e interconexión y estimulación intelectual".

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA: TRABAJANDO CON Y PARA LA COMUNIDAD

Por su parte, *Paz Gatell Mesa* (enfermera escolar y antropóloga) habló sobre la necesidad de liderar en las aulas, en el sistema educativo. Hay muchos factores que aumentan esta necesidad como el aumento de niños escolarizados con enfermedades crónicas y profesores, que no tienen conocimientos sobre cuidados enfermeros. *Andoni Lorenzo Gramendia* (presidente del Foro Español de Paciente: Formador de formadores, haciendo al paciente experto) también apoya la iniciativa de Paz Gatell Mesa, indicando: "Dejamos a los hijos más de 8 horas al día en el centro educativo con profesores, pero ninguno es profesional sanitario".

Esther Martínez Bécares (enfermera especialista en obstetricia) defendió como meta principal durante la ponencia la toma de conciencia sobre la lactancia materna: "La leche materna es una de las principales fuentes de nutrición contra el riesgo de enfermedades y favorece el vínculo socioafectivo madre y neonato". Es por ello, que la enfermera debe empoderarse y tener la oportunidad de convertirse en un referente principal de cambio en la atención a la lactancia materna.

ATENCIÓN AL PACIENTE EN SU LUGAR DE RESIDENCIA

En la tercera ronda de exposiciones, *Cristina Gómez Menor* (enfermera en centro de salud Ramón y Cajal de la Comunidad de Madrid) comentó que la atención activa en el domicilio, por parte de enfermería, sirve para evitar reagudizaciones e ingresos hospitalarios en pacientes crónicos. También, Rocío Sánchez de Enciso Expósito (enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria) hizo hincapié en la incorporación de la enfermera gestora, porque "permite la planificación y coordinación de forma anticipada de recursos y cuidados necesarios dirigidos al paciente y de forma específica, facilita la atención integral e individualizada".

Desligándose un poco del paciente crónico, entró en juego *José Ignacio Matute Albo* (enfermero especialista en obstetricia) indicó que las madres después del parto suelen quedar en el abandono, dice: "El puerperio no es sólo una recuperación postparto, es la díada madre-bebé, siendo ambos el centro de los cuidados". Por su parte, *Adriana Fernández Vidal* (nutricionista) comenta la importancia de una educación en valores saludables. El principal objetivo es que la enfermera "aporte recursos, herramientas, información para mejorar hábitos de vida saludable" y así evitar posibles enfermedades en los pacientes, consecuencia de una mala alimentación.

Fonte: Obradoiro de Comunicación EUE Lugo

MESA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD: LA OPORTUNIDAD

En la sesión de la tarde, *María Soledad Estévez Benito* (enfermera y especialista en nuevos coagulantes del Hospital Fundación de Alcorcón) enfatizó en el uso de los Anticoagulantes Orales de Acción Directa (ACOD), vistos como fármacos más beneficiosos y con menos efectos secundarios. Para un mejor tratamiento, los enfermeros se deben formar sobre los ACOD y a su vez, transmitir sus conocimientos a los pacientes. Por su parte, *Ángel Hernández Merino* (pediatra) con su intervención sobre *"Enfermedades raras"*, hizo una llamada a enfermería: "Se deben identificar las necesidades de cada paciente y aplicar un trato individualizado y empático en función de cada persona afectada".

Ana Isabel Guitiérrez Salegui (psicóloga forense) abordó el tema de *"Suicidio: miedo, tabú y estigma"*. Durante su intervención trató de desestigmatizar el suicidio, e indicó que: "Es importante verbalizar el suicidio, lo acontecido. Si no se exterioriza, se va a enquistar y se convertirá en un trastorno psiquiátrico". En cuanto, a *María Esmeralda Molina* (enfermera en Atención Primaria) indicó que la enfermera tiene la responsabilidad de acompañar al enfermero en todas las etapas de vida haciendo uso de un enfoque holístico en sus cuidados. Esto ofrece a la enfermera la posibilidad de "aumentar el liderazgo y la calidad de vida de los pacientes".

El cambio que acontece en la sociedad actualmente, es crucial. Nuevos papeles de la enfermería se están reafirmando en los últimos tiempos. De esta Jornada, se obtienen tres conceptos fundamentales que se repiten en numerosas ocasiones: Liderazgo enfermero, Liderazgo del paciente y Cuidados integrales, holísticos e individualizados. Y como dijo María Jesús Pérez Taboada, (Directora de Enfermería del HULA) en la presentación de las Jornadas: "Podemos influir en la gente: pacientes y familiares y mejorar sus estados de salud. Es una oportunidad que no debemos dejar pasar", hay que aprovechar la oportunidad que se tiene como enfermero para luchar por los derechos de la disciplina y en especial, los destinados al paciente.

Maternidad en tiempos de coronavirus

Cristian Martín Vázquez · cristianmatrona@gmail.com

Son muchas las mujeres embarazadas que me llaman a la consulta de atención primaria con muchas preguntas y dudas sobre su embarazo y parto en estas semanas de pandemia. Sobre todo, porque la atención y asistencia al embarazo y parto va cambiando según se van conociendo más datos del virus SARS-Cov-2. Por otro lado, también consultan mujeres que están buscando embarazo preocupadas por la situación y preguntando si deben posponer su embarazo hasta que la situación mejore. A lo largo de estas palabras intentaré responder a la mayoría de dudas planteadas sobre el embarazo en tiempos de coronavirus.

La información que a continuación voy a detallar está actualizada y contrastada con bibliografía internacional y publicaciones de organismos estatales y del propio Ministerio de Sanidad a día 10 de Mayo de 2020.

PAUTAS GENERALES PARA LA MUJER EMBARAZADA EN SITUACIÓN DE CONFINAMIENTO- MINISTERIO DE SANIDAD

Desde el pasado 17 de Marzo en una nota publicada por el propio Ministerio de Sanidad declara a la mujer embaraza como grupo de riesgo, por lo que muchas mujeres embarazadas han podido solicitar en ese momento la baja laboral por riesgo en el embarazo.

Las medidas generales para la mujer embarazada son similares a la población general:

- Quedarse en casa lo máximo posible, reducir las salidas al mínimo necesario
- Si presenta síntomas: evitar el contacto cercano, aislarse y consultar.
- Medidas de prevención:
  - Lavado de manos frecuente.
  - Toser/estornudar cubriéndose la boca.
  - Evitar tocarse ojos, nariz y boca.
  - Usar pañuelos desechables y tirarlos tras su uso.
- Mantener hábitos saludables: alimentación, mantenerse activa, etc.
- Bienestar emocional: mantenerse conectada con familiares y amistades que puedan apoyarnos, dormir las horas necesarias, mantener rutina diaria de actividades, etc.

Con respecto a esta información publicada por el Ministerio me gustaría comentar dos cosas:

- Destaca la importancia del BIENESTAR EMOCIONAL de la mujer embarazada, reconociendo la importancia de este durante la situación de confinamiento.
- Por otro lado, echo de menos que no se haya reconocido la necesidad de salir al menos una hora al día a las mujeres embarazadas, luego hablaré sobre las consecuencias del COVID-19 en el embarazo, siendo la principal la enfermedad tromboembólica.

ATENCIÓN AL EMBARAZO EN PANDEMIA COVID-19

Los centros de salud se mantienen abiertos, reduciendo el máximo posible las visitas presenciales. En casi todas las áreas sanitarias se ha optado por la consulta telefónica y se han mantenido las visitas presenciales estrictamente necesarias, estas han sido:

- Atención primaria:
  - Semana 32 para vacunación de la dTpa.
  - Semana 36 para recogida de cultivo de SGB
  - Primera visita postparto.
  - Visita postparto domiciliaria si alta hospitalaria precoz.
- Atención especializada: se han mantenido las consultas para las ecografías de 1º, 2º y 3º trimestre, así como las analíticas correspondientes en el control del embarazo normal.

Por otro lado, se han reestructurado las agendas de atención primaria, reservando las primeras horas para los controles del embarazo y se ha reestructurado los accesos y salas de espera de la consulta de la matrona

con el objetivo de no hacer coincidir a las mujeres embarazadas con el resto de población en el centro de salud.

En la mujer COVID+, las visitas rutinarias se van a posponer hasta la finalización del periodo de aislamiento: 4 semanas después del inicio de los síntomas o negativización de la PCR pasadas las 2 semanas desde el inicio de los síntomas.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN LAS EMBARAZADAS CON COVID+

- El 87,8% cursan de manera asintomática.
- De las que presentaron síntomas, el 86% presentaron síntomas leves.
- Similares a las de la población general: fiebre, tos, astenia, disnea, diarrea, mialgias, dolor de garganta, etc.
- Datos analíticos alterados: linfopenia, transaminasas, y proteína C reactiva elevada.
- Un estudio publicado por el Ministerio de Sanidad de Sutton en Nueva York, realizado entre el 22 de marzo y el 4 de abril con 215 mujeres embarazadas, concluyó que en torno a un 15% de las embarazadas están contagiadas por Sars-Cov-2 al momento de dar a luz. El screening universal de estas mujeres podría constituir una buena población centinela para conocer la prevalencia de la infección en la población general. Muchos hospitales de todo el territorio nacional al conocer este estudio están realizando pruebas serológicas y PCR a todas las mujeres que ingresan en paritorio.

COMPLICACIONES EN EL DESARROLLO DEL EMBARAZO

- No se ha descrito mayor riesgo de aborto ni de defectos congénitos. Si bien es cierto, la mayoría de estudios se han realizado con mujeres en el tercer trimestre de gestación.
- En el tercer trimestre de gestación se ha descrito como complicación el parto prematuro y un riesgo aumentado de CIR, RPM y RPBF intraparto.
- Lo que si está claro es que la presencia del SARS-Cov-2 aumenta el riesgo de tromboembolismo, este riesgo sumado al estado de hipercoagulabilidad fisiológica del embarazo y el sedentarismo obligatorio por el estado de confinamiento y restricciones de movilidad hacen que la mujer embarazada en tiempos de COVID19 presente un mayor riesgo de enfermedad tromboembólica.

Fuente: freestocks en Unsplash

TRANSMISIÓN SARS-COV-2 MADRE-HIJO

Existen muy pocos datos disponibles, pero parece que las embarazadas no son más susceptibles de infectarse por COVID19.

- La mayoría de contagios de producen por transmisión horizontal, es decir, por contacto estrecho, contacto directo; cuyo riesgo de contagio es similar al de la población general.
- Es muy improbable la transmisión vertical y se necesitan más estudios para confirmar este tipo de transmisión. En la experiencia con el Registro Nacional SENeo-COVID-19 con casi 300 casos analizados, no se ha recogido ningún caso de transmisión vertical demostrada. En todo el mundo únicamente se ha reportado cuatro casos de PCR positiva y otros tres casos con IgM positivas al nacimiento. Todo esto nos hace indicar que se necesitan más estudios para determinar el riesgo de transmisión vertical.

¿CÓMO ESTÁ INFLUYENDO EN LA ATENCIÓN AL PARTO?

- Las gestantes acuden al parto con dilataciones avanzadas. Los ingresos por pródromos han disminuido.
- Las mujeres acuden menos a urgencias; esto es peligroso ya que los criterios para acudir a urgencias no han cambiado y existe el riesgo de que una mujer deba acudir a urgencias y no lo haga por miedo al COVID-19; y esta requiera una atención urgente. Es necesario recordar los motivos para acudir a urgencias en cada visita y recordar que si presenta alguno de estos debe acudir a estos servicios.
- Uso de sistemas de altas precoces con seguimiento domiciliario de su matrona de atención primaria.
- En la mujer con confirmación de COVID-19:
  - Monitorización continua. Debido a la tasa de compromiso fetal reportada en la serie de casos chinos.
  - La analgesia epidural no está contraindicada, e incluso se aconseja en etapas precoces del parto si existe el mínimo riesgo de cesárea.
  - No se aconseja el uso de técnicas de analgesia inhalatoria por el elevado riesgo de generación de aerosoles y, por tanto, diseminación aérea del virus.
  - En cuanto al corte del cordón hay controversia.
    - La SEGO recomienda un corte precoz del cordón umbilical.
    - El Ministerio de Sanidad y el Real College (RCOG) recomiendan en sus publicaciones un corte tardío.
  - También existe controversia con la separación madre-bebé tras el nacimiento. El propio Ministerio de Sanidad recomienda que si las condiciones de madre y recién nacido son óptimas, y se puede garantizar un aislamiento madre-hijo, no separar y usar medidas de prevención (uso de mascarilla, etc.).

COMPLICACIONES EN EL DESARROLLO DEL PARTO Y POSTPARTO

- La vía y el momento del parto deben ser evaluados de forma individual y multidisciplinar. La decisión de realizar un parto vaginal o de una cesárea debe ser evaluado previamente.
- Según un estudio publicado por el ministerio de sanidad sitúa la tasa de cesáreas den mujeres COVID+ con neumonía en torno a un 94%, la mayoría por RPBF. Otros estudios publicados en este medio alertan de un aumento global de la tasa de cesáreas, independientemente de la presencia o no del virus en la mujer en trabajo de parto, cesáreas que a posteriori deberán ser estudiadas si clínicamente han sido justificadas o no.
- Por último, el propio ministerio de sanidad habla de disminuir el tiempo de expulsivo en mujeres con COVID+, por lo que también han aumentado la tasa de parto instrumental en estas mujeres.

MANEJO EN EL PUERPERIO

- Se debe realizar profilaxis tromboembólica con HBPM a todas las mujeres con confirmación de COVID19 independientemente de la vía del parto.
- En la mayoría de hospitales están prohibidas las visitas en el hospital.
- El ministerio de Sanidad no contraindica la lactancia materna, ya que según los estudios consultados el virus no se ha conseguido aislar en leche materna. Además, recomienda el contacto piel con piel inmediato y animar a la primera toma de pecho en la primera hora de vida). La propia lactancia materna constituye un agente protector frente al virus y a otras infecciones respiratorias.
- La OMS recomienda mantener el amamantamiento tanto para casos de madres confirmadas como

posibles, siempre y cuando se mantengan las medidas para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto. En casos de madres con enfermedad grave, recurrir a la extracción de la leche.

RECIÉN NACIDO Y COVID19

Se necesitan más estudios en este campo ya que se han encontrado estudios con conclusiones diferentes.

- En una serie de 10 neonatos de 9 embarazadas con COVID19, descrita por Zhu et al en Febrero de 2020:
  - 4 de ellos fueron a término, 6 prematuros, 2 PEG y un GEG.
  - 2 tuvieron fiebre
  - 2 tuvieron trombocitopenia y alteración de encimas hepáticas.
  - Al momento de la publicación del estudio: 5 fueron dadas de alta, 4 permanecían hospitalizados estables y 1 falleció.
  - En todos los casos, el resultado de PCR de los neonatos fueron negativas.
- En otra serie de 10 neonatos hijos de mujeres con COVID19 de Zhang en Marzo de 2020 no se encontraron diferencias significativas en las complicaciones observadas comparándolas con un grupo control.

ATENCIÓN AL PARTO EN PANDEMIA COVID EN LUGO

La AGAM publicó el 7 de Mayo un resumen sobre cómo era la asistencia en todos los hospitales gallegos. A continuación, y en base a este archivo resumiré en la siguiente tabla cómo es la asistencia en los hospitales de la provincia de Lugo. Aunque cabe recordar que los hospitales de Monforte y Burela derivarán a las mujeres "COVID +" a parir al Hospital Lucus Augusti, salvo caso de parto inminente o saturación en el centro de referencia.

HOSPITAL	ACOMPAÑAMIENTO		SEPARACIÓN DEL BEBÉ		LACTANCIA		PROTOCOLO ESCRITO	TEST COVID
	COVID +	COVID -	COVID +	COVID -	COVID +	COVID -		
LUCUS AUGUSTI	SÍ (asintomático, carga asistencial, disponibilidad EPIS)	SÍ	SI	NO	SÍ (diferida)	SÍ	Borrador. No oficial (sin firma)	SÍ (sintomáticas y contactos de riesgo)
MONFORTE	-	SÍ	SÍ	NO	SÍ (diferida)	SÍ	SÍ	SÍ (sintomáticas y contactos de riesgo)
BURELA	No	Sí	No (asintomáticas)	No	Sí (diferida)	SÍ	SÍ de pediatría SÍ de obstetricia (no oficial)	-

BIBLIOGRAFÍA

1. La información de este documento está extraída del DOCUMENTO TÉCNICO: MANEJO DE LA MUJER EMBARAZADA Y EL RECIÉN NACIDO CON COVID-19, así como de las publicaciones a los que este archivo hace referencia.

¿Cómo se llama tu enfermera?

Aproximación a la Enfermería Familiar y Comunitaria

Lucía Menéndez Menéndez · lucia.menendez.menendez@gmail.com

- *¿Cómo se llama tu enfermera?*
- *¿Mi enfermera?*
- *Si, tu enfermera, ¿sabes cómo se llama?*
- *¿La del médico de cabecera, dices?*
- *Bueno, él también tendrá una, pero yo preguntaba por la tuya.*
- *Ay, pues no sé… Es verdad que alguna vez, en la consulta del Doctor López, entra para alguna cosa la chica que le ayuda. Pero no me preguntes cómo se llama, casi no le pongo cara.*

Hola, me llamo Lucía y, entre otras cosas, soy enfermera especialista en enfermería familiar y comunitaria. Si, enfermera especialista, como las matronas. De familia, como los médicos. Y comunitaria, como las derramas del ascensor y la asignatura de la carrera. Bueno, en realidad, en la práctica es un poco más emocionante que la asignatura. Pero, sobre todo, va un poco más allá de inyecciones y tensiones en horario de oficina.

Tanto si te he descubierto haciendo tiempo delante de estas líneas, como si simplemente tienes curiosidad por lo que esta especialidad puede aportar a tus pacientes, a nuestra profesión, o incluso a ti como ciudadanía, me alegra darte la bienvenida a es ta sección, que hoy estrenamos, e invitarte a seguir leyendo, y, si lo consideras, compartir y reciclar este artículo (a poder ser por ese orden).

¿CÓMO SE APELLIDA TU ENFERMERA?

Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Qué largo, ¿no?, ¿Los médicos de cabecera también se llamarán oficialmente así?, ¿Por eso terminamos por aprendernos su apellido personal?, ¿Lo dejamos en enfermera de cabecera, entonces?, ¿O Doctora Menéndez?

Respecto al primer apellido de nuestra especialidad, "familiar", más o menos nos hacemos una idea de lo que representa. La segunda parte, "comunitaria", sin embargo, aunque prioritaria, parece quedar algo más difusa y olvidada.

Yo nací para enfermera comunitaria. Por eso mis dos apellidos son iguales, era una señal. ¿O acaso identificarías por "Parera", "Sáez" o "Luján" a los tres deportistas españoles cabecera (según revisión sistemática de la literatura deportiva nacional)? ¿Mejor si te hablo de "Nadal", "Gasol" o "Iniesta", su primer apellido?

Es posible que resultase más preciso, entonces, llamarnos Especialistas en Comunitaria y Familiar.

LAS CINCO "W" DE LA ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA, MUY RÁPIDO:

¿QUÉ? What?

Desde mediados del siglo XIX con las enfermeras de distrito avaladas por F. Nightingale, las posteriores enfermeras de salud pública de la mano de L. Wald, o las enfermeras visitadoras de C. Arenal, es en 1974 cuando la Organización Mundial de la Salud nos nombra enfermeras comunitarias. 36 años después, en 2010, se publica en España el programa oficial de la especialidad.

¿QUIÉN? Who?

Como acompañante, una enfermera, puerta de entrada y referencia en el ámbito sanitario, formando parte de un coordinado sistema multidisciplinar, en red con otros actores. Como protagonistas, las personas, familias y comunidades, agentes de su propia salud.

Fonte: Freepik.com

¿CUÁNDO? When?

Accesible de forma continua, continuada y permanente. Esto es, de manera ininterrumpida en los diferentes procesos que ocurren a lo largo de toda la vida.

¿DÓNDE? Where?

Por todo el mundo y en una misma línea, la que marcan las diferentes conferencias, desde Alma Ata y Ottawa hasta nuestros días.

En el marco de la Atención Primaria de Salud y la Salud Pública, accesible desde los centros de atención primaria y los puntos de atención continuada, extendiéndose al domicilio y la comunidad.

¿POR QUÉ? Why?

Para colaborar en la identificación y respuesta a las necesidades de salud de la población, en toda su complejidad.

¿CÓMO? How?

Desde un enfoque holístico, con una atención integral (bio-psico-social y de entorno) e integrada (desde la promoción y prevención hasta el tratamiento y recuperación) aportando cuidados de calidad, mediante una práctica basada en la evidencia más actualizada.

Pero, sobre todo, con una visión positiva, hacia la salud y el bienestar (salutogénesis). Teniendo muy presentes las causas de las causas y abogando por la equidad en salud (epigenética y determinantes culturales, sociales, económicos, ambientales...). Y, muy especialmente, a través de una orientación comunitaria de empoderamiento, autonomía y participación ciudadana.

¿UNA CITA A CIEGAS?

Esperando que cada vez seamos más quienes podamos responder a la pregunta que da título a estas líneas, me gustaría animarte a tener y promover entre tu entorno y con tus pacientes, una cita en la que poner nombre a vuestra enfermera de cabecera. Al fin y al cabo, es imposible que te de calabazas, no te tocará pagar y se sabe el día de tu cumpleaños.

¿Nos vemos en la próxima publicación?

BIBLIOGRAFÍA:

1. Organización Mundial de la Salud (https://www.who.int/es)
2. Programa Oficial de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (BOE-A-2010-10364: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-10364)

Actuación de la enfermera gestora en el proceso integrado de cáncer de pulmón

Inés Rivas Fernández · inesrivaslugo@gmail.com

RESUMEN

El cáncer de pulmón representa en nuestro país la causa de muerte por tumores más importante en hombres y la segunda en mujeres, con una supervivencia escasa y sin programas de cribado disponibles para la población.

Los modelos de gestión por procesos son herramientas útiles para conducir a la gestión de calidad total y aportar mecanismos para una planificación del proceso adecuada.

El proceso asistencial integrado de cáncer consiste en actividades coordinadas proporcionadas a cualquier persona en fase de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer, produciendo en los resultados una modificación medible.

El objetivo del trabajo de la Enfermera Gestora de Procesos es ejecutar las tareas necesarias para lograr coordinación y fluidez en la realización de consultas, pruebas diagnósticas y funcionales; así como establecer una comunicación adecuada con los pacientes y familiares, garantizando los estándares de calidad y seguridad de los procesos y minimizando los costes de la no calidad.

Objetivos. Analizar el impacto de las actuaciones de la enfermera gestora de la vía rápida de cáncer de pulmón en el Hospital Universitario Lucus Augusti.de Lugo.

Métodos. Análisis de todos los pacientes enviados a la consulta de vía rápida con sospecha de cáncer de pulmón del Hospital Lucus Augusti del 1 de enero de 2.018 hasta el 31 de diciembre de 2.018, mediando la actuación de la enfermera gestora; realización de análisis descriptivo de las variables a estudio.

Resultados. fueron atendidos 178 personas con sospecha de cáncer de pulmón, 133 hombres, edad media 68,5 años, residentes en la comarca de Lugo un 50%. Realizaron mayormente pruebas de imagen y biopsias, derivados a Oncología un 38,6%. Un 65,9% proceden del hospital, excluyendo Urgencias. La demora en la primera consulta en Neumología es de 3 días o menos para la mitad de la población, con leves diferencias de demoras según el profesional que cite. Las pruebas más gestionadas fueron de imagen y biopsias.

Conclusiones. La enfermera gestora atendió a las personas que acuden con sospecha de cáncer de pulmón, con labores de citación, gestión y acompañamiento durante el proceso, asegurando un itinerario asistencial rápido y seguro.

Palabras clave: cáncer de pulmón, gestión de procesos, proceso asistencial, sistema sanitario, enfermera gestora de proceso, vía rápida.

ABSTRACT

Lung cancer represents in our country the more important tumor cause of death in men and the second in women, with a poor survival and without screening programs available for the population.

Process management models are useful tools to lead the total management and provide mechanisms for proper process planning. The integrated cancer cares process consists of coordinated activities, provided to any person in the phase of prevention cancer, diagnostic, treatment and monitoring, doing in the results a measurable modification.

The objective of the work of the managing nurse of processes is to do coordinated and fluent consultation, diagnostic, functional tests and results; as well as to establish a perfect communication with patients and family, guaranteeing the standards of quality and safety of the processes and minimizing the costs of non-quality.

Objectives. Analyze the impact of the actions of the managing nurse of the fast track of lung cancer at the Lucus Augusti Hospital in Lugo.

Methods. Analysis of all patients sent to the fast track consultation with suspicion of lung cancer of Lucus Au-

gusti Hospital in Lugo, between the 1st of January in 2018 to the 31st of December in 2018, through the intervention of the managing nurse. A descriptive analysis of the variables under study was carried out.

Results. 178 people were attended under suspicion of lung cancer, 133 were men, with an average of 68,5 years, a 50% of them living in Lugo. Most of them did proofs of image and biopsies, a 38,6 % of the patients were sent to the Oncology Department; a 65,9% of the patients come from the hospital, except Urgencies. The delay in the first consultation in Pneumology is three days or less for half of the population with slight differences of delays depending on the professional that requires the patient. The most managed tests were of image and biopsies.

Conclusions. The managing nurse attended the people who come with suspected lung cancer, with citation, management and accompaniment during the process, ensuring a fast and safe care itinerary.

Keywords:

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un conjunto de enfermedades caracterizadas por la existencia de un crecimiento anormal de células, la propiedad de malignidad de este crecimiento celular viene dado por su capacidad para invadir órganos y tejidos y diseminarse a distancia; es una patología grave que a la vez tiene una presencia relevante en el sistema sanitario: implica varios niveles de atención, agrupa a muchas disciplinas médicas y quirúrgicas, y moviliza una gran cantidad de recursos humanos y tecnológicos en el abordaje de las diferentes áreas de intervención como son: diagnóstico, tratamiento, supervivencia, atención de apoyo, consejo genético, paciente frágil, y otros. La adecuada gestión de esta enfermedad tiene un gran impacto clínico y asistencial, debido a los numerosos profesionales implicados y la propia complejidad del proceso diagnóstico-terapéutico[1]

El cáncer representa una de las principales causas de morbimortalidad del mundo, en base a los últimos datos estimados dentro del proyecto GLOBOCAN, Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence World Wide,[2]

El cáncer en España representa una de las causas fundamentales de morbilidad, según datos procedentes de GLOBOCAN2012.[3;] en la población general, es la segunda causa de muerte después de las enfermedades del aparato circulatorio.

A nivel mundial, hoy en día el cáncer de pulmón constituye la primera causa de muerte por cáncer. Habitualmente su diagnóstico se lleva a cabo tarde y hay un gran número de pacientes que tienen la enfermedad extendida y sin opciones de curación en el momento de ser diagnosticados; las tasas de mortalidad son elevadas, similares a las de incidencia de la enfermedad[4]. En España el cáncer de pulmón es el primero como causa de muerte por tumores, según datos del INE relativos al año 2017[5]. La mortalidad del cáncer de pulmón es la más elevada entre los canceres más recuentes.[6]

En el momento actual en España se busca una atención integral y efectiva de los enfermos, En Galicia la Consellería de Sanidade establece la Estrategia Gallega contra el Cáncer, que respeta e incorpora las peculiaridades de la enfermedad y el importante desarrollo tecnológico y del conocimiento. En el año 2010 se implantaron las "vías rápidas" para las sospechas de cáncer, y disponemos de los cinco procesos asistenciales integrados de cáncer definidos: cérvix, mama, próstata, pulmón y vejiga.

Las **vías rápidas**[7] son unos circuitos asistenciales específicos para agilizar la atención de los pacientes con sospecha de padecer cáncer, incluyen diagnóstico y tratamiento; la clave de estas vías rápidas es la coordinación y el trabajo en equipos multidisciplinares de los profesionales implicados.

Los modelos de gestión por procesos son herramientas útiles que han surgido con el fin de conducir a la gestión de calidad total y aporta los mecanismos necesarios para "planificar el proceso de acuerdo con el entorno y los recursos disponibles, normalizar la actuación y la transferencia de información entre todo el equipo que participa garantizando eficiencia, efectividad y calidad al servicio"[8]. Todos los procesos tienen límites bien definidos; hay que precisar dónde empiezan las actividades y dónde acaban en función del tiempo[9].

Los procesos asistenciales integrados constituyen un mecanismo de gestión dirigida hacia la mejora de la calidad asistencial; esta gestión por procesos logra disminuir la variabilidad en la práctica clínica, está orientada a la evaluación de los resultados obtenidos y contribuye a mejorar la continuidad asistencial y la satisfacción de los individuos[10].

En su día se propuso desde la Consellería de Sanidade la creación en cada hospital de un circuito específico para los pacientes con sospecha de cáncer de pulmón, materializándose en forma de Consulta Referente de Vía Rápida de Neumología, que facilite la derivación de pacientes, a través de un acceso fácil y rápido, además que permita homogenizar diagnósticos con estándares basados en las evidencias científicas. Otro elemento importante del proceso la canalización de las decisiones terapéuticas de cada paciente en el Comité de cáncer de pulmón, así como la inevitable colaboración multidisciplinar. El objetivo final es intentar aumentar la proporción de pacientes diagnosticados en fases más tempranas.

La Enfermera Gestora de Casos en el Hospital facilita la coordinación entre los profesionales de los distintos niveles y sectores, potenciando una respuesta única y más eficiente para la atención integral a la salud de esta población y de sus cuidadores antes del alta hospitalaria y con la mira puesta en el retorno al domicilio. Basa su papel en coordinar la continuidad del cuidado asegurando que los pacientes reciben el tratamiento y los recursos en tiempo con la finalidad de mejorar los resultados en salud y disminuir la hospitalización[11].

El modelo de Gestión de Casos supone una de las múltiples formas de avanzar y mejorar la atención integrada, coordinada y continuada, centrado en la responsabilidad compartida de coordinar los cuidados, recursos, servicios y profesionales. La enfermera lidera este proyecto por tener una visión integral orientada a cubrir las necesidades, fomentar el auto-cuidado y con competencias en la valoración, planificación de los cuidados. Significa un agente de cambio en este nuevo escenario de gestión y liderazgo dentro del sistema sanitario[12].

La Enfermera Gestora del Procesos en la Vía Rápida de cáncer de pulmón es el enlace y la profesional de referencia entre el paciente, familia y el sistema sanitario para los procesos que se definan y que de manera eficiente e individualizada, facilita la realización de las actividades del proceso en tiempo y forma, favoreciendo la rapidez de los elementos del proceso, optimizando el uso de los recurso disponibles, anticipándose a las necesidades de cada fase del proceso asistencial, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes y la agilidad del proceso. La función de la Enfermera Gestora de Procesos viene determinada por los subprocesos definidos dentro de cada una de las vías rápidas que forman parte de los procesos integrados asistenciales de cáncer.

Los objetivos de la actuación de dicha enfermera son: mejorar la calidad asistencial percibida por el paciente y familia, ayudar al paciente y familia a recorrer el sistema de salud con eficiencia, minimizando elementos de fragmentación, discontinuidad y/o duplicidad en la asistencia prestada al usuario, potenciar la coordinación asistencial con todos los servicios hospitalarios que intervienen en el proceso, garantizar la información de las pruebas, consultas, derivaciones a otros centros sanitarios durante el proceso, realizar un seguimiento de los pacientes al salir de proceso de diagnóstico, pero que son susceptibles de necesitar la asistencia de la enfermera gestora de dicho proceso, asegurar que el plan de diagnóstico del paciente con cáncer de pulmón se realice en el tiempo acordado, actuar de manera adecuada ante grupos de pacientes y familias especialmente vulnerables, fomentar el autocuidado, la autogestión y la independencia, tención integral de los usuarios, mediante un plan asistencial individualizado que incluya la intervención de tantos profesionales como sean precisos, y así mismo, proporcionar la comunicación entre el personal médico y el paciente o familia cuando sea reclamada para ello, o se observe la necesidad de dicha comunicación.

MÉTODO

Análisis de la totalidad de los pacientes enviados a la consulta de vía rápida con sospecha de cáncer de pulmón del Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo, desde el 1 de enero de 2.018 hasta el 31 de diciembre de 2.018.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes derivados a la consulta de vía rápida de Neumología del Hospital
2. El paciente precisó de la actuación de la Enfermera Gestora del Proceso en la resolución del proceso de diagnóstico de su patología y/o realización de actuaciones complementarias en su tratamiento.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes atendidos en la consulta de vía rápida de Neumología del Hospital que precisaron actuaciones de la Enfermera Gestora del Proceso

no relacionada con la resolución del proceso de diagnóstico de su patología.

Se recogieron las siguientes variables:

- Comarca de residencia
- Edad
- Sexo
- Gestión de la primera consulta: profesional que cita la primera consulta de vía rápida en Neumología.
- Procedencia de la petición de atención en la vía rápida:
- Fechas de solicitud de consulta en la vía rápida de cáncer de pulmón.y de consulta.
- Fechas de entrada en la consulta de la enfermera gestora de la vía rápida del proceso y de salida de la consulta de la enfermera.
- Modalidad de citación en la primera consulta de neoplasias en Neumología:
- Citación sucesiva en consulta de neoplasias en Neumología y en el Comité de Tumores de cáncer de pulmón
- Gestión de pruebas diagnósticas, funcionales, interconsultas o canalización a centros externos de referencia
- Resolución del proceso por parte de la Enfermera Gestora

Funciones de la Enfermera Gestora del Proceso de Vía Rápida de cáncer de pulmón:

1. Recibir peticiones de cita para la consulta de neoplasias de Neumología procedentes de: personal médico de Atención Primaria, personal médico de Urgencias, personal médico de las Unidades de Hospitalización, Consultas Externas, Hospital de día, Servicio de Radiología y cualquier otro Servicio Clínico del Hospital
2. Recibir peticiones de cita de los pacientes para la consulta de neoplasias de Neumología, derivados del Servicio de Urgencias.
3. Citación de pruebas, consultas. Y comités de tumores.
4. Gestionar la realización de pruebas diagnósticas y funcionales, interconsultas y canalizaciones de pruebas o consultas a los centros externos de referencia de los pacientes atendidos en la consulta de Neumología o emanados del Comité de Tumores, en su proceso de diagnóstico/tratamiento de la enfermedad.
5. Gestionar ingresos en el hospital para la realización de pruebas diagnósticas.
6. Comprobar la realización de las distintas pruebas y consultas.
7. Conocer los motivos de la no realización de pruebas o asistencia a consultas y gestionarlas nuevamente, si procede.
8. Comprobar que las pruebas están informadas, o solicitar el informe, si procede.
9. Informar al paciente, familiares o cuidadores del lugar, día, hora e instrucciones de las pruebas.
10. Resolver dudas al paciente, familiares o cuidadores
11. Facilitar y promover la comunicación del paciente con el médico responsable del proceso.
12. Ser el profesional de referencia en el hospital para el acompañamiento del paciente durante el proceso, mantener este apoyo si es necesario.
13. Generar mecanismos de coordinación interprofesionales para la atención de cada paciente.
14. Cualquier otra función que sea pertinente para el correcto desarrollo de la atención sanitaria a los pacientes.

Para realizar el estudio se redactó el correspondiente protocolo, que fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la investigación de Santiago-Lugo. El estudio fue realizado de acuerdo con la legislación aplicable en materia de Investigación Clínica, Confidencialidad y Protección de Datos.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables a estudio. Se presentaron frecuencias absolutas y relativas de las variables categóricas. En caso de variables continuas, se realizó un ajuste a la normalidad, y se presentan medias y desviaciones estándar o medianas y rangos intercuartílicos en caso de rechazarse la normalidad.

Se compararon los tiempos de atención y de demora según el gestor de la cita mediante el test U de Mann-Whitney y se presentaron las curvas de dichos tiempos.

RESULTADOS

Se analizaron los datos de 178 pacientes, 133 hombres que representan el 75;6% del total de las personas atendidas. La media de edad de los pacientes registrados fue de 68,5 años (DE 11,3).

Distribución sexo de las personas atendidas.

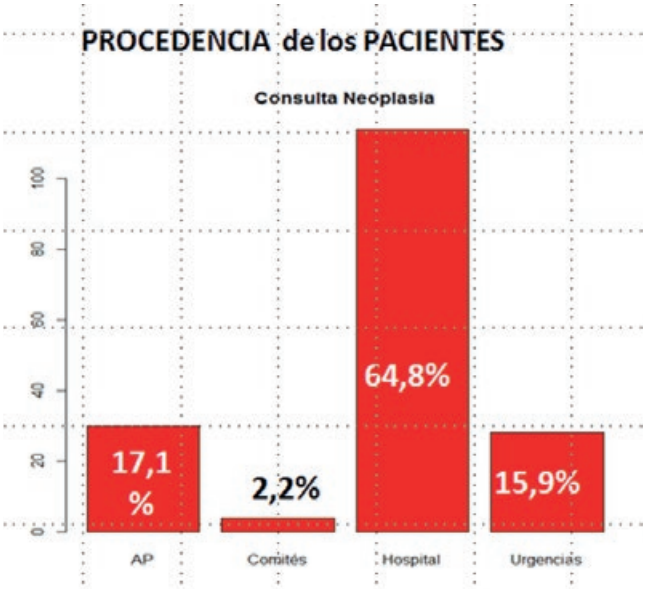
Tabla1. Descriptivo lugar de procedencia de los pacientes atendidos por la enfermera gestora del proceso y casos por 10.000 habitantes

Variable	Pacientes (178)	
Lugar residencia		**Casos por 10.000 hab.**
A Ulloa	4 (2.3)	4.4
Ancares	6 (3.4)	5.9
Chantada	3 (1.7)	2.2
Fonsagrada	1 (0.6)	1.9
Lugo	88 (50.0)	7.4
Mariña Occidental	2 (1.1)	3.8
Mariña Oriental	8 (3.6)	12.3
Sarria	24 (13.6)	10.5
Terra Chá	42 (23.7)	10.4

Datos expresados en casos absolutos y relativos (variables categóricas) o en medias y desviaciones estándar (variables continuas)

La gestión de la cita en la primera consulta de vía rápida de cáncer de pulmón de Neumología fue realizada por la enfermera gestora del proceso en 147 pacientes, que supuso un 83.5%. El resto de los pacientes accedieron a través del Servicio de Admisión.

Los pacientes que acuden a esta consulta de Neumología provienen del hospital en su mayoría.



La mediana de demora para acudir a la primera consulta de Neumología fue de 3 días, y el tiempo de atención de los pacientes por la enfermera gestora del proceso desde el primer contacto hasta la resolución del diagnóstico y derivación a otro Servicio hospitalario fue de 22 días.

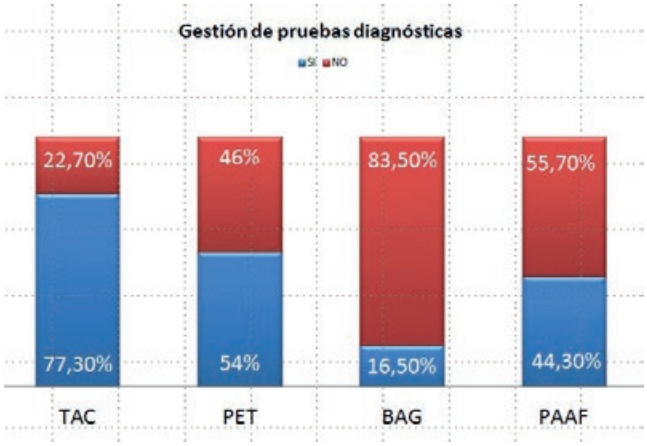
Tabla 2. Descriptivo gestión de las citas en la primera consulta de vía rápida de Neumología, tiempo de demora en la primera consulta de Neumología y tiempo total de atención de la enfermera gestora del proceso a los pacientes

Variable	Pacientes (178)
Gestión EGP	147 (83.5)
Tiempo atención (días)	22 (11 – 33)
Demora (días)	3 (1 – 5)

Datos expresados en casos absolutos y relativos (variables categóricas) o en medianas y rangos intercuartílicos (variables continuas).

Tiempo atención: Desde fecha entrada hasta fecha salida.

Demora: Desde fecha solicitud hasta fecha consulta.



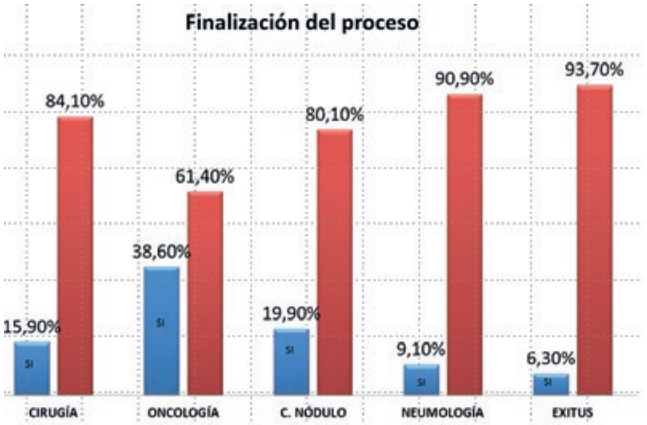


Tabla3. Pruebas diagnóstica y funcionales realizadas por los pacientes, derivación a interconsultas hospitalarias, canalizaciones a centros externos, resolución final del proceso

Variable	Pacientes (178)
TAC	136 (77.3)
PET	95 (54.0)
BAG	29 (16.5)
BEB	78 (44.3)
PFR	47 (26.7)
Gammagrafía	13 (7.4)
Ecocardiografía	3 (1.7)
Interconsultas	41 (23.3)
Comité tumores torácicos	92 (52.3)
Canalización centro	39 (22.2)
Cirugía	28 (15.9)
Oncología	68 (38.6)
Control neoplasia	35 (19.9)
Control neumología	16 (9.1)
Exitus	6 (3.4)

Datos expresados en casos absolutos y relativos.

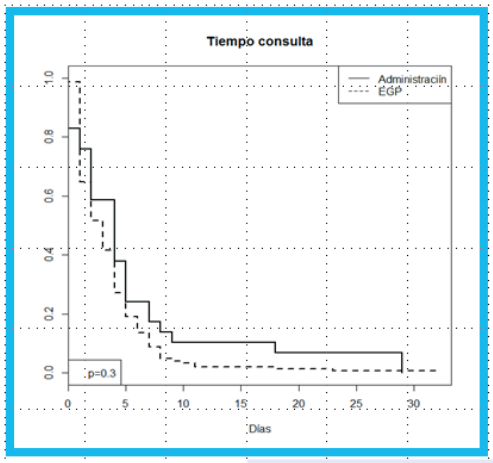
TAC: tomogragía axial computerizada

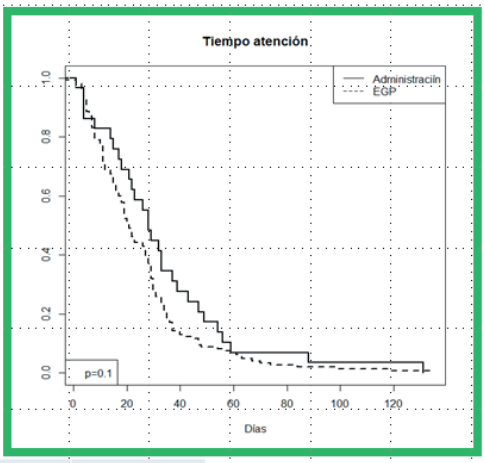
PET: tomografía por emisión de positrones

BAG: biopsia por aguja gruesa.

BEB: biopsia endobronquial.

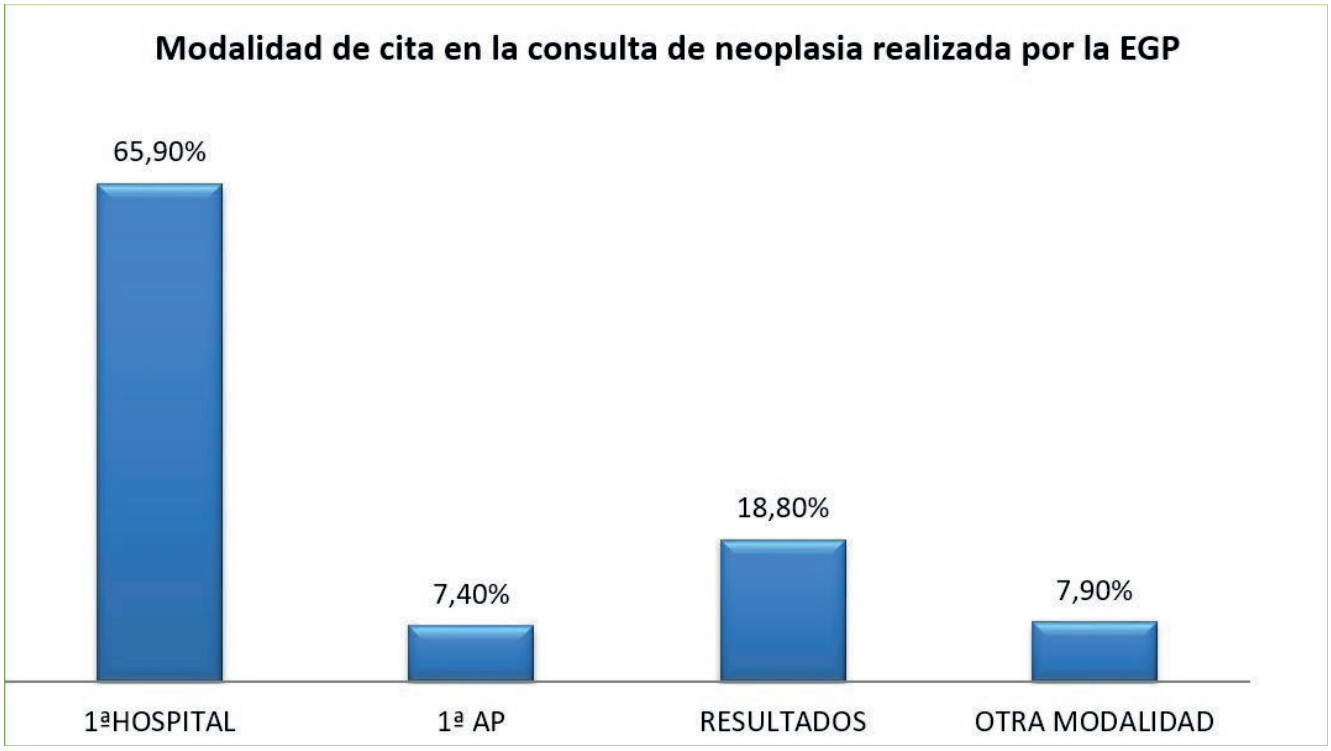
Tiempos





Variable	EGP	Administración	P-valor
Tiempo atención	21 (11 – 33)	28 (17 – 43)	0.104
Tiempo demora	3 (1 – 5)	4 (2 – 5)	0.329

Valores en medianas y rangos intercuartílicos entre paréntesis
P-valor calculado con el test U de Mann-Whitney



El tiempo de atención por parte de la enfermera gestora del proceso fue menor o igual a 21 días en la mitad de los pacientes, y el tiempo de demora en citar la primera consulta de Neumología fue de 3 días en la mitad de los pacientes.

Se comparan los tiempos de atención y los tiempos de demora en la primera consulta entre la citación a través del Servicio de Admisión o a través de la enfermera gestora, y se observa unos tiempos menores si la gestión la hizo la enfermera, si bien la diferencia no alcanzó significación estadística.

APORTACIONES Y LIMITACIONES

En el presente estudio se pone de manifiesto la actuación de la enfermera gestora del proceso en el pro-

ceso integrado de cáncer de pulmón durante la fase del diagnóstico de las personas con sospecha de padecer la enfermedad y que son atendidas en el hospital.

También se hace un análisis de la procedencia geográfica de los pacientes así como de los servicios sanitarios que los derivan.

En cuanto a las limitaciones es la incapacidad de comparar si esta actuación mejora el proceso, al no haber estudios relacionados, y no poder mostrar la valoración de la satisfacción de los pacientes del mismo, al carecer de herramientas que permitan la evaluación por parte de las personas atendidas y sus familiares del funcionamiento y actuación de la enfermera gestora.

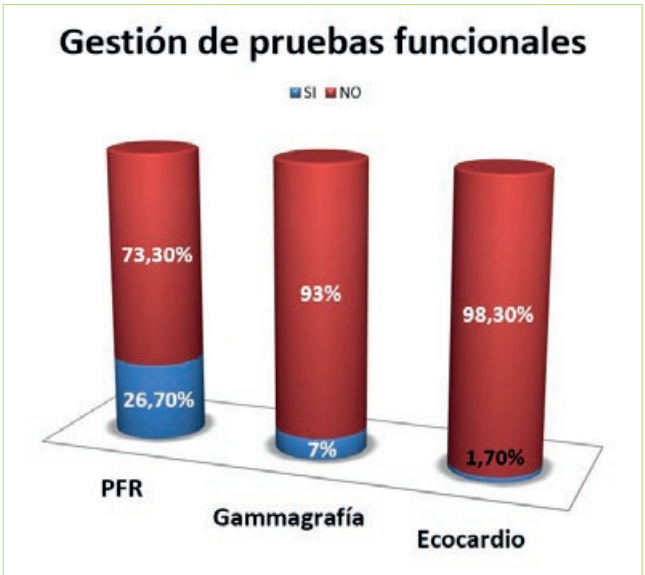
DISCUSIÓN

Los pacientes atendidos son varones en edad de jubilación, no muy ancianos, que en la mitad de los casos viven en la comarca de Lugo y son derivados principalmente desde servicios hospitalarios. Durante el proceso de diagnóstico una mayoría realiza pruebas de imagen y también biopsias de tejido pulmonar; y se benefician de las decisiones tomadas en el Comité de Tumores. El resultado final de este proceso diagnóstico evidencia que el mayor número de pacientes se deriva al Servicio de Oncología, otra parte importante es susceptible de ser intervenido quirúrgicamente.

Se refleja en el estudio que los pacientes tienen que realizar numerosas pruebas y consultas; muchas de ellas conllevan la implicación de otros servicios hospitalarios, además de Neumología. Esto supone una dificultad para el paciente, una de las funciones de la enfermera es facilitar el itinerario de diagnóstico que deben seguir estos pacientes.

Se observa unos tiempos de demora para la primera consulta mínimos, lo que se atribuye al buen funcionamiento de los mecanismos de citación y a la vez a la disposición de los profesionales de la consulta de vía rápida de Neumología de atender a estos pacientes en el menor tiempo posible; el tiempo transcurrido entre la apertura y cierre del proceso es razonable según el estudio y cumple con todas las indicaciones de la Consellería de Sanidade que establece plazos máximos de espera 45 días naturales para la primera consulta externa programada y no urgente, y los mismos para pruebas diagnósticas o terapéuticas programadas y no urgentes[37].

Según el profesional que realice la gestión de la primera consulta, se aprecia que los tiempos de demora son menores si la gestión la realiza la enfermera gestora; pero con unas diferencias mínimas, lo que indica que



el Servicio de Admisión realiza una citación adecuada. En los tiempos de atención total también ocurre esta diferencia, que queda explicada por la divergencia de la primera consulta.

Con respecto a la procedencia geográfica de los pacientes se aprecian unas diferencias considerables entre algunas comarcas, la explicación a esta realidad no es posible concretarla con los datos de que disponemos, se podría a atribuir una incidencia baja de esta enfermedad en esas poblaciones en relación con estilos de vida más saludables.

Es de destacar la procedencia de los pacientes, en su mayoría de servicios hospitalarios, y también hay un grupo numeroso que acude derivado desde el Servicio de Urgencias; sin embargo desde los facultativos de Atención Primaria resulta un porcentaje inferior. Habría que valorar si es posible que determinadas actuaciones de promoción de la salud podrían beneficiar a la población para poder disminuir la incidencia de la enfermedad y por otra parte, si deberíamos aumentar el nivel de alerta en el nivel asistencial de Atención primaria sobre esta patología.

Sería interesante poder contar con herramientas que puedan medir una dimensión de la calidad asistencial tan importante como la satisfacción de los pacientes, para poder establecer mecanismos de mejora si fuese pertinente.

Así mismo tener presente la discordancia de la procedencia de las personas con sospecha de padecer cáncer de pulmón y valorar actuaciones en el ámbito de la Atención Primaria para mejorar en la detección precoz de las personas enfermas.

CONCLUSIÓNES

1. A tenor de los resultados alcanzados podemos decir que la atención de la enfermera gestora del proceso de cáncer de pulmón a los pacientes que acuden al Hospital Universitario Lucus Augusti, se presta en su mayoría a hombres, residentes en la comarca de Lugo y recientemente jubilados.
2. Los pacientes se enfrentan a un proceso diagnóstico complejo, en el que el papel de le enfermera gestora es crucial, con una atención en la que destaca su inmediatez, y la interdisciplinidad de los profesionales que lo atienden.
3. Las demoras de atención en este hospital mejoran ampliamente las recomendaciones/estándares del SERGAS en la atención de este tipo de patologías
4. Aunque con reservas respecto a la incidencia real, la procedencia de los pacientes se concentra en la comarca de Lugo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Prades, J.; Borràs, J.M., editores: La organización de la atención multidisciplinar en cáncer en España. Barcelona: Elsevier Masson. 2011.
2. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, (2018). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. (Último acceso 15 de mayo de 2019). Disponible en: https://gco.iarc.fr/today.
3. Jaume Galceran, Alberto Ameijide, Marià Carulla, Antonio Mateos, José Ramón Quirós, Araceli Alemán. Estimaciones de la incidencia y la supervivencia del cáncer en España y su situación en Europa. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), 2014. (último acceso 19 de mayo de 2019). Disponible en: redecan.org/es/download_file.cfm?file=257&area=196,
4. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia. Proceso asistencial integrado de cáncer de pulmón. (Último acceso 27 de mayo de 2019). Disponible en: https://www.sergas.es/Asistencia.sanitaria/Documents/630/Proceso%20asistencial%20integrado%20de%20cancro%20de%20pulm%C3%B3n.pdf.
5. Instituto Nacional de Estadística, Madrid. (Último acceso 27 de mayo de 2019).Disponible en: https://www.ine.es/infografias/infografia_fallecidos_cancer.pdf.
6. Supervivencia de cáncer en España, 2000-2007(Último acceso 27 de mayo de 2019). Disponible en: http://redecan.org/es/page.cfm?id=25&title=supervivencia.
7. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad. Santiago de Compostela, 2018. (Último acceso 25 de mayo de 2019). Disponible en: https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2717-es.pdf.
8. Lorenzo Martínez S. ¿Gestión de procesos en asistencia sanitaria? Rev calidad asistencial (internet). 1999 14 (4) 243-244. (Último acceso 17 de mayo de 2019). Disponible en http://calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/302.pdf#page=2.
9. Fidel López Espuela, José Ramón Mora Martínez. Gestión clínica por procesos. Aplicación al subproceso "cuidados del paciente con varices". Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid Vol. 1. Núm. 1 páginas 9-159 (Enero 2003) Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI
10. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Junta de Andalucía. Implantación de Procesos asistenciales integrados en las unidades de gestión clínica. (Último acceso 17 de mayo de 2019). Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/R05_Procesos_asistenciales_CyUS.pdf.
11. Leyva-Moral JM. Gestión de Casos: aproximación teórica. Rev Rol enferm 2008;31 (4):259-64.
12. Dirección General de Asistencia Sanitaria; Enfermera Gestora de Casos en el Servicio Murciano de Salud, Programa Pilotaje 2010.

Hipotermia terapéutica post parada cardíaca. Cuidados de enfermería

Paula Montoya Rodríguez • paulamontoyas.pmr@gamil.com

RESUMEN

La parada cardiorespiratoria (PCR) afecta a más de 24.500 personas en España cada año, siendo considerada uno de los principales problemas de los países desarrollados. Mediante este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica acerca de los cuidados posparada cardíaca y nos vamos a centrar en el único tratamiento que ha demostrado beneficios en el tratamiento del síndrome posparada (SSP), que es la hipotermia terapéutica (HT). Para ello se han utilizado bases de datos como Pubmed, Dialnet, Cuiden o Medes, además de otros recursos.

La aplicación de la HT ha demostrado ser beneficiosa después de la PCR gracias a su efecto neuroprotector, sin embargo no hay consenso sobre muchos aspectos como la temperatura objetivo o el mejor método de enfriamiento.

Se recomienda su utilización en pacientes adultos comatosos después de la reanimación de un ritmo desfibrilable, iniciándose lo antes posible, con una duración que va de las 12 a las 24 horas. Para que el tratamiento sea efectivo es fundamental la intervención de enfermería mediante la aplicación de distintos cuidados.

PALABRAS CLAVE: parada cardiorespiratoria, hipotermia terapéutica, cuidados enfermería

ABSTRACT

Therapeutic hypothermia after cardiac arrest. Nursing care.

Cardiorespiratory arrest affects more than 24,500 people in Spain every year. It is considered one of the main problems in developed countries. Throughout this work we conducted a bibliographic review about the available evidence of post-cardiac arrest care and we are focusing on the only treatment that has proven to be beneficial to treat this post-cardiac arrest syndrome, which is therapeutic hypothermia. For this we have used information collected from the different database such as Pubmed, Dialnet, Medes, Cuiden and other resources.

The application of TH has been proven to be of great benefit after the cardiac arrest due to its neuroprotective effect, however, there is little general agreement on specific points, such as the objective temperature or the best cooling method.

As its use in older comatose patients after the revive of a shockable rhythm is highly recommended, this must be done as soon as possible, and can last from 12 to 24 hours. For the effectiveness of the treatment the assistance of nursing care is vital, due to the application of different cares.

KEYWORDS: Cardiorespiratory arrest, therapeutic hypothermia, nursing care.

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorespiratoria (PCR) es la emergencia vital por excelencia. Se define como la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la respiración y circulación espontáneas, lo que se traduce clínicamente en pérdida de la conciencia, apnea y ausencia de pulsos centrales[1]. Es uno de los principales problemas sanitarios de los países desarrollados, no solo por su alta mortalidad, si no por las secuelas neurológicas derivadas de la hipoxia y la isquemia que sufren las neuronas debido a la falta de flujo sanguíneo[2].

El tratamiento de la PCR es la reanimación cardiopulmonar (RCP). Desde su primera aplicación hace 40 años hasta ahora, cada vez hay una mayor tasa de supervivencia, sin embargo la mayoría de pacientes fallecen en los primeros días tras su ingreso en unidades de cuidados intensivos. La mortalidad de estos pacientes se asocia en gran medida al daño cerebral.

Posiblemente, el reconocimiento de que la RCP no se acaba con la recuperación de la circulación espontánea (RCE), sino con el retorno de la función cerebral normal y la estabilización total del paciente nos ayudará a mejorar el tratamiento terapéutico de estos pacientes en las UCI[7].

El principal objetivo de los cuidados postparada es el tratamiento del síndrome postparada (SSP), una lesión por isquemia-reperfusión general que sufren los pacientes que sobreviven a una parada cardíaca súbita, y que puede conducir a una mala evolución neurológica y a la muerte[1].

El tratamiento del SSP va dirigido a reducir al mínimo la respuesta inflamatoria y la muerte celular en el período de reperfusión, que puede mejorar los resultados clínicos tras la parada cardíaca. Una de las pocas estrategias de tratamiento intrahospitalario de eficacia probada es la HT[10].

La HT es el conjunto de medidas de enfriamiento que se emplean para disminuir de manera controlada la temperatura corporal hasta los 32-34 °C durante 12 a 24 horas. El objetivo es reducir la tasa metabólica y la demanda de oxígeno del cuerpo para mejorar la supervivencia y los resultados neurológicos, y tratar por la tanto el SPP que puede aparecer después de la PCR[11].

La HT leve inducida es neuroprotectora y mejora el pronóstico tras un periodo de hipoxia-isquemia cerebral global y por ello se ha establecido como una medida que mejora la supervivencia y pronóstico neurológico tras la PCR extrahospitalaria[12].

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio descriptivo prospectivo mediante una revisión bibliográfica de la literatura disponible a cerca de la HT.

El estudio se llevó a cabo en la Universidad de Santiago de Compostela, en el Campus de Lugo, durante el período de enero a junio de 2019.

En esta revisión bibliográfica se realizó una búsqueda sistemática de la literatura, de la que se seleccionaron 28 documentos:

- Búsqueda electrónica: 24 documentos.
- Búsqueda manual: 4 documentos.

De la búsqueda electrónica, la mayoría de los documentos son artículos originales que se obtuvieron de distintas bases de datos como Pubmed, Dialnet, Cuiden y Medes. Se recurrió a editoriales de literatura científica como Elsevier. Y por último a Google académico y a Guías y Manuales del Ministerio de Sanidad.

De estos artículos obtenidos en la búsqueda electrónica, la mayoría provienen de revistas científicas, como la Revista Mexicana de Anestesiología, Revista Electrónica de Medicina Intensiva, Revista Médica Electrónica, Revista Española de Cardiología, Sociedad Cubana de Cardiología, Enfermería en Cardiología, American Journal of Critical Care, Critical Care Nurse.

A través de la búsqueda manual se obtuvieron 4 documentos, uno de ellos es el libro de Clasificación de las Intervenciones de enfermería (NIC), y los 3 restantes provienen de revistas médicas.

Para la búsqueda de información se utilizaron las palabras clave: parada cardíaca, resucitación cardiopulmonar, síndrome postparada, hipotermia terapéutica, enfermera y cuidados. Idiomas de búsqueda: español, inglés y portugués.

Se incluyen artículos cuya fecha de publicación se encuentre dentro del rango entre 2009 y 2019. Hay una excepción en uno de los artículos utilizados que es del año 2008, pero se decidió incluirlo al figurar en él información importante para el desarrollo del estudio.

RESULTADOS

1. Soporte vital avanzado: cuidados posparada cardíaca

El papel de enfermería en la PCR y en los cuidados de enfermería post resucitación es primordial.

El profesional de enfermería deberá tener conocimientos, habilidades, destrezas, motivación, responsabilidad, autocontrol, seguridad, liderazgo y principios éticos que le permitan estar preparado, actuar en forma oportuna y precisa con el fin de disminuir la mortalidad y establecer la supervivencia.

Los cuidados posparada cardíaca están encaminados a identificar y tratar la causa precipitante de la parada así como evaluar y manejar la lesión cerebral, la disfunción miocárdica y la respuesta sistémica por isquemia-reperfusión de la misma. Los cuidados post RCP son el último eslabón de la cadena de supervivencia ya que influyen significativamente en los resultados globales y particularmente en la calidad de la recuperación neurológica[13].

En 2015 la European Resucitation Council (ERC) hace una revisión profunda y publica un algoritmo de cuidados secuenciales de los cuales hacemos el siguiente resumen:

- Soporte respiratorio.
  - Mantenimiento de la saturación de O2>= 94% (Entre 94 y 98% según el ERC)
  - Establecer vía aérea avanzada.
- Manejo de la isquemia miocárdica.
  - Electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones y monitorización de signos vitales.
  - Obtener acceso intravenoso y restaurar normovolemia.
  - Tensión arterial sistólica > 100 mmHg.
- Manejo hemodinámico
  La ERC marca como objetivo la presión arterial media (PAM) que permita una diuresis adecuada (1 ml/kg/h) y valores normales o decrecientes de lactato[9,13].
- Optimización de la recuperación neurológica.
  - Manejo de la temperatura. Se recomienda un intervalo de temperatura más amplio, de entre 32-36 °C, frente al intervalo previo de 32-34 °C.
  - Control de la glucemia. Evitar la hipoglucemia, los niveles de glucosa deberían mantenerse <= 180 mg/dl[9,13].
- Valoración del pronóstico neurológico.
  La ERC y la American Heart Association (AHA) coinciden en que deben pasar al menos 72 horas antes de establecer un pronóstico neurológico, frente a las 24-48 horas que se recomendaban en 2010[9].
- Donación de órganos.
  Los pacientes con RCE pero que posteriormente fallecen, se deben considerar como posibles donantes.
- Rehabilitación.
  Se debe establecer una organización sistemática de los cuidados de seguimiento, incluyendo una valoración precoz de potenciales alteraciones cognitivas y emocionales y la aportación de información y soporte al paciente y a la familia[9,13].

2. Hipotermia Terapéutica

A. Evidencia disponible y áreas de incertidumbre.

El uso de la HT comenzó en la década de 1950, cuando Benson et al describieron por primera vez el uso eficaz de la HT después de la PCR, tras aplicarla a 12 pacientes. En esta época se creía que se precisaban temperaturas muy bajas (25-28 °C) para lograr una neuroprotección significativa. Percepción que cambió a finales de los 80, cuando los estudios realizados con animales demostraron que se conseguían efectos protectores con niveles moderados de hipotermia (30-34 °C)[15].

En el año 2002 se desarrollan 2 estudios aleatorizados:

- Uno de ellos es el estudio HACA (Grupo de hipotermia después de paro cardíaco), donde se analizaron 275 pacientes resucitados tras PCR extrahospitalaria presenciada, en forma de fibrilación ventricular (FV)/ taquicardia ventricular sin pulso (TVSP). Aleatoriamente se trató a algunos pacientes de manera estándar y a otros con HT a 33 °C (rango 32-34 °C) con bolsas de hielo y mantas térmicas. El grupo al que se le indujo la HT tuvo una mejor recuperación neurológica y menor mortalidad al alta hospitalaria y a los 6 meses.
- En el otro estudio, realizado por Bernard et al, se analizaron 77 pacientes recuperados de una PC extrahospitalaria secundaria a FV. Se aleatorizaron, bien para recibir tratamiento habitual o bien para recibir HT realizada con métodos de superficie. Los resultados fueron un mejor pronóstico neurológico en los pacientes que recibieron HT[7].

Ambos estudios tenían limitaciones; los criterios de exclusión que eliminaron al 92% de los pacientes evaluados para su elegibilidad, como por ejemplo neumonías, sangrados, sepsis…

Después de la publicación de estos dos estudios históricos y el posterior respaldo de la HT por parte del Comité Internacional sobre Reanimación y la AHA, las instituciones de todo el mundo comenzaron a adoptar la terapia.

Estudios realizados posteriormente por Oddo et al en 2006 y por Storm en 2012, llegaron a la conclusión de que la HT no producía una mejora significativa en el estado neurológico cuando el paro cardíaco no se debía a FV[11].

La mayor polémica surge a raíz de la publicación del ensayo clínico TTM (Control de la temperatura dirigida) llevado a cabo en el año 2013 por Nielsen et al. Este estudio comparó dos estrategias de tratamiento en la PCR, hipotermia a 33 °C y control de fiebre a 36 °C, y no encontró diferencias significativas en la supervivencia ni en el resultado neurológico entre ambos grupos a 180 días. En este ensayo internacional grande, multicéntrico y aleatorizado se incluyó a 939 pacientes con PCR presenciada, independientemente del ritmo inicial, incluidos aquellos con hipoxia persistente e hipotensión que habían sido excluidos de estudios previos.

En el estudio TTM no se permitió la hipertermia y se controló la temperatura en ambas ramas de trata-

miento, por lo que los autores concluyen que este es el mecanismo de beneficio.

Los análisis posteriores han demostrado que la temperatura objetivo más fría puede ser peligrosa en pacientes con inestabilidad hemodinámica. Como tal, el TTM a 33 ° C es más apropiado en pacientes hemodinámicamente estables sin un riesgo de sangrado excesivo, y 36° C es más apropiado en aquellos con shock significativo, disfunción miocárdica o riesgo excesivo de sangrado[14].

La HT solo se ha demostrado claramente beneficiosa en pacientes comatosos (Glasgow Coma Scale [GSC] <= 8 o GCS<6) con ritmo inicial desfibrilable. A pesar de esto, podría ser razonable realizar HT también en pacientes comatosos con ritmo inicial no desfibrilable, siempre que, por sus antecedentes, condición previa o consideraciones éticas, no se decida algún tipo de limitación del esfuerzo terapéutico.

Fundamentalmente sobre la base de estos trabajos y otros estudios experimentales y clínicos, las sociedades científicas han realizado sus recomendaciones a favor del uso de esta técnica tras la PCR[11,15].

B. Clasificación de los niveles de hipotermia.

A la hora de clasificar la HT en diferentes niveles, podemos encontrar discrepancia en la literatura. La mayoría de ensayos clínicos utilizan temperaturas entre 32-34 °C. A pesar de no existir unanimidad, se acepta la siguiente clasificación:

- Hipotermia leve (33-36 °C). Temblores, taquicardia, confusión, amnesia, ataxia, disartria y apatía.
- Hipotermia moderada (28-33 °C). El sistema termorregulador comienza a fallar.
- Hipotermia severa o profunda (10-28 °C). Una causa principal de muerte por hipotermia es el fallo cardiopulmonar[11].

C. Indicaciones.

La mayoría de guías nacionales e internacionales consideran que la HT debe realizarse en los pacientes adultos que, tras recuperar la circulación espontánea después de un PCR extrahospitalaria en forma de FV, quedan en situación de coma[7,8].

Estudios realizados desglosan la evidencia en función del ritmo de PCR y PCR intra o extrahospitalaria obteniendo los siguientes resultados:

- PCR extrahospitalaria con ritmo desfibrilable (FV/TVSP) que permanece inconsciente tras la RCE: en este caso la recomendación de HT moderada es fuerte.
- PCR extrahospitalaria con ritmo no desfibrilable (asistolia y actividad eléctrica sin pulso) que permanece inconsciente tras la RCE: recomendación débil. No existe evidencia que aporte diferencias significativas.
- PCR intrahospitalaria: recomendación débil. No existe evidencia que aporte diferencias significativas[6].

El trabajo de Oddo y col. Demuestra un claro beneficio en los pacientes que se presentan con FV como ritmo inicial, consiguiendo una supervivencia con una situación neurológica favorable del 56% de los pacientes que se enfrían, frente a un 26% en el grupo de control.

Sin embargo, cuando los pacientes se presentan con otros ritmos como asistolia, la diferencia entre el grupo al que se le aplica HT y el grupo de control no es significativa.

En cuanto a la PCR intrahospitalaria los estudios no son concluyentes y no se observan diferencias significativas entre la aplicación y no aplicación de HT[7].

En algunos protocolos se excluyen pacientes con inestabilidad hemodinámica, coma originado por causa no cardíaca, enfermedad terminal, coagulopatía, embarazo, sepsis, traumatismo craneal o cirugía mayor en los últimos 14 días por riesgo de infección[11].

D.Efectos deseados o terapéuticos del tratamiento.

A día de hoy sabemos que la HT disminuye el metabolismo cerebral, reduce el edema cerebral por protección de la barrera hematoencefálica, inhibe la apoptosis neuronal, reduce la entrada de calcio en las células, reduce la liberación de neurotransmisores excito-tóxicos, como el glutamato y el aspartato, disminuye la producción de óxido nítrico y radicales libres y modula la respuesta inflamatoria que acontece en el SSP, por lo que es una de las principales medidas de neuroprotección[9].

E. Aplicación del tratamiento: Fases y métodos de enfriamiento.

- Fase 1: Inducción.

Se recomienda tomar la decisión de la indicación de HT durante la fase inmediata del SPP (en los primeros 20 minutos) y, si está indicada iniciarla lo antes posible[3]. Probablemente, lo más importante sea iniciar el enfriamiento en el hospital antes de que el paciente sufra hipertermia[12].

Una vez tomada la decisión de realizar hipotermia, en la fase precoz del SPP, se debe iniciar el enfriamiento a la mayor velocidad posible. Para ello, la infusión de fluidos intravenosos (generalmente suero salino fisiológico a 30-40 ml/kg enfriado a 4 °C durante 20-30 minutos) disminuye rápidamente la temperatura, pero es difícil mantener la HT únicamente con sueros[13], para ello se utilizan métodos complementarios que vemos reflejados en la siguiente tabla:

Tabla1. Sistemas de enfriamiento[9]

Métodos de superficie	Métodos invasivos
Mantas y colchones	Infusión intravenosa de fluidos fríos
Sistemas de almohadillas de hidrogel	Sistemas endovasculares
Bolsa de hielo	Sistemas de circulación extracorpórea: hemofiltración, bypass femorocarotídeo
Cascos y gorros con hielos	Lavados nasal, gástrico, rectal
Toallas empapadas	Lavados con intercambio peritoneal fríos

Datos expresados en casos absolutos y relativos (variables categóricas) o en medias y desviaciones estándar (variables continuas)

- Fase 2: Mantenimiento.

Se mantiene al paciente durante 12-24 horas a la temperatura objetivo, que es según las guías de Resucitación 2015 entre 32 y 36 °C[6].

Para conseguir este objetivo conviene utilizar métodos de superficie como pueden ser mantas y cochones o sistemas de almohadillas de hidrogel, o bien a métodos invasivos, como los sistemas de circulación extracorpórea o la infusión de sueros fríos. (Ver en tabla 1).

De los métodos de superficie, el más empleado es el ArticSun®, que funciona mediante unas almohadillas de hidrogel que se colocan en contacto con la superficie del paciente (torso y piernas).

El más conocido de los métodos invasivos endovasculares es el catéter Coolgard®. Cualquiera de los dos mencionados anteriormente son seguros y muy eficaces, además tienen un sensor de temperatura, que se conecta a una consola donde se programa la temperatura objetivo.

Estudios realizados no encontraron diferencias en cuanto a tiempos de enfriamiento, pronóstico ni supervivencia entre los dos métodos, con lo cual cada centro elige uno u otro en función de sus necesidades y posibilidades [9].

En cuanto a la velocidad de descenso de la temperatura, ésta debe disminuir en torno a 1-1,3 °C por hora. En general esta velocidad de descenso va a depender del método utilizado, habitualmente los métodos externos son más lentos que los internos. No se debe de enfriar nunca por debajo de 32 °C, ya que un sobre enfriamiento puede conllevar peores resultados. En todo momento debe estar monitorizada la temperatura[14].

- Fase 3: Recalentamiento o rewarming.

Se realizará lentamente tras finalizar la fase de enfriamiento, aproximadamente a 0,25-0,5 °C por hora. Lo más fácil es realizarlo mediante mantas de aire caliente si se han utilizado métodos de superficie, o bien con los propios sistemas endovasculares en aquellos pacientes en los que hemos utilizado estas técnicas[3].

- Fase 4: Normotermia.

Una vez recalentado, se debe mantener normotérmico al paciente y evitar la hipertermia de rebote mediante medidas físicas, antitérmicos o con el mismo sistema de enfriamiento utilizado para mantener la HT. (Mantener entre 36 y 37,5 °C al paciente)[12,14].

F. Efectos secundarios y riesgos.

La HT produce una gran cantidad de efectos beneficiosos, pero, los efectos secundarios también están presentes[15].

El personal de enfermería deberá conocer los efectos adversos secundarios a esta terapia, con la finalidad de establecer todas las preocupaciones y controles posibles, y evitar complicaciones. Los mayores inconvenientes aparecen cuando la temperatura disminuye por debajo de los 32 °C, por lo que se llevará a cabo una estricta vigilancia térmica.

Los efectos secundarios más frecuentes son:

A nivel cardiovascular por depresión de la contractilidad miocárdica se producen: arritmias, bradicardia y disminución del gasto cardíaco. Como efectos sistémicos se produce un aumento del gasto cardíaco (GC), tensión arterial (TA) y presión venosa central (PVC), con descenso posterior.

A nivel pulmonar la disminución de la movilidad ciliar aumenta la predisposición a infecciones.

A nivel del sistema inmunitario se la disminución de la quimiotaxis, fagocitosis y producción de anticuerpos, que dan lugar a complicaciones como las infecciones. A

nivel periférico se produce un aumento del tono muscular pudiendo producirse temblores[11,15].

La HT puede causar una disfunción tubular renal y un aumento de la diuresis[16] y puede causar alteraciones a nivel bioquímico[17].

Es preciso tener presentes los efectos prolongados de los fármacos debido a la reducción de su eliminación. Deben evitarse los sedantes y opioides con una semivida muy larga, y la sedación debe suspenderse lo antes posible.

Suelen producirse en algunas ocasiones alteraciones de la coagulación, por ello deberá valorarse la utilización de HT en pacientes con coagulopatías[18].

G. Actividades de enfermería.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Los cuidados de enfermería una vez se inicia la HT van dirigidos al mantenimiento de la temperatura, constantes vitales, prevención de temblores, sedación adecuada, reconocimiento de posibles efectos secundarios o indeseados, así como el tratamiento prescrito y posterior recalentamiento si fuera necesario[15].

Además de los cuidados propios derivados de la HT, la enfermería también deberá encargarse de la prevención de aparición de problemas característicos del ingreso en UCI de los pacientes, y de la realización de los cuidados protocolarios de enfermería de la unidad, como la higiene diaria del paciente o el manejo de la vía aérea[11].

Para realizar un mayor seguimiento de las actividades que se llevaron a cabo a los pacientes se emplearon los diagnósticos enfermeros: Ventilación mecánica, Riesgo de aspiración, Deterioro de la integridad cutánea, Riesgo de infección, Termorregulación ineficaz, Déficit de autocuidados y las Intervenciones/actividades que figuran en el NIC (Clasificación de Intervenciones enfermeras)[15,19].

CARGA DE TRABAJO QUE SUPONE LA HT.

A lo largo de los años se han utilizado diferentes sistemas de cómputo de carga asistencial en enfermería que han evolucionado a lo largo del tiempo. ElNursingActivities Score (NAS), se define como una herramienta capaz de cuantificar el esfuerzo asistencial global de una UCI, así como el esfuerzo asistencial en cada paciente crítico. La escala NAS expresa su resultado como el porcentaje de tiempo y del trabajo de enfermería que requiere la atención y cuidados de cada paciente. La finalidad de esta escala es determinar las actividades de enfermería que mejor describen las cargas de trabajo en una unidad de cuidados intensivos, atribuyendo medidas a estas actividades, de forma que la puntuación resultante informará sobre el consumo medio de tiempo.

La NAS se adapta, al trabajo real de la enfermera en UCI, orientada a las actividades derivadas de los diagnósticos enfermeros, con independencia de la patología.

Entre Junio de 2006 y Junio del 2008 se realizó un estudio en la UCI de un hospital general con un tamaño muestral de 23 pacientes. Su objetivo es la evaluación de la carga de trabajo de enfermería de los pacientes sometidos a HT y sin HT, mediante la aplicación de la escala NAS.

Las puntuaciones de las escalas NAS de este estudio muestran un incremento muy significativo de los días de HT.

La aplicación de las técnicas de HT produce una sobrecarga de trabajo de enfermería que se debe tener en cuenta en las unidades en que se realicen.

En la tabla 2 se puede ver la puntuación media de la escala NAS de los días que estuvieron los pacientes ingresados en la unidad[15].

En la tabla 3 vemos las actividades que mayor carga de trabajo producen.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

- La HT es una de las pocas estrategias de tratamiento intrahospitalario de eficacia probada para tratar el SPP. A pesar de la controversia encontrada lo que no deja lugar a duda es la importancia de la enfermería en dicho tratamiento.
- Los cuidados post PCR están encaminados a identificar y tratar la causa precipitante de la parada así como evaluar y manejar la lesión cerebral, la disfunción miocárdica y la respuesta sistémica por isquemia-reperfusión de la misma.
- L a HT deberá realizarse a los pacientes adultos, que, tras recuperar la circulación espontánea después de un PCR extrahospitalario en forma de FV, quedan en coma. Cuando la PCR es intrahospitalaria, y/o los ritmos de los pacientes son asistolia o actividad eléctrica sin pulso los estudios no son concluyentes.
- En cuanto a los efectos terapéuticos de la HT, a día de hoy sabemos que disminuye el metabolismo cerebral, reduce el edema cerebral, inhibe la apoptosis neuronal, reduce la entrada de calcio en las células, reduce la liberación de neurotransmisores excito-tóxicos, disminuye la producción de óxido nítrico y radicales libres y modula la respuesta inflamatoria que se da en el SPP.

Tabla2. Puntuación NAS DIARIA[15]	
PUNTUACIÓN MEDIA NAS DIARIA	**MEDIA (IC 95%)**
Total 1º día hipotermia	113,5 (108,9-118,1)
Total 2º día hipotermia	81,1 (75,6-86,5)
Total 3º día hipotermia	67,8 (61,8-73,7)
Total 4º día sin hipotermia	54,5 (43,8-65,1)
Total 5º día sin hipotermia	44,4 (33,6-55,4)
Total 6º día sin hipotermia	44,5 (33,6-55,4)
Total día alta	**53,5 (38-69)**

Tabla3. Puntuación NAS 1º día[15]	
1º DÍA HT ESCALA NAS	**MEDIA**
Monitorización y sueroterapia	34,8
Movilización y posición	11,2
Apoyo y cuidado a pacientes y familiares	5,2
Administración y gestión	23,6
Soporte ventilatorio	7,4
Soporte cardiovascular	1,7
Soporte renal	6,7
Soporte metabólico	1,2
Intervenciones especiales	3,6
Procedimientos de higiene	16,5
Soporte neurológico	1,6

- El tratamiento deberá iniciarse lo antes posible, preferiblemente en la fase inmediata al SPP, es decir en los primeros 20 minutos.

  La temperatura objetivo estará entre los 32 y los 36 °C, nunca por debajo. La velocidad de enfriamiento será de entre 1 y 1,3 °C por hora y los métodos utilizados para conseguirlo son de dos tipos; métodos de superficie y métodos invasivos. Estudios realizados no encontraron diferencias en cuanto a los tiempos de enfriamiento, pronóstico ni supervivencia entre los dos métodos.

  La velocidad de recalentamiento es de entre 0,25 y 0,5 °C por hora. En la fase de Normotermia el paciente deberá estar entre los 36 y los 37,5 °C.

- Los cuidados de enfermería en la HT, van dirigidos al mantenimiento de la temperatura, medición de constantes, prevención de temblores, sedación adecuada, reconocimiento de posibles efectos secundarios o indeseados, así como el tratamiento prescrito y posterior recalentamiento.

  Durante la realización del tratamiento la carga de trabajo aumenta considerablemente tal y como aparece reflejado en la escala NAS.

  La monitorización y la sueroterapia, así como las actividades de gestión representan las partes más importantes de la actividad de enfermería.

  La HT es un recurso terapéutico en las unidades de cuidados intensivos que debe ser reconocido por los profesionales de enfermería ya que su aplicación se realiza a pacientes con una elevada gravedad y mal pronóstico.

La mayor polémica al aplicar HT surge a raíz de la publicación del estudio TTM, que comparó dos estrategias distintas de tratamiento. A unos pacientes se les aplicó HT mientras que a otros se les realizó un control de fiebre (nunca superando los 36ºC). En ninguna de las dos ramas se permitió la hipertermia. Los resultados obtenidos no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos, con lo cual los autores concluyen que el control de temperatura es el mecanismo de beneficio.

Sin embargo análisis posteriores han demostrado que, el TTM a 33ºC es más apropiado en pacientes hemodianámicamente estables sin un riesgo de sangrado excesivo, y 36ºC es más apropiado en aquellos que con shock significativo, disfunción miocárdica o riesgo excesivo de sangrado.

Prácticamente en todos y cada uno de los aspectos de interés en la HT hay discusión entre los autores, no hay unanimidad en ninguno de los aspectos. Por tanto los datos que aparecen reflejados en este trabajo son los que recomiendan las guías más actuales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caballero A, Cárdenas H, González Y, González O, Garzón H, Reinoso W. Hipotermia terapéutica en el paro cardiorrespiratorio recuperado. CorSalud [Internet]. 2017 [21/12/2018] Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6575673
2. Irigoyen Aristorena MI, Yagüe Gadtón A, Roldán Ramirez J. Trayectoria clínica de hipotermia terapéutica posparada cardíaca. Enfermería intensive. 2010. ISBN: 978-84-695-9199-4
3. Martín H, López JB, Pérez JL, Molina R, Cárdenas A, Lesmes A, et al. Manejo del síndrome posparada cardíaca. Med Intensiva. [Internet] 2010 [13/01/2019]; 34 (2): 107-126. Disponible en: http://www.medintensiva.org/es-content-articulo-S0210569109000849
4. Nielsen N, Wetterslev J, Cronberg T, Erlinge D, Gasche Y, Hassager C et al. Targeted temperatura management at 33ºC versus 36ºC after cardiac arrest. N England J Med. 2013 ISBN: 978-91-7619-206-1.
5. Mathiesen C, McPherson D, Ordway C, Smith M. Caring for Patients Treated with Therapeutic Hypothermia. CriticalCare Nurse. [Internet] 2015 [21/12/2018]. Disponible en: http://ccn.aacnjournals.org/content/35/5/e1.full
6. AnestesiaR [Internet]. Toledo: AnestesiaR; 2016 [02/02/2018]. Disponible en: https://anestesiar.org/2016/papel-la-hipotermia-terapeutica-tras-parada-cardiaca-extrahospitalaria/
7. Fernández V, Cruz M. Plan de cuidados de enfermería en un paciente tras parada cardiorespiratoria por un equipo de emergencia. Revista Médica Electrónica. [Internet] 2017 [21/12/2018]; Septiembre 2017. Disponible en: https://www.revista-portales-medicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-parada-cardiorrespiratoria/
8. AnestesiaR. [Internet]. Madrid: AnestesiaR; 2016 [21/12/2018]. Disponible en: https://anestesiar.org/2016/cuidados-post-parada-cardiorrespiratoria-pcr-recomendaciones-ilcor-2015/
9. Viana A. Hipotermia terapéutica: ¿Lo dejamos? RevEspCardiolSupl. [Internet] 2015 [13/01/2019]. Disponible en: https://medes.com/Public/ResumePublication.aspx?idmedes=105158
10. Seder DB, Lord C, Gagnon DJ. The Evolving Paradigm of Individualized Postresuscitation Care After Cardiac Arrest. American Journal of Critical Care. [Internet] 2016 [21/12/2018]. Disponibleen: http://ajcc.aacnjournals.org/content/25/6/556.full
11. Lázaro Paradinas L. Conocimiento enfermero sobre hipotermia inducida tras parada cardiorrespiratoria: revisión bibliográfica. Enfermería Intensiva. [Internet] 2012 [21/12/2018]. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-conocimiento-enfermero-sobre-hipotermia-inducida-S1130239911000915
12. Tapia R. Hipotermia Terapéutica. Revista Mexicana de Anestesiología. [Internet] 2015 [10/01/2019]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2015/cmas153o.pdf
13. Arroyo LM, Grueso FJ. Eficacia de la hipotermia inducida post-reanimación cardiopulmonar. Ciberrevista. [Internet] 2016 [21/12/2018]. Disponible en: http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/marzo2016/pagina4.html
14. Pérez J. Hipotermia terapéutica tras la parada cardíaca. REMI [Internet]. 2008 [21/12/2018]. Disponible en: https://remi.uninet.edu/2008/12/REMIA094i.html
15. Taboada MI, Calvar B, Álvarez N, Del Campo V, Pereira MA, Antolín R. Técnicas de hipotermia en la unidad de cuidados intensivos de un hospital general. Descripción y cuidados de enfermería. Enfermería en Cardiología. [Internet]. 2009 [30/01/2019]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6303962
16. Neumar RW, Barnhart JM, Berg RA, Chan PS, Geocadin RG, Luepker RV, et al. Implementation strategies for improving survival after out-of-hospital cardiac arrest in the United States: consensus recommendations from the 2009 American Heart Association Cardiac Arrest Survival Summit. Circulation. [Internet]. 2011 [18/01/2019]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21576656
17. Nielsen N, Hovdenes J, Nilsson F, Rubertsson S, Stammet P, Sunde K, et al. Outcome, timing and adverse events in therapeutic hypothermia after out-of-hospital cardiac arrest. ActaAnaesthesiol Scand. [Internet]. 2009 [18/01/2019] Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19549271
18. Sunde K. Hipotermia terapéutica en la parada cardíaca. Revista Española de cardiología. [Internet]. 2013 [30/01/2019]. Disponible en: http://www.revespcardiol.org/es/hipotermia-terapeutica-parada-cardiaca/articulo/90198740/
19. Bulecheck G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Sextaedición: Elsevier; 2013. ISBN-10: 8490224137

Porfiria aguda intermitente: manejo de las crisis agudas

Blanca Silvarrey Rodriguez · Blancasilvarrey@gmail.com

RESUMEN

Las porfirias son enfermedades metabólicas, causadas por la hipoactividad en algunas enzimas. Una de las más frecuentes es la Porfiria Aguda Intermitente (PAI).

Los objetivos de este trabajo son analizar la PAI y describir sus características generales, definir las crisis agudas y establecer las actuaciones de enfermería relacionadas con las mismas. Es un estudio cualitativo de investigación, descriptivo, analítico y con diseño no experimental con estructura monográfica.

La PAI se manifiesta con dolor abdominal y neuropatías. La mayoría de los portadores del gen porfírico son asintomáticos. Las porfirias pueden presentarse clínicamente en forma de crisis aguda. Es un síndrome clínico de alto riesgo si no se establece el diagnóstico en las fases iniciales. El papel de enfermería juega un rol muy importante en cuanto a su prevención.

Al ser una enfermedad con numerosos portadores asintomáticos, es muy importante el diagnóstico precoz, así como de la prevención de las crisis agudas.

Palabras clave: Porfiria, PAI, porfobilinógeno, dolor abdominal, neuropatía, crisis aguda.

ABSTRACT

Acute Intermittent Porphyria: management of acute crises.

Porphyrias are metabolic diseases, caused by hypoactivity in some enzymes. One of the most frequent is the Intermittent Acute Porphyria (PAI).

To analyze the PAI and describe its general characteristics, define acute crises and establish the nursing actions related to them. Is a qualitative research study, descriptive, analytical and non-experimental design with monographic structure.

PAI manifests with abdominal pain and neuropathies. The majority of porphyric gene carriers are asymptomatic. Porphyrias can present clinically in the form of acute crisis. It is a clinical syndrome of high risk if the diagnosis is not established in the initial phases. The role of nursing plays a very important role in its prevention.

Being a disease with numerous asymptomatic carriers, early diagnosis is very important as well as the prevention of acute crises.

Keywords: Porphyria, PAI, porphobilinogen, abdominal pain, neuropathy, acute crisis.

INTRODUCCIÓN

"Archibald Garrod presentó en 1923, un estudio sobre enfermedades metabólicas humanas: alcaptonuria, cistinuria, diaminuria y hematoporfiria congénita (porfirinuria congénita). Éste investigador británico se encontraba muy avanzado para su época, ya que fue capaz de aplicar la genética mendeliana a los humanos y propuso una conexión correcta entre un gen alterado (mutado) y un defecto en las vías metabólicas, causante de una enfermedad específica." (Santollo, 2004).

Hoy en día se considera éste concepto como la base de la genética aplicada a la bioquímica.

La gran mayoría de los errores innatos del metabolismo se desarrollan durante la infancia, lo cual refleja la severidad de dichas enfermedades metabólicas en sus formas pediátricas.

Cuando un paciente tiene una historia médica, quirúrgica o psiquiátrica atípica, la porfiria aguda debería considerarse como posibilidad diagnóstica a pesar de ser una patología poco común. (Santollo, 2004)

"Gunther (1911-1922) realizó una importante contribución en el estudio de las Porfirias. Describió la porfiria congénita, denominada también porfiria de Gunther y estableció que dicha enfermedad se asocia con la síntesis de deterioro de las porfirias." (Torres, 2016)

"Waldenstrom (1937,1939,1957) señaló que la orina en pacientes con porfiria aguda intermitente presenta

fundamentalmente la porfirina precursora de porfobilinógeno. Estableció que dicha porfiria se hereda de manera dominante." (Torres, 2016)

Porfirias: descripción general

Las porfirias son un grupo heterogéneo de desórdenes metabólicos que pueden ser hereditario, adquiridos, ocasionados por alteraciones en la actividad de las diferentes enzimas que participan en la vía de síntesis del Hemo.

"Los grupos hemo son tetrapirroles que se encuentran en interacción con proteínas globulares y que constan de 4 moléculas de pirrol enlazadas a un anillo planar por medio de 4 puentes α-metileno y en el centro de este anillo, se encuentra un átomo ferroso (Fe2⁺)." (Gómez González del Tánago P, 2013)(Grupos hemo)

Existen ciertos sustituyentes que se unen al tetrapirrol, lo cual le confiere al hem su característica como grupo hemo y no de compuesto análogo. Éstos grupos son: metilo (M), vinilo (V) y propionato (Pr) arreglados en el orden M, V, M, V, M, Pr, Pr, M.

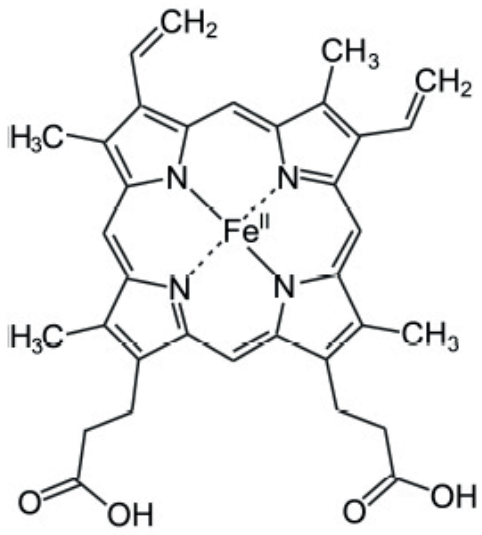


Figura 1. Grupo hemo en ausencia de oxígeno. (Grupos hemo)

El grupo hemo, es un componente esencial de la hemoglobina, los citocromos, la mioglobina y otras enzimas en las que también se encuentra presente. Las propiedades de ésta resultan de la estructura cuaternaria, secundaria y terciaria. (Gómez González del Tánago P, 2013)(Grupos hemo)(Peter N. Campbell, 2006)

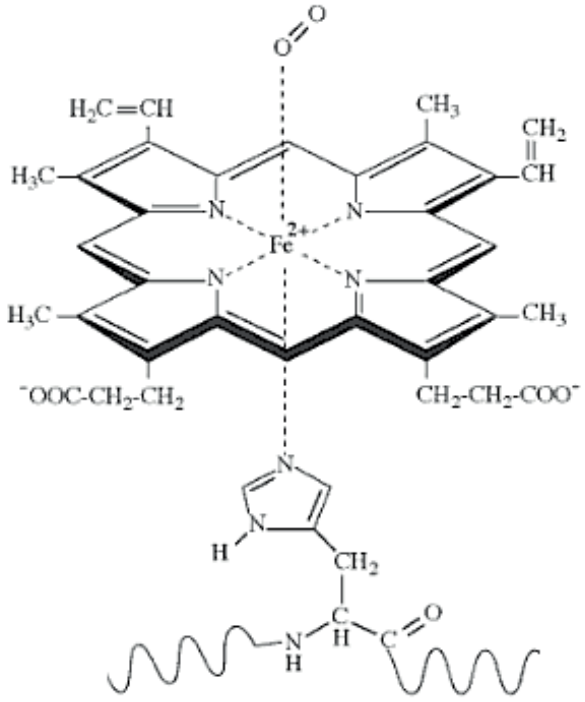


Figura 2. Unión de una molécula de oxígeno al hierro del grupo hemo. (Grupos hemo)

Biosíntesis del grupo Hemo

La biosíntesis del grupo Hemo en los tejidos eritrocitarios y no eritrocitarios está regulada por el propio grupo mediante inhibición por retroalimentación, lo cual inhibe a la enzima 5-aminolevulinato (ALA) sintetasa (ALAS). Ésta enzima es la encargada de catalizar la primera reacción de dicha biosíntesis, además de ser limitante de la velocidad de la ruta metabólica.

Éste proceso se inicia con la formación de ALA, a partir de succinilCoA y posteriormente se cataliza la condensación de dos moléculas de ALA dando lugar a porfobilinógeno (PBG) gracias a la acción de la encima ALA deshidratasa (ALAD). (Peter N. Campbell, 2006)

"La condensación de 4 moléculas de PBG mediante la acción de la enzima hidroximetilbilanosintetasa da lugar al compuesto intermedio hidroximetilbilano (HMB)." (Peter N. Campbell, 2006)

El HMB puede formar un ciclo de forma enzimática mediante la acción de uroporfirinógenocosintetasa que da lugar a uroporfirinógeno III el cual se convierte en coproporfobilinogeno III por medio de la uroporirinogenodescarboxilasa. Este compuesto finalmente es oxidado para rendir la protoporfna IX y conducir a la síntesis del grupo hemo. (Peter N. Campbell, 2006)

Las tres últimas enzimas de la vía se encuentran en las mitocondrias mientras que el resto de las enzimas se localizan en el citosol, por lo que abundan los eritrocitos y se pueden definir con fines diagnósticos. (Peter N. Campbell, 2006)

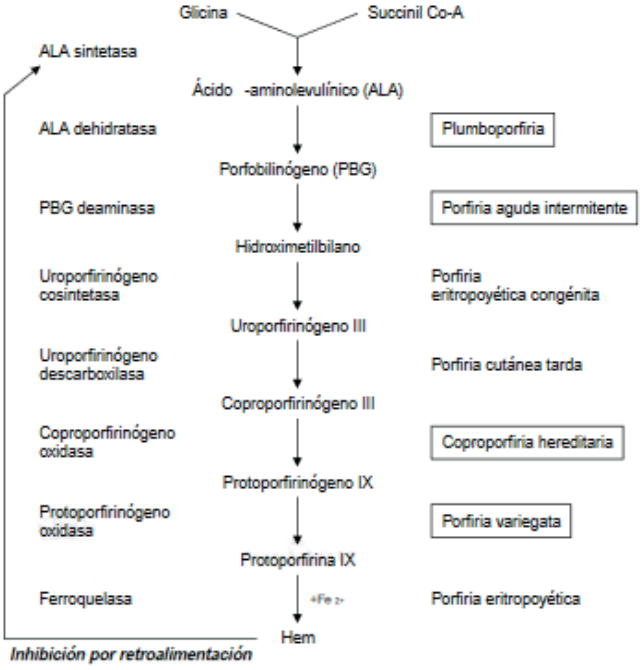


Figura 3. Vía de la biosíntesis del grupo hemo. (Peter N. Campbell, 2006)

Clasificación de las porfirias.

Existen siete tipos diferentes de porfirias, cada una de ellas con un cuadro clínico particular, y mediante la realización de análisis enzimáticos y bioquímicos se obtiene su diagnóstico.(Santollo, 2004) (Gómez González del Tánago P, 2013)

Teniendo en cuenta los productos que intervienen en la biosíntesis del grupo Hemo y valorando si su procedencia es hepática o eritroide, las porfirias pueden clasificarse en hepáticas o eritropoyéticas. Otra clasificación se realiza teniendo en cuenta sus manifestaciones clínicas: porfirias agudas y porfirias cutáneas. (Santollo, 2004) (Gómez González del Tánago P, 2013)

Las porfirias hepáticas se caracterizan por la síntesis aumentada de precursores de porfirinas ALA y PBG. Su herencia es autosómica. De las 5 porfirias hepáticas, 4 se suelen manifestar en la vida adulta, aunque hay casos en los que la aparición es temprana en forma de ataques agudos. (Santollo, 2004)(Gómez González del Tánago P, 2013)

Las porfirias de origen eritropoyético reciben este nombre cuando el tejido en el que predomina el déficit enzimático es la médula ósea. (Santollo, 2004)(Gómez González del Tánago P, 2013)

Tabla 1. Clasificación porfirias. Elaboración propia a partir de datos de las fuentes citadas

Enzima defectuosa	Enfermedad	Tipo de porfiria	Síntomas
ALA deshidratasa	Porfiria de Doss	Hepática	Aguda
PBG desaminasa	Porfiria Aguda Intermitente	Hepática	Aguda
Uroporfobilinógeno III cosintetasa	Porfiriaeritropoyética congénita	Eritropoyética	Cutánea
Uroporfirinógenodescarboxilasa	Porfiria cutánea tarda	Hepática	Cutánea
Coproporfirinógeno oxidasa	Coproporfiria hereditaria	Hepática	Mixta
Protoporfirinógeno oxidasa	PorfiriaVariegata	Hepática	Mixta
Ferroquelatasa	Protoporfiriaeritropoyética	Eritropoyética	Cutánea

OBJETIVOS

El objetivo principal de esta investigación es analizar la porfiria aguda intermitente.

Describir las características generales de la porfiria aguda intermitente.

Definir las crisis agudas de porfiria.

Establecer las actuaciones de enfermería relacionadas con las crisis agudas.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre las bases de datos utilizadas se encuentran Pubmed Como buscadores se ha utilizado Google, Google Académico y Elsevier. Se han utilizado además páginas web como la Asociación Española de Porfiria.

Para llevar a cabo búsquedas más concretas en los buscadores y bases de datos anteriormente mencionados se utilizaron palabras o frases clave como "Porfiria", "PAI", "Dolor Abdominal" "Crisis Aguda".

Criterios de inclusión

En la búsqueda bibliográfica en Google académico y Elsevier se han elegido artículos en español y en inglés que, como mínimo, incluían en el título los términos "Porfiria Aguda Intermitente. El intervalo de tiempo seleccionado fue del 2000-2018.

Criterios de exclusión

Se han descartado los artículos de fecha anterior al año 2000 y todos aquellos documentos, pdf, etc. de los que no se conoce la fuente de la que proceden.

El estudio está presentado siguiendo las pautas de una monografía, ya que es un trabajo que cuenta con un objeto bien delimitado.

Es un estudio cualitativo de investigación, descriptivo, analítico, con diseño no experimental.

RESULTADOS

1. Porfiria Aguda Intermitente

La porfiria aguda intermitente (PAI), patología autosómica dominante, es una condición causada por un déficit del 50% de la actividad de la porfobilinógenodeaminasa (PBGD). Es la porfiria genética más común y entre las porfirias agudas, la más severa.

El trastorno se expresa clínicamente de manera más frecuente en mujeres que en hombres y generalmente después de la pubertad.

La afección más importante de la enfermedad es la neurológica, que puede comprometer el sistema nervioso periférico, autónomo y central.

La PAI está causada por mutaciones de herencia autosómica dominante en el gen HMBS, que ocasionan deficiencia parcial de la enzima porfobilinógenodesaminasa (PBGD).

La patología puede subclasificarse en manifiesta y latente. En los casos en los que sí se manifiesta el gen, la enfermedad cursa de manera leve y de fácil control, en concreto cuando se toma precauciones para prevenir el ataque agudo.

Prevalencia, incidencia y mortalidad

La prevalencia e incidencia varían entre regiones y dependiendo de si se considera o no a los casos latentes.

La incidencia anual de la enfermedad manifiesta en Europa 5.9 casos por cada millón de habitantes. En España es de 6.3 casos por millón de habitantes, destacando la región de Murcia con 53.8 caos por millón de habitantes.

Las mayores prevalencias de la enfermedad se han reportado en Noruega y Suecia, con 600 y 2000 casos por cada 100,000 habitantes, respectivamente.

Más de la mitad de las muertes por porfiria aguda intermitente ocurre durante el primer o segundo episodio sintomático. Se estimó que alrededor de 1960 la mortalidad por PAI era del 52%. En las últimas décadas existe una notable reducción en esas cifras hasta alcanzar en algunas regiones mortalidad menor a 10%.

Este descenso puede atribuirse a la mejor caracterización de la enfermedad, la formación de centros especializados para la atención de las porfirias, el tamizaje genético a familiares asintomáticos y el tratamiento temprano con hemina intravenosa.

Factores precipitantes

En personas con PAI latente o que anteriormente se había manifestado clínicamente, el ataque agudo puede ser precipitado por:

- Factores endocrinos: esteroides gonadales
- Factores dietéticos: hiporexia o ingesta calórica reducida
- Estrés
- Enfermedades concomitantes, infecciones, cirugía.
- Ingesta alcohólica, tabaco y drogas.

- Fármacos: son los implicados con mayor frecuencia como factores precipitantes.

Clínica

"La PAI es una porfiria hepática aguda severamente debilitante, pero raramente fatal. Dado que los síntomas neuroviscerales rara vez ocurren antes de la pubertad y son inespecíficos, es necesario un alto índice de sospecha para diagnosticar la enfermedad. El dolor abdominal, que puede ser localizado o generalizado, es el síntoma más común; frecuentemente, señala el inicio del ataque agudo…" (Gómez González del Tánago P, 2013)

Tabla 2. Signos y síntomas característicos de la PAI. Elaboración propia a partir de datos de la fuente citada. (Gómez González del Tánago P, 2013)

SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO
• Dolor abdominal • Náuseas y vómitos • Anorexia • Estreñimiento • Retención urinaria • Taquicardia
SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO
• Dolores musculares, articulares y debilidad • Polineuropatía de predominio motor • Alteraciones de la musculatura de la mano • Alteraciones de la musculatura del tronco • Daño axonal por desmielinización parcheada en nervios motores
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
• Trastornos de la conducta, ansiedad, depresión. • Convulsiones • Cefaleas • Parálisis nervios craneales • Trastornos visuales • Trastornos hipotalámicos • Afectación ganglios basales • EEG anormal, enlentecimiento generalizado, signos de focalización
SIGNOS CLÍNICOS
• Taquicardia sinusal • HTA • Hipotensión postural • Reflejos tendinosos disminuidos o ausentes • Anormalidad sensorial • Afectación de los nervios craneales • Espasmos de la arteria retiniana

Diagnóstico

El diagnóstico debe abordarse desde el punto de vista bioquímico molecular, como en cualquier en cualquier enfermedad de origen genético. Mediante determinaciones analíticas en diferentes líquidos biológicos se obtiene el diagnóstico de porfiria con elevada precisión. (Edwin Medina C, 2000)(Gómez González del Tánago P, 2013)(López, 2011)

Se realizará en tres niveles diferentes de modo secuencial.

- *"El primer nivel consiste en evidenciar la presencia de los precursores y/o porfirinas en diferentes muestras biológicas: orina, sangre y heces."* (López, 2011)
- *"En el segundo nivel, una vez demostrado el acumulo del/los compuestos/s en las diferentes muestras estudiadas, debemos cuantificar la actividad enzimática específica responsable del mismo."* (López, 2011)
- *"El tercer nivel trata de analizar el gen que codifica la enzima alterada mediante el empleo de técnicas moleculares que precisan el aislamiento previo del ADN."* (López, 2011)

"Los niveles de ácido delta-aminolevulínico (ALA) y porfobilinógeno (PBG) en plasma y orina están incrementados durante los ataques agudos." (López, 2011)

Una prueba ampliamente utilizada para la detección de PBG urinario (a pesar de ser considerada cualitativa y poco específica) es la prueba de Watson-Schwartz.

La deficiencia enzimática es detectable:

- En los eritrocitos de la mayoría de los pacientes heterocigotos (PAI clásica)
- En aquéllos con la forma eritroide de la enfermedad (PAI eritroide)

Tratamiento

El tratamiento entre ataques implica:

- Un adecuado aporte nutricional
- Evitar las drogas y químicos que exacerban la porfiria
- Tratamiento oportuno de infecciones u otras enfermedades intercurrentes.

El tratamiento durante los ataques agudos de la enfermedad implica:

- Analgésicos narcóticos para el dolor abdominal
- Fenotiazinas para las náuseas, vómitos, ansiedad e intranquilidad.

Los casos severos deben ser tratados con la administración IV de glucosa (mínimo 300 g/día) y en caso de que la vía oral se encuentre suspendida por un periodo largo de tiempo, se tendrá en cuenta la alimentación parenteral.

La administración de Hem IV es más efectiva que la glucosa para reducir la excreción de precursores de porfirinas, produciéndose una recuperación más rápida; pero hay que tener en cuenta que la efectividad se verá reducida si ésta vía se dilata, por ello se debe administrar a la mayor brevedad posible de 3 a 4 mg de hem/día durante 4 días.

2. Crisis agudas de porfiria

"Se denomina ataques agudos de porfiria a la aparición progresiva de síntomas neuroviscerales en un paciente con porfirias hepáticas agudas, que son desencadenados por factores inductores de la enzima ácido aminolevulínicosintasa."(Gómez González del Tánago P, 2013)

Generalmente en la PAI estos ataques son más graves y frecuentes. Los pacientes con concentraciones urinarias altas de PBG durante los periodos asintomáticos tienen mayor riesgo de manifestar síntomas.

Manifestaciones clínicas de las crisis agudas

Los ataques agudos de porfiria tienen gran heterogeneidad clínica y pueden simular un amplio espectro de enfermedades más prevalentes en cualquier sistema corporal Prácticamente todo el clínico de los ataques agudos es de origen neurológico.

Una de las características más distintivas de los ataques agudos es la orina de tonalidad rojiza debida al exceso de PBG en dicho fluido.

El 90% de los pacientes cursa con dolor abdominal, que suele ser grave, continuo, escasamente localizado. A esto se le asocian otros hallazgos gastrointestinales como:

- Náuseas, vómitos, estreñimiento, distensión abdominal y disminución de los ruidos peristálticos.

La taquicardia es el signo clínico más común (80%) y puede deberse a disautonomía por porfiria, dolor o fiebre y también puede manifestarse como:

- HTA, inquietud, temblor, diaforesis, reflejos cardiovasculares anormales, disuria, disfunción vesical, incontinencia urinaria o rectal.

La neuropatía periférica se manifiesta como dolor de las extremidades, debilidad muscular y pérdida de la sensibilidad. Esta puede ser motora, sensitiva o mixta.

En la mayoría de los casos la parálisis es reversible, pero puede requerir varios meses de rehabilitación física.

Una manifestación más severa se produce cuando la parálisis tiene lugar a nivel de los músculos de la respiración ya que esto puede desencadenar una insuficiencia ventilatoria dinámica, que es la causa más común de muerte.

Cuando se trata de pacientes psiquiátricos, es difícil determinar si son síntomas mentales crónicos o si son manifestaciones propias de la porfiria.

Las convulsiones afectan a 10-30% de los pacientes. Como casi todos los antiepilépticos pueden exacerbar los ataques agudos de porfiria, debe determinarse el contexto u origen de las convulsiones antes de prescribir un tratamiento anticonvulsivo prolongado.

La hiponatremia comúnmente se observa durante los ataques agudos de porfiria y puede ayudar a sospechar el diagnóstico. Algunas veces se debe a secreción inapropiada de hormona antidiurética (SIADH).

Otras causas son:

- Disminución del consumo de sodio
- Aumento de las pérdidas gastrointestinales, renales o ambas.

Diagnóstico de las crisis agudas

La medición de PBG y porfirinas totales en orina es la prueba de primera línea cuando se sospecha de una crisis aguda puesto que para confirmarlo es necesario comprobar la elevada producción y excreción de porfirinas y de sus precursores. Para ello, existen pruebas cualitativas que detectan PBG en orina, como la prueba de Watson-Schwartz (mencionada anteriormente) y la de Hösch.

Si se utiliza alguna de estas pruebas se le debe considerar tamizaje y confirmar todo resultado positivo por medio de una prueba cuantitativa en la misma muestra.

La medición cuantitativa de PBG puede realizarse en una muestra de orina ocasional.

Dicha medición no tiene un nivel establecido, pero generalmente en los ataques agudos las cifras se encuentran en límites superiores a lo habitual, por lo que un valor de PBG en orina normal en un paciente crítico descarta un ataque agudo de porfiria.

En caso de que los resultados revelen un PBG elevado y además el paciente presente síntomas neurovisceral, se instaurará el tratamiento de inmediato.

3. Actuaciones de enfermería: manejo de la crisis

Una de las actuaciones de enfermería más importantes con respecto a pacientes que padezcan PAI es la educación sanitaria a cerca de la patología, indicar las recomendaciones que deben seguir para prevenir los ataques agudos e informar acerca de los elementos necesarios para su tratamiento ambulatorio. En definitiva, brindar a los pacientes ayuda e información a cerca de la prevención de las crisis es la base de las intervenciones de enfermería.

Con respecto a la educación sanitaria, destacan varios puntos que siempre se deben mencionar:

- Nutrición: es importante mantener un adecuado aporte calórico puesto que una nutrición inadecuada es un factor precipitante de las crisis agudas. Un adecuado suplemento calórico puede disminuir la excreción de ALA y PBG y suprimir los síntomas clínicos. Se debe recomendar una ingesta abundante de carbohidratos, ajustando la dieta a cada paciente y a la expresión concreta de la enfermedad.
- Medicamentos: en este apartado, el personal de enfermería deberá instruir al paciente acerca de aquellos medicamentos (o drogas) cuya ingesta no está permitida por ser factores desencadenantes de los ataques agudos.
- Factores endocrinos: en concreto educar a mujeres que tengan la menstruación, puesto que éste momento del ciclo es propicio para la aparición de una crisis aguda. También recordarles que, en caso de embarazo, puede mejorar su situación con respecto a la patología.
- Otra actuación de enfermería es explicar a los pacientes la relación del estrés con respecto a la aparición de una crisis aguda y al aumento de la frecuencia de las mismas.
- Realizar también educación sanitaria con respecto al impacto negativo de los malos hábitos como el tabaco y el alcohol en relación al incremento de posibilidades de padecer un ataque agudo.

Ataque Leve

La detección temprana del inicio de un ataque agudo permite instaurar el tratamiento de manera precoz, lo cual es posible en pacientes que ya han experimentado dichos ataques con anterioridad y por ende reconocen señales que alertan sobre la posibilidad de padecer una nueva crisis aguda.

En el transcurso de un ataque leve se recomienda incrementar el consumo de azúcar en forma de fruta o zumo y suspender cualquier factor desencadenante, en concreto, los medicamentos. Generalmente los ataques leves se resuelven con la instauración de estas medidas. Cuando el dolor aumenta o persiste o se hace imposible la ingesta de líquidos (por presencia de vómitos) es recomendable la hospitalización y efectuar un tratamiento sintomático.

Tratamiento sintomático

- Es importante buscar y eliminar las posibles causas desencadenantes
- Combatir el dolor. Los opiáceos son los analgésicos de elección.
- Combatir la ansiedad. Neuroléptico sedativo.
- En caso de vómitos, administrar un antiemético.
- Instaurar un aporte glucídico importante: mediante una perfusión y en 24 h se deben administrar de 300 a 400 gramos de glucosa.

Ataque Grave

El tratamiento específico para los ataques agudos de porfiria es la hemina humana, compuesto que ayuda a reemplazar la deficiencia relativa de Hemo y favorece la disminución en la producción de porfirinas y ALA/PBG.

La hemina, en cualquiera de sus dos fórmulas posibles en el mercado, es el tratamiento de elección. En España está comercializada la forma arginato de hemina.

Si no puede obtenerse de inmediato, debe sustituirse por grandes cantidades de glucosa. Esto tiene un efecto similar, pero en comparación con la hemina humana, si un ataque es tratado únicamente con glucosa, es posible que dure más y el sistema nervioso quede desprotegido frente a posibles secuelas.

Rehabilitación en pacientes con porfiria

"La neuropatía periférica de aparición en las crisis agudas de porfiria suele ser primordialmente motora, aunque ocasionalmente cursa también con sintomatología sensitiva asociando dolor de características neuropáticas en las extremidades" (López, 2011)

El proceso de rehabilitación en estos pacientes puede durar meses o años e incluso cursar con secuelas irreversibles, por lo que en un cuadro de porfiria aguda, además de iniciar tratamiento específico, se debe establecer un programa de rehabilitación precoz.

Para ello, a dichos pacientes se les realizará una valoración temprana y posterior rehabilitación en la que *"se realizará una evaluación funcional del paciente atendiendo a los déficits neurológicos para poder establecer un programa individualizado de tratamiento rehabilitador el cual tendrá como objetivo prevenir complicaciones secundarias, favorecer la regresión de los déficits y compensar las discapacidades."* (López, 2011)

En la fase de secuelas se realizará así mismo una evaluación funcional por el especialista en rehabilitación y programación de revisiones periódicas para controlar la situación de movilidad y valorar:

- Las deformidades neuroortopédicas
- Las secuelas del encamamiento prolongado
- La situación de dependencia del paciente.

CONCLUSIÓN

Con la realización de éste trabajo se ha conseguido definir uno de los subtipos de las enfermedades raras denominadas porfirias, en este caso la PAI.

Se profundizó en las características generales de dicha porfiria comprendiendo porqué es uno de los subtipos más frecuentes, así como de mayor gravedad.

Es una patología de baja incidencia. La mayoría de los portadores del gen porfírico son asintomáticos, lo cual unido a que sus manifestaciones clínicas más habituales son similares a las de otras patologías, dificulta su diagnóstico. Con la búsqueda se llegó a la conclusión de la importancia de conocer en profundidad la patología, sus signos y síntomas más frecuentes y como tratarla.

Se consiguió llevar a cabo una compilación de las características más importantes de las crisis agudas y comprender la importancia de prevenir su aparición

Se ha observado la importancia del papel de la enfermería en cuanto a la prevención de dichas crisis, ya que no todos los pacientes conocen cuales son los factores precipitantes de las mismas. El apoyo a pacientes y familiares brindado por dicho colectivo ayuda sin lugar a dudas a afrontar y controlar de mejor manera la patología.

Una vez finalizado este trabajo, se ha conseguido conocer un poco mejor éste trastorno y sus características más destacadas, así como la importancia de la prevención y diagnóstico precoz de la patología, en relación a complicaciones posteriores.

BIBLIOGRAFÍA

1. A. Gómez José, J. C. (2003). Porfiria. Diagnóstico diferencial en dolor abdominal. Anales de medicina interna. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992003000600012
2. Abner Lozano, O. J. (2008). Porfiria Aguda. Obtenido de http://www.redalyc.org/html/910/91016114/
3. Abordaje diagnóstico de la Porfiria Aguda En Adultos. (2010). Obtenido de http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/gpc.htm
4. Asociación Española de Porfiria. (2017). Obtenido de https://www.porfiria.org/
5. Bonkovsky, H. L. (2018). Porfiria Aguda Intermitente. Obtenido de Manual MSD: https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-hormonales-y-metab%C3%B3licos/porfirias/porfiria-aguda-intermitente
6. Clínica Universidad de Navarra. (2015). Obtenido de Un estudio busca prevenir los ataques de porfiria aguda: https://www.cun.es/actualidad/noticias/ensayo-clinico-tratamiento-ataques-porfiria-aguda
7. Desnick, R. J. (s.f.). Clinical overview of the acute hepatic porphyria.
8. Edwin Medina C, B. C. (2000). Las porfirias. Obtenido de http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2000/pdf/Vol68-1-2000-5.pdf
9. G. Latorre, A. M. (s.f.). Porfiria Intermitente Aguda. Obtenido de http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/05-1988-03.pdf
10. G. Romero Cullerés, M. J. (s.f.). Porfiria aguda intermitente: programa de rehabilitación e impacto en la calidad de vida. Obtenido de https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048712005743012
11. Gázquez Sisteré, I., Luján Mavila, K., Chordá Ribelles, J., & Touzón López, C. (2010). Porfiria aguda intermitente. Obtenido de http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=753353
12. Gómez González del Tánago P, N. V. (2013). Porfirias. Obtenido de https://botplusweb.portalfarma.com/documentos/2013/7/23/59081.pdf
13. Gruposhemo. (s.f.). Obtenido de http://moleculadelasemana.weebly.com/uploads/1/2/9/3/12931434/monicaperez.pdf
14. Ignacio Batista, M. R. (2011). Porfiria. Obtenido de Biomedicina.

15. Jaramillo-Calle DA, Z.-C. A. (octubre de 2017). Avances en el diagnóstico y tratamiento de la porfiria intermitente aguda. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186486620170005006 55&lng=es&nrm=iso
16. Juan Pérez Martínez, S. P. (2011). Porfiria aguda intermitente subclínico. Obtenido de https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210570511000768
17. Juliana Buitrago, S. V. (2009). Biomédica. Obtenido de https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4/4
18. López, A. G.-M. (agosto de 2011). Guía asistencial de porfirias. Obtenido de http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/468/pdf/guia_asistencial_porfirias.pdf
19. M.J. Sánchez-Solera, M. B.-S.-M.-N. (febrero de 2016). Anales de pediatría. Obtenido de http://www.analesdepediatria.org/es-porfiria-aguda-intermitente-poblacin-peditrica-articulo-S169540331500363X
20. M. L Valle Feijoo, J. R. (2015). Dolor abdominal y síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética, forma de presentación de porfiria aguda intermitente. Obtenido de https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256515000831
21. Óscar López. (18 de junio de 2016). Redacción médica. Recuperado el 2018, de https://www.redaccionmedica.com/autonomias/murcia/murcia-trabaja-en-un-nuevo-protocolo-contra-la-porfiria-aguda-intermitente-5426
22. Peter N. Campbell, A. D. (2006). Bioquímica y biología molecular en la era postgenómica. Elsevier.
23. Porfiria Aguda Intermitente. (s.f.). Obtenido de https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.7.7.
24. Porfirias. (2016). Obtenido de Química biológica patológica: https://qbpatologica.files.wordpress.com/2010/11/2016-teoria-porfirias.pdf
25. Porfirias. (2017). Obtenido de Licenciatura medicina.
26. Portal de enfermedades raras. (2018). Obtenido de https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Expert=79276&lng=ES
27. Rodríguez Álvarez ML, R. d. (2007). Porfirias. Obtenido de https://botplusweb.portalfarma.com/documentos/2007/1/22/28416.pdf
28. Santollo, S. M. (2004). Porfirias Agudas. Obtenido de Anales médicos.
29. Sistere, I. G. (2010). Porfiria Aguda Intermitente: un problema diagnóstico.
30. Torres, C. H. (23 de enero de 2016). Obtenido de https://prezi.com/ruhviolx8p_v/cuidado-de-enfermeria-a-paciente-con-porfiria/
31. Varas, S. M. (2014). Porfirias y porfirinas: Diagnóstico bioquímico de porfirias.

SEDENE

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

MANEJO DE LAS COMPLICACIONES UROLÓGICAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Verónica Lovelle Varela*, María Nazaret Gómez González*, María del Rosario Marín Arnés*, Susana Carballido Prieto*, Mercedes Fernández Vázquez *y Olga Méndez López**.

*Enfermeras de la unidad de Neurología del Hospital Lucus Augusti de Lugo.

** Técnico en cuidados auxiliares de enfermería de la unidad de Neurología Hospital Lucus Augusti Lugo.

INTRODUCCIÓN

Los síntomas de la Esclerosis Múltiple (EM) son muy variados, entre ellos **LA DISFUNCIÓN NEUROGÉNICA DEL TRACTO URINARIO INFERIOR** no es frecuente en el inicio de la enfermedad, pero con una incidencia progresiva hasta el 45%-90% al cabo 15 años, **llega afectar al 80% de personas con EM.**

EL DETERIORO FUNCIÓN VEJIGA Y ESFÍNTERES

- Altera la calidad de vida
- Aislamiento social
- Impacto emocional
- Infección urinaria

1-Hiperreflexia detrusor: CONTRACCIÓN INVOLUNTARIA

2-Disinergia vesical: VACIADO INCOMPLETO

3-Arreflexia vesical: VACIADO INCOMPLETO

RESULTADO

Diagnóstico: pruebas urodinámicas, DIARIO DE MICCIÓN (24h durante 3 días consecutivos) y MEDICIÓN VOLUMEN RESIDUAL (imprescindible)

Intervenciones enfermería

MEDIDAS HIGIÉNICO- DIETÉTICAS:
- Dejar de fumar
- Micciones programadas c/2-3h
- ↓ ingesta líquidos 2h antes de realizar actividades
- Control cantidad y frecuencia
- Evitar sobrepeso/obesidad
- Evitar irritantes: alcohol, cafeína
- Beber 1,5-2l/día

FACILITAR EL ALMACENAMIENTO VESICAL:
- **Ejercicios del suelo pélvico** (kegel, hipopresivos)
- Neuromodulación vesical
- Rehabilitación del tracto urinario inferior
- Electroestimulación
- Biofeedback
- Mecanismos de contención

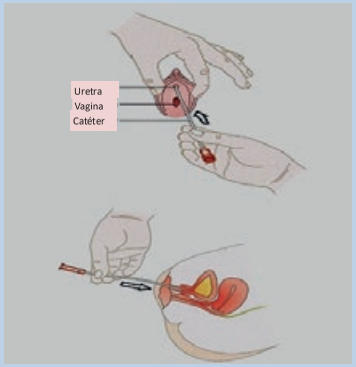
FACILITAR EL VACIAMIENTO VESICAL:
- Credé
- Sondaje intermitente (preferentemente)
- Tapping
- Sondaje permanente
- Maniobra de valsalva

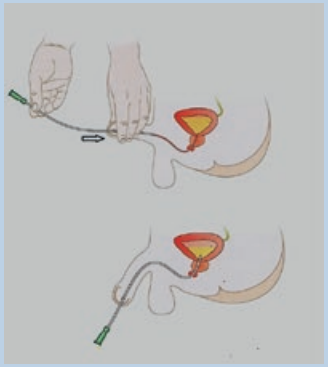
OBJETIVOS

- Mejorar la calidad del paciente con EM con un diagnóstico precoz y una intervención adecuada a la disfunción del tacto urinario.
- Emponderar a la enfermera/o en el manejo de las alteraciones urinarias en la EM
- Mejorar la continencia urinaria y restaurar en lo posible la función del tracto urinario inferior.

MÉTODO

La metodología empleada se basa en una revisión bibliográfica, mediante la búsqueda de artículos relacionados con el tema que nos ocupa. Para obtener resultados satisfactorios, se recurrió en primer lugar a diferentes bases de datos, como Puede, Dial net, Medina o Sácielo, así como buscadores online.





SONDAJE INTERMITENTE

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La incidencia tan elevada de la disfunción neurogénica del tracto urinario inferior ya sea en forma de vejiga espástica o flácida obliga al profesional de enfermería a un diagnóstico precoz e implementar medidas de prevención. El manejo de las complicaciones urológicas en pacientes con EM a través de diferentes intervenciones e intentar mejorar la calidad de vida del paciente y fomentar su autocuidado.

BIBLIOGRAFÍA

1-Moya M.P, Baeza J.P, Baeza B.J. (octubre 2015) Esclerosis múltiple remitente-recurremte: hallazgos de la evaluación clínica de una perspectiva fonoaudiológica y kinesilógica. Revista Signos Fónicos Vol 1 N° 3 / marzo 2016 2- JUSTIN L. KAPLAN ROBERT S. PORTER (19 edición). EL MANUAL MERCK 3-Guía práctica clínica. FISTERRA 4-https://www.fisterra.com/guias-clinicas/vejiga-neurogena/ 5-Stöhrer M1, Blok B, Castro-Diaz D, Chartier-Kastler E, Del Popolo G, Kramer G, Pannek J, Radziszewski P, Wyndaele JJ. (2009-2016). EAU guidelines on neurogenic lower urinary tract dysfunction. European Association of Urology 2016

El uniforme de la enfermera

Antonio Mourín Álvarez • dgtoni@gmail.com
María Luisa Iglesias Fouce • luisa123f@gmail.com
Carolay Cancela Castiñeira • carolaycc@gmail.com

El presente artículo parte de un recorrido por la historia de la indumentaria que la profesión de los cuidados a utilizado con la finalidad de aproximarnos a una historia social que contemple como se constituyen las figuras de la enfermera, permitiendo analizar la evolución de la profesión en el S. XX. Para acercarnos a esta cuestión, planteo formular un análisis visual estético, formal y técnico desde una perspectiva multidisciplinar, siendo la metodología seguida cualitativa.

Finalmente, como resultado de todo lo anteriormente expuesto y a partir del microrrelato construido se propondrá una reflexión en torno a la importancia del testimonio visual y su utilidad como herramienta historiográfica.

Historia, Imagen, uniforme, Enfermería

This article starts from a journey through the history of clothing that the care profession has used, with the purpose of approaching a social history that contemplates how the figure of the nurse is constituted, allowing to analyze the evolution of the profession in the 20th century. To approach this question, I propose to formulate an aesthetic, formal and technical visual analysis from a multidisciplinary perspective, with the methodology followed qualitatively.

Finally, because of all the above and based on the short story built, a reflection will be proposed regarding the importance of visual testimony and its usefulness as a historiographic tool.

History, Image, uniform, Nursing

¿Podemos imaginar a la enfermera sin su uniforme? Si recurrimos a los recuerdos de nuestra infancia - en el parvulario o en la escuela infantil- cuando nos enseñaban las profesiones ¿qué imagen aparece en nuestras mentes? Probablemente la imagen arquetípica de la mujer con uniforme.

Este texto se va a centrar en el análisis histórico de la indumentaria que se puede interpretar como parte de una historia que aspira a contemplar la "historia desde abajo" (Burke, 1996), narrando la historia popular de las gentes, de sus trabajos y de su vida cotidiana. En este contexto, cabe justificar la tipología de fuentes que vamos a emplear que incluirán diversos testimonios iconográficos -fotografías de vestuario, junto a dibujos/grabados de época-, así como otras de índole más tradicional -fuentes textuales y bibliográficas-.

El uso preferencial de la fotografía de indumentaria[1] responde a la posibilidad de emplear materiales propios de las artes aplicadas al discurso historiográfico a partir del concepto expositivo que la Fundación José Llopis propone en su sitio web[2], expandiendo el propio concepto de testimonio histórico y de obra de arte.

El vestido se encuentra íntimamente ligado a las cuestiones de gusto - moda que evolucionan con la sociedad y el planteamiento asumido por el momento histórico desde la estética. Igualmente, nos remite de un modo indirecto con las narraciones del cuerpo -el cuerpo como encrucijada entre el yo-otros, privado-público, mente-cuerpo etc.-, lo que fundamentalmente nos interesa en este estudio son sus regulaciones como base de los estereotipos culturales presentes en la figura social de la profesión sanitaria.

Múltiples autores consensuan el origen del uniforme de enfermería en el S. XIX, coincidiendo con diversos procesos socioculturales que conllevan su profesionalización, en la que en buena medida la redefinición

1. Colección procedente del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería y del Museo Histórico de Enfermería fundación José Llopis.
2. https://www.museohistoricodeenfermeria.org

Fig. 1. *Caballeros Hospitalarios de S. Juan de Jerusalem*. Museo Histórico de Enfermería Fundación Luís Llopis. Ref.: 3 ICOEM. S. XI

geopolítica europea juega un importante papel, pero ninguno discrepa de la ascendencia del ámbito religioso en el progreso de esta disciplina.

El ámbito medieval con su sistema fuertemente jerarquizado e imbuido del espíritu judeocristiano refleja el primer periodo histórico donde el estamento clerical alcanza indiscutible primacía sobre la sociedad occidental, la descentralización que supuso el surgimiento de las diversas monarquías causará pugnas internas en Europa, solo aminoradas por el peligro que supone el avance del islam. En el S. XI surge en Tierra Santa la Orden Hospitalaria (Fig. 1), en principio comprometida con el cuidado del peregrino e inspirada en la orden de S. Benito que en su capítulo 53 recoge *"al recibir a pobres y peregrinos se tendrá el máximo cuidado y solicitud, porque en ellos se recibe especialmente a Cristo"*[3]. La adaptación de esta orden de monjes amalfitanos[4] al espíritu de las Cruzadas no se deberá a su fundador el Beato Gerardo de Tum, sino, al primer Gran Maestre de esta orden, Raymond du Puy (1080-1160) quien establecerá la primitiva regla de esta orden en base a la regla de S. Agustín y ratificada por su santidad Pascual II en la bula "Pie Postulatio Voluntatis" (Fig.2). La primitiva regla

(Bueno, Pimienta, 2013) define la actividad del hospitalario, hasta en sus más mínimos detalles, así, dice de la vestimenta en su segundo artículo, que junto al agua y al pan es lo único que pueden demandar, prescribe que sea humilde *"…porque los siervos del señor, del que se declaran siervos, andan desnudos y harapientos; ya que es cosa reprobable que el siervo sea soberbio y el señor humilde"*. En todo caso, lo que más interesa de esta regla es el art. 19 titulado "de la cruz en el hábito" que indica lo siguiente:

> *"Los freires de todas las obediencias, que ahora o con anterioridad se hubieran ofrecido a dios y al santo hospital de Jerusalén, porten siempre en su pecho, sobre sus capas y hábitos, cruces, de modo que sean protegidos por dios y librados del poder del diablo en esta y la otra vida, ellos y sus cristianos benefactores".*

Su típica vestimenta es la representada en la imagen: túnica negra con cruz blanca de ocho puntas, capa negra, gorro ceñido negro y cuello con plisado blanco. Las vestiduras responden a una dialéctica entre el aspecto tecnológico-estético e ideológico que es propio del ámbito de la indumentaria de la Edad Media. En la anteriormente citada regla, se determina la tipología de tejido paños "ysambrunos" y "galambrunos, fustanes o pieles salvajes"; es decir; tejidos de origen vegetal como el lienzo, algodón o animales como la lana. El color negro -el negro de los pobres- se obtenía de la corteza de arraclán e igualmente se asociaba desde los propios

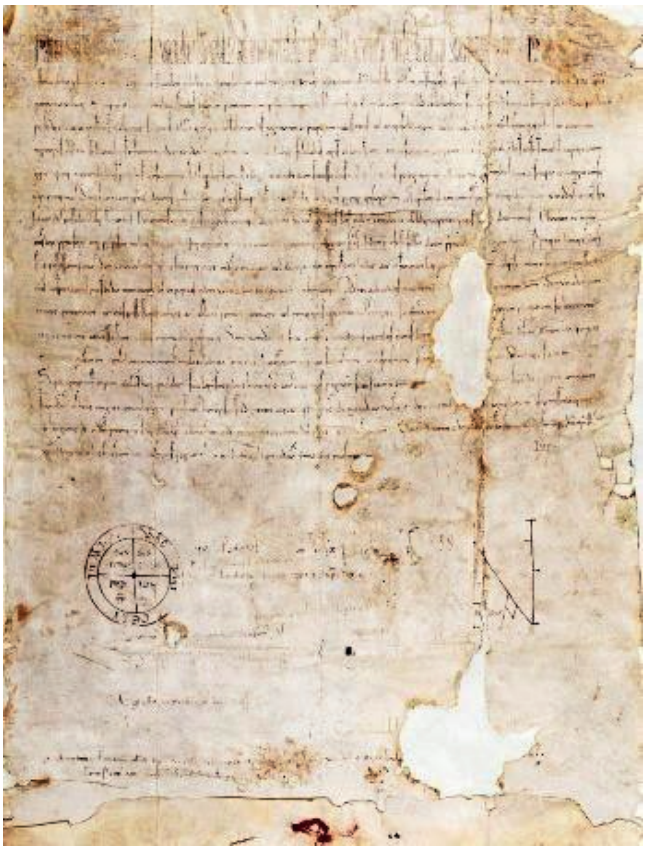


Figura 2. *Bula Papal Pie Postulatio Voluntatis".* Biblioteca Nacional de Malta. S.XI

3. www.sbenito.org.ar/regla/rb.htm.
4. Procedentes de Amalfi en Salerno Italia. Durante la Edad Media poseen el gobierno marítimo del Mediterráneo manteniendo el comercio con el Imperio Bizantino y Egipto.

hebreos al duelo, que en el caso de las órdenes cristinas se asoció a la humildad y a la abstinencia. Así mismo, el corte de adapta al formato en "T" el más básico de la indumentaria medieval.

La Cruz de Malta (de 8 puntas) que se empleará como emblema de los caballeros hospitalarios representan las bienaventuranzas (Mt. 5:3-12. Unidas, 1960)

- *Bienaventurados los pobres de espíritu, porque de ellos es el Reino de los cielos.*
- *Bienaventurados los mansos, porque ellos poseerán en herencia la tierra.*
- *Bienaventurados los que lloran, porque ellos serán consolados.*
- *Bienaventurados los que tienen hambre y sed de justicia, porque ellos serán saciados.*
- *Bienaventurados los misericordiosos, porque ellos alcanzarán misericordia.*
- *Bienaventurados los limpios de corazón, porque ellos verán a Dios.*
- *Bienaventurados los que buscan la paz, porque ellos serán llamados hijos de Dios.*
- *Bienaventurados los perseguidos por causa de la justicia, porque de ellos es el Reino de los cielos.*

Todo en la representación de un Caballero de S. Juan es significante, de este modo, comprobamos el valor retórico que la representación del cuerpo asume en el medievo, se pretende tanto subyugación como idealización, tal y como acontece en diversas representaciones del Cristo crucificado en este periodo histórico.

La mujer se incorpora más tempranamente de lo que cabía suponer a la actividad asistencial, pese a que se consideraba al hombre "mas digno de seguir al "varón de dolores" (Isaías 53:3). La mujer va a ir ocupando un puesto cada vez más significativo en la profesión, manifestándose de forma clara en la indumentaria.

En prácticamente todas las órdenes religiosas va a haber una adscripción femenina -Hospitalarios-las comendadoras de San Juan de Jerusalén, hospitalarias del Santo Espíritu, etc. -, que, en principio tenderán a una actividad contemplativa, pero que, van a expandir la atención sanitaria primero intramuros -en los monasterios, para atender a las hermanas enfermas- posteriormente, funcionarán como centros de cuidados locales para peregrinos y necesitados.

Figura 3. *Enfermera Medieval.* Museo Histórico de Enfermería Fundación Luís Llopis. 1 ICOEM. SXII

En relación con los hospitalarios de Santo Espíritu (Roma) (figura 4)[5], es interesante el relato popular que atribuye la decisión de Papa Inocencio III - a un sueño inspirado por el Espíritu en los primeros años de su pontificado, en el cual, una voz le decía; *"Inocencio, deja tus ocupaciones y vete al Tíber a pescar"*. Consultado el colegio cardenalicio, hicieron lo indicado y al echar las redes recogieron cadáveres de bebés posiblemente lanzados al Tíber para ocultar tales nacimientos posiblemente ilegítimos[6]. En todo caso, los visitantes importantes del papado animados por el ejemplo del Sumo Pontífice crearán hospitales públicos en diversas ciudades europeas siguiendo la tipología de esta edificación[7].

La evolución de la sociedad medieval justifica esta necesidad de cuidados en el ámbito de las ciudades que a lo largo de los siguientes siglos van a experimentar una progresiva densificación demográfica.

Visualmente el hábito de monja-cuidadora no se diferencia excesivamente del hábito regular, en la imagen (figura 3) túnica larga negra de manga larga, sobrevestido blanco con escote a la caja y sin mangas, mandil largo blanco, sin tirantes, verdugo blanco e inmensa cota blanca con terminación a modo de alas. Como en el caso de los hospitalarios de S. Juan todo el vestuario es un muestrario de significantes, tanto en el corte del vestido como la combinación de colores tienen un claro referente significativo. Por un lado, el color negro se asocia con la muerte, así como a lo inmanifestado, mientras que el blanco es la totalidad, Cirlot en su diccionario de símbolos dice lo siguiente: *"En el Apocalipsis el blanco es el color del vestido de los que <<han salido de la gran tribulación, han llevado su copa y la han blanqueado con la sangre del cordero>>* (2004. pp. 110-111).

5. Diversos hábitos de la orden.
6. Relato extraído de http://www.ordendelespiritusanto.com/hospital/hospital.htm
7. Se constituirá en base a un modelo de planta basilical con doble ábside a modo de cruz latina con punto focal central para que desde cualquier lugar se pueda ver el altar mayor.

Figura 4. *Histoire de l'Ordre Hospitalier du Saint- Esprit .* Paul Brune. Editorial C.Martin, 1892

Por otro lado, el hábito se adapta a funciones técnicas -el mandil o el tocado detentan una finalidad práctica de higiene-. Pero se superponen los valores comunicacionales que se asientan en conceptos bíblicos emanados de una sociedad teocéntrica.

El apóstol Pablo en su carta a Timoteo (2:9-2:15)

> *"Asimismo que las mujeres se atavíen de ropa decorosa, con pudor y modestia; no con peinado ostentoso, ni oro, ni perlas, ni vestidos costosos, sino con buenas obras, como corresponde a mujeres que profesan piedad. La mujer aprenda en silencio, con toda sujeción. Porque no permito a la mujer enseñar, ni ejercer dominio sobre el hombre, sino estar en silencio. Porque Adán fue formado primero, después Eva; y Adán no fue engañado, sino que la mujer, siendo engañada, incurrió en transgresión. Pero se salvará engendrando hijos, si permaneciere en fe, amor y santificación, con modestia."*

determina la imagen medieval de la mujer que la sujeta a una posición sumisa – servicial.

El culto mariano que se inicia en el medievo -S. XII- parece ser un acicate para una mejor valoración de la figura femenina, pese a los innúmeros tabús que esta representación del cuerpo femenino refleja. La virgen María (figura 5) es santa en virtud de su naturaleza virginal, de someterse y acatar la voluntad de Dios. La renuncia del mundo y la carne se considera la máxima para ser una monja-enfermera.El máximo exponente de tales valores fue Sta. Hildegarda de Bingen también conocida como la profetisa del Rin (Figura 6) abadesa, compositora, escritora, filósofa, mística, enfermera-médico y profetisa.

Figura 5. *Anunciación.Iglesia de San Pere de Sorpe.* Maestro de Sorpe. The Yorck Project (2002). DIRECTMEDIA Publishing. Fresco. S.XII.

De familia noble, su vinculación a los más influyentes promotores de la Orden del Cister como Bernardo de Claraval[8] -conocido devoto mariano- refleja a la erudita medieval, se aprecian conocimientos del mundo clásico procedentes de Galeno, -comunes en el ámbito de la sanidad medieval- reflejados en textos como *"Liber simplicis medicine* o *Physica"* o *"Liber composite medicine* o *Cause et cure"* este último, centrado en las enfermedades y sus tratamientos. La lectura de sus textos muestra un pensamiento de la salud y de la terapéutica holística. En su pensamiento, no se concibe la enfermedad como un castigo de Dios, sino como una compleja trama de relaciones entre cuerpo-mente y entorno a partir del concepto de "humores"[9] que relacionaba con los elementos de la naturaleza como con las virtudes cardinales[10]. Su retó-

***Figura 6. Santa Idelgarda de Bingen. Protestificatio de Scivias,* Fol. 1, Facsímil de Eibingen del códice de Ruperstberg. Universidad y Biblioteca estatal de RheinMain. S.XII.**

8. Inspirador del nuevo concepto de la Orden de Caballería en las Cruzadas como se manifiesta en la Orden Templaria o la Hospitalaria de Jerusalén.
9. Los humores relacionaban los estados emocionales (Colérico, Melancólico, Sanguíneo y Flemático) con sustancias del cuerpo (Bilis negra, Bilis, Flema y Sangre).
10. Las virtudes cardinales son Prudencia, Justicia, Fortaleza y Templanza.

Figura 7. *Detalle del Jardín de las Delicias*. Jeronimus Bosch. Museo del Prado. S. XV

rica puede ejemplificar la respuesta sanitaria occidental hasta el comienzo del pensamiento moderno originado en la Ilustración.

Podría parecer por lo expuesto en estas líneas que la ascensión sociocultural de la mujer fue exenta de polémica, muy por el contrario, la dicotomía medieval pesa tremendamente en la mujer.

Dice Manuela Dunn Mascetti en su libro *"Diosas: La Canción de Eva"* (2008, p.185):

"La identificación de la mujer con Eva, la ramera y tentadora, por un lado y con María, receptáculo sagrado, por el otro, se hizo tan popular en el pensamiento cristiano que generaciones de hombres y mujeres vivieron y murieron sin poder adaptar sus instintos naturales a este contexto dogmático".

Dun Mascetti identifica estos "instintos" naturales con la represión del cuerpo femenino identificado en la mentalidad medieval con los súcubos, demonios sexuales identificados con los pecados de la carne. Tal iconografía se extiende a lo largo de los tiempos. Así, en el S.XIV-S.XV Jheronimus Bosch en su tríptico *"El Jardín de las Delicias"* sitúa una alegoría de la lujuria ataviada con la toca de una monja (Figura 7). Podemos observar aquí el poder significante del hábito, y como las teorías de la Gestalt se aplican al signo, mudando tanto el significante como el significado. Un hecho que generalmente se pasa por alto, es el instrumento de escritura que la puerca porta entre sus pezuñas, esto permite inferir una lectura cultural-política de la mujer que trasciende el medievo. La mujer que no se adapta a la visión tradicional del matrimonio, no estando por tanto "sujeta al varón" rompe las prohibiciones paulistas respecto a la posición social y también corporal[11].

Figura 8. *Pacientes atendidos por enfermeras.* Europeana. Wellcome collections M0007572 tvkqvbrj. U.K. SXIII

El S. XII-XIII junto al anteriormente nombrado cambio socioeconómico enfrenta diversos factores epidemiológicos que justifica la citada propagación de hospitales al abrigo no solo de monasterios, sino también, de ciudades que empiezan a cobrar importancia, produciéndose una incipiente laicidad en el ejercicio profesional de los cuidados, por medio de esta ilustración -un manuscrito- podemos comprobar el aspecto de uno de estos edificios en la España medieval (Figura 8). Posiblemente, la mutua influencia de las tres culturas -cristiana, judía y árabe- justifica esta imagen, con una división compositiva habitual en los códices miniados, observamos en la parte superior de la imagen detalles constructivos del periodo -en una vista aérea-, se aprecian techos y ventanas estrechas propias de la época, junto con arcos trilobulados herencia del mundo árabe, las columnas con capiteles inspirados en acantos junto a flores recogen la influencia latino-cristiana. La parte inferior, muestra el "horror vacui" de una ciudad amurallada con perspectivas diversas conviviendo en la imagen.

La parte central es la mayor, representando una sala donde los laicos cuidan a enfermos, se aprecia a mujeres y hombres sin hábito monacal atendiendo enfermos, una mujer con la cabeza cubierta por una cofia blanca y cabello largo recogido coloca vendajes, mientras que dos varones con cabeza descubierta dan de comer al hambriento y de beber al sediento, inspirados por las palabras de la Biblia hebrea o Torá *"misericordia quiero y no sacrificios"* (Oseas 6:6). La cama -de gran tamaño- es compartida por siete enfermos[12] aparentemente aquejados por fiebres.

11. Esto demuestra como las regulaciones sobre el cuerpo de la mujer se extienden no solo a lo ideológico, sino también a cuestiones de la intimidad sexual. De hecho, la palabra súcubo deriva del latín "de bajo o por debajo", mientras que cubo "yo me tiendo" así pues, tenemos la estructura "yo me tiendo por debajo".

12. El "7" es un número de amplia simbología en la cosmovisión medieval en la mentalidad hebrea tiene una significación de plenitud y satisfacción puesto que al séptimo día Jehová descansó. En la cristología tiene un sentido análogo de perfección para bien o para mal, pero su sentido mas completo parece encontrarse en el perdón como cuando Jesús recuerda a Pedro que tiene que perdonar a su hermano setenta veces siete (Mt.: 18:21-35). En la simbología musulmana tiene a ver con lo ilimitado y trascendente, siete son las vueltas en torno a la Kaaba que el fiel da tal y como los ángeles hacen en el cielo.

Figura 9. *Hábito Franciscano.* Museo Histórico de Enfermería Fundación Luís Llopis. M.H.E.F.J.L. 2 ICOEM. S. XII-XIII

Las enfermedades en el medievo son variadas – hernias, escorbuto, sudor inglés…- generalmente empeoradas por las condiciones de hambruna y falta de higiene-. Otras, generarán un miedo social tal que serán nuevamente asumidas por órdenes religiosas diversas, tales como Viruela, Tifus, Tisis, pero principalmente tres eran especialmente temidas; Corea, Mal de los ardientes y Lepra. Tan temidas que se recurría a la intervención de los santos para su mejora o curación. A San vito para la primera enfermedad, que se creía en Italia producida por la picadura de la tarántula y se intentaba curar con música (Valle García, 2007), el Mal de los ardientes pasa a la historia como Fuego de S. Antonio o Enfermedad del cornezuelo que por su extremada virulencia entre las clases menos pudientes, fue asignada a una orden religiosa "los Hermanos Hospitalarios de San Antonio" distinguida por la Cruz Tau que llevaban en sus ropajes y la Lepra a la "Orden de San Lázaro de Jerusalén" que, como los Caballeros Hospitalarios de San Juan de Jerusalén poco a poco se centro en el espíritu de las cruzadas relegando la función asistencial original.

Siendo la Peste Negra la más mortal de las enfermedades medievales-renacentistas, sin duda, la Lepra es la enfermedad que más estigmatizaba a nivel social. Por eso no sorprende que las clases populares aquejadas por este mal fueran rechazadas por toda la sociedad, relegados a leproserías o a vivir como parias en las periferias de la sociedad.

Franciscanos y Dominicos serán las nuevas órdenes que se ocuparán de estos parias de la sociedad, tomando una posición de igualdad con los menesterosos a partir de la máxima de no poseer riquezas, viviendo solo de la caridad. Las diversas órdenes franciscanas toman ejemplo de la vida de su fundador S. Francisco de Asís (figura 9) que, a diferencia de anteriores "fundadores religiosos" como Guido de Montpelier "Sto. Espíritu" o Idelgarda no pertenece al estamento social de la nobleza, la familia de Giovanni di Pietro Bernardone -nombre de seglar de Francisco- era una acomodada familia burguesa que amasó su fortuna con la compraventa de textiles. Durante su adolescencia-juventud participa de diversas guerras y en una de estas escaramuzas escucha una voz que le invita a abandonar ese estilo de vida. Este cambio se manifiesta cuando, abandonando ciudad y familia para convivir con leprosos según su testamento *"El Señor me dio de esta manera a mí, hermano Francisco, el comenzar a hacer penitencia: porque, como estaba en pecados, me parecía extremadamente amargo ver a los leprosos"* (test.:1)[13].

En este texto se constata la relación socialmente aceptada de enfermedad-pecado, asentada en la prédica veterotestamentaria - neotestamentaria *"Manda a los hijos de Israel que echen del campamento a todo leproso, a todo el que padece de flujo y a todo el que es inmundo por causa de un muerto". (Núm.: 5:2) "Y vino a Él un leproso rogándole, y arrodillándose le dijo: Si quieres, puedes limpiarme. Movido a compasión, extendiendo {Jesús} la mano, lo tocó, y le dijo: Quiero; sé limpio".* (Marc.: 1:40-41).

13.Transcrito de http://www.franciscanos.org/esfa/teste.html

Figura 10. *Hermanas de la Caridad S. Vicente de Paul.* Museo Histórico de Enfermería Fundación Luís Llopis. M.H.E.F.J.L. 4 ICOEM S. XV

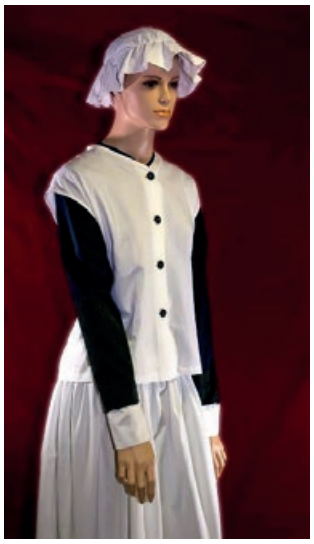


Figura 11. *Miss Gamp.* Museo Histórico de Enfermería Fundación Luís Llopis. M.H.E.F.J.L. 5 ICOEM. S. XVIII

Atendiendo al hábito observamos una túnica de color castaño y cordón blanco rodeando la cintura. Este ropaje se recoge en la regla: *"Después concédanles las ropas del tiempo de probación, a saber, dos túnicas sin capilla, y cordón y paños menores y caparón hasta el cordón".* (Rb.1R.:2:9)[14].

El tejido es el más común del medievo "sayal" un tipo de textil rústico derivado de la lana empleado por su bajo precio, empleado para balandrán de viaje y textil doméstico, empleado igualmente por religiosos, ermitaños y penitentes. Pretende con este vestuario aproximarse al estilo de vida de los primeros eremitas conocidos como "padres del desierto". Aunque en origen probablemente el color de los hábitos de la orden se aproxime más a los tonos grises puesto que: *"tiene un capucho como los religiosos y es un pájaro humilde... Su ropaje, o sea las plumas, tiene el color de la tierra, y ella da ejemplo a los religiosos de que no hay que tener ropa delicada o de colores, sino modesta en el precio y el color, igual que la tierra, que es el elemento más vulgar".* El actual color se debe a la decisión del Papa León XIII quien determina que el color de los hábitos se aproxime a la tonalidad natural de la lana entre el tono gris y el rojizo color que en italiano se llama marrone, y en francés marrón recogido en su bula "Felicitate quadam" (1897). La forma del vestuario se adapta a la cruz Tau que como letra representa a la decimonovena del alfabeto griego y la última del hebreo, asociada por ello a la cruz del calvario, en la mentalidad franciscana se asocia al arrepentimiento. Tal y como recoge el texto bíblico: *"Recorre la ciudad de Jerusalén, y coloca una señal en la frente de quienes giman y hagan lamentación por todos los actos detestables que se cometen en la ciudad"* (Ez.:9:4). El cordón se caracteriza por ser igualmente de lana sin teñir -blanco- en el pensamiento franciscano se asocia a la pobreza material -puesto que en este lugar se situaba la bolsa de caudales atada al cinturón-. Dice Cirlot en su diccionario sobre el nudo que es un símbolo del infinito y del vínculo del hombre no liberado por el dios uránico (2004, p.333). Este concepto de "voto a dios" puede asociarse al yugo de mansedumbre que se identifica con el escapulario monacal (Mat.: 11:28–30).

La evolución histórica vestimentaria con el correr de los tiempos sufre una democratización asociada al impulso de las modas, si hasta ahora, las modificaciones en el vestuario asistencial dependían del concepto estético basado en la identificación ideológica del mismo. A partir del Renacimiento, se produce una modificación del centro ideológico social, pasando de un modelo teocéntrico a otro antropocéntrico. La diferenciación de la indumentaria masculina-femenina es más marcada, modificando el canon corporal, así, los atavíos masculinos resaltan la anchura de los hombros, mientras que entre las féminas se disimula el hombro y ensancha los faldones.

Las Hermanas de la Caridad de S. Vicente de Paul nacen en este periodo, el peso del Concilio de Trento como reacción al nacimiento del protestantismo supone que las ideas humanistas y laicas poco a poco, sean introducidas en las actividades asistenciales del catolicismo. La separación heredada del medievo entre estamentos sociales es cuestionada a la luz de la Biblia, naciendo de esta manera las confraternidades, organizaciones seglares que sin votos formales o públicos llevaban a término actividades pastorales.

En el caso de las "Hermanas de la Caridad", el concilio supone una contrariedad puesto que, la posición de la mujer vuelve a ser encorsetada[15], teniendo dos posibilidades, o recluirse como monjas de clausura, o encerrarse en sus organizaciones. La respuesta de las "Hermanas" es que no se necesitan permisos para hacer caridad. Finalmente, son aprobadas como una "socie-

14.Regla Bulada A de San Francisco

15. A fin de cuentas, el cuerpo de las mujeres es sometido a los primeros corsés de la historia de la moda (S.XIII).

dad de vida apostólica" lega, su actividad se contempla como la primera observancia de un servicio social. Su uniforme (figura 10) -puesto que al no ser religiosa no se puede hablar de hábito- se compone de vestido gris-azul de ruda lana con delantal azul oscuro y amplia cofia blanca. En la cofia, podemos observar características de la moda del momento, dado que, desde el siglo anterior los tocados son cada vez más elaborados, el tocado que nos compete es una simplificación del "tocado de cuernos" consistente en una estructura alámbrica cubierta con un textil drapeado flotante, en esta imagen, este "velo" es eliminado al tiempo que se reduce ligeramente en altura. El color azul oscuro (casi negro) empezará a considerarse un ejemplo de "buen gusto" y no de pobreza, sin perder los valores anteriormente asignados por la religiosidad, asume los siguientes; elegancia, la sofisticación, dignidad.

Desde el S. XV y hasta el S. XVII la enfermería entra en un "periodo oscuro" (Hernández Conesa, 1996) señalan algunos investigadores que las causas más probables son su identificación moral-religiosa que hace con que se relegue nuevamente al ámbito religioso y se considere innecesario en el ámbito protestante -dadas las ideas de predestinación, junto con la salvación por medio de la fe- que desmotiva a gran parte de la sociedad para ocuparse de tales cuidados, ocupándose entonces antiguos convalecientes, o fuera del ámbito institucional comadronas, nodrizas o parteras con escasa formación técnica. Un tema poco analizado es la percepción del cuerpo en relación con el sujeto social, el rechazo por parte del ámbito protestante a toda sujeción no basada en la lectura bíblica o la razón lleva a una interpretación tradicional y tecnificada del cuerpo humano originada en el positivismo de la Ilustración.

La moda tal como dice Ana Martínez *"se presenta como uno de los fenómenos que mejor expresan la latente conflictividad vertical entre las clases"* (1998, p.48), destacando la indumentaria como expresión de la cultura pecuniaria, siguiendo a Veblen; *"nuestro vestido, para servir eficazmente a su finalidad, debe no sólo ser caro, sino demostrar a la vez, sin lugar a dudas, a todos los observadores que el usuario no se dedica a ninguna especie de trabajo productivo"* (2000, p. 180). Las faldas ampulosas, los corsés ceñidos, tendrían la función de expresar la imposibilidad productiva, reflejando de este modo en las clases sociales altas su estatus y en el caso de las mujeres personificar el "derroche ostensible". La moda sería un signo-significante de la diferenciación social y la discriminación cultural.

Figura 12. *Diaconisas de Kaiserwert.* Museo Histórico de Enfermería Fundación Luís Llopis. M.H.E.F.J.L. 6 ICOEM. S. XIX

La imagen que acompaña estas líneas (figura 11) presenta el estereotipo de estas cuidadoras mal formadas, construidas en base a la literatura dikesiana que muestra los males que aquejaba a la profesión de la enfermería (disoluta, abandonada y alcohólica) en el periodo victoriano temprano. Los ropajes, muestran a una persona de clase social popular sin uniforme determinado; amplia falda con delantal, chaquetilla y gorrito con volantes. Los colores significantes son heredados del pasado, reflejando por la ausencia de corpiños, o ballestas en la falda la naturaleza utilitaria de la vestimenta.

Con el comienzo del S.XIX asistimos a un renacimiento de la profesión de la enfermería en el ámbito protestante, tal es el caso de las "Diaconisas de Kaiserwert" (figura 12). El propio término de Diaconisas marca la as-

Figura 13. *Florence Nightingale.* Museo Histórico de Enfermería Fundación Luís Llopis. M.H.E.F.J.L. 7 ICOEM. S. XIX

Figura 14. *Florence Nightingale.* Edward Cook. The life of Florence Nigtingale (1913). 1858

cendencia del protestantismo sobre esta sociedad, un término por otro lado, ambiguo y con sentidos diversos, es un término derivado del griego empleado en el nuevo testamento, asociado aparentemente con ayudar en la comunidad a los necesitados. Históricamente la diaconicidad es una actividad tradicional en el protestantismo, anglicanos, luteranos, moravos… entre otros, se mantiene como fase previa a la ordenación presviterial. Calvino estableció un cuerpo de diáconos para atender a pobres – enfermos; en el siglo XIX este sistema será habitual, estableciéndose de forma permanente en los entornos reformados.

Fundada por el pastor Theodor Fliedner y su esposa Friederike Fliedner, crearan a las orillas del rio Rin, conscientes de las necesidades de la sociedad y frente a los cambios en diversos ámbitos como en educación, industria, ciencia, etc. propias de la revolución industrial un nuevo concepto de asistencia sanitaria, aún herederos de la tradición religiosa, pero que, contempla la inclusión de las nuevas clases obreras en la actividad asistencial. Su formación teórico-práctica incluía tanto la formación de enfermería como trabajo doméstico -asistencia Hospitalar diversa, así como cuidados domiciliarios-. Los estudios de 3 años de duración incluían disciplinas como: ética, doctrina religiosa, farmacología, teniendo que superar al finalizar sus estudios un examen estatal que habilitaba a la estudiante como farmacéutica. (Garrido, Valenciano, 2016).

El uniforme es de color azul o negro, delantal con peto y cofia de muselina en color blanco que se ata por debajo de la barbilla con un lazo a juego con el delantal.

Figura 15. *Uniforne de la Cruz Roja americana.* Museo Histórico de Enfermería Fundación Luís Llopis. M.H.E.F.J.L. 8 ICOEM. S. XIX

Inspirada por Fliedner y su labor apostolar en 1850 Florence N. (Figura 13) es admitida en esta comunidad, durante 4 meses recibe una formación inicial, pero como reconoce ella misma fundamental para las posteriores actividades que realizará. Publicará su experiencia en *"The Institution of Kaiserswerth on the Rhine, for the Practical Training of Deaconesses".*

De familia acomodada, desde una temprana edad siente una profunda vocación para el ejercicio de la enfermería[16], una profunda confianza en su voz interior -que ella identifica con una llamada de Dios- le permite después de la formación descrita anteriormente ejercer actividades diversas en el ámbito asistencial. Donde su figura alcanza mayor relevancia es durante la guerra de Crimea, que, pese a la oposición del ámbito médico, permite evidenciar la validez de su actividad y la de las enfermeras que tiene a su cargo. Sus actividades posteriores ayudarán decisivamente a reducir las muertes hospitalarias tanto en campañas militares como en tiempos de paz.

Son destacables sus artículos y libros sobre enfermería, considerados referentes como introducción a la enfermería. Se la considera una reformadora-fundadora de la enfermería moderna, gracias a su "Escuela Nightingale para enfermeras" plan de estudios centrado en capacitar a las citadas en diversos ámbitos como; enseñanza, trabajo en hospital, atención en exclusión social y tratamiento ambulante-doméstico. Influirá igualmente en la fundación de la Cruz Roja Británica, así como en su concepción por parte de Henrri Dunat gracias a su actuación -junto a los artículos publicados en "The Times"- en la Guerra de Crimea donde se populariza su imagen arquetípica de "la dama del farol"

16. Contrariando los principios sociales victorianos que establecían una actividad indolente centrada en el matrimonio y el hogar.

Figura 16. ***Retrato de Clara Barton.*** **James E. Purdy. Library of Congress, cph. 3b23025. Washinton. EE.UU. S.XIX**

Figura 17. ***Retrato de Elisabeth Blackwell.*** **United States National Library of Medicine. NLM. Maryland. EE. UU. S. XIX**

Figura 18. ***Uniforne de la primera escuela de enfermería.*** **Museo Histórico de Enfermería Fundación Luís Llopis. M.H.E.F.J.L. 9 ICOEM. S. XIX**

Figura 19. ***Uniforme de enfermera durante la guerra hispanoamericana.*** **Museo Histórico de Enfermería Fundación Luís Llopis. M.H.E.F.J.L. 10 ICOEM. S. XIX**

Ambas imágenes muestran el mismo vestido, donde destaca una chaqueta entallada con talle elevado y amplia falda con detalles en terciopelo, mangas y puños en color blanco, destaca una cofia blanca de encaje a juego con el textil presente en mangas y cuello. Respecto al uniforme de sus enfermeras, se caracteriza por un material basto de lana en colores oscuros y delantal, con capas cortas para soportar el frio.

En este impulso de la enfermería, sin lugar a duda, las diversas guerras finiseculares van a ser focos importantes para situar la profesión en el lugar que actualmente ocupa. La Guerra Civil americana, será un escenario donde la actividad asistencial inaugurada en la "Batalla de Solferino" tomará una forma claramente determinada que destacará en el uniforme de enfermera de la Cruz Roja (figura 15). En esta imagen se puede apreciar los atributos e iconografía que pasará a la postmodernidad como "uniforme de enfermera"; se compone de un vestido largo de color azul cobalto[17], con manga a la altura de los codos, manguitos, delantal sin tirantes, así como cofia blanca, en estos últimos destaca la cruz roja bordada. Observamos reminiscencias formales del hábito de las religiosas, tanto en la propia emblemática presente -la cruz roja-, se trata de una "crux immissa quadrata" o cruz griega de brazos iguales, empleada desde el comienzo del cristianismo y especialmente en las iglesias ortodoxas. La cruz es un símbolo universal asociado a la conjunción de los contrarios, los cuatro puntos cardinales o la integración del cielo y la tierra, por su color rojo se puede asociar a la sangre de los mártires (J. E. Cirlot, pp.157-159, 2004). Igualmente podemos apreciar la influencia de las órdenes militares (Hospitalarios de Jerusalén). Donde existe un verdadero cambio simbólico es en la aplicación significativa del color, puesto que, ahora asistimos a una vestimenta luminosa, donde los colores son claros y retrotraen a la emblemática aprobada desde el concilio de Trento sobre la representación de las santas y de la virgen. La combinación de blanco - azul en el vestuario femenino se asocia a los atributos más positivos de la feminidad. El filósofo Goethe en su "Teoría de los colores"(1945) define al azul como un color "retrocedente" con un efecto contradictorio de excitación y reposo invita a un tiempo a la reflexión y a seguirlo. Según Cirlot *"… significa altura y profundidad, una fuerza ascensional en el juego de sombras (tiniebla, mal) y luz (gloria, bien)."* (p.141, 2004).

Esta fuerza ascensional se adapta extremadamente bien a la situación de la enfermería en este momento, un ejemplo de esta situación es Clara Barton (figura 16). (1821-1912). Profesora, enfermera y humanitaria estadounidense de familia humilde, de creencia universalista[18], desde niña se ocupa de asistir a su familia -posiblemente inspirada por las historias familiares sobre su abuela, que fue partera-comadrona en Maine-. Desta-

17. También llamado azul ultramar o lapislázuli. Puesto que antes de su síntesis química derivaba de la azulita o de la citada piedra.

18. Iglesia reformada extendida en EE. UU. que partiendo de las teorías de la Escuela de Alejandría -de entre ellos destaca Origenes- afirman la salvación universal, y negando la eternidad del infierno y la condenación en el mismo.

Figura 20. *Lilian Wald. Enfermera visitadora.* Museo Histórico de Enfermería Fundación Luís Llopis. M.H.E.F.J.L. 11 ICOEM. S. XIX

Figura 21. *Retrato de Lilian Wald.* Library of Congress hec. 19537. Washington. EE. UU. S. XIX

cando su papel en la guerra civil estadounidense. Tras finalizar esta contienda realiza un viaje a Europa donde toma contacto con la guerra Franco-prusiana involucrándose con el Comité Internacional de la Cruz Roja, a su vuelta a Estados Unidos realiza una intensa actividad en favor de esta institución procurando la creación de la Cruz Roja Norteamericana, pese a la reticencia del estado, siendo de este modo, la presidenta de esta sección de la institución en su país de origen.

Otra mujer fascinante es Elisabeth Blackwell (1821-1910). Nacida en Inglaterra, ejerce su profesión en Estados Unidos, además de ser una de las primeras mujeres en acceder a la formación reglada de medicina fue una conocida abolicionista. En un viaje a Inglaterra conoce a Nightingale, regresando posteriormente a su país funda la primera escuela de enfermería para mujeres. La actividad de su centro destacará en la Guerra de Secesión[19]. Escribirá emulando a Florence N. textos sobre salud e higiene para la población femenina. Fundará una universidad femenina de medicina en Estados Unidos, ejerciendo la docencia hasta al año siguiente en Inglaterra hasta su jubilación. En estas líneas (figura18) se observa el vestuario de estas primeras estudiantes de enfermería; es un vestido largo en tonos beige, delantal y gorro blanco. Se aprecia la influencia ideológica protestante transmitida por la "modestia" propia de la tradición calvinista absorbida por Nightingale de las "diaconisas de Kaiserwert" en la gama de colores acromáticos empleada, así como en la gama de tostados-ocres que debido a su naturaleza terciaria se asocian a una seriedad sofisticada asociada al cuidado del cuerpo-naturaleza.

Los continuos conflictos armados continúan a lo largo de finales del S. XIX, en la guerra Hispanoamericana la actuación de las enfermeras de la Cruz Roja será imprescindible. La influencia cultural post-romántica será destacada en las narraciones sobre la moral y el cuerpo que se ejemplifican en esta imagen (figura 19). Vestido largo de color blanco, manguito con distintivo de la Cruz Roja. Destaca la capa de color azul marino forrada en color rojo y cofia blanca. En esta capa-tocada se integra el significado de la capa y el sombrero, según Jung al envolver la cabeza representa al mundo superior, así como a la iniciación en los misterios -pensemos en las imágenes de iniciados en los misterios o los césares tocados ejerciendo una función religiosa-, en este sentido sería análogo al tocado de las monjas. El color azul oscuro sería un color pasivo que aludiría al cielo nocturno o a las profundidades oceánicas, mientras que, el rojo se asociaría al fuego-sacrificio personificado en la sangre de los inocentes o mártires.

La influencia de las ideas y propuestas sobre la sanidad pública que tiene Florence N. será esencial para comprender la evolución de figuras especializadas como las enfermeras visitadoras, una de las primeras escuelas de estas características se funda en Liverpool[20]. Lillian Wald (1867- 1940) enfermera y escritora estadounidense. Activista por los derechos humanos, funda el servicio social de salud pública o enfermería comunitaria. La enfermería asume nuevas funciones -al menos de forma oficial- ocupándose de situaciones de exclusión social -niños con enfermedades y/o defectos físicos, indigentes con problemas físico-mentales etc.-. En la imagen 20 se aprecia la indumentaria de esta extraordinaria mujer; vestido de talle bajo de color salmón, destacan los puños, el cuello blanco, así como lazo a modo de corbatín y sombrero negro a juego con el calzado. El vestido responde a una estética de inspiración nostálgica basada en la recuperación del pasado historicista, así como por la Belle Époque, que libera a la mujer de justillos prefiriendo tejidos leves que se complementan con telas de origen animal como lanas y pieles (figura 21).

En el cambio del siglo XIX al XX, asistimos a la necesaria composición de corpus teórico que permita presentar a un formado en enfermería en pie de igualdad

19. 1861-1865. Guerra que a partir de la controversia política de la esclavitud enfrenta de forma fratricida a Unionistas y Confederacioncitas.
20. Información extraída de la ficha catalográfica de Museo histórico de enfermería Fundación José Llopis.

con otros estudios. Isabel Adams Hampton Robb (1860-1910) será una figura clave para componer el armazón teórico de esta disciplina. Como mujer activista se relaciona con diversas asociaciones profesionales norteamericanas en busca de una normalización de la profesión, impulsando publicaciones tanto de carácter académico como científico, su bagaje inicial como docente justifica tales intereses. La alargada sombra de Nightingale se manifiesta en la consulta[21] que el consejo administrativo de las instituciones Johns Hopkins sobre la constitución de una escuela de enfermería. Isabel A. colaborará con esta institución en calidad de superintendente de enfermeras y directora de la escuela, su texto *"Enfermería sus principios y práctica"* se escribirá en este periodo. Podemos observar su indumentaria (figuras 22-23), un vestido negro y entallado en la cintura con fajín del mismo color. Puños, cuello y casquete blanco, junto a una corbata negra. Una tendencia de principios del siglo XX, que se implementará a lo largo del mismo, con mayor o menor éxito, es la moda a lo "garzón". Apreciándose su influencia en la actual moda "unisex". Las ideas de emancipación-sufragi o feminista constituyen el prototipo de la nueva mujer de este siglo, una mujer trabajadora que se introduce en el nuevo sistema de consumismo capitalista[22]. En este punto, tenemos que enunciar el concepto de R. Barthes; *"El vestido masculino actual se origina en el traje cuáquero (chaqueta abotonada, estricta, de colores neutros). El segundo factor es de origen ideológico. La democratización de la sociedad trajo consigo la promoción de los valores del trabajo en detrimento del ocio"*. (p. 415, 2003). El cuerpo, por tanto, en este nuevo paradigma de lucha de clases - burguesía/proletariado- asume respecto a la sociedades postmodernas una lógica productiva-consumista calificada por Roy Porter de "ascetismo secular" que, se somete al cuerpo como consumidor rebosante de apetencias y necesidades (Burke, 1996).

Esta masculinización del uniforme sanitario se aprecia especialmente bien en el uniforme militar (figura 24), que debido a la disciplina castrense a incorporado recientemente a la mujer en todos sus cuerpos. Se trata de un uniforme de enfermera de verano, compuesto por una camisa de manga corta y pantalón o falda -en este caso falda-, con gorra verde. Al integrarse la sanidad de los tres ejércitos, se unifican los uniformes de estos. Predomina el color blanco, complementado con un color

Figura 22. *Vestido de Isabel Hampton Robb.* Museo Histórico de Enfermería Fundación Luís Llopis. M.H.E.F.J.L. 12 ICOEM. S. XX

verde terciario habitual en el ejercito de tierra, las hombreras con distintivos y las escarapelas del pecho construyen un lenguaje visual complejo asociado a rango y ocupación que también influirá en el uniforme de enfermera hasta tiempos recientes. Algunas claves significacionales en este uniforme son el color blanco; asociado a la luz y la verdad, los detalles en dorado reflejarían el poderío-gloria, la ascensión espiritual (J. E. Cirlot, 2004), pero en el contexto secularizado de la postmodernidad tal vez, tenga más a ver con la moralidad. Los distintivos

21. Consulta que versa sobre su planificación, constitución, plan de estudios.

22. El nuevo sistema capitalista avanzado por medio de los medios de comunicación genera una nueva manera de percibir la moda puesto que el objeto significante pasa del vestido a la traducción de este a imagen-texto, produciendo una meta-significación simbólica aspiracioncita (Bartes, 2003).

Figura 23. *Isabel Hampton junto a graduadas.*Alan Mason Chesney Medical Archives of the Hopkins Medical Institutions. S. XX

que porta son estrellas doradas de 6 puntas, por su carácter colectivo representa el ejercito espiritual luchando contra las tinieblas. La estrella de 6 puntas significa la integración de los contrarios al igual que la cruz (Ídem. p. 204). La cruz de malta representaría las bienaventuranzas.

El vestido -no solo como moda- presenta el tiempo como una pluralidad de narraciones tal y como sostiene Roland B. un tiempo extenso ocupado por formas arquetípicas, un tiempo conformado por situaciones puntuales; cambios sociales, guerras, etc. así como el tiempo de las modas, cambiante en décadas y hasta años.

En este análisis, nos centramos en los tiempos extensos -tal y como dicen los aborígenes australianos el tiempo de los sueños-, confrontándolo con el tiempo marcado por las modificaciones históricas, se puede apreciar como los símbolos y signos se mantienen de una forma constante pese a guerras y/o cambios de mentalidad. Cambios que afectan a la indumentaria y por tanto al cuerpo que, pese a parecer un objeto natural, no está exento de la influencia de la cultura, preso de tabús, creencias sociales formalizadas en modas y modos que tienen mucho que ver en como las sociedades humanas conceptualizan la sexualidad, la enfermedad y el decoro -es decir, como mostrar o no mostrar tales hechos-.

Lo que durante siglos se manifestó mediante "mitos y ritos" hoy se socializa mediante ceremonias de pasaje (nacimiento, relaciones, muerte), donde la vestimenta adopta una función significante capital respecto a como el cuerpo es visto por las diversas clases sociales. Walter Benjamin el su texto *"El concepto de la historia"* nos recuerda la necesidad de analizar la misma a través de sus

Figura 24. Uniforme militar. Museo Histórico de Enfermería Fundación Luís Llopis. M.H.E.F.J.L. 13 ICOEM. S. XX

testimonios materiales, desconfiando de los testimonios de la alta cultura, -puesto que la historia la escriben los vencedores-, al permitirnos analizar estos vestigios podemos hacer una lectura disidente que reclame su necesario espacio junto a otras fuentes testimoniales, tales como el relato oral o el iconográfico.

La exposición virtual analizada, consideramos que muestra por medio de un tipo de testimonio material- visual la prominencia cultural que la enfermería como profesión a atesorado con el correr de los tiempos, permitiendo conocer a algunos de sus más ilustres personajes, no desde sus pensamientos desmaterializados por los libros y letras, sino, en contacto con algo tan común y cotidiano como las vestiduras que pudieron llevar puestas.

REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

1. Abad-Zardoya, C. (2011). El Sistema De La Moda. De Sus Orígenes a La Postmodernidad.
2. *Emblemata, 17,* 37–59. Retrieved from https://ifc.dpz.es/recursos/publicaciones/31/78/03abad.pdf
3. Abadía Benedictina de Luján. Argentina. (2015). Regla de San Benito: Abadía de San Benito.
4. Retrieved December 8, 2019, from http://www.sbenito.org/regla/rb.htm Bartes, R. (2003). *El sistema de la moda y otros escritos*. Barcelona: Paidós.
5. Bueno, Pimienta, F. (2013). *Soberana y Militar Orden Hospitalaria de San Juan de Jerusalén, de Rodas y de Malta Francisco Bueno Pimenta Universidad Complutense I* . Madrid.
6. Burke, P. (1996). *Formas de hacer historia* (2ª). Madrid: Alianza editorial. Cirlot, J. E. (2004). *Diccionario de Símbolos* (8ª). Madrid: Siruela.
7. Dunn, Mascetti, M. (2008). *Diosas: La canción de Eva.* Barcelona: Malsinet.
8. Garrido, Valenciano, V. (2016). El origen de la Disciplina Enfermera: la profesionalización del cuidado. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.Com.* Retrieved from https://www.revista- portalesmedicos.com/revista-medica/origen-la-disciplina-enfermera-la-profesionalizacion-del- cuidado/
9. Hernández Conesa, J. (1996). *Cuestiones de Enfermería*. MC Graw Hill.
10. Johann Wolfgang von, G. (1945). *Teoría de los colores*. Buenos Aires: Poseidon.
11. Martinez, Barreiro, A. (1998). *La moda en las sociedades modernas. Mirar y hacerse mirar.* Madrid: Tecno S.A.
12. Unidas, S. B. (1960). *Biblia de Reina-Valera*. (U. S. Bible, Ed.). Sociedades Bíblicas en América Latina.
13. Valle García, M. del. (2007). Edad Media Y Enfermedad. *Revista Científica de La Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 26 (1), 9–27. https://doi.org/10.1016/s2013-5246(07)70062-4
14. Veblen, T. (2000). *Teoría de la clase ociosa.* elaleph.com.

Material quirúrgico específico en sala de partos

Cristian Martín Vázquez · cristianmatrona@gmail.com

1

4

2

5

3

6

1. Forceps tipo Kielland
2. Tijera de cordón umbilical
3. Tijera episiotomía Braun-Stadler
4. Valva vaginal de Doyen
5. Ventosa tipo Kiwi
6. Pinza Foerster

CREEMOS
LOS
SUPER
HEROES
PERO LOS
VERDADEROS
SOIS TODOS
GRACIAS

COLEXIO OFICIAL
DE ENFERMARÍA DE LUGO
FIDEI FIRMITER
PROFITEBIMUR